

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., PRAHA 5

**MÍRA INFORMOVANOSTI RODIČKY O PŘEDČASNÉM PORODU
NEZRALÉHO NOVOROZENCE**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

ANNA GOLLEROVÁ

Praha 2014

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

**MÍRA INFORMOVANOSTI RODIČKY O PŘEDČASNÉM
PORODU NEZRALÉHO NOVOROZENCE**

Bakalářská práce

ANNA GOLLEROVÁ

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Porodní asistentka

Vedoucí práce: Mgr. Marie Vlachová

Praha 2014

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen v seznamu uvedené prameny a literaturu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

.....

podpis



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Gollerová Anna
3. A PA

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 25.4.2013 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Míra informovanosti rodičky o předčasném porodu nezralého
novorozence

Mother's Awareness of Immature Newborn in Preterm Birth

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Marie Vlachová

V Praze dne: 2.9.2013

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

ABSTRAKT

GOLLEROVÁ, Anna. *Míra informovanosti rodičky o předčasném porodu nedonošeného novorozence*. Vysoká škola zdravotnická o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Marie Vlachová. Praha 2014.

Tématem Bakalářské práce je míra informovanost rodičky o předčasném porodu nedonošeného novorozence. Teoretická část práce popisuje období gravidity a následné rozdělení gravidity do tří trimestrů. Psychické změny v době gravidity a předporodní přípravu rodičky. Velkou část bakalářské práce tvoří kapitola zabývající se předčasným porodem, jeho diagnostikou, příčinami, terapií a možnostmi vedení předčasného porodu. V poslední kapitole teoretické části se zabýváme klasifikací nedonošeného novorozence, způsoby ošetření i možnými komplikacemi, a následném propuštění do domácího ošetřování. Nosnou část tvoří průzkumné šetření v praktické části bakalářské práce. Průzkumné šetření bylo provedeno pomocí nestandardizovaného kvantitativního dotazníku, který je zaměřen na informovanost rodiček o předčasném porodu nedonošeného novorozence.

Cílem práce bylo získat náhled, zda respondentky mají informace o předčasném porodu, jakých zdrojů využívají k získávání nových informací a do jaké míry je informuje zdravotnický personál. Výsledky dotazníkového šetření jsou prezentovány formou tabulek a grafů.

Klíčová slova:

Gravidita, informovanost, nedonošený novorozenec, předčasný porod, předporodní příprava

ABSTRACT

GOLLEROVÁ, Anna. Mother's Awareness of Immature Newborn in Preterm Birth. Medical College, o. p. s., Degree: Bachelor (Bc.), Supervisor: Mgr. Marie Vlachová. Prague. 2014

Topic of the thesis is the degree of awareness of mothers of premature birth premature newborns. The theoretical part describes the period of pregnancy and the subsequent division of pregnancy into three trimesters. Psychological changes during pregnancy and antenatal education of mothers. A large part of the thesis a chapter dealing with premature birth, his diagnosis, causes, treatments and options management of preterm labor. In the last chapter of the theoretical part deals with the classification of premature newborns, treatments and possible complications, and subsequent release from hospital. The main part consists of a survey in the practical part. Reconnaissance survey was conducted using non-standart quantitative questionnaire, which focuses on awareness of mothers about preterm birth premature newborns.

The aim of this work was gain an insight whether the respondent has information about premature birth, the sources used to gain new information and the extent to which informs medical personnel. The results are presented in tables and graphs.

Keywords

Pregnancy, awareness, premature newborn, preterm birth, prenatal preparation

OBSAH

SEZNAM TABULEK	9
SEZNAM GRAFŮ	10
SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ	11
ÚVOD	12
1 TĚHOTENSTVÍ NAPŘÍČ JEDNOTLIVÝMI TRIMESTRY	13
1.1. VÝVOJ PLODU – 1. TRIMESTR	14
1.2. VÝVOJ PLODU – 2. TRIMESTR	15
1.3. VÝVOJ PLODU – 3. TRIMESTR	16
2 PSYCHICKÉ ZMĚNY V TĚHOTENSTVÍ.....	18
3 PŘEDPORODNÍ PŘÍPRAVA.....	20
3.1. PŘÍTOMNOST OTCE U PORODU	21
4 PŘEDČASNÝ POROD (PARTUS PRAEMATURUS)	24
4.1. RIZIKA VZNIKU PŘEDČASNÉHO PORODU	25
4.2. RIZIKA VZNIKU PŘEDČASNÉHO PORODU	26
4.3. DIAGNOSTIKA PŘEDČASNÉHO PORODU	28
4.4. TERAPIE PŘEDČASNÉHO PORODU	30
4.5. PŘEDČASNÝ ODTOK PLODOVÉ VODY	32
4.6. VEDENÍ PŘEDČASNÉHO PORODU	33
5 NEDONOŠENÝ NOVOROZENEC	35
5.1. KLASIFIKACE NOVOROZENCŮ.....	35
5.2. PÉČE PO PORODU	37
5.3. PÉČE O DĚTI V INKUBÁTORU	38
5.4. PROBLÉMY SPOJENÉ S NEDONOŠENOSTÍ A NEZRALOSTÍ.....	40
5.5. PROPUŠTĚNÍ DÍTĚTE	41
6 POPIS ŘEŠENÍ PRŮZKUMU	44
6.1. PRŮZKUMNÝ PROBLÉM	44
6.2. PRŮZKUMNÉ CÍLE A OTÁZKY	44
6.3. METODIKA PRŮZKUMU.....	45
6.4. PRŮZKUMNÝ SOUBOR.....	46
6.5. ANALÝZA VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU	46
7 INTERPRETACE VLASTNÍHO PRŮZKUMU.....	72
8 DISKUZE	77

ZÁVĚR	79
SEZNAM LITERATURY	80
SEZNAM PŘÍLOH.....	82

SEZNAM TABULEK

- Tabulka 1 Věková skupina
- Tabulka 2 Počet těhotenství
- Tabulka 3 Způsob oplodnění
- Tabulka 4 Týden těhotenství
- Tabulka 5 Prodělaný předčasný porod
- Tabulka 6 Informace o předčasném porodu
- Tabulka 7 Příčina předčasného porodu
- Tabulka 8 Kdo sdělil informaci o předčasném porodu
- Tabulka 9 Zájem o získání informací ohledně příčiny předčasného porodu
- Tabulka 10 Zdroje informací ohledně příčiny předčasného porodu
- Tabulka 11 Podpora zdravotnického personálu
- Tabulka 12 Podpora v partnerovi či v blízké osobě
- Tabulka 13 Účast na předporodním kurzu
- Tabulka 14 Předporodní kurz (informace o předčasném porodu)
- Tabulka 15 Předporodní kurz (předmět)
- Tabulka 16 Vedení předčasného porodu
- Tabulka 17 Informace o péči o novorozence
- Tabulka 18 Příprava na péči o nedonošeného novorozence
- Tabulka 19 Zájem o přípravu na péči
- Tabulka 20 Miminko po porodu
- Tabulka 21 Zdroj informací o nedonošeném novorozenci
- Tabulka 22 informovanost respondentky o předčasném porodu

SEZNAM GRAFŮ

- Graf 1 Věková skupina
- Graf 2 Počet těhotenství
- Graf 3 Způsob oplodnění
- Graf 4 Týden těhotenství
- Graf 5 Prodělaný předčasný porod
- Graf 6 Informace o předčasném porodu
- Graf 7 Příčina předčasného porodu
- Graf 8 Kdo sdělil informaci o předčasném porodu
- Graf 9 Zájem o získání informací ohledně příčiny předčasného porodu
- Graf 10 Zdroje informací ohledně příčiny předčasného porodu
- Graf 11 Podpora zdravotnického personálu
- Graf 12 Podpora v partnerovi či v blízké osobě
- Graf 13 Účast na předporodním kurzu
- Graf 14 Předporodní kurz (informace o předčasném porodu)
- Graf 15 Předporodní kurz (předmět)
- Graf 16 Vedení předčasného porodu
- Graf 17a Informace o péči o novorozence
- Graf 17b Informace o péči o novorozence (respondentky po porodu)
- Graf 18a Příprava na péči o nedonošeného novorozence
- Graf 18b Příprava na péči o nedonošeného novorozence (respondentky po porodu)
- Graf 19 Zájem o přípravu na péči
- Graf 20a Miminko po porodu
- Graf 20b Miminko po porodu (respondentky po porodu)
- Graf 21 Zdroj informací o nedonošeném novorozenci
- Graf 22 Informovanost respondentky o předčasném porodu

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Gravidita – těhotenství

Oocyt – vajíčko

Fertilizace – oplození, spojení spermie s vajíčkem

Implantace – zachycení oplozeného vajíčka ve sliznici dělohy

Nidace – uhnízdění oplodněného vajíčka ve sliznici dělohy

Trimestr – jeden ze tří hlavních fází těhotenství

Embryo – zárodek

Fetus – plod

Incidence – počet nově vzniklých případů nemoci

Perinatologie – vědní obor zabývající se péčí o zdravý vývoj jedince a poruch tohoto vývoje v perinatálním období

Morbidita – pojem, jímž označujeme nemocnost nebo chorobnost u lidí

Uteroplacentární – týkající se dělohy a placenty

Ischemie – jedná o místní nedokrevnost určité tkáně nebo orgánu, to vede k jejímu poškození nebo odumření

Hypoxie – obecně nedostatek kyslíku pro tělesný metabolismus

Cervikometrie – Jde o ultrazvukové vyšetření stavu děložního čípku

Terapie – léčba

ÚVOD

Pro bakalářskou práci bylo zvoleno téma o informovanosti rodiček o předčasném porodu nedonošeného novorozence. Téma bylo zvoleno na podkladě mé osobní zkušenosti a navíc se s předčasným porodem i přes kvalitní prenatální péči setkáváme stále častěji. S narůstajícím procentem předčasných porodů a vývoj stále dokonalejších přístrojů bylo ovšem dosaženo významného pokroku v péči o nedonošené novorozence v oboru neonatologie hlavně z důvodů, že neonošené děti jsou vystavovány většímu riziku krátkodobých i dlouhodobých komplikací a to včetně novorozenecké úmrtnosti. Předčasný porod tedy sebou nese mnoho nečekaných situací. Není jen fyzickou zátěží pro novorozence, je také psychickou zátěží pro celou rodinu. Dítě přichází na svět nepřipraveno a stejně tak ani matka není na jeho příchod připravena. Pro rodičku je důležitá psychická podpora a to ať v partnerovi nebo zdravotnickém personálu.

Cílem této práce bylo zjistit stav informovanosti rodiček o předčasném porodu a následné péče o novorozence. Jejich zájem o informace, zdroje, které využívají a jaké informace jim byly poskytnuty zdravotním personálem.

Bakalářská práce je určena zejména pro těhotné ženy, u kterých je možnost předčasného porodu. Je rozdělena na část teoretickou, ve které se věnujeme těhotenství a rozdělení vývoje plodu v časovém úseku třech trimestrů. Dále je v práci popisována kapitola o předporodní přípravě, která je nedílnou součástí předporodní přípravy. Hlavní kapitolou bakalářské práce je předčasný porod, jeho definice, diagnostika, terapie a vedení porodu. Poslední kapitola teoretické části se zabývá nedonošeným novorozencem, jeho klasifikací, ošetřováním, možnými komplikacemi a následným propuštěním domů. V praktické části se za pomoci nestandardizovaného dotazníku zjišťovala informovanost rodiček o předčasném porodu nedonošeného novorozence.

1 TĚHOTENSTVÍ NAPŘÍČ JEDNOTLIVÝMI TRIMESTRY

Gravidita je období, které změní celý mateřský organismus a dochází k vývoji plodu. Začíná oplozením oocyty a končí porodem. Období gravidity se dělí na fertilizaci, implantaci, nidaci a embryonální vývoj. Těhotenství bývá členěno na tři trimestry, které trvají zhruba třináct týdnů. Každý z trimestrů je něčím jedinečný a charakteristický.

Fyziologická gravidita trvá 40 týdnů, neboli 280 dnů, tj. 9 kalendářních měsíců nebo 10 lunárních měsíců.

První trimestr začíná oplozením oocyty a končí 13. týdnem těhotenství. V tomto období se vyvíjí jednotlivé orgány, proto je plod v tomto období velmi zranitelný a citlivý na působení nejrůznějších škodlivin. S narůstajícím stupněm těhotenství se u ženy mohou začít objevovat všeobecné známé příznaky. Patří, jsem pocity nevolnosti až zvracení, zvýšené slinění, plynatost střev, změny chutí i nálady, únavnost, časté nucení na močení. Zhruba v 8. týdnu těhotenství začínají ženy přibírat na váze a začínají se zvětšovat prsy. Zvyšují se nároky na matčino srdce, plíce a ledviny. V této fázi těhotenství mohou být nabídnuty nastávajícím maminkám speciální laboratorní testy a ultrazvukové vyšetření, které jsou zaměřeny na včasné odhalení vrozených vývojových vad u plodu.

Druhý trimestr začíná ukončením 13. týdne a končí ve 26. Týdnu. Nevolnosti a únava ustupují. Z pohledu sexuality dochází u části žen ke zvýšení libida. Vývoj plodu je charakteristický především jeho růstem a vývojem orgánových funkcí. Žena začíná pociťovat pohyby plodu. U prvorodiček to bývá zpravidla okolo 20. týdne těhotenství, u vícerodiček může nastat i o dva týdny dříve. Tento jev je však velmi individuální. Ve druhém trimestru je pohybová aktivita velmi intenzivní. V tomto období čekají budoucí maminku vyšetření, která jsou zaměřena na včasné odhalení případných vrozených

vývojových vad. Jedná se o screeningová vyšetření krve v 16. Týdnu těhotenství a ultrazvukové vyšetření mezi 18. - 22. Týdnem těhotenství.

Třetí trimestr je období od 27. týdne těhotenství až do porodu. Pro toto období je typický bouřlivý růst v děloze. S blížícím porodem se zcela přirozeně zvyšuje netrpělivost většiny nastávajících maminek. Roste obava ze samotného porodu a z faktu, že žena bude mít dítě. Plod v děloze již slyší, dokonce reaguje na hudbu. Rozeznává světlo a tmu. Okolo 32. týdne již plod vypadá, jako při narození jen je menší. Okolo 36. Týdne zaujme plod již definitivní polohu a už se neotáčí (GREGORA a VELEMÍNSKÝ ml., 2013).

1.1. VÝVOJ PLODU – 1. TRIMESTR

Vývoj plodu probíhá plynule, takže všechna rozdělení na období či etapy je nutno považovat pouze za didaktické. Vývoj plodu lze rozdělit na období blastogeneze, období embryogeneze a období fetogeneze. Po nidaci embrya pokračuje jeho rychlý a bouřlivý vývoj a kromě vlastního množení buněk zde probíhá i jejich postupná specializace.

Blastogenezí je nazýván vývoj oplodněného vejce během prvních tří týdnů od splynutí buněčných jader vajíčka a spermie a prvního dělení zygoty do stádia vytvoření gastruly.

Embryogeneze začíná kolem 22. dne po oplodnění. V tomto období dochází k vývoji orgánů – organogeneze. Nejdříve se začínají vyvíjet kraniální části embrya. Rychle se tvoří základy mozku a srdce. Na konci druhého lunárního měsíce od poslední menstruace šestitýdenní embryo má dva charakteristické segmenty na předních i zadních končetinách. Na konci sedmého týdne jsou na horní končetině zřetelné hrbolky prstů. Na dolních končetinách jsou pouze ploténky nohou. Na konci osmého týdne mají na ruce i nohou již vyvinuté prstíčky. Počíná se diferencovat oblast obličeje, jsou zřetelná oční víčka, nos i ústa. Původně nediferencované pohlavní žlázy se rozlišují podle genetického pohlaví embrya ve varlata či vaječníky. Tvoří se zevní genitál, ale pohlaví ještě nelze určit. Lze již rozlišit všechny vnitřní orgány a v kostře plodu se tvoří osifikační jádra. Vyvíjejí se ledviny a vnitřní pohlavní orgány. Srdeční činnost je možné registrovat od poloviny 6. týdne gravidity. Embryogeneze je ukončena koncem 10. Týdne po oplodnění. V této době měří plod přibližně 9 cm a váží 14g.

Období od 9. týdne až do porodu je nazýváno obdobím fetálním – fetogeneze . Vyznačuje se růstem, zráním a diferenciací všech orgánů. Od této doby již to není embryo, ale mluvíme o plodu (fetus). Stádium plodu se vyznačuje spojenými okraji očních víček pomocí epitelového švu. Krk se prodlužuje a brada se vzdaluje od hrudníku. Obličej je velmi široký a oči jsou vzdáleny od sebe. Víčka jsou zatím spojená. Horní končetiny jsou dlouhé a dosahují proporcionální délky. Dolní končetiny je ještě vyvíjejí. Plod začíná polykat plodovou vodu a rty se pohybují a naznačují vývoj sacího reflexu. Začínají také fungovat ledviny a tvoří se moč, také už močí. V této době je již plně vyvinutá placenta, pupečník se všemi svými cévami a také plodové obaly. Aktivní pohyby plodu, které jsou na ultrazvuku patrné, matka ještě však necítí. Na konci 12. týdne je délka plodu 5 – 8 cm a váží 8 – 14 g. První trimestr končí ve 13. týdnu těhotenství. V této době měří plod od hlavy k patě okolo 10 cm a váží okolo 20 gramů. Zevní tvar plodu je již plně vyvinut, většina jeho orgánů již funguje (ROZTOČIL, 2008), (GREGORA, VELEMÍNSKÝ, 2013), (Čech, 2006).

1.2. VÝVOJ PLODU – 2. TRIMESTR

Druhý trimestr začíná ukončením 13. týdne a končí ve 26. týdnu. Zde pokračuje období fetálního vývoje.

V období mezi 13. a 16. týdnem těhotenství pokračuje rychlý růst plodu. Kůže je velmi tenká a průhledná, jsou patrné kožní cévy. Podkožní tuk ještě není vytvořen, ale začíná jeho ukládání. Oči se posouvají do středu obličeje. Následkem růstu krku a hlavy se uši dostávají kraniálněji na laterální část hlavy. Plod je pokryt drobným chmýřím, které nazýváme lanugo. Začínají se tvořit pevné kosti, funkční jsou i klouby. Kostra plodu je viditelná rentgenovým vyšetřením. Plod se napřimuje. Pohyby plodu jsou častější, ale matka je zatím stále nepozoruje. Střevní trakt začíná produkovat mekonium. Délka plodu je 8 – 14 cm a váží 140-200g.

V období od 17. - 20. týdne těhotenství jsou pohyby plodu natolik prudké a časté, že je matka již začíná vnímat jako „kopání“. Srdeční akce je slyšitelná stetoskopem. Rychlý růst plodu se začíná poněkud zpomalovat. Lanugo je jasně viditelné na celém těle, nejhustší je ovšem na ramenou. Začínají růst vlasy, řasy i obočí. Nehty jsou jasně viditelné na prstech rukou i nohou. Mazové žlázy se aktivují a plod je

pokryt mazlavou vrstvou nazývanou mázek – vernix caseosa, který chrání plod před maceračními účinky plodové vody. Lanugo napomáhá udržení mázku na epidermis. Pokračuje vývoj plic. Bronchiální větvení je v podstatě ukončeno. Dochází k tvorbě plicních sklípků – alveolů a vytváří se kapilární řečiště. Výměna plynů v plicích zatím není možná.

V období mezi 21. - 24. týdnem těhotenství dochází k podstatnému nárůstu hmotnosti. Plod je proporcionálně vytvořen. Kůže je stále vrásčitá vzhledem k nedostatku podkožního tuku. Je červená a je vidět krev v kapilárách. Vlasy rostou. Řasy a obočí jsou zřetelné. Oko je strukturálně vyvinuto a oční štěrbinu se záhy otevře. Délka plodu je 20 – 23 cm a jeho hmotnost 300-800 gramů. Od tohoto týdne je podle poznatků současné vědy plod za určitých podmínek schopen přežít mimo tělo matky.

Ve 26. týdnu těhotenství obličej a tělo dosáhnou vzhledu, jaký budou mít v době porodu. Podkožní tuk začíná vyplňovat některé kožní záhyby. V tomto období dosahuje plod extrauterinní viability. Nicméně plíce a plicní cévy jsou velmi nezralé. Pokud tedy v této době z nějakého důvodu k situaci, kdy plod opustí tělo matky, je tato skutečnost, až na některé přesně vyjmenované situace, považována za porod, nikoliv za potrat. Plod v této době měří okolo 30 cm a váží 600g (ROZTOČIL, 2008), (GREGORA a VELEMINSKÝ, 2013).

1.3. VÝVOJ PLODU – 3. TRIMESTR

Třetí trimestr těhotenství je období od 27. týdne těhotenství až do porodu. Typický je bouřlivý růst plodu v děloze a postupná fyzická i psychická příprava ženy na porod.

Ve 28. týdnu těhotenství pokračuje vyzrávání dalších orgánových funkcí plodu, jedním z nejdůležitějších je v této době tvorba surfaktantu, speciální látky v plicích, která má za úkol umožnit plné rozvinutí plic po porodu. Plod je schopen částečně regulovat tělesnou teplotu. Oční víčka jsou otevřena. U plodu mužského pohlaví začíná sestup varlat tříselným kanálem do šourku. Délka plodu je okolo 35 cm a hmotnost plodu 1000 – 1200 gramů.

V období mezi 29. – 32. týdnem těhotenství pokračuje hmotnostní přírůstek, vyvíjí se tuková tkáň a svalová tkáň. Kostí jsou plně vyvinuty, ale ne zcela osifikovány. Kůže

je méně vrásčitá a plod dostává novorozenecký vzhled. Plod je růžový a epidermis zesiluje. Nehty přerůstají konce prstů ve 32. týdnu těhotenství. Délka plodu je okolo 35 – 40 cm a váží 1600 – 2000 gramů.

V období mezi 33. - 34. týdnem těhotenství plod stále pokračuje v růstu, i když ke konci tohoto období dochází ke zpomalení. Lanugo začíná mizet. Plod je ve většině případů schopný extrauterinního života. Plod zaujímá v poloze definitivní polohu. Délka plodu je 40- 45cm a hmotnost se pohybuje okolo 2500 – 2700 gramů.

V období mezi 37. - 40. týdnem těhotenství je kůže hladká a růžová. Nehty na nohou přerůstají prsty. Ve 38. Týdnu je plod zralý. Většina lanuga zmizela, ale zůstávají pouze okrsky na ramenou a horních končetinách. U plodu mužského pohlaví mužského pohlaví sestoupila varlata do šourku. U plodů ženského pohlaví zůstávají ovaria zadržena vysoko v dutině břišní až do porodu. Klouby jsou ve flexi. Obvod hrudníku je asi o 2 cm menší než obvod hlavičky. Dochází k rychlé myelizaci nervů. Velikost plodu je dána vlivy genetickými, nutričními a prostředím, ve kterém se vyvíjí. Zde hraje roli i věk matky, počet předchozích těhotenství a počet vyvíjejících se plodů v dutině děložní. Délka plodu v tomto období je 45 – 51 cm a hmotnost plodu se pohybuje okolo 2600 – 3800 gramů (ROZTOČIL, 2008), (GREGORA, VELEMINSKÝ, 2013).

2 PSYCHICKÉ ZMĚNY V TĚHOTENSTVÍ

Od počátku těhotenství dochází k velkým změnám v organismu a to jak somatickým, ale i psychickým. Tyto změny často bývají ovlivněny faktory ekonomickými, ale i sociálními, jejíž intenzita změn závisí na vlivech jejího okolí. Těhotenství představuje jednu z vývojových krizí v životě ženy, kde velkou roli hrají i osobnostní kvality, jelikož je to období výrazných změn, kdy se žena nachází mezi rolí, kterou dosud zastávala, a mezi rolí, kterou v nejbližší době zastane. Je třeba se naučit fungovat v nové roli a tím reorganizovat a učit se nové typy chování. Tato fáze rozpolcenosti a nevyrovnanosti vede často k pocitům ztracenosti, úzkosti, zmatku a často i nostalgie pro způsob životního stylu, který dosud vedla a již se nedá vrátit. Velmi důležitou součástí je podpora a akceptování ženy v její nové roli. Tak jako ze somatického hlediska lze rozdělit těhotenství i z psychologického hlediska do pomyslných tří trimestrů.

V prvním trimestru z pohledu psychologického je těhotná žena zaměřena především na svou osobu, kdy sleduje vlastní tělo a snaží se ujistit, zda je těhotenství skutečné. Žena bývá v tomto období více introvertní. Úkolem prvního období gravidity z psychického hlediska je přijetí těhotenství. Z hlediska efektivity jsou zde typické rozladěnost, nejistota a náladovost.

Do druhého psychologického trimestru vstupuje žena tehdy, kdy začíná pociťovat pohyby plodu. V tomto období si žena již uvědomuje existenci plodu, cítí se dobře a snaží se všemi možnými způsoby podporovat zdárný průběh těhotenství. Úkolem druhého období gravidity z psychického hlediska je přijetí plodu jako nezávislého samostatného jedince.

Hranice mezi druhým a třetím psychologickým trimestrem je obdobím, kdy se žena nejvíce obává předčasného porodu, a zároveň jsou tyto obavy střídány s obdobím, kdy už by chtěla porodit co nejdříve. Chování ženy v posledním trimestru lze charakterizovat tzv. „stavěním hnízda“, kdy chce být připravena na příchod potomka. Do tohoto chování lze zařadit mnoho činností např. každodenní uklízení, vaření atd.

Úkolem třetího období gravidity z psychického hlediska je příprava na porod a existenci nového jedince mimo organismus matky.

Během těhotenství provází psychické změny i nejbližší rodinu především partnera ženy. Partner se stejně jako nastávající matka učí přijetí nové role otce, prochází změnami identity a mění se jeho vztah k partnerce. V některých případech může docházet i k tzv. „couvade“ syndromu, což značí přítomnost somatických symptomů těhotných žen. Můžeme pozorovat bolesti zubů, náhlý přírůstek hmotnosti, ale i pozorovat ztrátu chuti k jídlu. Příznaky obvykle začínají okolo 3. – 4. měsíce gravidity a jejich výskyt postupně klesá. Neméně významnými psychickými změnami prochází již přítomné děti, které jsou také nuceny vyrovnat se s novou rolí a to „staršího sourozence“. Reakce na přijetí nové role je velmi ovlivněna rodiči, ale také na vývojové úrovni na které se dítě nachází. Těhotenství ženy ovlivňuje celý rodinný systém a přesouvá do fáze, kdy se musí uspořádat nové rodinné role a vztahy (ROZTOČIL, 2008).

3 PŘEDPORODNÍ PŘÍPRAVA

Rodička je dnes brána jako aktivní účastník porodu avšak vztah mezi ní a personálem porodního sálu by měl být především partnerský a založený na vzájemné důvěře. Předpokladem pro fungování vztahu zdravotnického personálu a rodičky, je především dobrá oboustranná informovanost. Mnoho žen dnes získává informace o průběhu těhotenství a porodu ze sdělovacích prostředků, z časopisů a knih, v poslední době také hojně z internetu. Hlavním zdrojem informací by měly být pro nastávající maminky předporodní kurzy, které jsou obvykle vedeny zkušenými porodními asistentkami. Základním smyslem předporodní přípravy je připravit nastávající maminku případně i jejího partnera na duševní a tělesné změny, které k těhotenství a pozdějšímu mateřství neodmyslitelně patří. Součástí kurzů bývá kromě informací týkajících se těhotenství, porodu i šestinedělí také posilování motivace proti nedostatku odvahy a nácvik zvládnání nepřiměřených reakcí. Předporodní příprava také značně přispívá ke zmírnění či odbourání strachu a negativních emocí souvisejících s porodem, s porodními bolestmi a obavami o dítě. Předporodní příprava není a nemusí být všude stejná a rodička se nemusí účastnit, avšak účast je velmi vítaným přínosem.

Předporodní příprava bývá tradičně rozdělena na dvě části, část teoretickou a část praktickou.

Teoretická část přípravy bývá zpravidla rozdělena do několika lekcí. Ty se zaměřují na jednotlivé fáze těhotenství, porodu a šestinedělí. Neměli by zde být opomenuty ani komplikované situace, a to i ty, při kterých je nutné těhotenství ukončit operací. Nastávající maminky se v předporodních kurzech také seznamují s praktickými informacemi, jako jsou: výživa v těhotenství a v šestinedělí, péče o dítě, technika kojení, potřebná výbava do porodnice i podmínky účasti partnera při porodu. Pro některé rodičky je důležitou součástí předporodních kurzů návštěva porodního sálu, která probíhá obvykle ve třetím trimestru těhotenství. Ta slouží především k seznámení se s prostory porodního sálu, kde se bude rodička se svým partnerem zdržovat a k seznámení s personálem porodního sálu.

Praktická část je zaměřena na speciální cvičení. Cvičení mají naučit a připravit nastávající rodičku činnostem, které ji ulehčí porod a urychlí její zotavení po něm. Sem řadíme například nácvik správného dýchání po celou dobu porodu, účinného používání břišního lisu a pánevního dna, ukázky úlevových poloh během porodních dob a osvojení si polohy při porodu, nácvik masáží na partnerce a relaxačních technik.

Teoretická část je určena pro všechny nastávající rodičky a některé lekce i pro jejich partnery, zatímco praktická část má svá omezení. O tom zda je cvičení pro těhotnou ženu vhodné, by měl rozhodnout její ošetřující gynekolog. U rizikových nebo patologicky probíhajících těhotenství by totiž mohlo cvičení způsobit další komplikace. Rodiče, kteří předporodní přípravu absolvovali, jsou obvykle připraveni reagovat na určité situace, ve kterých se ocitnou. Připravené rodičky se cítí na porodním sále mnohem jistější, lépe spolupracují a samotný porod si tímto znatelně zkracují (GREGORA, VELEMINSKÝ, 2013).

3.1. PŘÍTOMNOST OTCE U PORODU

Období bezprostředně před porodem, v průběhu porodního období a v časném šestinedělí je charakterizováno závislostí těhotné nebo neděvky na blízkých osobách zejména na otci dítěte. Pokud se partner již aktivně zapojil do průběhu těhotenství, lze zde předpokládat, že stejně bude přistupovat i k porodu. Jde zde hlavně o podporu v psychické sféře a ve vytváření pocitu bezpečí. Za ideální se považuje otcova přítomnost u porodu, pokud absolvoval s partnerkou předporodní kurz, který se zabývá hlavně přípravou na porod. Pokud se otec nezúčastnil předporodních kurzů, neznamená to důvod k zákazu přítomnosti na porodním sále. Nastávající rodiče by měli tuto otázku velmi dobře prodiskutovat. V žádném případě by otec neměl být nucen k účasti na porodním sále a stejné právo má i partnerka, říct ne, pokud jí je nepříjemné, aby byl partner u porodu. Pokud tato pravidla nejsou respektována, může být zážitek z porodu skličující pro oba partnery. Důležité je, aby otec v určitých situacích respektoval personál porodního sálu.

Mnoho mužů představuje pro partnerky při porodu opravdovou pomoc a podporu a ženy jejich přítomnost hodnotí velmi kladně. Dokážou ženu zbavit pocitu osamělosti, a že je v těžké situaci sama mezi cizími lidmi. Pomáhají ve zvládnání

stresových situacích a při úzkostných stavech. V některých případech vede přítomnost otce i ke snížení vnímání bolesti. Jeho aktivní přístup spočívá i ve znalosti průběhu porodu a jeho počínajících příznaků a podílení se na rozhodnutí zda je již čas odjet do porodnice. Muž předpokládající svou přítomnost u porodu, by měl být zvládnout vypjatou situaci i emocionálně a měl by se přizpůsobovat měnícím se požadavkům a potřebám rodící ženy.

K pozitivnímu přínosu pro rodičku i pro jejího partnera, musí být vytvoření vhodných podmínek. Jednou z nich je uspořádání porodních sálů a to prostorového uspořádání ale i po stránce personální přizpůsobivosti i ochoty. Důležitější a druhou podmínkou je oboustranná touha partnerů prožít porod společně (GREGORA a VELEMINSKÝ 2013).

Výhody přítomnosti partnera u porodu:

Aktivní otec na porodním sále poskytuje rodící ženě řadu služeb, které rodičkám zlepšují prožitek z porodu. Pokud by došlo ke komplikacím vedoucím třeba k císařskému řezu, vede přítomnost otce k lepšímu vnímání tohoto operačního výkonu a může vést i k mírnějšímu vnímání pooperační bolesti. Zkušenosti a prožitky ze společného porodu mají pozitivní vliv na další soužití partnerů. Přítomnost otce při porodu vede i k intenzivnějšímu vztahu mezi otcem a novorozencem. Otec se v dalších měsících lépe stará a o dítě a více o něj pečuje.

Otec u porodu tedy:

- Odstraňuje pocit osamělosti.
- Je citovou a společenskou oporou rodičky.
- Umožňuje rodičce komunikovat s rodinou.
- Masáží může zmírnit křížové bolesti, tak pomoci lépe snášet kontrakce a tím aktivně ovlivňovat průběh porodu.
- Stará se o pohodu v první době porodní.
- Působí jako alarm v případě nebezpečí.
- Ochraňuje a dohlíží práva rodičky.
- Pomáhá a povzbuzuje rodičku v druhé době porodní při tlačení.

- Společně s rodičkou prožívá radost z narození dítěte.
- Podporuje výjimečnost dané chvíle.

4 PŘEDČASNÝ POROD (PARTUS PRAEMATURUS)

V 90. letech s rozvojem neonatologie došlo k dramatickému snížení mortality předčasně narozených dětí. Incidence předčasných porodů v populaci těhotných žen v české republice, i přes veškerou péči a snahu podobně jako i v ostatních vyspělých zemích, mírně stoupá. „V současnosti dosahuje 8,5 %.“ Příčinu zde nelze přesně určit, ale můžeme ji hledat ve stoupajícím věku rodiček, životním stylu a i ve vysokém procentu vícečetných těhotenství, na kterém se z velké části podílejí techniky asistované reprodukce. Nezralý novorozenci netvoří homogenní skupinu, nejzávažnější jsou nezralý novorozenci narození před 32. ukončeným týdnem těhotenství a o hmotnosti nižší než 1500g. „Tyto novorozenci tvoří ani 1 % narozených a přežívá zde okolo 70 % těchto dětí“. Perinatologie se zabývá aktuálním problémem a tím je snižování morbidity těchto novorozenců. „Výsledky studií z vyspělých zemí ukazují, že u novorozenců o porodní hmotnosti 1500 gramů a nižší se vyskytuje v dalším postnatálním období u 7 % handicap, u 45 % poruchy neuro-psychomotorického vývoje a až u 80 % lze očekávat edukační problémy.“ (BINDER, 2011 s. 90)

„Incidence předčasných porodů v rozvinutých zemích osciluje mezi 5-10 %. Ve spojených státech se vyskytuje 7-11 % předčasných porodů. V České Republice osciluje jeho výskyt okolo 6 %. Předčasný porod je příčinou cca 85 % neonatálních úmrtí u novorozenců bez vrozených vývojových vad“ (ROZTOČIL, 2008 s. 164)

Předčasný porod (partus praematurus) je patologický děj, který je vyvolán celou řadou příčin, a je definován jako gravidita ukončená v období kratším než ukončený 37. týden gestačního stáří, což je méně než 259 dní od prvního dne poslední menstruace. Horní hranice je zde dobře definovatelná. Hůře je definovatelná dolní hranice předčasného porodu. Celosvětově je tato definice problematická a to k nestejně neonatální péči v jednotlivých zemích a tím nestejně viability plodu. V České republice stanovila Česká neonatologická společnost hranice viability plodu na ukončený 24. týden gravidity. Pokud nejsou k dispozici důvěryhodné informace o gestačním stáří, jsou hranice předčasného porodu stanoveny podle hmotnostního rozpětí mezi 500 a 2500 gramů. Pokud je ovšem předčasně porozen plod s nižší hmotností než 500 gramů

a jeho životní projevy přetrvávají déle než 24 hodin, je toto ukončení gravidity klasifikováno rovněž jako předčasný porod (ZWINGER, 2004).

4.1. RIZIKA VZNIKU PŘEDČASNÉHO PORODU

Rozlišujeme rizika ze strany matky, která mohou být ovlivnitelná, nebo neovlivnitelná. Rizika pramenící z reprodukční anamnézy matky. Ovlivnitelných a neovlivnitelných těhotenských komplikací.

Neovlivnitelná rizika ze strany matky:

- Věk menší než 18 let
- Věk vyšší než 35 let
- Svobodná či nezaměstnaná žena
- Nezaměstnaný partner
- Špatné sociální podmínky
- Primigravida, multiparita (5 a více dětí)

Ovlivnitelná rizika ze strany matky:

- Nízký body mass index
- Těžká fyzická práce
- Kouření před i při těhotenství
- Psychický stres
- Nedostatečná prenatální péče

Rizika pramenící z reprodukční anamnézy matky:

- Dva spoutání potraty nebo umělá přerušení těhotenství v prvním trimestru
- Dva potraty v druhém trimestru
- Předčasný porod v anamnéze těhotné

Rizika vzniku z neovlivnitelných těhotenských komplikací:

- Vícečetné těhotenství
- Těžká onemocnění matky
- Systémové infekce
- Hypertenze, preeklampsie, eklampsie, hellp syndrom
- Renální onemocnění
- Vrozené vývojové vady dělohy

Rizika vzniku z ovlivnitelných těhotenských komplikací

- Močové infekce
- Bakteriální vaginóza
- Infekce streptokoky skupiny B

- Sexuálně přenosné onemocnění matky
- Mezi ovlivnitelné komplikace patří i inkompetence hrdla (ROZTOČIL, 2008).

4.2. RIZIKA VZNIKU PŘEDČASNÉHO PORODU

V 50 % případů nelze přesně určit příčinu předčasného porodu. Mezi průkazné příčiny předčasného porodu řadíme následující stavy:

1. Urogenitální infekce

Mikroorganismy způsobují změny na plodových obalech a strukturálního dolního děložního segmentu. Pokud dojde k porušení cervikální bariéry, která zabezpečuje obranu organismu přítomností hlenové zátky a IgA v cervikální tekutině, mohou bakterie vyvolat předčasný porod. Začne proces, který se nazývá produkce prostaglandinů a vyplaví se mnoho imunomediátorů, které stimulují kontrakce hladké děložní svaloviny.

2. Uteroplacentární ischemie

Významná role v etiologii předčasného porodu. „*Uteroplacentární vaskulární a přidružené vilózní léze jsou přítomny přibližně v jedné třetině případů předčasného porodu. Většina těchto lézí vzniká sekundárně jako následek nedokonalé fyziologické transformace spirálních artérií*“. K tomuto jevu nejčastěji dochází během prvního trimestru nebo na počátku druhého trimestru (ROZTOČIL, 2008 s. 165).

3. Patologie děložního hrdla

Sem řadíme vrozené poruchy děložního hrdla nebo cervikální trauma. Tyto poruchy jsou spojeny se zvýšeným rizikem předčasného porodu jako následek inkompetence hrdla. „*Subklinická inkompetence hrdla může hrát roli v etiologii předčasného porodu u vícerodiček i bez předchozího traumatu hrdla v anamnéze.*“ (ROZTOČIL, 2008 s. 165)

4. Abrupce placenty

5. Nadměrná děložní distenze

Lze předpokládat, že těhotné ženy mají větší rozpětí děložní svaloviny z důvodu nadměrného množství plodové vody a mají vyšší riziko předčasného porodu. Nadměrné rozpětí děložní svaloviny vede ke zvýšené kontraktilitě s následnou pravidelnou děložní činností. „*In vitro studie prokázaly, že napnutí plodových obalů vede ke zvýšené produkci a vyplavení zánětlivých cytokinů*“. Nicméně přímý vztah mezi stupněm rozpětí děložní stěny a frekvenci předčasného porodu se nepodařilo prokázat. (ROZTOČIL, 2008 s. 165-166)

6. Stres

Stresové faktory mají mírný, leč příznačný vliv na spontánní předčasný porod. Ženy, které stresové životní události prožívají, mají až o 76 % vyšší frekvenci předčasného porodu než ženy, které tyto stresové situace

neprožívají. „V patogenezi předčasného porodu hraje významnou roli zvýšená hladina cortikotropin relasing faktoru (CRF). Nicméně nebyl prokázán vliv mateřského CRF jako přímý etiologický faktor předčasného porodu u symptomatických pacientek. Toto zjištění vede k názoru, že CRF hraje pravděpodobně až sekundární roli v příčině předčasného porodu“ (ROZTOČIL, 2008 s. 166)

7. Oligohydramnion

Tento stav označujeme jako snížené množství plodové vody, jehož následkem bývá výrazná intrauterinní růstová retardace plodu IUGR nebo urogenitální malformace plodu, stav kdy není přítomno vylučování močí do amniální dutiny. Tento stav ovšem může být spojován s předčasným odtokem plodové vody. Asi 60 % těchto plodů je porozeno předčasně. (ROZTOČIL, 2008)

8. Hypoxie plodu

Je nedostatečné zásobení organismu nebo jednotlivých tkání kyslíkem, způsobené snížením kyslíku v arteriální krvi. Je otázkou, zda chronická hypoxie plodu je příčinou předčasného porodu nebo faktory vedoucí k předčasnému porodu vedou k chronické hypoxii plodu.

9. Vrozené vývojové vady plodu

V těchto případech se kombinuje většinou vlastní morfologická porucha plodu s často výrazným polyhydramnionem.

I přes výše uvedené možnosti zůstává příčina předčasného porodu ve většině případů nejasná. U cca 50 % předčasných porodů není možné i přes včasnou identifikaci rizikových faktorů, specializovanou péči o rizikové skupiny žen zjistit vyvolávající agens. Frekvence předčasných porodů se nemění. Ve své praktické realizaci je predikce předčasného porodu velmi obtížná. Důležité je proto navštěvování prenatální poradny a pravidelné vyšetření, kde mohou rizikový faktor odhalit.

Při sestavování strategie terapie předčasného porodu je nutno mít dostatek informací. Zda proces předčasného porodu je ve fázi, kdy je možné ho zastavit a těhotenství může pokračovat dál, anebo je proces ve fázi nevratné a další pokračování již není možné. V prvním případě je nutno nasadit adekvátní léčbu. V druhém případě připravit podmínky pro porod nezralého novorozence. K účelu ustanovení vratnosti nebo nevratnosti procesu předčasného porodu je vhodné Baumgartenovo skóre, které bodově hodnotí 4 rizikové faktory: krvácení, odtok plodové vody, děložní kontrakce a nález na hrdle. Pokud je bodový zisk roven nebo větší než 6 je proces předčasného porodu nezvratný (ROZTOČIL, 2008).

4.3. DIAGNOSTIKA PŘEDČASNÉHO PORODU

Diagnostika hrozícího předčasného porodu je obtížná. Vychází především ze subjektivních obtíží těhotné, progredujícího nálezu na děložním hrdle a děložních kontrakcích. Řada případů nastává náhle bez jakýchkoliv předchozích varovných příznaků. Jak již bylo zmíněno, předčasných porodu spíše přibývá, než že by jich ubývalo. Často se předčasný porod ohlásí odtokem plodové vody, což bývá nevratný stav, který vede k brzkému ukončení gravidity. Z tohoto důvodu se hledají biochemické markery, které by včas signalizovaly riziko předčasného porodu. Nejčastěji se jedná o markery zánětu: leukocyty, C – reaktivní protein, interleukin (IL), 1, 6 a 8 tumor necrosis factor (TNF) apod. Pro všechny tyto markery platí, že mají vysokou senzitivitu, ale nízkou specificitu. *„Předčasný porod je provázen zvýšenou choriodeciduální proteolytickou aktivitou. Tato zvýšená proteolýza vede ke zvýšenému uvolňování fibronektinu z choriodeciduálního prostoru do cervikovaginálního sekretu. Fetální fibronektin se fyziologicky vyskytuje do 20. Týdne těhotenství a pak v období před porodem, proto jeho průkaz v rozmezí 24. a 36. Týdne těhotenství vyčleňuje těhotné se zvýšeným rizikem předčasného porodu“* (BINDER, 2011 s. 91)

Rozeznáváme 4 klinická stádia:

1. Předčasný porod hrozící (Partus praematurus imminens)
2. Předčasný porod počínající (Partus praematurus incipiens)
3. Předčasný porod v běhu (Partus praematurus in cursu)
4. Předčasný odtok plodové vody (Defluvium liquoris amnialis praecox)

Partus praematurus imminens

Diagnostika hrozícího předčasného porodu. S těhotnou ženou se sepíše anamnéza. V subjektivní anamnéze udává těhotná žena tlak v podbříšku, bolesti v zádech a zesílený výtok z pochvy. Děložní kontrakce jsou v začátku předčasného porodu spíše trvalého charakteru, bolestivé a nestejně intenzity. Ovšem v 10-15 % případů je průběh zcela bezpříznakový a žena přichází s předčasným odtokem plodové vody (PROM).

Při gynekologickém palpačním vyšetření se zjišťuje cervix skóre podle Bishopa kde se pozoruje zkrácení děložního hrdla, naléhající část, dilataci děložního hrdla, změnu konzistence, lokalizaci a stupeň vývoje poševní klenby. Součástí porodnického vyšetření je i vyšetření v zrcadlech kde se může zjistit předčasný odtok plodové vody, výhřez vaku blan nebo kolabující malé části plodu. Dále se provádí ultrazvukové vyšetření biometrie, kde se odhaduje porodní hmotnost nezralého plodu, poloha plodu, množství plodové vody. Zjišťuje se lokalizace placenty (vcestné lůžko), popřípadě známky odlučující se placenty. Součástí je důležité ultrazvukové vyšetření cervikometrie. Vaginální sondou se zobrazí oblast vnitřní branky a změří se případné otevírání cervikálního kanálu zevnitř tzv. funneling. Flowmetrie, kde hodnotíme stav plodu vyšetřením průtoku krve a. umbilicalis. Těhotná, jejíž délka děložního hrdla je menší než 20mm, rodí většinou předčasně a to i přes intenzivní tokolytickou léčbu.

Průkaz předčasně odtékající vody (PROM) se vyšetřuje nejčastěji pomocí Temesváryho činidla. Uznávaným testem je test nilskou modří (Kittrichova zkouška) a dnes actim PROM test, na podkladě imunochromatografické metody.

Detekce předčasné děložní činnosti se sleduje objektivně na kardiokografickém záznamu (CTG). Pokud se během 30 minut prokáže přítomnost 4 a více kontrakcí, je jasné že se jedná o předčasně hrozící porod.

Partus praematurus incipiens

Předčasný porod počínající je označován jako stav, kdy je již děložní hrdlo zcela zaniklé, klenby plné a porodnická branka větší než 3 cm. Pokud kontrakce sílí i přes veškerou tokolytickou léčbu, nelze již předčasnému porodu zabránit.

Partus praematurus in cursu

Předčasný porod v běhu je označován jako stav, kdy dilatace měkkých porodních cest dále pokračuje, často odtéká předčasně i plodová voda a velká část plodu vstupuje do pánve.

Defluvium liquoris amnialis praecox

Předčasný odtok plodové vody bez děložních kontrakcí je nejméně příznivým stavem. Je zde velké nebezpečí intraokulární infekce, při pasivní apozici plodu pak riziko předčasného odlučování placenty a akutní hypoxie plodu (ČECH, 2006).

4.4. TERAPIE PŘEDČASNÉHO PORODU

Léčba z pravidla zahrnuje dočasné zastavení děložní činnosti, přípravu plodu na extrauterinní život a potlačení infekce.

Pacientka ohrožena předčasným porodem je hospitalizována. Pacientka dodržuje relativní klid na lůžku, aby mohla mít možnost vykonat osobní hygienu či vyprazdňování na toaletě. Absolutní klid by ji mohl psychicky ale i somaticky traumatizovat a na zástavu děložní činnosti nepůsobí. Trendelenburgova poloha je indikována v případě inkompetence děložního hrdla. Terapeutická cerkláž je také indikována pouze v případech inkompetence děložního hrdla ale jen do 25+6 týdnů gravidity. Kontraindikace k provedení výkonu cerkláže jsou pravidelné děložní kontrakce, předčasný odtok plodové vody, krvácení či infekce.

Tokolýza

Znamená potlačení aktivity děložního svalstva, relaxaci myometria. Indikace k tokolytické léčbě za účelem prevence předčasného porodu jsou děložní kontrakce s otevíracím efektem na dolní děložní segment. Další indikací představuje předčasný odtok plodové vody před ukončeným 33. týdnem gestace a to za účelem získání časového prostoru k aplikaci kortikoidů nutných k zrání plodu plic. Rozdělujeme se na tokolýzu úplnou a tokolýzu parciální. Cílem úplné tokolýzy je potlačení děložní aktivity a cílem parciální tokolýzy je snižování amplitudy a frekvence děložních kontrakcí pomocí nižší dávky tokolytik. Parciální tokolýzu využíváme při samotném vedení předčasného porodu. Absolutní kontraindikací tokolýzy je prokazatelná infekce

a krvácení z rodidel. Existuje celá řada látek s tlumivým účinkem na myometrium, které byly v praxi použity například beta 2 sympatomimetika, magnézium, antioxytociny, antagonisté prostaglandinu, blokátory kalciového kanálu, nitroglycerin, etylalkohol a další. Tokolytika tvoří skupinu léčebných preparátů, které mají jako hlavní či vedlejší účinek omezení nebo zastavení děložní svalové činnosti.

Beta 2 – sympatomimetika

Jsou v současné době doposud nejúčinnější a nejčastěji používaná tokolytika v České republice. Léčbu zahajujeme vždy parenterálně kontinuální infuzí terapeutické dávky. Tokolýza Beta – sympatomimetiky může být provázena řadou nežádoucích účinků, které léčbu limitují. U matky se můžeme setkat s hypotenzí, tachykardií, arytmií, palpitacemi, hyperglykemií, hypokalémií, hypokalcemií, zvracením i kožními reakcemi. U plodu se můžeme setkat s tachykardií a arytmií.

Magnézium sulfát

Je dobře tolerován matkou. V české republice je v léčbě hrozícího předčasného porodu velmi užíván. Uvažuje se o účinku placebo efektu, jelikož podle nejnovějších studií nemá magnezium žádné tokolytické účinky. Podává se iniciálně rovněž v kontinuální infuzi. Jako nežádoucí účinky magnézia jsou uváděny útlum plodu a zúžení oscilačního pásma na CTG záznamu. Při předávkování způsobí vymizení patelárního reflexu, somnolenci, letargii a depresi dýchání.

Podávání kortikoidů

Glukokortikoidy podporují zrání orgánových systémů plodu, zejména plicní tkáň. Indukují tvorbu surfaktantu a snižují riziko syndromu dechové nedostatečnosti (RDS- respiratory distress syndrome). Kortikoidy dále snižují riziko intraventrikulárního krvácení u plodu. Podává se betametazon nebo dexametazon rozdělené do 2 – 4 dávek. Doporučeno je podat v průběhu těhotenství pouze jednu kúru kortikoidů. Opakované podávání je spojeno s vyšším rizikem poruch myelinizace v CNS

exponovaných dětí. Kortikoidy podáváme do ukončeného 34. gestačního týdne. Léčba kortikoidy je indikována jako prostředek k urychlení maturace plicní zralosti plodu a to v období 24+0 až 33+6 týdnů gestace. „Časové vymezení indikace aplikace tokolytik je diskutabilní. Panuje konsenzus o horní časové hranici, která je stanovena na 33+6 týdnů. Dolní hranice aplikace je problematická. Je to 16. týden těhotenství, II. trimestr, nebo přesněji hranice viability plodu“ (ROZTOČIL, 2008 s. 167), (BINDER, 2011).

Podávání antibiotik

K antibiotické terapii se uchylujeme vždy při podezření na infekční etiologii hrozícího předčasného porodu. Při zachovalé plodové vodě, pokud nejsou vyjádřeny klinické příznaky (teplota, tachykardie), vyčkáváme na výsledky markerů infekce. Vždy postupujeme individuálně. Rutinní podávání antibiotik při zachovalé plodové vodě se ukázalo jako neefektivní. Při předčasném odtoku plodové vody zahajujeme antibiotickou terapii neodkladně (BINDER, 2011 s. 93 - 94).

4.5. PŘEDČASNÝ ODTOK PLODOVÉ VODY

Plodová voda rovnoměrně rozpíná amniální dutinu a představuje optimální prostředí pro vývoj plodu. Vytváří tak prostor pro plod a jeho pohyby, chrání placentu a pupečník před možným útlakem a chrání plod před nárazy a tlakem zvenčí. Chrání plod před infekcí svými účinky proti mikrobům.

Během porodu pomáhá plodová voda spolu i s dolní částí plodových obalů šetrnému otevírání porodních cest, přenáší rovnoměrně děložní činnost a po jejím odtoku zvlhčuje porodní cesty. K samovolnému odtoku plodové vody dochází během první doby porodní.

Předčasným odtokem plodové vody je nazýván stav kdy plodová voda odteče dříve, ještě před nástupem děložních kontrakcí. Odtok plodové vody předčasně ve většině případů znamená, že plod opustí matčinu dělohu během několika dní. Čím dříve k odtoku plodové vody dojde, tím je situace závažnější. Podle toho, ve kterém těhotenském týdnu se žena nachází, jedná se buď o předčasný porod a někdy i potrat.

Hlavními rizikovými faktory pro předčasný odtok plodové vody jsou:

- Poševní infekce
- Vícečetné těhotenství
- Krvácení z rodidel v současném těhotenství
- Předčasný porod v minulém těhotenství
- Předčasný odtok plodové vody v minulém těhotenství
- Nedostatečnost děložního hrdla
- Zmnožení plodové vody
- Stav po výkonech na děložním hrdle (konizace, cerkláž)
- Kouření cigaret

Předčasný odtok plodové vody se může projevit jako světlý vodnatý výtok z pochvy. Někdy mohou být přítomny i stužky krve. Děložní kontrakce nebývají přítomny v době odtoku plodové vody, nastupují později až po určité době. Pokud plodová voda není čirá ale zkalená, zapáchá nebo je krvavá, může to signalizovat závažnou přidruženou komplikaci.

Správné a včasné rozpoznání toho, že se jedná o předčasný odtok plodové vody, má zásadní význam pro další osud těhotenství. Při průkazu předčasného odtoku plodové vody zaleží další postup na tom, v jakém těhotenském týdnu se žena nachází a další faktory, které by vedly k ukončení těhotenství (GREGORA, VELEMINSKÝ, 2013)

4.6. VEDENÍ PŘEDČASNÉHO PORODU

Předčasné porody jsou vedeny v perinatologických centrech intenzivní nebo intermediální péče se zajištěnou personální a přístrojovou vybaveností porodního sálu a jednotky intenzivní neonatologické péče. Přístup k vedení předčasného porodu je individuální a zásadně se liší od vedení porodu v porodním termínu. Je třeba zvážit rizika zvoleného postupu z hlediska plodu i matky. Neplatí, že vybavení plodu císařským řezem je pro plod vždy šetrnější. U více jak 60 % těhotenství mladšího než 32 gestačních týdnů císařskému řezu pravděpodobně nevyhneme.

K porodu per vias naturales lze přistoupit v případě, že plod je v poloze záhlavím a porodní cesty jsou na tento způsob porodu připravené. Porodník musí

posoudit podmínky z, kdy nejdůležitější je cervix skóre. Po zhodnocení cervix skóre (CS), které dosahuje čísla 7 a výš je možné zahájit porod vaginální cestou. Ke spontánnímu porodu se rovněž přistupuje v případech, kdy plod je na hranici viability. Při vaginálním vedení předčasného porodu se dbá na to, že nezralý plod je náchylnější k poškození porodním traumatem či hypoxií. Proto je zde na prvním místě zdůraznit šetrnost. Porod se vede za použití parciální tokolýzy, kterou se moduluje děložní činnost. Epidurální analgezie se snaží snížit odpor pánevního dna a podporuje uvolnění porodních cest. Pokud je vak blan zachovalý, ponechává se intaktní do samého závěru porodu. S časovým předstihem se podávají informace neonatologovi, který bude u porodu přítomen. U předčasného porodu je vždy tendence k nadměrné děložní činnosti, která může vést k rozvoji hypoxie. Porod bedlivě monitorujeme a v případě ohrožení plodu se včas rozhodujeme k operačnímu ukončení porodu.

Císařský řez a předčasný porod

Císařský řez u předčasných porodů je možné provést ve všech případech porodnických indikací, ovšem císařský řez nemá být proveden, před 24. týdnem těhotenství, pokud není ohroženo zdraví a život těhotné. U plodu s odhadem porodní hmotnosti menší než 1500 gramů by měl být proveden v perinatologickém centru. Profylaktický císařský řez je indikován, z důvodu polohy plodu KP nebo u vícečetného těhotenství do 32. týdne gestace. U předčasného porodu plodu koncem pánevním do hmotnostní kategorie 2500g je císařský řez indikován vždy, výjimku tvoří stavy, kdy již z časových důvodů nelze provést císařský řez. U předčasně rozených dvojčat se císařský řez provádí, pokud je váhový odhad jednoho z nich méně než 1500 gramů. Vícečetná těhotenství od trojčat a více plodů jsou vždy indikací k císařskému řezu. Mezi další indikace k provedení císařského řezu se řadí chorioamniotida (zánět plodových obalů, zánětem je postižena i plodová voda), krvácení matky, hypoxie plodu. Provedení císařského řezu v nízkém gestačním týdnu je mnohdy technicky náročné, protože dolní děložní segment není zatím zcela rozvinut, a pokud bychom nevystačily s řezem ve tvaru širokého U, je nutné volit řez cervikokorporální. Tento řez se hůře hojí a představuje vyšší riziko komplikací v dalším těhotenství. Výhodnější je tedy příčný, vysoko položený U řez (ROZTOČIL, 2008), (ČECH, 2006), (BINDER, 2011).

5 NEDONOŠENÝ NOVOROZENEC

Za nedonošeného novorozence je považován novorozenec narozený před ukončeným 37. týdnem těhotenství i hmotnosti menší než 2500 gramů s různými stupni zralosti. Nedonošený novorozenec může být eutrofický, hypotrofický, ale i hypertrofický. Vždy se musí posuzovat gestační věk novorozence. Stupeň zralosti ukazuje, jak dobře je dítě při narození vyvinuté a jaká je úroveň schopností jednotlivých orgánů fungovat mimo dělohu. Nezralost orgánů a tkání je tím více daná, čím je novorozenec gestační mladší. Vždy se musí posuzovat především gestační věk než hmotnost novorozence. Nezralost může být způsobena jak multiparou, nemocemi matky nebo riziky spojenými se samotným těhotenstvím například těhotenstvím indukovaná hypertenze, placentární abnormality, které mohou vyústit v předčasnou rupturu vaku blan. Některé studie nacházejí souvislosti mezi nezralostí plodu a chudobou, kouřením, konzumací alkoholu či drog.

Při nižších stupních nezralosti je novorozenecké období provázáno různými adaptačními problémy, například periodickým dýcháním, někdy se mohou vyskytovat i apnoické pauzy, které odezní zpravidla během prvních hodin po porodu. Problematictější je zavádění stravy, dosažení plného kojení obvykle trvá déle a předchází jej období částečného dokrmování odstříkaným mateřským mlékem pomocí stříkačky či sondou nebo parenterální podávání tekutin. Plné adaptace novorozenec většinou dosáhne okolo 36. týdne, pokud nejsou žádné komplikace je možné novorozence propustit domů (FENDRYCHOVÁ, 2013).

5.1. KLASIFIKACE NOVOROZENCŮ

Klasifikací jeho význam je doslova třídění nebo zařazování do různých skupin či tříd. Pokud je mezi skupinami nějaké uspořádání, znamená to zároveň i hodnocení. Novorozence je možné bezprostředně po porodu zařadit do skupin, které mají vysokou výpovědní lhůtu z hlediska prenatálního vývoje, ale i z hlediska morbidit nebo mortality. Děti narozené předčasně tvoří 2/3 novorozenců s nízkou porodní hmotností. Všeobecně se uplatňuje klasifikace podle délky těhotenství a podle vztahu porodní hmotnosti ke gestačnímu věku. V praxi se používají ještě další klasifikační pojmy, jako

například novorozenec extrémně nízké porodní hmotnosti, velmi nebo nízké porodní hmotnosti nebo novorozenec extrémně nezralý, velmi nezralý, středně nebo lehce nezralý (FENDRYCHOVÁ, 2012).

Každý novorozenec je charakterizován svým gestačním věkem, porodní hmotností a jejich vzájemným vztahem. Používáme tyto parametry:

Podle gestačního věku – lze stanovit třemi způsoby

1. Somatickými kritérii
2. Neurologickým vyšetřením
3. Kombinací fyzikálního a neurologického vyšetření – kde se hodnotí 6 znaků somatické zralosti a 6 znaků neurologického vývoje. Součet bodů z obou tabulek odpovídá příslušnému týdnu gestačního věku. (tabulky dle Ballarda)

Podle délky těhotenství

1. Narozené před termínem (nedonošené) – gestační věk před ukončeným 37. týdnem
2. Narozené v termínu (donošené) – gestační věk mezi 38. - 42. Ukončeným týdnem
3. Narozené po termínu (přenášené) – gestační věk nad dokončeným 42. Týdnem

Podle vztahu porodní hmotnosti a gestačního věku

1. Eutrofické - stav výživy u novorozence odpovídá gestačnímu věku
2. Hypotrofické – porodní hmotnost je nižší u novorozence než odpovídá gestačnímu věku
3. Hypertrofické – porodní hmotnost vyšší u novorozence než odpovídá gestačnímu věku

Podle zralosti

1. Extrémně nezralé – narozené do ukončeného 28. týdne gestace, zpravidla s hmotností do 999 gramů, označuje se ELBW – Extremely Low Birth Weight (extrémně nízká porodní hmotnost)
2. Velmi nezralé – do 32. Týdne gestace, zpravidla s hmotností 1000 – 1499 gramů, označuje se VLBW – Very Low Birth Weight (velmi nízká porodní hmotnost)
3. Středně nezralé – do 34. Týden gestace, zpravidla s hmotností 1500 – 1999 gramů, označuje se LBW – Low Birth Weight (nízká porodní hmotnost)
4. Lehce nezralé – do 38. týdne gestace, zpravidla s hmotností 2000 – 2499 gramů, označuje se LBW – Low Birth Weight (nízká porodní hmotnost) (FENDRYCHOVÁ, 2013).

Charakteristické morfologické znaky nedonošeného novorozence

Vždy se zde posuzuje spíše gestační věk než hmotnost novorozence.

1. Pokožka: je sytě rudá ale průsvitná, želatinózní, mázek chybí a lanugo je řídké. Pokožka je velmi citlivá na tlak, dezinfekční prostředky a snadno na ní vznikají eroze, které mohou tvořit vstupní bránu pro infekce.
2. Oční víčka nelze u ELBW – extrémně nezralých novorozenců rozlepit.
3. Prsní bradavky a žlázy u nedonošených novorozenců chybí.
4. Ušní boltce mají nevyvinutou chrupavku a jsou měkké.
5. Genitál u těžce nezralých novorozenců je hyponastický, chlapci mají nesestouplá varlata a dívky mají vulva s prominencí malých stydkých pysků.
6. Rýhování na ploskách nohou a na dlaních nevyvinuté, nebo jsou jen hlavní rýhy.

Charakteristické fyziologické znaky nedonošených novorozenců

1. Termolabilita u nedonošených novorozenců vede k nutnosti ošetřování v inkubátoru nebo ve vyhřívacích lůžkách. Příčinou je zde nedokonalá termoregulace a nedostatečná zásoba podkožního tuku.
2. Dýchání u nedonošených novorozenců je obtížné, kvůli nezralé struktuře plicní tkáně, omezená alveolární plocha a nedostatek plicního surfaktantu může vést až ke vzniku RDS, který ohrožuje dítě respiračním selháním.
3. Zažívání u nedonošených novorozenců je zpomalené. Je zde menší sekrece trávicích enzymů, zpomalená motilita střev a zpomalená evakuace žaludku. Tyto problémy vedou často k intoleranci stravy a nutnosti parenterální výživy.
4. Ledviny u nedonošených novorozenců se mohou vyznačovat funkční nezralostí a mohou vést až k obtížím s udržováním homeostázy vnitřního prostředí, vznikají sklony k otokům, hyponatremie, hyperkalemie až acidóza.
5. Játra a jejich zpomalená exkrece bilirubinu. Vznik žloutenky je dán nedostatečnou tvorbou enzymů a nízkou kapacitou transportních proteinů v jaterním parenchymu.
6. Imunitní systém. Jeho nezralost je morfologická, tak funkční vede k fyziologické imunodeficienci nedonošeného novorozence, která je příčinou velmi častých infekcí a těžkých septických stavů s vysokou mortalitou (ROZTOČIL, 2008).

5.2. PÉČE PO PORODU

Ošetřování novorozence s porodní hmotností pod 1000 gramů a pod 28. týdnem gestace.

Při prvním posouzení se zde myslí na to, že některé parametry dle apgarové a to hlavně svalový tonus, mohou být ovlivněny nezralostí novorozence a jejich změny tedy

nemusí být nutně způsobeny poporodní asfyxií. V případě nutnosti se novorozenec na porodním sále resuscituje a zvažuje se okamžitá intubace a při projevech RDS někdy i podání surfaktantu. Po bezprostřední stabilizaci se novorozenec ihned transportuje na jednotku intenzivní péče. Sledujeme projevy RDS nebo jiné dechové problémy, je-li to nutné pokračuje se v dechové podpoře pomocí kontinuálního přetlaku – CPAP nebo ventilátoru. Brzy po porodu se zavede infuze cestou v. umbilicalis nebo periferní žílou, v těžších případech je možné i centrálním katétre. Je zde nutné intenzivní monitorování, observace sester, připojení na přístrojové monitorování EKG, dýchání, sledování saturace hemoglobinu kyslíkem a laboratorní sledování glykémie, astrupa a minerálu. Při výrazné nestabilitě krevního oběhu se zavede katétr k invazivnímu měření krevního tlaku umbilikární nebo periferní arterií. Velký význam má zde péče o tepelnou pohodu dítěte. Samozřejmostí je použití inkubátoru nebo vyhřívaného lůžka. Vnitřní teplota se kontinuálně monitoruje a ztrátám tepla vyzařováním a perspirací bráníme krytím kůže průhlednou folií. S perorální výživou začínáme po až po následné stabilizaci stavu. V nejpříznivějších situacích od 2. dne a začíná se velmi malými dávkami za pomoci sondy nebo injekční stříkačky. Sondování je nutné zhruba do 34. postkoncepčního týdne, kdy dozrává sací a polykací reflex, ale i tak je velmi individuální.

Při příznivém průběhu se nedonošený novorozenec stabilizuje během prvních dnů a týdnů po porodu natolik, že již nepotřebuje léčbu kyslíkem a může být ošetřováno mimo inkubátor, přijímá výživu výhradně ústy. V tomto případě je ideální přechod na plné kojení, jeho dosažení však bývá mnohdy velmi obtížné. Dobře adaptované dítě je propuštěno do domácího ošetřování nejčastěji kolem 37. postkoncepčního týdne (LEBL, 2007).

5.3. PÉČE O DĚTI V INKUBÁTORU

Inkubátor má zajistit prostředí s regulovatelnou teplotou a vlhkostí. Novorozenec leží na měkké podložce a poloha je stabilizovaná pomocí měkké vložky ve tvaru podkovy. Většina výkonů je prováděna v inkubátoru.

Měření teploty

Novorozenci uloženému v inkubátoru je nutné měřit teplotu každé tři hodiny v případě nestability i víckrát. Teplota se měří digitálním teploměrem v axile, jelikož měření v anu je méně vhodné kvůli možnému zavlečení nozokomiální infekce. Každé dítě má svůj přidělený teploměr, který je uložen v dezinfekčním prostředku.

Podávání kyslíku

V inkubátoru lze provádět terapii kyslíkem. Některé inkubátory již mají zabudovaný vlastní měřic koncentrace kyslíku. U ostatních inkubátorů, které zabudovaný měřič nemají se měří koncentrace kyslíku pomocí oxymetru ten je vložen do inkubátoru. Oxygenoterapie musí být pečlivě dávkovaná lékařem podle změřeného množství kyslíku v organismu, nejčastěji podle saturace.

Očista

Očista novorozence se provádí každý den ráno a u právě novorozenech dětí se ponechává mázek , protože slouží jako ochrana kůže. Mázek se odstraňuje po 24 hodinách a to velmi šetrně. Velkou pozornost při očištění se věnuje místům, kde se stýkají dvě kožní plochy a to pod krkem, za ušima, tříselech a v axilách. Očista novorozence v inkubátoru při umělé plicní ventilaci a distenční léčbě se provádí v inkubátoru. Novorozenec se otírá sterilní vodou zahřátou v inkubátoru. V rámci hygieny se provádí ošetření dutiny ústní a rtů, pupečního pahýlu a ošetření zadečku. Mění se umístění senzoru oximonitoru a to střídavě na všechny čtyři končetiny.

Vážení

K vážení se hodí váha na pojízdném stolku, která se po každém použití dezinfikuje. Může se vyskytovat i váha integrovaná v inkubátoru, která je šetrná pro dítě a pohodlná pro personál.

Polohování

Polohování dítěte se musí provádět několikrát denně. Je třeba kontrolovat při polohování polohu ušních boltců, protože u extrémně nezralých novorozenců by mohlo snadno dojít k jejich přehnutí či proležení. Ke stabilizaci polohy se využívají složené pleny, měkké podkovy a jiné pomůcky.

Fyzioterapie

V dnešní době dochází na oddělení rehabilitační sestry, která provádí určité typy cvičení rehabilitace. Provádí rehabilitaci pro rozvoj motorického vývoje, pro stabilizaci dechové aktivity, kontaktní dýchání. V této době je fyzioterapie již pravidelnou součástí péče o nedonošené novorozence.

Péče o dítě v postýlce

Novorozenci, kteří jsou již oběhově stabilní a dosáhli hmotnosti okolo 2000 gramů mohou být uloženi v postýlce. Pro děti s nižší hmotností nebo nestabilní teplotou jsou určeny lůžka s vyhřívanou podložkou.

Děti v postýlkách jsou ošetřovány dle následujících zásad

- Tělesná teplota se měří 2x denně nebo i častěji dle potřeby.
- Sestra musí mít trvalou vizuální kontrolu a přehled o stavu dítěte.
- Každý pacient má svůj monitor dechu
- Koupel se provádí jednou za 3 dny

5.4. PROBLÉMY SPOJENÉ S NEDONOŠENOSTÍ A NEZRALOSTÍ

Novorozenci, kteří se narodili předčasně, může potkat celé řada problému, vztahujících se k jejich stavu. Ke každému novorozenci se přistupuje zcela individuálně a sestra novorozence sleduje a monitoruje, aby se případné komplikace zachytily včas.

Novorozenci mohou být postihnuti komplikacemi:

- Respirační tíseň - RSD vznikající pro nezralou plicní tkáň a chybění surfaktantu. Tento stav může vést až k respiračnímu selhání s následným poškozením orgánů zejména mozku.
- Hypoglykemie a hypokalcémie vznikající pro malé zásoby glukózy a kalcia, přenášejí se placentou nejvíce ve třetím trimestru. Zde může dojít až k poškození mozku.

- Hypotermie vznikající pro nedostatečnou termogenezi, termoregulaci a téměř nebo zcela úplně chybějící ochranou vrstvu podkožního tuku, který slouží jako tepelná izolace.
- Problémy s výživou a hydratací vznikající pro chabé sání nebo špatnou koordinaci sání. Může být způsobena i sníženou motilitu střev a nízkou produkci trávicích šťáv.
- Hypotenze vznikající po velké ztrátě krve při porodu nebo při infekci. Častěji vzniká při nezralosti adrenální hormonální odpovědi na stresovou situaci, které je nezralý novorozenec vystaven.
- Anémie vznikající z důvodu urychleného rozpadu erytrocytů v kombinaci s přechodně sníženou krvetvorbou.
- Hyperbilirubinémie vznikající pro zvýšený rozpad červených krvinek a především pro nezralost jaterních funkcí.
- Apnoické pauzy provázené bradykardií a cyanózou vznikající z nezralosti nervového systému
- Infekce vznikající pro nedostatečnou zralost imunitního systému, která má za následek náchylnost k závažným, často i život ohrožujícím stavům. Nebezpečí u předčasně narozených dětí je vyšší pokud matka infekci má nebo se během porodu vyskytnou komplikace.
- Zvýšená náchylnost ke krvácení vznikající pro nedostatek protrombinu a vitamínu K, tvořící se v tlustém střevě vlivem mikrobiální flóry a má vliv na dozrávání koagulačních faktorů v játrech.
- Zvýšené riziko poškození kůže vznikající pro její nezralost a křehkost.

5.5. PROPUŠTĚNÍ DÍTĚTE

O propuštění rozhoduje lékař, který musí zkontrolovat, zda jsou splněny všechny podmínky. Na přípravě propuštění se významně podílejí sestry a to zejména tím, že pomáhají rozvíjet schopnost dítěte přijímat výživu a kojit se, edukují a prakticky zacvičují rodiče v péči o novorozence a provádějí kontrolní odběry a řadu preventivních opatření. Novorozenci mohou být propuštěni do domácí péče, pokud je jejich zdravotní

stav stabilizovaný, přiměřeně prospívají a mají vodné domácí zázemí. Matka by měla zvládat techniku výživy ať už kojení či dokrmování a měla by umět o novorozence pečovat ve všech směrech i v podávání léků. Lékař informuje rodiče o zdravotním stavu novorozence a předá jim propouštěcí zprávu.

Před propuštěním nedonošeného novorozence z JIP domů je nutné splnit tyto nezbytná opatření a podmínky:

a) Kontrolní a doplňující vyšetření

- Poslední laboratorní vyšetření – kde se vyšetřuje krevní obraz, acidobazická rovnováha, ionty, moč, u anemických novorozenců železo a ferritin, kontrola všech předchozích patologických hodnot.
- Kontrolní ultrasonografické vyšetření – nejčastěji dochází k vyšetření mozku, ledvin a jiných orgánů dle stavu novorozence.
- Kontrolní rentgenové vyšetření – plíce po předchozím patologickém nález, a u novorozenců s porodní hmotností menší než 1500 gramů předloktí k posouzení vývoje kostí.
- Kardiologické vyšetření – u dětí po uzavření PDA, při zjištění šelestu na srdci, s vrozenou vadou srdce, u všech dětí s BPD
- Oční vyšetření, které se provádí před propuštěním.
- Další vyšetření dle diagnózy – neurologické, urologické, chirurgické.

b) Screeningová vyšetření a preventivní opatření

- Ortopedické vyšetření, kde se kontroluje uložení kyčlí.
- Kontrola sluch metodou OAP
- oční vyšetření

c) Výživa po propuštění

Matku je důležité podporovat v kojení, případně ostříkáváním mléka. V případech, ve kterých výživa vlastním mateřským mlékem není možná, převést novorozence na vhodnou mléčnou výživu.

d) Příprava rodičů na propuštění

Přijetí matky na oddělení k novorozenci eventuálně ji umožnit pravidelné návštěvy. Zacvičit matku v péči o novorozence, provádění koupele, oblékání, péče

o pupík a nos. Zacvičit matku i v případných rehabilitacích a podávání léků. Dle stavu dítěte doporučit monitor dechu. Rodiče, by měly být informovány s dostatečným předstihem o propuštění novorozence (DORT, 2011).

6 POPIS ŘEŠENÍ PRŮZKUMU

Cílem práce je zjištění míry informovanosti o předčasném porodu nedonošeného novorozence u žen s rizikovým těhotenstvím nebo u žen již po předčasném porodu. Předčasných porodů stále přibývá, proto je toto téma stále více aktuální. Předpokládáme, že většina respondentek nebude mít dostatek znalostí a informací o předčasném porodu a nedonošených novorozencích.

6.1. PRŮZKUMNÝ PROBLÉM

Jsou rodičky informovány o možných příčinách předčasného porodu a mají dostatečné informace ohledně péče o nezralého novorozence?

6.2. PRŮZKUMNÉ CÍLE A OTÁZKY

Cíl 1: Zjistit zájem rodiček o informace ohledně možných příčin předčasného porodu a informací o nedonošených novorozencích.

Průzkumná otázka 1a: Mají rodičky zájem o informace ohledně příčin předčasného porodu a péče o nedonošené novorozence?

Průzkumná otázka 1b: Zajímají rodičky více informace ohledně příčin předčasného porodu, nebo o informace ohledně nedonošených novorozenců.

Průzkumná otázka 1c: Snaží se respondentky, které již předčasný porod prodělaly, získat více informací?

Průzkumná otázka 1d: Má prodělané umělé oplodnění rodičky vliv na jejím zájmu o informace o možných příčinách předčasného porodu nebo o informace ohledně nedonošených novorozenců?

Pro zjištění byly použity odpovědi na otázky dotazníku č. 3, 5, 9, 13, 19, 21

Cíl 2: Zjistit zdroje, které matkám slouží k získání informací ohledně předčasného porodu a nedonošených novorozenců.

Průzkumná otázka 2: Kde rodičky získávají informace ohledně možných příčin předčasného porodu a ohledně nedonošených novorozenců?

Pro zjištění byly použity odpovědi na otázky č. 8, 10, 14, 17, 18, 21

Cíl 3: Jaké informace se respondentky dozvěděly od personálu nemocnice?

Průzkumná otázka 3: Jaké informace se respondentky dozvěděly od personálu nemocnice?

Pro zjištění byly použity odpovědi na otázky č. 7, 11, 16, 17, 18, 20

Přestože některé otázky dotazníku nebyly pro průzkum použity, jejich přítomnost a výsledek průzkum vhodně doplňuje.

6.3. METODIKA PRŮZKUMU

K získávání potřebných dat byla zvolena kvantitativní metoda průzkumu, pomocí nestandardizovaného anonymního dotazníku, který tvoří 22 položek složených ze čtyř částí. První část otázky 1,2,3,4,5,6 jsou rozřazovací s kategorizačními údaji. Druhá část skládající se z otázek 7,8,9,10,11 se týká informovanosti o předčasném porodu. Třetí část skládající se z otázek 13,14,15 se týká předporodní přípravy a čtvrtá část skládající se z otázek 16,17,18,19,20,21, které se týkají informací o nedonošeném novorozenci. Závěrečná otázka je cílená na subjektivní pocit ohledně informovanosti rodičky. Odpovědi jsou vyhodnoceny programem MS Office Excel 2003 a výsledky jsou interpretovány tabulkami s absolutními a relativními hodnotami a grafy. Šetření bylo provedeno u respondentek s rizikovým těhotenstvím a u žen již po předčasném porodu. Celkem bylo vytvořeno 60 dotazníků a respondentkami bylo vyplněno 50 dotazníků. Všechny byly vyplněny dostatečně a byly použitelné pro průzkum.

6.4. PRŮZKUMNÝ SOUBOR

Průzkumný soubor tvořily respondentky hospitalizované v Nemocnici Na Bulovce na oddělení rizikového těhotenství a respondentky již po předčasném porodu.

6.5. ANALÝZA VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU

Položka 1 - V jaké věkové skupině se nacházíte?

Tabulka 1 Věková skupina

1. V jaké věkové skupině se nacházíte?		
odpověď	absolutní četnost	relativní četnost
15-18	1	2%
19-25	6	12%
26-35	39	78%
36 a více let	4	8%
Celkem	50	100%

Graf 1 Věková skupina



Z celkového počtu 50 (100 %) respondentek byla 1 (2 %) ve věku 15-18 let, 6 respondentek (12 %) ve věku 19-25 let, 39 respondentek (78 %) ve věku 26-35 let a 4 (8%) respondentek bylo starších než 36 let.

Více než tři čtvrtiny rodiček bylo ve věku od 26 do 35 let. Rozložení věku cílové skupiny odpovídá rozložení věku rodiček v ČR dle údajů z Českého statistického úřadu. Věk rodiček se od počátku devadesátých let zvyšuje. Na počátku sedmdesátých let se průměrný věk matek při narození dítěte pohyboval okolo 20 let, v současné době je to okolo 30 let.

Položka 2 - Kolikáté je toto vaše těhotenství?

Tabulka 2 Počet těhotenství

2. Kolikáté je toto Vaše těhotenství?		
odpověď	absolutní četnost	relativní četnost
První	21	42%
Druhé	20	40%
Třetí a více	9	18%
Celkem	50	100%

Graf 2 Počet těhotenství



Z celkového počtu 50 (100 %) respondentek uvedlo 21 (42 %), že jde o jejich první těhotenství, 20 (40 %) respondentek uvedlo druhé těhotenství a 9 (18 %) uvedlo, že se jedná o jejich třetí nebo další těhotenství.

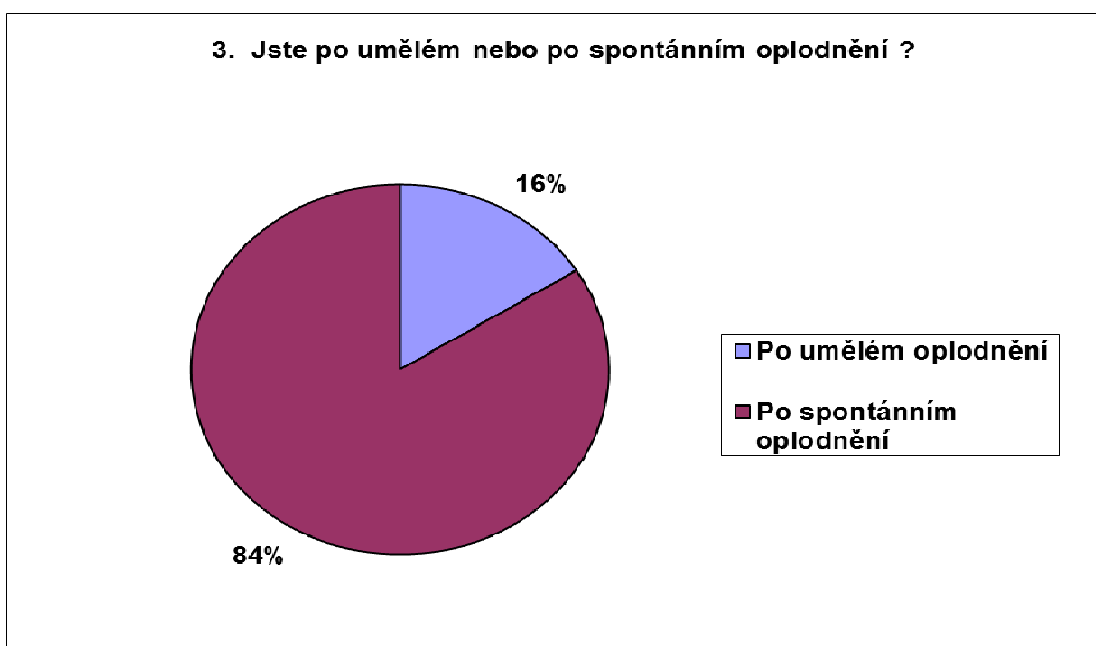
U respondentek převažovalo první těhotenství. Podle údajů z ČSÚ se v roce 2012 z celkového počtu 108 tisíc (100 %) všech živě narozených dětí narodilo 51 tisíc (47 %) dětí v prvním pořadí a 42 tisíc (39 %) dětí ve druhém pořadí a 15 tisíc (14 %) ve třetím pořadí. Pořadí těhotenství v šetření odpovídá statistickým údajům o živě narozených dětech z ČSÚ.

Položka 3 - Jste po umělém nebo po spontánním oplodnění?

Tabulka 3 Způsob oplodnění

3. Jste po umělém nebo po spontánním oplodnění?		
odpověď	absolutní četnost	relativní četnost
Po umělém oplodnění	8	16%
Po spontánním oplodnění	42	84%
Celkem	50	100%

Graf 3 Způsob oplodnění



Z celkového počtu 50 (100 %) respondentek uvedlo 8 (16 %) respondentek, že jsou po umělém oplodnění a 42 (84 %) dotázaných bylo oplodněno spontánně.

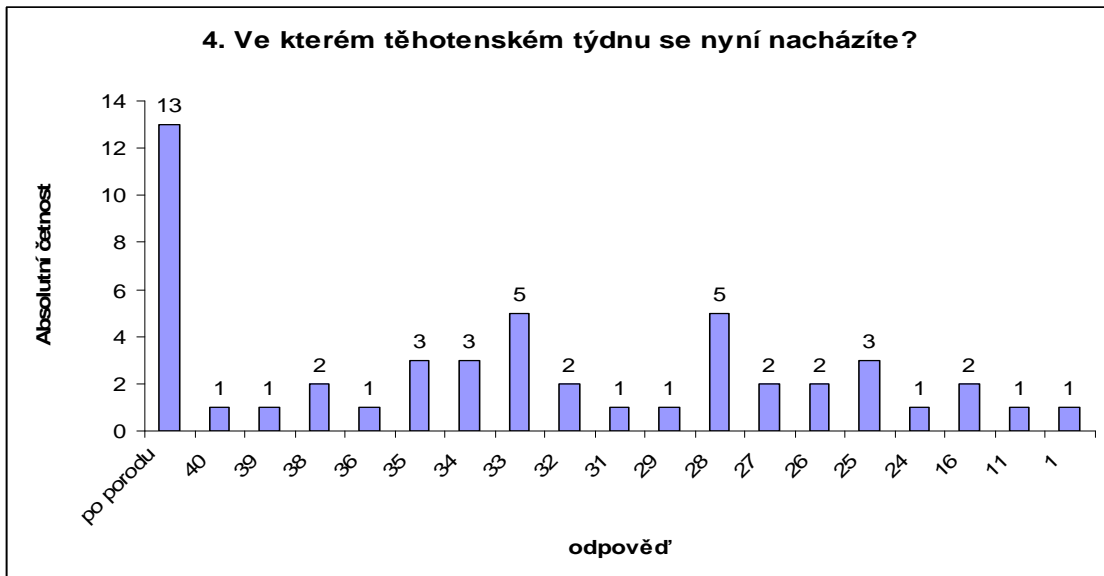
Ve sledované skupině většina dotázaných otěhotnělo spontánně, méně jak jedna pětina byla po umělém oplodnění.

Položka 4 - Ve kterém těhotenském týdnu se nyní nacházíte?

Tabulka 4 Týden těhotenství

4. Ve kterém těhotenském týdnu se nyní nacházíte?		
odpověď	absolutní četnost	relativní četnost
po porodu	13	26%
40	1	2%
39	1	2%
38	2	4%
36	1	2%
35	3	6%
34	3	6%
33	5	10%
32	2	4%
31	1	2%
29	1	2%
28	5	10%
27	2	4%
26	2	4%
25	3	6%
24	1	2%
16	2	4%
11	1	2%
1	1	2%
Celkem	50	100%

Graf 4 Týden těhotenství



Z celkového počtu 50 (100 %) respondentek uvedlo 13 (26 %) respondentek, že jsou po porodu, 1 (2 %) byla v 40. týdnu těhotenství, 1 (2 %) byla v 39. týdnu těhotenství, 2 (4 %) byly v 38. týdnu těhotenství, 1 (2 %) byla v 36. týdnu těhotenství, 3 (6 %) byly v 35. týdnu těhotenství, 3 (6 %) byly v 34. týdnu těhotenství, 5 (10 %) bylo ve 33. týdnu těhotenství, 2 (4 %) byly v 32. týdnu těhotenství, 1 (2 %) byla v 31. týdnu těhotenství, 1 (2 %) byla v 29. týdnu těhotenství, 5 (10 %) bylo ve 28. týdnu těhotenství, 2 (4 %) byly v 27. týdnu těhotenství, 2 (4 %) byly v 26. týdnu těhotenství, 3 (6 %) byly v 25. týdnu těhotenství, 1 (2 %) byla v 24. týdnu těhotenství, 2 (4 %) byly v 16. týdnu těhotenství, 1 (2 %) byla v 11. týdnu těhotenství.

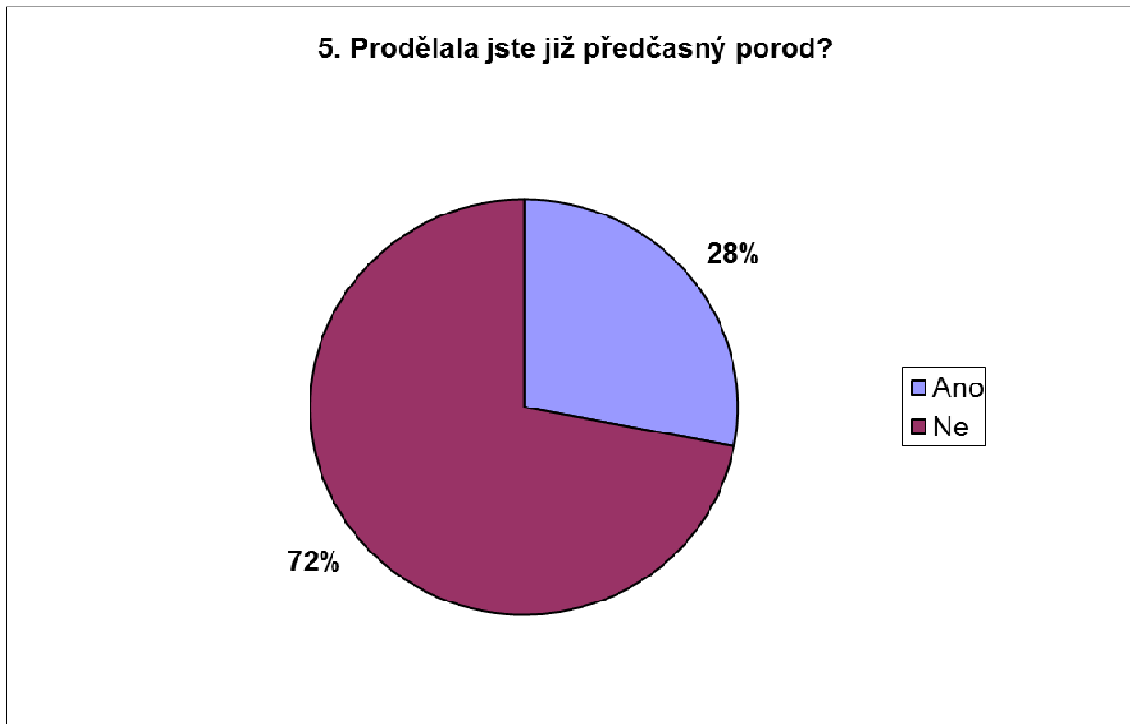
Většina respondentek byla po dvacátém týdnu těhotenství a čtvrtina respondentek již po porodu.

Položka 5 - Prodělala jste již předčasný porod?

Tabulka 5 Prodělaný předčasný porod

5. Prodělala jste již předčasný porod?		
odpověď	absolutní četnost	relativní četnost
Ano	14	28%
Ne	36	72%
Celkem	50	100%

Graf 5 Prodělaný předčasný porod



Z celkového počtu 50 (100 %) respondentek uvedlo 14 (28 %) respondentek, že již alespoň jednou předčasně porodilo a 36 (72 %) dotázaných předčasný porod nemělo.

Více než jedna čtvrtina dotázaných odpověděla, že alespoň jednou již předčasně porodila.

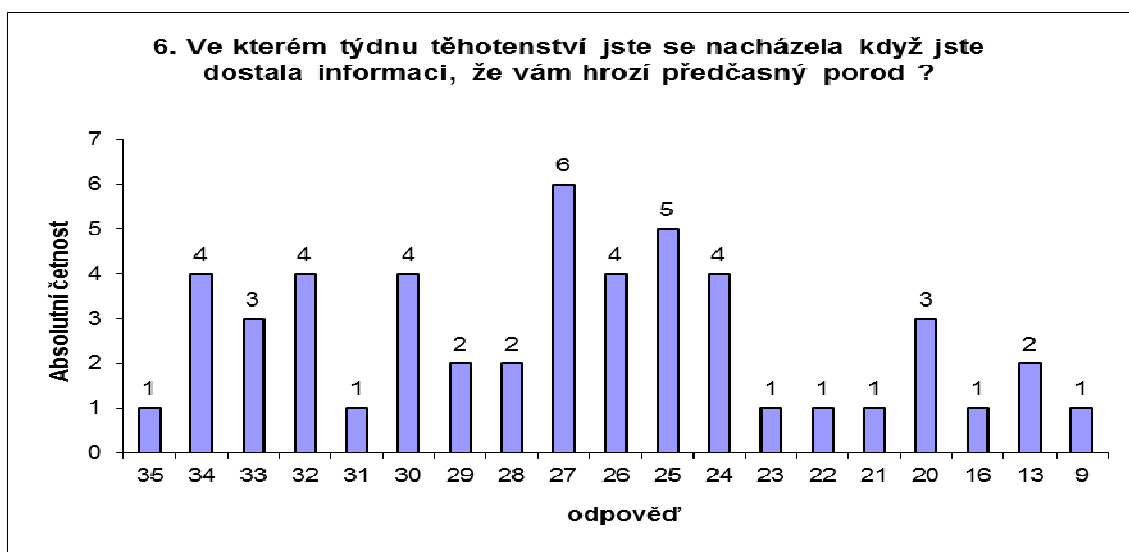
Položka 6 - Ve kterém týdnu těhotenství jste se nacházela, když jste dostala informaci, že vám hrozí předčasný porod?

Tabulka 6 Informace o předčasném porodu

6. Ve kterém týdnu těhotenství jste se nacházela, když jste dostala informaci, že vám hrozí předčasný porod?		
odpověď	absolutní četnost	relativní četnost
35	1	2%
34	4	8%
33	3	6%
32	4	8%
31	1	2%

30	4	8%
29	2	4%
28	2	4%
27	6	12%
26	4	8%
25	5	10%
24	4	8%
23	1	2%
22	1	2%
21	1	2%
20	3	6%
16	1	2%
13	2	4%
9	1	2%
Celkem	50	100%

Graf 6 Informace o předčasném porodu



Z celkového počtu 50 (100 %) respondentek uvedla 1 (2 %) respondentka, že se o riziku předčasného porodu dozvěděla ve 35. týdnu těhotenství, 4 (8 %) ve 34. týdnu těhotenství, 3 (6 %) ve 33. týdnu těhotenství, 4 (8 %) ve 32. týdnu těhotenství, 1 (2 %) ve 31. týdnu těhotenství, 4 (8 %) ve 30. týdnu těhotenství, 2 (4 %) ve 29. týdnu těhotenství, 2 (4 %) ve 28. týdnu těhotenství, 6 (12 %) ve 27. týdnu těhotenství, 4 (8 %) ve 26. týdnu těhotenství, 5 (10 %) ve 25. týdnu těhotenství, 4 (8 %) ve 24. týdnu těhotenství, 1 (2 %) ve 23., 22., a 21. týdnu těhotenství, 3 (6 %) byly v 20. týdnu

těhotenství, 1 (2 %) v 16. týdnu těhotenství, 2 (4%) ve 13. týdnu těhotenství, 1 (2 %) v 9. týdnu těhotenství.

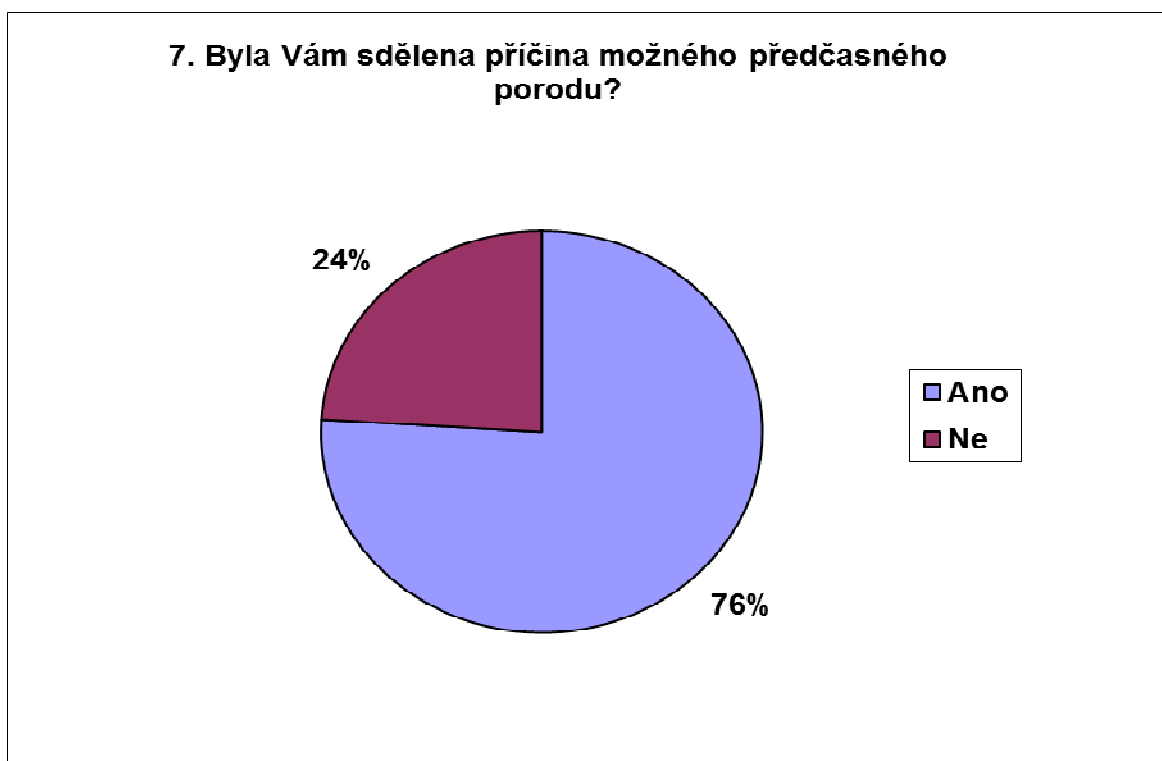
O riziku předčasného porodu se respondentky nejčastěji dozvěděly mezi 24. až 27. týdnem svého těhotenství.

Položka 7 - Byla Vám sdělena příčina možného předčasného porodu?

Tabulka 7 Příčina předčasného porodu

7. Byla Vám sdělena příčina možného předčasného porodu?		
odpověď	absolutní četnost	relativní četnost
Ano	38	76%
Ne	12	24%
Celkem	50	100%

Graf 7 Příčina předčasného porodu



Z celkového počtu 50 (100 %) respondentek uvedlo 38 (79 %) respondentek, že jim byla sdělena příčina předčasného porodu a 12 (24 %) respondentkám příčina předčasného porodu sdělena nebyla.

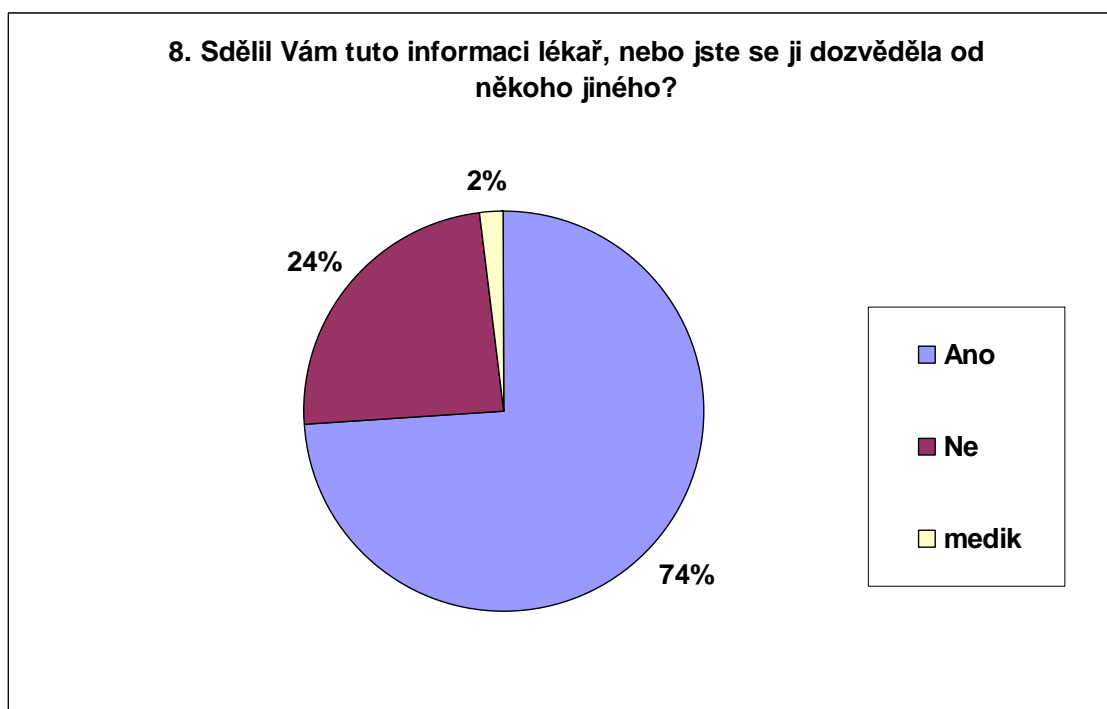
Více než třem čtvrtinám respondentek byla sdělena příčina předčasného porodu.

Položka 8 - Sdělil vám tuto informaci lékař nebo jste se ji dozvěděla od někoho jiného?

Tabulka 8 Kdo sdělil informaci o předčasném porodu

8. Sdělil Vám tuto informaci lékař nebo jste se to dozvěděla od někoho jiného?		
odpověď	absolutní četnost	relativní četnost
Ano	37	74%
Ne	12	24%
medik	1	2%
Celkem	50	100%

Graf 8 Kdo sdělil informaci o předčasném porodu



Z celkového počtu 50 (100 %) respondentek uvedlo 37 (74 %) dotázaných, že jim sdělil informaci o předčasném porodu lékař, 12 (24 %) tuto informaci od lékaře nemělo a 1 (2 %) tuto informaci sdělil medik.

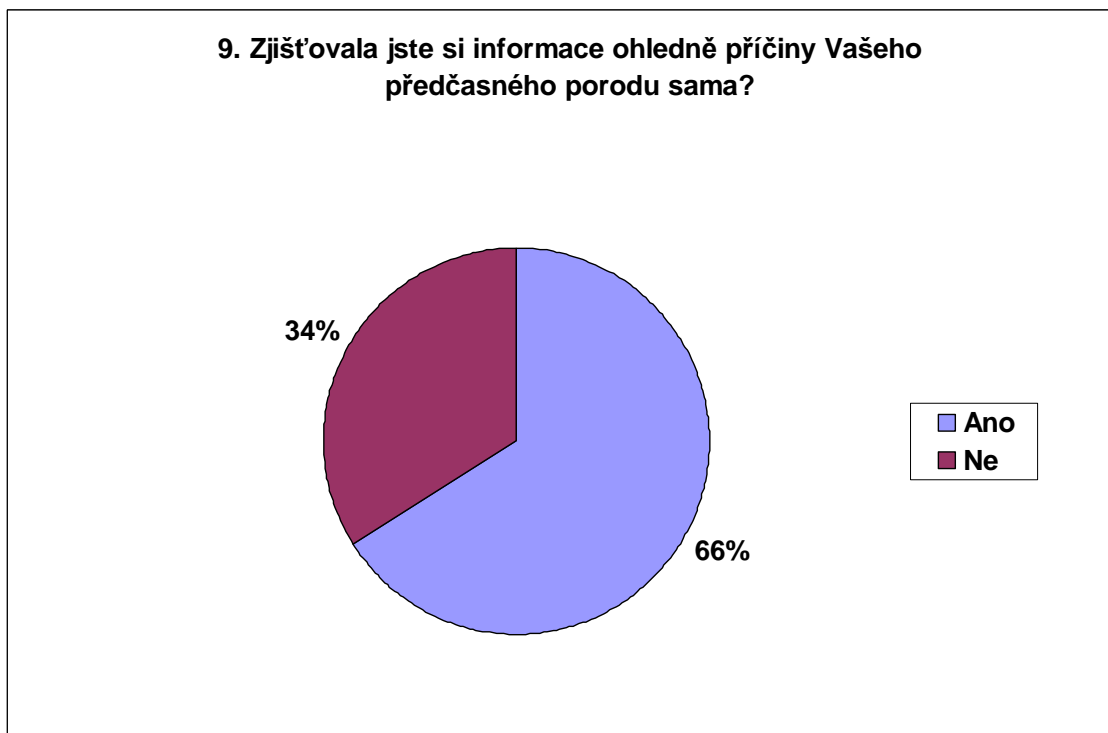
Tři čtvrtiny dotázaných dostaly informaci o riziku předčasného porodu od lékaře.

Položka 9 - Zjišťovala jste si informace ohledně příčiny vašeho předčasného porodu sama?

Tabulka 9 Zájem o získání informací ohledně příčiny předčasného porodu

9. Zjišťovala jste si informace ohledně příčiny Vašeho předčasného porodu sama?		
odpověď	absolutní četnost	relativní četnost
Ano	33	66%
Ne	17	34%
Celkem	50	100%

Graf 9 Zájem o získání informací ohledně příčiny předčasného porodu



Z celkového počtu 50 (100 %) respondentek odpovědělo na uvedenou otázku 33 (66 %) ano a 17 (34 %) odpovědělo ne.

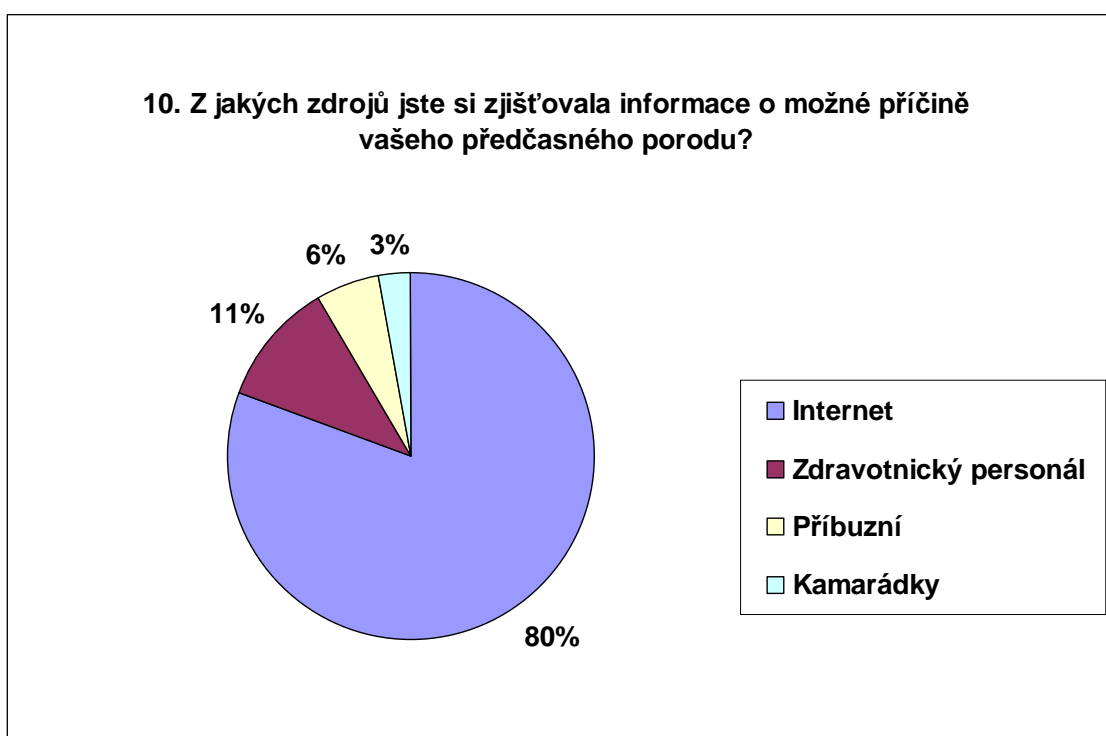
Dvě třetiny respondentek si samy zjišťovaly příčinu předčasného porodu.

Položka 10 - Z jakých zdrojů jste zjišťovala informace o možné příčině Vašeho předčasném porodu? (odpovídalo 33 respondentek, některé uvedly více zdrojů)

Tabulka 10 Zdroje informací ohledně příčiny předčasného porodu

10. Z jakých zdrojů jste si zjišťovala informace o možné příčině vašeho předčasného porodu?		
Uvedený zdroj	absolutní četnost	relativní četnost
Internet	29	81%
Zdravotnický personál	4	11%
Příbuzní	2	6%
Kamarádky	1	3%
Celkem	36	100%

Graf 10 Zdroje informací ohledně příčiny předčasného porodu



Z celkového počtu 50 (100 %) respondentek uvedlo 29 (81 %) dotázaných, že si informaci o předčasném porodu zjistily na Internetu, 4 (11 %) získaly informace od zdravotnického personálu, 2 (4 %) od příbuzných a 1 (2 %) od kamarádky.

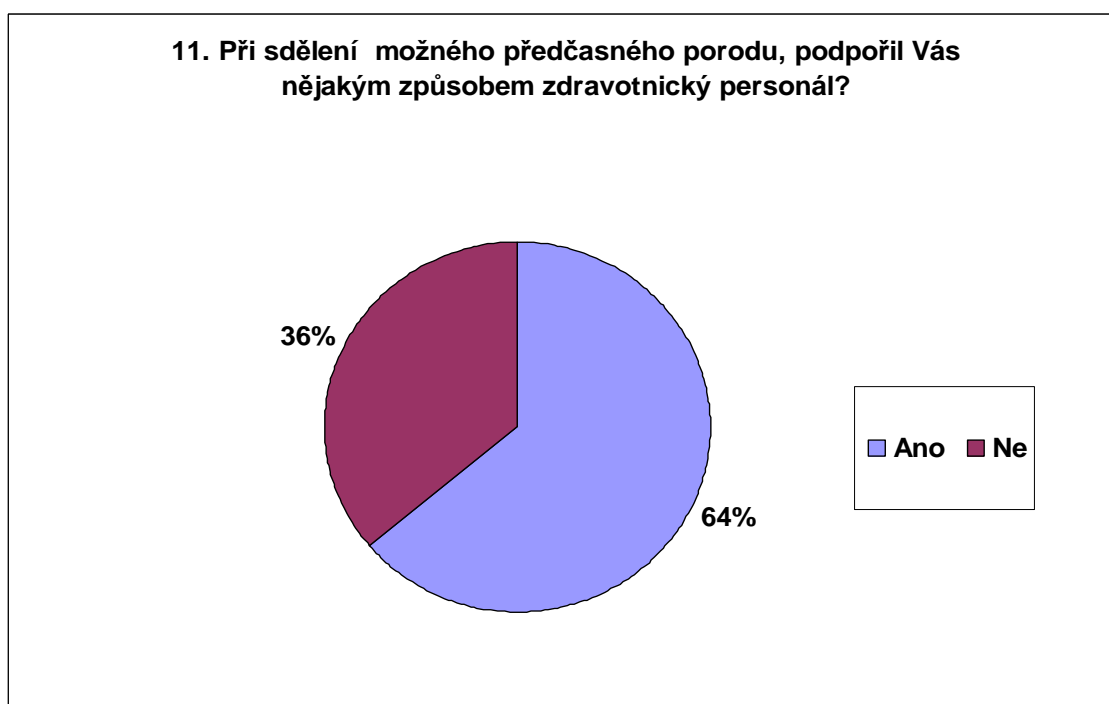
Na rozdíl od otázky ohledně zdrojů informací o předčasně narozených dětech, žádná respondentka neuvedla konkrétní internetový zdroj. Pravděpodobně tedy žádný zdroj specializovaný na tuto problematiku nenašly.

Položka 11 - Při sdělení možného předčasného porodu, podpořil Vás nějakým způsobem zdravotnický personál?

Tabulka 11 Podpora zdravotnického personálu

11. Při sdělení možného předčasného porodu, podpořil Vás nějakým způsobem zdravotnický personál?		
odpověď	absolutní četnost	relativní četnost
Ano	32	1
Ne	18	0
Celkem	50	1

Graf 11 Podpora zdravotnického personálu



Na otázku, zda respondentky podpořil zdravotnický personál, odpovědělo z celkového počtu 50 (100 %) dotázaných 32 (64 %) ano a 18 (36 %) odpovědělo ne.

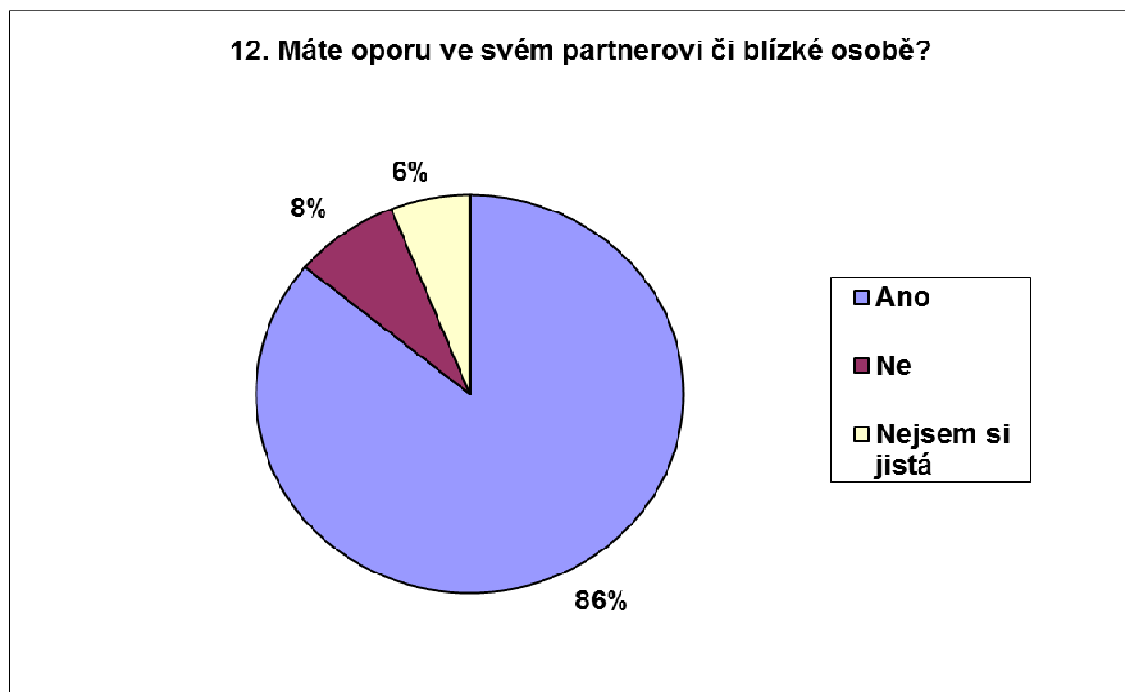
Zdravotnický personál pomohl téměř dvěma třetinám respondentek vyrovnat se s informací o jejich předčasném porodu.

Položka 12 - Máte oporu ve svém partnerovi či blízké osobě?

Tabulka 12 Podpora v partnerovi či v blízké osobě

12. Máte oporu ve svém partnerovi či blízké osobě?		
odpověď	absolutní četnost	relativní četnost
Ano	43	86%
Ne	4	8%
Nejsem si jistá	3	6%
Celkem	50	100%

Graf 12 Podpora v partnerovi či v blízké osobě



Z celkového počtu 50 (100 %) respondentek mělo 43 (86 %) podporu ve svém partnerovi nebo osobě blízké, 4 (8 %) podporu nemělo a 3 (6%) si nebyly jisty.

Téměř všechny respondenty měly při předčasném porodu oporu ve svém partnerovi nebo blízké osobě. Pouze čtyři respondenty odpověděly záporně.

Položka 13 - Navštěvovala jste nějaký předporodní kurz?

Tabulka 13 Účast na předporodním kurzu

13. Navštěvovala jste nějaký předporodní kurz?		
odpověď	absolutní četnost	relativní četnost
Ano	16	32%
Ne	34	68%
Celkem	50	100%

Graf 13 Účast na předporodním kurzu



Z celkového počtu 50 (100 %) respondentek se účastnilo 16 (32 %) předporodního kurzu a 34 (68 %) se kurzu neúčastnilo.

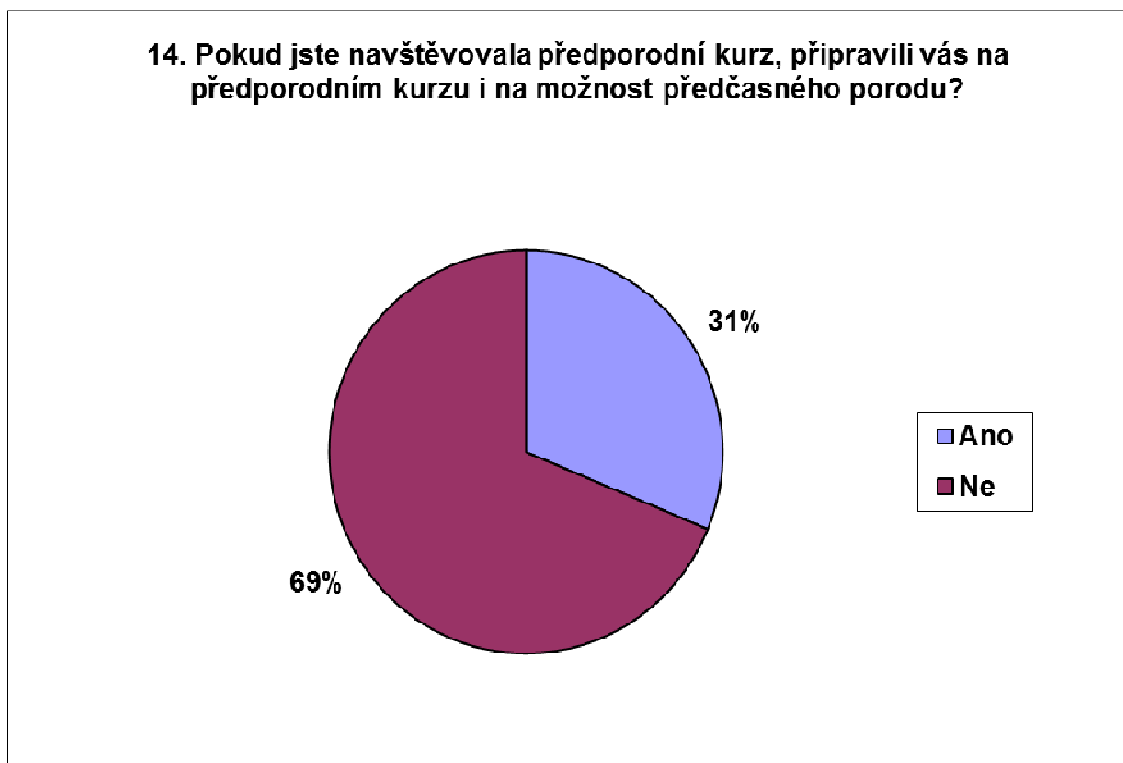
Předporodního kurzu se účastnila téměř jedna třetina dotázaných.

Položka 14 - Pokud jste navštěvovala předporodní kurz, připravili Vás na předporodním kurzu i na možnost předčasného porodu? (Odpovídalo pouze 16 respondentek, které se zúčastnily předporodního kurzu)

Tabulka 14 Předporodní kurz (informace o předčasném porodu)

14. Pokud jste navštěvovala předporodní kurz, připravili vás na předporodním kurzu i na možnost předčasného porodu?		
odpověď	absolutní četnost	relativní četnost
Ano	5	31,25%
Ne	11	68,75%
Celkem	16	100,00%

Graf 14 Předporodní kurz (informace o předčasném porodu)



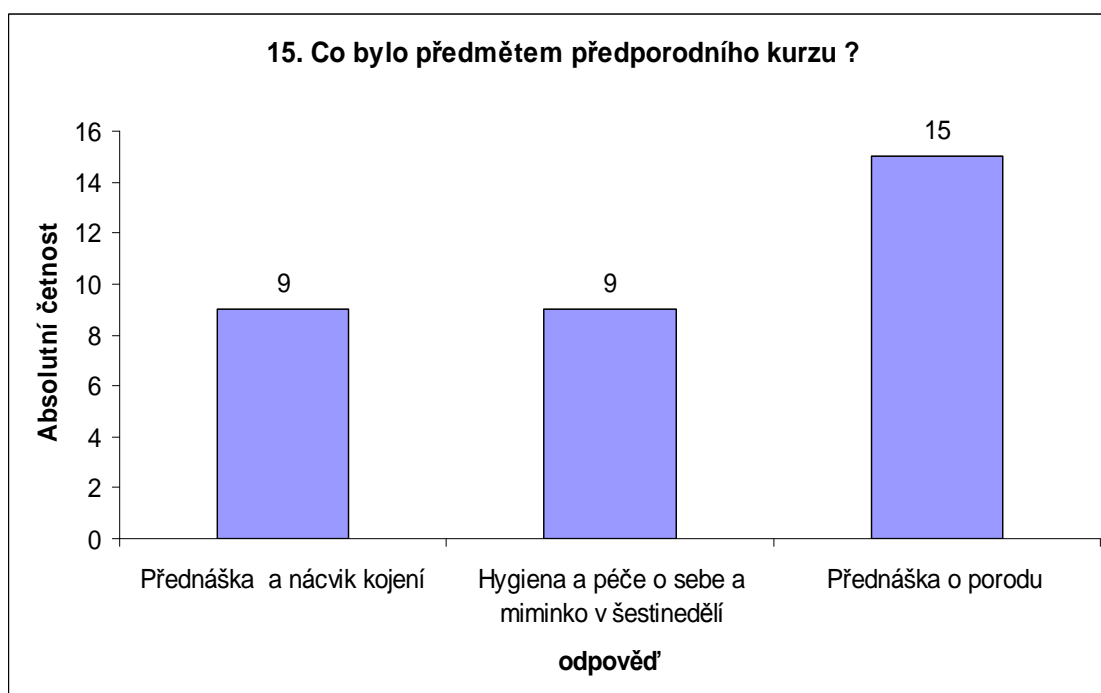
Z 16 (100 %) respondentek, které navštěvovaly předporodní kurz, jich pouze 5 (32 %) bylo připraveno na možnost předčasného porodu, 11 (69 %) jich připraveno nebylo.

Položka 15 - Co bylo předmětem předporodního kurzu? (Odpovídalo pouze 16 respondentek, které se zúčastnily předporodního kurzu)

Tabulka 15 Předporodní kurz (předmět)

15. Co bylo předmětem předporodního kurzu?		
odpověď	absolutní četnost	relativní četnost
Přednáška a nácvik kojení	9	27%
Hygiena a péče o sebe a miminko v šestinedělí	9	27%
Přednáška o porodu	15	45%
Celkem	33	100%

Graf 15 Předporodní kurz (předmět)



Ze 16 (100 %) respondentek, které navštěvovaly předporodní kurz, jich 9 (27 %) uvedlo, že předmětem kurzu byla přednáška a nácvik kojení, 9 (27 %) uvedlo hygienu a péči o sebe a miminko v šestinedělí, a 15 (45 %) vyslechlo přednášku o porodu.

Zde je vidět rozdílnost obsahu kurzů. Dalo by se předpokládat, že předporodní kurzy budoucí rodičky připravuje na všechny aspekty porodu a následné poporodní péči

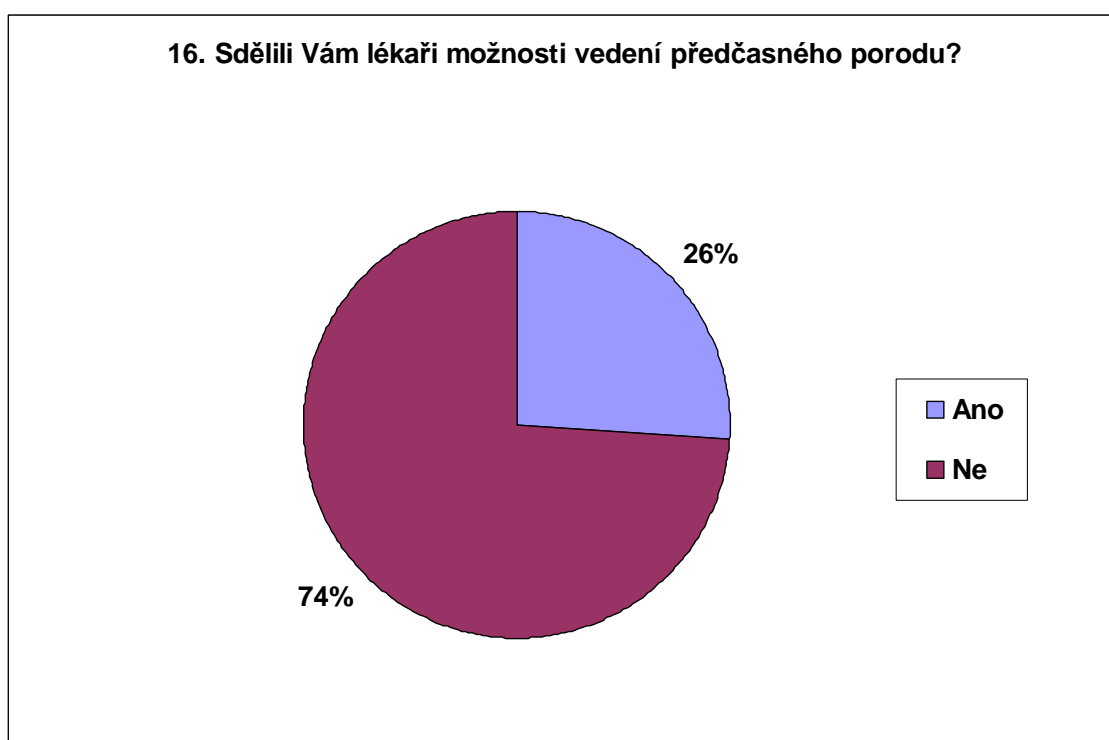
o dítě. Pouze šest respondentek uvedlo, že jejich kurz zahrnoval všechny výše uvedené aspekty.

Položka 16 - Sdělili Vám lékaři možnosti vedení předčasného porodu?

Tabulka 16 Vedení předčasného porodu

16. Sdělili Vám lékaři možnosti vedení předčasného porodu?		
odpověď	absolutní četnost	relativní četnost
Ano	13	26%
Ne	37	74%
Celkem	50	100%

Graf 16 Vedení předčasného porodu



Z celkového počtu 50 (100 %) respondentek dostalo 13 (26 %) informaci od lékaře o možnosti vedení předčasného porodu, 37 (74 %) respondentek tuto informaci od lékaře nedostalo.

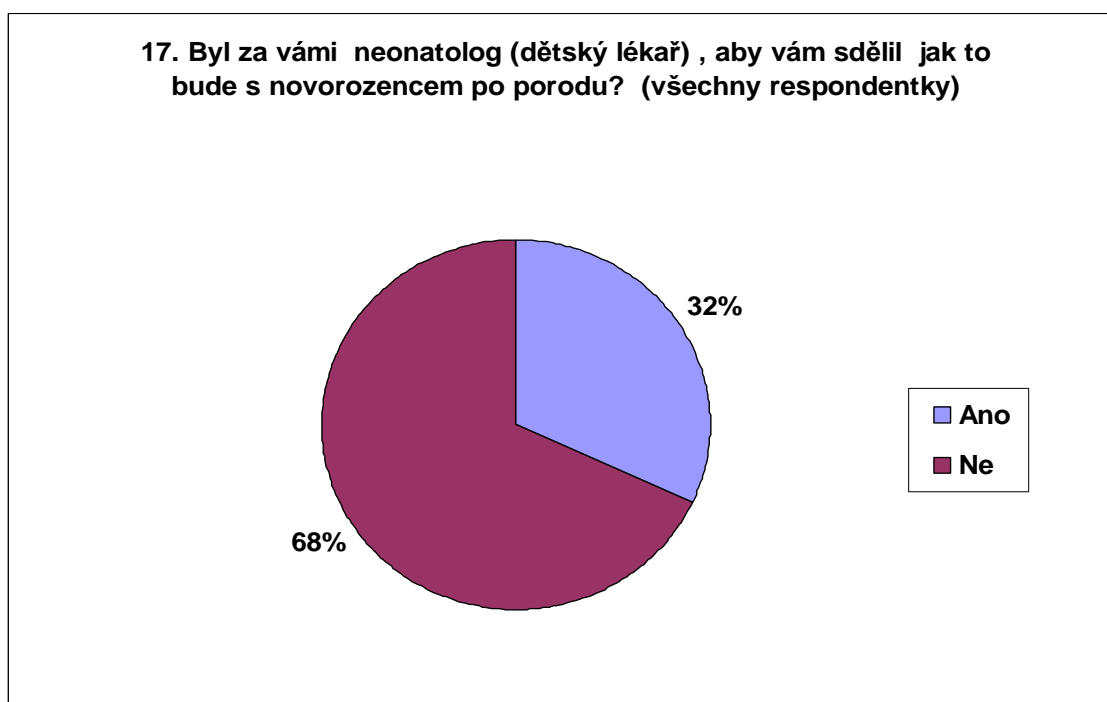
Ve třech čtvrtinách případů lékaři možnost vedení předčasného porodu nesdělili.

Položka 17 - Byl za Vámi neonatolog (dětský lékař), aby vám sdělil, jak to bude s novorozencem po porodu?

Tabulka 17 Informace o péči o novorozence

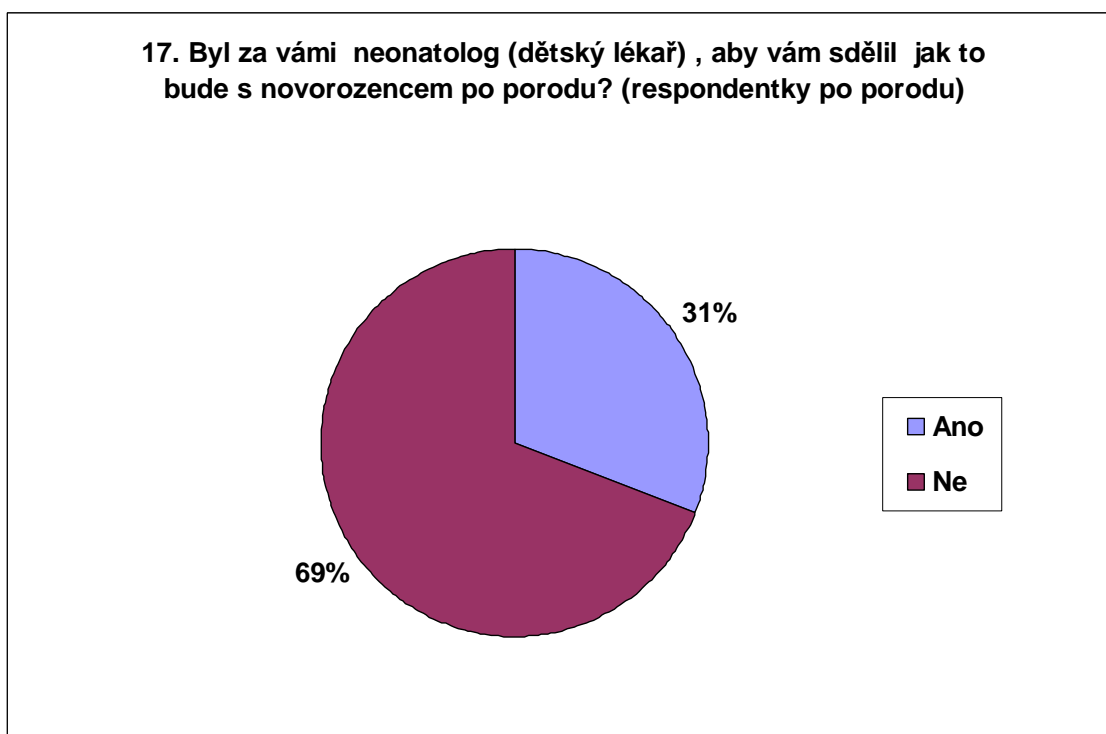
17. Byl za Vámi neonatolog (dětský lékař), aby vám sdělil, jak to bude s novorozencem po porodu?				
odpověď	Všechny respondenty		Respondenty již po porodu	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
Ano	16	32%	4	31%
Ne	34	68%	9	69%
Celkem	50	100%	13	26%

Graf 17a Informace o péči o novorozence



Z celkového počtu 50 (100 %) respondentek 13 (26 %) dotázaných získalo od lékaře informaci o budoucí péči o jejich novorozence a 34 (68 %) respondentek tuto informaci od lékaře nedostalo.

Graf 17b Informace o péči o novorozence (respondentky po porodu)



Ze 13 (100 %) respondentek, které již byly po porodu, 4 (31 %) získaly od lékaře informaci o budoucí péči o jejich novorozence a 9 (69 %) respondentek tuto informaci od lékaře nedostalo.

Méně než jedna třetina dotázaných měla možnost získat od dětského lékaře informace o tom, jaký jak se bude postupovat s jejich novorozencem po porodu. Odpovědi respondentek po porodu se příliš nelišily od odpovědí všech respondentek.

Položka 18 - Připravili vás sestry jakkoliv na péči o nedonošeného novorozence?

Tabulka 18 Příprava na péči o nedonošeného novorozence

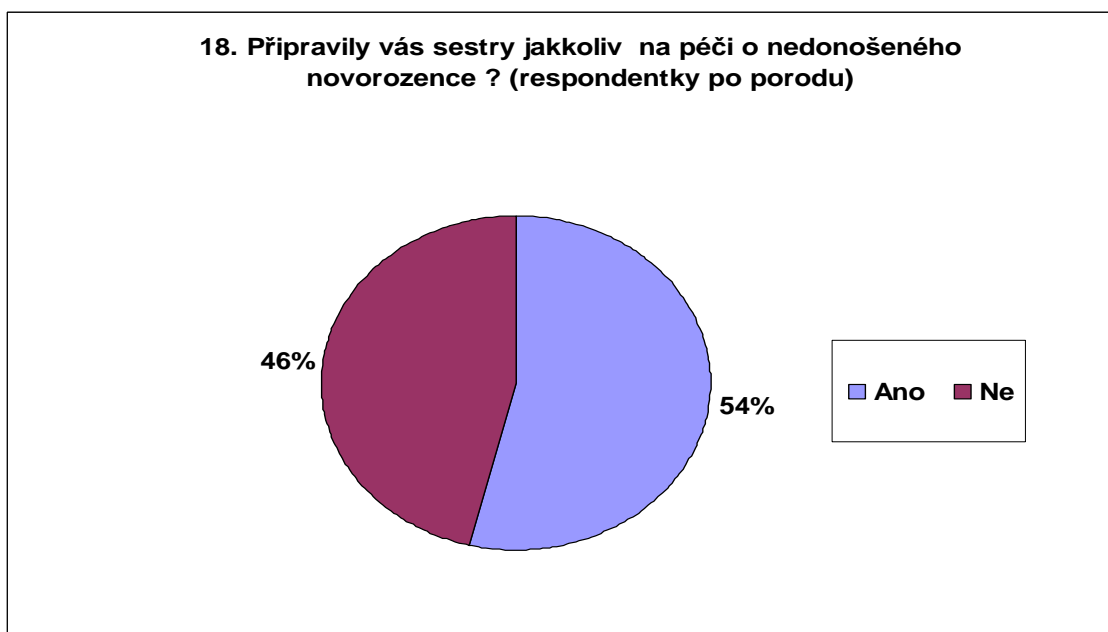
18. Připravily vás sestry jakkoliv na péči o nedonošeného novorozence?				
odpověď	Všechny respondentky		Respondentky již po porodu	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
Ano	17	34%	7	54%
Ne	33	66%	6	46%
Celkem	50	100%	13	100%

Graf 18a Příprava na péči o nedonošeného novorozence



Z celkového počtu 50 (100 %) respondentek bylo 17 (34 %) dotázaných připraveno od sester na péči o nedonošeného novorozence a 33 (66 %) respondentek připraveno na péči nebylo.

Graf 18b Příprava na péči o nedonošeného novorozence (respondentky po porodu)



Ze 13 (100 %) respondentek, které již byly po porodu, bylo 7 (54 %) dotázaných připraveno od sester na péči o nedonošeného novorozence a 6 (46 %) respondentek připraveno na péči nebylo.

Dvě třetiny respondentek nebyly připraveny na péči o nedonošeného novorozence. Situace u pacientek po porodu byla mírně příznivější, přesto šest respondentek uvedlo, že je zdravotnický personál péči nepřipravil.

Položka 19 - Zajímá Vás příprava na péči o nedonošeného novorozence v některé z uvedených oblastí?

Tabulka 19 Zájem o přípravu na péči

19. Zajímá Vás příprava na péči o nedonošeného novorozence v některé z uvedených oblastí?		
odpověď	absolutní četnost	relativní četnost
Ano, v oblasti krmení, kojení	33	32%
Ano, v oblasti péče a koupání nedonošeného novorozence	28	27%
Ano, v oblasti klokánkování (chování miminka)	29	28%
Vůbec nevím	10	10%
Nezajímala by mě v ničem	3	3%
Celkem	103	100%

Graf 19 Zájem o přípravu na péči



Na otázku oblastí zájmu o péči o novorozence bylo získáno 103 (100 %) odpovědí (některé dotázané uvedly dvě oblasti). O krmení a kojení se zajímalo 33 (32 %) respondentek, o péči o nedonošeného novorozence se zajímalo 28 (27 %) a o klokánkování 29 (28 %) dotázaných. 10 respondentek (10 %) nevědělo a 3 (3%) neměly žádný zájem.

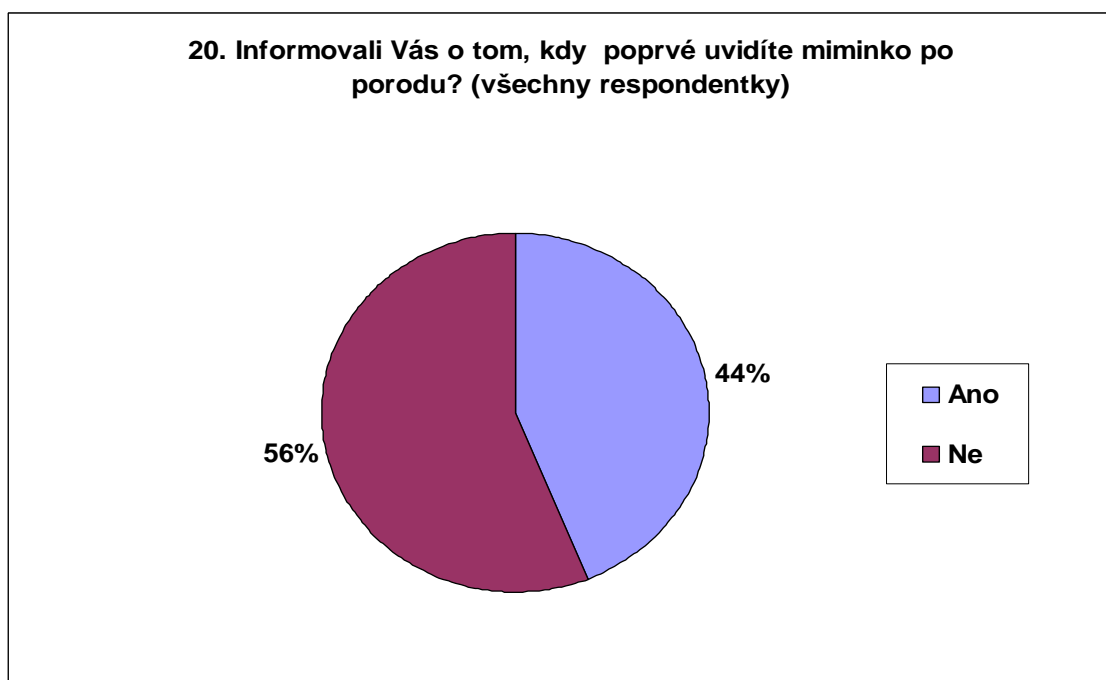
Respondentky měly největší zájem o přípravu na péči o nedonošeného novorozence v oblasti krmení a kojení. Deset procent z dotázaných nevědělo a tři procenta neměly žádný zájem o přípravu na péči o nedonošeného novorozence.

Položka 20 - Informovali Vás o tom, kdy poprvé uvidíte miminko po porodu?

Tabulka 20 Miminko po porodu

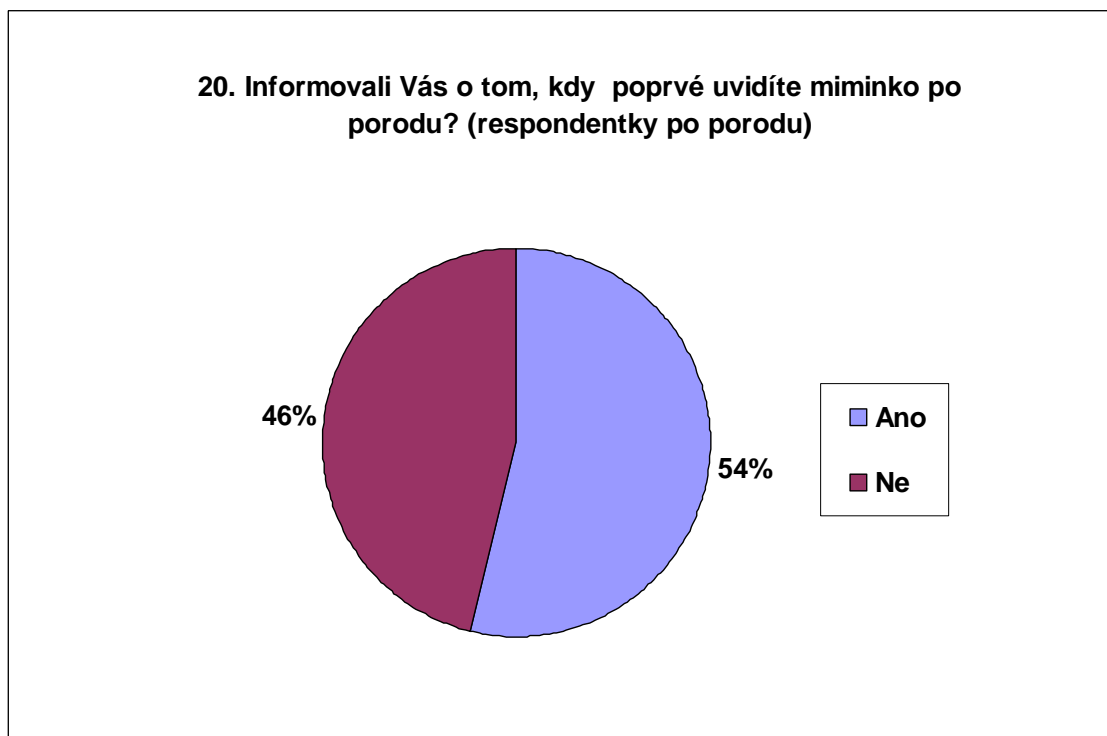
20. Informovali Vás o tom, kdy poprvé uvidíte miminko po porodu?				
odpověď	Všechny respondentky		Respondentky již po porodu	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
Ano	22	44%	7	54%
Ne	28	56%	6	46%
Celkem	50	100%	13	26%

Graf 20a Miminko po porodu



Ze všech 50 (100 %) respondentek odpovědělo ano 22 (44 %) a 28 (56 %) odpovědělo ne.

Graf 20b Miminko po porodu (respondentky po porodu)



Ze 13 (100 %) respondentek, které již byly po porodu, jich 7 (54 %) odpovědělo ano a 6 (46 %) odpovědělo ne.

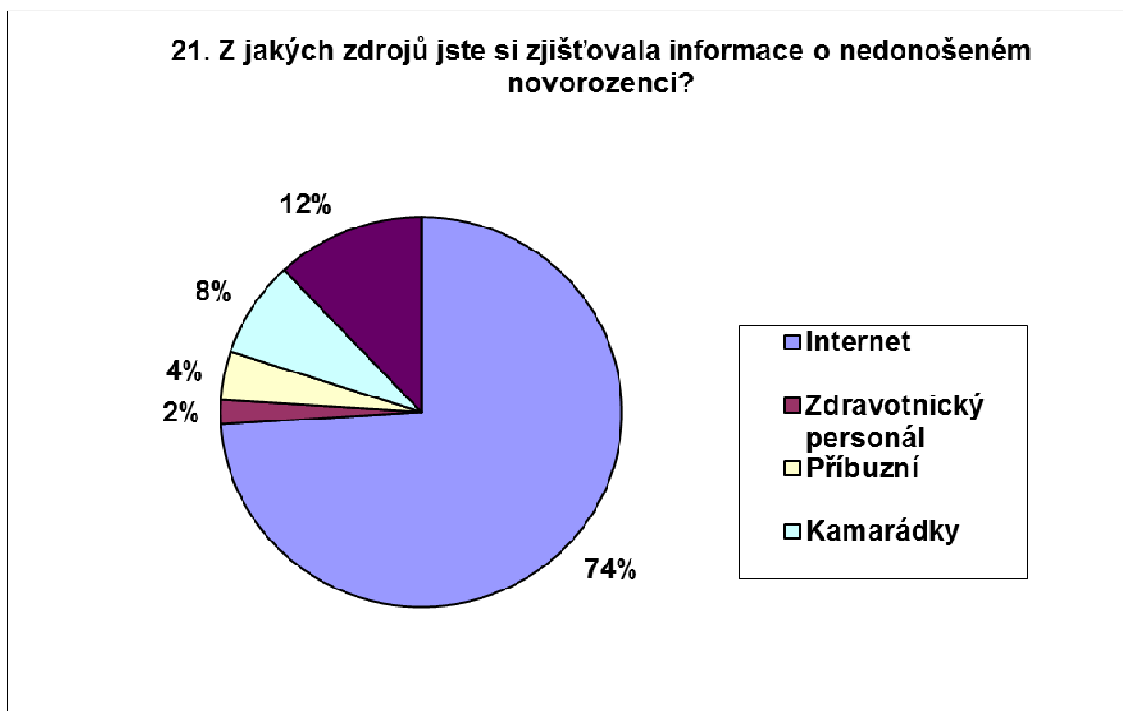
Méně než polovina ze všech respondentek dostala informaci, kdy poprvé uvidí své miminko. Ze třinácti matek, které již byly po porodu, jich dostalo tuto informaci sedm.

Položka 21 - Z jakých zdrojů jste si zjišťovala informace o nedonošeném novorozenci?

Tabulka 21 Zdroj informací o nedonošeném novorozenci

21. Z jakých zdrojů jste si zjišťovala informace o nedonošeném novorozenci?		
Uvedený zdroj	absolutní četnost	relativní četnost
Internet	37	74%
Zdravotnický personál	1	2%
Příbuzní	2	4%
Kamarádky	4	8%
Tisk	6	12%
Celkem	50	100%

Graf 21 Zdroj informací o nedonošeném novorozenci



Jako zdroj pro zjištění informací uvedlo 37 (74 %) respondentek internet, 1 (2%) zdravotnický personál, 2 (4 %) příbuzné, 4 (8%) kamarádky a 6 (12 %) tisk.

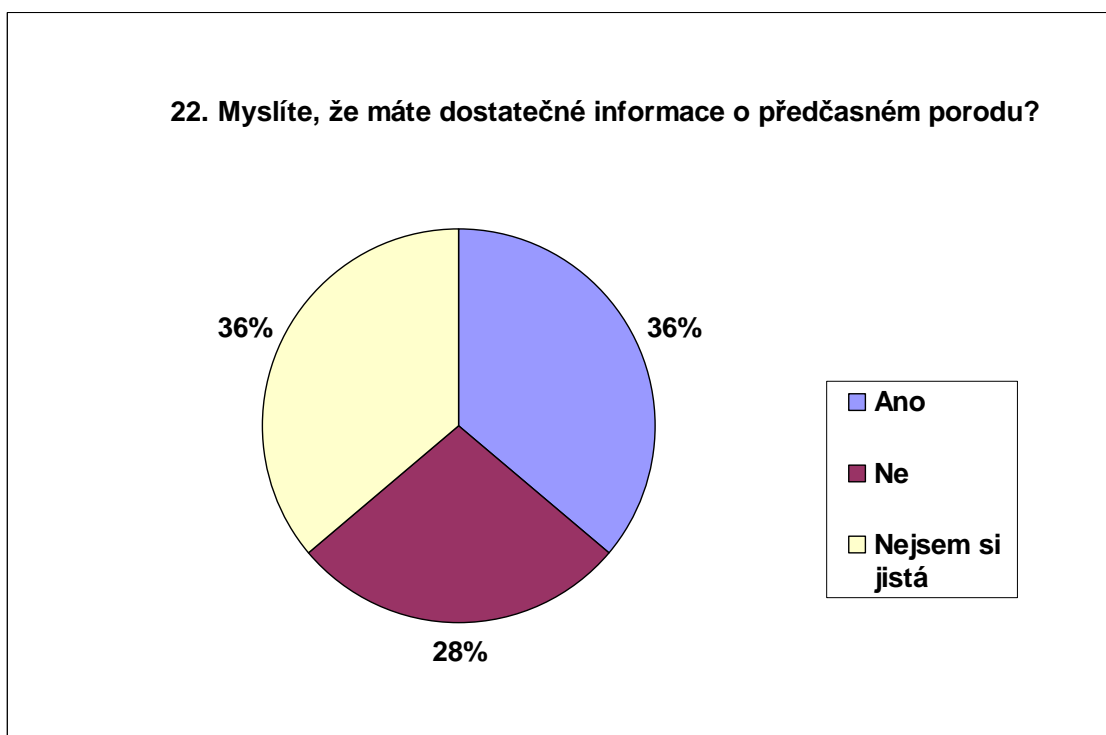
Tři čtvrtiny dotázaných odpovědělo, že získaly informaci o nedonošeném novorozenci z internetu. Internet byl také nejčastější zdroj informací o předčasném porodu, kterého využilo 81 % dotázaných.

Položka 22 - Myslíte, že máte dostatečné informace o předčasném porodu?

Tabulka 22 Informovanost respondentky o předčasném porodu

22. Myslíte, že máte dostatečné informace o předčasném porodu		
odpověď	absolutní četnost	relativní četnost
Ano	18	36%
Ne	14	28%
Nejsem si jistá	18	36%
Celkem	50	100%

Graf 22 Informovanost respondentky o předčasném porodu



Z celkového počtu 50 (100 %) respondentek odpovědělo 18 (36 %), že má dostatečné informace o předčasném porodu, 14 (28 %) si myslí, že dostatečné informace nemá a 18 (36 %) si není jisto.

Nejméně respondentek uvedlo, že nemá dostatečné informace o dané problematice, což je pozitivní, avšak procento respondentek které si nejsou jisti dostatečností svých znalostí v dané problematice a těch které si myslí si že má dostatečné informace je stejné. Nejistota pramení pravděpodobně z toho, že znalosti zatím nemohli prakticky využít.

7 INTERPRETACE VLASTNÍHO PRŮZKUMU

Cíl 1: Zjistit zájem rodiček o informace ohledně možných příčin předčasného porodu a informací o nedonošených novorozencích.

Informace ohledně možných příčin předčasného porodu si zjišťovalo z celkového počtu 50 (100 %) respondentek 33 (66 %) respondentek, 16 (32 %) respondentek se zúčastnilo předporodního kurzu, 37 (74 %) projevilo zájem alespoň o jednu oblast v péči o nedonošeného novorozence, 10 (20 %) respondentek uvedlo, že je nezajímá žádná oblast péče o nedonošeného novorozence a 3 (6 %) respondentek uvedlo, že neví zda by měly zájem o informace v oblasti péče o nedonošeného novorozence a 41 (82 %) respondentek projevilo zájem o informace ohledně nedonošených novorozenců.

Pouze 5 (10 %) respondentek si nezjišťovaly žádné informace ohledně příčin předčasného porodu ani ohledně péče o nedonošené novorozence, ale 1 (2 %) se zúčastnila předporodního kurzu. Z těchto 5 (10 %) uvedla pouze 1 (2 %) respondentka, že jí vůbec nezajímají informace ohledně předčasného porodu a nedonošeného novorozence.

Průzkumná otázka 1a: Mají rodičky zájem o informace ohledně příčin předčasného porodu a péče o nedonošené novorozence?

Z výše uvedeného by se dalo říci, že více jak 2/3 respondentek mají zájem o informace ohledně dané problematiky a snaží se je získat.

Průzkumná otázka 1b: Zajímají rodičky více informace ohledně příčin předčasného porodu, nebo o informace ohledně nedonošených novorozenců.

Větší zájem projevily respondentky o informace ohledně nedonošených novorozenců.

Průzkumná otázka 1c: Snaží se respondentky, které již předčasný porod prodělaly, získat více informací?

Z dotazníků vyplývá, že ze 14 respondentek, které již prodělaly předčasný porod, 11 respondentek (79 %) si zjišťuje informace ohledně možné příčiny předčasného

porodu, 1 respondentka (3 %) se zúčastnilo předporodního kurzu, 9 (65 %) projevilo zájem alespoň o jednu oblast v péči o nedonošeného novorozence. V dotazníku uvedly 3 respondentky (21 %), že je nezajímá žádná oblast péče o nedonošeného novorozence a 2 respondentky (14 %) uvedly, že neví, zda by je zajímala nějaká oblast v péči o předčasně narozeného novorozence a 11 respondentek (79 %) projevilo zájem o informace ohledně předčasně narozených novorozenců.

Výsledky respondentek, které již předčasně porodily, porovnááváme s celou skupinou všech 50 respondentek. Ve skupině dotazovaných respondentek, které již prodělaly předčasný porod, byl zájem o informaci o možné příčině porodu větší. Zájem o péči o nedonošeného novorozence projevilo méně respondentek a nezájem o informace o péči o nedonošeného novorozence byl přibližně stejný v obou skupinách, více respondentek uvedlo že neví která oblast by je mohla zajímat. Zájem o získávání informací ohledně nedonošených novorozenců byl přibližně stejný v obou skupinách.

Průzkumná otázka 1d: Má prodělané umělé oplodnění rodičky vliv na jejím zájmu o informace o možných příčinách předčasného porodu nebo o informace ohledně nedonošených novorozenců?

Z průzkumného šetření vyplývá že z 8 respondentek, které jsou po umělém oplodnění si 5 respondentek (63 %) zjišťovalo informace ohledně možné příčiny předčasného porodu, 1 respondentka (13 %) se zúčastnila předporodního kurzu, 3 (37 %) projevilo zájem alespoň o jednu oblast v péči o nedonošeného novorozence 4 respondentky (50 %) uvedly, že je nezajímá žádná oblast péče o nedonošeného novorozence a 1 respondentka (13 %) uvedla, že neví, zda by měla zájem o jakoukoliv oblast v péči o nedonošeného novorozence. 6 respondentek (75 %) projevilo zájem o informace o předčasně narozeného novorozence.

Skupinu respondentek, které prodělaly umělé oplodnění jsme porovnávali s celou skupinou všech 50 respondentek. Zájem o možnou příčinu porodu byl přibližně stejný v obou skupinách, méně respondentek se zúčastnilo předporodního kurzu. Zájem o péči o nedonošeného novorozence projevilo méně respondentek a nezájem o informace o péči o nedonošeného novorozence byl větší. Více respondentek uvedlo,

že neví, zda by měly zájem o informace v oblasti péče o nedonošené novorozence. Zájem o informace ohledně předčasně narozeného novorozence byl menší.

Celkové shrnutí dosaženého cíle 1:

Prvním cílem bakalářské práce bylo zjistit zájem rodiček o informace ohledně možných příčin předčasného porodu a o péči o nedonošené novorozence.

Z průzkumu bylo zjištěno, že více jak 2/3 respondentek mají zájem o informace ohledně dané problematiky a snaží se je získat. Zjistit možnou příčinu rizika předčasného porodu a informace o ní může být pro rodičku přínosem s ohledem na prevenci i dodržování terapeutických postupů, bohužel ne vždy je příčina předčasného porodu přesně identifikovatelná. I přes to je zájem o tuto problematiku velký. Větší zájem je ovšem o oblast péče o předčasně narozeného novorozence. Více rizikové skupiny – respondentky po umělém oplodnění ani respondentky, které již prodělaly předčasný porod, neprojevují výrazně větší zájem o danou problematiku než ostatní respondentky.

Cíl 2: Zjistit zdroje, které matkám slouží k získání informací ohledně předčasného porodu a nedonošených novorozenců.

Průzkumná otázka 2: Kde rodičky získávají informace ohledně možných příčin předčasného porodu a péči o nedonošeného novorozence?

Z dotazníku vyplívá, že 38 (76 %) respondentek se dozvědělo možnou příčinu předčasného porodu od lékaře. Ke zjištění dalších informací používaly respondentky nejvíce internet – 29 (58 %). Zdravotního personálu se dotazovaly 4 respondentky (8 %), 2 (4 %) se radily s příbuznými a 1 (2 %) s kamarádkami. 5 (10 %) respondentek uvedlo, že získalo informace ohledně předčasného porodu na předporodním kurzu.

Z dotazníku dále vyplívá, že 16 (32 %) respondentek bylo informováno od lékaře o tom, co se bude dít s novorozencem po porodu. 17 (34 %) respondentek bylo připravováno zdravotními sestrami na péči o nedonošeného novorozence. Nejčastější zdroj informací ohledně nedonošeného novorozence byl pro 37 (74 %) respondentek

internet. Zdravotního personálu se dotazovala 1 respondentka (2 %), 2 (4 %) se radilo s příbuznými, 2 (4%) s kamarádkami a 6 (12 %) si zjišťovalo informace z tiskovin.

Celkové shrnutí dosaženého cíle 2:

Druhým cílem bakalářské práce bylo zjistit zdroje, které matkám slouží k získání informací ohledně předčasného porodu a o péči o nedonošené dítě.

I přes sdělení příčiny lékařem nejvíce respondentky uváděly jako zdroj dalších informací internetové stránky. Zajímavostí je, že respondentky vyhledávají informace na internetu, než aby se zeptaly zdravotnického personálu, který jim bude rozhodně schopen nabídnout fundovanější odpovědi a odpovědět na jejich konkrétní otázky. U informacích ohledně nedonošených novorozenců, uváděly respondentky také zdroj internetové stránky a mezi druhý nejčastější způsob zdroje informací uváděly tiskoviny.

U odpovědí na zdroj informací ohledně péče o předčasně narozené novorozence některé respondentky uvedly webové servery. Konkrétně diskusní fórum modrykonik.cz a stránku zabývající se porody porodnice.cz. Nejčastěji však uváděly server nedoklubko.cz, což je specializovaný server o předčasně narozených dětech.

Cíl 3: Jaké informace se dozvěděly respondentky od personálu nemocnice?

Průzkumná otázka 3: Jaké informace se dozvěděly respondentky od personálu nemocnice?

O možné příčině předčasného porodu bylo informováno 38 (76 %) respondentek, 32 (64 %) respondentek obdrželo od personálu psychickou podporu, 13 (26 %) respondentek bylo lékařem informováno o možnostech vedení předčasného porodu, 16 (32 %) respondentek bylo informováno neonatologem o tom, co se bude dít s novorozencem po porodu, 17 (34 %) respondentek bylo připravováno personálem na péči o novorozence, 22 (44 %) rodiček bylo informováno o tom, kdy poprvé uvidí novorozence po porodu.

Celkové shrnutí dosaženého cíle 3:

Třetím cílem bakalářské práce bylo zjistit jaké informace se dozvěděly respondentky od personálu nemocnice.

Více než tři čtvrtiny respondentek se dozvědělo o možné příčině porodu a převážná část z nich uvedla, že personál je jí i psychicky podpořil. V případě informací o budoucí péči o novorozence a samotné přípravy na péči o novorozence zdravotním personálem bylo kladných odpovědí mnohem méně.

Z průzkumu se zdá, že personál nemocnice by mohl pacientky více informovat, avšak dle statistiky zájmu o dané problematiky je spíše problém v nezájmu respondentek. Pokud by se respondentky zeptaly, personál nemocnice by jim pravděpodobně informace sdělil.

8 DISKUZE

Výsledky průzkumu nebylo lehké porovnat s publikovanými autory. Práce, které se nějak týkají předčasných porodů nebo nedonošených novorozenců je mnoho, ovšem nenašla jsem žádnou s podobným nebo dokonce stejným tématem. Většinou se zabývají jen jednou oblastí z dané tematiky. Výzkum není prováděn ani v rámci Českého statistického úřadu nebo jiné státní organizace.

Nakonec se přeci jen podařilo najít práci, kde se vyskytovalo pár stejných položek jako v našem průzkumu od slečny Adély Warchilové, absolventky Masarykovy univerzity v Brně v roce 2013. Své průzkumné šetření realizovala pomocí nestandardizovaného dotazníku u rodičů předčasně narozených dětí. Dotazník obsahoval 6 položek a byl rozdán 60 respondentkám. Otázky v dotazníku byly zaměřeny na spokojenost s poskytováním informací o nedonošeném novorozenci, pocity ve společnosti zdravotníků a zdroje získávání informací. S prací Adély Warchilové můžeme srovnat pár průzkumných otázek. Ohledně získávání informací odpovědělo 52 % respondentek kladně a jen 7 % respondentek odpovědělo záporně. V další srovnávané položce o zdroji získávání informací 71 % respondentek uvedlo jako hlavní zdroj informací internet a knihy a 24 % respondentek získalo informace jen od zdravotnického personálu. Poslední položku, kterou můžeme porovnat je, zda byly respondentkám podány dostatečné informace o předčasně narozených novorozencích, kdy 48 % respondentek odpovědělo, že ne, 21 % respondentek se dozvědělo nejvíce z internetu a 31 % respondentek získalo informace v porodnici.

Výsledek ukazuje stejnou tendenci hledat informace na internetu nežli se ptát zdravotnického personálu. Srovnání u podání informací u péče o předčasně narozeného novorozence. Dospěla slečna Warchilová ke zjištění, že více respondentek nemá dostatečné informace, než jaký závěr vyšel v naší bakalářské práci. Výsledek vede k podobnému závěru, k jakému jsme dospěli v naší práci a to že informovanost rodiček považuje spíše za nedostatečnou.

Doporučení pro praxi

Zdravotnický personál:

Zdravotnický personál by měl vždy zdůrazňovat důležité informace a neverbální komunikací vzbuzovat důvěru. Měli by opakovat, zda se rodičky nechtějí a něco zeptat. Pro zpestření by bylo dobré vyrobit jednoduchý informační leták s péčí o nedonošeného novorozence, který by byl k dispozici v rizikových prenatálních poradnách.

Rodičky:

Rodičky, by neměly mít obavu se na zeptat na cokoliv co je zajímá a měli by si informace získávat od raději od zdravotnického personálu nebo alespoň potvrzovat pravdivost informací které z internetu získají.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zjistit míru informovanosti rodiček o předčasném porodu nedonošeného novorozence. Jejich zájem o dané informace, jaké zdroje používají k získávání dalších informací.

Hlavní cíl práce se podařilo splnit, průzkumným šetřením jsme zjistili, jaký mají rodičky o informace zájem, jaké zdroje informací rodičky používají k získávání informací, a také které informace se dozvěděli od zdravotnického personálu. Průzkumné šetření se provádělo u rodiček na rizikovém těhotenství, bylo pro ně tedy toto téma aktuální, a přesto se našli rodičky, které toto téma vůbec nezajímalo. Informace, které získají, mohou být pro rodičky přínosem s ohledem na dodržování terapeutických postupů i následné péči o nedonošené novorozence. Většina rodiček využívá k získání dalších informací internet, kde informace na něm nemusí být vždy pravdivé. Někdy mohou informace získané z internetu i rodičku vystrašit úplně zbytečně a to jen proto, že si informaci neověřila u lékaře. I přes to rodičky informace z internetu upřednostňují, pravděpodobně z důvodu anonymity. Moderní doba snižuje přímou slovní komunikaci mezi lidmi a lidé proto mívají strach z diskuze s odborníkem. Zdravotnický personál by tedy měl svou komunikací ale hlavně tou neverbální vzbuzovat důvěru, aby rodičky neměly obavu se na cokoliv zeptat.

SEZNAM LITERATURY

- BINDER, T. a kol., 2011. *Porodnictví*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1907-1.
- ČECH, E. a kol., 2006. *Porodnictví*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1313-9.
- DORT, J., 2011. *Ošetrovatelské postupy v neonatologii*. Plzeň: Západočeské univerzita. ISBN 978-80-7043-944-9.
- DUŠOVÁ, B. a J. MAREČKOVÁ, 2009. *Úvod k péči porodní asistentky o ženu s patologickým a rizikovým těhotenstvím*. Ostrava: Fakulta zdravotnických studií. ISBN 978-80-7367-552-3.
- FENDRYCHOVÁ, J., 2013. *Hodnotící metodiky v neonatologii*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-560-0.
- FENDRYCHOVÁ, J., 2012. *Intenzivní péče o novorozence*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-547-1.
- GREGORA, M, M. VELEMINSKÝ ml., 2013. *Čekáme dítětko*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3781-2.
- KOBILKOVÁ, J., 2005. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1.vyd. Praha: Galén. ISBN 80-7262-315-x.
- KUNDELA, M. a kol., 2004. *Základy gynekologie a porodnictví pro posluchače lékařské fakulty*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-0837-6.
- LEBL, J. a K. PROVAZNÍK, 2007. *Preklinická pediatrie*. 1.vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-438-6.
- LEIFER, G., 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0668-7.
- MAREŠOVÁ, P., 2014. *Moderní postupy v gynekologii a porodnictví*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-2014-35-0.
- NĚMCOVÁ, J. a kol., 2013, *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. 1. vyd. Plzeň: Maurera. ISBN 978-80-902876-9-3.
- PAŘÍZEK, A. a kol., 2012. *Kritické stavy v porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-946-7.

- PEYCHL, I., 2005. *Nedonošené dítě v péči praktického a nemocničního pediatra*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 80-7262-283-8.
- ROZTOČIL, A., 2008. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1941-2.
- SLEZÁKOVÁ, L., 2011. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3373-9.
- ŠTROMEROVÁ, Z., 2010. *Porodní asistentkou krok za krokem*. Praha: Argo. ISBN 978-80-257-0324-3.
- ZWINGER, A. et al., 2004. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 80-7262-257-9.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - tabulky

Tabulka 1 – skóre podle Baumgartena

Tabulka 2 – hodnocení podle Apgarové

Tabulka 3 – hodnocení cervix skóre

Tabulka 4 – hodnocení podle Ballarda

Příloha B - obrázky

Obrázek 1 – dcera narozena 33+4 těhotenský týden

Obrázek 2 – 5 dní po narození

Obrázek 3 – klokáňování

Příloha C - dotazník

Příloha A - tabulky

Tabulka 1 – skóre podle Baumgartena

K ustanovení vratnosti nebo nevratnosti předčasného porodu

Rizikové faktory	0	1	2	3	4
Odtok plodové vody	ne		nejistý	z dolního pólu	
Kontrakce	ne	nepravidelné	pravidelné		
Krvácení	ne	krvavý hlen	krvácení		
Dilatace hrdla	ne	1 cm	2 cm	3 cm	4 cm

Zdroj: Roztočil, 2008

Tabulka 2 – hodnocení podle Apgarové

Apgar skóre	0	1	2
Srdeční frekvence	žádná	<100 tepů/min	>100 tepů/min
Dechová aktivita	žádná	nepravidelná	křik
Svalový tonus	atonie	flexe končetin	pohyb
Reakce na podráž.	žádná	grimasa	kašel
Barva kůže	cyanotická, bledá	akrocyanóza	růžová

Zdroj: Fendrychová, 2013

Tabulka 3 – hodnocení cervix skóre

Cervix-skóre (CS) podle Bishopa a jeho hodnocení																		
Cervix-skóre - body		0					1					2						
naléhající část		klenba prázdná					plná nevyvinutá					plná vyvinutá						
dilatace hrdla		< 0,5 cm					0,5-1,5 cm					>1,5 cm						
zkrácení čípku		0					< 50 %					> 50 %						
konzistence čípku		tuhá					polotuhá					měkká						
lokalizace čípku		sakrálně					mediálně					ventrálně						
Hodnocení																		
týden těh.	8-23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	>39
kritická hodnota		1		2		3			4		5			6		7		8-10
nález																		

Zdroj: Čech, 2006

Tabulka 4 – hodnocení podle Ballarda

	0	1	2	3	4	5
Kůže	průsvitná, červená, prosáknutá	jemná, růžová, viditelné žilky	s povrchní slupkou nebo vyrážkou	rozpraskaná, bledá místa, málo žil	pergamenovitá, rozpraskaná, žádné žíly	hrubá, rozpraskaná, vrásčitá
Lanugo	chybí	hojné	řídne	holá místa	převážně vymizelé	
Rýhování na ploskách	žádné	slabě patrné, červené	jen v přední 1/3 plosky	v předních 2/3 plosky	četné po celé plosce	
Prsní žláza	známky sotva patrné	ploché dvorec bez bradavky	zrnitý dvorec, bradavka 1-2 mm	vyklenutý dvorec, bradavka 3-4 mm	dokonalý dvorec, bradavka 5-10 mm	
Ucho	ploché boltec, žádná elasticita	lehce formovaný boltec, dobrá elasticita	lépe formovaný boltec, dobrá elasticita	pevný boltec, velmi dobrá elasticita	boltec se slabou chrupavkou, tuhé ucho	
Genitál chlapecký	bez rýh na skrotu		testes sestupující, málo rýh na skrotu	testes vstoupá, dobré rýhování	testes plně vstoupá, hluboké rýhy	
Genitál dívčí	klitoris i labia minora prominují		labia majora i minora prominují stejně	labia majora prominují více	klitoris i labia minora jsou kryty stejně	

Zdroj: Fendrychová, 2013

Příloha B – obrázky

Obrázek 1 – dcera narozena 33+4 těhotenský týden



Zdroj: vlastní

Obrázek 2 – 5 dní po narození



Zdroj: vlastní

Obrázek 3 – klokánkování



Zdroj: vlastní

Příloha C - dotazník

Míra informovanosti rodičky o předčasném porodu nezralého novorozence

Dobrý den,

Jmenuji se Anna Gollerová a studuji obor porodní asistentka na Vysoké škole zdravotnické o. p. s. Ráda bych Vám položila několik otázek týkajících se mé bakalářské práce na téma "Informovanost rodičky o předčasném porodu nedonošeného novorozence". Dotazník bude použit pro praktickou část mé bakalářské práce a je zcela anonymní. Předem děkuji za Váš čas k vyplnění tohoto dotazníku.

1. V jaké věkové skupině se nacházíte?

- a) 15 - 18 let
- b) 19 - 25 let
- c) 26 – 35 let
- d) 36 a více let

2. Kolikáté je toto vaše těhotenství?

- a) První
- b) Druhé
- c) Třetí a více

3. Jste po umělém nebo po spontánním oplodnění?

- a) Po umělém oplodnění
- b) Po sponntaním oplodnění

4. Ve kterém těhotenském týdnu se nyní nacházíte?

.....
.....

5. Prodělala jste již předčasný porod?

- a) Ano
- b) Ne

6. Ve kterém těhotenském týdnu jste se nacházela, když Vám jste dostala informaci, že Vám hrozí možný předčasný porod?

.....
.....

7. Byla Vám sdělena příčina možného předčasného porodu?

- a) Ano
- b) Ne

8. Sdělil Vám tuto informaci lékař nebo jste se to dozvěděla od někoho jiného?

- a) Ano Lékař
- b) Ne dozvěděla jsem se to

9. Zjišťovala jste si informace sama ohledně příčiny Vašeho předčasného porodu?

- a) Ano
- b) Ne

10. Z jakých zdrojů jste si informace zjišťovala? (internet, kamarádky, časopisy)

.....

11. Při sdělení možného předčasného porodu, podpořil Vás nějakým způsobem zdravotnický personál?

- a) Ano
- b) Ne

12. Máte oporu ve svém partnerovi či blízké osobě?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nejsem si jistá

13. Navštěvovala jste nějaký předporodní kurz?

- a) Ano
- b) Ne

14. Pokud jste navštěvovala předporodní kurz, připravili Vás na předporodním kurzu i na možnost předčasného porodu?

- a) Ano
- b) Ne

15. Co bylo předmětem předporodním kurzu? (Může být více odpovědí)

- a) Přednáška a nácvik kojení
- b) Hygiena a péče o sebe a miminko v šestinedělí
- c) Přednáška o porodu (nácvik správného dýchání za porodu, správného tlačení...)

16. Sdělili Vám lékaři možnosti vedení předčasného porodu?

- a) Ano
- b) Ne

17. Byl za Vámi neonatolog (dětský lékař), aby Vám sdělil jak to bude s novorozencem po porodu?

- a) Ano
- b) Ne

18. Připravily Vás sestry jakkoliv na péči o nedonošeného novorozence?

- a) Ano
- b) Ne
- a) c) Nejsm si jistá

19. Zajímá Vás příprava na péči o nedonošeného novorozence v některé z uvedených oblastí? (Může být více odpovědí)

- a) Ano v oblasti krmení, kojení
- b) Ano v oblasti koupání nedonošených novorozenců
- c) Anov oblasti klokánkování (chování miminka)
- d) Nezajímala by mě v ničem

e) Vůbec nevím

20. Informovali Vás o tom, kdy poprvé uvidíte miminko po porodu?

a) Ano

b) Ne

21. Z jakých zdrojů jste si zjišťovala informace o nedonošeném novorozenci?

.....

22. Myslíte, že máte dostatečné informace o předčasném porodu?

a) Ano

b) Ne

c) Nevím, nejsem si jistá.