Předčasný odtok plodové vody očima porodní asistentky

Teodora Bräuerová

Bakalářská práce
2023

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2022/2023

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	**Teodora Bräuerová**
Osobní číslo:	**H200106**
Studijní program:	**B0913P360017 Porodní asistence**
Forma studia:	**Prezenční**
Téma práce:	**Předčasný odtok plodové vody očima porodní asistentky**

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti předčasného odtoku plodové vody.
Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.
Formulace kritérií pro výběr participantů.
Realizace kvalitativního výzkumu technikou polostrukturovaného rozhovoru.
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

BINDER, T. *Porodnictví.* Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1907-1.

DUŠOVÁ, B. a J. MAREČKOVÁ. *Úvod k péči porodní asistentky o ženu s patologickým a rizikovým těhotenstvím.* Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2009. ISBN 978-80-736-8611-6.

DORT, J., E. DORTOVÁ a P. JEHLIČKA. *Neonatologie.* 3. vydání. Praha: Karolinum, 2018. ISBN 978-80-246-3936-9.

HÁJEK, Z., E. ČECH, K. MARŠÁL a kol. *Porodnictví.* 3., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80--247-4529-9.

ROZTOČIL, A. *Moderní porodnictví.* 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2017. 656 s. ISBN 978-80-247-5753--7.

TCHIRIKOV, Michael et al. Mid-trimester preterm premature rupture of membranes (PPROM): etiology, diagnosis, classification, international recommendations of treatment options and outcome. *Journal of Perinatal Medicine*, 2017, vol. 46, pp. 465-488. DOI: 10.1515/jpm-2017-0027

Vedoucí bakalářské práce: **MUDr. Zdeněk Adamík, Ph.D.**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **27. června 2023**
Termín odevzdání bakalářské práce: **17. srpna 2023**

L.S.

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

Mgr. Věra Vránová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 27. června 2023

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby [1)];
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 [2)];
- podle § 60 [3)] odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 [3)] odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem citoval(a). V případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor.

Ve Zlíně ....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevýdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě

pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ahledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školní hodila z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se při hledne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce na téma „Předčasný odtok plodové vody očima porodní asistentky“, se zaměřuje na problematiku spojenou s diagnózou předčasného odtoku plodové vody před stanoveným termínem porodu. Práce je rozdělena do dvou částí, a to teoretickou a praktickou.

V první části bakalářské práce je diferenciována na několik kapitol popisující anatomii a fyziologii podstatnou pro stanovené téma. Dále rizikové faktory a příčiny, doporučené postupy a ošetřovatelskou péči o ženu s předčasným odtokem plodové vody.

Praktická část představuje výsledky empirického výzkumu, realizovaného zvoleným kvalitativním přístupem metodou polostrukturovaného rozhovoru. Cílem bylo analyzovat zkušenost porodních asistentek s předčasným odtokem plodové vody.

Klíčová slova: Předčasný odtok plodové vody, PROM, infekce, ošetřovatelská péče, kortikosteroidy.

ABSTRACT

The bachelor thesis on the topic "Premature rupture of membranes through the eyes of a midwife" focuses on the issues associated with the diagnosis of premature outflow of amniotic fluid before the set date of delivery. The thesis is divided into two parts, theoretical and practical.

In the first part of the bachelor thesis, it is differentiated into several chapters describing anatomy and physiology essential for the given topic. Furthermore, risk factors and causes, recommended procedures and nursing care for a woman with prelabor rupture of membranes.

The practical part of batchelor thesis presents the results of empirical research, carried out using the selective qualitative approach using the semi-structured interview method. The aim was to analyze the experience od midwives with prelabor rupture of membranes.

Keywords: Premature rupture of membranes, PROM, infection, nursing care, corticosteroids.

„Čas je
příliš pomalý pro ty, kdo čekají
příliš rychlý pro ty, kdo se bojí
příliš dlouhý pro ty, kdo truchlí
příliš krátký pro ty, kdo se radují
ale pro ty, kdo milují
znamená čas věčnost“

Henry Van Dyke (1852–1933)

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD **10**
I TEORETICKÁ ČÁST **11**
1 ANATOMIE **12**
1.1 PLACENTA 12
1.2 OBALY PLODOVÉHO VEJCE A JEJICH VÝVOJ 13
1.3 PLODOVÁ VODA 14
2 DEFINOVÁNÍ PŘEDČASNÉHO ODOTOKU PLODOVÉ VODY **15**
3 RIZIKOVÉ FAKTORY **16**
3.1 INFEKCE 17
3.2 PŘEDČASNÁ DĚLOŽNÍ ČINNOST 17
3.3 VÍCEČETNÉ TĚHOTENSTVÍ 17
3.4 KRVÁCENÍ 18
3.5 ANAMNÉZA KLIENTKY 18
3.6 ZÁKROKY NA DĚLOŽNÍM HRDLE 18
3.7 INTERRUPCE 18
3.8 AMNIOCENTÉZA 19
3.9 GENETICKÉ PREDISPOZICE 19
3.10 NUTRIČNÍ FAKTORY 19
3.11 SOCIÁLNÍ STATUS A VZDĚLÁNÍ 19
3.12 STRESOVÝ FAKTOR 20
4 DIAGNOSTIKA PROM **21**
4.1 ACTIM-PROM TEST 21
4.2 ZKOUŠKA TEMESVARYHO ČINIDLEM 21
4.3 VAGINÁLNÍ VYŠETŘENÍ 21
4.4 ULTRAZVUKOVÉ VYŠETŘENÍ 22
4.5 KONVENČNÍ DIAGNOSTICKÉ TESTY 22
5 LÉČEBNÁ INTERVENCE **23**
5.1 ANTIBIOTIKA 23
5.2 TOKOLÝZA 24
5.3 KORTIKOSTEROIDY 25
5.4 INDUKCE PORODU 25
5.5 CÍSAŘSKÝ ŘEZ (SECTIO CAESAREA) 26
6 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O ŽENY PŘI PROM **27**

6.1 Vybrané potřeby žen hospitalizovaných pro PROM 28
6.2 Reakce na sdělení nepříznivé situace 29
6.3 Strategie pro zvládání stresu 30
II PRAKTICKÁ ČÁST 31
7 METODOLOGIE VÝZKUMU 32
7.1 Výzkumný problém 32
7.2 Kvalitativní výzkum 32
7.3 Výzkumné otázky 33
7.4 Výzkumné cíle 33
7.5 Výzkumný soubor a jeho způsob výběru 34
7.6 Technika sběru dat 34
8 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT 37
8.1 Otevřené kódování 37
8.2 Axiální kódování 48
8.3 Paradigmatický model 49
9 SHRNUTÍ VÝZKUMU 52
10 DISKUZE 55
ZÁVĚR 57
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY 58
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK 62
SEZNAM TABULEK 64
SEZNAM OBRÁZKŮ 65

ÚVOD

Předčasný odtok plodové vody je podstatnou problematikou v oblasti viability, mortality a morbidity plodu. Prezentuje tak závažný socioekonomický problém, jak vlivem na ošetřující péči, tak i v případě začlenění do společnosti nedonošených dětí zatížených možným postižením. I přes neustále se vyvíjející a posouvající perinatální péči je početnost porodů před dokončeným 37. týdnem gestačního stáří stálá ve většině zemí Evropy.

Pro bakalářskou práci autorka volila téma předčasného odtoku plodové vody a management péče o ženu s touto diagnózou. Hlavní myšlenkou pro vznik práce bylo seznámit, přiblížit a edukovat porodní asistentky a studentky oboru porodní asistence s touto problematikou. Práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. Teoretická část je dělena do šesti kapitol, které popisují v této posloupnosti: nezbytnou anatomii související s hlavním tématem práce, definici PROM, rizikové faktory, diagnostické metody, léčbu a management PROM a poslední kapitola hovoří o potřebách hospitalizovaných žen.

Praktická část se zaměřuje na analýzu zkušenosti porodních asistentek s předčasným odtokem plodové vody z pohledu ošetřujících osob – porodních asistentek. Autorkou byl zvolen a realizován kvalitativní výzkum formou polostrukturovaného rozhovoru, který přinesl nové aspekty a odpovědi na výzkumné otázky. Pro vytvoření praktické části byly zvoleny tyto cíle:

1) Specifikovat metodologii, naplánovat a uskutečnit kvalitativní výzkum formou polostrukturovaného rozhovoru.
2) Sestavení rozhovoru, sběr dat a jejich interpretace.
3) Analyzovat osobní zkušenost porodních asistentek s předčasným odtokem plodové vody. Nalézt odpovědi na hlavní výzkumnou otázku a na dílčí výzkumné otázky za pomocí otevřeného kódování, axiálního kódování a paradigmatického modelu.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ANATOMIE

V této kapitole budu podrobně popisovat anatomii placenty a jejich částí, plodové vody a pupečníku pro souvislost předčasného odtoku plodové vody, kterými se budu zabývat v dalších kapitolách.

1.1 Placenta

Orgán, který spojuje matku a plod přes děložní stěnu nazýváme placenta. Její funkce je nezastupitelná, neboť umožňuje plodu jeho správnou výživu. Dále se podílí na výměně plynů, odstranění odpadních látek, zastává endokrinní funkci tvorbou hormonů podstatných pro těhotenství a podporuje komunikaci s matčiným cirkulačním systémem.

Průměrná lidská placenta má v průměru zhruba 20 cm s tím, že uprostřed bývá nejtlustší (2,5cm) a směrem k okrajům se zužuje. Její hmotnost se pohybuje většinou okolo půl kilogramu. S plodem je propojena pupečníkem, který měří přibližně 60 cm a nachází se v něm jedna véna a dvě artérie, které se právě podílí nejen na látkové výměně a dostatečném okysličení plodu (Procházka, 2020).

Vývoj placenty započne v momentě po implantaci blastocysty do mateřského endometria. Primární klky vznikají z vnější vrstvy blastocytů, která se přemění na trofoblast a vrůstá skrze tvorbu prstovitých výběžků do deciduy k mateřským cévám. Sekundární klky ještě navíc obsahují mezenchym, který později umožňuje vniknutí fetálních cév.

Trofoblast dělíme na dva typy, a to syncytiotrofoblast a cytotrofoblast. Syncytiotrofoblast je mnohojaderná vrstva buněk na povrchu placenty a vzniká pomocí fúze buněk cytotrofoblastu. Její funkcí spolu s endotelem, bazální membránou mateřských kapilár a vazivem choriových klků je udržování placentární bariéry. Téměř na celém povrchu plodového vejce nalezneme choriové klky, až na místo, kde se plod vnořil, kde klky rostou a hypertrofují – tvoří placentu, kdežto na opačné straně atrofují. Z klků se skládají kotyledony ohraničené septem, kterých má placenta asi 25-30 a jsou zároveň její funkční jednotkou. Mezi klky se nachází intervilózní prostor a je vyplněný mateřskou krví.

Placenta je vytvořena na konci prvního trimestru, ale dále roste během celého těhotenství. Krev plodu a matky spolu za normálních okolností nepřichází do kontaktu. Jsou od sebe odděleny již zmíněnou placentární bariérou, která kromě této funkce umožňuje látkovou výměnu a výměnu živin a odpadních látek různými procesy (Hájek, 2014).

Pupečník

Pupečník je provazovitá spojka mezi placentou a plodem. Standardní délka pupečníku bývá okolo 50 cm, ale může se lišit v rozmezí 20 až 150 cm. Pupečník obsahuje tři cévy, kterými plod komunikuje výměnu krve s placentou, a to dvě arterie a jednu vénu (*a. umbilicalis a v. umbilicalis*).

1.2 Obaly plodového vejce a jejich vývoj

Obaly, kterými je plod v děloze obklopen nazýváme amnion a chorion. Plod je uchován v plodové vodě, která rozpíná dělohu, a kromě mechanické ochrany dítěte před nárazy a otřesy, napomáhá formování dolního děložního segmentu. Děložní sliznice se během těhotenství mění v deciduu obklopující zevně plodové vejce a po porodu je vyloučena spolu s placentou.

Po oplodnění mezi 9 až 10 dnem se začíná tvořit amniová dutina. Dutina vniká mezi endotelem plodu a okolním cytotrofoblastem. Během dvanáctého dnu od oplodnění lze pomocí ultrazvuku rozeznat tuto dutinu jako váček tvořený cytotrofoblastem s bází tvořenou ektodermem zárodečného terčíku. Mezi trofoblastem a vrcholem amniální skuliny se postupně vyvíjí extraembryonální mezenchym a rostoucí extraemryonální coelem rozdělí chorion on amnionu. Později se vyklání embryo do amniové dutiny, která se zvětšuje, aby vytvořila prostor extraembryonálnímu coelomu (Hájek, 2014).

Amnion je průhledná membrána chránící dítě v děloze po celou dobu gravidity. Vrůstá na fetální část placenty a taktéž tvoří povrch pupečníku. Na začátku těhotenství vzniká amnionová dutina, kde se kumuluje plodová voda, kterou si později tvoří i samotný plod. Hlavní funkcí amnionu a plodové vody je mechanická ochrana dítěte před nárazy, otřesy a tlaky v průběhu celého nitroděložního vývoje. Kromě této funkce má plodová voda nezastupitelný vliv na fyziologický vývin plic plodu, kdy její nedostatek může vést až k hypoplazii a je potřeba lékařského zásahu. Odchylky s množstvím plodové vody mohou korelovat s problémy u rodičky, jako například diabetes mellitus (Procházka, 2020).

Chorion je bezcévná, zevní blána. Na okraji placenty se nachází tzv. choriální plotna, což několik milimetrů silná vazivová vrstva. K choriu se také připojuje tenká nesouvislá blána – decidua parietalis, která se spolu s choriem odlučuje po porodu z těla ven (Binder, 2011).

Chorion se dělí na chorion leave, který je jedním z rovin plodových obalu, a chorion frondosum který je základem pro vznik placenty (Roztočil, 2017).

1.3 Plodová voda

Plodová voda neboli amniální tekutina je sterilní a čirá tekutin. V období porodu většinou bývá mléčně zabarvená odloučeným mázkem z těla plodu. Z 99 % ji tvoří voda, dále je tvořena glukózou, bílkovinou, ureou, kreatininem, kyselinou močovou, elektrolyty, lipidy a aminokyselinami. Z povrchu plodu se také odlupují částečky epitelových buněk a mázku, lanuga a buněčného detritu.

Z počátku gravidity je plodová voda tvořena převážně amniálním epitelem a později močí a sekrecí z dýchacích cest samotného plodu. Cirkulace plodové vody je velice efektivní, ke konci těhotenství se během hodiny obmění až 50 % celkového objemu. Množství plodové vody se v průběhu celého těhotenství mění. Do 38. týdne gestačního stáří přibývá a poté množství postupně klesá. Funkcí plodové vody je ochrana před tlaky a nárazy, jak plodu, tak placenty, které tím zabezpečuje klidnou placentární cirkulaci. Dále napomáhá přirozenému růstu dělohy a utváření dolního děložního segmentu, vytváří dostatek místa pro pohyby plodu a za porodu přirozenou dilataci porodních cest (Binder, 2011).

Tabulka č. 1: Fyziologické množství plodové vody

Týdny gravidity	**Množství plodové vody (ml)**
8	10
12	50
16	150
38	900-1000
40	800-900
>42	300

(Hájek, 2014)

2 DEFINOVÁNÍ PŘEDČASNÉHO ODOTOKU PLODOVÉ VODY

Předčasný odtok plodové vody lze definovat jako ruptura plodových blan hodinu a více před začátkem porodu bez předchozí děložní činnosti. Je komplikací více jak 3 % ze všech porodů. (Kacerovský a kol., 2017). Celosvětově se předčasně narodí 15 milionů miminek a z toho 7 % umírá pro nezralost. V ČR se předčasně rodí kolem 9 % a PROM zapříčiňuje jednu třetinu případů (Kacerovský, 2015).

Předčasný odtok plodové vody se může objevit jak před termínem porodu, tak v termínu. Diferencuje se tedy pPROM (preterm premature rupture of membranes) kdy plodová voda odtéká před 37. týdnem gestačního stáří a PROM (premature rupture of membranes) kdy plodová voda odtéká po 37. týdnu. Ze zjištěných poznatků jasně vyplývá, že čím dříve k této diagnóze v těhotenství dochází, tím závaznější je prognóza. Příčinou předčasného porodu je ve 30 % právě předčasný odtok plodové vody a významně tak má podíl na perinatální mortalitě a morbiditě (Koucký a Smíšek, 2014).

3 RIZIKOVÉ FAKTORY

Předčasný odtok plodové vody má mnoho rizikových faktorů. Čím dříve v graviditě dojde k odtoku plodové vody, tím závažnější důsledky pro plod bývají. V souvislosti s předčasným porodem je PROM ve 30 % případů příčinou, a významně tak ovlivňuje perinatální a kojeneckou morbiditu a mortalitu (Roztočil, 2017) (Hájek, 2014).

Tabulka č. 2: Příčiny předčasného porodu

Komplikace v průběhu těhotenství
• Infekce • Krvácení v těhotenství • Vícečetné těhotenství • Polyhydramnion • Vývojové vady dělohy • Inkompetence děložního hrdla • Celkové onemocnění matky • Předčasný odtok plodové vody • Intrauterinní růstové retardace plodu (IUGR) • Insuficience placenty • Vrozené vývojové vady plodu
Epidemiologické faktory
• Věk matky • Výška a hmotnost matky • Špatná prenatální péče • Kouření, užívání drog, toxické látky • Psychologické faktory • Nechtěná gravidita • Nepříznivá anamnéza • Opakované předčasné porody • Nepřiměřený pohlavní styk
Faktory iatrogenní, medikamentózní a vzniklé při invazivních diagnostických metodách
Závažné zdravotní faktory na straně matky

(Hájek, 2014)

3.1 Infekce

Infekci lze považovat za největší rizikový faktor při vzniku PROM a předčasného porodu. Může mít za následek až chorioamnitidu, syndrom fetální zánětlivé odpovědi (FIRS) a funisitidu Přirozenou obranou matčina organismu je zpočátku hlenová zátka a přítomnost protilátek v cervikální tekutině. Jakmile však mikroorganismy překonají hlenovou bariéru hrdla, dostanou se k plodovým obalům a dolnímu děložnímu segmentu, kde způsobují změny ve strukturách. V počátku se intraamniální infekce projevuje zvýšenou teplotou, tachykardii, přítomností zvýšených leukocytů, přítomností C-reaktivního proteinu (CRP) a nástupem děložní činnosti. Patogenní mikroorganismy působící v těle matky rozvíjí buďto fetální, nebo mateřskou zánětlivou odpověď (Roztočil, 2017). Největší zastoupení ve výskytu bakterií v plodové vodě mají genitální mykoplazmata. Tyto bakterie běžně okupují choriodeciduální prostor, protože jsou součástí poševní mikroflóry. Podle množství těchto mykoplazmat v plodové vodě se odvíjí síla infekce. Zánětlivá odpověď, kterou mykoplazmata způsobí však většinou nevyvolává nástup děložní činnosti, jako u jiných bakterií, protože není propojena s produkcí prostaglandinů (Fulová, 2023).

3.2 Předčasná děložní činnost

Rozběhnutí předčasné děložní činnosti se řadí mezi rizika pro předčasný odtok plodové vody. Zvýšený objemy dělohy zapříčiněný velkým množstvím plodové vody přináší přibližně šestinásobně zvýšené riziko předčasného odtoku plodové vody a porodu. Předčasný nástup děložní činnosti rozdělujeme podle kliniky do tří kategorií. Prvním z nich je hrozící předčasný porod, kdy rodička udává slabé tlaky v podbřišku – více jak 4 kontrakce v intervalu 20 minut. Dalším je počínající předčasný porod, při kterém se nepravidelné tlaky a bolesti ustálí na pravidelné kontrakce. Může se objevit narůžovělý výtok zabarvený krví a při vaginálním vyšetření lze zjistit, že se děložní hrdlo zkracuje a otevírá. Poslední kategorií je probíhající předčasný porod a v tomto případě dochází k předčasnému odtoku plodové vody, čípek se spotřeboval a děložní branka se otevírá a děložní činnost zesiluje a zkracují se jejich intervaly (Kacerovský a spol., 2017).

3.3 Vícečetné těhotenství

Vícečetné těhotenství je stav, při kterém žena v děloze nese více jak jeden plod. Toto těhotenství se sebou přináší až šestinásobně větší riziko v porovnání s jednočetným a jeho pravděpodobnost je závislá na počtu plodů. Jedním z prvních projevů je právě předčasný

odtok plodové vody a rodí se tak více než 60 % dvojčat. Pravděpodobnou příčinou vzniku je velké napětí děložní stěny s nástupem předčasné děložní činnosti a následným rozběhnutí předčasného porodu (Dort a spol., 2018).

3.4 Krvácení

Krvácení z rodidel, zejména v průběhu I. a II. trimestru, je významně spojováno s předčasným porodem. Krev jako taková je výbornou živnou půdou pro přemnožení všech druhů infekcí, a proto krvácení v tomto období bývá nejčastěji způsobené právě tou, dále traumatem a poruchami placenty. Podle studie provedené v USA bylo vyzkoumáno, že prvotrimestrálním krácením zvyšuje riziko předčasného odtoku plodové vody až 2,5krát (Gouthová, 2010).

3.5 Anamnéza klientky

Informace o rodičce jsou základními údaji při rozhodování následující péče. Potýkala-li se žena s PROM v předchozí graviditě, riziko výskytu v následující je 4,5krát vyšší (Dudášová, 2019).

3.6 Zákroky na děložním hrdle

V neposlední řadě je potřeba zmínit souvislost s předčasným odtokem plodové vody u rodiček, které před či během těhotenství, podstoupily ošetření děložního hrdla chirurgickou cestou. Dochází ke zkrácení hrdla a tím ke snížení jeho mechanické podpory. Dále ke snížení množství hlenotvorných žlázek a tím produkovaného hlenu chránící organismus před infekcí. V případě fyziologických podmínek hovoříme o kompetenci, a v případě patologie mluvíme o inkompetenci děložního hrdla. Uvádí se, že u primipar po konizaci děložního hrdla je pravděpodobnost předčasného porodu 4,1krát vyšší než u těhotných bez této indikace v anamnéze. V České republice podstoupí tuto proceduru přibližně šestnáct tisíc žen ročně. Z toho množství je okolo 45 % v reprodukčním období, a proto je tato anamnestická informace podstatnou součástí prenatální péče (Dudášová, 2019).

3.7 Interrupce

Interrupce neboli umělé ukončení těhotenství, je jeden z faktorů, který nám žena může poskytnout právě díky odběru anamnézy. Ať už se jedná o miniinterrupci do 8. týdne gestačního stáří nebo o instrumentální potrat v 8.-12. týdnu, vlivem dilatace nepřipraveného

děložního hrdla v krátkodobé celkové anestezii dochází k poškození vláken podmíněných pro kompetenci hrdla. Tato skutečnost se může negativně promítnout do průběhu následující gravidity (Slezáková, 2011).

3.8 Amniocentéza

Amniocentéza je invazivní metoda při které se transabdominálně odebírá malé množství plodové vody. I v tomto případě existuje riziko předčasného odtoku plodové vody a dochází, dle gestačního stáří, při kterém se procedura provádí, buďto k předčasnému porodu nebo samovolnému potratu. Při odběru provedeném během druhého trimestru se uvádí 3% riziko vzniku, které se mírně zvyšuje při provedení před 15. týdnem těhotenství (Kay, 2020).

3.9 Genetické predispozice

V případě vrozených vývojových vad je gravidita velmi zatížena anebo dokonce omezena. U většiny vývojových poruch ať už přímo dělohy nebo děložního hrdla však není umožněn správný růst a prosperita plodu a dochází k předčasné děložní aktivitě, a tudíž buď předčasnému porodu, nebo potratu. Mezi další genetické predispozice se řadí trombofilie. Trombofilní stavy se významně podílí na etiopatogenezi preeklampsie, růstové retardace plodu, abrupce placenty, předčasných porodů spolu s předčasným odtokem plodové vody a až intrauterinního úmrtí plodu. Leidenská mutace, je mutace vrozená porucha hemostatického organismu a je diagnostikována nejčastějším geneticky podmíněným trombofilním stavem s výskytem až 5 % v evropské populaci (Fulová, 2023).

3.10 Nutriční faktory

Spolu s klesajícím body mass indexem (19 a méně) stoupá i riziko předčasného porodu. Naopak zvýšené BMI 30 a více může působit jako ochranný faktor před PROM a předčasným porodem, nicméně nese zase jiné problémy. Dále se uvádí že u těhotných s nízkou koncentrací minerálů jako jsou foláty, železo a zinek je vyšší výskyt předčasného porodu než u žen s normální hladinou výše zmíněných minerálů. Jako možný mechanismus, jakým nutriční faktor ovlivňuje předčasný porod je vyšší náchylnost k infekci.

3.11 Sociální status a vzdělání

Socioekonomický status, vzdělání, věk či rasa, jsou jedním z rizikových faktorů, které zvyšují riziko PROM a předčasného porodu. Z poskytnutých dat USA a Velké Británie lze vyčíst, že k předčasnému porodu dochází až dvakrát více u rodiček afro-americké a afro-

karibské rasy než u hispánské, asijské či kavkazské bílé rasy. Nízký sociální status, vzdělání, stejně tak věk rodičky <20 a >35 let sice zvyšují riziko, nicméně přesné souvislosti nejsou známy. Může to souviset s přístupem či nedostupností k prenatální péči či nedostatkem informací a znalostí žen ohledně jejich zdravotního stavu? V tomto případě se dle mého názoru jasně potvrzuje podstata a potřeba komunitní péče poskytována porodní asistentkou, která v mnohých případech může být pro těhotnou rozhodující (Koucký a Smíšek, 2014).

3.12 Stresový faktor

Jisté procento předčasných porodu nelze dostatečně vysvětlit výše zmíněnými faktory. Proto vznikly studie zaměřující se na život těhotné ženy jako je psychiatrická anamnéza, neefektivní sociální vztahy anebo právě působení stresu. Výsledkem těchto studii je že existuje korelace mezi stresem a předčasným porodem. Lze se tedy domnívat, že ženy, které vnímají stres zvýšeně, nebo se nachází ve složité životní situaci jsou vystaveny riziku zkrácené gestace, a i prodloužení samotného porodu (Mrosková, 2020).

4 DIAGNOSTIKA PROM

Správná diagnostika PROM má významný vliv na pozdější management a vývoj těhotenství. Při nesprávném nebo nevčasném diagnostikování může dojít ke komplikacím či dokonce fatálním výsledkům. V dnešní době existuje řada technik pro hodnocení a správné diagnostikování předčasného odtoku plodové vody. V ideálním případě by měl test být neinvazivní, snadno cenově dostupný, rychlý a přesný (Fulová, 2023). U žen, které přichází s předpokladem předčasného odtoku plodové vody, lze u více jak 90 % případů diagnózu potvrdit na základě klinického hodnocení. U Zbývajících 10 % žen je potřeba prokázat PROM pomocí jiných diagnostických technik (Koucký a Smíšek, 2014).

4.1 Actim-PROM test

Tento test je nejrychlejším a nejpřesnějším způsobem prokázání odtoku plodové vody v dnešní době k dispozici. Je založen na vysoce specifických monoklonálních protilátkách, které se váží na růstový faktor vázající protein-1 (IGFBP-1) který je přítomný v plodové vodě ve velkém množství. V případě ruptury plodových obalů uniká plodová voda do pochvy a koncentrace IGFBP-1 stoupá a zůstává vysoká až do ukončení gravidity. Actim PROM test je schopen tuto bílkovinu detekovat ve vzorcích vaginálního výtěru a díky svojí vysoké citlivosti je schopen detekce i v případě pouhých drobných ruptur. Výhodou je, že reaguje výhradně na přítomnost IGFBP-1 a tím pádem je průkazný i při přítomnosti jiných tělesných tekutin (Abdelazim, 2013).

4.2 Zkouška Temesvaryho činidlem

Tato metoda se zakládá na změně pH pochvy. Prostředí pochvy je přirozeně kyselé a pH se pohybuje v rozmezí 4,5-6,0 a při přítomnosti plodové vody se mění na zásadité s pH 7,1 až 7,3 (Fulová, 2023). Po nalití 5% roztoku bromthymolu, který má původně barvu naoranžovělou, na vložku s plodovou vodou dochází ke změně barvy na modrozelenou a tím se dokáže její přítomnost. Jeli odtok plodové vody malý, je možné zavést tampon do pochvy a test s odstupem času udělat znova. I přesto, že se tento test standartně využívá, není 100 % průkazný a existuje možnost falešné pozitivity při přítomnosti výtoku, spermatu nebo krve.

4.3 Vaginální vyšetření

Vaginální vyšetření je považováno za poměrně jednoduchý způsob ověření odtoku plodové vody. Při vyšetření se zaměřuje na diagnostiku plodové vody, a to na její jakost, množství

a zabarvení. Dále se hodnotí parametry děložního hrdla pomocí cervix scóre pro určení jeho zralosti a připravenosti k porodu nebo polohu a naléhání plodu (Koucký a Smíšek, 2014).

4.4 Ultrazvukové vyšetření

Ultrazvukové vyšetření je v tomto případě metodou spíše orientační a slouží k hodnocení morfologie dolního děložního segmentu, cervikometrii, uložení placenty a plodu, jeho biometrii a množství plodové vody (Roztočil, 2017).

4.5 Konvenční diagnostické testy

Do těchto testů zahrnujeme nitrazinový test a Fernův test. Nitrazinový test se využívá od roku 1938 a pracuje s pH uniklé plodové vody. Tato metoda se však v současné době příliš nevyužívá, protože je zatížena nejednoznačnou specificitou. Fernův test byl poprvé popsán již v roce 1946 a jedná se o mikroskopické vyšetření plodové vody, která se zobrazí v podobě větvených krystalků. Jeho přesnost je však ovlivněna mnoha faktory jako například výskyt cervikálního hlenu, krve nebo antiseptického roztoku v plodové vodě, a proto se od ní taktéž opouští (Fulová, 2023).

5 LÉČEBNÁ INTERVENCE

Cílem léčebného procesu je zastavení děložní činnosti, zamezit progresi infekce, snížit rizika pro rodičku a umožnit plodu co nejvíce fyziologickou adaptaci na extrauterinní život.

5.1 Antibiotika

V případě předčasného odtoku plodové vody je potřeba zahájit empirickou léčbu antibiotiky ihned. U žen s gestačním stářím <37. týden, při GBS pozitivním nálezu, přítomnosti rizikových faktorů (febrilie a tachykardie matky, nejisté GBS vyšetření, odteklá plodová voda více jak 18 hodin atd.) a při zvýšeném počtu zánětlivých markerů. Jedná-li se o PROM v zóně těžké nezralosti plodu, volí se individuální péče a strategie vedení porodu na základě domluvy s neonatologickým týmem. Empirickou terapii lze využít i bez ohledu na gestační stáří, avšak při zjištění odběrů kultivací, je opět potřeba individualizovat léčbu antibiotiky pro citlivost daného nálezu (Měchurová a kol., 2013).

Tabulka č. 3: Postup pří PROM

<24. týden	25. až 27. týden	28. až 31. týden
Vyčkávací postup	Individuální přístup	Aktivní přístup
kortikosteroidy	kortikosteroidy	kortikosteroidy
Antibiotika	Antibiotika	Antibiotika
Pokus o prodloužení gravidity	Tokolýza během aplikace kortikosteroidů	Provokace porodu do 72 hodin
Monitoring infekce (denně)	Možnost amnioinfuze, pokud jsou markery infekce negativní, vysadit tokolýzu, antibiotika	

(Roztočil, 2017).

Volba antibiotik při negativních známkách infekce

Antibiotikem první volby je v tomto případě Penicilin G intravenózně. V první iniciální dávce je podáno 5 milionů IU ve 100ml fyziologického roztoku. Další dvě dávky se snižují na 2,5 milionů IU s intervalem 4 hodin. Pokud žena neporodí do 8 hodin, zůstává dávka 2,5 mil. IU a prodlužuje se interval aplikace na 6 hodin. Alternativní možností antibiotik, například v případě alergie, je ampicilin. Podán taktéž intravenózně v iniciální dávce 2 g ve 100ml fyziologického roztoku a dále pouze 1 g po 6 hodinách do ukončení těhotenství (Měchurová a kol., 2013).

Volba antibiotik při pozitivních známkách infekce

Prokáže-li se klinická chorioamnitida, je nutná konzultace s ATB střediskem a podle toho zvolit vhodné antibiotikum. Bezprostředně lze zahájit opět empirickou léčbu, tentokrát dvojkombinací a to ampicilin i.v. v první dávce 2 g a dále 1 g v intervalu 6 hodin a gentamicin 240 mg i.v. v intervalu 24 hodin. Jeli nám znám výsledek kultivačního vyšetření, volba ATB se odvíjí podle jeho účinku a spektra proti zjištěnému patogenu. Při prokázané přítomnosti atypických bakterií (chlamydie, ureaplasma...) se indikuje azitromyzin 500 mg intravenózně po 24hodinovém intervalu s konečnou dobou terapie 6-7 dní (Měchurová a kol., 2013).

5.2 Tokolýza

Tokolýza je kombinace léčiv, kterými se snažíme dosáhnout relaxace a pozastavení aktivity děložních svalů. Rozdělujeme tokolýzu podle výsledku, kterého chceme dosáhnout. Při tokolýze úplné je cílem kompletní utlumení děložní činnosti. Dále rozeznáváme tokolýzu parciální, která se využívá při vedení předčasného porodu. Vlivem snížené dávky tokolytika se pokoušíme pouze o neúplné pozastavení děložní aktivity a dochází ke snížení frekvence a intenzity. Totální kontraindikací k podání jakékoliv formy tokolýzy je krvácení a prokázaná infekce. Dále musí být naplněna kritéria zdravého plodu bez hypoxie a vaginální nález cca 3 cm (Heřman, 2014).

V průběhu let bylo v praxi využito mnoho látek, které mají tlumivý vliv na myometrium jako například magnézium, β2 sympatomimetika, antioxytociny, antagonisté prostaglandinů, nitroglycerin, etylalkohol a jiné.

V dnešní době, se však nejvíce využívají první tři již zmiňované látky (Binder, 2011). V případě tokolýzy je potřeba vyhodnotit kontraindikace související s případným samotným podáním léčiv. Riziko u plodu vzniká v případě chorioamnitidy, známek hypoxie anebo při podezření na abrupci placenty – ohrožení plodu a krvácení. Za nejvýznamnější kontraindikace týkající se matky se pak považuje ischemická nemoc srdeční a hypertenze (Koucký M. a j. Smíšek, 2014).

Beta 2 – sympatomimetika patří mezi nejvíce využívané a nejúčinnější tokolytika v České republice. Sympatomimetika jsou obecně látky, které napodobují podráždění sympatického nervového systému a působí na receptory reagující na adrenalin a noradrenalin (Binder, 2011).

Tabulka č. 4: Účinné dávky nejčastěji používaných beta-sympatomimetik

	Ritodrin (Pre-par)*	**Fetoterol (partusisten)***	**Hexoprenalin (Gynipral)**
i.v.	50 mg/500 ml, 50 μg/min	0,5-1 mg/500 ml, 0,5-3 μg/min	25-50 μg/500 ml, 0,3 μg/min
per os	40 mg/12 h	5 mg každé 3-4 h	0,5 mg každých 4-6 h
*V ČR nejsou v současné době registrovány.			

(Hájek, 2014)

Magnézium sulftát je dobře akceptované rodičkou a i přesto, že je hojně využívané, nemá přímé prokazatelné tokolytické účinky. Tím pádem se polemizuje o účinku placebo efektu. Na druhou stranu, analýza několika studií prokázala, že prenatální podávání v intravenózní podobě, snižuje počet výskytu dětské mozkové obrny o 15–30 % u miminek narozených před 32. týdnem gravidity. Udává se podání v kontinuální infuzi v dávce 6-8 g/ den s maximálním množstvím 6mg/dl séra matky. Předávkování zahrnuje řadu příznaků včetně vymizení patelárního reflexu, somnolence až letargie, zvracení, svalové slabosti a ovlivnění svalové činnosti (Roztočil, 2017).

5.3 Kortikosteroidy

Kortikosteroidy slouží jako prostředek pro podporu urychlení plicní zralosti plodu. Jejich aplikace se významně podílí na snížení rizika perinatální mortality a morbidity. Indikuje se v gestačním rozmezí mezi 24. až 35. týdnem a jejich efekt je definován na 1-7 dní po dokončení terapie. Kontraindikací pro podání kortikosteroidů je systémová zánětlivá odpověď rodičky (SIRS). Na druhou stranu při lehkých až středně těžkých známek infekce nejsou považovány za kontraindikaci. Preparát, který se nejvíce využívá je betametazon aplikován ve dvou 14 mg dávkách intramuskulárně během 24 hodin. Dále aplikace dexametazonu podán ve čtyřech dávkách 8 mg opět intramuskulárně po 6-12 hodinách. Při pokračující graviditě je výjimečně možné terapii zopakovat za podmínky odstupu 14 dnů mezi jednotlivým podáním kúry. Prolongovaná terapie kortikosteroidy je však spojováno s poruchami myelinizace centrální nervové soustavy, motorickými a psychickými poruchami a ovlivňuje vývoj mozku (Göthová, 2013).

5.4 Indukce porodu

Po pečlivém zhodnocení kontraindikací, se pro vyvolání porodu se využívají prostaglandiny. Každá rodička musí splňovat následující kritéria pro možný nekomplikovaný vaginální

porod. A to minimální gestační stáří 36. týden, poloha plodu podélná hlavičkou a pozitivní porodnická anamnéza (Vlk a Drochýtek, 2016). Dále se ke správnému hodnocení využívá metoda zvaná Cervix skóre dle Bishopa. Jedná se o nejčastěji využívaný systém hodnocení pěti parametrů: dilatace děložního hrdla, zkrácení děložního hrdla, vzdálenost vedoucího bodu pod rovinou procházející spinae ischiadicae, konzistence a pozice děložního hrdla. V případě nezralých porodních cest, tj. při CS≤5 je aplikováno 1,5 až 3mg dinoprostonu, které je možné znovu podat po 6 hodinách. Také je zde možná kontinuální terapie pomocí depotního pesaru, který se postupně uvolňuje dinoproston v průběhu 12cti hodin. Pokud je CS>5, zavádí se pouze 0,5 mg dinoprostonu endocervikálně
(Měchurová, 2013) (Hostinská, 2016).

Tabulka č. 5: Cervix skóre dle Bishopa

	Bodové hodnocení			
	0	1	2	3
Dilatace děložního hrdla (cm)	<1	1-2	3-4	5-6
Zkrácení děložního hrdla (%)	0-30	40-50	60-70	80
Vzdálenost vedoucího bodu pod rovinou procházející spinae ischiadicae (cm)	-3	-2	-1,0	+1, +2
Konzistence děložního hrdla	Tuhá	polotuhá	měkká	
Pozice děložního hrdla	zadní	střední	Přední	

(Hostinská, 2016)

5.5 Císařský řez (sectio caesarea)

Císařský řez se neindikuje při graviditě, která nedosáhla gestačního stáří 24. týdne, pokud není žena ohrožena na zdraví či životě. Obecně se do 26. týdne při velmi nezralém dítěti, na základě společného rozhodnutí jak porodníka a neonatologického týmu, tak rodičky, volí spíše individuální řešení a přístup (Měchurová, 2013, s. 18). Na druhou stranu jasnou indikací k provedení je považováno poloha plodu koncem pánevním a vícečetné těhotenství vždy pokud je počet plodů>2. U předčasného porodu dvojčat, se častěji lékaři přiklání k provedení císařského řezu, avšak záleží na okolnostech a přání matky a možnost vaginálního porodu není kompletně vyloučena tak, jako u porodu trojčat a vícerčat (Dort a spol., 2018). Při provedení císařského řezu v nízkém gestačním stáří narážíme, kromě jiného, na komplikaci technického provedení, a to z důvodu nedostatečného nárůstu dolního děložního segmentu, a proto lékaři volí řez ve tvaru širokého U (Roztočil, 2017).

6 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O ŽENY PŘI PROM

Nedílnou součástí ošetřovatelské péče o ženu s diagnózou předčasného odtoku plodové vody jsou její psychické potřeby. Těhotenství jako takové je specifickým obdobím v životě ženy, během kterého krom fyziologických změn dochází taktéž ke změnám kognitivním, emocionálním a sociálním. Je pochopitelné, že těhotná žena si prochází určitým strachem o průběhu těhotenství a vývoj jejího miminka který je do určité míry fyziologický a přirozený. Na druhou stranu, v případě nepříznivé prognózy vzniká riziko prenatální úzkosti, která může mít vliv i na vývoj a prosperitu jak matky, tak plodu. Nebo dochází k prohloubení již existujících problémů. Problematika zabývající se mentálním zdravím těhotných se dlouhodobě zaměřuje na depresi, u které se odhaduje výskyt 13 % v perinatálním období. Porodní asistentka je v tomto případě ideálním prostředníkem mezi ženou a lékařem. Měla by být vybavena schopnostmi a znalostmi v této problematice, aby mohla být ženě plnohodnotnou oporou a průvodcem v tomto nelehkém období. Díky navázání kontaktu se ženou roste pravděpodobnost, že se rodička nebude bát otevřeně hovořit o svých pocitech a umožní tak PA ji pomoci. Porodní asistentka by měla naslouchat, empaticky rodičku edukovat a podporovat a v případě zachycení patologických projevů ji ihned odkázat k lékaři (Mrosková a kol., 2020).

Ženě s předčasným odtokem je péče většinou poskytována na oddělení rizikového těhotenství, nebo v případě potřeby přímo na porodním sále. Cílem ošetřovatelského procesu poskytovaného porodní asistentkou je naplnění lékařské ordinace a změna z negativního na pozitivní stav klientky. Ošetřovatelský proces využívá několik kroků k naplnění tohoto cíle, a to sice posouzení, dále stanovení ošetřovatelské diagnózy, vytvoření plánu péče, určení výsledků a v neposlední řadě intervence spolu s vyhodnocením. Klasifikace, důležitá pro naplánování ošetřovatelské péče, je určena dle ošetřovatelských diagnóz NANDA (NANDA international, 2015).

Potřeby těhotné ženy, která je hospitalizována pro předčasný odtok plodové vody, jsou jasně rozdělené do dvou sfér, které by měly být naplňovány stejnou měrou. Řadíme sem jednak potřeby fyziologické a dále potřeby lásky, příslušnosti, jistoty a bezpečí a sebeúcty (Šamánková et al., 2011).

6.1 Vybrané potřeby žen hospitalizovaných pro PROM

Výživa a tekutiny

Doporučuje se, že jídelníček během těhotenství by měl obsahovat potraviny bohaté na živiny, vitaminy a minerály. Žena by měla zařadit nejlépe čerstvé ovoce a zeleninu, celozrnné pečivo, mléčné produkty a maso které je lépe stravitelné, jako drůbeží či králičí. Frekvence jídel by měla být pravidelně rozložena do 5-6 porcí během celého dne. Během gravidity roste nárok na energetické zdroje až o 15 % a tudíž je dostatečná, vyvážená strava podstatným faktorem zajišťujícím prosperitu a vývoj plodu (Dušová a kol., 2019).

Vyprazdňování

V tomto období dochází přirozeně ke snížení peristaltiky střev, a to často vede k poruchám vyprazdňování jako je zácpa. Je tak zapříčiněno produkcí hormonu progesteronu, který snižuje motilitu hladkého svalstva. Tento stav se taktéž může prohloubit a způsobovat diskomfort ženě, která je hospitalizována a vystavena novému neznámému prostředí, má omezenou intimitu při vyprazdňování a stresové situaci kterou si prochází (Dušová a kol., 2019).

Odpočinek a spánek

Kvalita spánku a odpočinku je v těhotenství velmi podstatná, protože ovlivňuje regeneraci celého organismu, který je graviditou zatížen. Při hospitalizaci, kdy je ženě doporučován klid na lůžku, významně klesá její samostatnost a je tak odkázána na pomoc ošetřujícího personálu. Spolu s tímto klesá i její výdej energie pro nedostatek pohybu a rodička tak může pociťovat menší potřebu spánku. Porodní asistentka v tomto případě může ženě poskytnout bezpečné, klidné prostředí s dostatečným prouděním čerstvého vzduchu pro podporu kvality (Trachtová a kol., 2013).

Bezpečí a jistota

Tyto pocity jsou jen umocňovány během těhotenství, kdy hovoříme nejen o ženě ale i o jejím miminku, a o to více při rizikové graviditě. Pocit bezpečí a jistoty je narušen pocitem bezmoci v dané situaci či separací od jejího blízkého okruhu přátel a rodiny (Trachtová a kol., 2013).

Láska a sounáležitost

Zvýšená produkce hormonů zapříčiňuje že je žena přirozeně citlivější až přecitlivělá a vyžaduje tak větší pozornost a podporu od svých blízkých. Když je však hospitalizována, omezí se tím kontakt od okolního světa a nastane riziko neuspokojení této potřeby. Měla by být snaha co nejvíce dopomoci styku s jejími blízkými a také nahrazení této role samotnou porodní asistentkou, která jí může vyslechnout, poskytnout radu nebo svou pouhou přítomnost (Dudášová a kol., 2013).

6.2 Reakce na sdělení nepříznivé situace

Žnea, které byla sdělena nepříznivá zpráva, v tomto případě rizika spojena s předčasným odtokem plodové vody, je z velké části vystavena traumatizující situací. I přes moderní způsoby řešení a terapie nebo příznivou prognózu toto sdělení způsobí šok. Žnea musí projít určitými stadii, aby mohla novou informaci správně zpracovat a přijmout (Skutilová, 2016).

Šok a iracionální myšlení

První, co žena zažívá je právě šok. Může se objevit nepřiměřená reakce na všední podněty jako je bezdůvodný pláč či rozčílení. Možnými jsou i pocity derealizace. Žena se nedokáže se situací ztotožnit, má pocit jako by se to dělo někomu jinému.

Stádium popření

Instinktivní reakcí je od situace utéct, popřít její existenci a vliv na život ženy, na její plány a sny. Není schopna situaci přijmout, pochopit ji a je potřeba edukovat o dalších možnostech postupu a dopřát dostatek času pro vstřebání zprávy (Skutilová, 2016).

Stádium Kompenzace

V tomto stádiu je typické imaginativní myšlení a fabulování. Žnea například smlouvá s osudem nebo bohy, aby vše dopadlo dobře. Typickými myšlenkami jsou „když bude vše v pořádku udělám to a ono“ (Skutilová, 2016).

Stádium vzteku

Žnea má v tomto stádiu tendenci útočit, svalovat vinu na druhé ať už ošetřujícího lékaře anebo porodní asistentku, tak i na partnera či rodinu. Zlost není zaměřená nejen na ostatní ale i sama na sebe. Objevují se pocity sebelítosti a vlastní viny. Je potřeba ženu citlivě informovat o vzniku problému, pokud je nám znám.

Stádium rovnováhy a reorganizace

V konečném stádiu žena zprávu zpracovala a přijala. Její pocit úzkosti a strachu se snižuje a místo toho roste potřeba postavit se k situaci pozitivně a aktivně hledá řešení (Skutilová, 2016).

6.3 Strategie pro zvládání stresu

Stres je definován poměrem mezi intenzitou situace a mentální sílou ženy danou situaci zvládat. Stresová situace tak nastává, když je intenzita vyšší než schopnosti situaci zvládnout, kdy tak vniká takzvaná nadlimitní zátěž, která zapříčiní vnitřní napětí. Zvládání zátěže ovlivňuje několik faktorů. Jsou to třeba osobní charakteristiky, schopnost využívání vnějších zdrojů a taky strategie zvládání zátěže (Skutilová, 2016). **Behaviorální strategie** zahrnuje využití vnějších prostředku pro zmírnění napětí a je nejlepším možným způsobem řešení situace. Lze využít například cvičení či jinou pohybovou aktivitu vhodnou pro těhotnou ženu, kterou může doporučit přímo porodní asistentka – gravidjóga, plavání. Podstatnou roli hraje i opora okolí, ať už právě její porodní asistentka, tak blízký okruhu přátel či rodiny. Žena by neměla nezůstat na své myšlenky sama, neuzavírat se do sebe a nepropadat do katastrofických scénářů které sama vytváří. **Při Kognitivní strategii** žena dočasně odsouvá problém ze svého vědomí. Zmírňuje své vnitřní ohrožení tím, že změní význam situace, přehodnocuje ji. V některých případech tyto strategie mohou ženě dopřát krátkodobou úlevu, při delším váhání však narůstá pocit úzkosti a ženu zaplavuje bezmocnost a neschopnost se rozhodnout (Skutilová, 2016).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

7 METODOLOGIE VÝZKUMU

Výzkumná strategie praktické části bakalářské práce byla zvolena kvalitativní, na základě určení hlavního výzkumného problému a jasně definované výzkumné otázky. Hlavním cílem práce je zjistit a analyzovat, jaká je zkušenost porodních asistentek s předčasným odtokem plodové vody. Intence praktické části je zjistit, co nejvíce o ošetřovatelské péči o ženy s PROM z pohledu porodní asistentky. O vzdělávání porodních asistentek v souvislosti s touto problematikou, možnostech péče v období šestinedělí a podstata psychické podpory žen s PROM (Reichel, 2009).

7.1 Výzkumný problém

Předčasný odtok plodové vody je neodmyslitelně propojen, kromě lékařské péče, i s ošetřovatelskou péčí poskytovanou nejčastěji porodními asistentkami. Ty jsou mnohdy prvními, s kým se žena setkává při příjmu, při zjištění diagnózy a všech potřebných informací. Porodní asistentka tak začíná intervenci ihned v počátku, kdy je nutné s pacientkou neprodleně navázat kontakt a vybudovat si určitý vztah na vzájemné důvěře, pochopení a podpoře. Pacientky mnohdy samy netuší, co taková diagnóza znamená a nejsou si vědomy možností péče a léčby. Celý zážitek může být navíc umocněn neodbornými informacemi které pacientka přijímá ze svého blízkého okolí. Výzkumný problém se tedy zaměřuje na roli porodní asistentky v péči o ženu s PROM, na její vzdělávání v této problematice a zkušenost s prožíváním této stresové situace a psychickou podporou pacientek.

7.2 Kvalitativní výzkum

Kvalitativní technikou sběru dat byl zvolen polostrukturovaný rozhovor. Ten byl specificky vybrán pro kombinované výhody, oproti ostatním formám rozhovoru. Jeho volnější forma umožňuje tazateli vytvoření přirozenějšího prostředí pro získání informací o výzkumném problému. Nejpřednější výhodou techniky je v tomto případě odraz osobnosti a aktuální situace participantů a míra samovolnosti v odpovědích přinášející často hlubinné a přesné informace (Reichel, 2009).

Výzkumník vypracuje seznam otázek vztahující se na aspekty výzkumného problému, které v průběhu rozhovoru může modifikovat a doplňovat tak, aby získal co nejvíce informací. Na druhé straně jistá míra formality umožňuje snadnější analýzu dat, jejich třídění a porovnávání (Reichel, 2009).

Analýza získaných dat bude zpracována pomocí otevřeného a axiálního kódování. Záměrem kódování je objasnit zkušenosti, názory, vědomosti a postřehy dotazovaných participantů v přirozeném prostředí (Hendl, 2005). Metodolog Creswell (1998) definuje kvalitativní výzkum takto: *„Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří kompletní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.“*

7.3 Výzkumné otázky

Výzkumné otázky byly definovány tak, aby na základě sesbíraných dat bylo možné získat odpovědi na výzkumné cíle.

HVO: Jaká je osobní zkušenost participantek v péči o ženu hospitalizovanou pro PROM?

Hlavní výzkumná otázka je přesně určena a z ní vychází následující dílčí výzkumné otázky.

DVO 1: Jak byste vyjádřila četnost a zkušenosti z vlastního setkání s rodičkami hospitalizovanými pro diagnózu PROM?

DVO 2: Jak byste zhodnotila svoje schopnosti a vědomosti v této problematice po dokončení studia v porovnání s požadavky v realitě pracovního procesu?

DVO 3: Kterou roli v péči o ženu s PROM po porodu vnímáte jako nejdůležitější?

DVO 4: Jakým způsobem diagnóza PROM ovlivňuje psychický stav hospitalizované ženy?

7.4 Výzkumné cíle

Výzkumné cíle byly stanoveny na základě hlavního tématu bakalářské práce, byly tvořeny společně tak, aby se výzkumníkovi podařilo najít odpověď na hlavní výzkumný cíl.

HVC: Analyzovat, jaká je osobní zkušenosti porodních asistentek v problematice péče o ženu hospitalizovanou pro PROM.

Hlavní výzkumný cíl byl vytvořen v návaznosti na hlavní výzkumnou otázku.

DVC 1: Zjistit, četnost a zkušenosti porodní asistentky v péči o ženu s PROM.

DVC 2: Zjistit, jak vnímá PA svoji připravenost po ukončení studia v porovnání po nástupu do práce v oblasti péče, komunikace a vědomostí o ženu s PROM.

DVC 3: Zjistit, jaká je role porodní asistentky v poporodní péči o ženu s PROM.

DVC 4: Zjistit, jaký dopad má diagnóza PROM na psychický stav ženy během hospitalizace a po porodu.

7.5 Výzkumný soubor a jeho způsob výběru

Hlavním tématem bakalářské práce je péče o ženy s předčasným odtokem plodové vody. Výzkum se zaměřuje na porodní asistentky po dokončení studia, které mají zkušenost s touto problematikou. To je zároveň hlavním kritériem pro výběr participantů. Ti byli voleni tak, aby výzkumník nalezl odpovědi na výzkumné otázky a dosáhl výzkumného cíle.
Volba participantů proběhla podle následujících kritérií:

- Musí mít dokončené vysokoškolské studium v oboru porodní asistence.
- Musí mít dobu působení ve svém oboru minimálně půl roku.
- Musí mít zkušenost na oddělení, kde jsou ženy s předčasným odtokem plodové vody hospitalizovány.

Vybrané participantky podepsaly informovaný dokument, kterým tak vyjádřili souhlas s účastí na výzkumu. Ve dvou případech se rozhovor odehrával přímo v prostorech pracoviště daných participantek. Jeden rozhovor probíhal spojením pomocí aplikace „WhatsApp“ s přítomností kamery. Všechny tři rozhovory byly nahrávány na diktafon a následné nahrávky byly smazány, po transkripci, která bude k dispozici pouze při obhajobě bakalářské práce.

Tabulka č. 6: Aktéři výzkumu

Jméno a kód participantky	Současné místo profesního působení	Celková délka působení
P 1	Rizikové oddělení	5 let
P 2	Porodní sál	5 let
P 3	Operační gynekologie	1 rok

7.6 Technika sběru dat

Výběr metody sběru dat se odvíjel od specifické skupiny participantů. V tomto případě výzkumník zvolil polostrukturovaný rozhovor. Tvorba otázek pro samotný rozhovor byla ovlivněna několika zásadami. Výzkumník formuloval otázky tak, aby jim každá participantka rozuměla. Dále se zaměřil na psychologickou přijatelnost, kdy byly otázky přizpůsobeny taktní formulaci a také vyřazení či úprava otázek vytvořených v sugestivním formátu. Rozhovor byl veden výzkumníkem tak, aby přinesl odpovědi na výzkumné otázky a cíle s důrazem na volnost projevu participantek (Reichel, 2009).

Prvními čtyřmi otázkami má výzkumník ověřit, zda vybrané participantky splňují kritéria nastavená v předešlé kapitole. Formulace byla uzpůsobena každodenní řeči, aby se dosáhlo co nejvíce přirozeného dojmu a tím se zaručila spontaneita aspektů v odpovědích. Samotné otázky mohou být doplněny navazujícími dotazy podle potřeby výzkumníka v zájmu dosáhnutí výzkumného cíle a odpovědí na všechny výzkumné otázky (Reichel, 2009).

1. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
2. Jak dlouho aktivně působíte jako porodní asistentka?
3. Na kterém oddělení v současné době působíte?
4. Jak dlouho na tomto pracovišti působíte?
5. Jak často se setkáváte s rodičkami hospitalizovanými pro PROM?
6. Z jakého důvodu podle Vás, bývají ženy nejčastěji hospitalizovány pro PROM?
7. Jaká bývá průměrná délka hospitalizace ženy pro PROM?
8. Dochází na základě Vašich zkušeností častěji k ukončení těhotenství vaginální cestou nebo operativně?
9. Co je podle vaší zkušenosti nejčastější příčinou ukončení těhotenství v případě, že doporučená léčba selže?
10. Jak byste popsala svoje první zkušenosti v péči o ženu s PROM ihned po nástupu do práce v porovnání v současnosti?
11. S jakými předměty souvisejícími s péčí o rodičku s PROM jste se během svého studia setkala?
12. Jaké jste zaznamenala, na základě svých zkušeností, silné nebo slabé stránky v přípravě na Vaší škole?
13. Jakým způsobem jste si sama rozšiřovala vědomosti a kompetence týkající se problematiky v péči o ženu s PROM po ukončení studia?
14. Co pro Vás bylo nové nebo překvapující v problematice péče o ženu s PROM po nástupu do práce?
15. Jaká je hlavní role porodní asistentky v péči o ženu s PROM v období šestinedělí?
16. Jaká je na základě Vaší zkušenosti nejdůležitější vlastnost porodní asistentky při péči o ženu s PROM po porodu?
17. Jaký vnímáte hlavní rozdíl mezi ženou s fyziologickým těhotenstvím a rodičkou s diagnózou PROM v období šestinedělí?
18. Jak vnímáte svou roli porodní asistentky v problematice tvorby citové vazby mezi rodičkou s diagnózou PROM a jejím dítětem?

19. Jaký vnímáte rozdíl v péči o ženu, jejíž dítě bylo hospitalizováno na JIP pro novorozence oproti intermediální péči?
20. Jak byste zhodnotila současné možnosti ošetřovatelské péče o ženu s PROM a její dítě po porodu?
21. Jaká je nejčastější reakce rodičky po zjištění diagnózy?
22. Jakou volíte nebo považujete za nejvhodnější péči jako PA pro zlepšení či kompenzování psychického stavu ženy hospitalizované pro PROM?
23. Jaký má podle Vaší zkušenosti psychický stav ženy vliv na její celkovou poporodní rekonvalescenci?
24. Kterých technik při práci s ženou využíváte pro její lepší zpracování strachu/úzkosti?
25. Jaká je na Vašem oddělní možnost psychologické péče pro danou ženu? Jak často je tato služba využívána? Jak vnímáte její efektivitu?

8 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT

Tato kapitola bakalářské práce se zabývá analýzou a výkladem získaných dat. Popisuje a objasňuje postupy výzkumníka při empirickém šetření a registruje výsledky výzkumu. Závěrem výzkumu je odpověď na hlavní výzkumnou otázku: ***„Jaká je osobní zkušenost participantek v péči o ženu hospitalizovanou pro PROM?“***

Dále se výzkum zabývá hledáním odpovědí na dílčí výzkumné otázky, v rámci zachování celistvosti konceptu (Švaříček, Šeďová, 2007):

Jak byste vyjádřila četnost a zkušenosti z vlastního setkání s rodičkami hospitalizovanými pro diagnózu PROM?
Jak byste zhodnotila svoje schopnosti a vědomosti v této problematice po dokončení studia v porovnání s požadavky v realitě pracovního procesu?
Kterou roli v péči o ženu s PROM po porodu vnímáte jako nejdůležitější?
Jakým způsobem diagnóza PROM ovlivňuje psychický stav hospitalizované ženy?

8.1 Otevřené kódování

Data získaná z osobních rozhovorů byla převedena do následujících čtyř kategorií: Četnost setkání, Škola a práce, PROM po šestinedělí, Potřeby rodiček při PROM. Kategorie vznikly na základě subkategorií– viz. obrázek č. 1 Schéma rozdělení kategorií.

Obrázek č. 1: Schéma kategorií a podkategorií

Kategorie č. 1 – Míra zkušenosti

První kategorie se zabývá tím, jak často se porodní asistentka setkává s ženami hospitalizovanými pro PROM, o průměrnou délku jejich hospitalizace a nejčastější rizika a příčiny vzniku. Všechny tři participantky odpověděly na otázku četnosti setkání spíše pozitivně, participantka 1 (P1), která pracuje na oddělení rizikového těhotenství, zhodnotila četnost setkání takto: *„Celkem dost často.“* Svoje slova ještě podpořila: *„… v současné době máme tady jakoby…“* P1 počítá. *„Tři pacientky s odteklou vodou, vlastně jejíchž voda odtekla před 25. týdnem, takže docela často.“* Je tedy možné z těchto sdělení vyvodit, že předčasný odtok plodové vody není ojedinělou, nebo vzácnou diagnózou. Domněnku výzkumníka potvrzuje i participantka 2 (P2), která sice uvádí, že na oddělení porodních sálů, kde momentálně působí, se setkává s ženami s předčasným odtokem plodové vody až ve chvíli porodu: *„No tak teď spíš jako když už se bohužel rozrodí…“* komentuje dotaz, nicméně dodává*: „ale předtím v rámci rizikového těhotenství, tak určitě tam jedna část těch hospitalizovaných pacientek patří pro předčasný odtok plodové vody.“*

Participantky byly požádány, aby sdělily, jak dlouho může rodička být hospitalizována pro předčasný odtok plodové vody. Všechny se shodly, že délka hospitalizace je záležitost spíše individuální a prioritou jejich péče je udržet těhotenství co nejblíže termínu porodu za podmínky nízkého rizika. Participantka 3: *„… snad měsíc možná i dýl. Zhruba okolo toho, jako někdy je to kratší. Je to individuální no, ale vždycky je priorita udržet to těhotenství co nejdýl.“* P2 uvedla: *„… určitě je snaha co nejdéle udržet miminko v bříšku… Ale rozhodně, když se tam rozjedou nějaký infekční markery nebo něco, tak určitě se k tomu musí přistupovat jinak*.“ Záleží tedy často na gestačním týdnu, ve kterém plodová voda odteče, podle toho zvoleném postupu léčby a reakcí těla rodičky na terapii. P1 uvádí, že mnohdy záleží na stavu a symptomech předčasného porodu, které při přijetí žena má. Myslí si, že asymptotické ženy pouze s odtokem plodové vody, mívají zpravidla delší interval hospitalizace: *„Ono záleží, když přijdou s odteklou vodu, ale jsou asymptomatické, jako bez nějakých potížích, kontrakcích, krvácení anebo když už tam nějaký potíže jsou.“* Svoji hypotézu potvrzuje příběhy žen, o které během své kariery pečovala, kdy bylo těhotenství možné donosit s odteklou plodovou vodou i přes tři měsíce.

Výzkumníka dále zajímalo, jaká je na základě zkušenosti participantek nejčastější příčina vzniku PROM. Participantka 3 (P3) odpovídá: *„Kolikrát se na to ani nepřijde... Většinou třeba nějaká infekce tam může být. Ale kolikrát vyjdou všechny ty vyšetření negativní, takže*

je to neznámé.“ P2 spontánně vybrala jako hlavní příčinu za neznámou, často podle ní dochází k odtoku, bez zjevných i nezjevných známek: *„…ony bohužel ty důvody, proč ta voda předčasně odteče, úplně ne vždycky jsou známé...“* Po zamyšlení uvádí častou právě infekcí a dále ženy, které byly na operačním výkonu v průběhu těhotenství: *„…často je to z důvodu nějaké infekce… Nebo prostě případně třeba raritně, že je nějakej chirurgickej výkon jako třeba při apendicitidě.“* Další časté příčiny přináší P1, která sdílí zkušenost s infekcí a zmiňuje vliv genetiky a vnějších vlivů spolu s mechanickým poškozením plodových obalů: *„Jakože buď jsou tam prostě nějaké predispozice, nebo třeba nějaké vnější vlivy, ale jakoby pokud tam není nějaká přenosná infekce, zánět, tak mnohdy často jakoby přesně nevíme, proč se to děje.“* Předčasný odtok plodové vody a s tím spojeným předčasný porod, je diagnóza komplikující 5-15 % všech těhotenství. Infekce je považována za jednu z hlavních příčin vzniku, ale pokud je tato možnost vyloučena, často není možné dohledat jinou zjevnou příčinu. P2 myslí, že vliv na to může mít, že se jedná o poměrně novou problematiku, která sebou přináší jak rizika pro ženu a dítě, tak vynáší řadu etických a právních otázek: *„…je to celkově taková velmi nová disciplína se zabývat předčasným porodem a takhle odtokem plodové vody…“* V minulosti předčasný odtok plodové vody v malém gestačním týdnům znamenal ztrátu těhotenství, nebo porod mrtvého plodu. V současné době máme však centra specializována na péči o extrémně nezralé novorozence, která významně ovlivňují mortalitu a morbiditu spojenou s PROM. I přes aktuální poznatky a zvýšený nárůst předčasných porodu, však tyto možnosti péče nejsou na takové úrovni v rámci celé České republiky a pacientky tak často musí cestovat za specialistou. P2 se vyjadřuje takto: *„To, že jsme schopni udržet několik měsíců ženu těhotnou, i když jí teče voda, tak i v Český republice je to pořád celkem takový kontroverzní téma.“*

Dále byly participantky dotazovány, jakým způsobem, na základě jejich zkušenosti, dochází k ukončení těhotenství, pokud doporučená léčba selže. Participantky uvádí, že mnohdy záleží na okolnostech. P 1 říká, že velkou roli hraje poloha plodu a v případě, že plod naléhá koncem pánevním, volí se v zájmu dítěte ukončení spíše operativní: *„Pokud je zadečkem, tedy koncem pánevním, tak spíš císařský řez. Ale pokud je hlavičkou, tak vlastně může paní, pokud tam nejsou další interní záležitosti, že třeba paní je nějak nemocná, nebo je po předchozím císařském řezu, tak může rodit spontánně.“* Dále uvádí, že nejčastější důvod, proč doporučená léčba selže, je předčasný nástup porodu. Participantka 2 se přiklání spíše k operativnímu způsobu ukončení těhotenství: *„Hmm, spíše operativně no.“* A dodává, že příčina selhání léčby bývá nejčastěji právě infekce a těhotenství tak musí být ukončeno z důvodu ohrožení plodu: *„… asi ta infekce, že prostě to miminko už není připravené na to*

zůstat v bříšku a prostě dá známky toho, že ta léčba je neefektivní.“ Na dotaz příčiny selhání léčby reaguje P 3 takto: „*No, ona mnohdy ta příčina není vždy známá, že. Jakože stejně jako u toho vzniku, kdy ta plodová voda prostě odteče a nastoupí ty kontrakce a tak, a ne vždycky se ten porod podaří zastavit. Taky třeba z důvodu, že to dítě není v pořádku taky.“ Podle ní, dochází k ukončení těhotenství taktéž operativně, ale velkou roli hraje zdravotní stav jak dítěte, tak matky: „ … záleží zase jak je na tom to miminko že jo. Pokud je ta možnost, není to třeba jakože nějaký rizikový případ, tak je třeba i možnost vaginální cestou. Ale teda přijde mi, že spíš tím císařem jakože.“*

Shrnutí kategorie č. 1

V této kategorii participantky potvrzují, že problematika předčasného odtoku plodové vody, je z velké části velmi individuální záležitost se spoustou proměnných. Shodují se však ve zkušenosti, že se s pacientkami s PROM setkávají poměrně často. Nejčastější příčiny, se kterými se participantky setkávají je infekce, předchozí operační zákrok, anebo mechanické poškození plodových obalů. Dále uvádí, že mnohdy je příčina neznámá. Na otázku průměrné délky hospitalizace žen s PROM nemohou participantky odpovědět přesný interval. Odůvodňují to komplexností celé problematiky, avšak říkají, že možnosti prodloužení těhotenství mohou dosáhnout i několika měsíců. Zdravotní péče je v tomto případě udržet těhotenství co nejdéle, za minimálních rizik pro matku i plod.

Kategorie č. 2 – Škola a práce

Ve druhé kategorii se zaměřujeme na téma předčasného odtoku plodové vody v průběhu studia a následně v pracovním provozu. Výzkumník se zajímal o první zkušenost po ukončení studia, chtěl zjistit jakým způsobem participantky vnímají svoji přípravu po nástupu do práce a jaké možnosti rozšiřování vědomostí porodní asistentky mají po dokončení studia. Všechny tři participantky úspěšně studovaly obor porodní asistence na vysoké škole. P1 popisuje svoji první zkušenost jako velmi pozitivní. Hned v počátku své kariéry se setkala s několika pacientkami, které měly vliv na její profesionální růst: *„…byly s odteklou vodou dokonce před tím 23. týdnem a fakt tady drželi třeba ty 2-3 měsíce, takže velmi pozitivní zkušenost.“* usmívá se. Příběhy těchto žen používá jako důkaz naděje při komunikaci se současnými pacientkami. Uvádí, že pro ni bylo překvapující, že těhotenství s odteklou plodovou vodou lze tak dlouho udržet: *„Jako nějak jsem o tom neměla, jako ne že ponětí, ale jiný zkušenosti. Tak to bylo pro mě strašně fascinující, že fakt někdo tady*

dokáže ležet s odteklou vodou, která se postupně doplňuje.“ Dále vysvětluje, že tato informace je často překvapující i pro samotné hospitalizované ženy: *„… hodně žen přijde s odteklou vodou, třeba ve 26. týdnu a bojí se, že to znamená konec.“* S touto zkušeností se shoduje i z ostatními participantkami, pro které byla v počátku překvapující právě možná délka hospitalizace žen s PROM. P3, která má ze všech participantek nejkratší dobu působení, odpovídá takto: *„… to reálný množství té plodové vody. Občas mě to překvapí i teď. Nebo taky, že se to těhotenství dokáže tak dlouho udržet, to sem úplně netušila.“* Množství plodové vody při odtoku je velmi individuální a může být pro ženu dokonce traumatizujícím zážitkem umocněný rozšířeným povědomím veřejnosti, že PROM = potrat. Celkově však P3 svoji první zkušenost popisuje spíš v negativech. Uvádí, že pro ni nebylo snadné zařadit se do pracovního provozu a přijmout zodpovědnost, která je s tímto povoláním spojená*: „Měla jsem z toho strach a hodně jsem to vstřebávala.“*

P2 reaguje na dotaz co pro ni bylo překvapující po nástupu do práce tímto: *„No asi to, že fakt je možnost ty ženy udržet prostě dlouhodobě těhotné.“* Dále se popisuje svoji první zkušenost jako pozitivní, kdy dostala pracovní příležitost na oddělení, kde se specializují na PROM. Jedna z velkých etických otázek problematiky PROM vyvstává s možnými komplikacemi v poporodním životě dítěte v návaznosti na příčinu vzniku, ať už infekce, genetiku, nezralost anebo jiné. V případě odtoku v malém gestačním týdnu, nebo v blízkosti šedé zóny - <23. hbd, je tedy mnohdy v prvním kroku ženě doporučeno ukončit těhotenství a péče je řešena primárně ambulantně. Až s rozvojem této problematiky přichází možnost dlouhodobé hospitalizace, kde jsou žena a její plod denně sledováni týmem odborníků. Zvyšuje se tak včasné zachycení problémů a jejich následná kompenzace. Krom jiného, to má výrazný vliv na psychické prožívání a pohodu ženy a prosperitu plodu. Tento přístup lze kritizovat z hlediska finančního zatížení, kterým dlouhodobá hospitalizace je, v porovnání s nejistou výstupní prognózou. Možná právě toto může být jedním z důvodů, proč je tedy tato problematika stále velkým neznámým? P2 nicméně uvádí, že během svých pěti let působení v praxi se její pohled na problematiku změnil a jen to, že ženy s PROM mají možnost a naději těhotenství donosit, jí samotné dodává pocit integrity: *„Takže i jenom to, že se o tyhle ty ženy staráme, tak byl velkej takovej jako příjemnej pocit, nebo vůbec to že jako víme, že to má smysl.“* To, že péče poskytnutá ženám má význam a převažuje negativa komentuje takto: *„… v současný době je to určitě to, že vím, že ty děti jsou dobrý a že má určitě smysl se o to takhle zabývat a rozhodně to neházet do jednoho pytle, že ve 23. týdnu odteče voda, a tudíž se musí jít na potrat.“* Proč tedy i přes jasná současná data, jednotlivé případy a svědectví není tato možnost více rozšířena, nebo ženám primárně doporučována?

P2: „*…je to pořád jako velmi velký otazník, co tam všechno hraje roli. A myslím si, že ještě to bude velký téma do budoucna.“*

Nedílnou součástí studia porodní asistence je teorie a následný nácvik péče o rizikové těhotenství. Výzkumník se zajímal o zkušenost participantek během studia, jestli bylo studium v případě PROM dostačující a jaká nyní, na základě jejich zkušeností, vnímají pozitiva a negativa v přípravě na jejich škole. Praktická výuka je stěžením způsobem přípravy na budoucí povolání, v čemž se utvrzují i všechny tři participantky. P1 uvádí: *„ ... prakticky hodně naučily naše mentorky, za což jsem fakt ráda. Nás cepovaly až moc některé. Ale ano, já jsem za ně jako upřímně ráda, protože mě tím donutily, se fakt učit.“* K teoretické výuce se však vyjadřuje takto: *„Nějaký pPROM jako problém, pouze obecně. … že existuje, že se to může stát, že tam jako kontrolujeme nějaký krevní testy, ale víc věcí až fakt v praxi.“* P 2 má podobnou zkušenost: *„Asi ve škole, jsem se o tom spíš tak jako okrajově doslechla, že vůbec to je možný.“* dodává však, že si myslí že je to zapříčiněno převážně nedostatkem informací o této problematice v době, kdy studovala*: „ …myslím si, že je to třeba v rámci, když jsem studovala před těmi pěti lety nebo dokončovala jsem školu, tak to ještě určitě nebylo takový téma a ten vzorek nebyl tak obsáhlý jako je v dnešní době.“* Porodní asistentka, kromě své ošetřovatelské role, může být mnohdy i jedním ze stěžejních pilířů podpírající hospitalizovanou ženu v krizové situaci. Základem pro úspěšnou intervenci je navázání dobrého kontaktu s ženou ihned v počátku a k tomu porodní asistentce slouží právě komunikace. V těchto stresově nabitých situací, jako je PROM, však není jednoduché zvolit přijatelný přístup k dané ženě a může tak působit stres na obou stranách. Komunikace a psychologie jsou jedním z předmětů oboru porodní asistence, přesto při dotázání, ani jedna participantka předměty neuvedla. P 1 a P 2 obě uvádí, že způsob komunikace a podpory ženy volí na základě vlastní intuice a již nasbíraných zkušeností. Na druhé straně P 3 se svěřila, že jí komunikace v krizových situacích působí nemalé potíže: *„Člověk pořádně neví, co má v takových chvílích říkat… Asi to přijde s víc jakože časem, že jako budu vědět co jim mám říct*.“ P 3 udává, že se připravená na pracovní činnost příliš necítila, nicméně se shoduje s ostatními participantkami v tom, že jí praktická výuka naučila nejvíce: *„Jo tak připravená jsem se asi necítila, ale myslím si, že jakoby hlavně ta praxe, teda které bylo hodně, že jo, my dala dooost.“* Směje se.

Výzkumník se dále zajímal, jakým způsobem si participantky rozšiřovaly vědomosti, zkušenosti a schopnosti ve spojitosti s předčasným odtokem plodové vody. Participantka 1 odpovídá, že největším zdrojem informací je pro ni diskuse a předávání zkušeností a znalostí s jinými odborníky*: „ …hlavně ta diskuse s lékaři. Někdy třeba přijdou i nějací nový lékaři,*

z jiné nemocnice, po atestaci a třeba mají jiné zkušenosti.“ Dle její zkušenosti, jsou její dotazy, a i samotná diskuse vnímána převážně pozitivně druhou stranou. Dále uvádí odborné články, literaturu a doporučené postupy v gynekologii a porodnictví. P 2 se zaměřuje na samostudium. Říká, že se již v počátku zajímala o péči o rizikové těhotenství a mnoho informací si díky tomu byla schopná doplnit sama. V průběhu svého profesního působení se účastnila i různých seminářů zabývajících se komunikací a podporou v krizových situacích, jak sama popisuje P 2: *„…různý semináře na komunikaci a vůbec nějakou psychickou podporu v rámci těhletěch náročných situacích. Ať už se to týká takhle předčasnýho odtok plodové vody, nebo i nějakých dalších komplikovaných předčasně narozených dětí, nebo vůbec prostě tady perinatální péče, takže tam v tom je snaha se vzdělávat neustále.“* Participantka 3, stejně jako P 1, udává doporučené postupy, samostudium nových poznatků a trendů, a sdílení zkušeností s profesně staršími porodními asistentkami.

Shrnutí kategorie č. 2

Dvě participantky popisují svoji první zkušenost s předčasným odtokem plodové vody, po nástupu do práce, jako pozitivní. Jedna participantka však udává jistý stres pramenící z nejistoty ve vlastní komunikační schopnosti a vědomosti. Zde výzkumník zaznamenává, na základě aspektů v odpovědích participantek, nedostatek ve vzdělávání porodních asistentek v oblasti komunikace. Byť by se dalo argumentovat, že se jedná o záležitost poměrně intuitivní, stále však se jedná o elementární část ošetřovatelské péče. Podpora a výuka komunikace zaměřené na ošetřovatelství, by tak výrazně mohla usnadnit počátek profesního působení porodním asistentkám. Připravenost do profese, jako celek, vnímají participantky pozitivně a vyzdvihují jako nejvíce přínosné praktickou výuku. Zde výzkumník vnímá prostor pro zařazení výuky komunikačních dovedností i právě do praktické výuky. Zde by studenti mohli mít možnost procvičovat a vylepšovat své vědomosti načerpané v teoretických hodinách, pod vedením zkušené a odborné osoby, v simulovaném prostředí. Další oblastí, kterou se tato kategorie zabývá jsou způsoby, kterými si porodní asistentky rozšiřují vědomosti po dokončení studia. Vzhledem k neustále se vyvíjejícímu a komplexnímu oboru, kterým porodní asistence je, potřeba celoživotního vzdělávání je více než jasná. Participantky přichází s možností samostudia, kterého všechny tři nadmíru využívají. Dalším využívaným způsobem je předávání zkušeností a vědomostí s ostatními kolegy. Pouze jediná participantka uvedla odborné semináře, v rámci jejího pracoviště, specializované na komunikaci s pacientkami v krizových situacích.

Kategorie č. 3 – Šestinedělí po PROM

Tato kategorie se zabývá rolí porodní asistentky v péči o ženu v šestinedělí po PROM. Výzkumník se zajímal o zkušenost participantek v tomto období, o zaznamenané změny a rozdíly v prožívání žen. Na dotaz, jaká je podle její zkušenosti hlavní role porodní asistentky v péči o ženu s PROM po porodu participantka 1 odpovídá takto: *„Za mě, prostě tady ta psychická podpora, když ty ženy mají předčasně narozené miminko, tak ta psychika tam jede. V tom šestinedělí o to víc, protože hormony tam jsou jako hodně zainteresované.“* Dále uvádí podstatnou péči v případě, že je těhotenství ukončeno s komplikacemi a dítě tak musí být hospitalizováno samostatně od matky: *„Pomoc, co se týče rozvoje laktace, stimulace prsou, průběžné odstříkáváni a takhle. Určitě ta psychická podpora, podpora kojení, eventuelně potom péče o jizvu, pokud šlo o císařský řez. Anebo péče o porodní poranění, pokud tam bylo nějaké větší.“* Předčasný odtok plodové vody je propojen s komplikacemi v poporodním životě dítěte. Participantka 2 komentuje dotaz: *„Tam je určitě to šestinedělí pro ně trošku emotivnější ve smyslu toho, že to dítě samozřejmě jako není taková samozřejmost, jako je to pro ženy, které přijdou, poroděj a jsou na šestinedělí*.“ Říka, že i při udržení těhotenství do vysokého gestačního týdne, není záruka zdravého dítěte: *„… je tam určitě jako výrazně větší stres, a to, jestli tam miminko bude v pořádku, i když třeba to dokážeme dotáhnout do nějakýho bližšího termínu porodu. Tak tam určitě existuje řada rizik, který se můžou projevit až později.“* Porodem tedy stres spojován s PROM není mnohdy limitován a porodní asistentka tak musí přizpůsobit svoji péči potřebám dané ženy*: „…tam ta komunikace a vůbec péče o tyhle ženy musí bejt trošku individuálnější a je rozhodně potřeba, aby ty porodní asistentky na šestinedělí, aby o tý problematice věděly a byly srozuměny s tím, že ta žena byla hospitalizovaná tři měsíce a prošla si řadu řadou prostě nějakejch emotivních výkyvů a vůbec nejistoty, která je tím určitě spojená.“* Dodává P 2 důraz na edukaci porodních asistentek na oddělení šestinedělí. Všechny tři participantky se shodly, že hlavní role porodní asistentky je psychická podpora ženy po porodu. Podle nich je to hlavní odlišnost v období šestinedělí mezi fyziologickou rodičkou a ženou s PROM a samotná ošetřovatelská péče se příliš neliší od fyziologického šestinedělí. Participantka 3 na dotaz, jestli zaznamenala významný rozdíl odpovídá, že to mnohdy záleží na gestačním týdnu porodu a prognóze. Nicméně taktéž dodává, že psychika ženy je značný rozdíl: *„Tam hodně záleží, kdy ta plodová voda odteče že jo… Samozřejmě ty ženy blíže k termínu jsou nejšťastnější, protože můžou mít miminko u sebe a všechno je lovely a happy. A když je to pak dřív, třeba pod ten jakože 30. týden, tak to samozřejmě nese větší rizika pro to dítě*

a nemůžou být takhle spolu. Teďka ta žena to těžce nese pochopitelně, často se to prostě pak projeví na té její psychice, že.“ Participantka 1 potvrzuje předešlou odpověď: *„Je tam jako ten rozdíl. Třeba ty ženy s porodem v termínu to taky pociťují, ale přece jen když máte dítě v inkubátoru na hadičkách, na plicní podpoře, tak je to trošku něco jiného na tu psychiku, než když má žena miminko u sebe.“*

Další oblastí, o kterou se výzkumník zajímal, je podpora citové vazby po porodu mezi ženou a jejím dítětem v případě komplikací, kdy musí být dítě odděleno od matky pro samostatnou léčbu. Základem dobrého psychického vývoje dítěte je navázání právě citové vazby s mateřskou osobou co nejdříve po porodu. Následkem, v případě zanedbání podpory vzniku a rozvoje citové vazby, může být neschopnost dítěte navazovat emočně přiměřené mezilidské vztahy. Kromě toho to může negativně ovlivnit pocity matky vůči vlastnímu dítěti, což může vést k psychickým poruchám specifickým pro období šestinedělí. Na otázku, jakým způsobem, jako porodní asistentka, podporují participantky tvorbu a rozvoj odpovídá P 1: *„Já si myslím, že to navazování těch citů nebo jakoby toho vztahu je určitě těžší, jak říkám, když ho žena jako nemá, to miminko u sebe. Ony jako určitě mají možnost jako tam u něho být, chodit za ním, klokánkovat eventuálně přikládat.“* Dodává, že podpora citové vazby je určitě zásadní v její práci, snaží se aktivně ženy motivovat a podpořit v návštěvách dítěte. V případě, že je žena imobilní, je návštěva přizpůsobena otci, nebo hledá jiné způsoby, jak dítě ženě přiblížit, například pomocí fotografií. Participantka 2 odpovídá na dotaz takto: *„No určitě můžeme ty ženy motivovat. Můžeme jim vysvětlit dopady, který tam můžou vzniknout nebo nevzniknou, ale taky se musí jako brát ohled na to v jaký je sama se sebou v osobní situaci, a i jako v nějaký vztahových a takových věcech. Ale jako vždycky bychom měli bejt na straně tý ženy a snažit se jí jako motivovat k tomu, aby ta citová vazba se vytvořila správně.“* Dále popisuje složitost situace, kdy je vzdálenost nejpalčivější překážka a přichází se zajímavou skutečností: *„Ale je to pro ně hrozně těžký i v tom, že ta hospitalizace, i toho miminka, potom je dlouhá a oni nemůžou bejt s nima. Takže kdyby se samozřejmě zlepšilo to, že by mohli bejt hospitalizovaný miminka i maminky na jednom místě, což je nějak v plánu, ale samozřejmě to trochu složitý, tak by to tý citový vazbě pomohlo.“* V současné době nemocnice v různých mírách umožňují hospitalizaci i pro doprovod dítěte, která je v těchto případech běžně využívána. I přes neustále se zlepšující se možnosti, však nejsou podmínky zcela optimální nejen z hlediska právě rozvoje citové vazby. Participantka 2 tak přichází s teorií společné hospitalizace, která by byla velmi složitá zorganizovat, nicméně její slova potvrzují, že se o změně diskutuje. Participantka 3 reaguje na otázku podpory: *„No jako celkově prostě co nejdřív jako vertikalizovat tu paní že jo, ať*

prostě jako naberete tu sílu ať jako chodí za tím miminkem, ať jako prostě jsou co nejvíc spolu.“

Shrnutí kategorie č. 3

Participantky se ve svých odpovědích na otázku hlavní role porodní asistentky v péči o ženu s předčasným odtokem plodové vody po porodu shodují v psychické podpoře rodičky. Jakým způsobem porodní asistentka pečuje a podporuje takové ženy lze nejvíce popsat opakujícími se odpověďmi participantek. Mluvily o možnostech kontaktu s dítětem jako je klokánkování, fotografie, popřípadě občasné přikládání, než se dítě bude schopné kojit dlouhodobě a s tím související podpora kojení. Důraz kladou na podporu a motivování matky v navštěvování dítěte co nejvíce. Ošetřovatelská péče se podle jejich slov příliš neliší od péče o fyziologické šestinedělí, avšak všechny participantky se shodují, že největší rozdíl je právě v psychickém prožívání rodičky a dané situaci, na které porodní asistentka musí umět reagovat a být připravena.

Kategorie č. 4 – Potřeby žen při PROM

Porodní asistentka při spolupráci s ženou s PROM musí brát ohled na nelehkou situaci, ve které se matka i dítě nachází. V poslední kategorii se tak výzkumník zajímal o psychické prožívání hospitalizovaných žen, jakým způsobem porodní asistentky pečují o psychické potřeby rodičky a jaké možnosti ženy mají dostupné v případě psychické podpory. Hodnotu podpory psychiky potvrzují i samotné participantky, které při dotazu, jaký má psychický stav ženy vliv na poporodní rekonvalescenci, všechny odpovídají, že velký. Participantka 1 odpovídá takto: *„Já si myslím, že jako ta psychika tam hraje hodně velkou roli. Může se stát, že ženy, které tu psychiku mají špatnou, tak bude ten proces delší.“* Participantka 2 spontánně reaguje: „Významný.“ Po zamýšlení dodává, že podle její zkušenosti, má dlouhodobá hospitalizace pozitivní vliv na zpracování situace, a tím pádem lepší průběh rekonvalescence: *„ …žena díky tý dlouhodobý hospitalizaci má čas projít různými stresovými situacemi a vůbec nějakým přemýšlením nad touhle věcí, že to šestinedělí je pro ně víc takový, přijatý.“* Participantka 3 říká, že příliš nezaznamenala přímý vliv na poporodní rekonvalescenci, avšak hovoří o problematice psychických poruch, které jsou u těchto žen velkým rizikem: *„ …je potřeba tu ženu sledovat, aby tam právě třeba, když je to nějaký složitý případ, aby se jí ta psychika úplně nerozjela. Že to, po tom všem vypětí, i třeba během té hospitalizace, může být poslední kapka, jakože pro tu ženu a může se úplně složit.“*

Výzkumník se dále zajímal o reakci žen po zjištění diagnózy PROM. Participantka 1: *„Strach, šok.… Pak jako nějaký smíření. Hlavně prostě strach o to dítě, že vlastně většinou je to tak, že si myslí, že odteče voda a tím pádem prostě konec, že budou rodit nebo tak. Pak smíření s tím a pak vlastně i naděje.“* Na dotaz, jaké techniky využívá pro zmírnění stresu hospitalizované ženy, odpovídá: *„No tak určitě komunikace, protože ony třeba v prvotním šoku, když jim ten lékař říká tuto diagnózu, i nevnímají… Je potřeba i laicky říct, co se bude dít a zopakovat to a nebát se s ní o tom mluvit.“* Dodává, že základem její intervence v tomto případě je dodat ženám naději, která v nelehké situaci může být to jedné, co ženu dělí od psychického zhroucení: *„Během té komunikace je dobré říct právě ty případy, ať tam je ta naděje. Že je možné vydržet těch několik týdnů, měsíců. Donosit to dítě do nějakého méně rizikového týdne.“* Dále říká, že hodně využívá neverbální komunikace, u které vyzdvihuje podstatu intuice: *„Pak určitě, co musíme spíš individuálně rozeznat, že jsou ženy, co chtějí dotyky. Tím pádem nějaký dotyky na ramena, po hlavě nebo klidně jsou i ženy, co potřebují to objetí, tu útěchu nebo podporu. A naopak musíme rozeznat, která to zase nechce*.“ S touto skutečností se shoduje i s participantkou 2, která taktéž primárně uvádí komunikaci a rozhovor, na jejichž základě zjistí potřeby rodičky a snaží se je naplnit: *„A v případě, že zjistíme, že tam je něco, v čem můžeme pomoct, tak se snažit to realizovat.“* S opačnou zkušeností přichází participantka 3, která sice uvádí taktéž komunikace a neverbální podporu dotyky, nicméně říká, že si není ve svém počínání jistá a má strach, aby svými slovy spíše ženám neuškodila: *„Jo, a ne každý to umí. A radši se tomu prostě vyhnu, protože se toho bojím a bojím se, že řeknu něco špatně a jenom jim víc ublížím.“*

Péče o psychické zdraví by měla být podstatnou součástí těhotenství ať už fyziologického nebo rizikového. V současné době jsme si vědomi, jaký dopad narušená psychika může mít nejen na pacientčino tělesné zdraví, ale i samotný plod. V případě, jakým je předčasný odtok plodové vody, kdy jsou možnosti léčby do jisté míry omezené, by proto měl být brán zřetel na všechny složky lidského zdraví. Výzkumník se zajímal o možnosti psychologické péče pro dlouhodobě hospitalizované ženy s touto diagnózu a na jejich efektivitu z pohledu participantek. P 1 odpovídá: *„Je tady paní doktorka jedna, úžasná žena... Potom eventuelně je možnost teda i psychiatra, kdyby tam bylo potřeba i nějaké medikace, nebo nějakých antidepresiv… Nově tady teda máme možnost, každou středu, že ty ženy tam můžou takhle přijít a popovídat si o čem potřebují a tak. Vlastně taková skupinová terapie.“* Říká, že na základě kontaktu, který s ženou naváže je schopná vyhodnotit, komu tyto služby nabídnout: *„…hlavně taky, podle toho, jak to vnímám i já sama, jak ta žena u nás reaguje a projevuje*

se. Jo, že vidím, když brečí, je taková citlivější, emocionální, tak jí to nabídnu hezky, nenutím ji do ničeho jenom prostě, že ta možnost tam je a ví o tom.“

Participantka 2 uvádí taktéž psychologa a dále možnost využití služeb paliativního týmu: *„A potom máme, teďka nově, paliativní tým, který se stará o prenatální péči a v rámci toho jede i řada psychologů. A vůbec se tvoří taky konzilia, kde je snaha tu psychiku a vůbec nějaký pochopení ty situace, která se děje, té ženě průběžně vysvětlovat a připravovat eventuálně na různý rizika a tak.“* Služby psychologa nebo psychiatra mají možnost ženy využít i v případě participantky 3, a navíc také zmiňuje spirituální služby sboru nemocničních kaplanů, kterou velmi chválí: *„Oni tady slouží jako ta spirituální podpora a psychická taky… jsou to hlavně nějací kněží nebo řádové sestry a fakt dokážou podpořit a úplně přirozeně i když ta žena třeba není věřící. Fakt jako no úplně parádní člověk, no.“* Participantka dále jasně projevuje, že mnohdy raději volí profesionální péči než vlastní intervenci, která je podle ní pro pacientky mnohem přínosnější: *„A Tady tihle lidi, ti psychologové nebo psychiatří kteří sem taky chodí nebo právě i ti kaplani, ti to umí a jsou víc na místě, než abych se snažila já. Nebo já se určitě posnažím taky, ale myslím, že je pro ty ženy víc fajn, když mají tu možnost promluvit si s někým takhle víc, kdo to umí.“*

Shrnutí kategorie č. 4

Poslední kategorie odkrývá současné možnosti péče o psychické zdraví žen s PROM. Výběr a druhy služeb se liší podle participantek, nicméně podstatné jádro zůstává v odpovědích stejné, a to služby psychologa a psychiatra, které se jasně projevují jako efektivní. Na základě odpovědí participantek lze hodnotit jejich vlastní schopnosti v psychické podpoře taktéž pozitivně. Participantky využívají primárně verbální a nonverbální komunikaci při péči o psychické zdraví pacientky, kterou volí na základě intuice a empatie. Jedna participantka opět odkrývá nedostatek ve vlastních komunikačních schopnostech, které však výzkumník přisuzuje nedostatku ve vzdělávání porodních asistentek v oblasti komunikace, jak již bylo odhaleno v kategorii č. 2. Participantky vyjadřují spokojenost se současnými možnostmi psychologické péče pro hospitalizované ženy s PROM a z aspektů v odpovědích lze vidět že tato problematika se stále vyvíjí, posouvá a především podporuje.

8.2 Axiální kódování

Po otevřeném kódování následuje technika axiálního kódování, které je propojené s paradigmatickým modelem. Výzkumník během tohoto kódování získaná data znova

uspořádává a vyhledává spojení mezi kategoriemi a subkategoriemi podle totožných aspektů. Jednotlivé kategorie, které vznikly během otevřeného kódování jsou znovu přiřazeny samotným položkám paradigmatického modelu. Ten se skládá z fenoménu, kontextu, kauzálních a intervenujících podmínek, strategie jednání a následků (Švaříček, Šeďová,2007).

V empirickém výzkumu zabývajícím se analýzou zkušenosti porodních asistentek s předčasným odtokem plodové vody, výzkumník pomocí axiálního kódování došel k takovýmto kategoriím: Fenomén je zkušenost porodních asistentek s předčasným odtokem plodové vody, kontext byl vnímán v kategorii míra zkušenosti, kauzální podmínky byly přiřazeny ke kategorii škola a práce, za intervenující podmínky byla vyhodnocena kategorie potřeby rodiček, za strategie jednání je považováno samotné plnění role porodní asistentkou a následky jsou pohled porodní asistentky.

8.3 Paradigmatický model

Cílem praktické části bakalářské práce byla analýza zkušenosti porodních asistentek s předčasným odtokem plodové vody. Výzkumník se pomocí rozhovoru snažil zjistit, jaká je opravdová zkušenost. Fenoménem a zároveň hlavní myšlenkou tohoto paradigmatického modelu je zkušenost porodních asistentek s PROM. Nachází se ve středisku celého modelu, spojuje zbývající kategorie a je v přímé souvislosti s kategorii akce, strategie jednání.

S problematikou předčasného odtoku plodové vody se porodní asistentky setkávají poprvé již během studia, které má významný vliv na jejich kvalitu naplňování profesní role. Porodní asistence jako taková je velice komplexní a neustále se vyvíjející obor, proto je podstatné rozšiřování vědomostí a schopností i po ukončení studia. Tyto skutečnosti byly výzkumníkem zařazeny do kategorie kauzální podmínky. Jakým způsobem a zda jsou porodní asistentky připravovány během a po ukončení studia, je stěžejní pro nalezení souvislostí mezi ostatními kategoriemi a je podstatné i pro samotný vznik fenoménu.

Způsob vzdělávání porodních asistentek je rovněž ve vztahu s intervenujícími podmínkami, jež je v tomto případě psychika rodiček. Výzkumník se v této kategorii zajímal o zkušenost porodních asistentek v prožívání žen s předčasným odtokem plodové vody, o možnosti psychické podpory a jakým způsobem se samy podílí na péči o psychické zdraví těchto žen. Taktéž byl výzkumník schopen, na základě této kategorie, zjistit efektivitu poskytovaných služeb.

Kontextem paradigmatického modelu je míra zkušenosti participujících porodních asistentek. Jak často se participantky setkávají s případy předčasného odtoku plodové vody,

jaká je průměrná délka hospitalizace a jakým způsobem nejčastěji dochází k ukončení těhotenství může výrazně ovlivnit míru zkušenosti a tím pádem schopnost porodních asistentek naplňovat jejich roli.

Plnění role porodní asistentky je cílený záměr, který souvisí s fenoménem a je zařazen do kategorie strategie jednání. Souvislost je v tomto případě vnímána v samotné zkušenosti porodních asistentek s předčasným odtokem plodové vody. Ve chvíli, kdy by nedocházelo k naplňování role porodní asistentky, mohlo by dojít k ohrožení kompletní péče poskytované celým ošetřovatelským týmem. Zjištění podstaty takové role tak, jak ji vnímají samotné participantky je stěžejním pro tuto kategorii. Rovněž péče o ženy s předčasným odtokem plodové vody nekončí porodem, proto se výzkumník zajímal o rozdíly, podstatu a možnosti i poporodní péče.

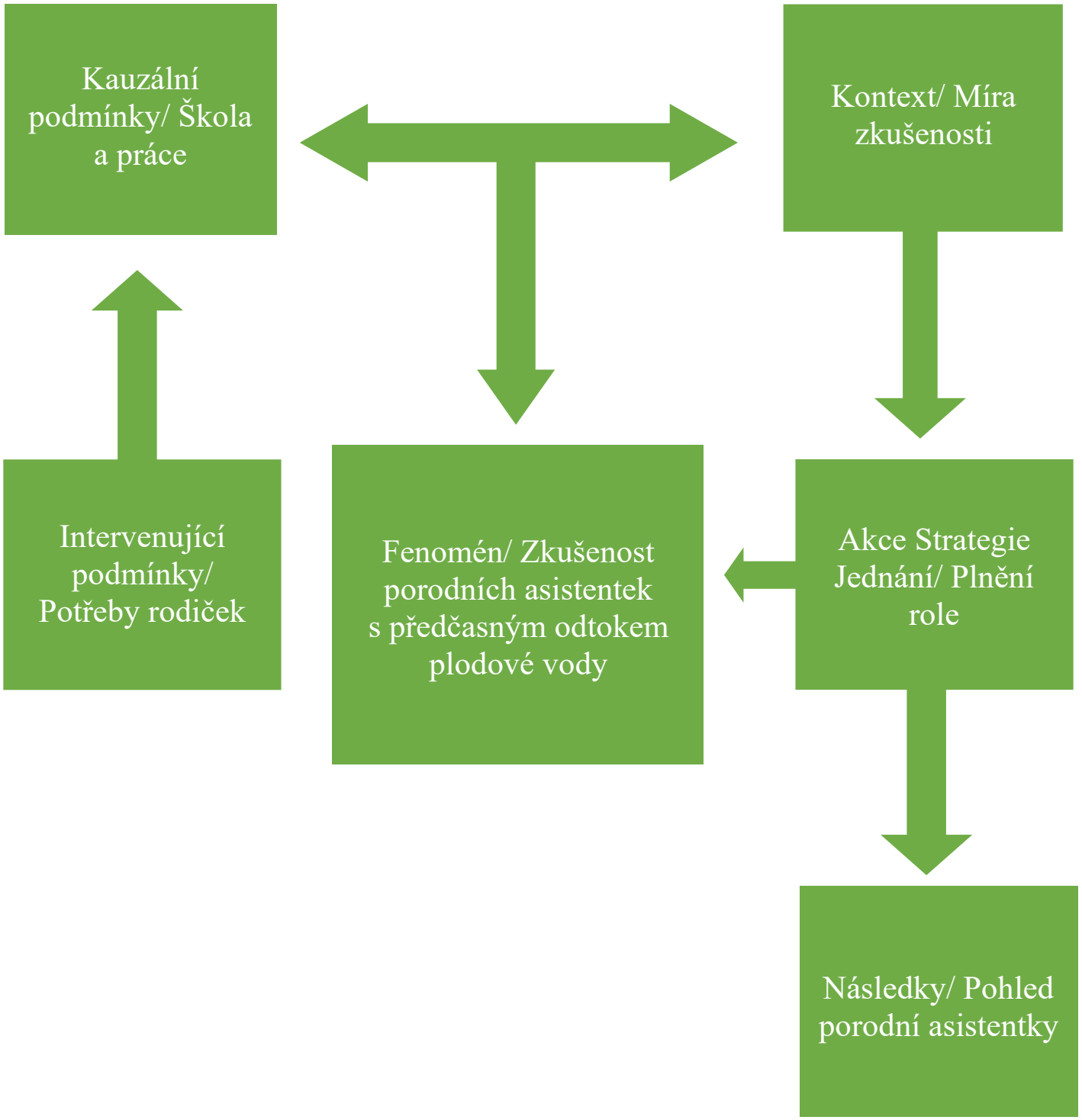
Poslední kategorií paradigmatického modelu je následek. Tato kategorie obsahuje pohled porodních asistentek na současné možnosti v ošetřovatelské péči o ženu s předčasným odtokem plodové vody. Osobní zkušenost participantek na dotazované oblasti byl do této kategorie taktéž zařazen. Pohled osob poskytující danou péči je v rámci praktické části bakalářské práce významný. Samotné zhodnocení péče a vnímané nedostatky může mít přímý dopad na kvalitu poskytované péče a tím pádem život hospitalizovaných pacientek, život jejich dítěte a rodin. Odpovědi participantek tak mohou napomoci ke zlepšení poskytované péče, služeb a možností nejen z hlediska profesního, ale i nepřímo z pohledu pacientek, což je zároveň výsledkem paradigmatického modelu.

Tabulka č. 7: Seznam pojmů použitých v paradigmatickém modelu (vlastní zpracování)

Prvek	Popis
Fenomén/ Zkušenost porodních asistentek s předčasným odtokem plodové vody	Hlavní výzkumné téma spojující všechny kategorie.
Kontext/ Míra zkušenosti	Podmínky, které mohou ovlivňovat strategii jednání.
Kauzální podmínky/ Škola a práce	Proměnné, které buďto ovlivňují nebo vyvolávají rozvoj fenoménu.
Intervenující podmínky/ Potřeby rodiček	Proměnné, které mají vliv na strategii jednání.
Akce Strategie Jednání/ Plnění role	Reagují na jev.
Následky/ Pohled porodní asistentky	Výsledek strategie jednání.

(Strauss a Corbinová, 1996)

Obrázek č. 2: Schéma Paradigmatického modelu (vlastní zpracování) (Dolejšová, 2021)



9 SHRNUTÍ VÝZKUMU

Hlavním výzkumným cílem bakalářské práce bylo analyzovat zkušenost porodních asistentek s předčasným odtokem plodové vody. Kvalitativní přístup byl v tomto případě zvolen jako šetření, pomocí metody polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumník následně kódoval otevřeným a axiálním kódováním s následným sestavením paradigmatického modelu.

Participantky výzkumu byly porodní asistentky, které pracují nebo pracovali na oddělení, kde se jsou ženy s předčasným odtokem plodové vody hospitalizovány. Na základě této skutečnosti byly aktérky výzkumu spojovány zkušeností, která je péče o ženy s PROM. Výsledky šetření odkryly odpovědi na čtyři dílčí výzkumné otázky, které byly sestaveny tak, aby byla objasněna hlavní výzkumná otázka.

Jak byste vyjádřila četnost a zkušenosti z vlastního setkání s rodičkami hospitalizovanými pro diagnózu PROM?

Předčasný odtok plodové vody v dnešní době komplikuje 5-15 % předčasných porodů a 2-4 % všech porodů. Tato skutečnost vede k neustále se zlepšujícím podmínkám a možnostem pro ženy, trpící touto diagnózou. Na základě získaných poznatků z výzkumu, i přes spousty proměnných, které tuto problematiku doprovází, není výskyt žen potýkajících se s PROM ojedinělá záležitost. Tato skutečnost, pozitivně ovlivňuje již zmíněný rozvoj podmínek dlouhodobé hospitalizace. Z výzkumu dále můžeme konstatovat fakt, že i ženy před dosažením gestačního týdne, kdy je dítě s dopomocí schopné extrauterinního života, mají možnost na některých specializovaných odděleních dlouhodobé hospitalizace.
K otázce průměrné délky hospitalizace, bylo výzkumem vyhodnoceno, že se jedná o individuální poznatek, nicméně délka udržení těhotenství může dosahovat i několika měsíců. Toto zjištění může pozitivně ovlivňovat psychické rozpoložení těhotných a přidává pocit smysluplnosti a integrity porodním asistentkám při péči o pacientku.
Z výsledku výzkumu lze jasně vidět, že dlouhodobá hospitalizace, poskytovaná ženám, má pozitivní vliv jak na samotnou ženu, tak intrauterinní i extrauterinní život samotného dítěte, proto by mohla být více rozšířena, jako prioritní přístup v léčbě PROM.

Jak byste zhodnotila svoje schopnosti a vědomosti v této problematice po dokončení studia v porovnání s požadavky v realitě pracovního procesu?

Vzdělávání porodních asistentek prošlo v průběhu historie řadou nástrah, neporozuměním a následných reforem. V současné době musí uchazečky o toto povolání, absolvovat tříleté studium zakončené státními závěrečnými zkouškami. Všechny aktérky výzkumu toto vzdělávání úspěšně dokončily a tím se kvalifikovaly i pro práci s ženami s PROM. Problematika předčasného odtoku plodové vody je poměrně novým tématem na poli porodnictví. Aktérky tak uvádí, že největší přínos v souvislosti s PROM pro ně měla praktická výuka, kde se mohly aktivně zapojovat do péče pod vedením zkušených porodních asistentek. Zde výzkum odkrývá nedostatek v teoretické výuce ve dvou bodech a to: současné možnosti péče a komunikace. Aktérky všechny uvádějí, že pro ně bylo nejvíce překvapující právě možná délka udržení těhotenství, které je jedním z hlavních cílů léčby PROM. Při nárustu předčasných porodů a s tím spojený předčasný odtok plodové vody, by měl být kladen větší důraz na výuku teorie tak, aby porodní asistentky byly schopné edukace samotných pacientek v případě potřeby. Stejně tak i na teoretickou a praktickou výuku psychologie osobnosti, a s tím spojené prožívání žen v psychicky vypjatých situacích, rozpoznávání patologických projevů a komunikační schopnosti porodních asistentek. Porodní asistence je oborem neustále se posouvajícím vpřed, proto se jedná o studium převážně celoživotní. Pouze jediná aktérka uvedla vzdělávací seminář na komunikaci v krizových situacích v rámci svého pracoviště. Tudíž lze předpokládat, že se nejedná o rozšířenou praktiku, všech pracovišť. Tříleté studium tohoto oboru není schopné pokrýt komplexnost do takové hloubky, jaké by bylo na jednotlivých pracovištích potřebné. Výzkumník proto vnímá možnost specializované edukace v rámci jednotlivých pracovišť jako podstatnou chybějící část.

Kterou roli v péči o ženu s PROM po porodu vnímáte jako nejdůležitější?

Porodem péče o ženu s předčasným odtokem plodové vody nekončí. Fyziologické šestinedělí je samo o sobě obdobím velmi náročným, ale i krásným. Žena prochází řadou hormonálních změn, učí se nové roli jakožto matky a často musí potřeby svého dítěte upřednostnit před vlastními. PROM je specifický svojí nestálou prognózou. Ženy se tak, kromě klasických změn doprovázející šestinedělí, potýkají s nelehkou situací, kdy neví, jestli budou z porodnice odcházet samy nebo společně se svým dítětem. Výzkumné šetření tak ukázalo, že nejdůležitější role porodní asistentky je jednoznačně podpora. Jak ta psychická, tak podpora kontaktu se samotným dítětem, které musí být mnohdy

hospitalizované na jiném oddělení. Rizika, která jsou spojena s ohrožením tvorby citové vazby mezi matkou a dítětem, jsou v současné době již známá. Možnosti podpory styku, a tím podpory tvorby citové vazby, autorka vyhodnotila na základě otevřeného kódování, jako dostatečné. V čem ovšem shledává nedostatek, je možnost společné hospitalizace dítěte a matky, o které se v současné době sice diskutuje, nicméně stále není uskutečněna.

Součástí této kategorie byl dotaz na míru kvality současné poskytované péče ženám hospitalizovaným pro PROM po porodu. Podle odpovědí aktérů výzkumu se ukazuje současná péče jako dostatečná. Některé odpovědi však odkrývají možnosti, které by míru kvality dané péče mohly posunout o další stupeň výš. Mezi to se řadí, již zmíněná společná hospitalizace dítěte a matky, poskytování dlouhodobé hospitalizace i ženám před dosažením extrauterinní životaschopnosti plodu nebo psychoedukaci pověřených osob.

Jakým způsobem diagnóza PROM ovlivňuje psychický stav hospitalizované ženy?

V konečné části se výzkum zaměřuje na potřeby hospitalizovaných žen, a to převážně ty psychické. Nepopíratelnou součástí těhotenství, porodu a šestinedělí je právě psychické zdraví žen, které hraje nemalou roli v průběhu všech období. Potřeby této specifické skupiny pacientek vyžadují péči nejen zdravotní, ale také určitý přístup ošetřujících osob, založený na vědomostech ohledně diagnostiky PROM a s tím spojené prožívání krizových situací. Skutečnost, že na problematiku psychického zdraví jednotlivá zařízení berou ohled, je víc než pozitivní zjištění. Z výzkumu jasně vyplývá, že je pomoc a odborná podpora poskytovaná hospitalizovaným ženám v současné době již nezbytná. Toto vedlo výzkumníka k otázce efektivity nabízených služeb a k otázce schopností samotných ošetřujících osob – porodních asistentek. Ne vždy pacientky zvolí možnost využití služeb klinického psychologa, a tak musí náročnou roli psychické podpory nahradit právě porodní asistentka. Ta, díky svojí komplexní práci, mnohdy slouží jako spojovací most mezi pacientkou a ostatními články ošetřovatelského týmu. Je mezi prvními, koho žena vyhledává v případě potřeby anebo nouze. Hlavním rysem porodní asistentky by tedy měla být na základě výzkumu jednoznačně empatie. Nicméně ne vždy je dostačující. Výzkumník v této kategorii vnímá velký nedostatek v edukaci porodních asistentek v oblasti psychické péče. Jsou často odkázány na vlastní intuici a předešlé zkušenosti, což profesně mladším porodním asistentkám může, ihned v počátku, působit problémy. Proto vnímá psychoedukaci pověřených ošetřujících osob jako klíčové pro uspokojování potřeb, zmírnění dopadu traumatu z krizové situace a včasné rozpoznání patologických projevů rodiček.

10 DISKUZE

Bakalářská práce přináší výsledky výzkumného šetření, zaměřující se na problematiku předčasného odtoku plodové vody. Autorka práce vnímá hlavní užitek v úsilí nastínit problematiku PROM pohledem ošetřujících osob, v tomto případě porodních asistentek. Porodní asistentky jsou nepostradatelným členem ošetřovatelského týmu a hlavním činitelem v péči o ženu s PROM. Proto autorka práce shledala jejich působení v empirickém výzkumu za podstatné. Zkušenost a pohled participantek výzkumu na péči o hospitalizované rodičky, jsou nejlepší možnou zpětnou vazbou pro všechna zařízení poskytující danou péči. Výsledky výzkumu mohou sloužit jako

Hlavní přínosem výsledku výzkumu autorka shledává v odkrytí nedostatku ve vzdělávání porodních asistentek v oblasti komunikace. Byť téma předčasného odtoku plodové vody z pohledu porodní asistentky je ojedinělou prací, autorka na základě aspektů jednotlivých kategorii vybrala diplomovou práci od Lukšíkové (2023). Ta prezentuje výzkum zaměřený na vzdělávání a adaptační proces porodních asistentek. Podle výpovědí participantek uvádí, že sice teoretická část výuky je zdánlivě dostatečná, nicméně několik participantek vzneslo námitku na předměty nesouvisející s odborností profese a ocenily by rozšíření odborných předmětů, jako je Gynekologie či Porodnictví. To jsou zároveň předměty zahrnující i problematiku předčasného odtoku plodové vody. V tomto případě musí autorka uvést odkaz na Kvalifikační standard. Ten uvádí rozsah a přesně definuje obsah teoretické výuky, kdy univerzity mají povinnost tyto osnovy naplňovat a řídit se jimi (MZČR, 2018). Autorka této bakalářské práce vidí velký potenciál v zařazení výuky komunikace v komplexní formě – jak teoreticky, tak praktickým nácvikem v simulovaných podmínkách pod vedením odborného lektora s praxí zaměřenou na těhotné ženy. Tato cílená edukace by usnadnila adaptační proces porodním asistentkám při nástupu do práce. Zároveň by došlo k minimalizaci obtíží rodiček způsobených nevhodnou volbou komunikace či její absencí.

Dalším velkým otazníkem je problematika celoživotního vzdělávání. Participantky jako hlavní zdroj informací uvedly samostudium. Vzdělávání v oblastech souvisejících s předčasným odtokem plodové vody výzkum prokázal, že participantky čerpají převážně z odborných zdrojů, jako je literatura či diskuze s profesně staršími spolupracovníky. Jediná participantka uvedla seminář zaměřený na komunikaci v rizikových situacích v rámci svého pracoviště. Zde autorka vnímá prostor pro možnost stanovení standartu, zaštítěného daným pracovištěm, kterého by nově příchozí porodní asistentky musely dosáhnout v období svého adaptačního procesu. Stebelová (2019) se ve své diplomové práci zabývá možností

profesního vzdělávání z pohledu porodní asistentky. Udává, že dotazované participantky by v největší míře ocenily větší podporu svého pracoviště v oblasti studijního volna a finanční podpory. Tato skutečnost zároveň může sloužit jako motivační prostředek zaměstnavatelům v dalším vzdělávání jejich zaměstnanců.

Další kategorií výzkumu bakalářské práce byla poporodní péče o ženu po předčasném odtoku plodové vody. Tato problematika je neopominutelně propojená s možnou a často nevyhnutelnou separací dítěte od matky z důvodu nestabilního stavu novorozence po porodu. V současné době většina zařízení poskytuje ženám, popřípadě jiným příslušným členům rodiny, službu hospitalizace formou zdravého doprovodu dítěte. Na základě výzkumu byla autorem zpozorována myšlenka společné hospitalizace, při které by novorozenec i matka byly umístěni ve stejném pokoji. Nejdrová (2022) se ve své bakalářské práci zaměřuje vliv metody „kůže na kůži“ u extrémně nezralých novorozenců. Uvádí, že mezi jasně vyplývající benefity patří lepší termoregulace, pozitivně ovlivňuje kognitivní a motorický vývoj, výživu novorozence a také snižuje riziko infekce. Z matčiny strany pak rozvoj laktace a kojení, příznivý vliv na její psychiku a celkový pocit mateřství. Společná hospitalizace by tak mohla pozitivně ovlivnit kvalitu života dítěte i matky. Kromě jiného by se tím snížilo psychické napětí matky, která si takové trauma v podobě strachu a úzkosti mnohdy přenáší i do následujících těhotenství. Doktor František Koukolík ve své knize „Mozek a jeho duše“ hovoří o působení prenatálního stresu na plod a uvádí jej do vztahu s autismem, poruchami pozornosti a hyperaktivity, schizofrenii, depresi a jinými vývojovými poruchami (Koukolík, 2014).

Autorka bakalářské práce zvolila kvalitativní výzkum metodou polostrukturovaného rozhovoru. V případě, že by autorka práce měla vést stejný výzkum, přidala by náhled na problematiku z pozice hospitalizované ženy, který by výzkum obohatil a rozšířil o další možné aspekty. Práce by tak mohla popisovat témata týkající jak samotné rodičky, tak jejího nejbližšího okruhu rodiny a přátel.

ZÁVĚR

Hlavní myšlenkou pro vznik práce bylo seznámit a edukovat porodní asistentky a studentky oboru porodní asistence s touto problematikou. Práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. Teoretická část je dělena do šesti kapitol, které popisují v nezbytnou anatomii související s hlavním tématem práce, definici PROM, rizikové faktory, diagnostické metody, léčbu a management PROM a výčet nejdůležitějších potřeb hospitalizovaných žen. Cílem teoretické části bakalářské práce, bylo přiblížit čtenáři problematiku předčasného odtoku plodové vody.

Náplň práce porodních asistentek se skládá jak z odborné ošetřovatelské péče, tak z naplňování potřeb jejich klientek. V nejistých případech, kterým PROM je, kdy jsou možnosti léčby značně omezené, a často časově velmi náročné pro samotnou rodičku, je proto tato stránka péče nezanedbatelná. Praktická část se zaměřuje na zkušenost porodních asistentek s péči o ženy s předčasným odtokem plodové vody. Hlavním cílem empirického výzkumu práce bylo analyzovat takovou zkušenost. Data získaná během šetření byla následně rozřazena do čtyř základních kategorií, které jsou představiteli zásadních témat: potřeby rodiček hospitalizovaných pro PROM, péče o ženy s PROM v období šestinedělí, míra celkové zkušenosti participantek s PROM a problematika vzdělávání porodních asistentek v souvislosti s PROM. Každá z kategorií odkryla odpovědi na všechny výzkumné otázky, jež byly tvořeny na podkladě hlavního tématu bakalářské práce. Cíle práce bylo dosaženo představením výsledků výzkumu. Z těch vyplývá, že porodní asistentka, jakožto ošetřující osoba, má velký význam v mnoha oblastech péče o ženy s předčasným odtokem plodové vody.

Autorka je přesvědčena, že empirická část práce může sloužit jako podnět pro další zkoumání problematiky předčasného odtoku plodové vody. Vidí velký potenciál v komparativním výzkumu z pohledu hospitalizovaných žen, který by mohl sloužit jako zpětná vazba jak pro samotné zaměstnance, tak zařízení poskytující danou péči.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. LIU, B., G. XU, Y. SUN, K. K. RYCKMAN, Y. YU, L. G. SNETSELAAR a W. BAO. *Maternal cigarette smoking before and during pregnancy and the risk of preterm birth: A dose-response analysis of 25 million mother-infant pairs.* PLoS Med, 2020 [online]. Vol. 17, no. 8 [cit. 2023-05-08]. Dostupné z: doi:10.1371/journal.pmed.1003158.
2. MROSKOVÁ, S., A. SCHLOSSEROVÁ a S. ŽULTÁKOVÁ. *Úzkosť tehotných žien – význam, rizikové faktory, dôsledky.* Praktický lékař, 2020 [online]. Roč. 100, č. 2, s. 55-58 [cit. 2023-04-02]. ISSN 1805-4544. Dostupné z: https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2020-2-9/uzkost-tehotnych-zien-vyznam-rizikove-faktory-dosledky-122387.
3. ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. 2. vyd. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-247-5753-7.
4. KOUCKÝ, M. a J. SMÍŠEK. *Spontánní předčasný porod*. 1. vyd., Praha: Maxdorf, 2014. ISBN 978-80-7345-416-6.
5. HÁJEK, Z. a kol. *Rizikové a patologické těhotenství*. 1. vyd., Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0418-8.
6. BINDER, T. *Porodnictví*. 1. vyd., Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1907-1.
7. HÁJEK, Z., E. ČECH, K. MARŠÁL a kol. *Porodnictví*. 3. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.
8. MELLER, C., M. CARDUCCI a L. OTAÑO. *Preterm premature rupture of membranes.* Arch Agent Pediatr, 2018 [online]. pp. 1-5. [cit. 2022-10-30]. Dostupné z: doi:10.5546/aap.2018.eng.e575.
9. TCHIRIKOV, M. a et al. *Mid-trimester preterm premature rupture of membranes (PPROM): etiology, diagnosis, classification, international recommendations of treatment options and outcome*. Journal of Perinatal Medicine, 2017 [online]. Vol. 46, pp. 465–488. Dostupné z: doi:10.1515/jpm-2017-0027.
10. SKUTILOVÁ, Vladana. *Jak na strach a úzkost v těhotenství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5469-7.

11. ABDELAZIM, Ibrahim. *Insulin-like growth factor binding protein-1 (Actim PROM test®) for detection of premature rupture of fetal membranes.* Asian Pacific Journal of Reproduction, 2013 [online]. Vol. 1, no. 2, pp. 25-29 [cit. 2023-04-02]. ISSN 2305-0500. Dostupné z: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2305050013601104.

12. SLEZÁKOVÁ, L., M. ANDRÉSOVÁ, M. ROUČOVÁ a B. FOUKALOVÁ. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3373-9.

13. AY, Cay. *Amniocentesis.* In: Healthline*,* 2020 [online]. [cit. 2023-04-05]. Dostupné z: https://www.healthline.com/health/amniocentesis.

14. KACEROVSKÝ, M., P. KOUCKÝ, M. KŘEPELKA, P. LAMBERSKÁ, T. MAŠATA, J. KOKRDOVÁ a A. MĚCHUROVÁ. *Spontánní předčasný porod: Doporučený postup.* Česká gynekologie, 2017 [online]. Roč. 82, č. 2, s. 160-165 [cit. 2023-04-28]. ISSN 1805-4455. Dostupné z: https://www.cs-gynekologie.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2017-2-13/spontanni-predcasny-porod-doporuceny-postup-61068.

15. GÖTHOVÁ, M. *Postup u předčasného porodu s plodem na hranici viability (22.-25. týden) těhotenství.* Česká gynekologie*,* 2013 [online]. Roč. 78, č. 6, s.573-583 [cit. 2023-04-28]. ISSN 1805-4455. Dostupné z: https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2013-6/postup-u-predcasneho-porodu-s-plodem-na-hranici-viability-22-25-tyden-tehotenstvi-47003.

16. MĚCHUROVÁ, A., J. MELICHAR, Z. STRAŇÁK, P. ŠVIHOVEC a J. MAŠATA. *Perinatální infekce a podávání antibiotik podle nových poznatků – doporučený postup.* Česká gynekologie, 2013 [online]. Roč. 78, č. Supplementum, s. 32-34 [cit. 2023-03-20]. ISSN 1805-4455. Dostupné z: https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2013-supplementum/14-perinatalni-infekce-a-podavani-antibiotik-podle-novych-poznatku-doporuceny-postup-40385.

17. FULOVÁ, V. a R. PILKA. *Předčasný odtok plodové vody před termínem porodu.* Česká gynekologie, 2023 [online]. Praha, Roč. 88, č. 1, s. 27-32 [cit. 2023-04-26]. ISSN 1805-4455. Dostupné z: doi:10.48095/cccg202327.

18. DUDÁŠOVÁ, J., P. ŠIMJÁK, M. KOUCKÝ a A. PAŘÍZEK. *Současné možnosti predikce předčasného porodu: Současné možnosti predikce předčasného porodu.* Česká gynekologie, 2019 [online]. Roč. 84, č. 5, s. 355-360 [cit. 2023-04-06]. ISSN 1805-4455.

Dostupné z: https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2019-5-8/soucasne-moznosti-predikce-predcasneho-porodu-118522.

19. VLK, R. a V. DROCHÝTEK. *Indukce porodu: Induction of labor.* Česká gynekologie. 2016 [online]. Roč. 81, č. 2, s. 104-111 [cit. 2023-04-08]. ISSN 1805-4455. Dostupné z: https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2016-2/indukce-porodu-58684.
20. HOSTINSKÁ, E., M. LUBUŠKÝ, K. HUML a R. PILKA. *Cervix skóre dle Bishopa a jeho modifikace: Original Bishop score with modifications.* Česká gynekologie. 2016 [online]. Praha, Roč. 81, č. 6, s. 426-430 [cit. 2023-04-10]. ISSN 1805-4455. Dostupné z: https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie.
21. MĚCHUROVÁ, A. *Současné názory na management odtoku plodové vody.* Česká gynekologie, 2013 [online]. Roč. 78, č. Supplementum, s. 15-18 [cit. 2023-04-05]. ISSN 1805-4455. Dostupné z: https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie.
22. DUŠOVÁ, Bohdana a Jana MAREČKOVÁ. *Úvod k péči porodní asistentky o ženu s patologickým a rizikovým těhotenstvím*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2009. ISBN 9788073686116.
23. HEŘMAN, Hynek. *Tokolýza a využití preparátů s magneziem v ÚPMD.* Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně, 2014. [cit. 2017-03-12]. ISSN 18036597. Dostupné z: http://www.prolekare.cz/metabolismus-novinky/tokolyza-a-vyuziti-preparatu-s-magneziem-v-upmd-3936.
24. ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci.* Praha: Grada, 2011. ISBN 978- 80-247-3223-7.
25. TRACHTOVÁ, E., TREJTNAROVÁ, G. a D. MASTILIAKOVÁ. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu.* Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. ISBN 978-80-7013-553-2.
26. DORT, J., E. DORTOVÁ a P. JEHLIČKA. *Neonatologie*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2018. ISBN 978-80-246-3936-9.
27. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace.* Praha: Portál, 2005. ISBN 978-80-7367-485-4.
28. ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

29. REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2009. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3006-6.

30. KOUKOLÍK, F. *Mozek a jeho duše*. Praha: Galén, 2014. ISBN 978-80-7492-069-1.

31. LUKŠÍKOVÁ, Denisa. *Vzdělávání a adaptační proces porodních asistentek*. Pardubice, 2023 [cit. 2023-08-12]. Dostupné z: https://theses.cz/id/3d2r1b/. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií.

32. STEBELOVÁ, Petra. *Možnosti profesního vzdělávání z pohledu porodních asistentek.* Pardubice, 2019 [cit. 2023-08-12]. Dostupné z: https://theses.cz/id/ivpd4r/. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

CRP	C-reaktivní protein
SIRS	systemic inflammatory response syndrome, generalizovaná akutní zánětová reakce
Vag.	vaginálně
BMI	body mass index, index tělesné hmotnosti
UPT	umělé přerušení těhotenství
RCUI	revisio cavi uteri instrumentalis
Misssed ab.	missed abort, zamlklý potrat
IVF	in vitro fertilizace
in spec.	v zrcadlech
MgSO4	magnézium sulfát
pPROM	preterm premature rupture of membranes, předtermínový předčasný odtok plodové vody
PROM	premature rupture of membranes, předčasný odtok plodové vody
HbsAg	hepatitis B surface antigen, povrchový antigen hepatitidy typu B
SC	Sectio caesarea, císařský řez
FLOW	ultrazvuková flowmetrie
p. o.	per os
i. v.	intravenózně
i. m.	intra muskulárně
FECHO	fetální echokardiografie
EKG	elektrokardiogram
ECHO	echokardiografie
CS	cervix scóre
GBS	group B streptococcus, streptokok skupiny B

ATB	antibiotika
IGFBP – 1	Insulin-like growth factor-binding protein, Inzulinu podobný protein vázající růstový faktor
PA	porodní asistentka
KO	krevní obraz
KTG	kardiotokografie
KS	Krevní skupina
BCH	biochemie
ESBL	Escherichia coli produkující betalactamasu
Spont.	spontánní

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Fyziologické množství plodové vody 14
Tabulka č. 2: Příčiny předčasného porodu 16
Tabulka č. 3: Postup pří PROM 23
Tabulka č. 4: Účinné dávky nejčastěji používaných beta-sympatomimetik 25
Tabulka č. 5: Cervix skóre dle Bishopa 26
Tabulka č. 6: Aktéři výzkumu 35
Tabulka č. 7: Seznam pojmů použitých v paradigmatickém modelu 51

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1: Schéma kategorií a podkategorií 37
Obrázek č. 2: Schéma Paradigmatického modelu 5