



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

# Prožívání rizikového těhotenství z pohledu ženy

Vypracovala: Klára Třebínová

Vedoucí práce: Mgr. Romana Belešová

České Budějovice 2015

## Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá prožíváním rizikového těhotenství z pohledu ženy. Práce je rozdělena na část teoretickou a výzkumnou. Teoretická část bakalářské práce byla vypracována na podkladě odborné literatury. V teoretické části je nejprve shrnut současný stav dané problematiky a poté byl definován pojem těhotenství. Následně jsou popisovány kapitoly oplození, implantace, nidace plodu, vývoj plodu, diagnostika těhotenství, těhotenské změny a úloha porodní asistentky v prenatalní poradně v I., II. a III. trimestru těhotenství. Dále se práce zaměřovala na rizikové těhotenství a to především na rizikové faktory. Poté je popisována kapitola hospitalizace ženy na oddělení rizikového těhotenství, kde jsou popisovány podkapitoly hrozící předčasný porod, vícečetné těhotenství, krvácení v těhotenství, nepravidelné polohy plodu, choroby ženy ovlivňující těhotenství a péče porodní asistentky o ženu s rizikovým těhotenstvím. Teoretická část je uzavřena popisem potřeb žen při hospitalizaci na oddělení rizikového těhotenství.

Cílem práce bylo zjistit, zda těhotenství ovlivňuje ženy během hospitalizace na oddělení rizikového těhotenství. Byla položena jedna výzkumná otázka: Jakým způsobem ovlivňují riziková těhotenství potřeby žen během hospitalizace?

K výzkumu bylo použito kvalitativní výzkumné šetření a sběr dat probíhal pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovor byl rozčleněn do předem připravených okruhů otázek. Rozhovory byly vedeny na oddělení rizikového těhotenství v období března a dubna roku 2015. Výzkumný soubor byl tvořen deseti ženami, které byly hospitalizované na oddělení rizikového těhotenství v Nemocnici České Budějovice. Rozhovory s ženami probíhaly v klidných a předem určených místech. Ženy předem písemně souhlasily s poskytnutím rozhovorů a s jejich následným použitím pro praktickou část bakalářské práce. Získaná data byla analyzována metodou barvení textu a následně byly vytvořené hlavní významné kategorie a jejich podkategorie. K interpretaci výsledků byly použity přímé řeči žen, které jsou v textu označeny kurzivou.

Byly stanoveny dvě kategorie a jejich podkategorie. První kategorie se jmenuje Informace a zahrnuje tyto podkategorie: Zdroj podaných informací a Spokojenost

s informacemi. Druhá kategorie nazvaná Potřeby obsahuje tři podkategorie: Fyziologické potřeby, Sociální a Psychické potřeby.

První kategorie zjišťovala informace, které jsou podávány ženám na oddělení rizikového těhotenství. Tato kategorie obsahuje dvě podkategorie a zabývala se spokojeností s podávanými informacemi a zdrojem podaných informací. Druhá kategorie se zabírala potřebami žen a její podkategorie se zaměřila na fyziologické, sociální a psychické potřeby.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že hospitalizace žen na oddělení rizikového těhotenství ovlivnilo především jejich vyprazdňování stolice, spánek, odpočinek, aktivitu a výživu. Některé respondenty uváděly nespokojenost s podanými informacemi ohledně jejich zdravotního stavu a výsledků vyšetření od lékařů. Naopak většina žen uváděla spokojenost s podáváním informací od porodních asistentek. S podáváním informací byla většina žen celkem spokojena. V podkategorii sociální potřeby uváděly všechny respondenty, že mají omezený kontakt s rodinou a přáteli, ale snažily se spolu komunikovat přes telefon a počítač. Hospitalizace také ovlivnila jejich rodinný život, který se týkal péče o starší děti a o domácnost. V oblasti psychiky hrála hospitalizace v nemocnici velkou roli. Ženy díky hospitalizaci pociťovaly velkou obavu o zdravotní stav svůj a svého nenarozeného dítěte. Respondenty uvedly, že největší psychickou podporu v průběhu hospitalizace jim poskytoval manžel / partner, rodina, přátelé, ale také porodní asistentky, které pracují na oddělení rizikového těhotenství.

Tato bakalářská práce může sloužit jako informační materiál pro porodní asistentky, které pracují na oddělení rizikového těhotenství nebo jako vzdělávací materiál pro širokou veřejnost.

**Klíčová slova:** porodní asistentka, těhotná žena, rizikové těhotenství, hospitalizace, potřeba.

## **Abstract**

This bachelor thesis deals with a high risk pregnancy and considers the woman's point of view. The work is divided into two main parts – theoretical and practical.

The theoretical part was realized on the basis of literature. At the beginning of the theoretical part, the attention is paid to current situation and definition of pregnancy. This part also defines fertilization, implantation, implantation of the fetus, fetal development, pregnancy diagnosis, pregnancy changes and the role of midwives in prenatal counseling in 1st, 2nd and 3rd trimester of pregnancy. Furthermore, the theoretical part focuses on the high risk pregnancy and its risk factors. One particular chapter describes hospitalization of woman in the department for high risk pregnancy that deals with pre-term birth, multiple pregnancies, bleeding during pregnancy, irregular positions of the fetus, disease affecting pregnant woman and midwifery care for women with high risk pregnancy. The theoretical part is concluded by the description of woman's needs during hospitalization in the department for high risk pregnancy.

The goal of this bachelor thesis is to find out if high risk pregnancy affect the needs of women during hospitalization. The research question was: How do high risk pregnancies affect the needs of women during hospitalization?

It was used qualitative research and semi-structured interview for the research. The interview served for data collection and contained pre-prepared sets of questions. Interviews took place in the department for high risk pregnancy during the period of March and April 2015. The respondents were a total of ten women hospitalized in the department for high risk pregnancy in the hospital in České Budějovice. Interviews with respondents were held in calm predetermined locations. All respondents agreed to participate in the research, the agreement was carried out in writing, and were familiarized with the fact that all the information is collected for this bachelor thesis. The data was analyzed by coloring the text and creating its categories and subcategories. Direct speech is used to present the results of the interviews that are marked in italics in text.

Two categories and subcategories were set. First category is called Information and its aim was to collect information given by women in the department for high risk pregnancy. This category includes the following subcategories: Source of information and Satisfaction of information. These subcategories inform us about sources and satisfaction with the information.

Second category is called Needs and is preoccupied with the needs of women. This category includes three subcategories: Physiological Needs, Social Needs and “Psychological Needs” that deal with physiological, social and psychological needs.

The research showed that hospitalization of women in the department for high risk pregnancy influenced especially bowel movement, sleep, rest, activity and nutrition. Some respondents were not satisfied with their state of health and with results of examination realized by doctors. On the other hand, the majority of respondents were satisfied with the information provided by midwives. Concerning another subcategory dealing with needs, all respondents said that their contact with friends and family was limited. For this reason, they tried to communicate with mobile phones and computers. In addition, hospitalization also affected their family life as they could not take care of older children and look after the household. Psychological condition was very important during hospitalization. Women felt worried about their state of health and the health of their unborn child. Respondents stated that their biggest psychological support was provided by their partner, husband, family, friends, and also midwives.

This bachelor thesis can serve as informational source for midwives who work in the department for high risk pregnancy or as educational text for the public.

**Key words:** midwife, pregnant woman, high risk pregnancy, hospitalization, need.

## **Prohlášení**

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

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

V Českých Budějovicích dne 6. 5. 2015

.....

Klára Třebínová

## **Poděkování**

Tímto bych chtěla poděkovat mé vedoucí bakalářské práce, paní Mgr. Romaně Belešové za její odborné vedení, ochotu a trpělivost, kterou mi v průběhu psaní bakalářské práce věnovala.

## Obsah

Úvod.....	9
1 Současný stav .....	10
1.1 Těhotenství.....	10
1.1.1 Oplození.....	11
1.1.2 Implantace a nidace vajíčka.....	12
1.1.3 Vývoj plodu .....	12
1.1.4 Diagnóza těhotenství.....	15
1.1.5 Těhotenské změny v organismu ženy.....	16
1.1.6 Úloha porodní asistentky v prenatalní poradně v I., II. a III. trimestru těhotenství.....	17
1.2 Rizikové těhotenství.....	19
1.2.1 Rizikové faktory .....	20
1.3 Hospitalizace ženy na rizikovém oddělení.....	22
1.3.1 Hrozící předčasný porod.....	23
1.3.2 Vícečetné těhotenství.....	24
1.3.3 Krvácení v těhotenství .....	25
1.3.4 Nepravidelné polohy plodu.....	26
1.3.5 Choroby ženy ovlivněné těhotenstvím .....	27
1.3.6 Péče porodní asistentky o ženy s rizikovým těhotenstvím. ....	30
1.4 Potřeby žen při hospitalizaci na oddělení rizikového těhotenství.....	32
2 Cíle práce a výzkumné otázky.....	36
2.1 Cíl práce .....	36
2.2 Výzkumné otázky.....	36
3 Metodika.....	37
3.1 Metodika výzkumu.....	37



3.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	38
4	Výsledky výzkumu.....	39
5	Diskuze.....	59
6	Závěr.....	64
7	Seznam použitých zdrojů .....	65
8	Seznam příloh.....	71

## Úvod

Těhotenství je krásné období nejen pro těhotnou ženu, ale i pro celou její rodinu. V některých případech se ale dosud normálně probíhající těhotenství může zkomplikovat. Některé těhotné ženy jsou zatíženy rizikovými faktory, které mají nepříznivý vliv na jejich těhotenství. U těchto žen mohou nastat komplikace, které nelze řešit mimo nemocniční zařízení a musí se přistoupit k hospitalizaci ženy na oddělení rizikového těhotenství. Každá žena je individuální bytost, ale všechny hospitalizované ženy pocítují strach a úzkost z neznámého prostředí. Hospitalizace ovlivňuje také svým způsobem jejich fyziologické, psychické a sociální potřeby.

Velice důležité je při hospitalizaci pro ženu podpora rodiny, ale také podpora od porodních asistentek. Porodní asistentky by měly být empatické a komunikativní, aby se jim ženy svěřovaly se svými problémy a porodní asistentky je mohly následně řešit. Nezbytnou součástí také je, aby lékaři a porodní asistentky na oddělení rizikového těhotenství poskytovaly ženám dostatek informací, a tím jim dodávaly i pocit jistoty.

Téma „Prožívání rizikového těhotenství z pohledu ženy“ jsem si vybrala, protože je pro mne důležité vědět, jak ženy vnímají a prožívají rizikové těhotenství a hospitalizaci na oddělení rizikového těhotenství. Domnívám se, že i porodní asistentka může ženě během hospitalizace být oporou a pomáhat jí jak po zdravotní stránce, tak po stráncepsychické.

# 1 Současný stav

Těhotenství a porod řadíme mezi fyziologické procesy. V některých případech mohou ale nastat komplikace, které ohrožují zdraví těhotné ženy, vývoj plodu a narození zdravého dítěte. K hlavním poznatkům moderního porodnictví patří zjištění, že velká většina patologických těhotenství vzniká u rizikové skupiny žen, které vstupují do těhotenství bez zjevných chorobných příznaků, ale jsou zatížené v populaci žen méně častými a na průběh těhotenství nepříznivě působícími rizikovými faktory. Těhotné ženy s rizikovými faktory řadíme mezi těhotné s rizikovým těhotenstvím. Rizikové faktory se vyskytují u třetiny všech těhotných žen. U 20-30 % žen s rizikovým těhotenstvím dochází ke vzniku patologického těhotenství či porodu (Čech, 2006).

V některých případech mohou nastat komplikace u těhotné ženy, které jsou indikovány k její hospitalizaci na oddělení rizikového těhotenství. Hospitalizace na oddělení rizikového těhotenství s sebou nese různá úskalí, která se týkají prostředí, individuality žen, přizpůsobení se novému prostředí, ostatním ženám, provozu na daném oddělení, ale také zdravotnickému personálu (Koudelková, 2007).

## 1.1 Těhotenství

Těhotenství je období, během něhož dochází v organismu ženy k vývoji plodu. Toto období začíná splynutím ženské a mužské pohlavní buňky a končí porodem plodu. Těhotenství se počítá od prvního dne poslední menstruace ženy a u většiny těhotných žen je menstruace posledním spolehlivým údajem, ze kterého výpočet délky těhotenství vychází. Mezi nejspolehlivější metody, které stanoví počátek těhotenství a přesné stáří zárodku, patří ultrazvukové vyšetření. Těhotenství trvá 280 dní, což znamená v průměru 10 lunárních měsíců po 28 dnech. Celé těhotenství se dělí do tří období na tzv. trimestry. První trimestr začíná oplozením a končí ve 12. týdnu gravidity, druhý trimestr

je od počátku 12. týdne do konce 27. týdne gravidity a třetí trimestrod 28. týdne až do termínu porodu (Roztočil, 2008, Pařízek, 2006).

### **1.1.1 Oplození**

Oplození nastává splynutím ženské pohlavní buňky oocyty (vajíčka) a mužské pohlavní buňky (spermie). Vajíčko, které opustí vaječník, je schopné po dobu 12 hodin oplodnění a po uplynutí 24 hodin zaniká. Přes zónu coronata a zónu pellucida proniká k vajíčku několik spermií, ale jen jedna vajíčko oplodní. Tato spermie proniká přes obalovou a buněčnou vrstvu k vajíčku a během tohoto děje dochází ke ztrátě jejího bičíku. Zbytek spermií se podílí na akrozomální reakci (Kobilková, 2005, Pařízek, 2009).

Po splynutí chromozomů rodičů vzniká oplozené vajíčko zvaná zygota. Nastává mitotické dělení zygoty, které je označováno jako rýhování. Rýhování trvá přibližně 30 hodin a během této doby dochází k dělení zygoty na blastomery, které putují do dutiny děložní. Při dalším dělení se vytvoří kulovitý útvar, který obsahuje 8-12 blastomer a nazývá se morula. V tomto období vstupuje zygota do dutiny děložní. Embryo zůstává 2-3 dny volně uložené v děloze, během této doby je vyživováno hlenem na děložní sliznici. Dochází k rozpuštění zóny pellucidy a tekutina se dostává mezi buňky moruly. Morula se přemění na dutý útvar (blastocystu). V blastocystě se vytváří dvě odlišné vrstvy. Z vnitřní vrstvy embryoblastu vzniká embryo, žlutkový váček a amnion. Plodová část placenty se pak vyvíjí ze zevní vrstvy zvané trofoblast. Díky ztrátě zóny pellucidy je umožněna implantace blastocysty ve sliznici dutiny děložní (Roztočil, 2008).

### **1.1.2 Implantace a nidace vajíčka**

Po odpadnutí zóny pellucidy, která se nachází na povrchu blastocysty, se buňky trofoblastu dostávají do kontaktu s epitelem sliznice děložní. Šestý den po fertilizaci se blastocysta přikládá k epitelu děložní sliznice pólem, kde se nachází embryoblast, a to k zadní nebo k přední stěně horní části děložního těla v horním segmentu corpus uteri. Podmínkou pro implantaci blastocysty je dostatečná decidualizace sliznice děložní a dosažený stupeň zralosti. Pokud nedojde ke splnění těchto podmínek, může blastocysta implantovat a nidovat na netypická místa. Jestliže nedojde k nidaci v dolním děložním segmentu v různé vzdálenosti od děložní branky, dochází k vývinu vcestného lůžka. Abnormální je implantace, která proběhne mimo děložní dutinu, jejíž nejčastější formou je tubární gravidita, kdy blastocysta implantuje ve vejcovodu. Vlivem dalšího vývoje trofoblastu rozrušuje stěnu vejcovodu a obvykle dojde ke krvácení a k zániku zárodku. Ve velice vzácných případech se může blastocysta implantovat v peritoneu nebo v ovariu. V příznivých oblastech, kde je blastocysta přiložena k výstelce dělohy, začínají buňky trofoblastu rozkládat buňky sliznice děložní a pronikají do hlubších vrstev slizničního vaziva. Sliznice dělohy napomáhá činnosti trofoblastu v překonání slizniční bariéry. Během implantace dochází ke změně zevní vrstvy trofoblastu na syncytiotrofoblast, který proniká výběžky do děložní sliznice. Vnitřní vrstva trofoblastu vytvoří cytotrofoblast, který vyvine jednobuněčnou vrstvu kulatých buněk. Implantace je dokončena za 10 dní. Blastocysta se niduje v decidue a tento proces je ukončen 11. den po oplození (Roztočil 2008, Vacek, 2006).

### **1.1.3 Vývoj plodu**

Vývoj plodu probíhá plynule, takže rozdělení na etapy je nutné považovat za didaktické. Následně po fázi implantační a nidační jak je uvedeno v předchozí kapitole nastupují dvě vývojové etapy u zárodku. Jedná se o embryonální a fetální

vývojové etapy. Po 12. týdnu nastává období fetálního růstu a embryo se mění na plod (Hájek, 2014).

V průběhu embryonálního vývoje, který trvá od 3. do 12. týdne, prochází embryo stádiem organogeneze. V období zvaném organogenesis dochází k vývoji orgánů embrya, k buněčné diferenciaci a tvorbě membrán. Entoderm je předchůdce vnitřní části a ektoderm zevní části embrya. Během 13. dne těhotenství je patrný zárodečný stvol, který prochází dutinou choria. Dochází k tvorbě primitivního proužku. Z ektodermu se později začne vytvářet nervový systém, nehty, vlasy, slinné žlázy, epitel nosních a ústních dutin. Z mezodermu se vytváří většina vnitřních orgánů, krev, cévy a výstelky perikardiální a peritoneální dutiny. Z ektodermu se vyvíjí epitel respiračního, zažívacího a ledvinného systému. Ve 4. týdnu se uzavírá neurální trubice a začíná rychle růst mozek. V 5. týdnu dochází k rychlému růstu hlavy. Embryo má tvar písmene C a začínají se u něho vytvářet přední končetiny. Během 6. týdne lze rozlišit jednotlivé prsty, začíná se diferencovat oblast obličeje a fungovat srdeční chlopeň. V období mezi 9. – 12. týdnem dochází k rychlému růstu těla, zpomalení růstu hlavy, prodlužuje se krk, obličej je široký, oči vzdálené od sebe a uši nízko položené (Roztočil, 2008).

Po 12. týdnu nastává období fetálního růstu a embryo se mění na plod. Dochází k vývoji a zlepšení orgánových systémů. Mezi 13. – 16. týdnem se na plodu tvoří lanugo, dolní končetiny plodu jsou delší než horní, střevní trakt produkuje mekonium. V 17. – 20. týdnu matka vnímá pohyby plodu, začínají mu růst vlasy, řasy a obočí. Ve 21. – 24. týdnu dochází u plodu k velkému nárůstu hmotnosti, kůže je vrásčitá, načervenalá a je na ní přítomen mázek. Mezi 25. – 28. týdnem obličej a tělo plodu dosahují vzhledu, jaký bude mít plod v době porodu, a u mužského plodu sestupují varlata tříselným kanálkem do šourku. V období mezi 29. – 32. týdnem pokračuje hmotnostní přírůstek plodu, vyvíjí se tuková a svalová tkáň a kůže plodu je růžová. Ve 33. – 36. týdnu začíná mizet lanugo a kůže je bledá. V 38. týdnu je plod zralý. Ve 40. týdnu mizí mázek, kůže plodu je hladká, růžová a ušní boltce jsou zpevněné tuhou chrupavkou. (Roztočil, 2008, Čech, 2006).

Plod je v děloze obklopen placentou, plodovou vodou, plodovými obaly a pupečníkem. Placenta je orgán, který v průběhu těhotenství umožňuje kontak mezi

organizmem matky a plodu. Choriové klky vyrůstají z choria mezi 9. a 25. dnem. V těchto klkách se větví kapilární síť, která zprostředkuje výměnu látek mezi mateřským krevním oběhem a plodovým krevním oběhem. V decidua basalis se klky rozvětvují a prodlužují. Úponové klky upevňují chorion ke stěně děložní a resorpční klky umožňují kontakt mezi mateřskou krví a embryem. V této oblasti se vytváří chorium frondosum, ze kterého se začíná vyvíjet placenta. Placenta roste do 36. – 38. týdne těhotenství, má v průměru 20 cm, tloušťku 3 cm a houbovitou konzistenci. Placenta zásobuje plod živinami, kyslíkem a odvádí zplodiny metabolismu. Placenta má také funkci ochrany, kdy tvoří bariéru proti infekcím. V placentě se tvoří mnoho hormonů a enzymů, které jsou důležité pro normální průběh těhotenství. Hmotnost donošené placenty je cca 500g a je v přímém poměru k hmotnosti plodu (Čech, 2006, Roztočil, 2008).

Plodová voda neboli liquor amnii je tekutina, která má velký vliv na fyziologický vývoj plodu. Plodová voda chrání plod před nárazy, zabraňuje srůstům amnia s povrchem plodu a umožňuje mu pohyb. Napomáhá růstu dělohy a dolního děložního segmentu. Plodová voda je čirá tekutina, jejíž množství se v průběhu těhotenství mění. Maximum plodové vody bývá kolem 38. týdne a poté dochází k jejímu úbytku (Vacek, 2006).

Plod je v děložní dutině obklopen plodovými obaly. Plodové obaly se nazývají amnion a chorion. Vnitřní obal neboli amnion je průsvitná blána, která je bez inervace a neobsahuje žádné krevní nebo lymfatické cévy. Střední obal plodový se nazývá chorion. Mimoplacentární chorion neobsahuje žádné cévy ani nervy. Skládá se z vrstev fibroblastů, retikulární, bazální membrány a trofoblastu. Trofoblast je zevní vrstva plodových blan a je v kontaktu s deciduou, která zevně obklopuje plodové vejce a vytváří těhotensky změněné endometrium (Hájek, 2014).

Placentu a plod spojuje provazec zvaný pupečník neboli funikulus umbilicalis. Zevní obal pupečníku tvoří amnion a uvnitř pupečníku se nacházejí dvě tepny a jedna žíla. Tepny a žíla jsou uloženy v měkké tkáni zvané Whartonův rosol. Žíla přivádí okysličenou krev z placenty k plodu a tepny odvádějí odkysličenou krev z plodu

do placenty. Délka pupečníku u zralého plodu je obvykle 50 cm a průměr je přibližně 1 – 2 cm (Gregora a Velemínský, 2013, Kobilková, 2005).

#### **1.1.4 Diagnóza těhotenství**

Včasné zachycení těhotenství má společenský, ale především klinický význam. Je především důležité v případech nepříznivé anamnézy, aby bylo možno již od začátku těhotenství zahájit potřebnou léčbu a prevenci (Kobilková, 2005).

Příznaky těhotenství se rozdělují na nejisté, jisté a pravděpodobné. Nejisté známky bývají velice neurčité a mohou postihovat i ženy, které nejsou těhotné, proto nelze na jejich základě s určitostí stanovit u ženy těhotenství. Do nejistých známek těhotenství lze zařadit únavu, změny nálady, ranní nevolnost a zvracení, zvýšenou tvorbu slin, napětí a zvětšení prsů, změna chuti k jídlu (Gregora a Velemínský, 2013).

Do pravděpodobných známek patří změny, které proběhly na pohlavních orgánech ženy, jako je vynechání menstruace, prosáknutí zevních orgánů, zbarvení poševní sliznice a změna tvaru a velikosti dělohy (Chrastilová, 2013, online).

Mezi jisté známky těhotenství se považuje průkaz plodu v děloze ženy nebo prokázání jeho životních projevů. Jedná se o průkaz ozev nebo pohybů plodu. Žena obvykle vnímá pohyby po 20. týdnu gravidity, jde hlavně o prvorodičky. Ženy, které už jednou rodily, vnímají pohyby přibližně o dva týdny dříve. Ultrazvukové vyšetření se provádí pomocí vaginální sondy, která nám umožňuje spatřit počínající graviditu v děložní dutině (Gregora a Velemínský, 2011).

V dnešní době se ke stanovení těhotenství používají těhotenské testy, které rozpoznávají lidský choriový gonadotropin z krve nebo moči ženy. Test neslouží jen k diagnostice těhotenství v děloze, ale i k diagnostice mimoděložního těhotenství. Množství hCG v prvním trimestru stoupá, množství v krvi matky se zpočátku zdvojnásobuje každé 2 - 3 dny. Kolem 9. – 10. týdne těhotenství nastává největší vrchol hladiny hCG v krvi a během 16. týdne se ustálí v určité hladině (Pařízek, 2006).



### 1.1.5 Těhotenské změny v organismu ženy

V průběhu těhotenství prochází tělo těhotné ženy velkými změnami, které vytváří vhodné prostředí pro vývoj a zrání plodu. Vlivem těchto změn dochází k přípravě na přirozený porod a na následné kojení novorozence. Těhotenské změny se týkají stavby a funkce některých orgánů, procesů látkové výměny v těle, retence tekutin ve tkáni způsobené hormonálním vlivem, duševních změn, růstu tkání a dalších fyziologických procesů (Velemínský, 2014, online).

Vlivem těhotenství dochází také ke změnám na pohlavních orgánech ženy, které se týkají dělohy, vaječnicků, pochvy, hráze a prsou. Děloha je orgán, který prochází v těhotenství velkými změnami. Především její hmotnosti, která během těhotenství dosahuje až 1100 gramů. Během růstu plodu dochází k jejímu zvětšování, následně děloha vystupuje z pánve. Vlivem těchto změn dochází k prodloužení pochvy. V období těhotenství se mezi hrdlem a tělem děložním vytváří část dělohy, která se nazývá dolní děložní segment. Funkce, které vykonávaly vaječnicky před otěhotněním, se v graviditě zcela mění. V průběhu těhotenství neplní funkci ovulační, ale po oplození zde vzniká žluté tělísko, které je důležité pro udržení těhotenství. Vlivem těhotenství dochází v místech pochvy a hráze ke zvýšenému prokrvení, změkčení a prosáknutí tkáně (Gregora a Velemínský, 2013).

Během gravidity prsa prochází velkými změnami. Vlivem pohlavních hormonů se zvětšují a připravují se k tvorbě mléka. Zvětšují se tmavnou také prsní dvorce. Zvýšená pigmentace se objevuje také na vulvě, hrázi, kolem řitního otvoru, na podbřišku ve střední čáře a kolem pupku (Gregora a Velemínský, 2013).

Těhotenské změny se projevují i na jiných orgánech těla těhotné ženy. Vlivem těhotenství se zvyšuje průtok krve ledvinami, v důsledku toho se ledviny zvětšují a stoupá glomerulární filtrace. Močový měchýř je vysouván vzhůru zvětšující se dělohou, a proto těhotné ženy musí častěji vyprazdňovat močový měchýř. Vlivem těhotenství je na dýchací systém kladen vyšší nárok. Dochází ke zvýšené spotřebě kyslíku, dechového objemu a dechové frekvence a vlivem zvýšeného stavu bránice se snižuje vitální kapacita plic. Těhotenství se odráží i na trávicím ústrojí, kde nastává

překrvení sliznice dutiny ústní a snížení tonusu hladkého svalstva, které mohou vést k plynatosti a zácpě. Během těhotenství dochází ke zvýšení objemu cirkulující krve a minutového srdečního objemu (Pařízek, 2009).

### **1.1.6 Úloha porodní asistentky v prenatalní poradně v I., II. a III. trimestru těhotenství**

Principem prenatalní péče je zabezpečení těhotné ženy, důsledná prevence možných chorobných stavů a včasná diagnostika odchylek od normálního průběhu těhotenství (Slezáková, 2011).

Během první návštěvy těhotné ženy v prenatalní poradně vypíše porodní asistentka těhotenskou průkazku, do které bude zaznamenávat po celou dobu těhotenství výsledky vyšetření. Těhotenská průkazka obsahuje identifikační údaje ženy, průběh předešlých gravidit, termín porodu a anamnézu. Při každé návštěvě porodní asistentka zaznamenává do průkazky datum kontroly v prenatalní poradně, týden gravidity, problémy ženy, otoky, krevní tlak, hmotnost, výsledky vyšetření moči a ordinace ošetřujícího lékaře. Dále se do těhotenské průkazky zaznamenávají hodnoty cervix skóre, ultrazvuková vyšetření, hospitalizace, laboratorní výsledky, výška a hmotnost ženy, datum nástupu na mateřskou dovolenou, pánevní rozměry, krevní skupina a Rh faktor matky a otce, vaginální vyšetření a mikrobiální obraz poševní. V průběhu rozhovoru odebírá porodní asistentka anamnestické údaje od těhotné ženy (Eliašová, 2008).

V prvním trimestru edukuje porodní asistentka těhotnou ženu v prenatalní poradně v oblasti životosprávy, kam řadíme výživu, tělesnou aktivitu, správné hygienické návyky, spánek a odpočinek. V oblasti výživy během těhotenství doporučí porodní asistentka ženě, aby nekonzumovala uzeniny, výrobky s obsahem kofeinu, alkohol a sladká jídla. Také ženě poradí, aby jídlo méně solila a kořenila, ale naopak jí upozorní, aby konzumovala dostatek vlákniny, bílkovin, ovoce, zeleniny a luštěnin. K vyvážené

stravě patří také dostatek tekutin, a to alespoň 1,5 – 2 litry za den. Tělesná aktivita je v těhotenství nevyhnutelná, a proto porodní asistentka doporučí ženě například, plavání, procházky nebo těhotenská cvičení, ale informuje ženu, aby se vyhnula velké fyzické námaze. Ženě nedoporučí koupel ve vaně, nýbrž sprchování a použití neparfémovaných a nedráždivých mýdel. Jako vhodné oblečení doporučí ženě bavlněné prodyšné spodní prádlo. Ponožky by měly být také bavlněné bez gumiček, aby nebránily krevnímu oběhu. Obuv by měla ženě poskytovat spolehlivou oporu a měla by být pohodlná. Je důležité, aby žena dodržovala 8 hodin spánku a odpočívala pokaždé, když pocítí únavu. Porodní asistentka by měla ženu poučit o negativním vlivu na plod při abúzu alkoholu, tabákových výrobků a drog (Rozhoňová, 2005, online, Pesková, 2011, online).

K prohlídkám u odvodního gynekologa neodmyslitelně patří i vaginální vyšetření, během kterého porodní asistentka asistuje lékaři, zajistí těhotné ženě intimitu a pomůže jí zaujmout gynekologickou polohu. Při odběru biologického materiálu porodní asistentka připraví pomůcky pro odběr, laboratorní žádanky a vše odešle do příslušné laboratoře (Záčková, 2006).

Jako další součást prenatalní péče je mimo jiné i ultrazvukové vyšetření, které se provádí do konce 12. týdne gravidity, kdy lékař určuje stáří těhotenství, malformaci plodu, vitalitu plodu a eventuálně vícečetné těhotenství. U vícečetného těhotenství je velice důležité ultrazvukové vyšetření, během něhož lékař spolehlivě stanoví chorionicity a amnionicity vícerčat, počet žloutkových váčků, gestačních váčků, amniových dutin a embryí v gestačním váčku (Smith, 2006).

V první trimestru porodní asistentka provádí další úkony, které jsou součástí prenatalní péče, jako je odběr krve ke stanovení testu na vrozené vývojové vady, stanovení krevní skupiny, Rh faktoru a protilátek, krevní obraz, serologické vyšetření, testy na HIV pozitivitu, odběr HbsAg a vyšetření moči na bakteriurii. Tyto vyjmenované odběry provádí porodní asistentka v 16. týdnu těhotenství. Během druhé poloviny těhotenství porodní asistentka může vnějším vyšetřením zjistit uložení plodu v děloze a výšku děložního fundu. Ve 20. týdnu připraví těhotnou ženu na ultrazvukový screening, který je zaměřený na rozpoznání vrozených vývojových vad. Porodní asistentka poučí ženu o průběhu a důležitosti provedení vyšetření. Dále také porodní

asistentka poslouchá od 24. týdne ozvy plodu, dotazuje se ženy na pohyby plodu a vše důkladně zaznamenává do těhotenské průkazky Mezi 24. – 25. týdnem se k pravidelným vyšetřením přidává ještě test zvaný orálně glukózo-toleranční test, kde zjištěné odchylky konzultuje lékař s diabetologem (Peshout, 2005).

Ve druhém a třetím trimestru provádí lékař palpační vyšetření za aseptických podmínek. Porodní asistentka doporučí ženě, aby se vymočila a poté ženě opláchně rodidla dezinfekčním roztokem. Palpační vyšetření musí být provedeno ohleduplně a šetrně. V průběhu třetího trimestru porodní asistentka vykonává standardní vyšetření a připravuje ženu na další ultrazvukové vyšetření, které bývá mezi 30. – 32. týdnem těhotenství. Ve 36. týdnu asistuje porodní asistentka při stěru na detekci streptokoků skupiny B z pochvy. Při pozitivním výsledku provede záznam do těhotenské průkazky. Ve 37., 38., 39., a 40. týdnu provádí porodní asistentka kardiokografický non-stres test. V období třetího trimestru je důležité podat ženě informace o příznacích začínajícího porodu a o tom, co má mít žena s sebou do porodnice (Eliašová, 2008, Fetisovová, 2012).

## **1.2 Rizikové těhotenství**

Pokud těhotenství neprobíhá fyziologicky je označováno za rizikové. Rizikové těhotenství je takové těhotenství, u kterého byl zjištěn nějaký rizikový faktor. I přes zjištěný rizikový faktor může, ale těhotenství probíhat normálně. V malém množství případů mohou však nastat komplikace, které ohrožují zdraví a život matky, vývoj plodu a narození zdravého novorozence (Čech, 2006, Gregora a Velemínský, 2013).

Pojem rizikové těhotenství se začal používat v 60 letech, kdy už lékaři věděli, že riziko poškození novorozence nenastává jen během porodu, ale je odrazem nepříznivých okolností provázejících celé těhotenství. Bylo definováno mnoho stavů, které se nazývaly „rizikovými“, a proto ženám byla poskytnuta odpovídající péče. Díky těmto aktivitám docházelo ke snížení perinatální úmrtnosti (Caldá, 2007).

U žen s rizikovým těhotenstvím je zvýšená pravděpodobnost, že by se mohl narodit novorozenec ne zcela zdravý. Je nutná identifikace a kvantifikace rizikových faktorů v těhotenství a následná péče o rizikově těhotné (Pařízek, 2008).

Ženy s rizikovým těhotenstvím vyžadují zvýšenou preventivní péči, a proto navštěvují poradnu pro rizikově těhotné (Roztočil, 2008).

Většina patologických těhotenství vzniká převážně u rizikové skupiny žen, které sice vstupují do těhotenství bez zjevných chorob, ale jsou zatíženy různými rizikovými faktory, které mají nepříznivý vliv na průběh těhotenství. Tato těhotenství řadíme mezi riziková, protože je pravděpodobnost vzniku patologického těhotenství a v důsledku toho i vyšší pravděpodobnost neúspěšného ukončení těhotenství (Čech, 2006).

### **1.2.1 Rizikové faktory**

Většinu rizikových faktorů zjišťujeme u těhotných žen již během první návštěvy v prenatální poradně jako součást všeobecného prenatálního screeningu na základě osobní, rodinné anamnézy, klinických a laboratorních vyšetření. Při prvním vyšetření ženy v prenatální poradně rozhodne lékař pomocí údajů získaných z anamnézy od těhotné ženy a dle jejího nynějšího klinického nálezu o míře případného rizika a zařadí těhotnou ženu do jedné ze tří skupin. Jako první jsou ženy, které nemají v anamnéze uvedené žádné rizikové faktory a jejich výsledky klinických a laboratorních testů jsou během gravidity fyziologické, a proto tato těhotenství označujeme jako fyziologická. Ženy se středním rizikem mají svou anamnézu zatíženou rizikovými faktory. I když jejich výsledky z vyšetření odpovídají normě, musí se opakovat. Z tohoto důvodu označujeme tato těhotenství jako riziková. Pokud se u těchto těhotných žen objeví výsledky laboratorních testů mimo normu, musíme je zařadit do skupiny žen s vysokým rizikem. Těhotné ženy s vysokým rizikem mohou mít rizikové faktory v anamnéze, ale typické jsou pro ně patologické výsledky z vyšetření (Unzeitig, 2010, online, Hájek, 2014).

V rodinné anamnéze se zaměřujeme na choroby, u kterých je prokazatelná dědičnost nebo se předpokládá onemocnění s familiární dispozicí. Těhotná žena by měla uvést v případě úmrtí rodičů a sourozenců příčinu úmrtí, výskyt ischemické choroby srdeční v rodině, hypertenzi, zhoubná nádorová onemocnění, psychiatrická onemocnění, diabetes mellitus, aby lékař a porodní asistentka zachytili potenciální rizikové faktory (Pařízek, 2006, Navrátil, 2008).

V problematice rizikových faktorů lze osobní anamnézu rozdělit do 4 podskupin a to na demografické rizikové faktory, sociální rizikové faktory, prodělaná onemocnění před těhotenstvím a předcházející reprodukční komplikace (Čech, 2006).

Mezi demografické rizikové faktory patří výška ženy pod 150 cm, u níž je větší pravděpodobnost kefalopelvicý nepoměr, dále věk matky nižší než 17 let, neboť u těchto žen hrozí riziko předčasného porodu. U těhotných žen nad 35 let je zvýšené riziko výskytu genetických vad, a to zejména Downova syndromu, tzv. trisomie 21. chromozomu. U těhotných žen nad 35 let je také zvýšená pravděpodobnost výskytu hypertenze a cukrovky (Gregora a Velemínský, 2011, Šilhová, 2006).

Do sociálních rizikových faktorů se řadí abúzus alkoholu, cigaret, drog, nízká úroveň vzdělání a nechtěné těhotenství. U žen závislých na alkoholu hrozí samovolný potrat, předčasné odlučování placenty a u novorozence se může vyskytovat fetální alkoholový syndrom anebo může dojít až k jeho náhlému úmrtí. Fetální alkoholový syndrom zahrnuje fyzické, poznávací a behaviorální abnormality u novorozence. K hlavním kritériím fetálního alkoholového syndromu patří retardace tělesného růstu, dysfunkce CNS a abnormální tvary na obličeji u novorozence. Dysfunkce CNS se u novorozence projevuje neutišitelným křikem, zvýšenou podrážděností a problémy se spánkem. Další rizikový faktor, který patří mezi sociální rizikové faktory, je abúzus kouření. Cigaretový kouř obsahuje nikotin, kyanidy oxid uhelnatý a antraceny. Jsou to látky, které poškozují plod a mohou vést k předčasnému ukončení těhotenství. U kuřáček je častější předčasný odtok plodové vody, abrupce placenty a větší novorozenecká nemocnost a úmrtnost. Novorozenci kuřáček mají obvykle nižší porodní hmotnost. Velice závažný sociální rizikový faktor je abúzus drog. Drogově závislé těhotné ženy jsou ohroženy hepatitidami a pohlavně přenosnými chorobami.

U novorozence se může vyskytnout novorozenecký abstinenci syndrom. Novorozenecký abstinenci syndrom se projevuje vytrvalým pláčem, silnou potřebou kojení a narušeným spánkem u novorozence (Kobilková, 2005, Velemínský a Žižková, 2008).

Do další podskupiny řadíme prodělaná onemocnění před těhotenstvím. Do prodělaných onemocnění patří např. chronické onemocnění ledvin, plicní onemocnění a poruchy krevní srážlivosti. Do podskupiny předcházející reprodukční komplikace u ženy patří předčasné porody v minulém těhotenství, operace na děloze, léčená sterilita, multiparita, samovolné potraty a interrupce. Mezi rizikové faktory, které se mohou vyskytovat v probíhajícím těhotenství, se řadí Rh - negativitu matky, přítomnost cukru, acetonu a asymptomatické bakteriurie v moči, polohu plodu koncem pánevním, vícečetná těhotenství, vcestné lůžko a zvýšené cervikální skóre (Čech, 2006, Pařízek, 2006, Gregora a Velemínský 2013).

### **1.3 Hospitalizace ženy na rizikovém oddělení**

Důvody, které vedou k hospitalizaci těhotné ženy na oddělení rizikového těhotenství, mohou být různé. Trendem moderní medicíny je co nejdéle udržet pacientky v domácím prostředí, ale mohou nastat situace, které vyšetření nebo léčbu v domácím prostředí neumožňují. Je důležité, aby lékař zvážil případnou ambulantní péči nebo hospitalizaci těhotné ženy, protože každá hospitalizace představuje pro těhotnou ženu stresovou situaci a izolaci od její rodiny (Vavřínová, 2005, Vytejková, 2011).

Metody screeningu mají stanovená kritéria, kde na základě zjištěných rizikových faktorů ze sociálních, demografických, rodinných a osobních anamnéz provádí lékař vyhodnocení rizik a používá metody všeobecného nebo specifického screeningu. Proto těhotná žena, která má vysoké rizikové faktory, je hospitalizována na oddělení rizikového těhotenství (Koudelková, 2007).

Hospitalizace ženy by měla být zvážena s přihlédnutím na individuální případ, diagnózu a na názor těhotné ženy. Pokud je to možné, snaží se zdravotnický personál dobu hospitalizace ženy v nemocnici zkrátit na nejkratší možnou dobu. Většina těhotných žen hospitalizaci nevíta příliš dobře a může ji i odmítnout. Některé těhotné ženy ale hospitalizaci vyžadují, a to především při neúspěšném předchozím těhotenství. Na druhé straně těhotné ženy očekávají od lékařů a porodních asistentek, že udělají vše, co bude možné, aby jejich těhotenství skončilo porodem zdravého novorozence (Vavřínková, 2005).

Během hospitalizace ženy v nemocničním zařízení je důležité chápat také pocity rodinných příslušníků, jejich starosti a potřeby. Spolupráce s rodinnými příslušníky by měla být pro zdravotnický personál samozřejmostí a neměla by být považována za práci, kterou lékař či porodní asistentka vykonává navíc. Je důležité si uvědomit, že každá rodina má jiné tradice, zvyky a různé vztahy mezi členy rodiny. Jak porodní asistentky, tak lékaři by měli mít dostatek empatie, aby navodili pocit důvěry, ochoty a pochopení u rodinných příslušníků (Malá, 2007).

### **1.3.1 Hrozící předčasný porod**

Nejčastější diagnózou, kvůli které jsou ženy hospitalizované, je hrozící předčasný porod. Ženy jsou nejčastěji přijímány do nemocnice na základě subjektivního vnímání děložních kontrakcí nebo při progresi vaginálního nálezu (Vavřínová, 2006).

Předčasný porod je definován jako těhotenství ukončené před 37. týdnem těhotenství. Mezi rizikové faktory, které mohou ovlivnit délku těhotenství, patří preeklampsie, eklampsie, abrupce placenty, hypertenze matky a předčasný porod v anamnéze matky. Když nedojde k odtoku plodové vody, může být diagnostika předčasného porodu obtížná, protože vnímání děložní činnosti je u jednotlivých těhotných žen individuální. Pokud ale dojde k odtoku plodové vody, lékař se musí



rozhodnout, zda je ještě možné, aby těhotenství pokračovalo, nebo hrozí předčasný porod (Koterová, 2008, online).

Léčba předčasného porodu spočívá v hospitalizaci ženy na oddělení rizikového těhotenství, v relativním klidu na lůžku a v případě inkompetence hrdla je u ženy indikována Trendelenburgova poloha (poloha na zádech, kdy pánev je uložena výše jak hlava). Ženě jsou podávány kortikoidy, které podporují zralost orgánových systémů u plodu. Další léčebná metoda spočívá v podávání tokolytik. Tokolytika patří ke skupině léčebných preparátů, které mají jako hlavní účinek omezení nebo zastavení svalové děložní činnosti. Kromě toho se ženě podávají také antibiotika při předčasném odtoku plodové vody při prokázání infekce (Rožtočil, 2008).

V případě, že dojde k předčasnému porodu, jsou děti předčasně narozené nezralé, s nízkou porodní hmotností a s nedokonale vyvinutými orgány. Předčasně narozený novorozenec se bude potýkat s adaptačními problémy, jako jsou dýchání, potíže s přijímáním potravy či s vyšším rizikem vzniku infekce. V období kojeneckého věku jsou nedonošené děti ohroženy větší nemocností a některé i psychickým a tělesným opožděním. Aby se předešlo těmto komplikacím je důležité včasné zjištění co nejvíce rizikových faktorů a rizikové pacientce věnovat větší pozornost. Je třeba u rizikových žen zavést častější kontroly s důrazem na monitoraci děložní činnosti, stav porodních cest a provedení včasné léčby hrozícího porodu (Pařízek, 2006, Hájek, 2004).

### **1.3.2 Vícečetné těhotenství**

Jedním z důvodů k hospitalizaci ženy na oddělení rizikového těhotenství mohou být komplikace spojené s vícečetným těhotenstvím. Vícečetné těhotenství je stav, při kterém se v děložní dutině vyvíjí více jak jeden plod. Dle počtu porozených dětí se rozeznávají dvojčata (gemini), trojčata (trigemini), čtyřčata (quadrigemini). Vícečetné těhotenství klade vyšší nároky na organismus těhotné, které se mohou projevat chudokrevností, hypertenzí a mohou se objevovat příznaky preeklampsie (těhotensky

podmíněná hypertenze s bílkovinou v moči). Objemové nároky zvětšené dělohy působí prostřednictvím útlaku břišních orgánů na zhoršení žilní cirkulace, na gastrointestinální trakt a na močové cesty. Z hlediska perinatální péče je zde zvýšené riziko předčasného porodu, které vede k častější hospitalizaci během těhotenství. Plody z vícečetného těhotenství jsou zatíženy vyšší perinatální nemocností a úmrtností. Novorozenci z vícečetných těhotenství jsou velice často předčasně narození s menší porodní hmotností a jsou více zatíženy neonatální úmrtností (Koterová 2008, online, Hájek, 2004).

V minulosti se velice často prováděla preventivní hospitalizace žen s vícečetným těhotenstvím. V dnešní době se od preventivní hospitalizace dvojčat odstupuje, ale i nadále jsou tato těhotenství považována za riziková. Preventivní hospitalizace se provádí u trojčetných a čtyřčetných těhotenství, obvykle již v průběhu druhého trimestru. Ambulantní kontroly u dvojčetného těhotenství jsou častější než u jednočetného těhotenství. Hospitalizace je indikována po 38. gestačním týdnu, kdy se plody denně monitorují a lékař plánuje způsob a termín ukončení těhotenství (Vavřínová 2006).

### **1.3.3 Krvácení v těhotenství**

Mezi další komplikace v těhotenství patří krvácení. Krvácení v těhotenství je primární indikací ženy k hospitalizaci na oddělení rizikového těhotenství a vyžaduje neodkladné lékařské vyšetření a léčení dle jeho příčiny. Krvácení nebo mírné špinění na počátku těhotenství může být způsobeno uhnízdováním embrya v děloze ženy. Ke krvácení dochází přibližně pět až deset dní po oplození a jedná se o jev zcela přirozený. Některé ženy mohou krvácet i v době očekávané menstruace. Mnohem závažnější krvácení v prvním trimestru může znamenat hrozící nebo probíhající potrat či mimoděložní těhotenství (Chrastilová, 2014, online, Pařízek, 2006).

Pokud dojde ke krvácení v prvním a druhém trimestru, lékař by měl vyloučit na základě provedených vyšetření, zda se nejedná případně o abrupci placenty (úplné nebo částečné odlučování placentární tkáně od stěny děložní) nebo vcestné lůžko. Při centrálním předčasném odlučování lůžka může žena silně krvácet do dutiny děložní a hrozí vznik hemoragického šoku. Krvácení do dutiny děložní nemusí být vždy spojené s krvácením z rodidel. Děloha je prknavitě napjatá a na dotek velice bolestivá. Při silném krvácení ukončuje lékař těhotenství, ale pokud je gravidita v termínu a krvácení je mírné, může se pokusit vést porod přirozenou cestou. Vcestné lůžko neboli placenta praevia je uložení placenty v dolním děložním segmentu. Při podezření na vcestné lůžko vyšetří lékař těhotnou ženu ultrazvukem. Rizika pro ženu s placentou praevii jsou poporodní krvácení, vzduchová embolie a poporodní infekce. Rizika pro plod spočívají v předčasném porodu, zvýšenou perinatální úmrtností, až ve dvojnásobný výskyt kognitivních malformací, ve vznik IUGR (intrauterinní růstová retardace plodu) atd. (Kobilková, 2005, Hájek, 2004).

#### **1.3.4 Nepravidelné polohy plodu**

Důvodem k hospitalizaci ženy na oddělení rizikového těhotenství mohou být i nepravidelné polohy. Mezi nepravidelné polohy plodu se řadí příčná, šikmá a poloha podélná koncem pánevním. Při příčné poloze je hlava plodu uložena na jedné lopatě kosti kyčelní a pánevní konec plodu je uložena na druhé lopatě kyčelní kosti. Příčná poloha se řadí mezi nepříznivé polohy plodu a vyskytuje se na konci těhotenství přibližně u 0,5 % těhotenství. Zevním vyšetřením má děloha tvar příčně ovoidní a při provedení Pawlíkova hmatu je prázdný dolní děložní segment. Diagnóza příčné polohy je vždy ověřena ultrazvukovým vyšetřením. Těhotná žena se zjištěnou příčnou polohou plodu musí být hospitalizovaná na oddělení rizikového těhotenství, aby se předešlo komplikacím, které by ohrožovaly ženu a její dítě. K ukončení těhotenství se volí císařský řez (Čech, 2006).

Při šikmých polohách hlavička nebo pánevní konec plodu naléhají na pánevní vchod excentricky. Šikmá poloha je poloha přechodná, kdy na začátku porodu se mění na polohu podélnou nebo polohu příčnou. Příčinou této polohy jsou nejčastěji vrozené vývojové vady dělohy, vcestné lůžko nebo úzká pánev. Těhotné ženy, u kterých byla zjištěna šikmá poloha, se preventivně před termínem porodu hospitalizují, aby se předešlo riziku předčasného odtoku vody plodové a výhřezu pupečníku nebo malých částí plodu (Pařízek, 2009).

Poloha podélná koncem pánevním je poloha fyziologická, ale je zatížena vyšší perinatální nemocností a úmrtností plodů. Plod je svou hýžd'ovou částí otočen do pánevního vchodu a hlavička se nachází v oblasti děložního fundu. Tato poloha se vyskytuje ve třetím trimestru u 15 – 20 % těhotenství, ale ke konci gravidity pouze u 3 – 4 % těhotenství. Dle způsobu držení plodu se rozlišuje konec pánevní úplný a konec pánevní neúplný. Při úplném konci pánevním naléhá plod na pánevní vchod hýžděmi a oběma nožkami. U polohy koncem pánevním neúplným naléhá plod na pánevní vchod kolínkem či oběma kolínky, nožkou nebo kolínkem, nožkou či oběma nožkami a nejpříznivější je neúplný konec pánevní řitní, kdy jsou obě nožky nataženy vztyčeny a na pánevní chod naléhá pouze hýžd'ová část. Indikací k hospitalizaci tato poloha není pouze při pokusu o obrat zevními hmaty nebo při plánovaném císařském řezu. Císařský řez je proveden u plodů s hmotností pod 2 500 g nebo nad 3 500 g, při zúžení pánve, suspektním CTG, neúplném konci pánevním kromě polohy řitní atd. (Slezáková, 2011).

### **1.3.5 Choroby ženy ovlivněné těhotenstvím**

Hypertenzní onemocnění v těhotenství tvoří nejčastější závažnou komplikaci a patří mezi hlavní příčiny mateřské úmrtnosti. Mezi hypertenzní onemocnění se řadí gestační arteriální hypertenze, kdy je zvýšený krevní tlak nad 140/90mm Hg matky po 20. týdnu těhotenství a spontánně po porodu vymizí. Naopak chronická arteriální hypertenze je

zjištěna před 20. týdnem těhotenství a přetrvává po porodu. Specifické onemocnění pro těhotenství je tzv. preeklampsie, což je těhotensky podmíněná hypertenze s proteinurií a případně otoky v oblasti obličeje a končetin. Toto onemocnění se vyskytuje po 20. týdnu těhotenství a je vyvoláno samotným těhotenstvím. Rizikové faktory pro vznik preeklampsie jsou vícečetné těhotenství, abnormální placenta, primigravida a onemocnění cév (hypertenze, onemocnění pojiva, diabetes mellitus). Léčba preeklampsie spočívá v klidovém režimu s horizontální polohou na levém boku a aplikací antihypertenziv, sedativ a magnezia sulfurika. Pokud se jedná o těžkou preeklampsii je těhotenství ukončené císařským řezem. V návaznosti na preeklampsii může dojít ke vzniku tzv. eklampsie. Eklampsie je preeklampsie spojená s výskytem tonicko – klonických křečí. Eklamptický záchvat má 4 fáze. V první fázi tzv. aura si žena stěžuje na bolest hlavy, břicha, závratě a úzkost. V dalším stádiu následují tonické křeče, poté tonicko – klonické křeče, a v poslední fázi žena na několik minut upadá do kómatu (Roztočil, 2008).

Závažnou komplikací těžké preeklampsie je tzv. HELLP syndrom. Jedná se o velice závažné onemocnění v těhotenství, které je spojeno s vyšší perinatální a mateřskou úmrtností. Toto onemocnění se nejčastěji vyskytuje u multipar kolem 25. roku věku a to nejčastěji do 36. týdne těhotenství. Laboratorním nálezem je hemolýza erytrocytů, zvýšené jaterní testy a trombocytopenie. K příznakům tohoto onemocnění patří bolest v epigastriu a pravém podžebří, nevolnost, zvracení, příznaky preeklampsie a v pokročilém stádiu se objevují krvácivé projevy. Léčba spočívá v hospitalizaci v nemocničním zařízení, klidu na lůžku, v aplikaci kortikoidů, antihypertenziv, hepatoprotektivních léků, protikřečové profylaxe a při progradujících patologických laboratorních výsledcích se těhotenství ukončí císařským řezem (Hájek, 2014).

Kardiovaskulární onemocnění se rozdělují podle míry rizika pro těhotenství na onemocnění s nízkým, středním a vysokým rizikem. Do skupiny kardiovaskulárních onemocnění s nízkým rizikem se řadí lehké a středně významné zkratkové vady, chlopenní nedomykavost se zachovanou funkcí komor a asymptomatické hypertrofické kardiomyopatie bez obstrukce a arytmií. Mezi onemocnění se středním rizikem patří mitrální stenóza, chlopenní náhrady a zkratkové vady s cyanózou. Do skupiny

onemocnění s vysokým rizikem patří plicní hypertenze, akutní infarkt myokardu a tromboembolická nemoc. U žen s kardiovaskulárním onemocněním probíhá prenatální péče ve specializované ambulanci ve spolupráci porodníka a kardiologa. Péče spočívá ve stanovení diagnózy a prognózy pro těhotenství a vedení porodu. Systémové hemodynamické změny během těhotenství představují zvýšenou zátěž organismu matky. Zdravá těhotná žena se s nimi vyrovná bez větších problémů, ale u ženy s latentním nebo manifestním kardiovaskulárním onemocněním mohou tyto změny vést k jeho destabilizaci, která může ženu ohrozit na životě. Kritické období bývá především třetí trimestr a období kolem porodu (Čech, 2006, Hájek, 2004).

Mezi další komplikace, které se mohou vyskytovat v těhotenství, patří onemocnění ledvin a vylučovacího aparátu. Ledviny a vylučovací močový aparát podléhají v těhotenství velkým změnám. Jedná se o změny anatomické, funkční, hormonální a dochází k mechanické obstrukci rostoucí dělohou. Těhotenství vyvolává změny ledvinných funkcí, které mohou vést ke zhoršení již existujícího onemocnění nebo ke vzniku primárního onemocnění močového traktu (Roztočil, 2008). Urologické komplikace v těhotenství lze rozdělit na infekce močových cest a na poruchy funkce dolního močového traktu. Diagnostika infekce močových cest se stanovuje dle klinických příznaků a vyšetření, mezi něž patří bakteriologické a kulturační vyšetření moči a močového sedimentu. V některých případech mohou být k diagnostice použity zobrazovací metody, jako je ultrazvukové vyšetření a vylučovací urografie. K léčbě infekcí se používají antibiotika podle citlivosti a s ohledem na bezpečnost podávání v těhotenství. Mezi poruchy funkce dolního močového traktu v souvislosti s těhotenstvím lze řadit inkontinenci moči. Inkontinence moči se projevuje samovolným únikem moči a v těhotenství se vyskytuje u 30 – 60 % těhotných žen. Nejčastěji se jedná o stresovou inkontinenci. Léčba inkontinence spočívá nejdříve v konzervativní léčbě tj. gymnastikou či elektrostimulací svalů pánevního dna. Léčbu lze doplnit farmakoterapií podáváním přípravku duloxetinu. Pokud žena již neplánuje další těhotenství a konzervativní léčba nepomáhá, lze ženě doporučit chirurgické řešení (Hájek, 2014).

Mezi endokrinní onemocnění v těhotenství se řadí diabetes mellitus. Diabetes mellitus je skupina metabolických poruch projevujících se hyperglykemiemi vlivem inzulinové rezistence nebo nedostatečnou sekrecí inzulinu pankreatem, nebo kombinací obou. Diabetes mellitus 1. typu tvoří kolem 10 % všech případů diabetu. Zničení beta buněk Langerhansových ostrůvků vede k nedostatku inzulinu. Diabetes mellitus 2. typu tvoří 90 % všech případů diabetu. Dochází ke zvýšené inzulinové rezistenci cílových tkání. Diabetické těhotenství je rizikové jak pro plod, tak i pro těhotnou ženu. U žen s onemocněním diabetes mellitus je zvýšené riziko spontánního potratu, vznik diabetické fetopatie, diabetická retinopatie, vrozených vývojových vad plodu, růstové retardace atd. Specifickým typem je gestační diabetes mellitus. Jedná se o poruchu sacharidů, která se vyskytuje v těhotenství, a ve většině případů po ukončení těhotenství vymizí. Rizikové faktory vzniku gestačního diabetu je věk nad 25 let, obezita, předchozí porod velkého plodu, opakované spontánní potraty, diabetes mellitus v rodině atd. Diagnostika gestačního diabetu spočívá v provedení orálně glukózového testu a laboratorních vyšetřeních. Léčba spočívá v dietním režimu a zvýšené tělesné aktivitě. Pokud se nedaří dietetickými opatřeními dosáhnout úpravy glykémie, musí se přistoupit k inzulinoterapii. Ženy po porodu mají zvýšené riziko vzniku diabetu 1. a 2. typu. Toto riziko stoupá s věkem ženy při vzniku gestačního diabetu, s hodnotami glykémie při první kontrole po porodu, nadváhou a počtem těhotenství. Novorozenci matek s gestačním diabetem jsou ohroženy vznikem diabetické fetopatie, neonatální hypoglykemií, hyperbilirubinemií, infekční morbiditou atd. (Roztočil, 2008).

### **1.3.6 Péče porodní asistentky o ženy s rizikovým těhotenstvím.**

Cílem porodní asistentky při poskytování péče o těhotné ženy na oddělení rizikového těhotenství je vyhledávání, odstraňování, zmírnění a problémů v oblasti lidských potřeb. Aby porodní asistentka rozlišila, zda stav potřeb ženy je v normě nebo vybočuje z normy, využívá k tomu poznatky mezinárodního odborného seskupení

NANDA – International. Tato asociace vytvořila diagnostický systém, který specifikuje diagnózy podle diagnostických prvků a díky tomu se má porodní asistentka podle čeho orientovat při jejich rozpoznávání (Marečková, 2006).

Pokud žena přichází na oddělení rizikového těhotenství na plánovaný příjem, tráví nějaký čas v čekárně. Čekání bývá pro ni velice stresující, nepříjemné a zdravotnický personál může v ženě vyvolat negativní reakci. Negativní reakce spojené s prostředím nemocnice/ambulance se mohou týkat nedostatku prostoru, rušivých elementů, nečistoty, prostorů neskýtajících pohodlí, deficitu soukromí a pocitu nebezpečí pro pacientku. Negativní reakce, které u ženy může vyvolat personál, je anonymita personálu, nedostatek tolerance vůči ženě, hlasité a podrážděné sdělování pokynů, nesrozumitelné podávání informací, nedostatečná komunikace a nereagování na dotazy ženy. A proto by se měla nejen porodní asistentka, ale veškerý personál zdravotnického zařízení snažit negativním reakcím co nejvíce předcházet. Žena by měla čekat v klidném, příjemném, čistém prostředí, kde bude obklopena personálem, který je upravený (Vytejková, 2011).

Při příchodu ženy na oddělení se porodní asistentka představí, přivítá ženu na oddělení, převezme si od ní potřebné doklady a vyplní se ženou dokumentaci a následně nasadí ženě na ruku identifikační náramek s jejími údaji. Pokud se na oddělení nachází nadstandardní pokoje, mohou být ženě nabídnuty. Po vyplnění potřebné dokumentace porodní asistentka věnuje pozornost tomu, aby ženě ukázala její pokoj, lůžko, úložné prostory a představí ženu ostatním pacientkám. Jestliže má žena u sebe cenné věci, může si je uložit do nemocničního trezoru. Porodní asistentka pak přesně sepíše uložené věci do formuláře a nechá si ho ženou podepsat pacientkou. Poté ji seznámí s chodem oddělení a pomůže jí zorientovat se na oddělení. Porodní asistentka poučí ženu o signalizačním zařízení, také jí umožní prostudovat „Práva a Povinnosti pacientů“ a „Domácí řád oddělení.“ Tyto informace bývají vyvěšeny na chodbách oddělení nebo mohou být poskytnuty i v tištěné podobě (Vytejková, 2011).

K dalším povinnostem porodní asistentky na oddělení rizikového těhotenství je plnění činností podle ordinace lékaře. Do těchto povinností řadíme například podávání medikace dle ordinace lékaře, měření fyziologických funkcí v pravidelných intervalech,



odběry biologického materiálu a zasílání do příslušných laboratoří (Kadlecová, 2010, Slezáková, 2011).

Porodní asistentka během hospitalizace ženy na oddělení rizikového těhotenství provádí dle ordinace lékaře kardiokografický záznam. Před provedením kardiokografického záznamu nejprve ženu obeznámí s jeho průběhem. Kardiokografický záznam je ukončen po 20 minutách a předběžně ho porodní asistentka zhodnotí. Po zhotovení porodní asistentka označí záznam identifikačním štítkem se jménem ženy a uloží ho do dokumentace ženy a předá lékaři. V pravidelných intervalech a dle ordinace lékaře kontroluje porodní asistentka ozvy plodu pomocí stetoskopu. Vše zaznamenává do dokumentace a při zjištění odchylky napojí těhotnou ženu na kardiokograf a informuje lékaře (Záčeková, 2006).

Porodní asistentka by měla ke každé ženě přistupovat individuálně nikoli jako ke skupině těhotných žen s určitými atributy. Na rozhovor s každou ženou si musí udělat dostatek času a prostoru, aby s ní mohla probrat všechna hlediska péče. Během poskytování péče se snaží vyjít ženě vstříc. Je důležité, aby porodní asistentka ženě naslouchala a tím mohla v rámci možností vyhovět jejím přáním. Také spolupráce s rodinou pacientky je pro porodní asistentku a lékaře samozřejmostí. Musí se snažit navodit pocit důvěry ochoty a pochopení (Štormerová, 2010, Malá, 2007).

#### **1.4 Potřeby žen při hospitalizaci na oddělení rizikového těhotenství**

Moderní péče v porodní asistenci je založená na organizovaném rozpoznávání a uspokojování potřeb žen a řešení jejich problémů. Tyto potřeby jsou uspokojovány pomocí ošetrovatelského procesu, který porodní asistentka ve svém povolání využívá. „Ošetrovatelský proces je definován jako systémový komplexní výkon ošetrovatelské činnosti s důrazem co nejvíce přihlížet na individuální potřeby ošetrovaného, řešit jeho problémy a předcházet jim.“ V České republice se využívání pětifázový proces, jehož fáze jsou zhodnocení, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení. Ve fázi

zhodnocení porodní asistentka sbírá informace a hodnotí zdravotní stav ženy a hledá rizikové faktory a patologické procesy, které by mohly ovlivnit zdravotní stav ženy. V nadcházející fázi porodní asistentka provádí analýzu získaných dat a stanoví si problémy, které budou tvořit základ plánu ošetrovatelské péče. Ve třetí fázi plánování si sestra vytyčí priority, stanoví cíle, očekávané výsledky, určí činnosti, které jsou důležité k dosažení cíle, a zaznamenává plán péče, který individualizuje. Po této fázi realizuje porodní asistentka plán ošetrovatelské péče. V poslední fázi ošetrovatelského procesu sestra vyhodnotí, zda byly splněny stanovené cíle. Posoudí reakci ženy na poskytnuté činnosti a tyto reakce se porovnávají pomocí výsledných kritérií. Poté může dojít k ukončení ošetrovatelského procesu nebo při nesplnění cílů k revizi plánu péče (Tóthová, 2009, s. 16).

Americký psycholog Abraham Harold Maslow navrhl a vytvořil ve 20. století hierarchii lidských potřeb, ve které jsou potřeby rozděleny do pěti úrovní od nejnižších k nejvyšším. Na první úrovni jsou potřeby fyziologické, které jsou důležité pro přežití jedince a objevují se při porušení homeostázi. Mezi fyziologické potřeby řadíme vzduch, výživu, vyprazdňování, spánek, pohyb, nepřítomnost bolesti a potřebu sexuální. Na druhé úrovni se nachází potřeba bezpečí a jistoty, kam patří potřeby pořádku, zákona, jistoty zaměstnání a stability. Na třetí úrovni se nalézá potřeba lásky, náklonnosti a sounáležitosti. Na čtvrté úrovni v hierarchii se je potřeba uznání a úcty, kam řadíme potřebu dosažení úspěšného výkonu, potřebu prestiže a ocenění druhými lidmi. Na nejvyšší úrovni se nachází potřeba seberealizace a dosažení této potřeby vede k vytvoření uspokojivé osobní identity. Pokud nedojde k uspokojení potřeb v dostatečné míře, v hierarchii tak nemůže nastat další vzestupný krok (Šamánková, 2011, Mastiliaková, 2014).

Uspokojování potřeb je proces jednání, během něhož, dochází k uvolnění napětí. Motivované chování, které vychází z potřeb jedince, vede k některému druhu uspokojení. Některé faktory mohou ovlivňovat uspokojování potřeb, jako je individualita jedince, vývojové stadium člověka, kultura, rodina, onemocnění, chování, životní styl, schopnost adaptace na stres, faktory prostředí, pohlaví atd. (Plevová, 2011).

Potřeby žen v souvislosti s hospitalizací na rizikovém oddělení můžeme rozdělit na tělesné, psychické a sociální. Tělesné potřeby jsou nezbytné pro přežití jedince, ale ovlivňují i jeho psychiku. V souvislosti s nedostatečným uspokojováním tělesných potřeb během hospitalizace se velice často vyskytují u těhotné ženy problémy s vyprazdňováním a nespavostí. Porodní asistentka těhotné ženě, u které se vyskytla zácpa, poradí, aby do své stravy zahrnula více vlákniny, ovoce, mléčných výrobků, zeleniny a dostatečný přísun tekutin (Šamánková, 2011, Mastiliaková, 2014).

Pokud žena trpí nespavostí, doporučí jí, aby nespávala během dne, před spánkem si vyvětrala na pokoji, nekonzumovala jídlo ve velkém množství a tekutiny před spánkem. Pro naplnění těchto potřeb hraje důležitou roli poskytovaná péče od porodní asistentky.

Mezi psychické potřeby řadíme především pocit bezpečí a jistoty, informovanost, respekt a uznání. Neuspokojení těchto potřeb se může projevovat podrážděností, strachem, nedůvěrou a zmateností. Strach je reakce na nepoznané nebezpečí a má ochrannou funkci. Strach je během hospitalizace ženy na rizikovém oddělení ještě více umocněn, protože se týká jejího nenarozeného dítěte a odloučení od rodiny. Důležitou součástí uspokojování a naplňování potřeb je poskytování informací ze strany porodní asistentky a častá komunikace mezi nimi. Podané informace přináší ženám průběžnou kontrolu jejich zdravotního stavu. Neinformovanost a nejistota ztěžuje ženě naplnění primárních i sekundárních potřeb. Aby porodní asistentka zamezila nejistotě a neinformovanosti u ženy, měla by být empatická, laskavá, ohleduplná a podávat dostatek informací. Sociální potřeby jsou vlivem hospitalizace velmi ovlivněny. Během hospitalizace na oddělení rizikového těhotenství nemá žena dostatečný kontakt se svou rodinou. Omezení sociálního kontaktu, spojeného s pocitem nejistoty a nezájmu, ovlivňuje duševní stav ženy. Toto omezení se projevuje smutkem, neklidem, úzkostí a podrážděností. Je nezbytné umožnit ženě kontakt s rodinou. Také sociální zázemí se během hospitalizace zužuje na minimální prostor a ten se snaží nemocniční personál co nejvíce respektovat. Během každé činnosti, kterou porodní asistentka vykonává u ženy tak si musí uvědomit, že zasahuje do jejího soukromí (Šamánková, 2011, Tomagová, 2008).

Je nezbytné, aby porodní asistentka měla teoretické znalosti v oblasti lidských potřeb, jež jí pomáhají v porozumění ženě, u které vykonává danou péči. Jsou důležité pro posouzení reakcí, chování, životních priorit ženy a také pro plánování poskytované péče v rámci ošetrovatelského procesu. Hlavním znakem porodní asistence je posuzování, diagnostika a řešení ošetrovatelských problémů týkajících se potřeb ženy (Plevová, 2011).

## **2 Cíle práce a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíl práce**

Zjistit, zda těhotenství ovlivňuje ženy během hospitalizace na oddělení rizikového těhotenství.

### **2.2 Výzkumná otázka**

Jakým způsobem ovlivňují riziková těhotenství potřeby žen během hospitalizace?

## 3 Metodika

### 3.1 Metodika výzkumu

Pro bakalářskou práci s názvem „Prožívání rizikového těhotenství z pohledu ženy“ bylo použito kvalitativní výzkumné šetření. Sběr dat byl proveden pomocí individuálních polostrukturovaných rozhovorů. Rozhovory byly nahrávány na diktafon a poté přepsány. Tato metoda byla zvolena proto, aby měly respondentky možnost vyjádřit svůj názor.

K rozhovorům byly předem připraveny okruhy otázek (viz Příloha 1). První část otázek byla zaměřena na identifikační údaje dotazovaných žen. Identifikační údaje jsou ve výzkumné části bakalářské práce znázorněny pomocí tabulky 2. Následovaly otázky, jejichž cílem bylo zjistit, jakým způsobem ovlivňuje rizikové těhotenství potřeby žen během hospitalizace. Při zpracování byly použity přímé řeči žen, které jsou odlišeny v textu kurzivou.

Účast na výzkumném šetření byla zcela dobrovolná. Každý rozhovor trval přibližně 30 – 60 minut. V písemné Žádosti o souhlas ke spolupráci byly ženy seznámeny s účelem sběru dat a byla zdůrazněna anonymita rozhovoru (viz Příloha 2). Tento souhlas deset respondentek podepsalo. Výzkumné šetření probíhalo v březnu a v dubnu v roce 2015 v Nemocnici České Budějovice na oddělení rizikového těhotenství. Výzkumné šetření bylo schváleno hlavní sestrou a vrchní sestrou gynekologicko–porodnického oddělení. Originální žádost je případně k dispozici u řešitele výzkumného šetření.

Získaná data byla analyzována metodou barvení textu (Švaříček a Šedivá, 2014), jehož cílem bylo zjistit shody a názory oslovených žen a následně byly vytvořeny hlavní významové kategorie a jejich podkategorie (viz Tabulka 1).

**Tabulka 1**

**Výzkumné kategorie a podkategorie**

<b>Výzkumné kategorie</b>	<b>Podkategorie</b>
Informace	Zdroj podaných informací
	Spokojenost s informacemi
Potřeby	Fyziologické potřeby
	Sociální potřeby
	Psychické potřeby

**Zdroj:** vlastní

### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumný soubor tvořilo deset žen ve věku 20 – 40 let, které byly hospitalizované na oddělení rizikového těhotenství v Nemocnici České Budějovice. Hlavní kritériem pro výběr respondentek byla ochota ke spolupráci a hospitalizace na oddělení rizikového těhotenství. Všechny respondentky vyslovily a podepsaly souhlas s použitím získaných informací. Z důvodu zachování anonymity byly ženy označeny jako respondentky R1 až R10.

## 4 Výsledky výzkumu

### Identifikační údaje

Výzkumný soubor tvořilo deset těhotných žen, které byly hospitalizované na oddělení rizikového těhotenství. Základní charakteristiku uvádí Tabulka 2.

**Tabulka 2**

#### Identifikační údaje dotazovaných žen

Respon.	Věk	Vzdělání	Zaměstnání	Gravid.	Týd.těhot./den hospit.	Diagnóza
R1	29 let	SŠ	účetní	3	31 / 14	hypertenze, gestační diabetes
R2	27 let	SŠ	prodavačka	1	25 / 12	hrozící předčasný porod
R3	26 let	VŠ	učitelka	1	34 / 8	předčasná děložní činnost
R4	26 let	SŠ	cukrářka	1	1 / 8	mírná preeklampsie
R5	32 let	VŠ	ekonomka	2	28 / 15	krvácení
R6	33 let	SŠ	recepční	3	26 / 11	hrozící předčasný porod
R7	28 let	SŠ	laborantka	1	23 / 6	hrozící předčasný porod
R8	40 let	SŠ	masérka	4	17 / 5	krvácení
R9	34 let	SŠ	servírka	2	33 / 7	krvácení
R10	35 let	VŠ	vedoucí prodej	4	35 / 54	hrozící předčasný porod

\*Respon.- Respondentka, VŠ- vysokoškolské vzdělání, SŠ- středoškolské vzdělání, gravid.- gravidita, týd.těhot.- týden těhotenství, den hospit.- den hospitalizace.

**Zdroj:** vlastní.



Respondentka R1 byla ve věku 29 let a její nejvyšší dosažené vzdělání bylo středoškolské s maturitou a pracovala jako účetní v jedné soukromé firmě. Žena uvedla, že je těhotná potřetí, ale родit bude poprvé. Ve věku 20 až 25 let prodělala dva samovolné potraty, které proběhly okolo sedmého týdne těhotenství. V době rozhovoru byla žena ve 31. týdnu těhotenství a termín porodu uváděla na měsíc květen. Žena byla přijata k hospitalizaci na oddělení rizikového těhotenství z důvodu hypertenze a gestačního diabetu, který byl léčen pomocí inzulínové terapie. Respondentka byla na oddělení rizikového těhotenství hospitalizovaná poprvé. V době rozhovoru se žena nacházela v nemocničním zařízení čtrnáctý den.

Respondentka R2 byla 27 letá těhotná žena. Nejvyšší dosažené vzdělání respondentky bylo středoškolské s maturitou, pracovala jako prodavačka v supermarketu. Žena byla poprvé těhotná a v anamnéze neměla žádné předchozí porody nebo potraty. V průběhu rozhovoru byla žena ve 25. týdnu těhotenství a porod očekávala v měsíci květnu. K hospitalizaci byla přijata z důvodu diagnózy hrozícího předčasného porodu. Žena byla přijata na rizikové oddělení poprvé a na tomto oddělení se nacházela dvanáctý den.

Respondentce R3 bylo 26 let a její nejvyšší dosažené vzdělání bylo vysokoškolské. Respondentka byla zaměstnána jako učitelka matematiky a dějepisu na základní škole. Žena byla poprvé těhotná. Během rozhovoru byla žena ve 34. týdnu těhotenství a termín porodu žena udávala na měsíc březen. Na oddělení rizikového těhotenství byla přijata z důvodu předčasné děložní činnosti. Respondentka uváděla, že nebyla ještě nikdy hospitalizována v nemocničním zařízení. Respondentka byla hospitalizována osmý den na oddělení rizikového těhotenství.

Respondentka R4 byla 26letá žena a její nejvyšší dosažené vzdělání bylo středoškolské s maturitou. Respondentka pracovala jako cukrářka v malé soukromé cukrárně. Během rozhovoru žena udává, že je těhotná poprvé a že je ve 31 týdnu těhotenství. Termín porodu uváděla na měsíc červen. Na oddělení rizikového těhotenství byla přijata z důvodu mírné preeklampsie a byla zde osmý den.

Respondentce R5 bylo 32 let a její nejvyšší dosažené vzdělání bylo vysokoškolské. Žena uváděla, že je těhotná podruhé a родit bude také podruhé. V předešlém těhotenství

nebyla hospitalizována na rizikovém oddělení a porodila zdravého chlapce v termínu porodu. Respondentka byla ve 28. týdnu těhotenství a termín porodu měla stanovený na měsíc červen. K hospitalizaci na oddělení rizikového těhotenství byla přijata z důvodu krvácení. V těhotenství nebyla ještě hospitalizována na oddělení rizikového těhotenství a v době rozhovoru byla patnáctý den v nemocničním zařízení.

Respondentka R6 byla 33letá žena, jejíž nejvyšší dosažené vzdělání bylo středoškolské s maturitou. Žena pracovala jako recepční ve fitness centru. Respondentka R6 uváděla, že je těhotná potřetí, ale rodit bude podruhé. V 17 letech byla na mini interrupci z důvodu jejího nízkého věku. Ve druhém těhotenství byla hospitalizována na rizikovém oddělení deset dní z důvodu špinění. Po deseti dnech byla propuštěna do domácího prostředí a porodila zdravého chlapce ve stanoveném termínu porodu. Žena v průběhu rozhovoru byla ve 26. týdnu těhotenství a termín svého porodu měla stanovený na měsíc červen. Na oddělení rizikového těhotenství byla přijata kvůli diagnóze hrozícího předčasného porodu. Během tohoto těhotenství byla hospitalizována poprvé a na oddělení rizikového těhotenství pobývala jedenáctý den.

Respondentce R7 bylo 28 let a její nejvyšší dosažené vzdělání bylo středoškolské s maturitou. Respondentka pracovala 3 roky jako laborantka v nemocnici. Žena uváděla, že je poprvé těhotná. Při rozhovoru se žena nacházela ve 23. týdnu těhotenství a porod očekávala v měsíci červnu. Na oddělení rizikového těhotenství byla přijata s diagnózou hrozící předčasný porod. Respondentka byla hospitalizována poprvé a byla na oddělení šestý den.

Respondentka R8 byla 40 letá těhotná žena a její nejvyšší dosažené vzdělání bylo středoškolské bez maturity. Žena byla zaměstnána jako masérka v relaxačním centru. Žena uváděla, že je počtvrté těhotná, ale rodit bude po třetí. Žena byla v 17. týdnu těhotenství a termín porodu měla stanovený na měsíc červenec. V 19 letech podstoupila mini interrupci z osobních důvodů. Důvodem k hospitalizaci na oddělení rizikového těhotenství bylo krvácení po odběru plodové vody. Respondentka uváděla, že je během nynějšího těhotenství hospitalizovaná poprvé a při rozhovoru byla na oddělení rizikového těhotenství pátý den.

Respondentka R9 byla ve věku 34 let a jako nejvyšší dosažené vzdělání uváděla středoškolské s maturitou. Byla zaměstnána již pátým rokem jako servírka v restauraci. Žena uváděla, že je těhotná podruhé a rodit bude také podruhé. Respondentka byla ve 33. týdnu těhotenství a termín porodu uvedla na měsíc březen. Na oddělení rizikového těhotenství byla přijata z důvodu krvácení. Během těhotenství byla hospitalizována poprvé a při rozhovoru byla na oddělení sedmý den.

Respondentce R10 bylo 35 let a její nejvyšší dosažené vzdělání bylo vysokoškolské bakalářské studium. Žena byla zaměstnána na pozici vedoucí prodeje a na této pozici pracovala druhým rokem. Žena uváděla, že je těhotná počtvrté, ale rodit bude podruhé. Během prvního těhotenství podstoupila mini interrupci a při druhém těhotenství potratila okolo 8. týdne. V roce 2013 se ženě narodila zdravá dcera. Porod proběhl císařským řezem z důvodu polohy plodu koncem pánevním. Žena byla ve 35. týdnu těhotenství. Termín svého porodu měla stanovený na měsíc červen. Důvodem k hospitalizaci na rizikovém oddělení byla diagnóza hrozící předčasný porod. Respondentka se nacházela na oddělení rizikového těhotenství druhý měsíc.

## **Kategorie Informace**

### **Podkategorie Zdroj podaných informací**

V této podkategorii bylo zjišťováno, jaké informace získávají respondentky od porodní asistentky a jakým způsobem jsou ženám podávány informace o zdravotním stavu, informace o oddělení, vyšetřeních a jejich výsledcích.

Většina respondentek (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R9, R10) byla srozuměna s důvodem hospitalizace na oddělení rizikového těhotenství. Ženy byly srozuměny ústní i písemnou formou od lékaře. R2 uvedla: „*Po vyšetření mi lékařka řekla, co se děje, že se začínám otvírat a že je určitě nutné, abych tu zůstala ve svém zájmu. Opravdu jsem pochopila, co by se mohlo stát a ani na minutu jsem neváhala, že bych třeba odešla. Tak jsem dostala papíry o přijetí a ty jsem měla možnost si přečíst a pak jsem je měla podepsat.*“ Pouze respondentka R8 nedostala podrobné informace o důvodu přijetí

na oddělení rizikového těhotenství a vypověděla: „*Lékař, který mě jako první v nemocnici vyšetřoval mi moc informací ohledně mého stavu a důvodu k přijetí neřekl a informace o tom, proč jsem začala krvácet jsem se dozvěděla až pátý den a to od lékaře, který mi prováděl ultrazvuk. Při příjmu jsem byla nervózní, protože jsem nevěděla, co se děje.*“

Při příchodu na oddělení rizikového těhotenství respondentky (R1, R3, R4, R5, R6, R8, R9, R10) dostaly informace od porodní asistentky. Porodní asistentka je seznámila s právy pacientů. Dále je informovala o provozním řádu, ohledně chodu oddělení, orientace na oddělení tzn. kde se nachází sesterna, jídelna, barely s čajem, lednice určená pro pacientky. Respondentka R1 řekla: „*Když jsem přišla na oddělení, tak se mě hned ujmula sestřička. Sepsala se mnou ty papíry ohledně přijetí. Pak mě provedla po oddělení, abych věděla, kde co najdu. Řekla mi, kdy jsou tu snídaně obědy a večeře. Ukázala mi, kde visí práva pacientů a ještě mě upozornila na návštěvní dobu.*“ R10 sdělila: „*Když jsem přišla na oddělení, tak se mi sestra představila, vyplnila se mnou papíry a pak mi ukázala celé oddělení a řekla mi, jak to tu chodí. Tak jsem se trochu uklidnila, když jsem věděla, co a jak.*“ Na pokoji byly respondentky upozorněny na použití signalizačního zařízení. Porodní asistentka ukázala respondentkám jejich toaletu a koupelnu. Respondentky R2 a R7 nedostaly informace o chodu a orientace na oddělení. Byly pouze upozorněny na použití signalizačního zařízení a byla jim ukázána koupelna a toaleta. Respondentka R2 uvedla: „*Jelikož mám naordinovaný přísný klid na lůžku, tak mi sestra jenom ukázala pokoj, signalizaci a koupelnu a nic víc mi neřekla, tak jsem z toho neměla moc dobrý pocit a všechny ostatní informace jsem se dozvěděla postupem času od kolegyň na pokoji.*“ R7 uvedla: „*Informace o chodu oddělení jsem nedostala, jelikož, mám přísný klid na lůžku, takže kde co je na oddělení je pro mě nepodstatné, ale na pokoji jsem byla seznámena s ostatními pacientkami, s použitím zvonečku a kde najdu toaletu a sprchu.*“

Během dalších dní se respondentky (R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10) shodly, že dostaly od porodních asistentek informace, které se týkaly podávání léků. Respondentky věděly, co užívají za léky a kdy si je mají brát. Pouze respondentka R1 nevěděla, co užívá za léky a k čemu slouží. R1 během rozhovoru uvedla: „*No popravdě,*

*když se nezeptám, na co ten lék je, tak mi to samy neřeknou, ale kdy si ho mám vzít to mi říkají pokaždé.*“ Dále ženy věděly, jak často mají natočený kardiografický záznam a ihned byly srozuměny, zda je nebo není záznam v pořádku. R2 sdělila: *„Když mi porodní asistentka natáčí monitor nebo měří krevní tlak, hned mi řekne, jestli je to dobrý nebo špatný.*“ Respondentka R4 dodala: *„Když jsem tu byla první dny, tak mi sestřičky říkaly, co beru za léky a na co jsou, tak už vím, co jsou to za léky, protože beru pořád ty samé. Když mi natáčí monitor, tak mi řeknou, jak to vypadá.*“

Všechny respondentky uvedly, že nejvíce informací ohledně jejich zdravotního stavu získávají od lékařů během ranních vizit. Při ranních vizitách se respondentky většinou dozvídají o vyšetřeních, které mají podstoupit. R1 odpovídá: *„Ale už se mi také stalo, že proběhla ranní vizita a lékařka mi o tom, že mám jít na nějaké vyšetření neřekla a pak najednou přiběhla sestra, že jdu na vyšetření, tak jsem byla docela ve stresu, protože jsem nic nevěděla a nemohla se na to připravit.*“ Na výsledky jejich vyšetření musí často čekat, až do druhého dne, než přijde lékař na vizitu. Respondentka R8 ve své odpovědi uvedla: *„Jednou jsem byla netrpělivá a nechtěla jsem čekat na výsledky, než přijde lékař, tak mi porodní asistentka sdělila výsledky krve a moči.*“

### **Podkategorie Spokojenost s informacemi**

V této podkategorii bylo zjišťováno, jak jsou respondentky spokojeny s podáváním informací, zda rozumí lépe informacím podávaným lékařem nebo porodními asistentkami.

Respondentky (R5, R7, R9, R10) uvedly, že jsou velice spokojeny s podáváním informací jak od porodních asistentek na oddělení rizikového těhotenství, tak i od lékařů na oddělení. R5 uvedla: *„Spokojená s informacemi jsem, vše, co potřebuji vědět, tak mi jak lékaři, tak sestry řeknou a nebo se sama na něco doptám, když chci vědět něco víc, než mi řeknou.*“ R9 dodala: *„Informace, které dostávám od sestřiček a lékařů tady na oddělení, jsou v pořádku. Nemůžu si na nic stěžovat. Komunikují se mnou lékaři i sestry a snaží se mi to říkat srozumitelně. Shrnula bych to tak, že mám dostatek*

*informací a rozumím jim.“ R10 dodala: „Spokojená s podáváním informací jsem opravdu hodně. Vím vše, co je pro mne podstatné.“*

Respondentky (R1, R2, R3, R4, R6, R8) nebyly už tak spokojeny s podáváním informací jako respondentky (R5, R7, R9, R10). Respondentky by ocenily více informací ohledně jejich zdravotního stavu, kratší dobu do sdělení výsledků a také by přivítaly více iniciativy při sdělování informací ze strany lékařů. Respondentka R3 sdělila: *„Spokojená s podanými informacemi celkem jsem, ale ocenila bych více informací od lékařů, ale zase otázka je jestli bych tomu rozuměla.“* Respondentka R4 uvedla: *„Spokojená s informacemi, které dostávám celkem jsem, ale mohly by mi je podávat třeba dříve než nadcházející den na vizitě, abych nebyla takovou dobu nervózní.“*

Respondentka R1 uvedla: *„Spokojená s informacemi od lékařů moc nejsem ocenila bych od nich více iniciativy, než abych se musela já neustále na něco dotazovat. S podanými informacemi od porodních asistentek jsem celkem spokojená.“* R6 během rozhovoru řekla: *„S podáváním informací nejsem moc spokojená, musím čekat dlouho, než za mnou někdo přijde a musím se já sama neustále dotazovat.“* Respondentka R8 uvedla nespokojenost s podáváním informací a byla zaskočena, že ani lékaři si nepředávají dostatečné informace a jejím zdravotním stavu a ohledně naordinované medikace. R8 dodala: *„Překvapuje mne, že dostatečné informace si lékaři nepodávají ani mezi sebou, protože jeden den mi lékař nasadil ATB a další den se mne druhý lékař ptal, proč je mám, což jsem sama ani nevěděla. Ale zase chápu, že tu nejsem sama a že toho mají hodně na práci.“*

Dále bylo doplňující otázkou zjišťováno, od koho jsou podané informace srozumitelnější. Jediná respondentka R1 uvedla, že informace, které dostává na oddělení rizikového těhotenství jí připadají více srozumitelnější od lékařů. R1 uvedla: *„Informace jsou srozumitelnější od lékařů - oni jsou více vzdělanější.“* R3 během rozhovoru uvedla: *„Já bych neřekla, že je to úroveň povolání nebo vzdělání, ale spíše lidmi, z mého pohledu je mi jedno, jestli je to porodní asistentka nebo doktorka, kdo mi podá ty informace, jde o to, jak lidsky umí přistupovat.“* Respondentky (R4 a R10) se shodly na tom, že informace, které dostávají, jsou jim srozumitelné jak od lékařů, tak

i od porodních asistentek. R4 sdělila: „Srozumitelné mi informace přijdou jak od lékařů, tak i od sestřiček. Nedělala bych v tom nějaké rozdíly, každý si říká informace o ničem jiném, ale říkají to tak, abych tomu rozuměla. A když něčemu nerozumím, tak se zeptám a vysvětlí mi to tak, abych to chápala.“ R10 uvedla: „Srozumitelné jsou mi informace jak od lékařů, tak i od sester. Říkají mi to opravdu jako laikovi a jsem za to ráda, protože já lékařským termínům nerozumím. A vůbec se nebojím na cokoli zeptat, protože je mi opravdu odpovězeno srozumitelně.“

Vedle toho respondentky (R2, R5, R6, R8, R9) se shodly, že informace, které dostávají, jsou jim srozumitelnější od porodních asistentek. R2 sdělila: „Já více rozumím informacím od porodních asistentek, jelikož mi to říkají srozumitelně a už kolikrát jsem se po vizitě ptala sestřiček, co znamená, co mi povídal doktor. Respondentka R6 uvedla: „Přijde mi, že více rozumím sestřičkám tady na oddělení. Je to asi tím, jak sem mnou komunikují více a jsem s nimi v užším kontaktu.“ R8 sdělila: „Více jsem spokojená s informováním od sester. Jsou více komunikativní. Snaží se mi to říkat opravdu srozumitelně a chápu vše, co se mi snaží říct. Nemůžu říct, že informace od lékařů by byly nějak špatné nebo tak, ale oni nemají asi moc času se s každým vybavovat a všechno jim dokola vysvětlovat.“ Žena R9 odpověděla: „Řekla bych, že informacím od porodních asistentek rozumím víc. Mluví na mě srozumitelně a nepoužívají ty lékařské termíny jako někteří lékaři tady, ale tím neříkám, že by mi to lékaři říkali nějak špatně nebo tak.“

## **Kategorie Potřeby**

### **Podkategorie Fyziologické potřeby**

V této podkategorii jsem se zabývala ovlivňováním fyziologických potřeb během hospitalizace žen na rizikovém oddělení. Zkoumané oblasti se týkaly vyprazdňování (stolice a moči), spánku, odpočinku, aktivity a výživy.

Ani jedna s respondentek neuváděla žádné problémy s vyprazdňováním moči. Pouze respondentky R1 a R7 uváděly, že během své hospitalizace na oddělení rizikového těhotenství nemají žádné problémy s vyprazdňováním stolice. Naproti tomu Respondentky (R3, R4, R5, R6, R10) udávaly, že během hospitalizace měly problémy s vyprazdňováním stolice. Problémy se týkaly nepravidelného vyprazdňování stolice. Pouze respondentka R2 měla během hospitalizace průjem. R1 uvedla: *„Bála jsem se, že budu mít zácpu, protože jsem docela nervák, a když jsem v jiném prostředí, tak na to docela trpím, ale překvapila jsem sama sebe. Chodím tu pravidelně na záchod a nemám žádné problémy ve smyslu zácpy nebo průjmu.“* Respondentka R7 dodala: *„V oblasti vyprazdňování žádné problémy nemám. Chodím tu na stolicí pravidelně jako doma. Na zácpu ani průjem já moc netrpím.“*

Jediná respondentka R2 měla během své hospitalizace průjem. Kvůli průjmu u ní byla naordinovaná dieta a respondentka dostávala léky proti průjmu. R2 uvedla: *„Už mám čtyři dny průjem. Je to nejspíš jedno s druhým, prostředím, stresem, kterého je tu dost a stravou, která je taky jiná, než mám doma. Jak chodím neustále na WC, tak jsem unavená a cítím se vyčerpaně. Dostávám léky na průjem a bylo mi doporučeno od sestřiček, abych měla dostatek tekutin. Díky průjmu musím mít také dietu, kterou mi doporučila lékařka. Už se cítím o trochu lépe, asi mi zabraly možná ty léky nebo ta dieta.“*

Respondentky (R3, R4, R5, R6, R10) udávaly, že během hospitalizace měly problémy s vyprazdňováním stolice. Problémy se týkaly nepravidelného vyprazdňování stolice. Zácpa byla způsobena změnou prostředí, stravy a především stresem, který ovlivnil jejich vyprazdňování. R3 uvedla: *„Mám zácpu už třetí den a to doma chodím pravidelně každé ráno. Sestřičky mi dávají čípky a doporučily mi švestkové kompoty, mléko a kefíry. Cítím se být docela nafouklá a trochu mě pobolívá konečník, ale dá se to vydržet.“* R5 uvedla: *„Já mám problémy s vyprazdňováním stolice v cizím prostředí. Ze začátku jsem tu chodila na stolicí nepravidelně, ale už jsem si tu zvykla a chodím na záchod už téměř pravidelně.“* R6 během rozhovoru řekla: *„S vyprazdňováním stolice mám docela problém. Mám dost nepravidelnou stolicí a špatně mi odcházejí plyny. Bude to asi tím, jak mám přísný klid na lůžku, doma nejsem moc zvyklá ležet. Jsem*



*z toho docela nervózní, protože dostávám léky na plyny a stolici a moc to nezabírá a sestřička mi řekla, že tedy dostanu rourku do konečníku a ta by mi prý měla pomoci.“* R10 během rozhovoru sdělila: *„Na začátku hospitalizace jsem chodila na stolici nepravidelně, měla jsem občas zácpu. Bylo to asi tím prostředím a stresem. Zažádala jsem si o nadstandardní pokoj a tam se mi to už srovnala tím, že jsem měla svůj záchod. Navíc jsem si tady na to prostředí zvykla a teďka už žádné problémy nemám.“*

Respondentky R8 a R9 neměly zácpu ani průjem, ale hospitalizace ovlivnila jejich vyprazdňování po psychické stránce. R8 sdělila: *„Je mi hloupé to tak říct, ale z důvodu mého občasného zakrvácení se bojím zatlačit na toaletě, aby se mi to opět nespustilo, a proto moc nechci chodit na velkou. Zácpu nemám, ale díky tomu chodím na WC nepravidelně.“* R9 uvedla: *„Problémy s vyprazdňováním stolice mám, jak se to vezme, na záchod na velkou si dojdu, ale jak se nás na záchodě střídá víc, tak se snažím chvátat a přijde mi, že se nevyprázdním dostatečně. Někdy jdu třeba přes noc, když ostatní pacientky spí, tak se cítím více v klidu.“*

V oblasti spánku uvedla pouze R2 a R3, že hospitalizace nějak výrazně neovlivnila jejich spánek. Respondentka R2 uvedla: *„Problémy se spánkem až tak nemám, ale jak sem chodí každé tři hodiny kontrola, tak se často budím a pak mi to trvá chvilku, než usnu.“* R3 řekla: *„No řekla bych, že problémy se spánkem tu nemám, ba naopak tu lehnu a spím jenom ta matrace by mohla být lepší a pohodlnější.“*

Ostatní respondentky (R1, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10) uvedly, že hospitalizace a ruch na chodbách oddělení ovlivnil jejich spánek. R1 během rozhovoru dodala: *„Se spánkem mám problém v tom, že večer trochu špatně usínám, jak myslím na to, jak to všechno dopadne. K ránu spím opravdu tvrdě, ale to mě začnou volat na monitor. To bych ráda změnila, abychom tu nemusely vstávat už v 6 hodin ráno.“* R4 sdělila: *„Špatně spím v cizím prostředí, takže se tu hodně budím a také brzy musím vstát, protože už v 6 hodin jdu na monitor.“* Respondentky R5 a R6 se shodly, že se často budí kvůli neustálému hluku, který je na chodbě a díky častému kontrolování porodní asistentkou. R6 řekla: *„Spánek je tu přerušovaný, jak nás neustále kontrolují sestřičky a jak je nás víc na pokojích, tak je tu hluk. A ráno když začínám tvrdě usínat, tak nás začnou volat na monitor.“* Respondentky R7 a R8 mají problémy se spánkem kvůli

jejich psychickému stavu a obav z jejich zdravotního stavu. Respondentka R7 při rozhovoru uvedla: „Večer, když už ležím v posteli a chystám se jít spát, tak začnu nad vším přemýšlet. V hlavě se mi honí myšlenky jako, co budu dělat, když porodím dříve, co bude s mojí holčičkou, jak to všechno zvládneme doma s manželem a jestli to naruší náš vztah. Vím, že bych nad tím asi neměla přemýšlet a snažit se být pozitivní, ale když už prostě ležím, tak ty myšlenky mám.“ Respondentka R8 řekla: „V noci moc nespím, mám strach, jak to všechno dopadne. Pak jsem přes den unavená a snažím se to dospávat. Už jsem si řekla i sestřičkám, jestli by mi nedaly nějaký prášek na spaní.“ Respondentka R9 dodala, že problémy se spánkem má. Žena nemůže večer usnout, jelikož se necítí být unavená, protože celý den odpočívá a nevyvíjí žádnou fyzickou aktivitu. R9 uvedla: „Se spánkem problémy mám. Jak tu přes den neustále polehávám a pospávám, tak se večer necítím moc unavená. Snažím se přes den něčím zaměstnat, abych moc nespala. Takže mi to asi bude chvíli trvat, než se zaběhnu do nemocničního režimu.“

V oblasti odpočinku se všechny respondentky shodly, že během hospitalizace na rizikovém oddělení mají více odpočinku než ve svém domácím prostředí. Respondentka R1 během rozhovoru uvedla: „Odpočinku tu mám opravdu až dost, tolik co odpočívám tady, jsem ještě neodpočívala. Sice nemám nějaký přísný klid na lůžku, ale bylo mi řečeno, že mám odpočívát. Tak ležím a ležím a odpočívám.“ Žena R5 je aktivní osoba je zvyklá chodit na procházky nebo jezdit na kole, a proto je odpočinek pro ni nezvyklý. R5 sdělila: „Odpočinku je tu na můj vkus až dost, jelikož já ráda chodím na procházku se svým pejskem, nebo s manželem jezdíme dost často na výlety, no prostě jsem aktivní člověk a nyní tyto aktivity provozovat nemůžu.“ Respondentky R4 a R8 mají přísný klid na lůžku, a proto neustále leží a odpočívají. Respondentky chodí pouze na toaletu a do sprchy. R4 uvedla: „Jelikož mám přísný klid na lůžku, tak odpočívám neustále. Chodím jenom na záchod nebo do sprchy.“ R8 dodala: „Vzhledem k tomu, že mám klidový režim, tak co nejvíce ležím. Chci, aby to dobře dopadlo, tak opravdu poslouchám, co mi řeknou a snažím se to dodržovat. Takže chodím jenom do koupelny a pak jenom už ležím a snažím se zabavit v posteli.“ R9 vypověděla: „Fakt hodně odpočívám opravdu chci, aby mi to všechno dobře dopadlo, tak ani nemyslím

*na to, že bych běhala po chodbě nebo tak. Trošku si připadám, jako mrzák, když to tak musím říct, ale co nadělám, asi nic. Je jasné, že tu odpočívám víc než doma, ale klidně budu jenom ležet až do porodu, než aby se něco stalo a já toho pak litovala.“* Respondentka R10 měla na začátku hospitalizace od lékaře doporučený přísný klid na lůžku. Po zlepšení jejího zdravotního stavu byl u ní přísný klid zrušen a žena se mohla pohybovat a nemusela neustále odpočívat. Respondentka R10 během rozhovoru sdělila: *„Měla jsem opravdu přísný klid a bylo mi doporučeno, abych ležela a odpočívala. Jak už jsem tu delší dobu, tak mi lékařka řekla, že už nemusím jenom ležet, tak to mě opravdu potěšilo, protože být stále v posteli je opravdu hrozný. Na začátku to bylo fajn, pořádně jsem si odpočinula, ale pak už mi to lezlo na nervy.“*

Všechny respondentky se snažily svůj volný čas během hospitalizace vyplnit různými aktivitami. Ani jedna respondentka ze zdravotních důvodů nemohla vykonávat žádné fyzické aktivity. Aktivity během hospitalizace byly velice omezené, ale i přes to si respondentky našly nějaké činnosti. R1 uvedla: *„Aktivit tu moc není. Než jsem nastoupila do nemocnice, tak jsem téměř každý den chodila na procházky a na částečný úvazek do zaměstnání. A tady na oddělení koukám na televizi nebo si tu čtu knížky půjčené tady z knihovny. Už mě moc nebaví koukat na seriály v televizi nebo si číst knížky z knihovny, které opravdu za moc nestojí. A přijde mi, že jsem z toho nic nedělání z té nulové aktivity ještě více unavená, než když jsem chodila do práce nebo na procházky.“*

Respondentky se během rozhovoru shodly, že za nejčastější aktivitu na oddělení vykonávají: četbu knížek, časopisů, luštění křížovek a sudoku, poslouchání rádia, sledování televize a respondentka R2, pokud si nečte nebo nesleduje televizi, tak pracuje na svém počítači. Respondentka R3 uvedla: *„No moc aktivní tu být nemůžu, protože mi kontrahuje děloha, takže se dívám ne televizi nebo si něco dělám na počítači. Ale když nemám kontrakce a je mi dobře, tak se taky projdu po chodbě a dám si v automatu kávu.“* R6 během rozhovoru uvedla: *„Aktivitu mám jenom na posteli, takže se koukám na televizi nebo si povídáme s kolegyněmi na pokoji. Snažím se tu zabavit i čtením, ale na to se tu moc nesoustředím.“* Jediná respondentka R7 uvedla, že ke svým aktivitám přidává i modlení. Kromě modlení se snaží žena vyplnit svůj volný

čas četbou a voláním s přítelem. R7 uvedla: „*Jako aktivitu tu mám modlení, jelikož vyznávám Islám, tak se modlím častěji, volám si s přítelem přes skype a nebo si čtu knihy. Snažím se jenom nespát a nějak se zabavit. Když budu jenom ležet a koukat, tak budu přemýšlet nad tím, proč jsem tu a budu akorát vynervovaná. Když se pomodlím nebo si zavolám s přítelem, tak se cítím vnitřně v klidu.*“ Respondentka R9 se snaží svůj volný čas vyplnit pletením, aby neustále nemyslela na svůj zdravotní stav. R9 odpověděla: „*Fakt chci, aby to všechno dopadlo dobře, takže po chodbě se projdu občas, ale spíš mám aktivitu na pokoji na posteli. Ráda pletu čepičky a oblečení, tak mi manžel přinesl pleten, ale taky koukám na počítači na seriály, nebo si přečtu nějaký ten časopis. Když pletu tak se odreagovávám a nemyslím na můj zdravotní stav.*“

V oblasti výživy se respondentky shodly, že jejich výživa se během hospitalizace změnila. Největší nespokojenost s výživou během hospitalizace uváděly respondentky R6 a R7. Respondentka se snaží stravovat zdravě a jídlo v nemocnici jí přijde nezdravé a nevhodné pro těhotné. R6 uvedla: „*Abych řekla pravdu, tak jídlo mi tu moc nechutná. Jsem docela vybíravá a spíše se snažím stravovat zdravě a přijde mi, že tu jídlo moc zdravé není. Uvítala bych více zdravé výživy, už jenom proto, že jsme tady všechny těhotné a měli bychom jíst zdravěji. Ale manžel, když sem přijede, tak mi přiveze má oblíbená jídla.*“ R7 sdělila: „*Tak ve výživě tu vidím velký problém. Jelikož díky mé víře jsem omezena v některých jídlech, tak jsem raději požádala, abych mohla mít vegetariánskou stravu, i když vegetariánka nejsem. Jídlo mi tu přijde opravdu nevhodné pro těhotné ženy. Když vidím, jak ostatní pacientky dostávají docela dost uzenin a tlustého masa, tak bych si to nedala. Přítel mi nosí z domova jídlo, co mám ráda, tak tu moc hlad nemám. To jídlo bych tu opravdu změnila.*“

Respondentka R1 má gestační diabetes. Z toho důvodu je její strava v nemocnici odlišná od ostatních patientek. R1 sdělila: „*Jelikož jsem na dietě, tak moje jídlo je opravdu jiné než doma. Před jídlem mi sestřičky píchnou inzulin a pak bych se měla opravdu dostatečně najíst, aby mi nebylo špatně. Mám diabetes, a proto mám diabetickou dietu. Obědy mi tu moc chutnají, na ty si stěžovat nemůžu, ale večere ty za moc nestojí.*“ Respondentka R2 z důvodu průjmu, který již trval čtvrtý den, musela

držet diety. Její naordinovaná dieta ženě nevyhovuje. Respondentka si stěžovala, že pociťuje hlad, kvůli malým porcím, které dostává.

Respondentka R3 si na jídlo v nemocnici moc nestěžovala, ale uvítala by teplé večeře, na které byla zvyklá z domácího prostředí. R3 uvedla: *„No jídlo tu docela ujde, ale jediný, co bych změnila, tak bych dala teplé večeře, to mi tu chybí, byla jsem zvyklá z domova na teplé večeře. A ty studené večeře mi první dny nedělaly dobře na žaludek. Ale zase chápu, že někdo na to zase není zvyklí a nemůžou nám taky pořád vyvařovat tolika druhů jídel za den. Mám tu svoje dobrůtky z domova, tak jsem spokojená. Necítím, že bych měla hlad nebo by mi bylo s jídla zle, to opravdu ne.“*

Respondentky (R4, R5, R8, R9 a R10) jsou s výživou v nemocničním zařízení celkem spokojeny. Návštěvy jim nosí jejich oblíbená jídla, a proto výrazné změny nepociťují. Respondentka R5 sdělila: *„Jídlo je tu dobré, nemůžu si na kvalitu stěžovat. Z domova mi dost často nosí sladkosti a dobroty, co mám ráda, tak mi tu nic nechybí. Hlad nemám vůbec, porce bych řekla, že jsou tu dostatečné, cítím se najedená tak akorát.“* Respondentka R8 vypověděl, že je s nemocničním jídlem spokojená, ale uvítala by větší výběr nápojů než pouhý čaj a vodu. Byla by spokojená, kdyby strava obsahovala i více ovoce a zeleniny. Respondentka R9 během rozhovoru uvedla: *„No něco mi chutná, něco ne. Snídaně bych řekla, že jsou podobný, jako si dávám doma, na to bych nenamítala nic. Obědy a večeře jsou horší. Ale jako hladem tu netrpím, to opravdu ne. Největší výhradu mám na pití. Jsou tu jenom čaje a ten já piju jedině, když jsem nachlazená. Mám ráda sladké limonády, tak mi je nosí návštěvy.“* R10 uvedla: *„Jsem spokojená, přeci jenom už jsem tu nějaký pátek, tak jsem si zvykla. Téměř všechno jídlo tu sním a chutná mi. Hlad tu vůbec nemám, vždycky se dorazím něčím, co mi přinesou návštěvy. Občas mi nosí i nějaké pití, protože tady piju jenom čaj a vodu, tak to taky chce změnu.“*

## Podkategorie Sociální potřeby

V této podkategorii bylo zjišťováno, jaké pociťují těhotné ženy změny v oblasti sociálních potřeb během hospitalizace na oddělení rizikového těhotenství a jakým způsobem ovlivnila hospitalizace jejich rodinný život.

Všechny respondentky uvedly, že pociťují stesk po manželovi a dalších rodinných příslušnících. Respondentka R1 sdělila: *„Jelikož tu byl zákaz návštěv, tak to se mi moc nelíbilo. S přítelem jsme si jenom volali a mohla jsem ho vidět jen na chvíličku, když mi přinesl nějaké věci. Tak to se mi stýskalo pak ještě víc. Naštěstí tu mám dobré spolubydlící, tak se vzájemně podporujeme.“* Respondentka R10 byla hospitalizována již druhý měsíc, a proto už si zvykla, že je odloučená od rodiny. Ženě nejvíce chyběl její manžel a dcera. Respondentka R10 uvedla: *„Jsem tu už docela dlouho, tak jsem si už celkem zvykla. Chybí mi moje malá holčička. S manželem sem chodí opravdu dost často a tráví tu se mnou skoro celou dobu, kdy jsou povolené návštěvy. Také sem za mnou chodí moji kamarádi, zbytek rodiny a kolegové z práce.“*

Respondentka R2 měla přísný klid na lůžku, a proto měla povolené návštěvy na svém pokoji. Respondentka se svěřila, že smutno je jí především po jejím manželovi a rodině, ale že se snaží velice často si volat, aby se necítila tak sama. R2 uvedla: *„Je mi moc smutno po manželovi a po zbytku rodiny. Pořád si voláme, a i když už si dovoláme, nebo odejde po návštěvách domů, cítím se o něco líp a mám lepší náladu. Víím, že na to nejsem prostě sama.“* Respondentka R3 během rozhovoru sdělila, že díky porodním asistentkám na oddělení a dalším pacientkám necítí velké omezení v oblasti sociálních potřeb. Respondentka R3 uvedla: *„Sestřičky jsou tu milé, takže se tu necítím sociálně strádaná. Jsou tu se mnou příjemné kolegyně na pokoji a návštěvy sem za mnou chodí každý den. Takže nestrádám, necítím se izolovaná, smutno mi je, ale tohle všechno mi za to stojí.“* R8 uvedla: *„Vzhledem k tomu, že mám klidový režim a nemohu ani na chodbu a ven, tak mi chybí kontakt s okolím, hlavně s manželem a dětmi. Jsem ráda, že mohu komunikovat alespoň přes telefon. Návštěvy mi připadají někdy velmi krátké, tak je mi smutno, když už musí odejít.“*

Respondentky R4 a R9 uvedly, že rodina a přátelé za nimi dochází téměř každý den, a proto se necítí až takové omezení v oblasti sociálních potřeb. R4 uvedla: *„Kamarádi a celá moje rodina za mnou hodně chodí. Vlastně skoro každý den, takže jsem za to ráda. Pak si ještě třeba před spaním s někým zavolám a jsem víc v klidu. Samozřejmě se nevidíme tak často a dlouho, jak bych si přála, ale necítím, že bych byla od nich nějak hodně odříznutá.“* Respondentka se během rozhovoru svěřila, že se cítí být izolovaná od okolí, přestože má návštěvy velice často. R9 hovořila: *„Připadám si hodně izolovaná od okolí, jsem společenský člověk. Ještě než jsem nastoupila do nemocnice, tak jsem chodila do práce. Chodí sem za mnou návštěvy – jak rodina, tak i přátelé. Manžel přijde s dcerou, jak často to jen jde, ale doma je doma.“*

Respondentky R6 a R7 se svěřily, že nežijí v Českých Budějovicích, a proto za nimi rodina a přátelé nemohou dojíždět každý den, jak by si přály. R6 sdělila: *„Méně se vidím s manželem a synem. Protože nejsem z tohoto kraje, tak manžel sem nemůže jezdit každý den. Neustále si voláme a píšeme zprávy na mobilu. Je mi smutno, byla jsem zvyklá být s nimi každý den a teď takové odloučení – na to nejsem zvyklá, ale musíme to zvládnout a pak budeme všichni spolu.“* Respondentka se svěřila, že nežije v Českých Budějovicích, a proto se nemůžou s partnerem vídat tak, jak by si představovala, ale snaží si s partnerem komunikovat pomocí mobilu a internetu. Respondentka R7 uvedla: *„Jelikož já a ani moje rodina není z Budějovic, tak se nemůžeme vídat každý den. S přítelem si voláme přes mobil a mám tu s sebou i počítač, tak voláme i přes internet, kde ho můžu vidět přes kameru.“* Dodala: *„Bála jsem se, že tu budu odříznutá od pacientek, že se mnou nebudou chtít komunikovat kvůli mé víře a oblečení, které nosím. Největší strach jsem měla z toho, že na všechno budu sama, že si nebudu moci tady s někým povídat, jenom s manželem přes počítač a mobil. Ale nakonec nemám problém, personálu v nemocnici to nevadí a ani ostatním pacientkám. Mám možnost se modlit na pokoji a můžu mít na sobě i své oblečení a normálně se bavím s ostatními pacientkami na pokoji.“*

Při zjišťování, jakým způsobem ovlivnila hospitalizace rodinný život pacientek, se všechny respondentky shodly, že jejich úlohu doma musel převzít jejich manžel nebo partner. Respondentky R1, R5 a R6 se svěřily, že jejich manžel nebo partner mají celou

domácnost na starost včetně jejich dětí nebo domácích zvířat. Všechny tyto respondentky se shodly, že mají velkou obavu, zda to doma bez nich zvládnou. R1 sdělila: *„Stýská se mi po mých domácích mazlíčcích. Mám dvě kočky a normálně se doma o ně starám já a ne přítel, ale nyní musí on, tak se bojím, aby třeba na ně nezapomínal. O byt a celou domácnost se stará přítel. Doma toho on moc neudělá, když nejsem, mám strach z toho, jak to doma vypadá.“* Respondentka R5 uvedla: *„Nyní je na všechno doma sám manžel. Musí se postarat o naši pětiletou dceru a z toho mám největší strach. S dcerou manželovi pomáhá i moje tchýně, tak doufám, že to všechno doma zvládnou. A taky se bojím, aby doma nebyl moc velký nepořádek a nečekal mě hned úklid, jen, co přijdu domů.“* R6 během rozhovoru uvedla: *„No, teďka všechnu odpovědnost za domácnost a za našeho chlapce přebírá manžel. Bojím se, že to nezvládne, jelikož máme menší statek a on je na to sám. Musí syna vodit do školy, musí chodit do práce a ještě se starat o zvířata. Nyní si musel vzít v práci dovolenou, aby to všechno zvládl, ale nevím, jak dlouho tu ještě budu.“*

Respondentky (R2, R3, R4, R7, R8, R9 a R10) se ve svých odpovědích shodly, že během hospitalizace se o domácnost stará manžel či partner a že nepociťují obavu z toho, že by to doma nezvládl. R2 uvedla: *„Nyní se doma o všechno musí postarat manžel. Ale on to zvládne, sice asi nebude uklízet a vařit jako já, ale poradí si, musí si poradit.“* Respondentka R4 dodala: *„Jsem hospitalizovaná teprve osmý den. Naštěstí můj manžel se o domácnost dokáže postarat. Doma máme jenom pejska a o toho se zvládne postarat sám a něco k jídlu si určitě taky uvaří, asi to nebude žádný kulinářský zážitek, ale o něj nemám vůbec obavy, zvládne to.“* R7 uvedla: *„Bydlíme spolu s přítelem a pejskem v celkem malém bytě, tak se snad zvládne postarat o pejska i o domácnost. Nic jiného mu nezbyvá, já sama nevím, jak dlouho tu ještě budu. A když manžel bude potřebovat pomoc, tak máme spoustu přátel, kteří mu pomůžou, a už se mu i nabízel. O něj strach mít nemusím.“* Respondentka R8 má doma dvě větší děti o které se nyní musí postarat manžel, kterému pomáhá respondentky matka a otec. R9 uvedla: *„Manžel je zvyklý starat se o domácnost, občas mi pomáhá s úklidem a někdy i uvaří. Taky se musí postarat o našeho syna, ale tomu už je osm let, tak už nepotřebuje tolik*



*pomáhat. Nemám strach, že by doma byli hlady a ve špíně. On není malé dítě, aby to nezvládl, máme fakt malý byt a ne žádný statek.“*

### **Podkategorie Psychické potřeby**

Podkategorie Psychické potřeby se zabývala, otázkou kdo ženám poskytuje největší psychickou podporu během hospitalizace na rizikovém oddělení a z čeho mají ženy největší obavu v průběhu těhotenství.

Respondentky (R2, R3, R4, R9, R10) se shodly, že největší psychickou podporu jim poskytuje rodina a to zejména manžel. R2 vypověděla: *„Určitě manžel. Chodí sem po práci za mnou a často mi volá nebo píše zprávy. Říká mi jenom pozitivní věci o tom jak ví, že to všechno dobře dopadne a že za mnou ve všem stojí a to mě uklidňuje.“* R3 sdělila: *„Můj manžel a moje rodina jsou pro mě největší psychická podpora. Ví, že je to těžký pro celou moji rodinu a to nejen pro mě. Cítím, že na to nejsem sama, že při mně moje rodina.“* R4 dodala: *„Neberu tu jako samozřejmost, že za mnou stojí a podporují mě. Podporují mě v tom, že sem za mnou chodí pozitivně naladěni, volají mi nebo napíší zprávu. Moc si toho vážím a jsem ráda za to, že je mám. Kdybych na to zůstala sama, tak to asi neustojím, ale díky bohu, že na to sama nejsem.“* R9 uvedla: *„Manžel se snaží přede mnou vypadat za klid'ase, aby mě neznervóznil, ale já vím, že to jenom dělá, abych byla v klidu, a toho si taky moc cením. Udržuje mě v psychické pohodě a pozitivně naladěnou. Hodně mi dá, když za mnou přijdou a mám si s kým promluvit.“*

Dále respondentky R1, R5, R6 a R8 sdělily, že psychickou podporu jim poskytuje nejen jejich rodina, ale také porodní asistentky a studentky na oddělení rizikového těhotenství. R1 uvedla: *„Určitě největší oporou mi je můj přítel a pak i moje mamka. Přítel mi neustále opakuje, že to spolu zvládneme a že na nic nejsem sama. Moje mamka mě taky uklidňuje. Ale i sestřičky se snaží mě povzbuzovat.“* R5 sdělila: *„Manžel mi poskytuje největší psychickou podporu. Jsme spolu hodně v kontaktu a informuji ho o mém zdravotním stavu. Často mě pomáhají i některé sestřičky a studentky, co sem*

*chodí, tím, že se jich můžu na cokoli zeptat anebo se jím svěřit se svými problémy.“ R6 dodala: „Největší podporu mi poskytuje můj manžel a moje tchýně. Snaží se mě podpořit a dodávat pozitivní energii. Také moje spolubydlící na pokoji je moc fajn a poskytujeme si podporu navzájem. A sestřičky se nás taky snaží podpořit.“ R8 řekla: „I když to bude znít možná divně, pro mne je zde nyní tou největší oporou zájem a ochota sestřiček, doma pak můj manžel a děti.“*

Respondentka R7 během rozhovoru uvedla, že jí poskytuje podporu nejen její manžel, ale také její víra, která jí udržuje v psychické pohodě. R7 řekla: *„Můj manžel je hrozně pozitivně naladěný člověk, takže když ho vidím nebo s ním mluvím, jsem hned víc v klidu. Říká mi samé pozitivní věci a vůbec si nepřipouští, že by mohlo něco dopadnout špatně. Myslím si, že také má víra mě udržuje alespoň trochu v klidu. Když se pomodlím, mám lepší pocit a věřím, že vše dobře dopadne.“*

Při zjišťování, z čeho mají respondentky největší obavu, se všechny respondentky shodly na tom, že největší obavu mají z toho, že jejich těhotenství skončí neúspěšně. R1 během rozhovoru uvedla: *„Bojím se toho, že těhotenství nedopadne tak, jak bych si představovala. Že bude třeba muset být těhotenství ukončené. Taky se bojím, že se mi neupraví ten můj vysoký tlak a že tu budu muset ležet ještě dlouho a nebudu moci jít domu.“* R2 odpověděla: *„Abych ještě neporodila a aby to všechno dopadlo dobře.“* R3 dodala: *„Abych neporodila předčasně a aby miminko bylo v pořádku a nenastaly žádné komplikace, které by ohrožovaly moje miminko nebo mě. Tyhle obavy, si myslím, by měla každá žena, která by byla v mé kůži. Mám strach, ale s tím se asi počítá.“* R5 uvedla: *„Obavu mám samozřejmě o miminko a abych těhotenství udržela co nejdéle. A potom, abych nemusela s miminkem ležet po porodu v nemocnici a mohla jít domu za manželem a dcerou, o kterou mám taky velkou starost.“* R7 uvedla: *„Abych tu nemusela být až do porodu a samozřejmě, abych neporodila dříve, než mám a miminko bylo zdravé.“* Respondentka R9 dodala: *„Největší obavu mám z toho, že se stane něco mému miminku. Je to asi logické, to by měla asi každá žena v mé situaci. Na prvním místě mám strach o své miminko, ale taky se zároveň bojím, aby se nestalo něco se mnou, přeci jenom mám doma manžela a syna a nechtěla bych je nechat samotné.“* Respondentka R10 sdělila: *„Na tuto otázku je si myslím jasná odpověď, mám strach*

*o své dítě. Mám strach, že se porod zkomplikuje, nebo že budu rodit císařem a pak hlavně že moje miminko bude mít nějaké komplikace.“*

## 5 Diskuze

Riziková těhotenství jsou těhotenství, kde byl sice zjištěn nějaký rizikový faktor, ale těhotenství probíhalo dosud fyziologicky. Pokud nejsou u těhotné provedena nějaká preventivní opatření, může dojít ke vzniku závažné patologie. V některých případech může nekontrolovatelné riziko vyústit až v patologický průběh porodu (Gregora a Velemínský, 2007, Hájek, 2004).

Výzkumné šetření se zaměřovalo na to, jakým způsobem ovlivňuje rizikové těhotenství potřeby žen během hospitalizace.

Pro bakalářskou práci byl zvolen jeden hlavní cíl, zda rizikové těhotenství ovlivňuje ženy během hospitalizace na oddělení rizikového těhotenství.

Rozhovory byly vedeny s deseti těhotnými ženami, které byly hospitalizované na oddělení rizikového těhotenství.

Výzkumné šetření se zabývalo informacemi, které poskytují ženám lékaři a porodní asistentky na oddělení rizikového těhotenství. Venglářová a Mahrová (2006) uvádějí, že součástí profesionální výbavy lékařů a ostatního zdravotnického personálu mají být základní komunikační dovednosti. S podáváním informací souvisí i vhodná komunikace (Venglářová a Mahrová, 2006). Téměř všem respondentkám (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R9, R10) byly srozumitelně podány informace o důvodu přijetí k hospitalizaci na oddělení rizikového těhotenství. R8 nebyla dostatečně seznámena se svým zdravotním stavem, který vedl k důvodu přijetí k hospitalizaci. Tato respondentka se cítila vystrašená. Je důležité, aby ženy měly dostatek informací ohledně jejich zdravotního stavu. Když ženám nebudou podávány informace v dostatečném rozsahu, tak budou pociťovat stres a nedůvěru ve zdravotnický personál. Plevová (2011) uvádí, že porodní asistentky a lékaři, kteří komunikují, jsou úspěšní iniciátoři změn zaměřené na upevnování zdraví a lépe si vytváří důvěru u pacientek (Plevová, 2011). Další informace ohledně jejich zdravotního stavu, vyšetření a posléze jejich výsledcích se respondentky shodly, že je dostávají nejčastěji během ranních vizit od lékařů. Informace od porodní asistentky, které se týkaly chodu oddělení, provozního řádu, práv pacientů, použití signalizačního zařízení, orientace na oddělení dostaly respondentky (R1, R3, R4, R5, R6, R8, R9, R10). Respondentky R2 a R7 měly přísný klid na lůžku, a proto jim

porodní asistentka ukázala jen pokoj, toaletu, sprchu a jak použít signalizační zařízení. Během dalších dní respondentky (R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10) dostaly informace od porodní asistentky, které se týkaly léků a kardiokografických záznamů. Tyto respondentky se shodly na tom, že jim porodní asistentka sdělila, jaké užívají léky, k čemu slouží a kdy si je mají brát. Po zhotovení kardiokografického záznamu bylo ženám porodní asistentkou řečeno, zda je či není monitor v pořádku. Pouze respondentka R1 uváděla, že dokud se sama nezeptala porodní asistentky, nevěděla, co užívá za léky. Byla upozorněna pouze nato, kdy si má léky vzít. Porodní asistentka by měla všem ženám sdělovat, co užívají za léky a k čemu léky slouží.

V podkategorii zabývající se spokojeností s podávanými informacemi, bylo zkoumáno, jak jsou ženy spokojené s podáváním informací od porodních asistentek a lékařů na oddělení rizikového těhotenství. Respondentky (R5, R7, R9, R10) uvedly velkou spokojenost s podáváním informací jak od porodních asistentek, tak i do lékařů. Tomagová (2008) uvádí, že podaná informace přináší ženám průběžnou kontrolu nad jejich zdravotním stavem a neuspokojování informací může ženě stěžovat naplnění primárních a sekundárních potřeb. Nedostatek informací může u ženy vyvolat pocit strachu a nedůvěry (Tomagová, 2008). Respondentky (R1, R2, R3, R4, R6, R8) nebyly s podáváním informací příliš spokojeny. Respondentky by ocenily více iniciativy od lékařů. Respondentka R1 by ocenila od lékařů více iniciativy při podávání informací, aby se nemusela neustále doptávat, ale s informacemi od porodních asistentek byla celkem spokojená. Respondentka R2 uvedla, že s podáváním informací od porodních asistentek spokojená byla, ale od lékařů by ocenila více informací, výsledky by chtěla vědět dříve, aby se nemusela neustále dotazovat porodních asistentek. R3 byla spokojená s informacemi od porodních asistentek, ale od lékařů by ocenila více informací ohledně jejího zdravotního stavu. Respondentka R4 by ocenila od lékařů podrobnější informace ohledně jejích výsledků z vyšetření dříve, aby nemusela trpět nervozitou delší dobu, ale celkově jinak byla spokojená. Respondentka R8 byla více spokojená s informacemi od porodních asistentek, jelikož byly více komunikativní než lékaři. Domnívám se, že by měli lékaři ženám věnovat více času při podávání informací, aby měly možnost se dotázat, na to čemu nerozumí. Doplňující otázkou bylo

zjišťování, od koho respondentkám přijdou informace srozumitelnější. Pouze respondentka R1 uvedla, že informace jí přijdou srozumitelnější od lékařů. R3, R4 a R10 uvedly, že jsou jim informace srozumitelně podány od porodních asistentek i od lékařů. Respondentky ( R2, R5, R6, R8, R9) uvedly, že jsou jim podané informace srozumitelnější od porodních asistentek. Ptáček (2011) uvádí, že lékař by měl informace podávat po částech, ujistit se o tom, že žena rozumí a podávat jí přiměřené množství informací (Ptáček, 2011). Domníváme se, že by informace měly být ženám poskytnuty srozumitelně, jak od lékařů, tak i od porodních asistentek. Lékaři i porodní asistentky by si měli uvědomit, že komunikují s ženou, která nemá žádné znalosti týkající se zdravotnické terminologie, a proto by i k ní měli takto přistupovat.

Dále bylo zjišťováno, jakým způsobem ovlivnila hospitalizace na oddělení rizikového těhotenství fyziologické potřeby žen. Z výzkumného šetření vyplynulo, že ani jedna žena neměla žádné problémy s vyprazdňováním moči. Naopak z rozhovorů bylo patrné, že pouze dvě ženy neměly problémy s vyprazdňováním stolice. Respondentka R2 měla během své hospitalizace průjem, který negativně ovlivnil její psychiku, a také po fyzické stránce se cítila unavená. Lékař ženě naordinoval dietu a léky proti průjmu. Porodní asistentka doporučila ženě dodržovat pitný režim. Respondentky ( R3, R4, R5, R6, R10) měly během své hospitalizace zácpu. Domníváme se, že zácpa byla způsobena změnou prostředí a stresem. Dvě respondentky uvedly, že nemají zácpu ani průjem, ale po psychické stránce bylo vyprazdňování ovlivněno. Šamánková (2011) uvádí, že tělesné potřeby jsou nezbytné pro přežití člověka. Při nedostatečném uspokojování tělesných potřeb může dojít k ovlivnění psychiky ženy (Šamánková, 2011). R8 byla přijata kvůli krvácení a bála se chodit na stolicí, aby více nezakrvácela. R9 uvedla, že se dostatečně nevyprázdní z důvodu střídání pacientek na WC.

V oblasti spánku pouze dvě respondentky R2 a R3 neměly během hospitalizace výrazný problém. Ostatní respondentky uvedly, že hospitalizace na oddělení rizikového těhotenství ovlivnila jejich spánek. Ženy měly problémy se spánkem z důvodu stresu ohledně jejich zdravotního stavu. Byly pravidelně buzeny porodní asistentkou, která je kontrolovala. V usínání je také budil ruch na chodbách a stěžovali si též na brzké buzení

z důvodu natáčení kardiokardiografického záznamu. Pařízek (2005) uvádí, že potřeba spánku je u těhotných žen vyšší, měly by spát minimálně 8 hodin v noci a jednu hodinu během dne (Pařízek, 2005). V oblasti odpočinku se všechny respondentky shodly, že odpočívají více během hospitalizace než v domácím prostředí. Některé respondentky měly přísný klid na lůžku, a proto jim bylo doporučeno, aby se snažily pouze ležet a odpočívat. Při výzkumném šetření bylo také zkoumáno, zda ovlivnila hospitalizace jejich aktivitu a jaké aktivity během hospitalizace využívají. Všechny respondentky se shodly, na tom že aktivita byla omezena. Respondentky uvedly, že jejich aktivity se týkaly čtení, sledování televize, poslouchání rádia, pletení a některé respondentky uvedly jako aktivitu i procházení po chodbě oddělení. Během rozhovoru bylo zjišťováno, zda hospitalizace ovlivnila jejich výživu. Překvapivě se všechny respondentky shodly, že nějakým způsobem ano. R1 měla naordinovanou diabetickou dietu a R2 měla dietu kvůli průjmu, který jí trápil, proto si stěžovala na tuto stravu a uváděla, že pociťuje hlad. Respondentky R4, R5, R8, R9 a R10 byly s jídlem celkem spokojeny, ale uvítaly by více ovoce, zeleniny a více variant nápojů. Ženy kombinovaly jídlo v nemocnici s jejich oblíbeným jídlem, které jim přinášely návštěvy. Návštěvy respondentkám nosily především sladké limonády a jejich oblíbené sladkosti. Domníváme se, že by porodní asistentky měly ženy více poučovat ohledně zdravé výživy. Ženy by měly získat informace o tom, co je nebo není vhodné v těhotenství konzumovat. Respondentky R6 a R7 byly se stravou velice nespokojeny. Snaží se stravovat zdravě a jídlo v nemocnici jim přijde nezdravé, tučné a nevhodné pro těhotné. Bejdáková (2006) uvádí, že těhotná žena by měla denně vypít 1,5 až 2 litry tekutin a to především vody. Těhotná žena by měla jíst pestrou stravu, která bude obsahovat dostatečné množství vitamínů, bílkovin a vlákniny (Bejdáková, 2006).

V podkategorii sociální potřeby bylo zkoumáno, jak ovlivnila hospitalizace ženy na oddělení rizikového těhotenství jejich sociální potřeby a jaký měla hospitalizace dopad na jejich rodinný život. Všechny respondentky uvedly, že pociťují stesk po manželovi a po dalších rodinných příslušnících. Respondentky uvedly, že návštěvy za nimi chodí, jak nejčastěji mohou. Respondentky také uvedly, že neustále se svojí rodinou komunikují přes telefon či internet. R3 uvedla zajímavou odpověď, že díky

porodním asistentkám a ostatním pacientkám na oddělení necítí žádné sociální strádání. Při zjišťování, jestli měla hospitalizace vliv na jejich rodinný život, se všechny respondentky shodly na tom, že ano. Ženy uvedly, že po dobu jejich pobytu v nemocnici se musel o domácnost postarat jejich manžel či přítel. Respondentky R1, R5 a R6 měly velké obavy o svou rodinu, během jejich hospitalizace. Bály se především o své děti, jak bude o ně postaráno a zda to doma bez nich zvládnou.

V poslední podkategorii Psychické potřeby bylo zjišťováno, kdo ženám poskytuje největší psychickou podporu a z čeho mají největší obavu během své hospitalizace. Respondentky (R2, R3, R4, R9, R10) uvedly, že největší psychickou podporu jim poskytuje rodina a manžel. Gregora a Velemínský (2007) uvádějí, že těhotná žena se stává během těhotenství do jisté míry závislá na svém partnerovi více než dosud. Zvyšuje se závislost nejen ekonomická, ale i psychická. V psychické oblasti může mít žena pocit, že s ní její partner nedostatečně prožívá její starosti a obavy (Gregora a Velemínský, 2007). Zajímavé zjištění bylo, že respondentkám R1, R5, R6 a R8 poskytuje největší psychickou podporu nejen manžel a rodina, ale také studentky a porodní asistentky pracující na oddělení rizikového těhotenství. Domníváme se, že by psychickou podporu měly porodní asistentky poskytovat všem ženám a vlivem toho by docházelo, alespoň k částečnému naplnění jejich psychických potřeb. Respondentka R7 uvedla, že také její víra jí udržuje v psychické pohodě. Kutnohorská (2013) uvádí, že chápání ženy v kulturním kontextu tvoří základ vzájemné interakce, celostní péče o její potřeby (Kutnohorská, 2013). Při zjišťování, z čeho mají ženy největší obavu, se všechny shodly na tom, že jejich největší obavou je neúspěšné ukončení těhotenství. Ženy uváděly, že mají obavu z předčasného porodu, porodu ukončeného císařským řezem a ze zdravotních problémů, které by mohlo mít jejich dítě po narození.



## 6 Závěr

Bakalářská práce se zabývala prožíváním rizikového těhotenství z pohledu ženy. Hlavním cílem práce bylo zjistit, zda těhotenství ovlivňuje ženy během hospitalizace na oddělení rizikového těhotenství. V souvislosti s tímto cílem byla položena následující výzkumná otázka a to, jakým způsobem ovlivňuje rizikové těhotenství potřeby žen během hospitalizace.

Z výzkumného šetření vyplývá, že je důležité, aby lékaři ženám poskytovali dostatek informací ohledně jejich zdravotního stavu, vyšetření a výsledcích vyšetření. A porodní asistentky, aby ženám podávaly dostatek informací ohledně chodu oddělení a medikace, kterou ženy užívají. Hospitalizace ovlivnila jejich fyziologické, psychické i sociální potřeby. Z fyziologických potřeb bylo nejvíce ovlivněno vyprazdňování stolice, spánek, odpočinek a aktivity. V oblasti psychických potřeb ženy udávaly, že vlivem hospitalizace mají veliký strach o své nenarozené dítě a o svůj zdravotní stav. Za největší oporu v jejich těžkém období považovaly svou rodinu a především manžela. Také porodní asistentky a studentky podporovaly ženy v jejich náročné životní situaci. Sociální potřeby těchto žen byly vlivem hospitalizace narušeny. Ženy měly omezenější kontakt se svou rodinou, přáteli a pociťovaly obavu, zda to bez nich doma rodina zvládne a bude-li dobře postaráno o jejich starší děti. Porodní asistentky by měly být empatické a komunikativní a neustále ženám poskytovat psychickou podporu, kterou v tak náročné životní situaci potřebují.

Výsledky výzkumu mohou být použity jako informační materiál pro porodní asistentky pracující na oddělení rizikového těhotenství. Dále práce může být využita jako podklad k přednáškám pro širokou veřejnost.

## 7 Seznam použitých zdrojů

- BEJDÁKOVÁ, Jitka, 2006. *Cvičení a sport v těhotenství*. 1. vyd. Praha: Grada, 136 s. ISBN 80-247-1214-8.
- CALDA, Pavel, 2007. *Ultrazvuková diagnostika v těhotenství: pro praxi*. 1. vyd. Praha: Aprofema, 268 s. ISBN 978-80-903706-1-6.
- ČECH, Evžen, 2006, *Porodnictví*. 2. vyd. Praha: Grada, 544 s. ISBN 80-247-1303-9.
- DLOUHÁ, Klára, 2009. Intrauterinní růstová retardace v klinické praxi. *Postgraduální medicína* [online] [cit. 2015-01-05]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/intrauterinni-rustova-retardace-v-klinicke-praxi-422553>
- ELIAŠOVÁ, Anna, 2008. *Pôrodná asistenciac I: fyziológia*. 1. vyd. Martin: Osveta, 103 s. ISBN 978-80-8063-261-8.
- FETISOVOVÁ, Želmíra, 2012. *Klinická propedeutika ošetrovatel'stva a pôrodnej asistencie*. 1. vyd. Bratislava: Osveta, 228 s. ISBN 978-808-0633-738.
- GREGORA, Martin a VELEMÍNSKÝ, Miloš, 2013. *Čekáme děťátko: učebnice pro studenty lékařství a oborů všeobecná sestra a porodní asistentka*. 2. vyd. Praha: Grada, 255 s. ISBN 978-802-4737-812.
- GREGORA, Martin a VELEMÍNSKÝ, Miloš, 2011. *Nová kniha o těhotenství a mateřství*. 1. vyd. Praha: Grada, 229 s. ISBN 978-80-247-3081-3.
- GREGOROVÁ, Radka, 2009. Těhotenská cukrovka. *Babyweb* [online] [cit. 2015-01-05]. Dostupné z: <http://www.babyweb.cz/tehotenska-cukrovka>

CHMEL, Roman, 2008. *Otázky a odpovědi o porodu*. 2. vyd. Praha: Grada, 138 s. ISBN 978-802-4721-422.

CHRASTILOVÁ, Gaurí, 2014. Přenášení a vyvolávaný porod. *Babyweb*[online] [cit.2015-01-05]. Dostupné z: <http://www.babyweb.cz/prenaseni-vyvolavany-porod>

HÁJEK, Zdeněk, ČECH Evžen a MARŠÁL Karel, 2014. *Porodnictví*. 3. vyd. Praha: Grada, 538 s. ISBN 978-802-4745-299.

KADLECOVÁ, Miloslava, 2010. Manuál ošetrovatelské péče u plánovaného císařského řezu. *Sestra*, roč. 20, č. 3. ISSN 1210-0404.

KOBILKOVÁ, Jitka, 2005. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén, 368 s. ISBN 80-726-2315-X.

KOTEROVÁ, Kateřina, 2008. Vícečetná gravidita. *LEVRET* [online] [cit. 2015-01-05]. Dostupné z: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2008-16/?pdf=2>

KOUDELKOVÁ, Vlasta, 2007. Problematika hospitalizovaných žen s rizikovým těhotenstvím. *Moderní babičství*. č. 12. s. 58. ISSN 1214-5572.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2013. *Multikulturní ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 160 s. ISBN 978-80-247-4413-1.

MALÁ, Andrea, 2007. Rodina a hospitalizace. *Sestra*. roč. 17, č. 2. s. 20. ISSN 1210-0404.

MAREČKOVÁ, Jana, 2006. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách: učebnice pro studenty lékařství a oborů všeobecná sestra a porodní asistentka*. 1. vyd. Praha: Grada, 264 s. ISBN 80-247-1399-3.

MASTILIAKOVÁ, Dagmar, 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika*. Praha: Grada, 192 s. ISBN 978-80-247-5376-8.

MICHALÍČKOVÁ, Radka, 2006. Těhotenské gestózy. *Sestra*. roč. 16, č. 3. s. 45 - 46. ISSN 1210-0404.

NAVRÁTIL, Leoš, 2008. *Vnitřní lékařství: pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 424 s. ISBN 978-802-4723-198.

PAŘÍZEK, Antonín, 2006. *Kniha o těhotenství a porodu: první český interaktivní průvodce těhotenstvím, porodem a šestinedělím*. 2. vyd. Praha: Galén, 414 s. ISBN 80-726-2411-3.

PAŘÍZEK, Antonín, 2008. *Kniha o těhotenství a dítěti*. 3. vyd. Praha: Galén, 685 s. ISBN 978-80-7262-594-9.

PECOVÁ, Jana, 2009. Diabetes mellitus 1. typu a těhotenství. *Sestra*. roč. 19, č. 3. s. 57 – 58. ISSN 1210-0404.

PESCHOUT, Roman a ROZTOČIL, Aleš, 2005. Péče o těhotné. *Moderní gynekologie a Porodnictví*. roč. 14, č. 4. s. 586-590. ISSN 1211-1058.

PEŠKOVÁ, Lenka, 2011. Životospráva v těhotenství. *Moje břicho* [online] [cit.2015-01-05]. Dostupné z: <http://www.mojebrisko.cz/zivotosprava-v-tehotenstvi/1151>

PLEVOVÁ, Ilona, 2011. *Ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada, 223 s. ISBN 978-802-4735-580.

PTÁČEK, Radek, 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada, 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.

ROZHOŇOVÁ, Ilona, 2005. Výživa v těhotenství. *Celostní medicína* [online] [cit. 2015-01-05]. Dostupné z: <http://www.celostnimedicina.cz/vyziva-v-tehotenstvi.htm>

ROZTOČIL, Aleš, 2008. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 408 s. ISBN 978-80-247-1941-2

ŠILHOVÁ, Lucie a STEJSKALOVÁ, Jana, 2006. *Matkou ve vyšším věku: vliv věku na plodnost ženy a na průběh těhotenství*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 102 s. ISBN 80-251-0987-9.

SMITH, Norman, SMITH, Pat, 2006. *Ultrazvuk v porodnictví: praktická příručka*. 1. vyd. Praha: Grada, 184 s. ISBN 80-247-1107-9.

SLEZÁKOVÁ, Lenka, 2011. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 269 s. ISBN 978-802-4733-739.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie, 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada, 134 s. ISBN 978-802-4732-237.

ŠTROMEROVÁ, Zuzana, 2010. *Porodní asistentkou krok za krokem: praktický rádce pro porodní asistentky (a zvědavé rodiče)*. 1. vyd. Praha: Argo, 313 s. ISBN 978-80-257-0324-3.

ŠVAŘÍČEK, Roman, ŠEDIVÁ, Klára, 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vyd. Praha: Portál, 377 s. ISBN 978-80-262-0644-6.

TOMAGOVÁ, Martina a BÓRIKOVÁ Ivana, 2008. *Potreby v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 196 s. ISBN 978-808-0632-700.

TÓTHOVÁ, Valérie, 2009. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 1. vyd. Praha: Triton, 159 s. ISBN 978-80-7387-286-1.

UNZEITIG, Vít, 2010. *Zásady dispenzární péče ve fyziologickém těhotenství: druhá revize, verze 6* [online] [cit. 2014-12-07]. Dostupné z: <http://www.perinatologie.cz/dokumenty/doc/doporucenepostupy/DP%20dispenzarni%20opec%20fin.doc>

VACEK, Zdeněk, 2006. *Embryologie: učebnice pro studenty lékařství a oborů všeobecná sestra a porodní asistentka*. 1. vyd. Praha: Grada, 255 s. ISBN 80-247-1267-9.

VAVŘINKOVÁ, Blanka, 2005. Indikace k hospitalizaci v graviditě. *Moderní gynekologie a porodnictví*. roč. 14, č. 4. s. 16. ISSN 1211-1058.

VELEMÍNSKÝ, Miloš, 2014, Jste těhotná? Vaše tělo čeká spousta změn. *Babyweb* [online] [cit. 2015-01-05]. Dostupné z: <http://www.babyweb.cz/jste-tehotna-vase-telo-ceka-spousta-zmen>

VELEMÍNSKÝ, Miloš, Žížková, Blanka a kol, 2008. *Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství*. 1. vyd. Praha: Triton, 341 s. ISBN 978-80-7387-095-9.

VEGLÁŘOVÁ, Martina, MAHROVÁ, Gabriela, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

VYTEJČKOVÁ, Renata, 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. 1. vyd. Praha: Grada, 228 s., 24 s. ISBN 978-80-247-3419-4.

ZÁČEKOVÁ, Mária, SIMOČKOVÁ, Viera a Ľubica KONTROVÁ, 2006. *Štandardy v pôrodnej asistencii*. Martin: Osveta, 120 s. ISBN 80-806-3221-9.

## **8 Seznam příloh**

Příloha 1 - Otázky pro rozhovor

Příloha 2 – Žádost ke spolupráci



Otázky pro rozhovor:

### **1. Identifikační údaje**

Kolik je Vám let?

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Jaké je Vaše zaměstnání?

Po kolikáté jste těhotná? (Doplňující otázka: Po kolikáté budete rodit? Jak probíhalo Vaše předchozí těhotenství?)

V kolikátém jste týdnu gravidity?

Kdy máte termín porodu?

Z jakého důvodu jste byla přijata k hospitalizaci? (Doplňující otázka - Kolikátá hospitalizace je to během tohoto těhotenství? Kolikátý den jste hospitalizovaná?)

### **2. Kategorie informace**

Jakým způsobem jsou Vám podávány informace o Vašem zdravotním stavu, léčebném režimu a informace o oddělení?

Jakým způsobem jsou Vám podávány informace o probíhajících vyšetřeních a posléze jejich výsledcích a kdo Vám tyto informace nejčastěji podává? (Doplňující otázka – Jak jste spokojena s podáváním informací? Jaké informace jsou Vám podávány od porodní asistentky? Od koho jsou Vám podané informace srozumitelnější?)

### **3. Kategorie potřeby**

Ovlivnila hospitalizace Vaše fyziologické potřeby? (v oblasti vyprazdňování, spánku, odpočinku, aktivity, výživy)

Jaké změny pociťujete v oblasti sociálních potřeb během hospitalizace?

Jakým způsobem ovlivňuje hospitalizace Váš rodinný život? (péče o domácnost, péče o starší děti)

Z čeho máte největší obavu?

Kdo Vám poskytuje největší psychickou podporu v průběhu hospitalizace?

## Žádost o souhlas ke spolupráci

Vážená respondentko,

jmenuji se Klára Třebínová, jsem studentkou 3. ročníku oboru Porodní asistence na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Obracím se na Vás s žádostí o spolupráci za účelem sběru dat pro bakalářskou práci.

Se získanými daty bude zacházeno dle platných etických norem a bude zachována jejich anonymita.

Děkuji za Váš čas a ochotu.

V ..... dne.....

.....

Podpis respondentky

.....

Podpis studentky

