

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Problematika předčasného porodu v porodní asistenci

bakalářská práce

Autor práce: Petra Runtová
Studijní program: Porodní asistence
Studijní obor: Porodní asistentka

Vedoucí práce: PhDr. Drahomíra Filausová

Datum odevzdání práce: 6. 5. 2013

Abstrakt

Základní teoretická východiska

Předčasný porod je definován jako porod před 37. týdnem těhotenství. Je stálým a závažným problémem zdravotnictví a také příčinou mnoha perinatálních komplikací. Těhotné ženy, u kterých hrozí předčasný porod, bývají často dlouhodobě hospitalizovány. Samotná hospitalizace v nemocnici s sebou přináší různá úskalí. To se týká samotného prostředí, individuality jednotlivých žen, jejich přizpůsobení se cizímu prostředí, ostatním klientkám, provozu oddělení, ale také zdravotnickému personálu. Porodní asistentka poskytuje péči pomocí ošetrovatelského procesu, kdy pracuje s potřebami klientky. Důležitý je holistický pohled na ženu, porodní asistentka nesmí opomenout její fyzický stav, ale i psychiku, sociální podmínky, emoční stabilitu, sebeúctu, postavení v zaměstnání a v rodině.

Cíl práce

Cílem práce bylo zjistit, jaké jsou prioritní biopsychosociální problémy u žen dlouhodobě hospitalizovaných s hrozícím předčasným porodem. Byly položeny dvě výzkumné otázky: „Jaké jsou prioritní problémy v oblasti biopsychosociální u dlouhodobě hospitalizovaných žen s hrozícím předčasným porodem?“ „Jak vnímají ženy s hrozícím předčasným porodem saturaci jejich potřeb při hospitalizaci ze strany porodních asistentek?“

Použité metody

K výzkumu bylo zvoleno kvalitativní šetření pomocí nestandardizovaného rozhovoru, rozhovory byly anonymní a výzkumu se zúčastnilo osm žen hospitalizovaných na Oddělení rizikového a patologického těhotenství Gynekologicko-porodnické kliniky Fakultní nemocnice v Plzni. Při zpracování rozhovorů byla provedena nejprve jejich transkripce, dále pak byly nejčastější pocity a názory dotazovaných žen parafrázovány do obecnějších vyjádření. Ta byla dále zpracována

do schémat, která byla pro větší názornost popsána. Na obě dvě výzkumné otázky byly nalezeny odpovědi.

Výsledky

Jako nejčastější problém dotazované ženy uváděly strach, strach o nenarozené dítě a strach z budoucnosti. Ke zmírnění jejich strachu jim pak pomáhala dobrá komunikace s ošetřujícím personálem, dostatečné množství informací a také péče porodních asistentek. Tu respondentky hodnotily jako perfektní, výbornou, uváděly, že porodní asistentky jsou aktivní, mají o klientky zájem a snaží se jim pomáhat řešit jejich problémy.

Dále pak z výzkumu vyplynulo, že velkým problémem je pro hospitalizované ženy celodenní ležení a s tím související omezení jejich aktivit. Volný čas na oddělení trávily především čtením, sledováním televize a surfováním na internetu. Nově by pak ženy uvítaly možnost v rámci oddělení absolvovat předporodní přípravu, protože právě hospitalizace jim znemožnila absolvovat některý z předporodních kurzů. Tyto předporodní kurzy by tedy byly připravovány speciálně pro ženy dlouhodobě hospitalizované na Oddělení rizikového a patologického těhotenství GPK FN v Plzni.

Respondentky dále uváděly, že během hospitalizace u nich došlo ke změně vnímání sama sebe. Uváděly, že situace je náročná na jejich psychiku, že si díky hospitalizaci uvědomily, že už nejde jen o ně, že už nerozhodují jen samy za sebe a že nyní musí udělat maximum pro své dítě. Dále pak dvě respondentky, které již doma měly jedno dítě, udávaly obavy o funkci své rodiny, zároveň pak obě shodně udávaly, že se mohou spolehnout na pomoc partnerů a především na pomoc babiček. Bezdětné ženy ve většině případů uváděly, že se jejich rodinné situace hospitalizace příliš nedotkla, protože jejich manžel/partner je samostatný, a zvládne se o sebe postarat sám. Větším problémem pak pro hospitalizované ženy byly změny v intimním životě, pocit izolace od manžela/partnera. V této situaci ženy kladně hodnotily možnost celodenních návštěv po domluvě s porodní asistentkou a samozřejmě i se spolupacientkou.

Jednou z otázek v rozhovoru bylo, co by měly porodní asistentky nabízet k větší spokojenosti klientek. Většina žen odpověděla, že neví a že jsou na oddělení spokojené, protože porodní asistentky se jim snaží pomáhat, hovoří s nimi, jsou v dosahu a rychle reagují na zavolání. Dále se zde znovu objevila odpověď týkající se možnosti absolvovat předporodní kurz v rámci oddělení a také cvičení s fyzioterapeutem.

Celkově ženy hodnotily péči porodních asistentek kladně, na práci a přístupu porodních asistentek by nic neměnily. Uváděly, že porodní asistentky jsou milé, hodné, starostlivé, vstřícné a empatické. Že se snaží klientkám pomáhat, vyzařují pozitivní energii a mají dobrou náladu, která se pak přenáší i na klientky. Respondentky dále kladně hodnotily i dostatečné množství informací, což je na oddělení podle nich samozřejmostí. A samozřejmostí je i milé a vstřícné chování porodních asistentek a jejich aktivní péče.

Závěr

Z výzkumného šetření tedy vyplynula potřeba vytvořit předporodní kurzy přímo pro klientky Oddělení rizikového a patologického těhotenství GPK FN v Plzni, kterým je doporučen při hospitalizaci z důvodu hrozícího předčasného porodu klidový režim. Dále pak může být toto výzkumné šetření využito jako zpětná vazba pro porodní asistentky pracující na tomto oddělení i na celé klinice a využito k dalšímu zkvalitňování péče o těhotné klientky.

Klíčová slova

hospitalizace, hrozící předčasný porod, ošetrovatelská péče, porodní asistentka, potřeby

Abstract

Basic theoretical starting points

Premature delivery is known as a delivery before 37th week of a pregnancy. It's still a very serious problem in a healthcare and also the reason of lots of perinatal complications. These pregnant women who are threatened by premature delivery are often hospitalized for a long time. The hospitalization brings itself a lot of dangerous. It's about the place itself, each woman's individuality, her accommodation to a strange surrounding, other clients, the service of a clinic but also the medical staff. The midwife takes care by a nursing process when she works with the client's requirement. There is very important a holistic view of a woman. A midwife may not omit her physical and social conditions, emotional stability, self-respect and her job status and family position.

Goal of my work

My work goal consisted in finding the details about priority biopsychosocial problems at women who are hospitalized for a long time with the imminent premature delivery. There are two questions: What are the priority problems in biopsychosocial area at women with already mentioned problem? How do these women feel their requirement saturation during the hospitalization from their midwives?

My used methods

There was chosen qualitative investigation by unstandardized interviews to my research. Those interviews were anonymous. My research were took place eight women – hospitalized at the risk pathological section of a Gynaecology and Obstetrics clinic of a University hospital in Pilsen. During my interviews elaboration was first made their transcription. The clients's most often feelings and opinions were next made into more

general expressions. After that they were made into the diagrams which were described for better illustration. For both research questions were found answers.

Results

As the most often problem the interviewed women said about fear, worry about unborn child and the fear of the future. Good communication with a nursing staff, sufficient quantity of information and also midwife's care helped to make their fear smaller. Just this care the clients rated as perfect and excellent. They said midwives are active, interested in their problems and feelings and they try to help them with solving their problems.

My research also revealed that for hospitalized clients there was a big problem the whole day lying and omitting their activities which coheres with that. In their department they spent their free time by reading, watching TV and surfing on the Internet. Freshly they'd welcome an opportunity pass the antenatal preparation because just hospitalization made them impossible to pass some of antenatal course. Then these ones would be prepared for long-hospitalized woman at the Risk Pathological Section of a Gynaecology and Obstetrics clinic of a University hospital in Pilsen.

Respondents stated that during the hospitalization they had changed perceiving themselves. They said the situation was exacting on their psyche. Thanks to hospitalization they realized that the situation wasn't only about them, that they didn't decide only about themselves and they had to do maximum for their child. Two other clients having already one child at home spoke about worries and functions of their families. At the same time they coincidentally stated that they were able to rely on their partners's and especially grandmothers's helps. Childless women said in most of cases that hospitalization didn't touched their family situation so much because their husbands/partners are self-contained and are able take care of themselves. For hospitalized woman were much bigger problems changes in their intimate lives, isolation feeling from their husbands/partners. In these cases clients evaluated positively

the possibility of whole-day visits after the agreement with a midwife and of course with their copatients.

One of the questions of our interview was – What should midwives offer to make clients's bigger satisfaction? Most of them answered they didn't know and that they were satisfied because midwives keep trying to help them, talk to them and are in the range and respond very quickly to the call. There is also an answer about the possibility pass the antenatal course in the clinic and also excercising with the physiotherapist.

Conclusion

Of my research survey followed a need to make the antenatal course right for the clients of the Risk Pathological Section of a Gynaecology and Obstetrics clinic of a University hospital in Pilsen whom is recommended a quiescent regime during the hospitalization. This research value can be used as a feedback for midwives work in this section and in the whole clinic and also used for improve the care of pregnant clients.

Key words

hospitalization, imminent premature delivery, nursing care, midwife, needs

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) 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. 2013

.....

Petra Runtová

Poděkování

Děkuji PhDr. Drahomíře Filausové za její cenné rady a připomínky při zpracování tématu této práce.

Také děkuji všem respondentkám, které se zúčastnily mého výzkumného šetření, děkuji za jejich ochotu a čas, který mi věnovaly.

Dále děkuji své rodině a blízkým za psychickou podporu a praktickou pomoc po dobu mého studia.

Obsah

Úvod	12
1 Současný stav	13
1.1 Předčasný porod	13
1.1.1 Příčiny předčasného porodu	13
1.1.2 Klinický obraz a diagnostika předčasného porodu	15
1.1.3 Management a léčba předčasného porodu	16
1.1.3.1 Tokolýza	16
1.1.3.2 Antibiotika a kortikosteroidy	17
1.1.3.3 Hydratace a klidový režim	18
1.1.4 Vedení předčasného porodu	18
1.2 Potřeby těhotných žen s hrozícím předčasným porodem	19
1.2.1 Klasifikace potřeb	19
1.2.2 Ošetrovatelská péče	20
1.2.3 Podpora zdraví. Životní principy	22
1.2.4 Výživa	22
1.2.5 Vylučování a výměna	23
1.2.6 Aktivita/ odpočinek	24
1.2.7 Vnímání sama sebe. Zvládání zátěže - odolnost vůči stresu	25
1.2.8 Vztahy a sexualita	26
1.2.9 Bezpečnost/ ochrana. Komfort	27
1.3 Komunikace	29

2 Cíl práce, výzkumné otázky	30
2.1 Cíl práce	30
2.2 Výzkumné otázky	30
3 Metodika	31
3.1 Použité metody	31
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	32
4 Výsledky	33
4.1 Interpretace výsledků kvalitativního šetření	33
5 Diskuse	47
6 Závěr	52
7 Seznam informačních zdrojů	53
8 Přílohy	57

Úvod

V současné době se stále více žen zajímá o průběh svého těhotenství. Chtějí ho prožít aktivně a bez potíží. Velkým přáním je porodit zdravé donošené dítě. Někdy však mohou v graviditě nastat komplikace a hrozí předčasný porod. Pro těhotnou je tato situace velmi zátěžová, často spojená s hospitalizací. Provází ji obavy o nenarozené dítě a navíc je vytržena ze svého známého prostředí-domova.

Tématem bakalářské práce je „Předčasný porod v porodní asistenci“ a cílem je zjistit, jaké jsou prioritní biopsychosociální problémy u žen dlouhodobě hospitalizovaných s hrozícím předčasným porodem. Toto téma je mi velmi blízké. Sama jsem během svého prvního těhotenství byla několik týdnů hospitalizována s hrozícím předčasným porodem a nakonec jsem předčasně porodila. Navíc jsem několik let pracovala jako porodní asistentka na Oddělení rizikového a patologického těhotenství na Gynekologicko-porodnické klinice Fakultní nemocnice v Plzni. Zde jsem se mimo jiné setkávala i se ženami, které byly hospitalizovány pro hrozící předčasný porod. Musely se vyrovnat s hospitalizací, se změnou jejich denního režimu, se strachem z nejasné budoucnosti a strachem o nenarozené dítě. Vzhledem k mým osobním zkušenostem jsem pro tyto ženy měla určité porozumění a snadněji jsem se vžívala do jejich situace. Výsledky mého výzkumného šetření by mohly přispět ke zlepšení péče o těhotné hospitalizované pro hrozící předčasný porod.

1 Současný stav

1.1 Předčasný porod

„Předčasný porod je patologický děj, který je vyvolán celou řadou příčin, proto tento stav nazýváme syndromem předčasného porodu (Binder, 2011, s. 90)“. Předčasný porod je definován jako ukončení těhotenství před dokončeným 37. týdnem gravidity. Jako předčasně narozené jsou podle WHO označovány plody vážící méně než 2500 gramů ve vztahu k délce gestace. Podle hmotnostního kritéria jsou novorozenci děleni na novorozence s nízkou porodní hmotností (pod 2500 gramů), novorozence s velmi nízkou porodní hmotností (pod 1500 gramů) a novorozence s extrémně nízkou porodní hmotností (pod 1000 gramů). Předčasný porod je v českém zdravotnictví stále závažný problém, který má důsledky zdravotní, rodinné, sociální i ekonomické. „Incidence předčasných porodů v populaci těhotných v České republice přes veškerou snahu, podobně jako v ostatních vyspělých zemích, mírně stoupá (Binder, 2011, s. 90)“. V současnosti dosahuje asi 8,5 %. Předčasné porody do 32. týdne gravidity jsou v České republice centralizovány do perinatologických center, kterých je 12, jsou tvořena perinatologickým a neonatologickým pracovištěm a poskytují intenzivní perinatální péči III. stupně. Intermediární péči II. typu poskytují kromě center intenzivní perinatální péče i vybraná pracoviště intermediární perinatální péče a zde mohou být vedeny porody od dokončeného 32. týdne gravidity (Binder, 2011, www.perinatologie.cz[cit. 2013-01-14]).

1.1.1 Příčiny předčasného porodu

Jednou z příčin předčasného porodu mohou být komplikace vzniklé v průběhu gravidity. Do této skupiny řadíme infekci, která je považována za nejčastější příčinu předčasného porodu. Řada mikrobiologických studií prokázala souvislost

mezi bakteriálním osídlením pochvy a předčasným porodem. Infekce v dolním genitálním traktu probíhá v drtivé většině asymptomaticky. V počáteční fázi nejde o zánět v pravém slova smyslu, ale o určitou dysmikrobii a vlivem hormonálních změn v graviditě pak dojde k pomnožení patogenů a jejich přestupu na plodové obaly. Nejčastějším infekčním agens jsou streptokoky skupiny B, ureaplasma urealyticum, mycoplasma hominis, chlamydie a Gardnerella vaginalis (bakteriální vaginóza). „Přestup infekčního agens z dolního genitálního traktu na plodové obaly a do amniální dutiny je považován za klíčovou událost v etiologii předčasného porodu (Binder, 2011, s. 91)“. Často pak dojde k puknutí plodových obalů a předčasnému odtoku vody plodové, což je nevratný stav a vede k brzkému ukončení těhotenství. Dále do skupiny komplikací vzniklých v průběhu gravidity a vedoucích k předčasnému porodu patří krvácení, vícečetné těhotenství, inkompetence hrdla děložního, vrozené vývojové vady dělohy, polyhydramnion, vrozené vývojové vady plodu, celková onemocnění matky, IUGR-intrauterinní růstová retardace plodu a insuficience placenty a předčasný odtok vody plodové. Další příčinou předčasného porodu jsou epidemiologické faktory, kam řadíme věk matky, paritu, výšku a hmotnost matky, socioekonomický stav, kouření, užívání alkoholu a drog, špatnou perinatální péči, nechtěnou graviditu. Příčinou předčasného porodu mohou být psychické a psychosomatické faktory, jako jsou chronické úzkosti během těhotenství a zvýšený počet náročných životních situací krátce před nebo během gravidity. Dlouhodobý stres je spojen s depresí a s úzkostí, to může vést k nižšímu nárůstu hmotnosti v těhotenství a k předčasnému porodu. U spousty žen s předčasnými kontrakcemi se vyskytuje deprese, smutek a vztek. U takových žen bývá s úspěchem využíván autogenní trénink a hypnotické techniky. Poslední skupinou příčin předčasného porodu jsou závažné zdravotní faktory matky jako je hypertenze, astma bronchiale, hypertyreóza, kardiopatie, cholecystopatie nebo anémie (Binder, 2011, Ratislavová, 2008).

1.1.2 Klinický obraz a diagnostika předčasného porodu

U předčasného porodu rozeznáváme čtyři stadia. Prvním stadiem je partus praematurus imminens (hrozící předčasný porod), druhým stadiem partus praematurus incipiens (počínající předčasný porod) a třetím pak partus praematurus in cursu (předčasný porod v běhu). Poslední čtvrté stadium nazýváme defluvium liquoris amnialis praecox (předčasný odtok vody plodové). Diagnostika předčasného porodu při zachovalé vodě plodové může být poměrně obtížná. Klientky často udávají občasné nepravidelné děložní kontrakce nebo bolesti v podbřišku připomínající bolesti při menstruaci, vnímání intenzity bolesti je u každé ženy velmi individuální. Někdy v důsledku změn na děložním hrdle přicházejí s krvavým výtokem nebo krvácením. Zásadní je údaj o odtoku vody plodové. Pokud je prokázán předčasný odtok vody plodové, pak musí lékař rozhodnout, kdy a jak bude gravidita ukončena (Čech, 2006, Koterová, 2008).

Ke stanovení diagnózy předčasného porodu je využíván kardiokografický záznam (CTG). „Pokud během jedné hodiny zjistíme čtyři nebo více kontrakcí, je jasné, že se jedná o rozbíhající se předčasný porod (Hájek, 2011, s. 218)“. Dále se provádí vyšetření v zrcadlech a porodnické vyšetření s hodnocením vaginálního nálezu. Stanovení cervix skóre je však velmi subjektivní odhad lékaře, proto je k objektivnímu hodnocení využíván vaginální ultrazvuk. To je neinvazivní, těhotnými dobře přijímaná metoda, která umožňuje identifikovat zkrácení a dilataci děložního hrdla. Vaginální sondou se zobrazí oblast vnitřní branky a změří se otevírání děložního kanálu zevnitř-tzv. funneling a jeho funkční délka. U asymptomatických těhotných tato metoda umožňuje diagnostikovat inkompetenci hrdla děložního. Měření hrdla v současnosti prakticky nahrazuje vaginální vyšetření ve druhém trimestru těhotenství v prevenci předčasného porodu. „Zkrácení uzavřené části hrdla děložního pod 15 mm ve 22. -24. týdnu gravidity je zatíženo zvýšeným rizikem porodu před 33. gestačním týdnem (Koterová, 2008, s. 6)“. Dalším vyšetřením je abdominální ultrazvuk, kdy lékař posoudí počet, polohu a biometrii plodu/plodů, odhad porodní hmotnosti plodu, množství plodové vody a lokalizaci placenty. Odtok vody plodové lze prokázat makroskopicky

při vyšetření nebo actim PROM testem na podkladě imunochromatografické metody. Vyšetření vaginálního sekretu pomocí Temesvaryho testu je mnohdy falešně pozitivní (příměs krve). Dále se odebírá kultivace z pochvy, krev na vyšetření krevního obrazu, koagulačních parametrů, biochemických parametrů a CRP jako hlavního zánětlivého markeru a vyšetřuje se moč chemicky i kultivačně. V poslední době se v diagnostice předčasného porodu věnuje pozornost ultrazvukovému stanovení biofyzikálního profilu. Sleduje se 5 parametrů, jejich kvalita se boduje (0–2 body); patří k nim pohyby plodu, svalové napětí (tonus) plodu, dýchací pohyby (FBM, v děloze naznačené), množství plodové vody a srdeční činnost plodu (Koterová, 2008, Hájek, 2011, www.lekarske.slovníky.cz [cit. 2013-01-14]).

1.1.3 Management a léčba předčasného porodu

1.1.3.1 Tokolýza

Základním postupem v léčbě hrozícího předčasného porodu je v současnosti tokolýza. Jedná se o potlačení aktivity děložního svalstva, relaxaci myometria. Nasazuje se u těhotných v období mezi 24+0 až 33+6 týdnů gravidity. Po dosažení gestačního týdne 34+0 není již doporučována. „Úspěšná je taková, která zabrání předčasnému porodu alespoň 48 hodin, tj. po období nutné k indukci plicní zralosti plodu a k transportu těhotné do perinatologického centra (Hájek, 2004, s. 272)“. Tokolytika jsou léčiva, která inhibují kontrakční aktivitu dělohy. Absolutní kontraindikací tokolýzy je intraovulární infekce a krvácení z rodidel. Nejčastěji používanými tokolytiky jsou Beta 2-sympatomimetika, kam se řadí Partusisten a Gynipral. Při použití těchto preparátů je třeba myslet na možné nežádoucí účinky na matku, mezi které patří tachykardie, hypotenze, palpitace, hyperglykémie, hypokálemie, zvracení, dušnost a je zde i nebezpečí rozvoje edému plic. U plodu může dojít k tachykardii a arytmií. Kontraindikacemi jejich použití jsou dekompenzované interní onemocnění matky, jako je hypertenze, diabetes mellitus, astma bronchiale apod. Dalším tokolytikem je magnesiumsulfát, který je dobře ženami dobře tolerován. Názory na jeho používání jsou

protichůdné. „Podle nejnovějších studií magnézium nemá žádné tokolytické účinky, přesto je nejen v ČR v léčbě hrozícího předčasného porodu velmi hojně užíván (Binder, 2011, s. 92)“. Jedná se spíše o účinek placebo efektu. Jeho nežádoucím účinkem je zvýšení hladiny magnézia v krvi matky, která způsobuje srdeční a respirační poruchy a může být toxická pro plod. Novým a nejúčinnějším tokolytickým preparátem je přímý antagonist oxytocinových receptorů- Atosiban, který má minimum vedlejších účinků na matku i plod. Jeho rutinnímu zavedení do praxe ale brání cena přípravku (Binder, 2011, Hájek, 2004).

1.1.3.2 Antibiotika a kortikosteroidy

Rutinní podávání antibiotik se u hrozícího předčasného porodu ukázalo jako neefektivní. K antibiotické léčbě se tedy přistupuje při předčasném odtoku vody plodové nebo při podezření na infekční etiologii hrozícího předčasného porodu. Pokud těhotná žena nemá klinické příznaky infekce jako je teplota, tachykardie, lze počkat na výsledky markerů infekce-CRP a leukocyty. Vždy se postupuje individuálně. Doporučenými antibiotiky první volby jsou celosvětově makrolidy (Binder, 2011).

V konečné fázi vývoje fetálních plic dochází k velmi důležitému procesu dozrávání plic, který zahrnuje především tvorbu tzv. surfaktantu, což je látka snižující povrchové napětí plicních alveolů a tím umožňující rozepětí plic po narození plodu. Nedostatek surfaktantu u předčasně narozených plodů je příčinou vzniku RDS-respiratory distress syndromu novorozenců. „Podávání kortikoidů matce v případě hrozícího předčasného porodu významně snižuje morbiditu novorozenců a také potřebu umělé plicní ventilace a tím i komplikací s ní spojených (Koterová, 2008, str. 8)“. Kortikoidy také snižují riziko intraventrikulárního krvácení u plodu-IVH. Nejčastěji se používají glukokortikoidy betamethazon (Diprophos) a dexamethazon (Dexona). Je doporučeno podat v průběhu gravidity pouze jednu kúru kortikoidů, protože opakované podání je spojeno s vyšším rizikem poruch myelinizace v CNS dětí (Binder, 2011, Koterová, 2008).

1.1.3.3 Hydratace a klidový režim

V managementu předčasných porodů se uplatňuje zvýšený přísun tekutin, vychází se z předpokladu, že hydratace snižuje uvolňování oxytocinu. „Studie však příznivý efekt hydratace těhotné neprokázaly (Hájek, 2004, s. 275)“. V kombinaci s tokolytickou léčbou je nebezpečí rozvoje plicního edému (Hájek, 2004).

Klid na lůžku je první způsob léčby, který porodník indikuje. V těhotenství je redukce fyzické aktivity prospěšná. Omezení aktivity, které lékař nařídí, se rozumí částečný klid na lůžku, také se ženě doporučuje ležet na levém boku pro zlepšení krevního oběhu nebo v Trendelenburgově poloze pro snížení tlaku na děložní hrdlo. Snížení předčasných porodů naprostým klidem na lůžku bylo prokázáno pouze u vícečetných gravidit (Koucký, 2011, Větr, 1999).

1.1.4 Vedení předčasného porodu

K vedení předčasného porodu je potřeba přistupovat vždy individuálně. Neplatí, že by porod císařským řezem byl pro plod šetrnější. Vždy je nutné zvážit všechna rizika z hlediska matky i plodu. Spontánní porod je možný, pokud je plod v poloze podélné hlavičkou a porodní cesty jsou k tomuto způsobu připravené. K porodu per vias naturales se přistupuje také u plodu na hranici viability. Při vaginálním způsobu porodu je třeba mít na mysli, že nezralý plod je náchylnější ke vzniku porodního traumatu a k poškození hypoxií. Proto je doporučena epidurální analgésie, tím se sníží odpor svalů pánevního dna a podpoří uvolnění porodních cest. Dále se při vedení předčasného porodu aplikuje parciální tokolýza, pomocí které jsou ovlivňovány děložní kontrakce. Je vhodné co nejdéle zachovat vak blan, který chrání hlavičku před tlakem okolních struktur. Také je nutné s časovým předstihem informovat neonatologa a předat dítě neonatologům bez infekce, hypoxie a porodního traumatu (Roztočil, 2001, Slezáková, 2011).

1.2 Potřeby těhotných žen s hrozícím předčasným porodem

1.2.1 Klasifikace potřeb

Charakteristickým rysem moderního ošetrovatelství je systematické hodnocení a plánované uspokojování potřeb zdravého i nemocného člověka, které se realizuje prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Porodní asistentky se zabývají člověkem jako celkem, jako bytostí bio-psycho-sociální, bytostí holistickou, nejen souborem částí. Slovo holistický, holismus pochází z řečtiny a znamená celek. Holistická teorie tedy vychází z toho, že živý organismus je jednotný celek a všechny jeho části jsou ve vzájemné interakci. Z toho pak plyne, že každá porucha jedné z částí je poruchou celého systému „ Každý člověk je individualita, má své jedinečné vlastnosti, postoje, názory a potřeby (Trachtová, s. 10)“. Potřeba je projevem nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Je něčím, co lidská bytost potřebuje pro svůj vývoj a život. Lidské potřeby nejsou neměnné, neustále se mění z hlediska kvantity i kvality, vyvíjejí se a kultivují. Je důležité vědět, že všichni lidé mají stejné potřeby, ale tyto jejich potřeby jsou uspokojovány rozdílnými způsoby života. Uspokojování potřeb můžeme rozdělit na žádoucí a nežádoucí. Žádoucí je takové, které neškodí ani nám ani ostatním, je ve shodě s našimi sociálně kulturními hodnotami a je v mezích zákona. Potřeba jako projev nedostatku startuje proces motivace, hovoří se o motivačním napětí. Motivace je proces, který určuje směr, sílu a trvání určitého chování a jednání. U každého jednotlivce je pro motivaci určující sociální prostředí rodiny, způsob výchovy a hierarchie hodnot (Šamánková, 2011, Tomagová, 2008, Trachtová, 2008).

V psychologii se obvykle potřeby dělí na biogenní, fyziologické a psychogenní, sociogenní, psychologické. Toto rozdělení odpovídá z pohledu ošetrovatelství holistickému přístupu k člověku. Pojem potřeba pak vyjadřuje jednak určité nedostatky jak biologické (nedostatek jídla pohybu), tak i sociální (projev lásky, opory, zázemí). Různí psychologové sestavili různé indexy potřeb. Nejznámějším dělením je Maslowova hierarchie potřeb, Maslowova pyramida (viz příloha 1). Podle Maslowa

jsou lidé motivováni hierarchickým systémem základních potřeb. V tomto systému jsou lidské potřeby organizovány podle své naléhavosti. To vede k tomu, že nejprve musí být uspokojena potřeba „nižší“ a teprve je-li nižší potřeba uspokojena, může dominovat potřeba „vyšší“ a determinovat chování jedince. Do tzv. vyšších potřeb patří podle Maslowa potřeby lásky a sounáležitosti, potřeby uznání, ocenění a sebeúcty a potřeby seberealizace a sebeaktualizace. Uspokojování vyšších potřeb vede k delšímu životu, lepšímu spánku, menšímu počtu nemocí, vede k silnější, větší a opravdovější individualitě, znamená všeobecnou tendenci ke zdraví (Tomagová, 2008, Trachtová, 2008).

1.2.2 Ošetrovatelská péče

Existuje několik faktorů znesnadňujících uspokojování potřeb člověka. Těmito faktory jsou osobnost člověka, mezilidské vztahy, vývojové stadium člověka, nemoc a okolnosti, za kterých nemoc vzniká. Nemoc často brání lidem v uspokojování jejich potřeb, modifikuje způsob vyjádření potřeb a možnosti jejich uspokojování. Stejně tak i okolnosti, za kterých nemoc vzniká, ovlivňují potřeby a jejich psychickou odezvu. Nemocný bude jinak vyjadřovat a uspokojovat své potřeby v domácím ošetřování a jinak při hospitalizaci v nemocničním zařízení. Porodní asistentka by měla pozorně sledovat každý příznak svědčící pro předčasný porod, protože ten může nastat u kterékoliv těhotné ženy, ať už s rizikovými faktory, nebo bez nich. Dále by porodní asistentka měla rizikové ženy poučovat a pravidelně osvěžovat znalost příznaků předčasného porodu. „Jestliže se žena odchýlí od nařízení lékaře a opakovaně má předčasné stahy, neměla by porodní asistentka umocňovat pocity viny, které žena vždy má (Leifer, 2004, s. 224)“. K terapii předčasného porodu je řazena i hospitalizace. Při příjmu porodní asistentka změřívá těhotné ženě krevní tlak, puls a teplotu, pánevní rozměry a ženu zváží. Po vstupním kardiokardigrafickém záznamu je žena vyšetřena lékařem, ten určí strategii léčby. U klientek s předčasnou děložní činností je nasazena tokolytická infuzní terapie, porodní asistentka zavede kanylu intravenózně a pravidelně kontroluje plodové ozvy, sleduje pohyby plodu, dráždivost dělohy a event. odtok vody

plodové. Dále porodní asistentka sleduje celkový stav ženy, kontroluje fyziologické funkce ženy-krevní tlak, puls a teplotu, zajistí vyšetření EKG a interní vyšetření- vše dle ordinace lékaře. Při jakékoliv změně zdravotního stavu ženy porodní asistentka lékaře neprodleně informuje (Leifer, 2004, Sák, 2008, Trachtová, 2008).

Pokud dojde ke zklidnění kontrakcí, je žena přeložena na Oddělení rizikového a patologického těhotenství k dalšímu sledování. Je snahou porodních asistentek uložit ženu s jinou těhotnou, u které byla tokolytická léčba úspěšná. Pokud užívají antibiotika či tokolytika, je snaha o to, aby dostávaly léky ve stejnou hodinu, aby nebyl narušován noční spánek. Samotná hospitalizace v nemocnici s sebou přináší různá úskalí. Týká se to samotného prostředí, individuality jednotlivých pacientek a jejich přizpůsobení se cizímu prostředí, ostatním pacientkám, provozu samotného oddělení, ale také ošetrovatelskému personálu. Nápor na psychiku je veliký, žena se musí vyrovnat s nečinností, ústavním režimem, se změnou dietních návyků. Důležité je ženě podávat jednotné informace, podporovat důvěru ve zdravotnický personál a zařízení. Dostatek informací týkajících se samotného problému a léčby eliminuje strach a vede těhotnou ženu k aktivní spolupráci (Koudelková, 2007, Simočková, 2011, Slezáková, 2011).

Porodní asistentka poskytuje svoji péči pomocí ošetrovatelského procesu. Zjišťuje anamnézu těhotné, hodnotí její zdravotní stav, následně stanovuje ošetrovatelské diagnózy, vytváří ošetrovatelský plán, podle kterého je pak realizována péče a nakonec svoji péči zhodnotí. Terminologií ošetrovatelských diagnóz, vývojem nomenklatury, kritérií a taxonomie se zabývá NANDA International- Severoamerická asociace sester pro ošetrovatelskou diagnostiku. Ošetrovatelské diagnózy jsou řazeny do jednotlivých domén a tříd a vyznačují oblasti, kterými se má porodní asistentka zabývat při hodnocení stavu těhotné (Tomagová, 2008, Trachtová, 2008).

1.2.3 Podpora zdraví. Životní principy

V těchto dvou oblastech se porodní asistentka zajímá o to, jak těhotná žena vnímá svůj zdravotní stav a jakým způsobem o svoje zdraví pečuje. Zajímá se o to, zda těhotná žena pravidelně před hospitalizací navštěvovala prenatální poradnu, zda absolvovala všechna vyšetření, která jí její gynekolog doporučil. Zjišťuje, jestli těhotná užívá dlouhodobě nějaké léky, jestli užívá vitamínové přípravky a zda kouří, pije alkohol či užívá drogy. Dále porodní asistentka zjišťuje, co těhotná žena dělá pro udržení svého zdraví, zda z důvodu těhotenství změnila svůj životní styl. Během hospitalizace zjišťuje celkový přístup těhotné ženy k léčebnému procesu, zda ho dodržuje, zda má dostatečné množství informací o léčbě a zda těmto informacím rozumí. Dále se porodní asistentka zajímá o životní cíle ženy, o její přání, zajímá se o to, zda těhotenství bylo plánované, chtěné či nikoliv. Také zjišťuje, zda je těhotná žena věřící a zda by měla zájem o návštěvu duchovního během hospitalizace (Slezáková, 2011, Trachtová, 2008).

1.2.4 Výživa

Výživa je jednou ze základních potřeb člověka, je nezbytná pro udržování biologické rovnováhy organismu, dá se říci, že je nezbytná k zachování života. Výživa ovlivňuje naše zdraví i duševní pohodu, podílí se i na průběhu některých onemocnění. Pravidelnou životosprávou člověk uspokojuje svoje potřeby dříve, než se stanou aktuální. Pokud je potřeba jídla dlouhodobě neuspokojována, pak se stává aktuální, dominantní a ovlivňuje chování a jednání člověka. Pro zdraví a život je nezbytný příjem přiměřeného množství pevné a tekuté stravy a kromě toho nám jídlo přináší i požitek, zvláště je-li vkusně podáváno. Výživa je velmi důležitým faktorem, který ovlivňuje vznik a udržení zdravého těhotenství a také úspěšný porod zdravého dítěte. Dobré stravovací návyky před početím, ve kterých matka pokračuje i v těhotenství, umožňují dobrou adaptaci na zvyšující se nároky matky i plodu. Smyslem zdravé výživy těhotné ženy je vytvoření podmínek pro optimální vývoj plodu při zachování dobrého nutričního stavu matky. Strava těhotné ženy má být vydatná, lehce stravitelná a nejlépe

rozdělená do pěti až šesti jídel denně. U těhotných není vhodná redukční dieta, která by mohla být příčinou předčasného porodu a ani hyperkalorická dieta, která může vést k obezitě, gestačnímu diabetu nebo preeklampsii. „V obecné rovině je vhodné doporučit stravu, která obsahuje hodně ovoce a zeleniny, málo tuků a sladkostí (Čech, 2006, s. 64)“. Ve druhé polovině gravidity je vhodná suplementace minerálů a stopových prvků, především vápníku a železa. Spotřeba tekutin by u těhotné ženy neměla klesnout pod dva litry denně. Až 2/3 žen se v těhotenství potýká s pyrózou projevující se nepříjemným pocitem v nadbříšku nebo za sternem. Je způsobena změnou motility a tonusu žaludku. Těhotným ženám se doporučuje jíst nedráždivé jídlo v malých porcích, setrvat po jídle ve vertikální poloze a pomáhat i užívání antacid. Hospitalizace, změna prostředí, zavedení léčebné diety, to vše může u těhotné ženy ovlivnit její chuť k jídlu. Proto by porodní asistentka měla kontrolovat, jak se žena během hospitalizace stravuje, respektovat její přání, ale zároveň i sledovat dodržování léčebného procesu. Důležité je i pravidelně ženu během hospitalizace vážit a hmotnost zaznamenávat do dokumentace. U těhotných, které mají klid na lůžku, porodní asistentka zajistí donesení jídla na pokoj a zajistí pomůcky ke stravování na lůžku (Capoušková, 2004, Čech, 2006, Mullerová, 2002 [cit. 2013-01-16]).

1.2.5 Vylučování a výměna

Vyprazdňování je fyziologickou funkcí organismu, patří mezi základní potřeby člověka. Vyprazdňování zasahuje do intimní sféry člověka, lidé mají zábrany hovořit o problémech s vyprazdňováním. Způsob uspokojování potřeby vyprazdňování je u každého člověka jiný, individuální. S vyprazdňováním také souvisí i aspekty psychosociální. Dostatečné vyprázdnění navozuje pocit spokojenosti a libosti. Naopak nemožnost se vyprázdnit nebo nedostatečné vyprázdnění je doprovázeno somatickými potížemi jako je bolest, pocit plnosti, nadýmání a i psychickými potížemi jako je napětí, nervozita a špatná nálada. V těhotenství dochází k ochabnutí hladké svaloviny střev a následkem toho pak dochází k zácpě. U hospitalizovaných žen může ke vzniku zácpy dojít vlivem klidového režimu na lůžku, nedostatkem pohybu a hlavně studem klientky

vyprazdňovat se na podložní míse a s tím spojeným potlačováním nucení na stoliči. Z tohoto důvodu se těhotným ženám doporučuje konzumace potravin s velkým obsahem vlákniny, pití minerálních vod s mírným laxativním účinkem a ovocných šťáv a břišní dýchání. Silná laxativa jsou v graviditě kontraindikována. Při vyprazdňování na lůžku porodní asistentka zajistí ženě intimitu a diskrétnost. Opačným problémem pak může být průjem, který se často vyskytuje u žen užívajících perorálně magnézium. Porodní asistentka při podávání magnézia ženu informuje o možnosti vzniku průjmu a pokud k němu dojde, pak porodní asistentka informuje lékaře. Obtíže často ustanou při změně lékové formy magnézia, např. z práškové na tabletovou. Typické pro těhotenství je také častější močení, kdy v důsledku tlaku těhotné dělohy na močový měchýř dochází ke snížení jeho kapacity a v důsledku působení progesteronu dochází ke snížení tonusu hladké svaloviny vývodných cest močových a tím ke zpomalení odtoku moči. Zadržovaná moč je pak alkalická, což je vhodné prostředí pro růst mikroorganismů. Porodní asistentka musí ženu poučit o pravidelném vyprazdňování močového měchýře a to i v případě, že močení je pro ženu nepříjemné až bolestivé. Pravidelné močení je prevencí vzniku asymptomatické bakteriurie. Porodní asistentka by měla ženu poučit o nevhodnosti nošení neprodyšného těsného prádla, o nevhodnosti používání vložek s nepromokavou folií a upozornit na nevhodnost používání parfémovaných mýdel. S vylučováním souvisí i hygiena. Potřeba čistoty patří mezi základní biologické potřeby. U hospitalizovaných žen s klidovým režimem porodní asistentka připraví k lůžku veškeré pomůcky potřebné k hygieně, eventuálně dle ordinace lékaře ženu doprovodí do sprchy, dohlíží na ni a zároveň respektuje její intimitu, stud a soukromí. Porodní asistentka zajistí ženám pravidelnou výměnu ložního prádla (Jeklová, 2004, Kameníková, 2003, Rozsypalová 2002).

1.2.6 Aktivita/ odpočinek

Spánek a potřeba spánku a odpočinku jsou u každého člověka individuální. Závisí na denní aktivitě člověka, na věku, na fyziologickém stavu organismu a na dalších faktorech. Spánek je základní lidskou potřebou a je všem bytostem společný. Nejedná

se o bezvědomí, ale o určitý aktivní děj, pro který je typická snížená fyzická aktivita, změna fyziologických funkcí a snížená odpověď na podněty z vnějšku. Těhotná žena potřebuje alespoň osm hodin pravidelného nočního spánku, doporučuje se spát v dobře větrané chladné místnosti a vhodná je i siesta po obědě, pokud neovlivní večerní usínání. U hospitalizovaných těhotných žen může být spánek narušen z mnoha důvodů: neznámé nemocniční prostředí, obavy o další osud těhotenství, nepohodlná poloha na lůžku, suchý vzduch, brzké ranní probouzení či dodržování večerního klidu. Pokud porodní asistentka zjistí nějaký problém s usínáním či spánkem, snaží se o jeho odstranění. Zajistí klidné prostředí ke spánku, vyvětrá místnost, upraví lůžko, ztlumí světlo. Pokud to obsazení pokoje dovolí, umožní ženě předspánkový rituál-četba při individuálním osvětlení, tichý poslech rádia. Vyslechne ženu a promluví s ní o jejích problémech. Při noční práci se porodní asistentka chová tiše. Odpočinek není jen inaktivita. „Odpočinkem rozumíme především klid, relaxaci bez emočního stresu a uvolnění napětí a úzkosti (Trachtová, 2008, str. 70)“. Pohoda a klid pak ovlivňují prožívání a navozují pozitivní emoce člověka. Porodní asistentka by se měla snažit ženu zapojit do společenských činností v rámci možností zdravotnického zařízení např. sledování televize. Ideální by bylo začlenit do režimu dlouhodobě hospitalizovaných žen s klidem na lůžku arteterapii nebo ergoterapii nebo muzikoterapii. Všechny tyto metody vedou ke zklidnění, odpoutání pozornosti a k psychické stimulaci (Čech, 2006, Simočková, 2011, Trachtová, 2008, www.zdravi.e15.cz, 2000[cit. 2013-01-18]).

1.2.7 Vnímání sebe sama. Zvládání zátěže - odolnost vůči stresu

„Každý člověk si v průběhu života vytváří určitou představu sama sebe (Trachtová, 2008, s. 154)“. Výsledkem bio-psycho-sociálního vývoje je pozitivní sebekoncepce a sebeúcta. Pokud má člověk rád sebe, je schopen mít kladný vztah k ostatním lidem a vytvářet s nimi dobré interpersonální vztahy. Sebekoncepce se rozděluje do čtyř složek, vzájemně propojených-obraz těla, výkon role, osobní identita a sebeúcta. Během gravidity dochází ke změnám v oblasti somatické - mění se tvar těla, zvyšuje se tělesná hmotnost, zvýrazňuje pigmentace, mohou se vytvářet strie. Somatické změny ženy

většinou přijímají negativně, mohou mít obavu ze ztráty atraktivity nebo možnosti poškození těla. Gravidita je také charakterizována jako psychosociální krize, během které žena přehodnocuje vlastní úlohu a postoje. Dochází k vývoji mateřské identity, žena začleňuje své „já“ do nové role matky. Mění se i rodinný systém, žena postupně ztrácí ekonomickou soběstačnost, je více závislá na svém partnerovi. Mohou se dostavit i obavy spojené s pocitem oběti. V graviditě a zvláště při hospitalizaci, která je pro ženu náročnou a stresovou situací, se objevují psychické stavy, které jsou mimo graviditu považovány za patologické – úzkost, deprese, náladovost, chaotické chování, magické myšlení až benigní encefalopatie gravidních žen. „To, jak se žena tělesně vnímá, cítí a jak reaguje na těhotenství její organismus, je neoddělitelnou součástí prožívání, chování, psychických reakcí (Ratislavová, 2008, s. 17)“. Pro ženu je důležitá podpora ze strany rodiny, partnera i přátel, během hospitalizace je důležitá podpora ze strany zdravotníků. Porodní asistentka by vždy měla přistupovat k těhotné ženě individuálně a v celém bio-psycho-sociálním kontextu (Bašková, 2002, Ratislavová, 2008, Trachtová, 2008).

1.2.8 Vztahy a sexualita

Během gravidity dochází k proměně v partnerském vztahu. Těhotná žena očekává více zájmu a pozornosti od svého partnera, snadněji nabývá pocitu strachu a ublížení. „Reakce mužů na těhotenské změny partnerky jsou různé, většinou zralá osobnost muže bere tyto změny jako přirozené a vítané (Ratislavová, 2008, s. 46)“. Muži se dnes daleko více než dříve podílejí emočně na těhotenství a porodu ženy, procházejí podobnými procesy jako nastávající matky. Mohou se u nich objevit pocity nejistoty, rozpolcenost a sebezpytování, zda jsou připraveni na otcovství, často mají ambivalentní pocity vůči dítěti – na jedné straně se na dítě těší, ale na druhé straně si uvědomují, o co všechno s narozením dítěte přicházejí. Je vhodné začlenit partnera do děje, aby doprovázel těhotnou do prenatální poradny na ultrazvuková vyšetření a na předporodní kurzy. Zde se muž setkává s jinými budoucími otci, kteří jsou ve stejné situaci a mají podobné pocity. U některých nastávajících otců se můžeme

setkat s tzv. „těhotenstvím mužů“ neboli couvade. Tito muži mají podobné somatické příznaky jako těhotné ženy- bolesti zubů, průjem, zácpu, nauzeu, přibývání na váze. Výskyt couvade je častější u mužů s těsnou vazbou na matku, u partnerů úzkostných těhotných a u starších budoucích otců. Rizikové těhotenství spojené s hospitalizací vede i ke změně v sexuálním životě páru, často mají partneři zakázaný pohlavní styk po dobu celé gravidity. Pokud je žena hospitalizovaná na několika lůžkovém pokoji, pak nemají partneři dostatek soukromí ani pro důvěrný rozhovor. Těhotné hospitalizované ženy se také dost často potýkají se ztrátou atraktivity pro svého partnera z důvodu upoutání na lůžko. Těhotenství neovlivňuje jenom partnerský vztah, změnou prochází celý rodinný systém. Rodiče by měli starší dítě připravovat na příchod sourozence, narození sourozence vyvolává žárlivou reakci, která však většinou trvá jen krátce a je nahrazena pozitivní reakcí. Úkolem porodní asistentky je podporovat komunikaci v páru i v celé rodině, vyslechnout jejich problémy, pokusit se zajistit páru co nejvíce soukromí v rámci možnosti oddělení (Dušová, 2009, Ratislavová, 2008).

1.2.9 Bezpečnost/ ochrana. Komfort

Riziková gravidita a hospitalizace v těhotenství je pro gravidní ženu velmi stresující. Žena má pocit ztráty kontroly nad svým tělem, ztrácí pocit bezpečí a jistoty. Obává se o další průběh těhotenství, o osud nenarozeného dítěte. Při příchodu do nemocnice je důležité ženu seznámit s prostředím oddělení, informovat ji o režimu oddělení, o návštěvních hodinách i o aktivitách, které jsou jí k dispozici. Na druhou stranu právě hospitalizací mohou některé ženy dosáhnout pocitu bezpečí a jistoty, mají pocit, že jsou během hospitalizace více hlídány. Týká se to především žen s negativním zážitkem z minulé gravidity. Do domény komfortu je řazena i bolest. Porodní asistentka zjišťuje, zda má žena nějaké bolesti, hlavně má na mysli předčasné kontrakce děložní či bolesti v podbřišku u hrozícího předčasného porodu. O děložních kontrakcích porodní asistentka informuje lékaře. Kontrakce u podrážděné dělohy může vyvolat ochranné hlazení břicha, proto porodní asistentka poučí ženu, aby podráždění dělohy

minimalizovala klidem na lůžku a nedráždila dělohu hlazením břicha (Slezáková, 2011, Tomagová, 2008, Trachtová, 2008).

1.3 Komunikace

Komunikace je proces předávání informací mezi dvěma či více komunikujícími subjekty, je základem všech vztahů mezi lidmi. Při komunikaci je využíváno prostředků verbálních a neverbálních. Verbální komunikace je buď slovo mluvené nebo slovo psané, do neverbálních prostředků komunikace patří mimika, kontakt očí, gesta, doteky, celkový pohyb těla, vzdálenost od partnera, pohyby a poloha rukou a další. V práci ošetřujícího personálu je velmi důležitá efektivní komunikace. Díky ní zdravotnický personál pochopí problémy klienta a společnou aktivitou naleznou jejich řešení. Efektivní komunikace tak umožňuje společné rozhodování a určování diagnostických a léčebných intervencí, navozuje vztah důvěry mezi ošetřujícím personálem a klientem. Porodní asistentka má zcela zásadní roli v komunikaci s klientkou, tráví s ní mnoho času, a tak je jí blízká. Klientka se porodní asistentce často svěřuje se svými osobními i intimními problémy. Porodní asistentka by měla být připravena na otázky, které klientku trápí, citlivě na ně reagovat a setrvávat u tématu, které klientka přináší. Měla by projevit osobní zájem o klientku a sladit svůj verbální a neverbální projev. Výsledkem správné komunikace je pak pocit klientky, že je v dobrých rukou a že se jí dostává všeho, co má zdravotnické zařízení k dispozici (Linhartová, 2007, Venglářová, 2006).

2 Cíl práce, výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

1. Zjistit, jaké jsou prioritní biopsychosociální problémy u žen dlouhodobě hospitalizovaných s hrozícím předčasným porodem.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jaké jsou prioritní problémy v oblasti biopsychosociální u dlouhodobě hospitalizovaných žen s hrozícím předčasným porodem?
2. Jak vnímají ženy s hrozícím předčasným porodem saturaci jejich potřeb při hospitalizaci ze strany porodních asistentek?

3 Metodika

3.1 Použité metody

Pro zpracování dané problematiky bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření, byla použita technika dotazování, formou strukturovaného rozhovoru. Metoda strukturovaného rozhovoru byla zvolena, protože pomáhá udržet obsahovou stránku rozhovoru a zároveň respondentky mohou uplatnit své vlastní pocity a názory.

Úvodních pět otázek rozhovoru bylo identifikačních, dále pak následovalo třináct otázek zaměřených na vyhledávání biopsychosociálních problémů žen hospitalizovaných pro hrozící předčasný porod, na jejich zvládání hospitalizace, na péči a přístup porodních asistentek a na uspokojování potřeb hospitalizovaných žen porodními asistentkami (viz příloha 2).

Rozhovory byly anonymní a se souhlasem respondentek byly nahrávány pomocí audiovizuální techniky. Jedno výzkumné šetření trvalo přibližně 30 až 40 minut. Při zpracování rozhovorů byla nejprve provedena jejich transkripce. Odpovědi respondentek byly interpretovány správně po obsahové stránce. Dále pak byla provedena kategorizace dat. Všechny rozhovory byly pečlivě pročteny a v každém rozhovoru byly identifikovány pocity a názory hospitalizovaných žen. Tyto pocity a názory byly poté parafrázovány do obecnějších vyjádření. Pro přehlednost byly nejčastější odpovědi zpracovány pomocí schémat. Tato schémata byla pro větší názornost popsána a při interpretaci dat byly použity citáty respondentů ze zaznamenaných odpovědí, které jsou v textu vyznačeny kurzívou. Identifikační údaje byly kategorizovány do tabulky.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumné šetření bylo prováděno v únoru 2013 na Gynekologicko-porodnické klinice Fakultní nemocnice Plzeň. Před provedením daného šetření byla oslovena vrchní sestra GPK FN Plzeň (viz příloha 3) a manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP FN Plzeň, oběma byly předány ke schválení otázky rozhovoru.

Výzkumným souborem bylo osm žen dlouhodobě hospitalizovaných pro hrozící předčasný porod.

4 Výsledky

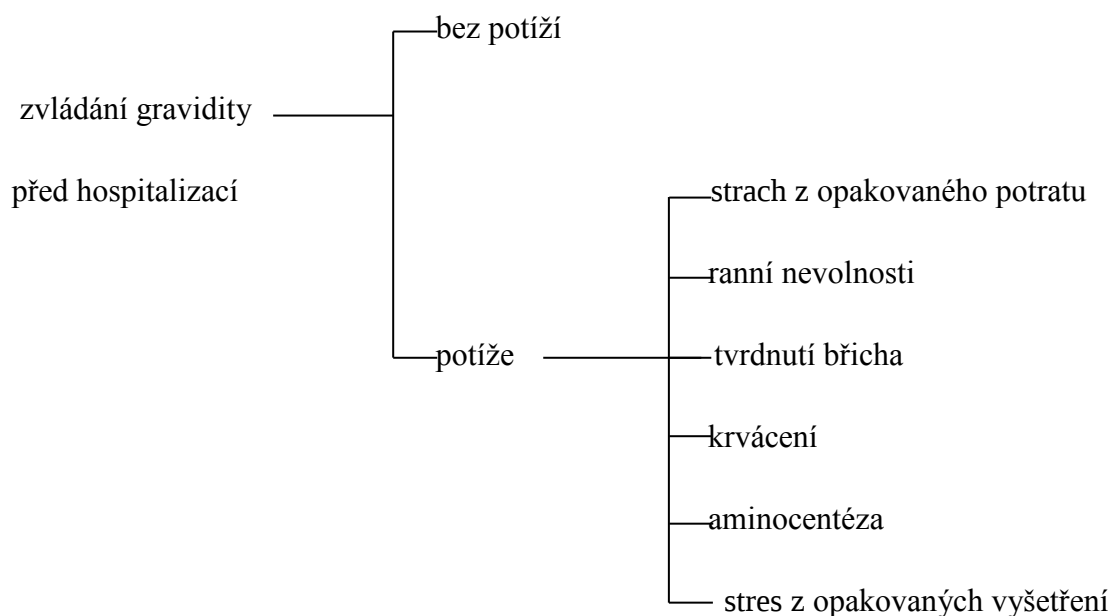
4.1 Interpretace výsledků kvalitativního šetření u těhotných žen hospitalizovaných na Oddělení rizikového a patologického těhotenství GPK FN Plzeň

Tabulka 1 Identifikační údaje respondentek

Respondentka	1	2	3	4	5	6	7	8
Věk	34	30	29	27	32	34	32	36
Počet předchozích gravidit	5	1	0	0	1	0	1	1
Počet dětí	0	0	0	0	0	0	1	1
Týden gravidity	30	34	30	33	28	32	32	28
Počet dní hospitalizace	22	21	18	11	22	16	14	16
Počet předchozích hospitalizací	0	0	0	0	1	0	0	0

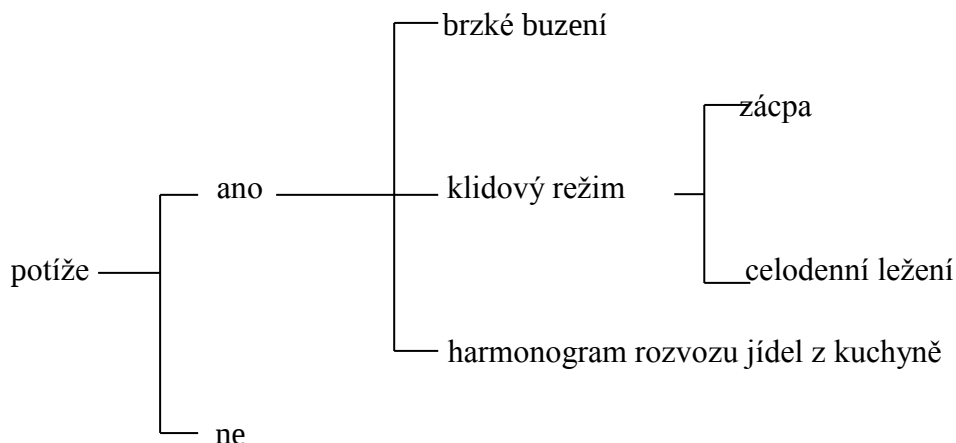
Respondentkám je mezi 27 a 36 lety. Tři respondentky jsou poprvé těhotné, čtyři respondentky jsou podruhé těhotné a u jedné respondentky se jedná o šestou graviditu. Pouze dvě respondentky mají jedno dítě, ostatní respondentky jsou bezdětné. Délka gravidity se u respondentek pohybuje mezi 28 až 34 týdny, délka hospitalizace je 11 až 22 dní. Pouze jedna respondentka byla v současné graviditě již hospitalizována, u ostatních respondentek se jedná o první hospitalizaci v této graviditě.

Schéma 1 Zvládání gravidity před hospitalizací



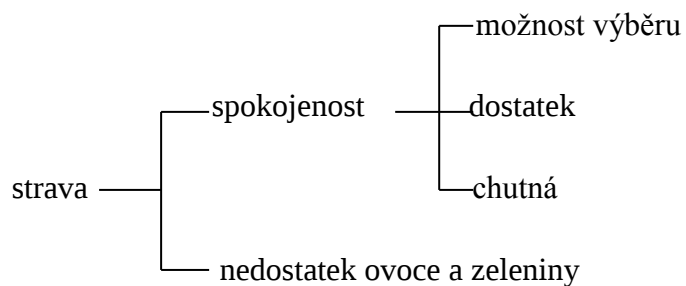
Z osmi oslovených respondentek tři uvedly, že jejich gravidita před hospitalizací probíhala bez potíží, pět respondentek mělo určité potíže. Dvě respondentky, které měly v anamnéze spontánní potrat v minulé graviditě, uvedly strach z opakovaného potratu. Dvě respondentky trpěly ranními nevolnostmi, tři respondentky pociťovaly tvrdnutí břicha. Jedna respondentka uvedla jako potíž krvácení, pro které již byla v této graviditě hospitalizována a jedna respondentka musela podstoupit aminocentézu. Tato respondentka doslova uvedla: „*Těhotenství je pro mě od začátku velkým stresem, všechny testy mi vyšly špatně, musela jsem je podstoupit opakovaně, musela jsem na odběr plodové vody a pak mi vyšly pozitivní protilátky, takže znovu mi dělali kontrolní krevní testy a teď hospitalizace kvůli tomu, že mi hrozí předčasný porod.*“

Schéma 2 Potíže se změnou denního režimu



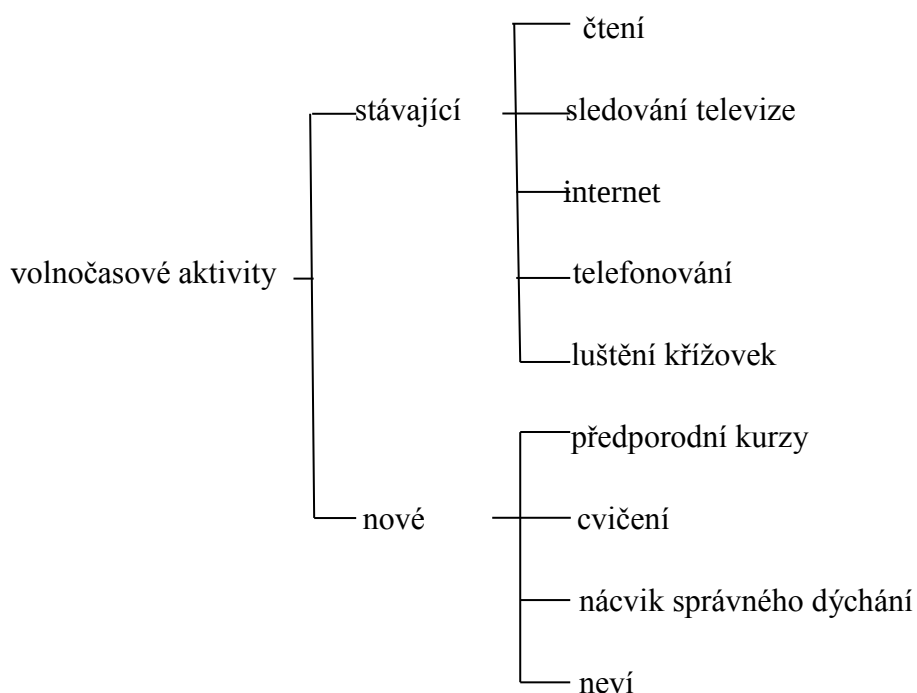
Z osmi dotazovaných respondentek pouze jedna uvedla, že nepociťuje žádné potíže v souvislosti se změnou denního režimu, ostatních sedm respondentek má nějaké obtíže. Jedné respondentce nevyhovuje časový harmonogram rozvozu jídel z kuchyně, především oběd v 11 hodin je pro ni moc brzy, ale domluvila se s porodní asistentkou, že má možnost v rámci nadstandardního pokoje oběd schovat a ohřát si ho později. Dvěma respondentkám dělá problém brzké buzení na oddělení. Celkem šest respondentek odpovědělo, že velkou potíž jim činí celodenní ležení, jedna respondentka odpověděla: „*Chybí mi pohyb, sice vím, že teď musím být v klidu, aby se mi hrdlo dál nezkracovalo, ale byla jsem zvyklá chodit na procházky několikrát denně s mým psem, někdy jsme byli venku i dvě hodiny, slyšela jsem, že pro těhotné jsou procházky nejvhodnější pohyb a místo toho jsem skončila tady. Někdy si připadám z postele celá otlačená a nevím, jak si už lehnout.*“ Dvě klientky uvedly v souvislosti s klidovým režimem další problém - zácpu.

Schéma 3 Množství a kvalita stravy



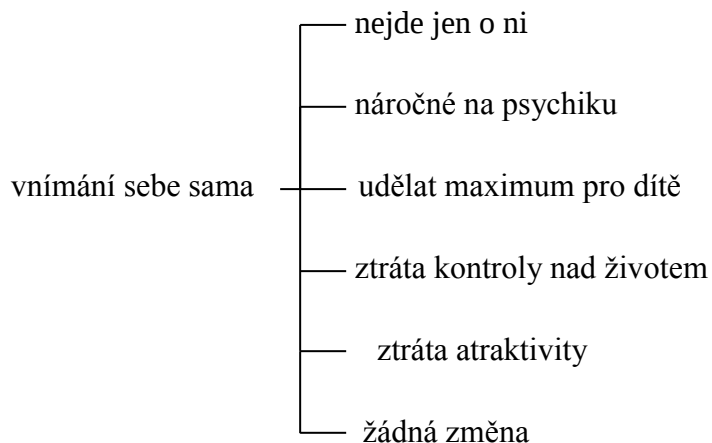
Na otázku týkající se množství a kvality stravy všech osm respondentek odpovědělo, že jsou se stravou spokojeny. Tři respondentky ocenily možnost výběru ze dvou až tří jídel, sedm respondentek uvedlo, že jídla je určitě dostatečné množství, že jim chutná a že hlad nepocítují. Pouze jedna respondentka uvedla jako nedostatek malé množství zeleniny a ovoce: „ *Ještě že je tady v budově bufet, odkud mi manžel vždy přinese něco dobrého, hlavně ovoce a zeleninu, tu jsem byla zvyklá teď v těhotenství hodně jíst.* “

Schéma 4 Volnočasové aktivity



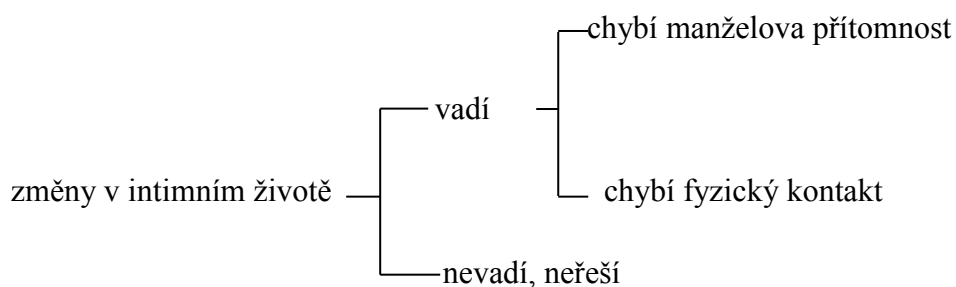
Na otázku, jak tráví svůj volný čas na oddělení, sedm respondentek z osmi odpovědělo, že čtením, sedm respondentek sledováním televize, čtyři uvedly surfování na internetu, dvě respondentky uvedly luštění křížovek a jedna telefonování. Jedna z respondentek řekla: „*Volného času mám teď spoustu, manžel mi nosí knížky a časopisy, tak hodně čtu, ale občas mě z toho bolí oči. Také mi manžel donesl notebook, tak si pouštím filmy. Někdy jen tak ležím a přemýšlím, co mě čeká a jak to všechno bude. Jsem také moc ráda, když přijde návštěva, to mi hned čas rychleji utíká.*“ Jaké nové volnočasové aktivity by uvítaly, pět respondentek z osmi odpovědělo, že je nic dalšího nenapadá. Jedna z respondentek doslova řekla: „*Jinak mě ani žádná další náplň volného času v nemocnici nenapadá, přeci jen zde člověk není na rekreaci.*“ Dvě respondentky by uvítaly předporodní kurzy, kterých se kvůli hospitalizaci a klidovému režimu nemohou zúčastnit, jedna respondentka by chtěla cvičení s fyzioterapeutem a jedna respondentka uvedla ještě nácvik správného dýchání.

Schéma 5 Vnímání sebe sama



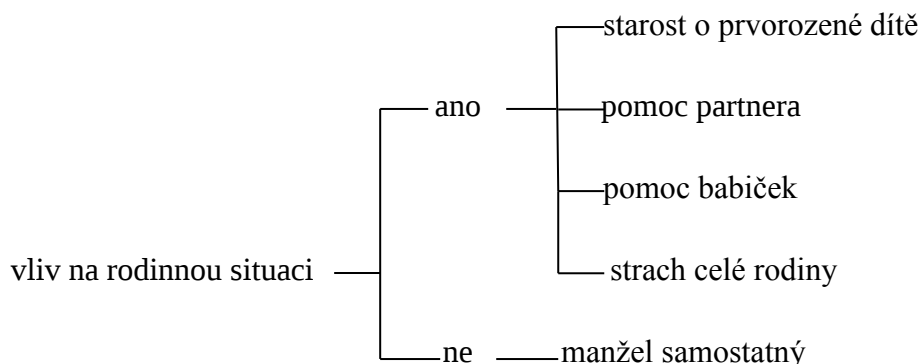
Šest respondentek z osmi dotazovaných uvedlo, že si díky hospitalizaci uvědomily, že už nejde jen o ně samotné, jedna z respondentek odpověděla: „ *Uvědomila jsem si, že už nejde jen o mě, že nerozhoduju jen sama za sebe, uvědomila jsem si, že nejsem sama a že jde především o moje dítě. Změnilo se celé moje dosavadní uvažování.* “ Tři respondentky uvedly velkou náročnost situace na jejich psychiku. Šest respondentek uvedlo, že musí udělat maximum pro dítě. Jedna respondentka uvedla pocit ztráty kontroly nad svým životem, jedna pocit ztráty atraktivity a pouze jedna respondentka uvedla, že nepocituje žádnou změnu ve vnímání sebe sama.

Schéma 6 Intimní život



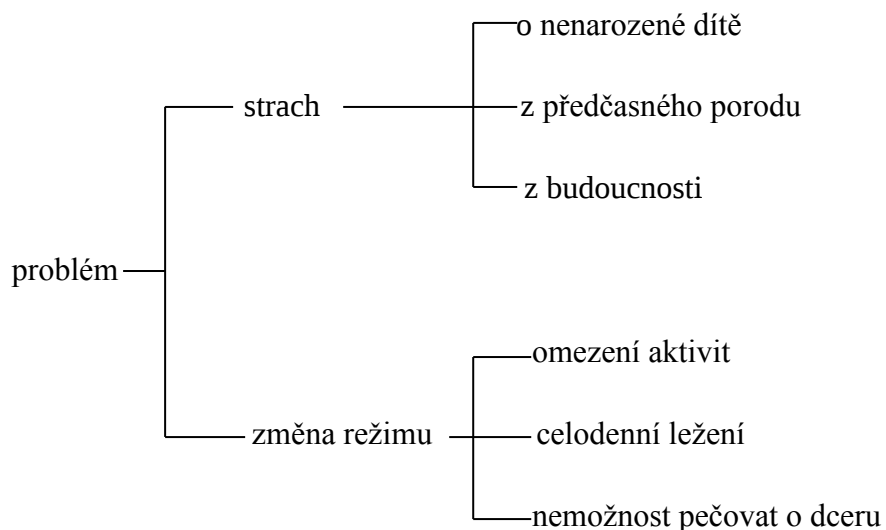
Z osmi dotazovaných respondentek dvě odpověděly, že jim změny v intimním životě nevadí, že je neřeší. Šest respondentek uvedlo, že jim změny v intimním životě vadí, že jim chybí manželova přítomnost a fyzický kontakt. Jedna z respondentek doslova uvedla: „ *Chybí mi přitulit se k manželovi a povídat si. Ted' jenom řešíme, co mi přinese, co mi vypere a podobně.*“ Další respondentka pak řekla: „ *Velmi mi chybí manžel, v tuhle chvíli víc než kdykoliv jindy potřebuji jeho neustálý fyzický kontakt a blízkost. Ale to samozřejmě není možné.*“

Schéma 7 Rodinná situace



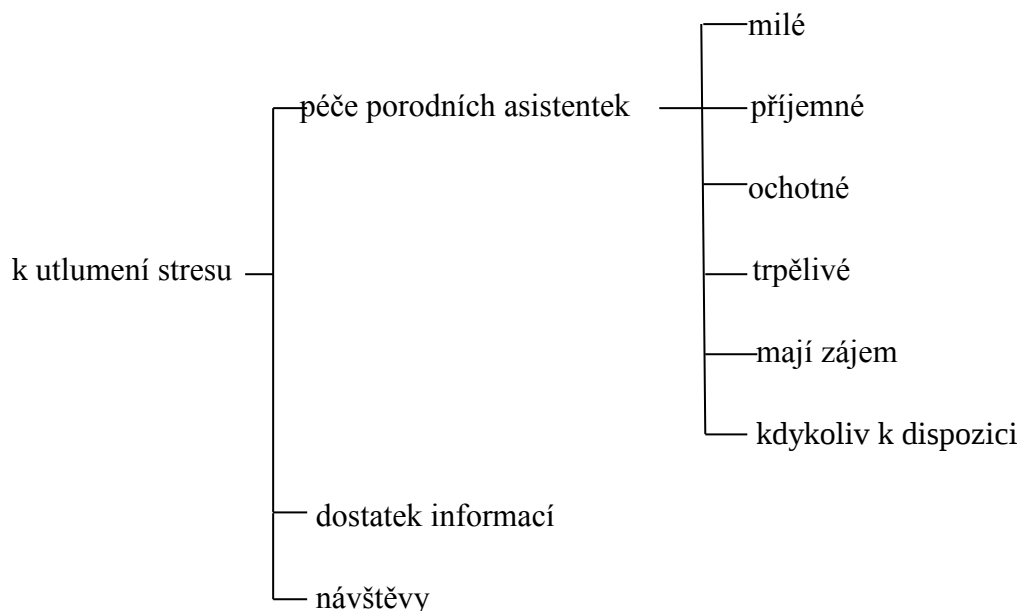
Na otázku, na kolik ovlivnila hospitalizace vaši rodinnou situaci a existuje něco, s čím Vám může porodní asistentka v této souvislosti pomoci, pět respondentek z osmi uvedlo, že hospitalizace nemá vliv na jejich rodinnou situaci, že žijí pouze s manželem/partnerem, který je samostatný. Tři respondentky uvedly, že hospitalizace jejich rodinnou situaci ovlivnila, z toho dvě respondentky mají již doma dítě, o které samozřejmě mají starost. Obě pak shodně uvedly, že manželovi/partnerovi nyní s péčí o prvorozené dítě pomáhají babičky. Třetí respondentka uvedla: „ *To, že jsem v nemocnici, ovlivnilo celou rodinu, všichni se bojíme o miminko, nejvíc určitě my oba s manželem. Je hezké, když ošetřující personál projeví pochopení, ale víc toho udělat nemůžou. Pokud mám dotazy a trápí mě něco, vždy mi ochotně a odborně odpoví a to je, myslím, to nejzásadnější z jejich strany. Když se k tomu usmějí, je to příjemný bonus navíc.*“

Schéma 8 Problém v souvislosti s hospitalizací



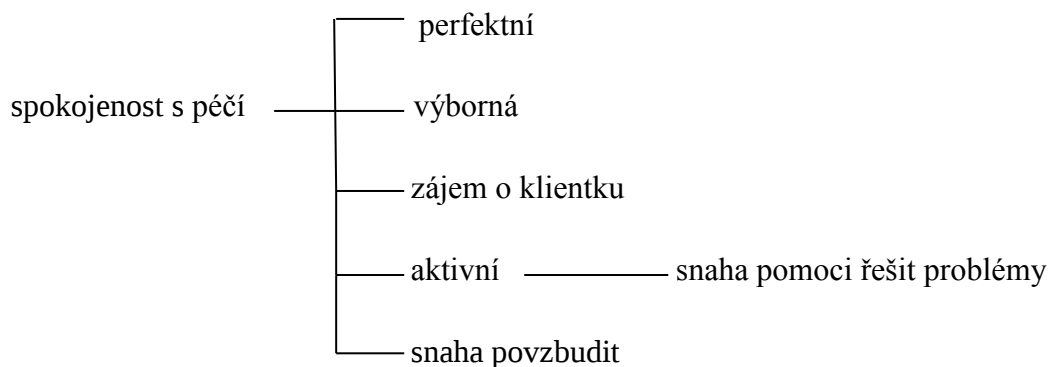
Šest respondentek z osmi dotazovaných uvedlo jako největší problém v souvislosti z hospitalizací strach o nenarozené dítě, jedna respondentka strach z předčasného porodu a dvě respondentky strach z budoucnosti. Tři respondentky uvedly jako největší problém změnu režimu, jedna uvedla omezení svých aktivit, tři celodenní ležení a jedna uvedla jako problém to, že nemůže pečovat o dceru: „*Mrzí mě, že nejsem doma hlavně kvůli dceři, ale všechno zlé je k něčemu dobré, přítel není otcem dcery, tak si to teď doma vyzkouší spolu sami beze mě a přítel si vyzkouší i péči o celou domácnost a možná si mě potom bude víc vážit.*“

Schéma 9 Utlumení stresu z hospitalizace



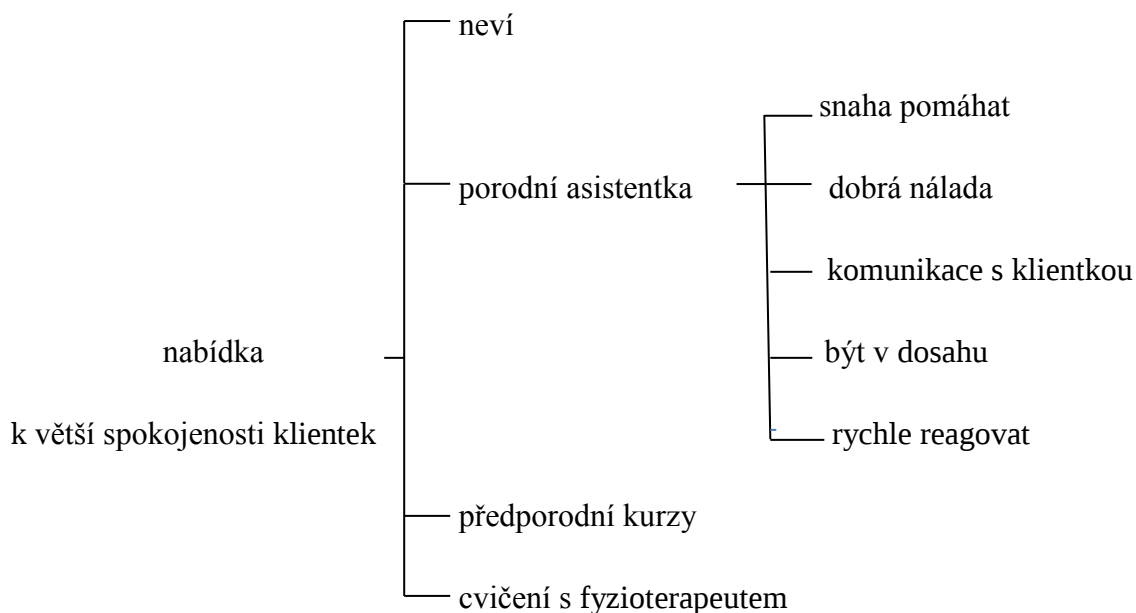
K utlumení stresu z nového prostředí sedm z osmi dotazovaných respondentek uvedlo, že jim pomohla péče porodních asistentek. Dvě respondentky uvedly, že porodní asistentky jsou milé a příjemné, dvě respondentky uvedly, že porodní asistentky jsou trpělivé a ochotné. Tři respondentky odpověděly, že porodní asistentky mají zájem o klientky a jedna řekla, že porodní asistentky jsou kdykoliv k dispozici. Jedna respondentka uvedla, že k utlumení stresu z nového prostředí jí pomohlo dostatek informací, které od lékařů i porodních asistentek dostává a jedna respondentka odpověděla, že jí pomohla možnost návštěv v podstatě kdykoliv během dne po domluvě s porodní asistentkou a se spolubydlící.

Schéma 10 Péče porodních asistentek



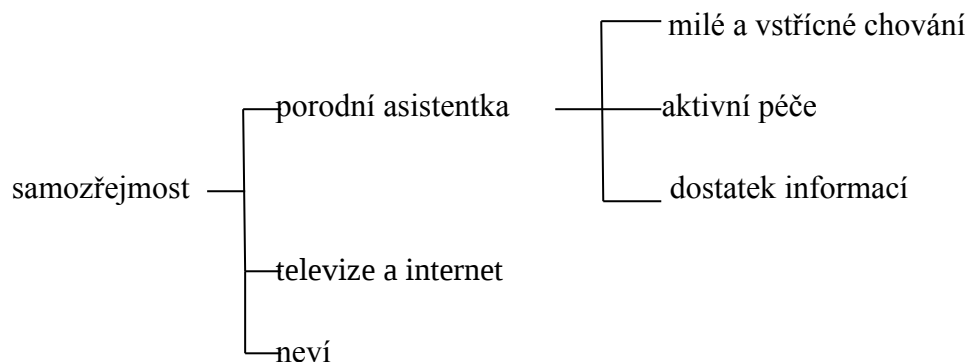
Na otázku, jak klientky hodnotí péči porodních asistentek, zda jim pomáhají aktivně řešit jejich problémy a zda se o ně a jejich problémy aktivně zajímají, tři respondentky z osmi přímo odpověděly, že jsou s péčí porodních asistentek spokojeny. Z odpovědí pěti dalších respondentek vyplynulo, že i ony jsou s péčí spokojeny. Tři respondentky uvedly, že péče porodních asistentek je perfektní, čtyři respondentky, že péče je výborná. Čtyři respondentky uvedly, že porodní asistentky mají zájem o klientku, stejně tak čtyři uvedly, že porodní asistentky jsou aktivní, že se snaží pomoci řešit problémy. Jedna respondentka uvedla, že se jí porodní asistentky snaží povzbudit v těžkých chvílích: „ *Byla jsem mile překvapena, jak jsou porodní asistentky aktivní, chodí se několikrát denně ptát, zda něco nepotřebujeme, a když vidí, že člověk není v pohodě, prohodí pár slov a snaží se povzbudit.* “

Schéma 11 Nabídka k větší spokojenosti klientek



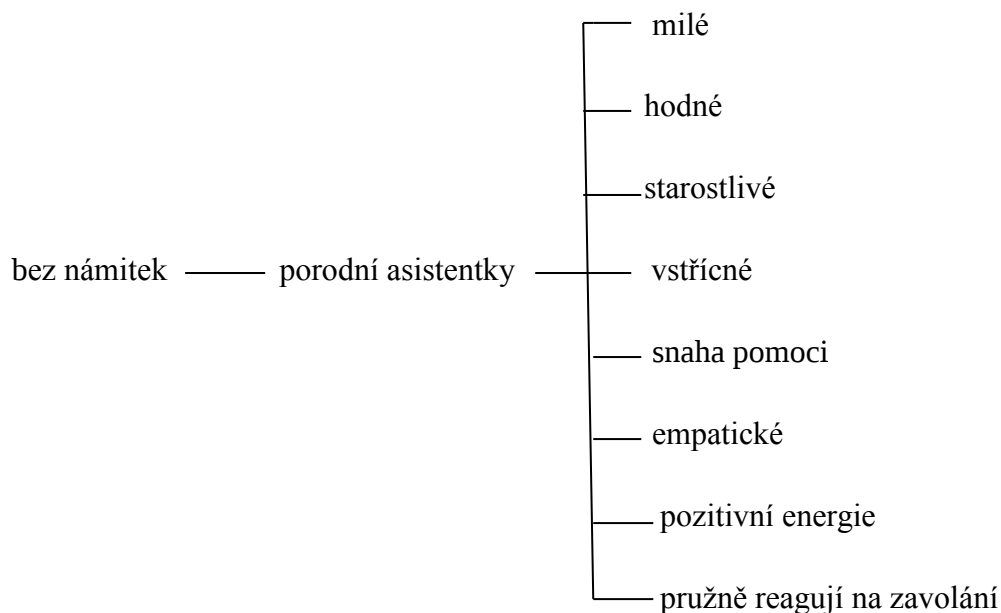
Pět z osmi respondentek na otázku, co by měly porodní asistentky nabízet k větší spokojenosti, odpověděly, že neví a dodaly, že jsou spokojené, protože porodní asistentky se snaží pomáhat, mají dobrou náladu, hovoří s klientkami, jsou v dosahu a rychle reagují na zavolání. Jedna respondentka řekla: „*Jsem nenáročná pacientka, péče na oddělení mi vyhovuje, porodní asistentky se starají, je vidět, že tu práci mají rády, a kdybych měla problém, pokusí se mi pomoci.*“ Pouze tři respondentky daly konkrétní odpověď, dvě respondentky by k větší spokojenosti uvítaly možnost absolvovat předporodní kurz a jedna by přivítala návštěvu a cvičení s fyzioterapeutem.

Schéma 12 Samozřejmost na oddělení



Na otázku, co by mělo být na oddělení samozřejmostí, jedna respondentka odpověděla, že je to milé a vstřícné chování ošetřujícího personálu, jedna respondentka odpověděla: „ *Aktivní péče porodních asistentek a ta tu je.*“ Jedna respondentka považuje za samozřejmost dostatek informací. Jedna respondentka nevěděla, co odpovědět. Čtyři respondentky z celkového počtu osmi dotazovaných považují za samozřejmost a standard televizi na pokoji a připojení k internetu kdekoliv v rámci oddělení.

Schéma 13 Zlepšení práce a přístupu porodních asistentek



Z celkového počtu osmi dotazovaných všech osm odpovědělo, že by na práci a přístupu porodních asistentek nic neměnilo. Ve svých odpovědích respondentky zmiňovaly, že porodní asistentky jsou milé, hodné, starostlivé, vstřícné, empatické, snaží se pomoci, vyzařují pozitivní energii a pružně reagují na zavolání. Zde jsou dvě odpovědi respondentek: „ Jsem ráda, že tu jsem a že se o mě zajímají, děsí mě, že kdybych byla sama doma a něco se přihodilo, že bych nevěděla, co dělat. Jsem vlastně ráda, že ležím právě na tomhle oddělení.“ „ Myslím, že jsem si nevšimla žádných nedostatků, musím porodní asistentky opravdu pochválit. Práce ve zdravotnictví by měla být výborně ohodnocena, vždyť život a zdraví je na světě to nejdůležitější.“

5 Diskuse

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jaké jsou prioritní biopsychosociální problémy žen dlouhodobě hospitalizovaných pro hrozící předčasný porod. K jeho dosažení byly stanoveny dvě výzkumné otázky: „Jaké jsou prioritní problémy v oblasti biopsychosociální u dlouhodobě hospitalizovaných žen s hrozícím předčasným porodem?“ a „Jak vnímají ženy s hrozícím předčasným porodem saturaci jejich potřeb při hospitalizaci ze strany porodních asistentek?“ Bylo provedeno kvalitativní šetření pomocí strukturovaného rozhovoru s osmi těhotnými ženami hospitalizovanými na Oddělení pro riziková a patologická těhotenství Gynekologicko-porodnické kliniky Fakultní nemocnice Plzeň. Úvodní části rozhovorů tvořily identifikační otázky, které jsou shrnuty v tabulce 1. Dotazovaným ženám bylo mezi 27 a 36 lety, pouze dvě ženy měly doma jedno dítě, ostatní byly bezdětné. To zřejmě souvisí s všeobecně známým faktem současné doby, že ženy odkládají mateřství do vyššího věku, chtějí nejprve studovat a cestovat a také se snaží sebe a své budoucí dítě nejprve finančně zabezpečit. Délka gravidity se u dotazovaných hospitalizovaných žen pohybovala mezi 28 až 34 týdny, délka hospitalizace byla 11 až 22 dní.

Zajímalo nás, zda měly hospitalizované ženy před hospitalizací nějaké obtíže v těhotenství a pokud ano, jaké tyto potíže byly (schéma 1). Pět z osmi dotazovaných žen uvádělo strach z opakovaného potratu, ranní nevolnosti, krvácení a stres z opakovaných vyšetření. Nejčastěji pak ženy uváděly tvrdnutí břicha, které může úzce souviset s hrozícím předčasným porodem, jak uvádí Pařízek (2005). Jako největší problém související se změnou denního režimu a s hospitalizací ženy uváděly klidový režim, celodenní ležení, celodenní nečinnost (schéma 2). Volný čas se snažily trávit čtením, sledováním televize, surfováním na internetu, telefonováním a luštěním křížovek (schéma 4). Ratislavová (2008) ve své publikaci uvádí, že do režimu dlouhodobě hospitalizovaných žen s klidem na lůžku by bylo vhodné začlenit ergoterapii, muzikoterapii nebo arteterapii. Většinu hospitalizovaných žen

při dotazování již žádné další nové volnočasové aktivity nenapadly, jedna respondentka by chtěla cvičení s fyzioterapeutem a nácvik správného dýchání, dvě respondentky by uvítaly možnost předporodních kurzů i v rámci oddělení. Jedna z těchto žen byla ve 34. týdnu gravidity, druhá pak ve 33. týdnu, blížily se tedy k termínu přislíbeného propuštění do domácího ošetřování. Pravděpodobně již na porod nepomýšlely jako na hrozící nebezpečí, ale jako na něco zcela přirozeného, čím jejich gravidita musí skončit. Věděly, že i doma budou muset dodržovat klidový režim a že se tedy nebudou moci žádného z předporodních kurzů zúčastnit. Z tohoto důvodu by bylo vhodné vytvořit předporodní kurzy přímo šité na míru klientkám Oddělení pro riziková a patologická těhotenství Gynekologicko-porodnické kliniky FN v Plzni.

Výzkum se dále zabýval i otázkou výživy, protože jídlo a pití patří mezi základní biologické potřeby člověka (schéma 3). Všech osm žen shodně odpovědělo, že jsou se stravou ve Fakultní nemocnici v Plzni spokojené, tři respondentky ocenily možnost výběru ze dvou až tří jídel. Sedm respondentek uvedlo, že jídla je dostatečné množství, že jim chutná a že hlad nepocítují. Koudelková (2007) prováděla výzkum u žen hospitalizovaných s rizikovým těhotenstvím a ve výsledcích uvádí, že více jak 50 % žen trpí během hospitalizace nechutenstvím a téměř 30 % těhotných hospitalizovaných žen má hlad. V našem výzkumu pouze jedna z žen uvedla jako nedostatek malé množství ovoce a zeleniny a pouze jedné ženě nevyhovoval časový harmonogram rozvozu jídel z kuchyně, tento problém uváděla jako potíže související se změnou denního režimu (schéma 2).

Otázky, jak ženy vnímají samy sebe v souvislosti s hospitalizací, jak hospitalizace ovlivnila jejich intimní a jejich rodinný život, spolu úzce souvisí, výsledky šetření jsou zaznamenány ve schématu 5, 6 a 7. Nejčastěji ženy uváděly, že hospitalizace je náročná na jejich psychiku, že si uvědomily, že už nejde jen o ně, ale především o dítě a že se celou situaci snaží zvládnout, aby udělaly maximum pro své dosud nenarozené dítě (schéma 5). Šest z osmi dotazovaných žen pak uvádělo, že jim vadí změny v intimním životě, především, že jim chybí manželova přítomnost a fyzický kontakt (schéma 6). Změnu v rodinné situaci zaznamenaly dvě ženy, které již doma měly jedno dítě, obě

měly štěstí a výhodu, že s péčí o prvorozené dítě a s domácností pomáhaly babičky. Zbýlých šest žen uvádělo, že manžel je samostatný a dokáže se o sebe a domácnost postarat sám (schéma 7). Z výzkumu tedy vyplývá, že dotazované těhotné ženy neměly obavy o funkci svojí rodiny v době svojí nepřítomnosti. Ve shodě s výzkumem Koudelkové (2007) je, že většina hospitalizovaných těhotných pociťuje izolaci od svého manžela. Ratislavová (2008) uvádí, že u dlouhodobě ležících rizikových těhotných se mohou vyvinout i psychické změny nazývané hospitalismus (regrese, deprese, pláč, protesty s agresí, uzavřenost, apatie.) Dále uvádí, že u ženy, jejíž těhotenství je rizikové, je ohrožena potřeba jistoty, budoucnosti, objevuje se anticipační úzkost (strach ze strachu, strach z toho, co bude). V našem výzkumném šetření na otázku, jaký je jejich největší problém v souvislosti s hospitalizací, odpovědělo šest z osmi respondentek, že je to právě strach o nenarozené dítě, dvě z těchto šesti uvedlo strach z budoucnosti. Jako další velký problém klientky uváděly změnu jejich režimu, především omezení jejich aktivit a celodenní ležení (schéma 8). Touto částí výzkumu byla zodpovězena první výzkumná otázka: „Jaké jsou prioritní problémy v oblasti biopsychosociální u dlouhodobě hospitalizovaných žen s hrozícím předčasným porodem?“

Ratislavová (2008) píše, že úkolem porodní asistentky je zajistit ústavní režim, který by se co nejvíce blížil běžným životním podmínkám ženy, vytvořit co nejvíce kladných vlivů v léčebném prostředí, umožnit návštěvy příbuzných a přátel, sledovat sociální klima na pokoji, zajistit co nejvíce podnětů, stimulovat psychiku klientky. Nejpodstatnější jsou však jednotné informace a podpora terapeutických vztahů, vztahů důvěry ve zdravotnické zařízení a personál. To se pravděpodobně podařilo porodním asistentkám na Oddělení rizikového a patologického těhotenství GPK FN v Plzni, jak ukazuje schéma 9. Zde respondentky uváděly, že k utlumení stresu z nového prostředí jim pomohlo dostatečné množství informací, možnost návštěv v podstatě kdykoliv během dne po domluvě s porodní asistentkou a se spolupacientkou, a dále pak péče porodních asistentek, které jsou podle slov dotazovaných žen milé, příjemné, ochotné, trpělivé, mají o ně zájem a jsou kdykoliv k dispozici. Ve schématu 10 je pak znázorněno, jak klientky hodnotí péči porodních asistentek. Klientky byly dotazovány,

zda jim porodní asistentky pomáhají aktivně řešit jejich problémy, zda se o ně a jejich problémy aktivně zajímají. Všechny osm respondentek shodně odpovědělo, že jsou s péčí porodních asistentek spokojeny, že péče porodních asistentek je výborná, že porodní asistentky mají zájem o klientky, snaží se pomáhat jim v řešení jejich problémů a snaží se klientky v „těžkých“ chvílích povzbuzovat. Jak je pro klientky důležitá péče porodních asistentek se objevuje i v odpovědích na otázky, co by měly porodní asistentky nabízet klientkám dlouhodobě hospitalizovaným a co by mělo být na oddělení samozřejmostí (schéma 11,12). Klientky uváděly, že jsou spokojené, protože porodní asistentky se jim snaží pomáhat, mají dobrou náladu, hovoří s nimi, jsou v dosahu a rychle reagují na zavolání. V dalších odpovědích se pak znovu objevilo, že by i hospitalizované ležící ženy uvítaly možnost absolvovat předporodní kurz a cvičení s fyzioterapeutem. Jako samozřejmost na oddělení klientky považují milé a vstřícné chování porodních asistentek a aktivní péči porodních asistentek, dále pak jedna respondentka uvedla jako samozřejmost už několikrát zmiňovaný dostatek informací. Polovina respondentek odpověděla, že samozřejmostí a standardem na oddělení, kde jsou často dlouhodobě hospitalizovány ženy s klidovým režimem, měla být televize na všech pokojích a připojení k internetu kdekoli na oddělení. Tohle však není v silách porodních asistentek zařídit. Ženy buď mají možnost využít nadstandardních pokojů, což však je určitě finančně náročné, zvláště při dlouhodobé hospitalizaci. Jinou možností je a tu jim porodní asistentky nabízejí, nechat si přinést z domova vlastní televizi nebo notebook, na kterém pak mohou televizní vysílání sledovat. Dále se výzkum zabýval, zda by klientky něco změnily na práci a přístupu porodních asistentek. Všechny dotazované ženy ve shodě odpověděly, že k práci a přístupu porodních asistentek nemají žádné námítky, že porodní asistentky jsou milé, hodné, starostlivé, vstřícné, empatické, snaží se pomáhat, vyzařují pozitivní energii a pružně reagují na zavolání (schéma 13). Jak je možné, že klientky hospitalizované na Oddělení rizikového a patologického těhotenství Gynekologicko-porodnické kliniky v Plzni, jsou tolik spokojené s péčí a přístupem porodních asistentek? Snad je to tím, že kolektiv tohoto oddělení je spíše menší, pracuje zde sedm porodních asistentek včetně staniční sestry a snaží se mezi sebou udržovat přátelské vztahy v zaměstnání i mimo něj.

Všechny porodní asistentky jsou vzdělané, již mají nebo si doplňují vysokoškolské vzdělání, aktivně se zúčastňují celoživotního vzdělávání. Došlo zde tedy ke skloubení a přenosu zkušeností těch starších a nadšení mladších porodních asistentek, společné pro všechny porodní asistentky je, že mají svoji práci rády. Pravděpodobně hraje velkou roli výborná komunikace porodních asistentek. Venglářová (2006) uvádí, že důležitá je právě komunikace. Pokud je patrný náš zájem o nemocného, ochota s ním být, komunikace má dobrý start. Naopak žádný trénink dovedností nenahradí nezájem o druhého člověka. Komunikace je nástrojem uspokojování potřeb člověka. Tímto tedy bylo odpovězeno na druhou výzkumnou otázku: „Jak vnímají ženy s hrozícím předčasným porodem saturaci jejich potřeb při hospitalizaci ze strany porodních asistentek?“

6 Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jaké jsou prioritní biopsychosociální problémy u dlouhodobě hospitalizovaných žen s hrozícím předčasným porodem.

Jako nejčastější problém dotazované ženy uváděly strach a to především o své nenarozené dítě a dále strach z budoucnosti. Tento strach byl však během hospitalizace zmírňován především dobrou komunikací s ošetřujícím personálem a dostatečným množstvím informací. Problémem dotazovaných žen během hospitalizace také bylo, že pociťovaly izolaci od svého manžela/partnera a měly obavy o funkci svojí rodiny, ke zmírnění těchto problémů pak na oddělení funguje možnost návštěv kdykoliv během dne po domluvě s porodní asistentkou. Dalším problémem pro hospitalizované ženy bylo celodenní ležení a s tím spojené omezení jejich aktivit. Jako výsledek výzkumného šetření vzešlo pořádání předporodních kurzů speciálně připravených pro ženy dlouhodobě hospitalizované na Oddělení rizikového a patologického těhotenství Gynekologicko-porodnické kliniky Fakultní nemocnice v Plzni. Tímto bylo odpovězeno na výzkumnou otázku: „Jaké jsou prioritní problémy v oblasti biopsychosociální u dlouhodobě hospitalizovaných žen s hrozícím předčasným porodem“?

Celkově dotazované ženy hodnotily péči porodních asistentek kladně, byly s ní spokojené. Uváděly, že porodní asistentky jsou ve své péči a přístupu ke klientkám aktivní, mají zájem o klientky a snaží se jim pomáhat řešit jejich problémy. Tímto bylo odpovězeno na druhou výzkumnou otázku: „Jak vnímají ženy s hrozícím předčasným porodem saturaci jejich potřeb při hospitalizaci ze strany porodních asistentek?“

Tato práce může posloužit porodním asistentkám pracujícím na Oddělení rizikového a patologického těhotenství GPK FN v Plzni jako zpětná vazba a může pomoci i porodním asistentkám pracujícím na ostatních odděleních GPK ke zkvalitňování péče o těhotné klientky.

7 Seznam informačních zdrojů

BAŠKOVÁ, Martina. 2002. *Ošetrovatelská péče během těhotenství*. Sestra. Praha, ročník XII. číslo 3. 38s. ISSN 1210-0404

Biofyzikální profil plodu. In: Lékařské slovníky: lexikon-pojem [online]. [cit. 2013-01-14]. Dostupné z: <http://lekarske.slovníky.cz/lexikon-pojem/biofyzikalni-profil-plodu-9>.

BINDER, Tomáš, a kolektiv. 2011. *Porodnictví*. 1. vydání. Praha: Nakladatelství Karolinum. 297 s. ISBN 978-80-246-1907-1.

BRENIŠIN, Peter. *Předčasný porod* [online]. 2011 [cit. 2013-01-19]. Dostupné z: http://www.mamaaja.cz/ActiveWeb/Article/3308/predcasny_porod.html

CAPOUŠKOVÁ, Pavla. 2004. *Výživa a cvičení u těhotných*. Sestra, roč. 14, č. 11, s. 66. ISSN 1210-0404

ČECH, Evžen, et al. *Porodnictví*. 2006. 2. přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. 544 s. ISBN 80-247-1313-9.

DUŠOVÁ, Bohdana, MAREČKOVÁ, Jana. 2009. *Úvod k péči porodní asistentky o ženu s patologickým a rizikovým těhotenstvím*. 1. Vydání, Ostrava: Ostravská univerzita, Fakulta zdravotnických studií. 233 s. ISBN 978-80-7368-611-6.

HÁJEK, Zdeněk. *Rizikové a patologické těhotenství*. 2004. 1. vyd. Praha: Grada, 443 s., čb. obr. ISBN 80-247-0418-8.

HÁJEK, Zdeněk. 2011. *Zásady diagnostiky předčasného porodu*. Moderní gynekologie a porodnictví: Předčasný porod. Praha: Levret, č. 3. ISSN 1211-1058.

JEKLOVÁ, Alena, TROJANOVÁ, Blanka. 2004. *Ošetrovatelská péče o těhotnou, rodičku a šestinedělku s vybranými onemocněními*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 52 s., ISBN 80-7013-411-9.

KAMENÍKOVÁ, Miloslava, KYASOVÁ, Miroslava. 2003. *Ošetrovatelské diagnózy na porodním sále*. 1.vyd.Praha: Grada, 92 s., ISBN 80-247-0285-1.

KOTEROVÁ, Kateřina. 2008. *Předčasný porod*. Moderní babictví. č. 15, s. 7. ISSN 1214-5572.

KOUCKÝ, M a A. GERMANOVÁ. 2011. *Možnosti prevence předčasného porodu*. Moderní gynekologie a porodnictví: Předčasný porod. Praha: Levret, č. 3. ISSN 1211-1058.

KOUDELKOVÁ, Vlasta. 2007. *Problematika hospitalizovaných žen s rizikovým těhotenstvím*. Moderní babictví, roč. 2007, č. 12, s. 8. ISSN 1214-5572.

LEIFER, Gloria. 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, XXXIII, 951 s., čb. obr. ISBN 80-247-0668-7.

LINHARTOVÁ, Věra. 2007. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. 1. vyd. Praha: Grada, 152 s. ISBN 978-802-4717-845.

MULLEROVÁ, Dana. 2002. ZDN-Gynekologie a porodnictví: *Výživa v těhotenství*. [online]. [cit. 2013-01-16]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/vyziva-v-tehotenstvi-148166>

Ošetrovatelská péče o pacientku s hrozícím předčasným porodem [online]. 2000. [cit. 2013-01-18]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/osetrovatelska-pecce-o-pacientku-s-hrozicim-predcasnym-porodem-126279>

PAŘÍZEK, Antonín. 2005. *Kniha o těhotenství a porodu*. 1.vyd. Praha: Galén, 425 s., ISBN 80-7262-321-4

PAŘÍZEK, Antonín. *Partner a těhotenství* [online]. [cit. 2013-01-14]. Dostupné z: <http://www.porodnice.cz/porod/predporodni-priprava/partner-tehotenstvi>

PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1.vyd.Praha:Tiskárny Havlíčkův Brod.152s. ISBN 80-247-1211-3.

Perinatologie: Koncepce [online]. 2013 [cit. 2013-01-14]. Dostupné z: <http://www.perinatologie.cz/koncepce.php>

RATISLAVOVÁ, Kateřina. 2008. *Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí : psychosomatická medicína : učební texty pro porodní asistentky]*. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area, 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.

ROZSYPALOVÁ, Marie. ŠAFRÁNKOVÁ, Alena. 2002. *Ošetrovatelství I*. Praha: Informatorium, 231 s. ISBN 80-86073-96-3

ROZTOČIL, Aleš. 2001. *Porodnictví*. první. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 333 s. ISBN 80-7013-339-2.

SÁK, Petr. 2008. *Standardy ošetrovatelské péče pro porodní asistenci*. 1. vyd. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice, 238 s. Závazné směrnice Nemocnice České Budějovice. ISBN 978-80-254-3774-2.

SIMOČKOVÁ, Viera. 2011. *Gynekologicko-pôrodnické ošetrovatel'stvo: učebnica pre fakulty ošetrovatel'stva*. 1. vyd. Martin: Osveta, 216 s., [12] s. obr. příl. ISBN 978-808-0633-622.

SLEZÁKOVÁ, Lenka. 2011. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 269 s., [8] s. barev. obr. příl. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3373.

STADELMANN, Ingeborg. 2009. *Zdravé těhotenství, přirozený porod: citlivý průvodce těhotenstvím, porodem, šestinedělím a kojením, který nabízí ověřené praktické návody, jak v těchto obdobích využít bylinek, homeopatických přípravků a éterických olejů*. 3., přeprac. vyd. Překlad Barbora Sadílková, Barbora Tomečková. Praha: One Woman Press, 513 s. ISBN 978-808-6356-501.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie. 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-802-4732-237.

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

TRACHTOVÁ, Eva. 2008. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. nezměněné-DOTISK. Brno: IDVPZ, 185 s. ISBN 80-7013-324-4.

TRČA, Stanislav. 2004. *Partner v těhotenství a při porodu*. 1.vyd.Praha: Grada , 108 s. ISBN 80-247-0869-8.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry: pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

VĚTR, Miroslav. 1999. *Předčasný porod*. Moderní gynekologie a porodnictví: Perinatologie, roč. 8, č. 2. ISSN 1211-1058.

8 Přílohy

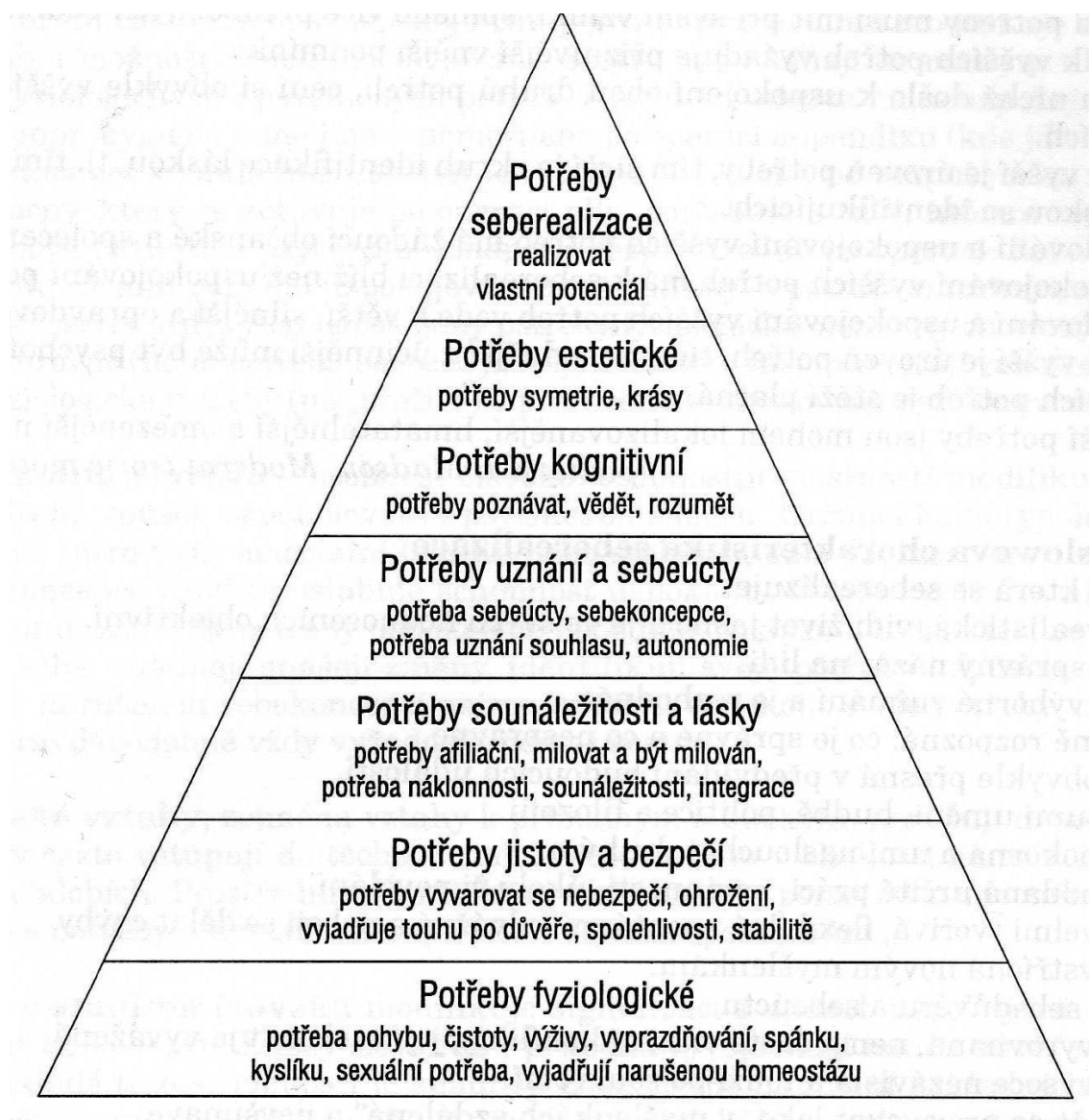
Seznam příloh

Příloha 1 Maslowova pyramida potřeb

Příloha 2 Otázky pro klientky

Příloha 3 Souhlas s provedením výzkumného šetření na GPK FN Plzeň

Příloha 1 Maslowova hierarchie potřeb



Zdroj: TRACHTOVÁ, Eva. 2008. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. nezměněné-DOTISK. Brno: IDVPZ, 185 s. ISBN 80-7013-324-4.

Příloha 2 - Otázky pro klientky

Milá nastávající maminko.

Jmenuji se Petra Runtová a jsem studentkou 3. ročníku kombinovaného studia oboru Porodní asistentka Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Ráda bych s Vámi vedla rozhovor na téma Předčasný porod v porodní asistenci. Zajímá mě, jaké jsou Vaše největší problémy v souvislosti s hospitalizací a jak vnímáte uspokojení vašich potřeb ze strany porodních asistentek.

Informace, které od Vás získám, jsou anonymní a použiji je pouze k vypracování bakalářské práce. Děkuji za vaši ochotu.

Otázky:

Kolik je Vám let?

Kolikáté těhotenství teď prožíváte?

Ve kterém týdnu jste těhotná?

Znáte důvod Vaší hospitalizace a můžete mi ho sdělit?

Kolik dní jste hospitalizovaná a jedná se o první hospitalizaci v tomto těhotenství?

1. Můžete mi říci, jak probíhalo doposud Vaše těhotenství a jak jste ho zvládala před hospitalizací?
2. Můžete mi sdělit, co Vám činí největší potíže se změnou denního režimu?
3. Jak jste spokojena s kvalitou a množstvím stravy na oddělení?
4. Jak trávíte volný čas na oddělení a jaké volnočasové aktivity by podle Vás zpříjemnily hospitalizaci?
5. Jak vnímáte sebe sama v souvislosti s neplánovanou hospitalizací?
6. Jak na Vás doléhají změny v intimním životě v případě hospitalizace?
7. Na kolik ovlivnila hospitalizace Vaši rodinnou situaci a existuje něco, s čím Vám může porodní asistentka v této souvislosti pomoci?
8. Co je podle Vás Vaším největším problémem v souvislosti s hospitalizací?

9. Co mohou porodní asistentky udělat z Vašeho pohledu k utlumení stresu z nového prostředí?
10. Jak hodnotíte péči porodních asistentek? Pomáhají Vám řešit Vaše problémy? Zajímají se aktivně o Vás a Vaše problémy?
11. Co by měly porodní asistentky nabídnout takovým pacientkám, jako jste Vy, aby byly na oddělení více spokojené?
12. Můžete mi říci, co by mělo být při pobytu na našem oddělení pro pacientky samozřejmostí?
13. Je něco, co byste zlepšila na práci a přístupu porodních asistentek?
(Větší starostlivost o pacientky, odbornost, empatii, lidský přístup)

Zdroj (vlastní)

Příloha 3 - Souhlas s provedením výzkumného šetření na GPK FN Plzeň

Vrchní sestra Bc. Věra Houdková

Gynekologicko-porodnická klinika

FN Plzeň-Lochotín

Alej Svobody 80

304 60 Plzeň

Věc: Žádost o povolení provedení výzkumu

Jsem studentka 3. ročníku JČU v Českých Budějovicích, bakalářského studia, obor porodní asistentka. Pro svoji bakalářskou práci jsem si zvolila téma „Předčasný porod v porodní asistenci.“ Ráda bych využila možnost, že jsem před mateřskou dovolenou pracovala jako porodní asistentka na Oddělení rizikového a patologického těhotenství a provedla zde svůj výzkum. Objektem mého výzkumu by byly těhotné ženy hospitalizované pro hrozící předčasný porod.

Přikládám podklad pro zadání a metodiku mé bakalářské práce.

Výsledky mé bakalářské práce by pak mohly být pomůckou ke zkvalitnění ošetrovatelské péče o ženy s hrozícím předčasným porodem.

Děkuji za vyřízení mé žádosti.

V Dýšině 14. 1. 2013

Runtová Petra

K Chlumu 305

Dýšina 330 02

RuntovaP@seznam.cz