



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Péče porodní asistentky o ženu s hrozícím
předčasným porodem

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: [Porodní asistence](#)

Autor: Veronika Bubeníčková

Vedoucí práce: PhDr. Drahomíra Filausová, Ph.D.

České Budějovice 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Péče porodní asistentky o ženu s hrozícím předčasným porodem“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů 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 elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích 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 bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 12. 8. 2021

.....

Veronika Bubeníčková

Poděkování

Poděkování patří zejména paní PhDr. Drahomíře Filausové, Ph.D. za odborné vedení této bakalářské práce, její cenné rady, vstřícný přístup, velikou trpělivost a čas. Poděkování patří rovněž informantkám za jejich ochotu sdělit mi jejich zkušenosti související s diagnózou hrozící předčasný porod a jejich informovanost o této problematice. Poděkování patří také mé rodině a partnerovi za jejich podporu v průběhu psaní této práce a celého studia.

Péče porodní asistentky o ženu s hrozícím předčasným porodem

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou péče o těhotnou ženu s hrozícím předčasným porodem.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části je popsán předčasný porod, jeho incidenci v České republice, příčiny předčasného porodu, diagnostické metody, terapeutické postupy v problematice předčasného porodu, potřeby těhotných žen s touto diagnózou a péči porodní asistentky o ženy s rizikem předčasného porodu.

K vypracování praktické části bylo použito kvalitativní výzkumné šetření. První výzkumný soubor tvořilo 10 žen s diagnózou hrozící předčasný porod, které odpovídaly na otázky v rámci polostrukturovaného rozhovoru. Druhý výzkumný soubor tvořilo 7 porodních asistentek na stanici rizikového těhotenství. Výzkum byl proveden v průběhu dubna a července roku 2021. Účast ve výzkumu byla zcela dobrovolná. Před zahájením rozhovoru, byly účastnice rozhovoru informovány o tématu bakalářské práce a o ochraně osobních údajů. Rozhovory byly vedeny anonymně a po odsouhlasení informantek nahrávány na mobilní telefon. Pro zachování anonymity byly informantky označeny čísly I1 až I10 a P1 až P7. Poté byly rozhovory doslovně přepsány, analyzovány a zpracovány pomocí kódování, metodou tužka papír.

Pro výzkum této bakalářské práce byly stanoveny dvě výzkumné otázky zjišťující, jak ženy vnímají péči porodní asistentky při hrozícím předčasném porodu a jak porodní asistentky vnímají péči o ženu s diagnózou hrozící předčasný porod. Na základě výzkumného šetření bylo zjištěno, že všechny informantky byly s péčí porodních asistentek spokojené.

Výzkum ukázal, že faktorů pro spokojenost žen s péčí porodních asistentek v průběhu hospitalizace bylo několik. Mezi tyto faktory patřil přístup porodních asistentek jejich ochota a schopnost komunikace se ženami. Přesto, že všechny informantky byly spokojené s péčí a s komunikací ze strany porodních asistentek, výzkum ukázal nespokojenost žen s komunikací s ošetřujícími lékaři. Nespokojenost vyjádřily informantky I1, I3 a I6, kdy se jim informace od lékařů jevily nedostačující.

Výzkum dále ukázal, že si porodní asistentky uvědomují důležitost jejich empatického přístupu v péči o ženy hospitalizované s diagnózou hrozící předčasný porod a také vnímají změnu potřeb žen v průběhu hospitalizace, ke kterým je potřeba přihlédnout v průběhu péče.

Tato práce poukazuje na důležitost vlídného a empatického přístupu porodní asistentky k ženě s diagnózou hrozící předčasný porod, protože právě přístup porodní asistentky je pro ženu jedním z nejdůležitějších aspektů pro překonání hospitalizace na stanici rizikového těhotenství gynekologicko-porodnického oddělení. Z práce dále vyplývá velký vliv působení komunikace lékařů s pacientkami na jejich psychiku a prožívání hospitalizace.

Výsledky výzkumného šetření v rámci této bakalářské práce mohou být využity jako zpětná vazba na práci porodních asistentek na stanici rizikového těhotenství gynekologicko-porodnického oddělení s cílem zlepšit péči porodních asistentek o ženy s hrozícím předčasným porodem a zvýšit tak spokojenost klientek v daném zdravotnickém zařízení.

Klíčová slova

předčasný porod; porodní asistentka; žena; rodička

Midwife's care of a woman at risk of imminent preterm birth

Abstract

This bachelor thesis deals with the topic of care for a pregnant woman with impending preterm birth.

The bachelor thesis is divided into theoretical and practical parts. In the theoretical part, the is described preterm birth, its incidence in the Czech Republic, causes of preterm birth, diagnostic methods, therapeutic procedures in preterm birth, the needs of pregnant women with this diagnosis, and the care of midwives for women at risk of preterm birth.

Qualitative survey research was used to develop the practical part. The first research group consisted of 10 women with a diagnosis of preterm birth, who answered questions in a semi-structured interview. The second research group consisted of 7 midwives at the Risk Pregnancy Station. The research was conducted during April and July 2021. Participation in the research was entirely voluntary. Before the start of the interview, the participants of the interview were informed about the topic of the bachelor's thesis and about the protection of personal data. The interviews were conducted anonymously and, after approval by the informants, recorded on a mobile phone. To maintain anonymity, the informants were marked with numbers I1 to I10 and P1 to P7. After that, the interviews were literally transcribed, analyzed, and processed using coding, the paper and pencil method.

For the research of this bachelor thesis, two research questions were determined to find out how women perceive the care of a midwife in case of imminent preterm birth and how midwives perceive the care of a woman with a diagnosis of preterm birth. Based on the research survey, it was found that all informants were satisfied with the care of midwives.

Research has shown that there were several factors for women's satisfaction with the care of midwives during hospitalization. These factors included the approach of midwives to their willingness and ability to communicate with women. Even though all informants were satisfied with the care and communication from the midwives, the research showed the dissatisfaction of women with the communication

with the attending physicians. Dissatisfaction was expressed by informants I1, I3, and I6 when information from doctors seemed to be insufficient to them.

Research has further shown that midwives are aware of the importance of their empathic approach in the care of women hospitalized with a diagnosis of preterm birth and also perceive the changing needs of women during hospitalization, which need to be taken into account during care.

This work points out the importance of a kind and empathic approach of a midwife to a woman with a diagnosis of preterm birth because that approach of a midwife is one of the most important aspects for a woman to overcome hospitalization at the Risk Pregnancy Station of the gynecology and obstetrics department. The work also shows the influence of the communication of doctors to patients on the female psyche and the experience of hospitalization.

The results within this bachelor's thesis can be used as feedback on the work of midwives at the Risk Pregnancy Station of the Gynecology and Obstetrics Department to improve the care of midwives for women with imminent premature birth and increase client satisfaction in the medical facility.

Keywords

preterm births; midwife; woman; mother

Obsah

Úvod	10
1 Současný stav	11
1.1 Předčasný porod.....	11
1.1.1 Příčiny předčasného porodu.....	12
1.1.2 Diagnostika předčasného porodu.....	13
1.1.3 Klinický obraz předčasného porodu	15
1.2 Terapie předčasného porodu	16
1.2.1 Tokolytická léčba a klidový režim.....	17
1.2.2 Léčba kortikosteroidy	18
1.2.3 Léčba antibiotiky	19
1.2.4 Aplikace progesteronu	20
1.2.5 Léčba inkompetence děložního hrdla	20
1.3 Nejvýznamnější potřeby těhotné ženy s hrozícím předčasným porodem.....	22
1.3.1 Výživa.....	24
1.3.2 Vylučování a výměna	25
1.3.3 Aktivita, odpočinek.....	25
1.3.4 Jistota a bezpečí	26
1.3.5 Láska a sounáležitost	27
1.4 Péče porodní asistentky o ženu s rizikem předčasného porodu	28
2 Praktická část.....	30
2.1 Cíl práce a výzkumné otázky	30
2.1.1 Cíle práce	30
2.1.2 Výzkumné otázky	30
2.1.3 Operacionalizace pojmů.....	30
3 Metodika.....	32
3.1 Popis metodiky	32
3.1.1 Charakteristika výzkumného souboru.....	33
4 Výsledky výzkumu.....	34
4.1.1 Identifikační údaje informantek.....	34
4.1.2 Vyhodnocení rozhovorů se ženami s rizikem předčasného porodu.....	39
4.1.3 Vyhodnocení rozhovorů s porodními asistentkami na stanici rizikového těhotenství gynekologicko-porodnického oddělení	45
5 Diskuze.....	49

6	Závěr	55
7	Seznam použité literatury	57
8	Přílohy	63
9	Seznam použitých zkratek	67

Úvod

Těhotenství představuje pro ženu velmi významné období v jejím životě. Stejně tak si každá žena přeje toto období prožít poklidně a bez komplikací. V některých případech však takové komplikace mohou nastat a těhotenství ženy tak může být ohroženo předčasným porodem. Taková situace se pro těhotnou ženu stává velmi obtížnou a psychicky náročnou doprovázenou strachem o její nenarozené dítě. Stanovení diagnózy hrozící předčasný porod je často spojeno s hospitalizací a žena je tak vytržena ze svého známého prostředí a od nejbližších lidí v jejím životě.

Cíle pro tuto bakalářskou práci jsou stanoveny dva. Prvním cílem je zjistit, jak ženy vnímají péči porodní asistentky při hrozícím předčasném porodu. Druhý cíl je zaměřen na porodní asistentky, v rámci kterého je zjišťováno, jak porodní asistentky vnímají problematiku předčasného porodu. Výzkumné šetření je zaměřeno zejména na vnímání hospitalizace ženami s diagnózou hrozící předčasný porod a jejich potřeby.

První kapitola bakalářské práce se zabývá příčinami předčasného porodu, jeho diagnostikou a klinickým obrazem. V druhé kapitole jsou dále nastíněny možnosti terapie předčasného porodu. V kapitole číslo tři je přiblíženo, jak se mění potřeby ženy v těhotenství a které z potřeb vystupují do popředí u ženy s hrozícím předčasným porodem. Poslední kapitola ukazuje důležitost a roli porodní asistentky v ošetrovatelském procesu o ženu s hrozícím předčasným porodem.

1 Současný stav

1.1 Předčasný porod

Předčasný porod Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje jako těhotenství ukončené před dovršeným 37. týdnem gravidity, tj. méně než 259 dní od 1. dne poslední menstruace (Roztočil et al., 2017). Předčasný porod se v současné době považuje za nejvýznamnější porodnický problém v hospodářsky rozvinutých zemích (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2020). V roce 2019 se v ČR předčasně narodilo téměř 8 tisíc dětí, což je asi 7 % z celkového počtu narozených dětí (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2020). Roztočil et al. (2017) klasifikují předčasně narozené novorozence podle jejich porodní hmotnosti. Novorozenci s porodní váhou 2499g – 1500g jsou označováni jako novorozenci s nízkou porodní hmotností (Roztočil et al., 2017). Novorozenci s velmi nízkou porodní hmotností se pohybují v rozmezí 1499g – 1000g. Porodní váhu 999g – 500g mají novorozenci s extrémně nízkou porodní hmotností a za novorozence s neuvěřitelně nízkou porodní hmotností jsou považováni ti o hmotnosti pod 500g porodní váhy (Roztočil et al., 2017).

Problematika předčasného porodu představuje v českém zdravotnictví závažný problém mající dopad nejen zdravotní, ale také sociální, rodinný a ekonomický (Hájek et al., 2004). Gregor (2020), jako příčiny vzniku předčasného porodu, uvádí vlivy spontánní (např. předčasný odtok plodové vody) nebo iatrogenní (např. invazivní diagnostické metody, farmakoterapie). Statistiky ukazují, že zastoupení iatrogenních příčin je přibližně v 25 % a spontánní předčasný porod se vyskytuje v 75 % (Gregor, 2020). Tuto incidenci se dlouhodobě nedaří snížit a to ze dvou důvodů. Prvním z nich je, že možnosti zachytu rizikových žen jsou omezené. Druhým pak že aplikovaná preventivní opatření nejsou dostatečně účinná (Gregor, 2020).

Hájek et al. (2004) uvádějí čtyři nejčastější příčiny vedoucí k předčasnému porodu. Mezi tyto patří: předčasný nástup děložní činnosti, předčasný odtok plodové vody, iatrogenní příčiny – předčasně vyvolaný porod z důvodu onemocnění matky nebo plodu a fetální stres (Hájek et al., 2004). Oproti tomu Binder et al. (2015) dělí příčiny předčasného porodu na přímé (např. infekce, poruchy placenty, choroby matky), nepřímé (např. vliv zevního prostředí, sociální a profesní prostředí) a neznámé. Roztočil et al. (2017) rozdělují předčasné ukončení těhotenství na plánované, v případě, že těhotenství je zatíženo chronicky probíhajícími patologickými stavy, jako například

chorioamnionitida a zhoršující se nitroděložní růstová retardace plodu, nebo akutní, kdy důvodem může být např. těžké krvácení matky zapříčiněné placentou praevíí, či abrupcí placenty (Roztočil et al., 2017).

1.1.1 Příčiny předčasného porodu

Rizikových faktorů, které mohou vést k předčasnému porodu, je mnoho. Mezi ně se řadí faktory ze strany matky, ze strany otce, sociodemografické faktory, faktory psychologické, genetické a environmentální (Torchin a Ancel, 2016).

Hájek et al. (2004) uvádějí přítomnost infekce matky za hlavní příčinu předčasného porodu. V tomto případě je důležitý stav vaginální flóry, který je ovlivňován hladinou estrogenů, pH, hladinou glykogenu a prokrvením poševní sliznice (Hájek et al., 2004). Intenzivní zánětlivá odpověď způsobuje poškození a rupturu plodových obalů, zvýšení děložní činnosti a biochemické a strukturální změny na děložním hrdle (Helmo et al., 2018).

Jako další faktory vedoucí k předčasnému porodu Procházka et al. (2020) uvádějí věk matky, nízký socioekonomický status rodiny, krátký interval mezi porody. Věk rodičky pod 20 let je spojován s větší frekvencí předčasného porodu a to v souvislosti s nedokončeným tělesným vývojem ženy (Hájek et al., 2004). Naopak věk rodičky vyšší 35 let je též ohrožen předčasným porodem, z důvodu časté zatíženosti organismu ženy nějakou chorobou (hypertenze, diabetes mellitus, onemocnění ledvin, apod.) (Roztočil et al., 2017).

Ve chvíli, kdy je anamnéza ženy zatížena předčasným porodem v minulosti, lze očekávat recidivu (Hájek et al., 2004). S každým předčasným porodem v anamnéze ženy se zvyšuje riziko předčasného porodu u dalšího těhotenství o 15 %, 30 % a 45 % podle množství předčasných porodů v anamnéze (Göthová, 2013).

S problematikou předčasného porodu je často spojována vícečetná gravidita, kdy jsou rozeny plody s velmi nízkou porodní hmotností (Hájek et al., 2004). Až polovina těhotných s vícečetnou graviditou rodí do ukončeného 37. týdne gravidity (Hájek et al., 2004). Z důvodu přítomnosti více plodů v děloze ženy je způsoben zvýšený tlak na oblast dolního děložního segmentu a dochází k dráždění sakrálních nervových receptorů (Hájek et al., 2004).

Göthová (2013) shledává jako důvod tohoto stavu ve zvyšující se formaci receptorů pro oxytocin v myometriu a deciduální tkáni z důvodu velkého rozejetí dělohy. Tento stav může být způsoben také přítomností oligohydramnia (Göthová, 2013).

V průběhu těhotenství ženy se mohou projevit onemocnění, která přímo ovlivňují délku trvání gravidity. Jedná se zejména o nefropatie, hepatopatie, preeklampsii, krvácení, těhotenství při děložní malformaci, intrauterinní růstová restrikce plodu, placentární insuficienci, malformace plodu a iatrogenní faktory (amniocentéza, kordocentéza) (Hájek et al., 2004).

Dalšími příčinami předčasného porodu může být abusus drog a jiných návykových látek, přičemž například užívání nikotinu zkracuje délku těhotenství (Procházka et al., 2020). Stejný vliv má také tělesná námaha a zaměstnání (Roztočil et al., 2017). Práce v průběhu gravidity není na škodu, ale pakliže má žena velkou fyzickou zátěž, pracuje ve vysokém tempu, je vystavována stresu, její práce vyžaduje dlouhou dobu strávenou ve stoji na nohou, pak toto může být důvodem předčasného narození jejího dítěte (Hájek et al., 2004).

Další skupinou žen, ohrožených předčasným porodem, jsou ženy s výškou pod 160 cm, ženy štíhlé, s úzkou pávní a naopak ženy s nadměrnou hmotností vzhledem k jejich výšce, ženy se slabou, nevyváženou výživou v době těhotenství, ženy nadměrně citlivé a úzkostlivé. (Česká průmyslová zdravotní pojišťovna, nedatováno).

Simočková (2011) zmiňuje možnost kombinace rizikových faktorů, které se často vyskytují a díky kterým nelze vždy jednoznačně určit hlavní příčinu předčasného porodu.

1.1.2 Diagnostika předčasného porodu

Diagnostika předčasného porodu u těhotné ženy se liší na základě několika skutečností. Jednou z nich Hájek et al. (2004) zmiňují přítomnost či nepřítomnost symptomů předčasného porodu. Procházka et al. (2020) řadí mezi symptomy předčasného porodu, předčasnou děložní činnost, zkracování a dilataci hrdla děložního nebo předčasný odtok plodové vody. Hájek et al. (2014) také dodávají jako další symptom předčasného porodu krvácení z rodidel ženy.

Gregor (2020) diagnostiku předčasného porodu u asymptomatické ženy stanovuje na základě přítomnosti rizikových faktorů a zkrácení děložního hrdla. U žen se symptomy lze taktéž provést cervikometrií pro odhalení zkráceného děložního hrdla, ale vyšetření bude doplněno navíc o biochemické vyšetření cervikovaginálního sekretu k detekci biomarkerů (Gregor, 2020).

Přichází-li žena pro krvácení v pokročilém těhotenství, je důležité tuto skutečnost doplnit ještě informací, zda krvácení je, či není doprovázeno bolestmi břicha (Čepický et al., 2018). Krvácí-li těhotná žena, může se jednat o placentu praevii nebo abrupci placenty (Černý, 2019). Čepický et al. (2018) jako hlavní rozdíl mezi těmito dvěma diagnózami určují přítomnost oné bolesti. Krvácení z placenty praevie je oproti krvácení způsobené abrupcí placenty nebolestivé (Čepický et al., 2018).

Přestože má při vyšetření krvácení v těhotenství rozhodující roli ultrazvuk, je třeba začít vyšetřením v zrcadlech (Göthová, 2013). Jedním z důvodů je, že v případě placenty praevie by mohlo být palpační vyšetření riskantní a způsobit větší krvácení a dále, i když žena přichází v pokročilém těhotenství, krvácení vždy nemusí mít souvislost právě s tímto stavem (Černý, 2019). Černý (2019) zmiňuje jako příčiny krvácení například genitální tumory, či trauma. Pomocí vyšetření v zrcadlech můžeme dále rozpoznat profuzní odtok plodové vody, mnohdy zjistíme prolabující vak blan, který je možné při palpačním vyšetření přehlédnout (Hájek et al., 2004). Dalším krokem je zajištění kardiografického záznamu před ultrazvukovým vyšetřením z důvodu důležitosti vyloučení tísně plodu (Čepický et al. 2018). Pokud tíseň plodu není prokázána, lze provést další diagnostická vyšetření např. pomocí ultrazvuku. V opačném případě je nutné přistoupit k okamžitému ukončení těhotenství (Čepický et al., 2018).

Přítomnost děložních kontrakcí je dalším příznakem hrozícího nebo již počínajícího předčasného porodu (Göthová, 2013). Za objektivní průkaz děložní činnosti lze považovat kardiografický záznam. Objeví-li se, na 30 minutovém záznamu, čtyři a více kontrakcí, lze konstatovat, že se jedná o hrozící předčasný porod (Göthová, 2013).

PPROM (Preterm Prelabor Rupture of Membranes) neboli předčasný odtok plodové vody je charakterizován samovolným odtokem plodové vody bez předcházejících děložních kontrakcí (Roztočil, 2017). Předčasný odtok plodové vody se nejčastěji

vyšetřuje pomocí Temesváryho činidla, kdy dojde k jeho nalití na vložku a v případě pozitivního výsledku reaguje v podobě modrozeleného zbarvení (Kokrdová et al., 2017). Kokrdová et al. (2017) však upozorňují na možnost falešně pozitivního výsledku testu i u žen se zachovalým vakem blan a vysokým rizikem porodu do 7 dnů. Z tohoto důvodu se v současné době, pro přesnější určení odtoku plodové vody, používá actim PROM test a AmniSure PROM, který vyhodnocuje na podkladě imunochromatografické metody (Hájek et al., 2014).

Ve chvíli, kdy lékař u ženy diagnostikuje předčasný porod, je nutné rozhodnout, zda těhotenství má být dále udržované a zabránit předčasnému porodu všemi dostupnými prostředky, nebo naopak průběhu předčasného porodu nebránit (Göthová, 2013).

Vedení takového porodu by mělo probíhat v příslušném zdravotnickém zařízení. Předčasný porod při poloze podélné hlavičkou plodu se nijak neliší od porodu plodu v termínu těhotenství (Procházka et al., 2020). Porod plodu mezi 22+0 až 25+0 týdnem gravidity vždy porodník provádí až po důkladné konzultaci s rodičkou a jejím partnerem (Procházka et al., 2020) Je nutné, aby, před rozhodnutím o dalším postupu, byla těhotná žena i její partner řádně informováni, jak o riziku perinatální mortality a morbidity, tak i o riziku mateřské morbidity (Procházka et al., 2020)

Kacerovský et al. (2017) popisují pozitivní vliv aplikace epidurální analgezie v případě předčasného porodu vaginální cestou. Avšak v provedení preventivní episiotomie Kacerovský et al. (2017) neshledali žádný prospěch pro předčasně narozené dítě. Do 34+0 týdne gravidity nelze použít ani vakuumentraci, která je do tohoto gestačního týdne kontraindikována (Procházka et al., 2020).

1.1.3 Klinický obraz předčasného porodu

Hájek et al. (2004) rozeznávají čtyři klinická stádia předčasného porodu.

Při *hrozícím předčasném porodu* (partus praematurus imminens) žena může zaznamenat bolesti v podbřišku, v zádech a zesílený výtok z pochvy (Hájek et al., 2014). Procházka et al. (2020) popisují kontrakce v tomto klinickém stádiu předčasného porodu jako bolestivé, ale v nepravidelných intervalech. Hájek et al. (2014) také uvádějí 10-15 % žen, které přicházejí bez bolesti, přičemž však došlo k předčasnému odtoku plodové vody. Při palpačním vyšetření je možno zjistit zkrácení děložního hrdla, či prolabující vak blan (Procházka et al., 2020).

Předčasný porod počínající (partus praematurus incipiens) Hájek et al. (2014) popisují, jako stav, kdy je děložní hrdlo zcela zaniklé, klenby plné a porodní branka dilatovaná na více než 3 cm. Pokud v této fázi nedochází ke zmírnění děložních kontrakcí, i přes tokolytickou léčbu, nelze nadále bránit předčasnému porodu (Hájek et al., 2014).

V případě další progresse vaginálního nálezu doprovázeného vstupem vedoucí části plodu do pánve již hovoříme o *předčasném porodu v běhu* (partus praematurus in cursu) (Hájek et al., 2014). Hájek et al. (2014) doplňují, že tento stav je často doprovázen předčasným odtokem plodové vody.

Hájek et al. (2014) za nejméně příznivý začátek předčasného porodu považují *odtok plodové vody* (defluvium liquoris amnialis praecox) bez děložních kontrakcí. Důvodem je velké nebezpečí vzniku intraovulární infekce, dále při pasivní apozici plodu předčasné odlučování placenty a v neposlední řadě hypoxie plodu (Hájek et al., 2014).

1.2 Terapie předčasného porodu

Těhotná žena s prvními příznaky hrozícího předčasného porodu musí být neodkladně vyšetřena lékařem a dle jejího zdravotního stavu, stavu plodu a progresse vaginálního nálezu následně hospitalizována na příslušném gynekologicko-porodnickém oddělení. V případě, že jde o počínající předčasný porod, je žena transportována do příslušného zdravotnického zařízení (Hájek et al., 2014).

Organizace péče o ženy s předčasným porodem je členěna do tří stupňů. Jako první stupeň Česká neonatologická společnost (© 2021) uvádí regionální perinatologická centra. Tato centra se soustřeďují na porody v období mezi 23+1 a 32. týdnem gravidity a zároveň na těhotné ženy s patologickou graviditou (Hájek et al., 2014). Součástí těchto center jsou také jednotky intenzivní péče pro novorozence s nejmodernější přístrojovou technikou pro zajištění intenzivní péče, pro podporu ventilace extrémně nezralých dětí apod. (Hájek et al., 2014).

Druhým stupněm péče jsou intermediární centra, která jsou zaměřena na porody v období od 32+1 do 36. gestačního týdne (Česká neonatologická společnost, © 2021). Tato centra mají rovněž ve své bezprostřední blízkosti neonatologické oddělení, není však zde vybavení potřebné pro péči o extrémně nezralé novorozence (Hájek et al., 2014).

Posledním stupněm péče o ženy s předčasným porodem jsou příslušná porodnická zařízení podle místa bydliště žen (Česká neonatologická společnost, © 2021). V těchto zařízeních rodí ženy od 37. týdne těhotenství (Hájek et al., 2014).

1.2.1 Tokolytická léčba a klidový režim

Slezáková et al., (2017) popisují vliv klidu na lůžku pro účel prodloužení těhotenství při hrozícím předčasném porodu. S tímto názorem však Koucký (2014) nesouhlasí. Je toho názoru, že klidový režim nezabrání potratu, ani předčasnému porodu (Koucký, 2014).

Binder et al. (2015) popisují cíl tokolytické léčby jako potlačení aktivity děložního svalstva a relaxace myometria. Tokolýza může být buď úplná, nebo parciální (Binder et al., 2015). Při úplné tokolýze jsou děložní kontrakce zcela potlačeny (Binder et al., 2015). Oproti tomu parciální tokolýza je využívána při samotném vedení předčasného porodu, kdy je podána nižší dávka tokolytik snižující amplitudu a frekvenci děložních kontrakcí (Binder et al., 2015). Jako důvod užití parciální tokolýzy Procházka et al. (2020) uvádějí například úpravu děložních kontrakcí při cervikokorporální dystokii nebo při známkách nitroděložní tísně plodu.

Tokolýza je indikována u těhotných žen od 24+0 gestačního týdne do dokončeného 33+6 týdne těhotenství (Hájek et al., 2014). Hájek et al. (2014) popisují neefektivnost v podání tokolytik před 20. gestačním týdnem. Léčba je považována za úspěšnou v případě, že dokáže zabránit předčasnému porodu alespoň 48 následujících hodin od podání (Hájek et al., 2014). Toto období je nutné pro indukci plicní zralosti plodu a k transportu těhotné ženy do perinatologického centra (Hájek et al., 2014).

Hájek (2008) uvádí jako nejčastější látky využívané v porodnictví mající tokolytické účinky β -sympatomimetika. Mezi léky zastupující tuto skupinu látek patří např. gynipral, hexoprenalin a ritodrin (Procházka et al., 2020). Hájek (2008) uvádí výčet celkem sedmi látek vhodných k tokolytické léčbě. Dalšími možnými jsou např. blokátory kalciového kanálu (nifepidin), antagonisté oxytocinu (atosiban), nitroglycerin, inhibitory cyklooxygenázy a prostaglandinové syntézy (indometacin) a gestageny (Hájek, 2008).

Hájek (2012) uvádí i možnost užití Magnesia jako tokolytika. Tento lék se však ukázal nevhodným pro akutní tokolýzu (Hájek, 2012). Využití tohoto léku je možné v případě žen s mírnou progresí porodnického nálezu na děložním hrdle bez výrazné děložní

činnosti (Hájek, 2008). Magnesium lze podávat i.v. v podobě infúze nebo ve formě tablet per os (Hájek, 2012). Využití magnesia za účelem tokolytické léčby se může u ženy projevit také v podobě vedlejších účinků, mezi které patří nauzea, vomitus, zácpa až paralytický ileus, dysfagie, hypokalcémie, hypotonie a porucha srážlivosti krve (Hájek, 2012).

Z důvodu velkého množství vedlejších účinků Hájek (2012) příkládá důležitost sledování těhotné ženy porodní asistentkou. Porodní asistentka by měla ženu edukovat o vedlejších účincích užívání magnesia a monitorovat u ženy dech, srdeční akci a tělesnou teplotu dle ordinace lékaře (Hájek, 2012).

Podání tokolytik má také své omezení. Tuto léčbu nelze zahájit v případě známé infekce placenty a plodových obalů nebo v případě neživotaschopného plodu (Pařízek et al., 2021).

1.2.2 Léčba kortikosteroidy

Binder et al. (2015) popisují vliv kortikosteroidů na podporu zrání orgánových systémů, zejména na plicní tkáň. Kortikosteroidy disponují více účinky, jako je tvorba surfaktantu, který následně snižuje riziko syndromu dechové nedostatečnosti a dále mají vliv na snížení rizika intraventrikulárního krvácení u plodu (Binder et al., 2015).

Po porodu dítěte nastává proces nazývaný poporodní adaptace (Klíma et al., 2016). V tomto procesu se odehrává spousta změn v organismu novorozence týkající se zejména krevního oběhu a dýchání (Klíma et al., 2016). Klíma et al. (2016) uvádějí jako stimuly pro první mohutné vdechy novorozence chlad, dráždění kůže, klesající hladinu kyslíku a stoupající hladinu oxidu uhličitého v krvi novorozence. V tuto chvíli plní důležitou úlohu již zmíněný surfaktant, který snižuje povrchové napětí vnitřních alveolů a zmenšuje velikost sil, které směřují ke kolapsu plicních sklípků (Klíma et al., 2016).

Hájek et al. (2004) jako možnost využití kortikosteroidů definují stav těhotné ženy, je-li zcela zřejmé, že porodí do 7 dnů. Jestliže by byl porod později, léčba by již nemusela být tak efektivní (Hájek et al., 2004). Kortikosteroidy lze aplikovat u těhotenství od 24. gestačního týdne do 36+6. týdne gravidity (Procházka et al., 2020). Při léčbě je doporučeno aplikovat pouze jednu léčebnou kúru kortikosteroidů k maturaci plicní tkáně plodu (Hájek et al., 2004). Pro tento účel je používán buď Betametason 12 mg i.m. ve dvou dávkách s odstupem 24 hodin nebo Dexametason 6 mg i.m. s odstupem 6-12

hodin (Procházka et al., 2020). Při opakovaném podání léčebné kúry hrozí porucha myelinizace CNS, vývoje mozku a výskyt motorických i psychických poruch v předškolním věku (Hájek et al., 2014).

Léčba kortikosteroidy má i své kontraindikace, těmi jsou systémová zánětlivá onemocnění matky (Hájek et al., 2014). Mezi relativní kontraindikace řadíme glaukom, těžkou hypertenzi a diabetes mellitus na hranici kompenzace (Hájek et al., 2014).

Zoban et al. (2007) ve svém díle píšou o možnosti projevu nežádoucích účinků kortikosteroidů jak na organismus těhotné ženy, tak na organismus plodu. U těhotné se mohou vyskytnout v podobě infekcí, endometritidy a leukocytózy (Zoban et al., 2007). Zoban et al. (2007) popisují vliv kortikosteroidů na plod v podobě snížené variability jeho srdeční akce. Dále je zde riziko snížení tělesné aktivity, frekvence dýchacích pohybů a zvýšení krevního tlaku plodu (Zoban et al., 2007).

1.2.3 Léčba antibiotiky

Jako jedna z příčin předčasného porodu je uváděna také infekce (Hájek et al. 2004). Hájek et al. (2004) v tomto případě přikládají aplikaci antibiotik (dále jen ATB) v léčebném spektru zásadní význam. Cílem antibiotické léčby je zabránit vzniku časných a pozdních novorozeneckých a mateřských infekcí (Kacerovský et al., 2017). Než se přistoupí k aplikaci ATB je nutná konzultace s neonatologem a odběr odpovídajících vzorků pro mikrobiologické vyšetření, včetně stanovení citlivosti (Mašata et al., 2008). Při zachovalé plodové vodě, kdy je prostor pro vyčkání výsledků markerů infekce, podání ATB můžeme oddálit (Binder et al. 2015). V opačném případě antibiotickou terapii však neodkládáme (Binder et al., 2015).

Antibiotickou profylaxi z důvodu GBS (*Streptococcus agalactiae*) pozitivitu zahajujeme v případě, že předčasný porod je již neodvratitelný (Kacerovský et al., 2017). Kacerovský et al. (2017) stejný postup popisují ve chvíli, kdy výsledky GBS nejsou známy. Antibiotikem první volby je Penicilin G, přičemž první doporučená dávka je 5 mil. IU i.v., dále aplikujeme 2,5 mil. IU i.v. a 4 hodiny (Kacerovský et al., 2017). Neporodí-li žena do 8 hodin od iniciální dávky, následujícím doporučeným postupem je aplikovat 2,5 mil. IU i.v. a 6 hodin (Kacerovský et al., 2017).

1.2.4 Aplikace progesteronu

Role progesteronu je popisována již od počátku těhotenství, kdy ovlivňuje přeměnu endometria v deciduu a podporuje nidaci oplodněného vejce (Klímková et al., 2010). Tento hormon se řadí mezi progestiny a je tvořen zejména ve žlutém tělísku vaječníků, v menší míře také v kůře nadledvin a později v těhotenství je produkován placentou (Klímková et al., 2010).

Černohorská et al. (2019) uvádějí možnost podání progesteronu u asymptomatických žen se zkrácením hrdla děložního. Jde o klíčový hormon, jehož hlavním úkolem je stabilizace myometria, inhibuje jeho kontraktilitu (Černohorská et al. 2019). Při vaginálním podání jsou jeho účinky také protizánětlivé (Černohorská et al., 2019).

Progesteron je možno podávat u žen se zatíženou anamnézou v rozmezí 16+0 – 35+0 týdne gravidity a to injekční, či vaginální cestou (Černohorská et al., 2019). Upřednostňované je však podání vaginálně ve formě tablet 200 mg na noc z důvodu lepší biologické dostupnosti léku a nižší frekvence nežádoucích účinků (Černohorská et al., 2019). Jako nežádoucí účinky užití progesteronu je uveden pruritus, vaginální výtok, či krvácení a v neposlední řadě poruchy kůže a podkožní tkáně (Příbalová informace: informace pro pacienta, 2019).

O všech výše uvedených nežádoucích účincích léku je nutné ženu důkladně informovat. Při projevu jakéhokoliv nežádoucího účinku by žena měla informovat porodní asistentku, která informaci následně předá lékaři. Poté je na zvážení lékaře, jestli medikaci upravit, či jinak doplnit. Porodní asistentka dále pokračuje v plnění ordinací lékaře.

V případě přítomnosti tromboflebitidy, tromboembolické poruchy, těžké poruchy funkce jater, karcinomu prsu nebo pohlavního ústrojí, porfyrie aj. nelze léčbu progesteronem zahájit z důvodu kontraindikace na základě těchto onemocnění (Příbalová informace: informace pro pacienta, 2019).

1.2.5 Léčba inkompetence děložního hrdla

Inkompetenci děložního hrdla lze definovat jako stav, kdy hrdlo ztrácí schopnost udržet plod v děloze a dle ultrazvukového vyšetření je zkráceno na méně než 25 mm (Šnajbergová, 2014). Je uváděna také definice hovořící o patologii charakterizované

bezbolestným otevřením hrdla děložního s vyústěním v potrat či předčasný porod (Šnajbergová, 2014).

Před stanovením diagnózy „inkompetence děložního hrdla“ je nutné provést ultrazvukové vyšetření, na základě kterého insuficienci lze diagnostikovat (Černohorská et al., 2019).

Léčba inkompetence děložního hrdla spočívá v operačním zákroku zvaném cerkláž (Černohorská et al. 2019). Jedná se o zákrok, jehož cílem je zpevnit uvolněné děložní hrdlo, zabránit jeho dilataci a pozdějšímu vypuzení plodového vejce (Doležal et al., 2007).

Bieber a Olson (2020) uvádějí jako nejčastější operační techniku cerkláže podle McDonalda, kdy se do děložního hrdla vloží nevstřebatelný steh, který však nesmí zasáhnout paracervikální cévy. Posléze je šití svázáno chirurgickým uzlem předním nebo zadním (Bieber a Olson, 2020).

Cerkláž může být indikovaná na základě získané anamnézy od ženy nebo na základě ultrazvuku (Černohorská et al., 2019). U ženy se zatíženou anamnézou je možno zákrok provést v rozmezí mezi 12. – 14. týdnem gravidity (Černohorská et al., 2019). Jako možné indikace, vyplývající z anamnézy ženy, k provedení cerkláže Černohorská et al. (2019) uvádějí tři a více předčasných porodů před 37. týdnem těhotenství nebo těhotenské ztráty ve druhém trimestru těhotenství. Předchozí chirurgické zákroky na děložním hrdle, anomálie hrdla děložního a jeho opakované dilatace nejsou v tomto případě indikací k provedení cerkláže (Černohorská et al., 2019).

Indikace cerkláže na základě ultrazvukového vyšetření je ve chvíli, kdy lékař diagnostikuje zkrácené děložní hrdlo a to v období mezi 14. – 24. gestačním týdnem (Černohorská et al., 2019). Výkon je následně možné provést, jedná-li se o jednočetnou graviditu, žena nemá příznaky předčasného porodu, neprolabuje vak blan do pochvy a žena má v anamnéze jeden a více předčasných porodů nebo těhotenských ztrát ve druhém trimestru těhotenství (Černohorská et al., 2019). Cerkláž nelze indikovat u ženy s náhodným zjištěním zkrácení děložního hrdla pod 25mm bez zatížené anamnézy (Černohorská et al., 2019).

Po provedení výkonu může nastat několik komplikací. Doležal et al. (2007) zmiňují např. odtok plodové vody, infekce plodového vejce a nástup děložních kontrakcí.

Z tohoto důvodu je nezbytně nutná péče porodní asistentky, která po provedení zákroku sleduje fyziologické funkce ženy, krvácení z rodidel, charakter a množství vyloučené moči, případný odtok plodové vody či nástup děložních kontrakcí (Doležal et al., 2007). Po provedení zákroku Doležal et al. (2007) zmiňují důležitost ponechání ženy v absolutním klidu na lůžku a zavedení tekuté diety. Další ošetrovatelský postup se odvíjí od anamnestických a objektivních předoperačních nálezů (Doležal et al., 2007).

Černohorská et al. (2019) zmiňují také kontraindikace k provedení cerkláže. Mezi ně jsou řazeny: předčasný porod v běhu, klinicky zjevná chorioamnitida, pokračující vaginální krvácení, předčasný odtok plodové vody, průkaz fetální tísně, letální vada plodu a smrt plodu (Černohorská et al., 2019).

Transvaginálně provedená cerkláž se obvykle odstraňuje před porodem mezi 36. až 37. týdnem gravidity (Procházka et al., 2020). Je-li nutné provést porod císařským řezem, odstranění cerkláže lze odložit až na den samotného porodu (Procházka et al., 2020). V případě, že dojde k předčasnému odtoku plodové vody, je nutné cerkláž odstranit okamžitě (KaceroVský et al., 2017). Je-li cerkláž provedena transabdominálně, nelze poté vést přirozený vaginální porod (KaceroVský et al., 2017). V takovém případě je nezbytné provést porod císařským řezem a následně je možné cerkláž ponechat in situ (Procházka et al., 2020).

1.3 Nejvýznamnější potřeby těhotné ženy s hrozícím předčasným porodem

Potřebu lze chápat jako projev nadbytku nebo nedostatku něčeho konkrétního (Mlýnková, 2016). Způsob vyjádření svých potřeb každý jedinec projevuje odlišně. Taktéž k jejich uspokojení každý dojde jiným způsobem. Abraham Maslow zformuloval teorii, podle které se lidské potřeby dělí do 5 základních skupin. Celá teorie je založena na principu hierarchie uspokojování potřeby. Nejdříve musí být uspokojeny potřeby nižšího řádu, aby mohly být uspokojeny potřeby vyššího řádu (Hopper, 2020). Za potřeby základní jsou považovány potřeba jíst, dýchat, vyprazdňovat se, spát aj. (Dušová et al., 2019b). Po uspokojení těchto potřeb je možno začít uspokojovat potřeby vyšší, jako je například potřeba seberealizace (Dušová et al., 2019b).

Lidské potřeby jsou modifikovány v průběhu života. Stejně, jako stárnutím a změnami role člověka v průběhu života, jsou potřeby odlišné v případě, je-li jedinec zdravý či nemocný (Mlýnková, 2016).

Uspokojení potřeb ve zdraví je mnohdy snazší a jedinec je schopen si potřeby uspokojit bez pomoci druhého člověka – sám se najít, napije, umyje (Šamánková et al., 2011). Ve chvíli, kdy dojde k onemocnění a člověk je omezen a odkázán na pomoc jiné osoby při základních činnostech, do popředí jeho potřeb se pravděpodobně přesune potřeba být zdravý, samostatný, bez bolesti (Šamánková et al., 2011).

Jsou i situace, kdy k uspokojení potřeb nedojde. Existuje řada bariér, které procesu uspokojení mohou bránit (Dušová et al. 2019b). Mezi ně patří ostych, pocit nedůvěry, psychické bloky, neschopnost přijmout pomoc, jazykové a tělesné bariéry, bariéry prostředí (Dušová et al., 2019b). Nenaplnění potřeby může později vyústit ve frustraci, stres nebo v horším případě, k depresím či deprivaci (Dušová et al., 2019b).

Vnímání a prožívání ženy v těhotenství je významně ovlivňováno hormony, které se k těhotenství váží (Rastislavová, 2008). Důsledkem jejich působení může být náladovost, podrážděnost, přecitlivělost, plačtivost a zranitelnost u ženy (Rastislavová, 2008).

Aby porodní asistentka mohla pomoci ženě s uspokojením jejích potřeb, je nezbytné, aby měla teoretické znalosti (Šamánková, et al, 2011). Díky těmto znalostem pak porodní asistentka může potřebám těhotné ženy lépe porozumět. Smyslem ošetrovatelského procesu je vnímat ženu jako celek (Trachtová et al., 2013). Porodní asistentka musí ženu vnímat jako holistickou bytost, vnímat její potřeby na úrovni bio-psycho-sociálně-spirituální roviny (Trachtová et al., 2013).

Uspokojování potřeb se uskutečňuje prostřednictvím ošetrovatelského procesu, přičemž se jedná o cyklický děj, který se neustále opakuje (Šamánková et al., 2011). Mlýnková (2016) ošetrovatelský proces člení do pěti částí, těmi jsou posouzení, ošetrovatelská diagnostika, plánování, realizace a hodnocení. Dodržením tohoto postupu může porodní asistentka dojít k porozumění ženě a jejím potřebám (Šamánková et al., 2011).

Potřeby ženy s diagnózou hrozícího předčasného porodu jsou výrazně modifikované na dva základní okruhy, které jsou ve stejné rovině. Do těchto okruhů patří fyziologické

potřeby, potřeba jistoty a bezpečí a dále láska, pocit příslušnosti a pocit sebeúcty (Šamánková et al., 2011).

1.3.1 Výživa

V případě výživy hovoříme o primární potřebě člověka, která je potřebná pro udržení biologické rovnováhy organismu. Uspokojení potřeby výživy nevede pouze k uspokojení trávicího ústrojí, ale má také kladný vliv na uspokojování psychosociálních potřeb, kdy u ženy může navodit spokojenost a duševní pohodu (Trachtová et al., 2013). Není-li však potřeba jídla dlouhodobě uspokojena, stává se tato potřeba dominantní a ovládá veškeré chování a jednání člověka (Trachtová et al., 2013).

Obecně se těhotným ženám doporučuje pravidelná strava bohatá na zeleninu a ovoce rozložená do 5-6 jídel během dne (Šíroká, 2020). Šíroká (2020) zmiňuje důležitost zařazení ryb do jídelníčku těhotné ženy z důvodu obsahu omega-3 esenciálních mastných kyselin, které jsou důležité pro zdravý růst a vývoj dítěte a zároveň snižují riziko předčasného porodu. Naopak je doporučováno omezit kořeněná jídla, která mohou dráždit žaludek nebo provokovat dělohu a nepřijímat nadbytečné množství cukrů, který by vlivem změny hladiny inzulínu v krvi mohl vyvolat nevolnosti (Šíroká, 2020).

Ve spojitosti s výživou je nutné myslet také na pitný režim. Dostatečný příjem tekutin v těhotenství je nezbytný proti únavě, bolestem hlavy a také slouží jako prevence zácpy (Tomešová, 2020). Pitný režim těhotné ženy by měl obsahovat zejména neochucenou neperlivou vodu (Tomešová, 2020). Denní množství tekutin, které by těhotná žena měla přijmout, závisí na několika faktorech, mezi které patří např. tělesná hmotnost, fyzická aktivita, teplota prostředí, ve kterém se žena nachází (Tomešová, 2020). Tomešová (2020) hovoří o minimálním příjmu tekutin u těhotné ženy za den v množství 1,5 litru. Vezmeme-li však v potaz všechny výše uvedené faktory, těhotná žena se poté může dostat až na příjem 3 litry tekutin denně.

Na výše uvedené zásady spojené s výživou je nutné myslet i v případě, je-li žena hospitalizovaná. U těhotné ženy s nařízeným klidem na lůžku je nutné, aby porodní asistentka a další ošetrovatelský personál zajistili donesení jídla a pití ženě na pokoj.

1.3.2 Vylučování a výměna

U vylučování hovoříme o základní fyziologické potřebě člověka. Mnoho žen může čelit problému hovořit o této intimní oblasti, proto je důležité, aby porodní asistentka byla vůči ženě velmi vnímavá, diskrétní a citlivá (Trachtová et al., 2013). Vyprazdňování je u každé ženy individuální, zejména tehdy, kdy mluvíme o vyprazdňování stolice (Trachtová et al., 2013). Každá žena má normu vylučování nastavenou odlišně. Pro někoho může být normou vyprázdnění stolice 1x za den, 1x za 2 dny, nebo i 2x denně. Trachtová et al. (2013) poukazují na důležitost zjištění těchto individuálních zvláštností v rámci ošetřovatelské anamnézy, zvláště pak u žen s nařízeným klidovým režimem. Stejně jako potřeba výživy je i potřeba vylučování spojena s potřebami psychosociálními (Trachtová et al., 2013). Možnost uspokojit potřebu vylučování může navodit pocit libosti a spokojenosti, naopak její neuspokojení může vést k somatickým obtížím, jako je bolest, nadýmání nebo pocit plnosti (Trachtová et al., 2013).

U těhotných žen se často setkáváme s poruchou vyprazdňování v podobě zácpy (Košňarová, 2019). Jako důvod tohoto stavu Košňarová (2019) uvádí sníženou motilitu hladkého svalstva v důsledku zvýšené hladiny hormonu progesteronu. U hospitalizovaných žen může být tento stav navíc podpořen změnou prostředí, stresem, nařízením klidového režimu (Trachtová et al., 2013). Každá žena má jiné nároky na intimitu během vyprazdňování. Porodní asistentka by s těmito nároky měla být seznámena a snažit se ženě vyjít maximálně vstříc (Trachtová et al., 2013). Košňarová (2019) doporučuje, pro podporu pravidelného vyprazdňování, do jídelníčku zařadit potraviny bohaté na vlákninu a minerální vody s mírným projímavým účinkem. Vyprazdňování je dále možné podpořit nácvikem defekačního reflexu, kdy žena vypije ráno na lačný žaludek přibližně 200ml vlažné vody, posnídá a po asi dvaceti minutách si dojde na stolicí (Košňarová, 2019). Tento proces by měl být prováděn každý den ve stejnou hodinu (Košňarová, 2019).

1.3.3 Aktivita, odpočinek

Spotřeba energie ženy v těhotenství obvykle narůstá. Obecně se udává, že těhotná žena by měla spát nejméně 8 hodin denně a poté alespoň 1 hodinu během dne, podle možností (Pařízek, 2015). Spánek s odpočinkem v těhotenství nabývá na důležitosti a to zejména z důvodu potřeby regenerace orgánů a systémů, které jsou těhotenstvím zatíženy. Jedná se zejména o pohybový aparát, játra ledviny a další (Velemínský, 2008).

Ačkoliv poruchy spánku v počínajícím těhotenství nejsou příliš časté, v pokročilém těhotenství již trápí mnoho žen (Pařízek, 2015). Pařízek (2015) jako možné důvody uvádí např. rostoucí břicho, bolesti kyčlí, problémy s dýcháním aj. U ženy hospitalizované v nemocnici všechny tyto faktory mohou být umocněny ještě změnou prostředí a strachem o zdraví své a svého dítěte (Trachtová et al., 2013). Pro podporu spánku je vhodné dodržet rituály, na které žena byla zvyklá v domácím prostředí. Mezi tyto rituály může patřit např. vyvětrání místnosti ke spánku, úprava ložního prádla, hygiena provedená těsně před spánkem, četba před spánkem aj. Nápomocné mohou být také bylinné čaje (kozlík lékařský, meduňka lékařská) nebo éterické oleje (Pařízek, 2015).

Oblast tělesné aktivity, může pro ženu s rizikovým těhotenstvím, představovat neřešitelnou situaci. Tělesná aktivita má pro člověka velký význam v několika oblastech, jako je prevence vzniku nemocí, zlepšování zdravotního stavu a zvyšování výkonnosti orgánů (Trachtová et al., 2013). Možnost pohybu je mnohdy velmi důležitý faktor v souvislosti s psychickým stavem ženy (Trachtová et al., 2013). Lidé často svůj psychický i fyzický stav definují možností pohybovat se (Trachtová et al., 2013). V případě, že možnost pohybu chybí, člověk se stává nesamostatným, odkázaným na pomoc druhých osob a zranitelným (Trachtová et al., 2013). Stejně se může cítit těhotná žena hospitalizovaná z důvodu rizika předčasného porodu s nutností klidu na lůžku. Neschopnost ženy postarat se sama o sebe se může projektovat do jejího chování v podobě podrážděnosti či přecitlivělosti.

1.3.4 Jistota a bezpečí

Nemoc obecně představuje pro člověka stresující událost. U ženy s rizikovým těhotenstvím jsou tyto pocity umocněné o to více, kdy se nejedná jen o ni, ale i o její dítě. Ztráta pocitu bezpečí u těhotné ženy může být dále umocněna její neschopností ovlivnit danou situaci či izolací od blízkých lidí (Trachtová et al., 2013). Při příjmu těhotné ženy k hospitalizaci je důležité, aby jí porodní asistentka seznámila s oddělením, s vnitřním řádem a s ošetrovatelským postupem, který bude následovat (Trachtová et al., 2013).

Důvodem ztráty pocitu jistoty a bezpečí někdy může být nedostatečná informovanost ženy (Trachtová et al., 2013). Tomuto by porodní asistentka měla vždy v maximální

míře předejít a informovat ženu o všech skutečnostech, které jsou v její kompetenci. O zdravotním stavu ženy a stavu jejího dítěte by měl ženu informovat příslušný lékař.

Důležitou úlohu zde zastávají také neonatologové, kteří dochází za hospitalizovanými ženami a hovoří s nimi o možnostech, které by mohly nastat v případě, že by došlo k předčasnému porodu. Neonatolog ženě poskytne takovou míru informací, kterou ona sama žádá. Žena je informována o rizicích vážících se na předčasný porod, o pravděpodobnosti potřeby dechové podpory u dítěte a v případě zájmu je ženě umožněna návštěva neonatologického oddělení ještě před porodem.

1.3.5 Lásky a sounáležitosti

Potřeba lásky a sounáležitosti se u těhotné ženy dostává do popředí a to vlivem zvýšené produkce hormonů (Dušová et al., 2019b). Těhotná žena hledá projevy lásky nejčastěji u svého partnera nebo blízké rodiny. Tato potřeba poté dále graduje s postupujícím těhotenstvím, kdy žena v III. trimestru potřebuje největší oporu od svého blízkého okolí z důvodu strachu z porodu a ze své budoucí role matky (Dušová et al., 2019b). U těhotných žen může dojít také k narušenému vnímání obrazu svého těla vlivem nárůstu tělesné hmotnosti a změnou stavby těla (NANDA International, 2015). Muži by proto měli být informováni o vlivu hormonů na ženu v těhotenství, o potřebách ženy a o důležitosti citové podpory (Dušová et al., 2019b).

Ve chvíli, kdy je žena hospitalizována a má omezený kontakt s nejbližšími lidmi, může docházet k neuspokojení potřeby lásky. Jelikož žena je bytostí holistickou, porodní asistentka by uspokojení této potřeby neměla brát na lehkou váhu a sledovat vliv tohoto deficitu na proces léčby. Uspokojení této potřeby je možné podpořit pomocí návštěv, které jsou za běžných okolností na oddělení umožněny. V současné době se však nacházíme v situaci, kdy ženy nemají možnost několik dní, někdy i týdnů vidět své nejbližší. V takovém případě může porodní asistentka pouze doporučit využití elektronické komunikace a sama se více angažovat v uspokojení potřeby lásky u těhotné ženy. Porodní asistentka může ženu vyslechnout, zajímat se více o její pocity a důvody těchto pocitů, nabídnout radu, nebo jen svou přítomnost a zvýšit pocit zúčastněnosti.

1.4 Péče porodní asistentky o ženu s rizikem předčasného porodu

Po příchodu těhotné ženy na gynekologické oddělení nebo oddělení rizikového těhotenství je prvním úkolem porodní asistentky zjistit identifikační údaje o ženě, důvod, pro který žena přichází a sepsání anamnestických údajů (Dušová a Marečková, 2009). Do anamnézy je zahrnuta anamnéza rodinná (genetické vlivy, rizikové faktory, závažná onemocnění), osobní (předcházející onemocnění), gynekologická (operace, charakter menstruace), porodnická (porody, potraty, UPT) a sociální (socioekonomická situace, pracovní anamnéza) (Dušová a Marečková, 2009).

Dle stavu ženy volá porodní asistentka lékaře okamžitě, či po sepsání anamnestických dat a provedení základních fyzikálních vyšetření. Mezi vyšetření, mající porodní asistentka kompetence provádět bez dohledu lékaře, patří měření fyziologických funkcí (TK, P, TT, dech), vážení tělesné hmotnosti, kontrola krvácení (charakter, intenzita, krvní ztráta), monitorace ozev plodu pomocí CTG, odběr krve, zavedení venózních vstupů aj. dle stavu ženy (Pařízek et al., 2018).

V průběhu celého procesu přijímání i hospitalizace ženy na oddělení je důležité, aby porodní asistentka myslela i na psychický stav ženy, její prožívání a snažila se ženě poskytnout co největší informovanost o výkonech, které provádí, navodit pocit důvěry, vytvořit přátelský vztah a naslouchala přáním ženy (Dušová et al., 2019b).

Rozhodne-li se lékař ženu hospitalizovat, porodní asistentka se postará o seznámení ženy s oddělením, seznámení s vnitřním řádem, o edukaci ženy v souvislosti s dodržováním klidu na lůžku a ukáže ženě, jak manipulovat se signalizačním zařízením (Leifer, 2004). Dále ženu informuje o příznacích předčasného porodu, které mohou nastat a o kterých žena musí zdravotnický personál okamžitě informovat. V průběhu hospitalizace ženy porodní asistentka plní ordinace lékaře, sleduje fyziologické funkce ženy (TK, P, TT), celkový stav ženy, sleduje ozvy plodu a děložní kontrakce pomocí CTG monitoru, sleduje pohyby plodu, dráždivost dělohy, podává ženě léky, sleduje případný projev vedlejších účinků léků a vše zapisuje do zdravotnické dokumentace. Dále porodní asistentka ženě doporučuje vhodné stravování a tekutiny, sleduje jejich příjem i výdej a vede o těchto skutečnostech záznam ve zdravotnické dokumentaci.

Porodní asistentka o ženu v průběhu hospitalizace pečuje metodou ošetrovatelského procesu (Trachtová et al., 2013). Jelikož stav ženy se v průběhu hospitalizace neustále

mění, je povinností porodní asistentky opakovaně aktualizovat anamnestická data a hodnotit zdravotní stav ženy (Trachtová et al., 2013). Dalším krokem je tvorba ošetrovatelských diagnóz, které porodní asistentka tvoří pomocí NANDA taxonomie viz. příloha 1 (Trachtová et al., 2013). Po stanovení ošetrovatelských diagnóz je úkolem porodní asistentky vytvořit ošetrovatelský plán, ten uskutečnit a nakonec provést jeho hodnocení (Trachtová et al., 2013).

2 Praktická část

2.1 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit, jak ženy vnímají péči porodní asistentky při hrozícím předčasném porodu.

Cíl 2: Zjistit, jak porodní asistentky vnímají problematiku předčasného porodu.

2.1.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 1: Jak ženy vnímají péči porodní asistentky při hrozícím předčasném porodu?

Výzkumná otázka č. 2: Jak porodní asistentky vnímají péči o ženu s diagnózou hrozící předčasný porod?

2.1.3 Operacionalizace pojmů

Porodní asistentka: je zdravotnický pracovník poskytující péči a rady ženám během těhotenství, při porodu a v průběhu šestinedělí (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, © 2021). Mezi kompetence porodní asistentky se dále řadí vedení fyziologického porodu, poskytování péče o novorozence, péče o ženu na úseku gynekologie a podílení se spolu s lékařem na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, © 2021).

Předčasný porod: Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje jako těhotenství ukončené před dovršeným 37. týdnem gravidity, tj. méně než 259 dní od 1. dne poslední menstruace (Roztočil et al., 2017).

Komunikaci: lze definovat jako nástroj dorozumívání se a myšlení. Jedná se o univerzální jev lidské společnosti a regulátor úrovně mezilidských vztahů (Zacharová, 2017). Jedná se o nástroj profesionální práce zdravotnických pracovníků (Zacharová, 2017). Komunikace může probíhat verbálně (slovně) nebo neverbálně (mimoslovně). Při verbální komunikaci dochází k výměně informací prostřednictvím slov. Verbální komunikace by měla být zřetelná, jednoduchá, stručná, důvěryhodná, flexibilní, dobře načasována. Neverbální komunikaci lze jednoduše označit jako řeč těla. Sleduje se

především způsob chůze a držení těla, proxemika, posturitika, mimika, gestikulace, haptika a zrakový kontakt (Zacharová et al., 2007).

Informovanost: lze definovat jako množství informací, kterými jedinec či určitá skupina disponují a které mohou aktivně šířit (Tomek, © 2017).

Potřeba může být chápána jako projev nadbytku nebo nedostatku něčeho konkrétního (Mlýnková, 2016). Za nejvýznamnější jsou brány potřeby základní, mezi které patří potřeba jíst, dýchat, vyprazdňovat se, spát aj. (Dušová et al., 2019b).

3 Metodika

3.1 Popis metodiky

Výzkumná část práce byla zpracována pomocí kvalitativního výzkumného šetření. Zkoumání se odehrávalo v přirozených podmínkách. Před samým začátkem výzkumného šetření bylo zvoleno téma a zformulovány výzkumné otázky.

Sběr dat byl uskutečněn pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Polostrukturovaný rozhovor Švaříček et al. (2014) považuje za hloubkový rozhovor, jehož cílem je získání většího množství informací o dané problematice. V rámci tohoto rozhovoru byly informantkám položeny otevřené otázky viz. příloha 2 a ty následně doplněny podotázkami, za účelem podrobnějšího a přesnějšího získání informací.

Rozhovory byly vedeny s hospitalizovanými ženami s diagnózou hrozící předčasný porod v různém stádiu těhotenství a s porodními asistentkami. Rozhovory se odehrávaly v prostorách gynekologicko-porodnického oddělení, stanice rizikového těhotenství. Výzkumné šetření probíhalo v měsíci dubnu a červenci roku 2021.

Všechny informantky byly před zahájením rozhovoru seznámeny s tématem bakalářské práce, s možností neodpovědět na položenou otázku, byly informovány o ochraně osobních údajů a na základě ústního souhlasu informantek byly rozhovory nahrány na mobilní telefon, zpracovány do písemné podoby a zanalyzovány pomocí otevřeného kódování, konkrétně pomocí metody tužka a papír. Pro zachování anonymity byly informantky označeny čísly I1 až I10 a P1 až P7.

3.1.1 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor žen s diagnózou předčasný porod

Výzkumný soubor tvořilo deset informantek ve věkovém rozmezí 22 až 44 let. Kritérii výběru informantek byla hospitalizace ženy na gynekologicko-porodnickém oddělení, stanici rizikového těhotenství a diagnóza hrozící předčasný porod. Dále ochota žen spolupracovat a podílet se na výzkumném šetření.

Výzkumný soubor porodních asistentek

Výzkumný soubor tvořilo sedm informantek ve věkovém rozmezí 25 až 68 let. Kritérii výběru informantek bylo působení informantky na gynekologicko-porodnickém oddělení, stanici rizikového těhotenství na pozici porodní asistentky. Dále ochota informantek spolupracovat a podílet se na výzkumném šetření.

4 Výsledky výzkumu

4.1.1 Identifikační údaje informantek

Výzkumného šetření se zúčastnilo deset informantek hospitalizovaných na stanici rizikového těhotenství s diagnózou hrozící předčasný porod. Tabulka 1 obsahuje základní identifikační údaje oslovených informantek.

Tabulka 1 – Identifikační údaje žen po porodu

Ženy	Věk	Gravida/ Para	Gestační týden	Rodinný stav	Délka hospitalizace	Důvod hospitalizace
I1	29	II/0	28+4	vdaná	5 týdnů	pokročilý vaginální nález
I2	27	I/0	28+2	svobodn á	4 týdny	pokročilý vaginální nález
I3	32	III/0	25+6	svobodn á	3 týdny	dolores, pokročilý vaginální nález
I4	22	I/0	26+5	svobodn á	1 týden	předčasná děložní činnost
I5	43	IV/0	36+0	svobodn á	7 týdnů	placenta praevia
I6	24	I/0	34+5	svobodn á	3 týdny	placenta praevia
I7	23	I/0	30+0	svobodn á	5 dnů	pokročilý vaginální

						nález
I8	27	I/0	36+0	svobodná	1 týden	dráždivá děloha
I9	44	II/0	34+0	svobodná	6 dnů	dolores, p. p. imminens
I10	26	II/I	33+3	vdaná	5 dnů	pokročilý vaginální nález

Zdroj: vlastní

Informantce I1 je 29 let, těhotná je podruhé, rodit bude poprvé. Aktuální trvání těhotenství informantky je 28 týdnů a 4 dny. Informantka je hospitalizovaná 5 týdnů, důvodem její hospitalizace je pokročilý vaginální nález a předčasná děložní činnost.

Informantce I2 je 27 let, těhotná je poprvé, rodit bude poprvé. Aktuální délka těhotenství informantky je 28 týdnů a 2 dny. Informantka je hospitalizovaná 4 týdny, důvodem její hospitalizace je inkompetence hrdla děložního.

Informantce I3 je 32 let, těhotná je potřetí, rodit bude poprvé. Aktuální délka těhotenství informantky je 25 týdnů a 6 dnů. Informantka je hospitalizovaná 3 týdny, důvodem její hospitalizace je dolores a zkrácené děložní hrdlo.

Informantce I4 je 22 let, těhotná je poprvé, rodit bude poprvé. Aktuální délka těhotenství informantky je 26 týdnů a 5 dnů. Informantka je hospitalizovaná 1 týden, důvodem její hospitalizace je předčasná porodní činnost.

Informantce I5 je 43 let, těhotná je počtvrté, rodit bude poprvé. Aktuální délka těhotenství informantky je 36 týdnů. Informantka je hospitalizovaná 7 týdnů, důvodem její hospitalizace je placenta praevia.

Informantce I6 je 24 let, těhotná je poprvé, rodit bude poprvé. Aktuální délka těhotenství informantky je 34 týdnů a 5 dnů. Informantka je hospitalizovaná 3 týdny, důvodem její hospitalizace je placenta praevia.

Infomantce I7 je 23 let, těhotná je poprvé, rodit bude poprvé. Aktuální délka těhotenství informantky je 30 týdnů. Informantka je hospitalizovaná 5 dnů, důvodem její hospitalizace je pokročilý vaginální nález.

Infomantce I8 je 27 let, těhotná je poprvé, rodit bude poprvé. Aktuální délka těhotenství informantky je 36 týdnů. Informantka je hospitalizovaná 1 týden, důvodem její hospitalizace je předčasná porodní činnost.

Infomantce I9 je 44 let, těhotná je podruhé, rodit bude poprvé. Aktuální délka těhotenství informantky je 34 týdnů. Informantka je hospitalizovaná 6 dnů, důvodem její hospitalizace je dolores a partus praematurus imminens.

Infomantce I10 je 26 let, těhotná je podruhé, rodit bude podruhé. Aktuální délka těhotenství informantky je 33 týdnů a 3 dny. Informantka je hospitalizovaná 5 dnů, důvodem její hospitalizace je inkompetence hrdla děložního.

Výzkumného šetření se zúčastnilo sedm informantek, přesněji porodních asistentek pracujících na stanici rizikového těhotenství gynekologicko-porodnického oddělení. Tabulka 2 uvádí základní identifikační údaje oslovených informantek.

Tabulka 2 – Identifikační údaje porodních asistentek na stanici rizikového těhotenství

Informantka	Věk	Nejvyšší dosažené vzdělání	Obor	Délka působení na stanici rizikového těhotenství
P1	64	středoškolské s maturitou	porodní asistentka	15 let
P2	56	středoškolské s maturitou	porodní asistentka	30 let
P3	45	vysokoškolské	porodní asistentka	10 let
P4	56	středoškolské s maturitou	porodní asistentka	36 let
P5	68	středoškolské s maturitou	porodní asistentka	32 let
P6	52	středoškolské s maturitou	porodní asistentka	30 let
P7	25	vysokoškolské	porodní asistentka	1 rok

Zdroj: vlastní

Informantce P1 je 64 let, její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské s maturitou, obor porodní asistentka. Profesi porodní asistentky na stanici rizikového těhotenství vykonává 15 let.

Informantce P2 je 56 let, její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské s maturitou, obor porodní asistentka. Profesi porodní asistentky na stanici rizikového těhotenství vykonává 30 let.

Informantce P3 je 45 let, její nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské, obor porodní asistentka. Profesi porodní asistentky na stanici rizikového těhotenství vykonává 10 let.

Informantce P4 je 56 let, její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské s maturitou, obor porodní asistentka. Profesi porodní asistentky na stanici rizikového těhotenství vykonává 36 let.

Informantce P5 je 68 let, její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské s maturitou, obor porodní asistentka. Profesi porodní asistentky na stanici rizikového těhotenství vykonává 32 let.

Informantce P6 je 52 let, její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské s maturitou, obor porodní asistentka. Profesi porodní asistentky na stanici rizikového těhotenství vykonává 30 let.

Informantce P7 je 25 let, její nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské, obor porodní asistentka. Profesi porodní asistentky na stanici rizikového těhotenství vykonává 1 rok.

4.1.2 Vyhodnocení rozhovorů se ženami s rizikem předčasného porodu

Na základě analýzy získaných dat výzkumného šetření byla stanovena kategorie a její podkategorie (viz. Tabulka 3). Tabulka je rozdělena na jednu hlavní kategorii a ta dále členěna na čtyři podkategorie. Kategorie má název „Hospitalizace“ a je členěna na čtyři podkategorie Přístup a zájem porodní asistentky, Požadavky žen na péči, Změněné potřeby a Informovanost žen. Výsledky kategorie a podkategorií jsou podrobně rozepsány a doplněny o přímé citace informantek níže.

Tabulka 3 – Seznam kategorií a podkategorií výzkumu

Kategorie	Podkategorie
Hospitalizace	Přístup a zájem porodní asistentky
	Požadavky žen na péči
	Změněné potřeby
	Informovanost žen

Zdroj: vlastní

Kategorie 1 Hospitalizace

Kategorie Hospitalizace se skládá z pěti podkategorií zaměřujících se na vnímání žen úrovně poskytované péče porodními asistentkami, na potřeby žen a míru jejich informovanosti. Dále jsou v této kategorii popsány informace o tom, co je pro pacientky důležité, aby se v průběhu hospitalizace cítily co možná nejlépe.

Podkategorie 1 Přístup a zájem porodní asistentky

Dobrou péčí a vlídný přístup porodní asistentky všechny informantky účastníci se tohoto výzkumu hodnotily jako velmi důležité. Některé informantky se před nástupem k hospitalizaci obávaly přístupu porodních asistentek z důvodu předchozí negativní zkušenosti, avšak všechny informantky sdělily, že v průběhu hospitalizace byly s přístupem a péčí porodních asistentek velmi spokojené a nebylo nic, co by mohly vytknout. Například informantka I4 sdělila: „*Mě to teda tady přijde naprosto super. Všechny porodní asistentky jsou strašně hodný a ochotný. Já se je až bojím otrávit,*

ale s čímkoliv jsem vždycky zazvonila, tak byly moc ochotný. Chodí se ptát, jestli je všechno v pořádku, jestli zabírají léky. Takže já jsem spokojená na maximum“.

Na otázku, zda je něco, co by porodní asistentka mohla udělat pro to, aby se hospitalizace pro ženy stala příjemnější, informantky I2, I3, I4, I5, I6, I7, I8, I9, a I10 odpověděly, že jsou toho názoru, že porodní asistentky dělají maximum v závislosti na jejich časových možnostech a není nic, co by porodní asistentky mohly změnit v průběhu poskytované péče. Informantka číslo I1 na otázku odpověděla následovně: *„Porodní asistentky asi nic, ale doktoři, probírat to spolu. Aby mi říkali to samé, a ne jeden něco a druhý něco jiného. Abych si alespoň něčím mohla být jistá. Protože jako, když vám jeden člověk řekne, že byste mohla za týden domů a druhý řekne, že až za 7 týdnů, tak je to sakra rozdíl“.*

Dále bylo zjišťováno, zda mají porodní asistentky zájem také o pocity žen a jejich prožívání hospitalizace, nebo zda se soustředí pouze na splnění zdravotnických výkonů jako podání léků, podání infúze, odběr krve aj. Na tuto otázku informantky I1, I2, I7, I8, I9, I10 odpověděly, že porodní asistentky se pravidelně ptají i na jejich pocity a jestli je vše v pořádku i po stránce psychické. Oproti tomu informantky I3, I4, I5 a I6 sdělily, že se jich porodní asistentky na jejich pocity neptají, ale že toto ani nevyžadují. Informantka I6 sdělila: *„Nemyslím si, že by porodní asistentky měly zájem i o moje pocity. Je to spíš z toho zdravotnického hlediska, že si dělají svou práci“.* Na doplňující otázku, zda by si chtěly promluvit s porodními asistentkami více o svých pocitech informantka I6 odpověděla: *„Mě to asi takhle stačí, když si potřebuju s někým promluvit, tak tu mám holky na pokoji, nebo mám někoho na telefonu, no. Ale asi s tím personálem bych osobní věci taky neřešila“.* Informantky I4 a I5 dále sdělili, že raději své pocity sdílí se svou rodinou a blízkými a proto nemají potřebu hovořit s porodními asistentkami na toto téma.

Podkategorie 2 Požadavky na péči

Každá pacientka představuje unikátní osobnost, která má v průběhu hospitalizace různé požadavky, jež se liší náročností, tak i množstvím. Některá pacientka může být spokojená s přístupem zdravotního personálu, avšak jiná vyžaduje intenzivnější péči.

V této podkategorii je popsáno, co je pro pacientky nejdůležitější v průběhu hospitalizace. Informantky I1, I2, I3, I4, I6, I8, I9 a I10 se shodly, že nejdůležitější je

přístup ošetřovatelského personálu. Například informantka I1 odpověděla: „*Já bych nechtěla nikoho urazit, ale určitě přístup. Protože třeba, nestalo se mi tady jedinkrát, a jsem tu pátý týden, že by byl na mě někdo protivnej, že by na mě někdo koukal skrz prsty. Všichni jsou tak hodný*“.

Dalším důležitým faktorem pro informantky I4 a I5 představovaly dostatečné informace. Informantka I5 uvedla: „*Tak kdyby bylo víc svobody, to je jasný, ale co je pro mě úplně nejdůležitější, to si teda nechci stěžovat, ale jako kdyby toho bylo ještě víc, že by to neuškodilo – informace, informace, informace*. Informantka I5 zmínila požadavek většího množství informací zejména od lékařů. Informantka pozorovala v průběhu své hospitalizace velkou časovou vyčerpávanost u lékařů, která vedla k jejímu ostychu pokládat lékařům otázky, které pro ní byly důležité. Informantka také zmínila důležitost konzultace možných variant s lékaři: „*Pro mě je hrozně důležité o tom s lékaři mluvit. Když jsem si třeba přečetla informovaný souhlas, který je o tom, že budu podstupovat nějakou operaci, tak jsem byla úplně zhrozená a jediný, co mě uklidnilo, že za mnou druhý den mohl přijít doktor a něco mi k tomu řekl a vysvětlil mi to. Jako, dát informovaný souhlas a jen říct, tady to podepište, to je fakt šílený*“.

Dále informantky I4 a I6 zmínily počet pacientek na pokoji, avšak každá v jiném smyslu. Informantka I4 zmínila potřebu soukromí na pokoji a z tohoto důvodu by také upřednostňovala jednolůžkový pokoj. Oproti tomu informantka I6 shledávala výhodu být ve společnosti dalších pacientek na pokoji a to z důvodu možnosti promluvit si o obavách spojených s hrozícím předčasným porodem.

Podkategorie 3 Změněné potřeby

Stejně jako se potřeby člověka mění s věkem, tak jsou ovlivňovány i zdravotním stavem. U hospitalizovaných žen je nepříznivý zdravotní stav ještě doplněn změnou prostředí, kde musí mnohdy trávit i několik týdnů. V tuto chvíli se do popředí dostávají potřeby, které měly ženy v domácím prostředí standardně uspokojovány, jako potřeba pohybu, potřeba kontaktu, potřeba soukromí aj.

Vzhledem k přetrvávající situaci s onemocněním covid-19 se všechny informantky jednohlasně shodly, že nejvíce neuspokojenou potřebou v průběhu hospitalizace se pro ně stala potřeba kontaktu. Nemožnost být několik týdnů někdy i měsíců ve fyzickém

kontaktem se svými nejbližšími představuje pro všechny ženy velmi obtížnou situaci a to zejména po stránce psychické.

Další neuspokojenou potřebou byla zmiňovaná potřeba fyzické aktivity, ať už u pacientek s nařízeným klidem na lůžku, které se nemohly projít ani po chodbě, tak i u pacientek, které měly možnost volného pohybu po oddělení. Například informantka I5 odpověděla: *„Jinak doma, taky bych odpočívala, ale určitě bych měnila různá místa. Nemusela bych pořád ležet v jedné posteli. Jednou bych si šla lehnout na gauč, jednou bych zůstala v ložnici. Jednou bych se šla alespoň nadýchat na balkón. A nejstrašnější je, že jsme tady zavřený a nesmíme ani z toho patra. Je pro mě těžký, že se nemůžu nikam kousek projít. Udělat si kolečko kolem baráku a vrátit se sem“*. Obdobně odpověděla také informantka I9: *„Tak asi pohyb. Mocht se projít, alespoň kousek okolo nemocnice. To mi chybí moc. Doma jsem byla zvyklá chodit pravidelně na procházky se psem a pohyb tak byl vždycky součástí mého dne“*.

Dále informantky I2, I3 a I8 uvedly také potřebu spánku, která byla narušená změnou prostředí. Ženy se v průběhu hospitalizace potýkaly s nevyhovujícími matracemi a následně s bolestmi zad. S touto potřebou byl také spojen režim oddělení, kdy ženy byly probouzeny porodními asistentkami již před šestou hodinou ranní z důvodu odběru krve aj.

V rámci otázky týkající se potřeb žen byla informantkami I2, I5, I6 a I10 zmíněna strava a její časový harmonogram. Informantka I6 uvedla nespokojenost s časovým rozmezím mezi jídly, kdy obědy byly podávány v 11 hodin dopoledne a večere již v 16 hodin. Na takový režim nebyla informantka zvyklá a představoval pro ní problém: *„Všechno je tak hrozně brzo a na začátku jsem měla pocit, že se i musím najíst do zásoby. Abych pak neměla zase hlad, protože večere už bývá zase po čtvrtý hodině, takže si tady radši něco schovávám, abych se pak ještě najedla“*.

Také informantka I5 měla podobný názor: *„Co mi vadí, co mi tady hodně vadí, určitě, že mám striktně nastavený režim jídla. Informantka I5 popisovala své zvyklosti týkající se jídla velmi odlišně od režimu oddělení a to zejména v úpravě jídla a denního harmonogramu jídel. Pro informantku stravování, v rámci stanice rizikového těhotenství, představovalo obtížnou situaci, na kterou se v průběhu hospitalizace musela adaptovat a hodnotila ji jako nelehkou, jak sama uvedla. Informantka I5 závěrem*

dodala: „*Pak si časem řeknete, že to je vlastně taková jako banalita v porovnání s tím, proč jste tady, ale určitě na tom komfortu to člověku nepřidá*“.

Podkategorie 4 Informovanost žen

Podkategorie 4 Informovanost žen se zabývá komunikací lékařů a porodních asistentek s pacientkami v průběhu jejich hospitalizace. Cílem kladených otázek bylo zjistit, jak pacientky vnímají sdělené informace týkající se jejich zdravotního stavu a stavu jejich dítěte.

Dostatek informací, jejich úplnost, přesnost, srozumitelnost všechny informantky považovaly za důležité. Avšak každá informantka vyžadovala jiné množství podaných informací. Informantky I2, I4, I5, I7, I8, I9 a I10 informace podané lékaři a porodními asistentkami hodnotily za dostačující a srozumitelné. Informantka I5 uvedla: „*Co bylo super a co mě hrozně uklidnilo, když za mnou ze začátku chodili z neonatologie a všechno mi vysvětlovali. Vysvětlili mi, co mě může čekat, jaký jsou varianty a jak oni jsou na ně připravení a už jenom ten pocit, že vám se to může stát třeba ve 32. týdnu těhotenství a když už by to hrozilo, tak vy už víte, jak to bude vypadat, když na tu neonatologii přijedete, jaký mají typy inkubátorů, že to miminko může samo dýchat, ale taky nemusí a že možná bude potřebovat tenhle typ podpory, nebo možná jinej a že to víte dopředu, tak už s tímhle se vám žije líp a víte, že ty lidi ví, co dělají a že jsou jako připravený a vidíte třeba i ty fotky a to je podle mě tak skvěle připravenej systém, jako ze strany tý neonatologie, že za to bych jim teda chtěla hrozně poděkovat. Jinak informace vnímám za srozumitelné, jsou dostatečné, ale jen díky tomu, že se ptám. Myslím si, že je i bezpečnější dostat ty informace v celej míře tady, než potom začnete googlit, začnete si hledat všechno možný a pak vás to zbytečně vyděsí*“. Dále informantka I6 sdělila, že informace byly dostatečné, ale až ve chvíli, kdy se sama lékařů doptala.

Informace, jako nedostačující hodnotily informantky I1 a I3. Informantka I3 hodnotila informace za nedostačující zejména ze strany lékařů, výjimku však představovaly neonatologové. Pacientka v průběhu své hospitalizace měla možnost promluvit si s neonatologem o dalším možném postupu v případě, že by došlo k předčasnému porodu. V rámci tohoto rozhovoru bylo pacientce podáno mnoho informací, aniž by se sama musela doptávat. Od gynekologů však mnoho informací nedostávala, pouze v případě, že se sama aktivně doptávala. Informantka I3 dále

zmínila spokojenost s komunikací s porodními asistentkami, které jí vždy podávaly dostatečné informace a všechny ošetrovatelské úkony řádně vysvětlily. Informantka I1 naopak vyjádřila nespokojenost v odlišnosti informací podávaných lékaři. *„Jediný, co se mi tady stalo, tak že jedna paní doktorka řekne, že když bude všechno fajn a bylo by to dobrý, tak mě vyšetří za 14 dní. Takhle se o tom mluví 10 dní a najednou přijde někdo jiný a řekne, že tady budu ještě dlouho, tak že mě vyšetří za 3 týdny. Jde o to, že bych chtěla vědět, jestli malá roste, jakéj má váhovej odhad, jestli je v pořádku, jestli jsou průtoky.* Dále informantka I1 popsala odlišnost podaných informací ze strany lékařů týkajících se přibližné délky hospitalizace, přičemž odlišnost v délce hospitalizace se pohybovala v řadě týdnů. Tyto odlišné informace měly velký vliv na psychiku pacientky, kdy se žena cítila zoufalá a byla více plačtivá, jak sama popsala. Na základě této zkušenosti, pacientka ztrácela důvěru v ošetřující lékaře a hospitalizace se pro ní stávala obtížnější.

4.1.3 Vyhodnocení rozhovorů s porodními asistentkami na stanici rizikového těhotenství gynekologicko-porodnického oddělení

Na základě analýzy získaných dat výzkumného šetření byla stanovena kategorie a její podkategorie (viz. Tabulka 4). Tabulka je rozdělena na jednu hlavní kategorii a ta dále členěna na tři podkategorie. Kategorie má název „Názory porodních asistentek“ a je členěna na tři podkategorie Důležité informace podané ženám, Emocionální prožívání hospitalizace žen a Změněné potřeby žen. Výsledky kategorie a podkategorií jsou podrobně rozepsány a doplněny o přímé citace informantek níže.

Tabulka 4 – Seznam kategorií a podkategorií výzkumu

Kategorie	Podkategorie
Názory porodních asistentek	Důležité informace podané ženám
	Emocionální prožívání hospitalizace žen
	Změněné potřeby žen

Zdroj: vlastní

Kategorie Porodní asistentky

Tato kategorie ukazuje, jak porodní asistentky vnímají péči o ženu s diagnózou hrozící předčasný porod. Jak vnímají jejich potřeby v průběhu hospitalizace a co považují za důležité, aby ženy hospitalizaci lépe zvládaly.

Podkategorie 1 Důležité informace podané ženám

V rámci této podkategorie bylo zjišťováno, jaké informace porodní asistentky vnímají za důležité pro hospitalizované ženy a jaké informace ženy požadují. Všechny informantky, informace poskytované ženám, dělily na dvě skupiny.

První skupina informací, které pacientky požadovaly, byly informace týkající se jejich zdravotního stavu, přibližné délky hospitalizace, léčebného postupu aj. Na tyto otázky však porodní asistentky nemají kompetence odpovídat a proto ženy odkazovaly na lékaře.

Druhou skupinu tvořily informace ohledně ošetrovatelských výkonů např. aplikace intravenózního vstupu, podání léků, aplikace injekce, monitorace ozev plodu, poslech ozev plodu aj. Tento druh informací porodní asistentky vždy ženám podaly a vysvětlily, co od nich mohou očekávat. Informantka P1 uvedla: „*Tak určitě je důležité poučit o odtoku plodové vody, o krvácení, o bolestech. Vysvětlit jim, jak vnímat kontrakce. Vysvětlit jim, co je fyziologické a co už není. Většinou požadují tyhle informace. Někdy se ptají pořád dokola. Zjišťují, co jim kdo odpoví jinak. A potom kladete důraz podle diagnózy. U placenty praevie kladete důraz na klidový režim atd. Nejčastěji ženy chtějí hned první nebo druhý den vědět, kdy půjdou domů. Tak to je odkazujeme na lékaře*“. Také informantka P7 odpověděla, že nejčastější dotazy ze strany hospitalizovaných žen se týkají přibližné délky jejich hospitalizace, jejich zdravotního stavu a možnosti návštěv na oddělení.

Jako další kritérium pro druh podávaných informací byl ošetrovatelský problém, kvůli kterému byla žena hospitalizována. Informantka P3 stejně jako informantka P1 zmínila důležitost dodržení klidového režimu. Jako další doporučení informantka P3 doplnila polohu na boku, která je považována za úlevovou polohu a děloha ženy bývá nejklidnější, nevhodnost tureckého sedu je-li žena hospitalizována pro přítomnost placenty praevie a v neposlední řadě vyzdvihla hygienu, která je důležitá, avšak pro ženy s rizikem předčasného porodu vhodná maximálně jednou denně, aby nedošlo k větší dráždivosti dělohy.

Porodní asistentky dále uvedly, že jako důležité informace pro hospitalizované ženy považují informace týkající se chodu oddělení a informace ohledně plánovaných vyšetření (druh vyšetření, den a místo vyšetření). Všechny informantky se shodly, že podávané informace jsou velmi důležité pro pacientky a mají velmi významný vliv na jejich psychický stav. Za důležité považují způsob podání informací. K ženám by se mělo mluvit s klidným hlasem, vlídně, dodat jim naději a klid. Podávané informace by měly být srozumitelné a jasné.

Podkategorie 2 Emocionální prožívání hospitalizace žen

Každá žena je jiná, a tudíž také každá jinak přistupuje k hospitalizaci. Je zde ale několik faktorů, které mohou ovlivnit prožívání hospitalizace. Všechny informantky se shodly, že většina žen, přijímajících k hospitalizaci, je plačtivých. Stejně tak se ale shodly, že s následujícími dny, je pro ženy hospitalizace o něco méně zátěžovou situací. Jsou

ovšem faktory, které ovlivňují prožívání hospitalizace. Mezi tyto faktory patří např. odloučení pacientky od svého již narozeného dítěte. Informantky uvedly obtížnější prožívání hospitalizace u žen majících již jedno či více dětí.

Informantka P2 sdělila: *„Každá žena je jiná. Některá je s tím srovnaná, když přijde plánovaně a obvodní gynekolog nebo lékař při příjmu jim to dobře vysvětlí, tak jsou s tím některý srovnané. Ale většinou jsou rozrušené, plačtivé. Je to taky o tom, jestli ty ženy mají doma malé děti. Nebo jsou prvně těhotné, tak potom se s tím taky srovnávají jinak“.*

Dalším faktorem je podpora rodiny. Rodina představuje další významný faktor působící na prožívání žen v průběhu hospitalizace. Při aktuální epidemiologické situaci byly návštěvy na stanici rizikového těhotenství významně omezeny či zcela zakázány. Tato situace se také promítla na psychice žen, kdy ženy byly více plačtivé a vyžadovaly více komunikace a podpory ze strany porodních asistentek.

Délku těhotenství informantky P2, P3 a P4 také považovaly za faktor ovlivňující psychiku žen v průběhu hospitalizace. Informantka P2 sdělila: *„Délka těhotenství tady asi hraje roli, asi ženy mají větší strach o to těhotenství, potom když jsou na začátku a bojí se, že tu budou dlouhodobě ležet. Ale když jsou tu už dýl, tak se s tím líp srovnávají. Je důležitý postoj nás porodních asistentek, člověk musí být empatický k těm pacientkám, taky s nimi občas promluvit a uchlácholit je, že musí být trpělivý. To taky dělá hodně, když si s nimi promluvíte“.* Oproti tomu informantka S1 sdělila: *„Já si myslím, že to není vyložene o týdmu těhotenství, ale spíš o psychice té ženy. Je třeba jim vysvětlit, že nemůžou koukat dopředu, že tu ještě budou měsíc nebo dva. Ale spíš koukat zpětně, že krásný, týden mám za sebou, udržely jsme to. Než aby dopředu se nervovaly, že ještě tu budou dva měsíce“.*

Jako další faktory porodní asistentky uvedly prostředí oddělení ve smyslu čistoty oddělení, různých dekorací na chodbách a v monitorovací místnosti, prosvětlenost oddělení a přístup ošetrovatelského personálu, kdy informantky uvedly, že si uvědomují důležitost empatie a vlídného přístupu k ženám.

Podkategorie 3 Změněné potřeby žen

Potřeby ženy s diagnózou hrozícího předčasného porodu jsou výrazně modifikované vlivem hospitalizace. S tímto tvrzením také souhlasila většina porodních asistentek. Mezi potřeby žen, nejvíce modifikované v průběhu hospitalizace, porodní asistentky uváděly potřebu kontaktu s rodinou, potřebu spánku a potřebu pohybu.

Informantka P3 sdělila: *„Teď v době covidu je asi u žen nejvíce ta potřeba kontaktu s blízkými. To že jsou návštěvy zakázané, pro ženy představuje velký stres“.*

Informantka P4 dále zmínila narušení potřeby spánku u mnoha žen v průběhu hospitalizace a to z důvodu změny prostředí, ale také z důvodu nevyhovujících matrací. Tento problém pro porodní asistentky není výjimečný. Řada žen se v průběhu hospitalizace obrací na porodní asistentky s prosbou o řešení tohoto problému. Na základě těchto žádostí byly ženám měněny matrace a dále poskytnuta rehabilitační péče.

Informantka P3 také poukázala na potřebu soukromí u hospitalizovaných žen. Na otázku, zda pacientky preferují jednolůžkové či vícelůžkové pokoje informantka P3 odpověděla: *„Nejde říct, jaká z uvedených možností převažuje. Každá žena má jiné potřeby. Některé jsou raději sami, jiné zase ve společnosti dalších žen. My se ale snažíme vždy pacientky dávat na pokoje maximálně po dvou zejména z důvodu komfortu žen“.*

Otázku stravy a jejího harmonogramu na stanici rizikového těhotenství dále rozvedla informantka P2, která uvedla: *„Víme, že ženy by uvítaly lepší jídlo. Někdo nemá možnost, aby jim z domova přinesli něco na zpestření stravy“.* Informantce byla následně položena otázka, zda mají informaci o nespokojenosti žen týkající se denního harmonogramu jídel, kdy jsou jednotlivá jídla podávána ve velmi brzkých hodinách. Informantka P2 odpověděla: *„O tomhle problému víme, ale nevím, jestli by šly změnit jednotlivé časy stravování. Kdysi se to tady už taky řešilo, že ty obědy chodí už třeba v půl 11, ale jak jsme velká nemocnice, tak to nejde, aby všechny oddělení měly oběd ve 12 hodin. Jinak pacientky mají možnost ukládat si jídlo do lednice. A dál tu také mají v jídelním koutě chladicí box s jogurtama, kompotem, müsly a ovocné čaje“.*

Součástí výzkumného vzorky byla však také informantka, která nevnímala potřeby žen v průběhu hospitalizace odlišně od potřeb v jejich domácím prostředí. Informantka S1 uvedla: *„Nepřijde mi, že by se potřeby žen v průběhu jejich hospitalizace nějak měnily“.*

5 Diskuze

Bakalářská práce se zabývá péčí porodní asistentky o ženu s diagnózou hrozící předčasný porod. Jako předčasný porod je označována situace, kdy je těhotenství ukončeno před dovršeným 37. týdnem gravidity, tj. méně než 259 dní od 1. dne poslední menstruace (Roztočil et al., 2017). V případě předčasného porodu hovoříme o nejvýznamnějším porodnickém problému v hospodářsky rozvinutých zemích a to z důvodu jeho incidence, která se pohybuje kolem 7 % z celkového počtu narozených dětí za rok 2019 (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2020). Existují však také jasné regionální rozdíly. Zejména Africké státy hlásily vyšší výskyt předčasně narozených dětí (18 %), následně Spojené státy (12-13 %) a Evropa (5-9 %) (Uwambaye et al., 2021). Předčasný porod je považován za jednu z hlavních výzev v oblasti zdravotní péče a je spojen s mnoha možnými důsledky (celoživotní postižení, vysoké náklady na zdravotní péči aj.) (Uwambaye et al., 2021).

V této bakalářské práci s názvem „Péče porodní asistentky o ženu s hrozícím předčasným porodem“ byly stanoveny dva cíle, a to zjistit, jak ženy vnímají péči porodní asistentky při hrozícím předčasném porodu a také zjistit, jak porodní asistentky vnímají problematiku předčasného porodu. Téma a cíle této bakalářské práce byly zvoleny zejména z toho důvodu, že právě porodní asistentky společně s lékaři jsou těmi, kdo o ženy s diagnózou hrozící předčasný porod pečují. Jsme toho názoru, že porodní asistentka zastává významnou úlohu v péči o ženu s diagnózou hrozící předčasný porod a má tak jedinečnou příležitost ženám v této těžké chvíli poskytnout pomoc a to vhodnou péčí a empatickým přístupem.

Výzkumné šetření bylo uskutečněno kvalitativním způsobem, kdy byly vedeny s informantkami polostrukturované rozhovory. Pro tuto práci byly stanoveny dva výzkumné soubory. První výzkumný soubor tvořilo deset žen hospitalizovaných na stanici rizikového těhotenství s diagnózou hrozící předčasný porod a druhý výzkumný soubor tvořilo sedm porodních asistentek pracujících na stanici rizikového těhotenství.

V první výzkumné otázce nás zajímalo, jak hospitalizované ženy s diagnózou hrozící předčasný porod vnímají péči ze strany porodních asistentek. Nejdříve bylo nutné zjistit, jak si ženy péči ze strany porodní asistentky představovaly před nástupem k hospitalizaci. Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že všechny informantky očekávaly v průběhu péče ze strany porodní asistentky plnou informovanost o diagnostických a

léčebných výkonech, informace o přibližné délce jejich hospitalizace a vlídný a empatický přístup v průběhu hospitalizace. Očekávání žen však nemohlo být zcela naplněno, jelikož kompetence porodních asistentek mají stanovené své hranice a to dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, kdy porodní asistentky mají kompetence podávat pacientům jen takové informace týkající se úkonů, které samy provádí (Pediatrie pro praxi, 2015). Přes to, že informantky nezískaly od porodních asistentek všechny z výše zmíněných informací, hodnotily péči porodních asistentek, jako velmi dobrou a uvedly, že porodní asistentky pracovaly profesionálně, avšak při jejich práci nechyběla ani potřebná empatie a zájem porodních asistentek o potřeby a pocity žen.

Zájem porodních asistentek o potřeby a pocity žen, pacientky hodnotily jako velmi důležitý a kladně působící na jejich psychický stav v průběhu hospitalizace. Nicméně celkový přístup ošetrovatelského personálu pacientky zmiňovaly jako jeden z faktorů ovlivňující jejich prožívání hospitalizace. Vztah mezi pacientem a ošetrovatelským personálem je stěžejní pro efektivní komunikaci, která představuje nedílnou součást dobře cílené ošetrovatelské péče (Zacharová, 2017). Z tohoto jasně vyplývá důležitost nejen profesionálního přístupu ošetrovatelského personálu, ale také empatie a naslouchání během výkonu ošetrovatelské péče. Informantka I1 na otázku ohledně spokojenosti s péčí porodní asistentky odpověděla: *„Je to tu skvělý, jsem moc spokojená. Na žádný problém jsem nenarazila. Naopak. Já jsem spíš taková stydlivka a sestřičky to zjistily, tak se ke mně chovají i tak jinak. Snaží se, abych byla v pohodě“*.

Význam komunikace zmiňují také Lippke et al. (2019), kteří důležitost efektivní komunikace shledávají také v ochraně bezpečí pacientů. Docílit efektivní komunikace je důležité nejen mezi pacientem, jeho rodinou a ošetrovatelským personálem, ale také mezi členy ošetrovatelského týmu. V opačném případě je zde riziko úniku důležitých informací v důsledku používání lékařských termínů, které mohou vést ke snížení bezpečnosti pacientů, zejména pokud se lékařské termíny používají u pacientů, jejich partnerů a příbuzných (Lippke et al., 2019).

V průběhu našeho výzkumného šetření však bylo zjištěno, že problém se srozumitelností podaných informací pacientky neshledávaly. Komunikaci s porodními asistentkami pacientky hodnotily jako kvalitní a dostačující. Informantky sdělily, že informace podané porodními asistentkami vždy byly srozumitelné, přizpůsobené jejich

intelektuálním znalostem a také s ohledem na jejich psychický stav související s diagnózou hrozící předčasný porod. Dále nás zajímalo, jak probíhala komunikace mezi pacientkami a lékaři. Komunikace mezi lékařem a pacientem je považována za základ vzájemného vztahu (Zacharová, 2017). Pro všechny pacientky byla v průběhu hospitalizace důležitá srozumitelnost a úplnost podávaných informací od lékařů, která se týkala jejich zdravotního stavu a stavu jejich dítěte. Avšak informantky I1 a I3 vyjádřily svou nespokojenost se sdělenými informacemi ze strany lékařů. Zejména se jednalo o množství sdělených informací a dále také o sjednocení informací mezi lékaři daného oddělení, kdy infomantka I1 popsala situaci, během které byla dvěma lékaři informována o možném propuštění, avšak informace o přibližné době ukončení hospitalizace se lišila v řádu týdnů.

Otázka informovanosti žen byla položena také porodním asistentkám, v rámci které byly dotazovány, jaké informace sdělují hospitalizovaným ženám a jaké informace ženy vyžadují.

Porodní asistentky sdělily, že se na ně ženy obracely s dotazy ohledně jejich zdravotního stavu. Dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, porodní asistentky mají kompetence podávat pacientům jen takové informace týkající se úkonů, které samy provádí, jak již bylo výše zmíněno (Pediatric pro praxi, 2015). Z tohoto důvodu byly ženy s dotazy ohledně jejich zdravotního stavu odkazovány na ošetřující lékaře, kteří k tomuto mají kompetence.

Informantky P1, P2, P4 a P6 dále jako nejčastěji sdělované informace, uváděly informace týkající se organizace oddělení, ošetrovatelských výkonů (podání léků, poslech ozev plodu, monitorace ozev plodu aj.) a situací vyžadujících okamžité upozornění porodní asistentky ženou (odtok plodové vody, krvácení, kontrakce, bolest na hrudi aj.).

Dostatečné množství a způsob podaných informací většina porodních asistentek považovala za jeden z nejdůležitějších faktorů působících na psychiku hospitalizované ženy s diagnózou hrozící předčasný porod. Z rozhovorů vyplynulo, že hospitalizované ženy s diagnózou hrozící předčasný porod, své obavy o zdraví svého dítěte směřují spíše na porodní asistentky, od kterých také cítí více empatie a vést rozhovor s nimi je pro ně jednodušší než s lékaři. Na základě tohoto faktu je možné potvrdit významnou úlohu porodní asistentky v ošetrovatelském procesu o ženu s diagnózou hrozící

předčasný porod na gynekologicko-porodnickém oddělení, stanici rizikového těhotenství.

V rámci výzkumného šetření nás dále zajímaly projevy předčasného porodu u hospitalizovaných žen. Procházka et al. (2020) mezi projevy hrozícího předčasného spontánního porodu řadí pravidelnou, či nepravidelnou děložní činnost před 37. týdnem gravidity a zkracování a dilataci děložního hrdla. Toto se potvrdilo i v našem výzkumné šetření, kdy informantky I1, I2, I3, I7 a I10 měly diagnostikovaný pokročilý vaginální náleží a dále u informantek I4 a I8 byla přítomna nepravidelná děložní činnost. V rámci našeho výzkumného vzorku byla dále informantka I9 hospitalizovaná pro zakrvácení a informantky I5 a I6 hospitalizované pro placentu praevii. Přesto, že žena s placentou praevii může být klinicky bez příznaků a jiných obtíží, stále se jedná o velmi závažnou patologii těhotenství, kdy při jejím zanedbání by mohl být ohrožen život jak ženy, tak jejího dítěte (Roztočil et al., 2011).

Výzkum se dále zabýval také potřebami žen. Všechny informantky se shodly, že došlo ke změně jejich potřeb v průběhu hospitalizace. Také Mlýnková (2016) popisuje vliv zdravotního stavu člověka na modifikaci potřeb. Jako první zmíněná potřeba u všech informantek byla potřeba kontaktu. Ke změně této potřeby vedl zejména zákaz návštěv na stanici rizikového těhotenství související s epidemiologickou situací na území České republiky. Potřeba sociálního kontaktu je považována za základní sociální potřebu a je součástí podstaty člověka (Tylová et al., 2014). Z tohoto důvodu lze předpokládat postoupení této potřeby do popředí u žen hospitalizovaných v nemocničním prostředí. Narušení této potřeby se bohužel pro ženy v průběhu hospitalizace stalo neřešitelnou situací. Možnost telefonické komunikace a videohovorů s blízkými ženy považovaly za nedostačující.

Hospitalizované ženy popisovaly zákaz návštěv, jako velmi stresovou situaci mající dopad na jejich psychický stav. Ženy na sobě vnímaly větší přecitlivělost a plačtivost v průběhu hospitalizace. Tuto situaci hodnotily podobně také porodní asistentky, které rovněž vnímaly zákaz návštěv jako velmi stresující pro ženy a ztěžující jim jejich hospitalizaci. Porodní asistentky dále sdělily, že potřebu kontaktu u pacientek vnímají jako více modifikovanou v tomto roce, než u pacientek hospitalizovaných předešlé roky a to z důvodu epidemiologické situace v České republice, jak již bylo výše zmíněno.

Jako další změněnou potřebu ženy zmiňovaly potřebu fyzické aktivity. Řada hospitalizovaných žen s diagnózou hrozící předčasný porod se potýká s přísným klidovým režimem. Stejně tak tomu bylo v případě informantek I1, I4, I5, I6 a I9. Ačkoliv Koucký (2014) nezaznamenal významný vliv klidového režimu na prodloužení délky těhotenství, stále se s těmito intervencemi v praxi setkáváme.

Přísný klid na lůžku se dále projevil také v případě potřeby vylučování u hospitalizovaných žen. U těhotných žen se často setkáváme s poruchou vyprazdňování v podobě zácpy (Košňarová, 2019). Jako důvod tohoto stavu Košňarová (2019) uvádí sníženou motilitu hladkého svalstva v důsledku zvýšené hladiny hormonu progesteronu. U hospitalizovaných žen může být tento stav navíc podpořen změnou prostředí, stresem a již zmíněným nařízeným klidovým režimem (Trachtová et al., 2013). Hospitalizované ženy potýkající se s narušenou potřebou vylučování, se snažily tento stav řešit pomocí pravidelného pitného režimu a nácvikem defekačního reflexu.

V rámci výzkumu jsme se dále zabývali otázkou výživy, protože jídlo a pití patří mezi základní biologické potřeby člověka (Hopper, 2020). Složení stravy je klíčem pro správný průběh gravidity a vývoj plodu (Dušová et al., 2019a). Široká (2020) zmiňuje důležitost zařazení ryb do jídelníčku těhotné ženy z důvodu obsahu omega-3 esenciálních mastných kyselin, které jsou důležité pro zdravý růst a vývoj dítěte a zároveň snižují riziko předčasného porodu. Naopak je doporučováno omezit kořeněná jídla, která mohou dráždit žaludek nebo provokovat dělohu (Široká, 2020). Kvalitu stravy na stanici rizikového těhotenství všechny informantky hodnotily jako vhodnou vzhledem k jejich těhotenství. Jediný problém, se kterým se ženy potýkaly v rámci stravy, byl časový harmonogram jídel. Tento problém zmínily informantky I2, I5, I6 a I10. Sdělily, že doba obědů je přibližně v 11 hodin dopoledne a večere bývají již v 16 hodin, což hodnotily jako velmi brzo. Pacientky se v důsledku tohoto problému potýkaly s hladem či nevolností způsobenými odlišným harmonogramem stravy daného oddělení.

Z výzkumu dále vyplynula nespokojenost hospitalizovaných žen s kvalitou spánku v průběhu hospitalizace. Spánek s odpočinkem v těhotenství nabývá na důležitosti a to zejména z důvodu potřeby regenerace orgánů a systémů, které jsou těhotenstvím zatíženy. Jedná se zejména o pohybový aparát, játra ledviny a další (Velemínský, 2008). Neuspokojenou potřebu spánku zmiňovaly informantky I2, I3 a I8. Důvodem deficitu

této potřeby bylo zejména časné probouzení pacientek již před šestou hodinou ranní z důvodu diagnostických výkonů a také nevyhovující matrace. O narušené potřebě spánku byly informovány také porodní asistentky. Informantky P2, P3 a P7 uvedly, že se ošetrovatelský personál s tímto faktem snaží pracovat a na základě stížností žen jsou matrace měněny a je jim poskytována rehabilitační péče.

Neuspokojená potřeba spánku se ukázala také jako jeden z faktorů ovlivňující emocionální prožívání žen průběhu hospitalizace, stejně jako působení všech výše zmíněných narušených potřeb. Hospitalizované ženy hospitalizaci popisovaly jakou velmi stresovou situaci. Jedním z hlavních důvodů byla obava o jejich dosud nenarozené dítě. Informantky uvedly, že k utlumení těchto obav přispívají dostatečné informace od lékařů. Velký význam informantky shledávaly v informacích podaných neonatologem, kteří je seznámili s možnými postupy v případě, že by došlo k předčasnému porodu. Porodní asistentky dále zmínily, že obtížnější prožívání průběhu hospitalizace vnímají u žen majících již jedno či více dětí. S tímto tvrzením se ztotožnila také informantka I10, která si hospitalizací prošla i v prvním těhotenství z důvodu hrozícího předčasného porodu a aktuální hospitalizaci hodnotila jako náročnější.

Dalším významným faktorem působícím na psychiku žen porodní asistentky zmiňovaly přístup ošetrovatelského personálu. Empatický přístup ošetrovatelského personálu a dostatek času pro rozhovor se ženami se ukázalo jako velmi významný faktor ovlivňující emocionální rozpoložení žen. Porodní asistentky uvedly, že většina hospitalizovaných žen vyhledává příležitost si s nimi promluvit. Ženy nejčastěji docházely za porodními asistentkami v odpoledních a večerních hodinách, kdy měly větší pocit soukromí a mohly se tak porodní asistence bez obav svěřit se svými problémy. Porodní asistentky sdělily, že si uvědomují důležitost jejich přístupu k ženám a času stráveného komunikací s nimi.

Z výzkumu vyplynulo, že porodní asistentky vnímají hospitalizaci jako velmi těžké období v životě ženy a také si uvědomují důležitost své role v ošetrovatelském procesu o ženu s diagnózou hrozící předčasný porod. Tímto bylo odpovězeno také na druhou výzkumnou otázku této bakalářské práce.

6 Závěr

Bakalářská práce se zabývala péčí porodní asistentky o ženu s hrozícím předčasným porodem. Konkrétně byla práce zaměřena na ženy hospitalizované s diagnózou hrozící předčasný porod na gynekologicko-porodnickém oddělení, přesněji na stanici rizikového těhotenství a na porodní asistentky pracující na této stanici.

V bakalářské práci byla teoretická část zaměřena na předčasný porod. Především tedy na příčiny předčasného porodu, diagnostické metody a terapeutické postupy a také na incidenci předčasných porodů v České republice.

Potřeby žen a jejich modifikace v průběhu hospitalizace s diagnózou hrozící předčasný porod byla jedna z nejdůležitějších kapitol teoretické části v bakalářské práci. V dalších kapitolách je například popisována péče porodních asistentek o ženy s touto diagnózou, kde je kladen důraz především na komunikaci s ženou a vnímání jejích pocitů.

Pro tuto bakalářskou práci byly zvoleny dva výzkumné cíle, pro které byly položeny dvě výzkumné otázky.

Cíli této práce bylo zjistit, jak ženy vnímání péči porodní asistentky při hrozícím předčasném porodu a jak porodní asistentky vnímají problematiku předčasného porodu.

Dále byly stanoveny 2 výzkumné otázky, na které bylo odpovězeno za pomoci polostrukturovaných rozhovorů. Tyto otázky měly zjistit, jak ženy vnímají péči porodní asistentky při hrozícím předčasném porodu a jak porodní asistentky vnímají péči o ženu s diagnózou hrozící předčasný porod.

Výzkumem bylo zjištěno, že péče poskytovaná hospitalizovaným ženám na stanici rizikového těhotenství porodními asistentkami je kvalitní s ohledem také na potřeby a prožívání žen. U informantek I3, I4, I5 a I6 byl zjištěn menší zájem porodních asistentek o jejich prožívání hospitalizace, avšak informantky uvedly, že toto ani nevyžadují a tuto skutečnost také daly porodním asistentkám najevo.

Dále bylo zjištěno, že porodní asistentky si uvědomují důležitost a způsob předávání veškerých informací hospitalizovaným ženám. Také z tohoto výzkumu vyplynulo, že komunikace je jeden z nejdůležitějších faktorů, který působí především na psychiku žen v průběhu hospitalizace.

Výsledky výzkumného šetření v rámci této bakalářské práce mohou být využity jako zpětná vazba na práci porodních asistentek na stanici rizikového těhotenství gynekologicko-porodnického oddělení s cílem zlepšit péči porodních asistentek o ženy s hrozícím předčasným porodem a tak zvýšit spokojenost klientek v daném zdravotnickém zařízení.

7 Seznam použité literatury

1. BIEBER, K., OLSON, S., 2020. Cervical Cerclage. *Stat Pearls* [online]. 2020 [cit. 2021-01-15]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32809358/>
2. BINDER, T. et al., 2015. *Porodnictví*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1907-1.
3. ČEPICKÝ, P. et al., 2018. *Kapitoly z diferencované diagnostiky v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-56-04-2.
4. ČERNOHORSKÁ, P. et al., 2019. Cerclage – historie a současnost. *Česká gynekologie* [online]. 84(1), 55-60 [cit. 2021-01-15]. ISSN 1805-4455.
5. ČERNÝ, A., 2019. *Diferenciální diagnostika v gynekologii a porodnictví: pomůcka ke studiu*. Dostupné z: <https://gynpo.lf1.cuni.cz/file/5577/diferencialni-diagnostika-v-gynekologii-a-porodnictvi.pdf>
6. ČESKÁ NEONATOLOGICKÁ SPOLEČNOST, © 2021. *Informace pro odborníky* [online]. [cit. 2021-03-18]. Dostupné z: <http://www.neonatology.cz/pro-odbornou-verejnost>
7. ČESKÁ PRŮMYSLOVÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA, nedatováno. *Přišlo na svět příliš brzy* [online]. [cit. 2021-01-31]. Dostupné z: <https://www.cpzp.cz/clanek/2029-0-Prislo-na-svet-prilis-brzy.html>
8. DOLEŽAL, A. et al., 2007. *Porodnické operace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-0881-2.
9. DUŠOVÁ, B. et al., 2019a. *Edukace v porodní asistenci*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0836-7.
10. DUŠOVÁ, B., HERMANNOVÁ, M., MAJDYŠOVÁ, V., 2019b. *Potřeby žen v porodní asistenci*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0837-4.
11. DUŠOVÁ, B., MAREČKOVÁ, J., 2009. *Úvod k péči porodní asistentky o ženu s patologickým a rizikovým*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 978-80-7368-663-5.

12. GÖTHOVÁ, M., 2013. Postup u předčasného porodu s plodem na hranici viability (22.-25. týden) těhotenství. *Česká gynekologie* [online]. 78(3), 573-583 [cit. 2021-03-16]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2013-6/postup-u-predcasneho-porodu-s-plodem-na-hranici-viability-22-25-tyden-tehotenstvi-47003>
13. GREGOR, M., 2020. Predikce předčasného porodu - cervikometrie a biomarkery. *ActualGyn* [online]. 2020, 20-24 [cit. 2021-01-31]. ISSN 1803-9588.
14. HÁJEK, Z. et al., 2004. *Rizikové a patologické těhotenství*. Praha: Grada. ISBN 80-247-04-18-8.
15. HÁJEK, Z., 2008. Farmakoterapie předčasného porodu - tokolytika, kortikosteroidy. *Klinická farmakologie a farmacie* [online]. Praha, 22(4), 142-144 [cit. 2021-02-10]. Dostupné z: file:///C:/Users/buben/Downloads/Solen_far-200804-0005.pdf
16. HÁJEK, Z., 2012. 19. Tokolýza - Doporučený postup [online]. [cit. 2021-02-10]. Dostupné z: <https://www.gynultrazvuk.cz/data/clanky/6/dokumenty/p-2012-tokolzya.pdf>
17. HÁJEK, Z. et al., 2014. *Porodnictví: 3. zcela přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.
18. HELMO, F. R. et al., 2018. Intrauterineinfection, immunesystem and prematurebirth. *Thejournalofmaternal-fetal&neonatalmedicine* [online]. 31(9), 1227-1233 [cit. 2021-01-30]. DOI: 10.1080/14767058.2017.1311318.
19. HOPPER, E., 2020. *Maslow's Hierarchy of Needs Explained*. THOUGHTCO. ThoughtCo 24. [online],[cit. 2021-6-7]. Dostupné z: [Maslow's Hirarchy of Needs \(christianworldmedia.com\)](https://www.thoughtco.com/maslow-hierarchy-of-needs-explained-24/)
20. KACEROVSKÝ, M. et al., 2017. Spontánní předčasný porod: doporučený postup. *Česká gynekologie* [online]. 82(2), 160-165 [cit. 2021-01-15]. ISSN 1805-4455.

21. KLÍMA, J. et al., 2016. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5014-9.
22. KLÍMKOVÁ, M. et al., 2010. Progesteron a jeho neuroaktivní metabolity v mechanismu porodu. *Česká gynekologie* [online]. 75(1), 9-15 [cit. 2021-01-16]. ISSN 1805-4455.
23. KOKRDOVÁ, Z. et al., 2017. *Předčasný odtok plodové vody před termínem porodu: doporučený postup*. Dostupné z: <https://www.gynultrazvuk.cz/data/clanky/6/dokumenty/p-2017-predcasny-odtok-plodove-vody-pred-terminem-porodu.pdf>
24. KOŠŇAROVÁ, B., 2019. *Jak zvládnout zácpu v těhotenství? Pomůže pohyb, dostatek tekutin i správná strava*. [online]. Zdravi.euro.cz. [cit. 2021-02-13]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/zacpa-v-tehotenstvi-strava-pohyb-leky>
25. KOUCKÝ, M., 2014. *Klidový režim nezabrání potratu ani předčasnému porodu - dotaz z poradny*. [online]. Porodnice.cz. [cit. 2021-02-12]. Dostupné z: <http://www.porodnice.cz/clanky/klidovy-rezim-nezabrani-potratu-ani-predcasnemu-porodu-dotaz-z-poradny>
26. LEIFER, G., 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0668-7.
27. LIPPKE, S. et al., 2019. Communication and patient safety in gynecology and obstetrics - study protocol of an intervention study. *BMC Health Services Research* [online]. Velká Británie: BioMed Central, 19(1), 1-18 [cit. 2021-8-9]. ISSN 1472-6963.
28. MAŠATA, J., JEDLIČKOVÁ, A., ŠVIHOVEC, P., 2008. Antibiotická léčba a profylaxe některých infekcí v těhotenství. *Klinická farmakologie a farmacie* [online]. 2008, 22(4), 137-141 [cit. 2021-01-13]. ISSN 1803-5353.
29. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, © 2021. *Kdo je porodní asistentka a jak se stát porodní asistentkou?* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví [cit. 2021-5-12]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/kdo-je-porodni-asistentka-a-jak-se-stat-porodni-asistentkou/>

30. MLÝNKOVÁ, J., 2016. *Pečovatelsví 1. díl: učebnice po obor sociální činnost*. 2. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0131-3.
31. NANDA, INTERNATIONAL, 2015. *Ošetrovatelské diagnózy: Definice a klasifikace*. 10. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.
32. PAŘÍZEK, A., 2015. *Kniha o těhotenství porodu a dítěti: těhotenství*. 5. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-214-5.
33. PAŘÍZEK, A. et al., 2018. *Diagnostika a léčba peripartálního život ohrožujícího krvácení: Doporučený postup*. Dostupné z: <https://www.gynultrazvuk.cz/data/clanky/6/dokumenty/p-2018-diagnostika-a-lecba-peripartalniho-zivot-ohrozujiciho-krvaceni.pdf>
34. PAŘÍZEK, A. et al., 2021. *Management vedení porodu*. [online]. Předčasný porod eu. 2021 [cit. 2021-01-30]. Dostupné z: https://www.predcasnyporod.eu/?page_id=27
35. *Pediatric pro praxi: Úskalí poučení pacienta sestrou* [online], 2015. Olomouc: Solen, 16(1) [cit. 2021-8-2]. ISSN 1803-5264.
36. PROCHÁZKA, M. et al., 2020. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-618-4.
37. *Příbalová informace: informace pro pacienta: Progesteron Besins 200 mg měkké vaginální tobolky progesteronum*, 2019. Sp. zn. sukls 350769/2018, Dostupné z: <http://www.sukl.cz/modules/medication/download.php?file=PI140513.pdf&type=pil&as=progesteron-besins-pil>
38. RASTISLAVOVÁ, K., 2008. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Reklamní atelier Area. ISBN 978-80-254-2186-4.
39. ROZTOČIL, A. et al., 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2832-2.
40. ROZTOČIL, A. et al., 2017. *Moderní porodnictví: 2. přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5753-7.

41. SIMOČKOVÁ, V., 2011. *Gynekologicko-pôrodnícke ošetrovateľstvo: Učebnice pro fakulty ošetrovateľstva*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-362-2.
42. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2017. *Ošetrovateľství v gynekologii a porodnictví: 2. přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0214-3.
43. ŠAMÁNKOVÁ, M. et al., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3223-7.
44. ŠIROKÁ, P., 2020. *Jak by měla vypadat strava v těhotenství a čemu se vyvarovat?*. [online]. Zdravi.euro.cz. [cit. 2021-02-13]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/jak-by-mela-vypadat-strava-v-tehotenstvi-a-cemu-se-vyvarovat/>
45. ŠNAJBERGOVÁ, K., 2014. *Predikce předčasného porodu - cervikometrie* [online]. Praha [cit. 2021-02-27]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/predikce-predcasneho-porodu-cervikometrie-475405>
46. ŠVARŤÍČEK R. et al., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2.vydání. Praha: Portál. 377 s. ISBN: 978-80-262-0644-6.
47. TOMEK, I., © 2017. *Sociologická encyklopedie* [online].[cit. 2021-5-15]. Dostupné z: <https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Informovanost>
48. TOMEŠOVÁ, J., 2020. *Pitný režim v těhotenství a po porodu* [online]. [cit. 2021-02-28]. Dostupné z: <https://www.ordinace.cz/clanek/pitny-rezim-v-tehotenstvi-a-po-porodu/>
49. TORCHIN, H., ANCEL, P. Y., 2016. *Épidémiologie et facteurs de risque de la prématurité [Epidemiology and risk factors of preterm birth]*. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* [online]. 45(10), 1213-1230 [cit. 2021-01-13]. DOI: 10.1016/j.jgyn.2016.09.013.
50. TRACHTOVÁ, E., TREJTNAROVÁ, G., MASTILIAKOVÁ, D., 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovateľském procese*. Brno: Národní centrum ošetrovateľství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-553-2.

51. TYLOVÁ, V., KUŽELOVÁ, H., PTÁČEK, R., 2014. Emoční a sociální osamělost v etiologii a léčbě duševních poruch. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. Praha: Galén, 110(3), 151-157 [cit. 2021-5-28]. ISSN 1212-0383.
52. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR, 2020. *Předčasný porod mohou lékaři předpovědět* [online]. [cit. 2021-1-31]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=aktuality&aid=8425>
53. UWAMBAYE, P. et al., 2021. Assessing the association between periodontitis and premature birth: a case-control study. *BMC pregnancy and childbirth* [online]. USA: BioMed Central, 21(1), 1-9 [cit. 2021-8-10]. ISSN 1471-2393.
54. VELEMÍNSKÝ, M., 2008. *Odpočinek a spánek v těhotenství* [online]. [cit. 2021-03-18]. Dostupné z: https://www.denik.cz/moje_rodina/babyboom_odpocinek_a_spanek_v_tehotenstvi20080818.html
55. ZACHAROVÁ, E., 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení - 2., aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0155-9.
56. ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., 2007. *Psychologie pro zdravotnické obory: vybrané kapitoly*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta. ISBN: 978-80-7368-334-4.
57. ZOBAN, P., ČERNÝ, M., BINDER, T., 2007. Prenatální kortikosteroidy a jejich účinky na plod a novorozence: známé a neznámé. *Česko-slovenská pediatrie* [online]. 62(4), 226-233 [cit. 2021-01-16]. ISSN 1803-6597.

8 Přílohy

Příloha 1: Možné ošetrovatelské diagnózy u ženy s hrozícím předčasným porodem

Příloha 2: Otázky k rozhovoru k bakalářské práci

Příloha 1: Možné ošetrovateľské diagnózy u ženy s hrozícím předčasným porodem

Potenciální ošetrovateľské diagnózy

Riziko sníženého objemu tekutin – 00028

Riziko nestabilní glykémie – 00179

Riziko intolerance aktivity – 00094

Riziko krvácení – 000206

Riziko infekce – 00004

Riziko osamělosti – 00054

Aktuální ošetrovateľské diagnózy

Zácpa – 00011

Narušený vzorec spánku – 00198

Narušená pohyblivost – 00085

Nedostatečné znalosti – 00126

Bezmocnost – 00125

Beznaděj – 00124

Narušené rodičovství – 00056

Neefektivní plnění rolí – 00055

Konflikt rodičovských rolí – 00064

Sexuální dysfunkce – 00059

Strach – 00148

Úzkost – 00146

Bezmocnost – 00125

Stresové přetížení – 00177

Neefektivní zvládnání zátěže – 00069

Akutní bolest – 00132

Chronická bolest – 00133

Nauzea – 00134

Zhoršený komfort – 00214

Sociální izolace – 00053

(NANDA International, 2015)

Příloha 2: Otázky k rozhovoru k bakalářské práci

Otázky pokládané ženám hospitalizovaným z důvodu hrozícího předčasného porodu

1. Jak vnímáte aktuálně své těhotenství a hospitalizaci s diagnózou hrozící předčasný porod?
2. Jaký je přístup porodních asistentek k vám v průběhu hospitalizace?
3. Zajímají se porodní asistentky také o vaše pocity?
4. Jaké vaše potřeby se dostaly do popředí v průběhu hospitalizace?
5. Co vám při hospitalizaci činí největší problém?
6. Je něco, co by mohly porodní asistentky udělat, abyste se během hospitalizace cítila lépe?
7. Jak vnímáte informace sdělené od porodních asistentek a od lékařů?

Otázky pokládané porodním asistentkám na stanici rizikového těhotenství

1. Jaké informace považujete za důležité pro ženy s diagnózou předčasný porod a jaké informace ženy požadují?
2. Jak ženy reagují na hospitalizaci?
3. Jak vnímáte potřeby u žen s předčasným porodem a jak se potřeby žen mění v průběhu hospitalizace?
4. Co si myslíte, že je pro ženy důležité při hospitalizaci, aby ji zvládaly co možná nejlépe?
5. Co myslíte, že byste mohla udělat jinak v průběhu péče o ženu, aby se žena cítila lépe?

9 Seznam použitých zkratek

např. = například

aj. = a jiné

i.m. = intramuskulární

i.v. = intravenózní

IU = international unit

TK = krevní tlak

TT = tělesná teplota

P = pulz

CTG = kardiokardiograf

mil. = milion

mm = milimetr

ml = mililitr