

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav porodní asistence

Bc. Markéta Poštulková

**Potřeby žen hospitalizovaných ve zdravotnickém zařízení z
důvodu vysokého rizika předčasného porodu**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Štěpánka Bubeníková, Ph.D.

Olomouc 2018

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

V Olomouci 4. 5. 2018

.....

podpis

Ráda bych poděkovala své vedoucí diplomové práce Mgr. Štěpánce Bubeníkové, Ph. D. za poskytnutí odborných rad, ochotu a vstřícný přístup. Mé poděkování patří též Mgr. Jiřímu Vévodovi, Ph. D. za pomoc při zpracování výzkumné části diplomové práce. Velké poděkování náleží mým blízkým za podporu během celého studia.

ANOTACE

Typ závěrečné práce: Diplomová práce

Téma práce: Potřeby žen hospitalizovaných ve zdravotnickém zařízení z důvodu vysokého rizika předčasného porodu

Název práce: Potřeby žen hospitalizovaných ve zdravotnickém zařízení z důvodu vysokého rizika předčasného porodu

Název práce v AJ: The needs of women hospitalized in a health facility due to the high risk of preterm labor

Datum zadání: 2017-01-29

Datum odevzdání: 2018-05-04

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav porodní asistence

Autor práce: Bc. Markéta Poštulková

Vedoucí práce: Mgr. Štěpánka Bubeníková, Ph. D.

Oponent práce: Doc. PhDr. Yveta Vrublová, Ph.D.

Abstrakt v ČJ: Diplomová práce se zabývá problematikou potřeb hospitalizovaných žen s vysokým rizikem předčasného porodu. Sumarizuje poznatky o příčinách, managementu, léčbě a následcích předčasného porodu pro matku a pro novorozence. Dále se zabývá specifickými potřebami hospitalizovaných těhotných žen a organizací péče o ženy s vysokým rizikem předčasného porodu v České republice. Praktická část práce je věnována výzkumu pomocí anonymního dotazníkového šetření, který byl proveden u vybrané skupiny těhotných žen hospitalizovaných na Porodnicko-gynekologické klinice ve Fakultní nemocnici Olomouc. Analýza a interpretace získaných dat poskytuje informace o potřebách žen hospitalizovaných z důvodu vysokého rizika předčasného porodu.

Abstrakt v AJ: This diploma thesis examines the needs of hospitalized women with high risk of preterm labor. It summarizes the findings about causes, management, treatment and consequences of preterm labor for the mother as well as the newborn. It also explores the special needs of hospitalized pregnant women, and in so doing, discusses an organization providing care for women with high risk of preterm labor in the Czech Republic. The

practical part of this thesis is devoted to research using an anonymous questionnaire survey, which was performed in a selected group of pregnant women hospitalized in the Obstetrics and Gynecology Clinic at Olomouc University Hospital. The analysis and interpretation of the obtained data provides information about the special needs of women hospitalized due to high risk of preterm labor.

Klíčová slova v ČJ: předčasný porod, potřeby, příčiny, novorozenec, rizikové těhotenství, hospitalizace

Klíčová slova v AJ: preterm labor, needs, causes, newborn, high-risk pregnancy, hospitalization

Rozsah: 78 stran/3 přílohy

OBSAH

ÚVOD.....	7
1. TEORETICKÁ ČÁST	8
1.1. Předčasný porod.....	8
1.1.1. Epidemiologie předčasného porodu	9
1.1.2. Etiologie předčasného porodu	10
1.1.3. Management a léčba hrozícího předčasného porodu.....	16
1.1.4. Následky předčasného porodu.....	19
1.2. Specifické potřeby těhotných žen v průběhu hospitalizace	23
1.3. Organizace péče o ženy s vysokým rizikem předčasného porodu v ČR	25
2. PRAKTICKÁ ČÁST	27
2.1. Cíl – cíle výzkumu, výzkumné otázky.....	27
2.2. Metodika výzkumu	27
2.3. Výsledky výzkumce vztahu k cílům práce	28
3. ZÁVĚR	54
4. DISKUZE	57
REFERENČNÍ SEZNAM	58
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	65
SEZNAM TABULEK	67
SEZNAM GRAFŮ	69
SEZNAM OBRÁZKŮ	71
SEZNAM PŘÍLOH	72

ÚVOD

Světová zdravotnická organizace uvádí, že se každoročně předčasně narodí až 15 milionů dětí, což je více než jedno dítě z deseti. Předčasný porod je příčinou až 75% perinatálních úmrtí a současně jde o hlavní příčinu dětské úmrtnosti do pěti let. Téměř ve všech zemích se dle Světové zdravotnické organizace incidence předčasných porodů zvyšuje a to navzdory znalosti rizikových faktorů, mechanismů vedoucích k předčasnému porodu a zavedení mnoha intervencí v oblasti veřejného zdraví a lékařské péče. Důvody zvyšujícího se počtu předčasných porodů jsou komplexní, tedy celospolečenské, environmentální i medicínské. Podílí se na něm jednak nárůst počtu těhotenství na základě asistované reprodukce, ale i posun těhotenství do vyšších věkových kategorií, predisponující k předčasnému porodu (Marková et al., 2012, str. 7–10). Nejnovější postupy České gynekologické a porodnické společnosti České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně doporučují hospitalizaci žen s vysokým rizikem předčasného porodu ve snaze snížit riziko mateřské a novorozenecké morbidity a mortality. Diagnóza rizikového těhotenství s nutností hospitalizace je však zdrojem nesmírného stresu a negativních emocí, které ženy s fyziologickým těhotenstvím obvykle neprožívají. Tyto ženy trpí permanentním strachem o život svého dítěte, prožívají smutek, obviňují se, mají pochybnosti o správné diagnóze, jsou odloučeny od své rodiny. Avšak právě stres a psychické vypětí mohou nadále ještě zvyšovat riziko předčasného porodu. Tyto ženy tak vyžadují velmi specifickou ošetrovatelskou péči založenou na rozpoznání a naplnění jejich potřeb.

Stanovené cíle diplomové práce:

1. Identifikovat potřeby žen, které jsou, nebo v minulosti byly hospitalizované ve zdravotnickém zařízení z důvodu vysokého rizika předčasného porodu.
2. Rozpoznat potřeby, které ženy během hospitalizace vnímaly jako velmi důležité, ale nebyly naplněny.
3. Zformulovat doporučení týkající se zkvalitnění péče o tyto ženy pro porodní asistentky.

1. TEORETICKÁ ČÁST

1.1. Předčasný porod

V minulosti byla diagnóza předčasného porodu stanovena pouze na základě fyzikálního vyšetření novorozence, přezkoumání anamnézy matky a ze sociodemografických údajů. Jedna z prvních definic předčasného porodu byla vymezena na Světovém zdravotnickém shromáždění v roce 1948. Jediným kritériem této definice byla porodní hmotnost novorozence nižší než 2500 g. Tato definice však nebrala v úvahu gestační věk novorozence, a tak nerozlišovala mezi předčasně narozeným novorozencem, a novorozencem, který má nižší hmotnost, než odpovídá jeho gestačnímu věku (Quinn et al., 2016, str. 6049). Z tohoto důvodu Světová zdravotnická organizace (dále jen WHO) tuto definici upravila a nyní zní: „*Předčasný porod je porod před ukončeným 37. týdnem gestace, popřípadě 259 dní od prvního dne poslední menstruace*“ (Manuck et al., 2016, str. 103–104). Z této definice vychází i definice předčasného porodu dle České gynekologicko-porodnické společnosti (dále ČGPS) a České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (dále ČLS JEP). Jelikož však tato definice nemá určenou žádnou dolní hranici, dochází ke komplikacím v následném hlášení a porovnávání dat o předčasných porodech mezi jednotlivými zeměmi. V mnoha vyspělých zemích se definice pojmu jako živě narozené dítě, porod mrtvého plodu a plod po potratu navíc často mění a závisí spíše na viabilitě plodu (Blencowe et al, 2013, str. 2). V České republice platila do 31. 3. 2012 následující definice živě narozeného dítěte dle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČSR č. 11/1988 Sb., o povinném hlášení ukončení těhotenství, úmrtí dítěte a úmrtí matky: „*Narozením živého dítěte se rozumí jeho úplné vypuzení nebo vynětí z těla matčina, jestliže dítě projevuje alespoň jednu ze známek života a má porodní hmotnost a) 500 g a vyšší anebo b) nižší než 500 g, přežije-li 24 hodin po porodu. Známkami života se rozumějí dech nebo akce srdeční nebo pulsace pupečnicku nebo aktivní pohyb svalstva, i když pupečník nebyl přerušen nebo placenta nebyla porozena*“. K 1. 4. 2012 byla zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách tato vyhláška zrušena. Současně platné definice vychází ze Závazných pokynů Národního zdravotnického informačního systému a shodují se s mezinárodně doporučenými definicemi WHO. Za živě narozené dítě se považuje plod, bez ohledu na délku těhotenství, který po narození dýchá nebo projevuje alespoň jednu ze známek života, jako je srdeční činnost, pulsace pupečnicku nebo nesporný pohyb kosterního svalstva bez ohledu na to, zda byl pupečník přerušen nebo placenta připojena. Za mrtvě narozené dítě se považuje plod, který

neprojevuje ani jednu známku života a má porodní hmotnost 500 g a vyšší, nelze-li porodní hmotnost určit, narozený po 22. dokončeném týdnu těhotenství, a nelze-li délku těhotenství určit, nejméně 25 cm dlouhý. Pokud plod, neprojevující žádnou známku života, váží méně než 500 g, a pokud hmotnost nelze zjistit, je-li těhotenství kratší než 22 týdnů, je ukončení těhotenství považováno za potrat (ÚZIS, 2017, str. 6).

Základem jakékoli definice předčasného porodu je přesné stanovení délky těhotenství. Nejrozšířenější metodou je určení délky těhotenství dle prvního dne poslední menstruace, kdy se k tomuto dni přičte 280 dní. Vzhledem k tomu, že tato metoda předpokládá pravidelný 28 denní menstruační cyklus s ovulací vyskytující se 14. den po začátku menstruačního cyklu, jedná se o metodu velmi nepřesnou, pokud žena pravidelný menstruační a ovulační cyklus nemá. Navíc při této metodě spoléháme pouze na pravdivou informaci od ženy. Nepřesnost této metody potvrdila studie, která proběhla mezi lety 2007 až 2008 v Kapském městě v Jihoafrické republice. Tato studie porovnávala přesnost běžně užívaných metod k určení délky těhotenství v této oblasti, a to určení délky těhotenství dle prvního dne poslední menstruace, měření vzdálenosti mezi symfýzou a děložním fundem a ultrazvukovým vyšetřením. Jak se předpokládalo, metoda datace těhotenství dle prvního dne poslední menstruace byla velmi nepřesná. U žen, které podstoupily ultrazvukové vyšetření (75,8%), byla datace těhotenství dle prvního dne poslední menstruace nepřesná u 44,7% z nich. Tato metoda společně s klinickým vyšetřením má však význam v oblastech, kde ženy nemají během těhotenství přístup k ultrazvukovému vyšetření (Geerts, Poggenpoel a Theron, 2013, str. 552–556). Nejpřesnější metodou zůstává ultrazvukové vyšetření plodu, konkrétně změření temenokostrční délky (dále CRL) v prvním trimestru těhotenství (až do 13. týdne gestace včetně). Dle doporučeného postupu ČGPS a ČLS JEP s názvem „Pravidelná ultrazvuková vyšetření v průběhu prenatální péče“ by měla těhotná žena podstoupit do 14. týdne těhotenství ultrazvukové vyšetření plodu, jehož součástí je změření biometrie, při které je měřen parametr CRL. Naměřenou hodnotu je nutno uvést i v milimetrech, podle ní je určen termín porodu (Lubušký, Krofta, Vlk, 2013, str. 134–135).

1.1.1. Epidemiologie předčasného porodu

Podle rozsáhlé studie WHO z roku 2012, která se zabývala globální epidemiologií předčasných porodů, se celosvětově v roce 2010 narodilo předčasně 11,1% novorozenců. Více než 60% z nich se narodilo v Africe a Jižní Asii. Avšak mezi deset zemí s nejvyšší incidencí předčasných porodů patřila Brazílie, Spojené státy americké (dále USA), Indie

a Nigerie, což dokazuje, že nejde pouze o problém rozvojových zemí, ale o problém globální. Vysoký počet předčasných porodů ve vyspělých zemích se přičítá rostoucímu množství rizikových faktorů, jako je vyšší věk matek, onemocnění matek (např. diabetes, vysoký krevní tlak), ale také využívání metod asistované reprodukce. Studie dále sledovala vývoj incidence předčasného porodu mezi lety 1990 až 2010 v 65 zemích světa. V rozvinutých zemích byla v roce 1990 incidence 7,2%, v roce 2010 již 8,6%. Pouze ve třech zemích – v Řecku, Ekvádoru a Estonsku, došlo v tomto období ke snížení incidence (Althabe et al., 2012, str. 2–3).

Statistiku předčasných porodů v České republice (dále ČR) pravidelně prezentuje Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky (dále ÚZIS) v publikaci Rodička a novorozenec. Z údajů vyplývá, že se incidence předčasných porodů zvyšuje. V roce 2000 byla incidence předčasného porodu 5,4%. Extrémně předčasně narození (do ukončeného 27. týdne těhotenství) představovali 4,4% ze zaznamenaných předčasných porodů, středně předčasně narození (do ukončeného 31. týdne těhotenství) představovali 10,6% a mírně předčasně narození (do ukončeného 36. týdne těhotenství) tvořili 85% z předčasných porodů. V roce 2015 byla incidence všech předčasně narozených 7,8%, z nichž 3,9% tvořili extrémně předčasně narození, 10,4% středně předčasně narození a 85,7% mírně předčasně narození (ÚZIS, 2001, str. 98, ÚZIS, 2017, str. 148). Ve Fakultní nemocnici Olomouc (dále FNOL) byla v roce 2015 incidence předčasných porodů 14,6%, přičemž extrémně předčasně narození tvořili 6,5%, středně předčasně narození 14,5% a mírně předčasně narození 79%. Vyšší incidence předčasných porodů ve FNOL oproti celorepublikovému průměru může být vysvětlena tím, že se jedná o perinatologické centrum, tudíž zde bývají soustředěovány ženy s rizikovým a patologickým těhotenstvím, kdy bývá předčasný porod očekáván.

1.1.2. Etiologie předčasného porodu

Předčasný porod rozdělujeme na spontánní předčasný porod a na iatrogenní předčasný porod, kdy je těhotenství předčasně ukončené záměrně, a to z důvodu komplikací, které by mohly ohrozit zdraví či život matky nebo plodu. Spontánní předčasný porod lze rozdělit na spontánní předčasný porod se zachovaným vakem blan a porod s předčasným odtokem plodové vody (Preterm Prelabour Rupture Of Membranes, dále PPRM). Symptomy hrozícího spontánního předčasného porodu zahrnují především kontrakce dělohy (více než 4 kontrakce za 20 minut, nebo více než 8 kontrakcí za hodinu), které vedou ke zkracování a dilataci děložního hrdla, a kdy je vysoké riziko porodu do sedmi dnů. Do rizikových

faktorů hrozícího předčasného porodu se řadí: nízký socioekonomický status, absence prenatalní péče, nízký, nebo naopak vyšší věk matky, podvýživa matky, užívání návykových látek, těžká fyzická práce, genetická predispozice, předčasný porod v anamnéze, malformace dělohy, chirurgický zákrok na děložním čípku, mnohočetné těhotenství, malformace plodu, krvácení z porodních cest, infekce, onemocnění komplikující těhotenství (např. diabetes mellitus, preeklampsie) a další. Jako nejvýznamnější rizikový faktor se jeví předčasný porod v anamnéze. To potvrzuje retrospektivní kohortová studie publikována v roce 2013, která se zabývala rizikovými faktory pro opakovaný předčasný porod u multipar ve státě Utah v USA. Do studie bylo začleněno 8 468 žen, které mezi lety 1989 až 2007 třikrát porodily, přičemž první, nebo druhý (popřípadě oba) porody byly předčasné (do 37+0 týdnu těhotenství). Z žen, které v předchozích dvou těhotenstvích spontánně předčasně porodily, jich 23% ve třetím těhotenství opět porodilo předčasně. U žen, u kterých bylo v minulosti těhotenství předčasně ukončeno záměrně, bylo třetí těhotenství opět předčasně ukončeno u 21% z nich (Simonsen et al., 2013, str. 863–872). U nullipar je však hodnocení rizika předčasného porodu pouze na základě rizikových faktorů velmi nespolehlivé. Zhodnocení rizikových faktorů je tedy jedna z možností predikce hrozícího předčasného porodu.

Mezi další metody se řadí měření délky děložního čípku (cervikometrie). U některých žen může být zkrácená délka děložního čípku dána přirozenou anatomickou variací. V ostatních případech však bývá předčasné zkrácení děložního čípku způsobeno patologickými procesy, jako je krvácení, infekce, nebo kvůli biofyzikálním účinkům předčasné děložní činnosti. Objektivním průkazem hrozícího předčasného porodu je délka hrdla kratší než 15 mm u jednočetných gravidit, 25 mm u vícečetných gravidit a naznačená dilatace vnitřní branky (funneling), která se zvětšuje při zapojení břišního lisu. Velmi přínosným vyšetřením je v souvislosti s predikcí hrozícího předčasného porodu měření cervikometrie mezi 22. až 24. gestačním týdnem. Délka děložního hrdla by měla být v tomto období 36–38 mm, o 4 týdny později 34 mm. Riziko předčasného porodu je nepřímo úměrné délce děložního hrdla. Děložní hrdlo se u žen s anamnézou předčasného porodu zkracuje rychleji (Šnajbergová, 2014, str. 17–23). Vztah mezi délkou děložního hrdla a rizikem předčasného porodu potvrdila studie, která proběhla od ledna 2010 do července 2011 na Lékařské fakultě a Výzkumném ústavu Mahatma Gandhi ve městě Pondicherry v Indii. Do studie bylo zahrnuto 130 žen, které byly rozděleny do dvou skupin. Do první skupiny byly zařazeny ženy, kterým byla mezi 22. až 24. týdnem těhotenství naměřena délka děložního hrdla kratší než 25 mm. Ve druhé skupině byly ženy s cervikometrií nad 25 mm. Z první

skupiny porodilo předčasně 81,2% žen, z druhé skupiny pouze 19,7% (Tanvir et al., 2014, str. 369–372).

Příčina spontánního předčasného porodu není doposud plně objasněna, je však známo, že se na této patologii podílí zejména infekce fetomaternální jednotky (Kacerovský et al., 2017, str. 160–161). Chorioamnionitida je infekce plodové vody, plodových obalů, placenty nebo decidui. Průchod patogenů je ve většině případů ascendentní cestou z pochvy, nebo z děložního čípku. Chorioamnionitida se může, ale nemusí klinicky manifestovat. Mezi klinické příznaky patří horečka, bolesti v podbřišku, tachykardie matky i plodu a zapáchající plodová voda. Ta je za normálních okolností sterilní, proto je každý průkaz bakterií v plodové vodě patologickým nálezem. U žen s hrozícím spontánním předčasným porodem bez porušených plodových obalů je výskyt pozitivních bakteriálních kultur v plodové vodě nižší, než mezi ženami s PPRM. To naznačuje, že riziko bakteriální infekce se zvyšuje při odstranění fyzické bariéry v podobě plodových obalů. Ženy s pozitivním mikrobiologickým nálezem v plodové vodě mají vysoké riziko předčasného porodu, spontánní dirupce plodových obalů, vývoje klinicky manifestující se chorioamniotidy a mají horší perinatální výsledky než ženy se spontánním předčasným porodem nebo PPRM se sterilní plodovou vodou (Agrawal a Hirsch, 2012, str. 12–19). Mechanismy vedoucí k intrauterinní infekci souvisí s aktivací imunitního systému. Receptory TLR (Toll-Like Receptor) buněk imunitního systému naváží produkty mikroorganismů a aktivují složitou kaskádu imunitní reakce vedoucí k produkci cytokinů, stimulaci prostaglandinů a vylučování enzymů, které degradují buňky plodových obalů. Produkce prostaglandinů vede k vyšší kontraktilitě dělohy, zatímco degradace buněk plodových obalů způsobí PPRM. Nejčastějšími původci chorioamniotidy jsou *Ureaplasma urealyticum* a *Mycoplasma hominis*. Tyto patogeny navíc potencují intenzivnější reakci imunitního systému než ostatní mikroorganismy (Passos, Jayaram a Witkin, 2011, str. 138–141). To potvrdila studie, která porovnávala intenzitu reakce imunitního systému způsobenou různými mikroorganismy u žen s PPRM a pozitivním mikrobiologickým nálezem v plodové vodě. Počet leukocytů a hodnota C-reaktivního proteinu (dále CRP) v plazmě matky byla signifikantně vyšší u žen s nálezem mykoplazmat a ureaplazmat, než s jiným mikrobiologickým nálezem (Witkin et al., 2011, str. 145–153).

Těhotenství musí být předčasně ukončeno záměrně, pokud jeho pokračování ohrožuje zdraví či život matky nebo plodu. Rozhodnutí o ukončení těhotenství a načasování porodu musí být hodnoceno velmi individuálně. Je třeba brát v úvahu rizika, která předčasný porod přináší pro plod, ale také rizika, která přináší pokračování těhotenství pro ženu. Příčiny

iatrogenního předčasného porodu mohou být placentární, mateřské, nebo na straně plodu. Z placentárních příčin dominuje placenta praevia. Dle doporučení American College of Obstetricians and Gynecologists (Americká společnost porodníků a gynekologů, dále ACOG) by těhotenství komplikované placentou praevii mělo být ukončeno nejpozději v rozmezí gestačního týdnu 36+0 až 37+6. Pokud jde současně o placentu accretu, incretu, nebo percretu, mělo by být těhotenství ukončeno ještě dříve, a to 34+0 až 35+6. Pokud není u takového těhotenství včas indikován císařský řez, je žena ohrožena masivním krvácením a plod intrauterinním úmrtím (ACOG, 2013, str. 908–910).

Nejčastější příčinou předčasného ukončení těhotenství z důvodu ohrožení zdraví či života plodu je intrauterinní růstová restrikce (dále IUGR). Jde o stav, kdy plod není schopen dosáhnout své geneticky podmíněné velikosti. Tato definice zahrnuje plody, které jsou malé v důsledku patologického procesu, naopak vylučuje plody malé v důsledku intrauterinní geneticky determinované konstituce (Small for Gestational Age, dále SGA). Nejčastěji přijímaná definice SGA je odhadovaná hmotnost plodu pod 10. percentil růstové křivky pro dané gestační stáří nebo jako odhadovaná hmotnost plodu menší než dvě směrodatné odchylky od průměrné hmotnosti pro dané gestační stáří. Ne všechny plody s SGA tak trpí růstovou restrikcí, ve skutečnosti mohou být pouze geneticky malé. Rovněž ne všechny plody s IUGR mají odhadovanou hmotnosti pod 10. percentil. Až 40% plodů, které mají hmotnost pod 10. percentil, jsou plody konstitučně malé, asi 20% plodů je malých z příčin plodu, jako jsou chromosomální abnormality, infekce, fetální alkoholový syndrom. Další 40% jsou plody s IUGR – právě ty mohou mít benefit z prenatální intervence. Identifikace nesprávně se vyvíjejícího plodu je komplikovaná. Diagnostiku IUGR zahrnuje soubor vyšetření, z nichž největší význam pro konečné a přesné stanovení diagnózy má ultrazvuková biometrie plodu a flowmetrie. Dle doporučeného postupu ČGPS a ČLS JEP má být při prvním ultrazvukovém vyšetření v průběhu prenatální péče změřen parametr CRL a provedena datace těhotenství. Při druhém ultrazvukovém vyšetření (20.–22. týden) a při třetím ultrazvukovém vyšetření (30.–32. týden) je provedena biometrie plodu při které jsou měřeny parametry: biparietální průměr (biparietal diameter, dále BPD), obvod hlavy (head circumference, dále HC), obvod břicha (abdominal circumference, dále AC), a délka stehenní kosti (femur length, dále FL). Pokud je zjištěna diskrepance mezi výsledky biometrie plodu a datací gravidity dle CRL v I. trimestru (více než dva týdny) je nutné zajistit adekvátní konzultaci pacientky se stanovením dalšího postupu na pracovišti s odborností gynekologie a porodnictví (Lubušký, Krofta a Vlk, 2013, str. 140). Klíčovou úlohu v diagnostice a managementu IUGR má ultrazvuková flowmetrie. Dopplerovské vyšetření průtokových

parametrů ukazuje změny v cirkulaci ve fetoplacentární jednotce. Nulový nebo reverzní diastolický tok v umbilikální artérii je spojen s těžkou placentární insuficiencí. Abnormální flowmetrie v ductus venosus je přítomna v závažných případech IUGR a je důkazem hrozícího srdečního selhání a antenatálního úmrtí plodu. Dosud neexistuje jednotný názor, kdy by se mělo takové těhotenství ukončit. U plodů s IUGR se přistupuje k ukončení gravidity při podezření na zásadní zhoršení biofyzikálních a sonografických parametrů (Zmrhalová et al., 2012, str. 290–296).

K nejčastějším indikacím k předčasnému ukončení těhotenství ze strany matky patří těžká preeklampsie, HELLP syndrom a abrupce placenty. Preeklampsie je specifická hypertenzní porucha, která je vyvolána vlastním těhotenstvím. Obvykle vzniká po 20. týdnu gestace. Hlavními příznaky jsou vysoký krevní tlak, edémy a proteinurie. Dělí se na mírnou formu preeklampsie, jejichž hlavními příznaky je krevní tlak (dále TK) v rozmezí 140/90 mmHg až 159/109 mmHg, proteinurie 300 mg za 24 hodin až 5 g za 24 hodin a výdej tekutin nad 500 ml za den. Těžká forma preeklampsie se projevuje TK vyšším než 160/110 mmHg, proteinurií nad 5g za 24 hodin a oligurií (méně než 400 ml za den), zahrnuje také cerebrální, nebo zrakové symptomy, plicní edém a cyanózu. Dále se vyskytuje superponovaná preeklampsie nasedající na chronickou hypertenzi, kdy je hypertenze přítomna již před 20. týdnem těhotenství, nově se však objevuje proteinurie a generalizované edémy (Hájek, Čech a Maršál, 2014, str. 317). Dále rozdělujeme preeklampsii dle toho, ve kterém gestačním týdnu se objeví, a to na časnou a pozdní. Časná preeklampsie se klinicky manifestuje před 34. týdnem gestace, její etiologie je spjata s poruchou fetoplacentární jednotky a je typicky spojena s dysfunkcí placenty, IUGR, sníženým objemem placentární tkáně, abnormálními nálezy průtoků na uterinních a umbilikálních tepnách při dopplerovském vyšetření a závažnou mateřskou a neonatální morbiditou a mortalitou. Pozdní preeklampsie většinou vzniká na podkladě chronického onemocnění matky a je spojena s normálním nebo zvětšeným objemem placentární tkáně, fyziologickým růstem plodu, fyziologickým nebo mírně abnormním nálezem průtoků při dopplerovských vyšetřeních a příznivou prognózou pro matku i plod (Vlk et al., 2015, str. 40–48). V České republice se výskyt tohoto onemocnění pohybuje v rozmezí 5–8%. Preeklampsie by měla být detekována a náležitě léčena co nejdříve tak, aby žena nebyla ohrožena eklampií, nebo jiným vážným stavem. Závažnost následků preeklampsie potvrzuje studie, která proběhla od září 2014 do srpna 2015 v centru terciární péče v Číně. Do studie bylo zahrnuto 1312 žen, které v tomto období v centru porodily, z nichž 192 (6,83%) žen mělo těhotenství komplikováno preeklampií. Tato skupina žen byla porovnáována se skupinou žen stejného počtu (192), které prožily

fyziologické těhotenství (kontrolní skupina). Ženy, které prodělaly preeklampsii byly obecně vyššího věku, měly nižší vzdělání, rodily poprvé a měly častěji vícečetná těhotenství. Incidence předčasného porodu ve sledované skupině žen byla 31,8%, na rozdíl od kontrolní skupiny žen, u kterých byl předčasný porod zaznamenán pouze u 3,6% z nich. Častější bylo u sledované skupiny také ukončení těhotenství císařským řezem (77,1%), oproti 7,3% z kontrolní skupiny. Preeklampsie má rovněž závažné důsledky pro novorozence. U sledované skupiny žen bylo 51% novorozenců přijato na novorozeneckou jednotku intenzivní péče, z kontrolní skupiny to bylo pouze 7,3%. Za zmínku rovněž stojí incidence mateřské úmrtnosti, jejichž příčinou byla právě preeklampsie. Ze 192 žen s preeklampsií jich 8 (4,2%) zemřelo na následky tohoto onemocnění, žádná žena z kontrolní skupiny nezemřela. Tato skutečnost potvrzuje závažnost důsledků preeklampsie a poukazuje na nutnost adekvátní léčby a ukončení těhotenství dříve, než k takovým následkům dojde. (Su et al., 2017, str. 1262–1265).

Vzhledem k závažnosti preeklampsie je jednou z priorit moderní perinatologie snaha o nalezení vhodných screeningových testů k časně identifikaci žen s rizikem rozvoje těchto komplikací, které by mohly následně profitovat z dispenzarizace a časně léčby. V praxi se k tomu využívá: hodnocení rizikových faktorů, měření středního arteriálního TK, ultrazvuková flowmetrie uterinních arterií a vyšetření biochemických markerů. Preklinickou známkou endotelové dysfunkce u preeklampsie jsou změny v hladinách cirkulujících faktorů v séru těhotných žen. Dochází k poklesu pro-angiogenních faktorů jako VEGF (vascular endothelial growth factor), PlGF (placental growth factor), TGFβ (transforming growth factor beta) a vzestupu faktorů s anti-angiogenním účinkem sFLT-1 (soluble fms-like tyrosine kinase-1), sEng (soluble endoglin). Nejúčinnější screeningový test v I. trimestru (nejlépe v rozmezí 11+0 až 14+1) je kombinace zhodnocení rizikových faktorů, změření středního arteriálního tlaku, změření flowmetrie uterinních arterií a vyšetření biochemických markerů PAPP-A (pregnancy-associated plasma protein A) a PlGF. Ve druhém trimestru (nejlépe 19+0 až 24+6) je nejúčinnější prediktivní test kombinace změření středního arteriálního tlaku, změření flowmetrie uterinních arterií a vyhodnocení poměru sFLT1/PlGF ve 24. týdnu gestace. Screening ve třetím trimestru slouží k zachycení pozdní formy preeklampsie a k eventuálnímu zahájení časně terapie. Využívá se stejné kombinace markerů jako pro screening ve druhém trimestru. Účinnost tohoto screeningového testu potvrzuje studie, která proběhla od ledna do května roku 2014 ve specializovaném perinatálním centru Gynekologicko-porodnické kliniky v Nantes University Hospital ve Francii. Do studie bylo zahrnuto celkem 67 žen, které byly sledovány po pět měsíců. Jako nejvýznamnější rizikový

faktor byl zaznamenán abnormální průtok uterinní arterií (30% žen). Z 67 sledovaných žen se u osmi z nich vyvinula klinicky se manifestující preeklampsie. Poměr sFlt-1/PlGF byl signifikantně vyšší u žen, u kterých se vyvinula preeklampsie (69 ± 13), než u žen, u kterých k se preeklampsie nevyvinula (32 ± 25) (Caillon et al., 2018, str. 95–101). Poměr sFLT-1/PlGF tak může sloužit k rychlému managementu preeklampsie v klinické praxi. Primární prevence s ohledem na neobjasněnou příčinu vzniku preeklampsie prozatím není možná. Predikcí rizikové skupiny těhotných jsme však schopni sekundární prevence, a to použitím kyseliny acetylsalicylové, která ovlivňuje agregaci trombocytů. Užívání nízké dávky kyseliny acetylsalicylové vede k lepšímu prokrvení dělohy. Dle Cochrane databáze užívání kyseliny acetylsalicylové před 16. gestačním týdnem vede k redukci výskytu preeklampsie o 19 % a snižuje riziko předčasného porodu o 8 % (Bisták, 2017, str. 5–9).

1.1.3. Management a léčba hrozícího předčasného porodu

Pokud těhotná žena vykazuje známky hrozícího předčasného porodu, je obvykle neodkladně transportována do nejbližšího perinatologického centra nebo zdravotnického zařízení s jednotkou intermediální péče pro novorozence (dle gestačního týdne, ve kterém se těhotná nachází). Tento tzv. transport in utero podstatně zvyšuje naději novorozence nejen na přežití, ale i na minimalizaci zdravotních následků. Základní léčbou hrozícího spontánního předčasného porodu je navození tokolýzy. Touto metodou dochází k zastavení, nebo zmírnění kontrakční činnosti dělohy a tím dojde k oddálení porodu. Čas, který se tím získá, bývá využit na transport in utero a podání kortikosteroidů k indukci plicní zralosti plodu. Volba léčivého přípravku záleží na zkušenostech daného pracoviště a farmakologických kontraindikacích. Tokolýzu nezahajujeme v případě, že je nutné těhotenství z indikace zdraví matky či plodu akutně ukončit, dále při klinických známkách chorioamnionitidy a pokud plod není viabilní (mrtvý plod, vrozená vývojová vada neslučitelná se životem apod.). Tokolytickou léčbu obvykle neindikujeme před 24. a po 35. týdnu těhotenství. Při volbě tokolytika bychom měli použít takové, které má co nejnižší vedlejší účinky. Trvání tokolytické léčby by nemělo přesáhnout 48 hodin. V případě potřeby je možno aplikaci opakovat (Kacerovský et al., 2017, str. 160–165). Nejběžněji užívanými tokolytiky jsou beta-2 mimetika (Hexoprenalin – Gynipral), která se vážou na specifický receptor buněčné membrány a antagonisté oxytocinových kanálků (Atosiban). Porovnání účinnosti a bezpečnosti těchto dvou tokolytik zkoumala studie publikována v roce 2015. Ženy s bezprostředně hrozícím předčasným porodem (24.–33. týden gestace) byly rozdělené do dvou skupin. Tokolýza, byla u první

skupiny žen navozena použitím Atosibanu, druhé skupině žen byl podán Gynipral. V první skupině žen bylo těhotenství průměrně prodlouženo o 16,9 dní, zatímco u druhé skupiny žen o 10,9 dní. U druhé skupiny žen bylo potřeba použití druhého tokolytika navíc (Radzinsky et al., 2015, str.48–53). Důležitou součástí managementu předčasného porodu je antibiotická (dále ATB) profylaxe. Při příjmu těhotné s hrozícím předčasným porodem je odebrán materiál pro mikrobiologický rozbor z pochvy a ke stanovení vagino-rektální kolonizace *Streptococem agalactiae* (dále GBS). ATB profylaxe se liší dle toho, zda má těhotná zachovanou plodovou vodu, zda došlo k PPRM, nebo pokud má žena klinické, nebo laboratorní známky infekce až sepse. Zahájenou empirickou terapii je později vhodné upravit podle výsledků kultivačních vyšetření a citlivosti po konzultaci s ATB centrem na terapii cílenou (Kacerovský et al, 2017, str. 160–165).

Rozsáhlá systematická review prezentována v Cochrane databázi potvrdila významný pozitivní vliv antenatálního podávání kortikosteroidů ženám s vysokým rizikem předčasného porodu. Review zahrnovala 21 studií, 3 885 těhotných žen a 4 269 dětí. Autoři porovnávali následky předčasného porodu pro novorozence u skupiny žen, kterým byla antenatálně podána dávka kortikosteroidů (Betamethason, Dexamethason nebo Hydrocortison) se skupinou žen, kterým bylo podáno placebo, nebo kterým nebyla poskytnuta žádná léčba. Antenatálním podáním kortikosteroidů bylo značně sníženo riziko úmrtí novorozence, a to o 31%, riziko syndromu dechové tísně novorozence (dále RDS) o 34%, riziko intraventrikulární hemoragie o 46%, riziko nekrotizující enterokolitidy o 54% a riziko infekce v prvních 48 hodinách po porodu o 44%. Tato léčba byla rovněž spojena se sníženým rizikem opožděného vývoje v dětském věku a se sníženou incidencí dětské mozkové obrny. Autoři dospěli k závěru, že antenatální podání kortikosteroidů by mělo být považováno za rutinní součást péče o ženy s rizikem předčasného porodu (Bonanno a Wapner, 2012, str. 47–63). Dle doporučení ČGPS a ČLP JEP podáváme co možná nejnižší dávky kortikosteroidů při zachované účinnosti, Betametazon 12 mg intramuskulárně á 24 hodin, celkem dvě dávky nebo Dexametazon 6 mg intramuskulárně á 12 hodin, celkem čtyři dávky. Dle tělesné hmotnosti těhotné ženy je možno dávku navýšit (Kacerovský et al., 2017, str. 160–165). Maximální účinnosti podání kortikosteroidů je dosaženo v rozmezí 24 hodin až 7 dní po aplikaci druhé dávky. I jediná aplikovaná dávka kortikosteroidů má však příznivý vliv na zdraví novorozenců ve srovnání s novorozenci, kterým nebyla podána dávka žádná (Sunullah a Yildizhan, 2016, str. 154–157). Podání antenatálních kortikosteroidů je indikováno u žen s vysokým rizikem předčasného porodu mezi 24. až 35. týdnem těhotenství, a to jen u žen, u kterých očekáváme předčasný porod v nejbližších sedmi dnech.

V rozmezí 22. až 23. týdnů těhotenství může být indikováno podání kortikosteroidů pouze po důkladné rozvaze a s přihlédnutím k individuálním aspektům. Pokud uplynula delší doba než 14 dní od předchozí kúry, tak je možné před 32. týdnem těhotenství a při očekávání brzkého porodu podat další kúru kortikosteroidů (Kacerovský et al., 2017, str. 160–165).

Při bezprostředně hrozícím předčasném porodu je doporučeno podat ženě intravenózně dávku $MgSO_4$. Při ischemii mozku plodu dochází ke zvýšení intracelulární hladiny vápníku, což vede k poškození mozkových buněk. Podání $MgSO_4$ chrání buňky před tímto poškozením, současně také slouží jako prevence cerebrálních křečí. Dále bylo prokázáno, že $MgSO_4$ zpomaluje uvolňování oxidu dusnatého, a proto snižuje postischemickou produkci volných kyslíkových radikálů. V roce 2009 byla na toto téma prezentována systematická review uveřejněna v databázi Cochrane. Zahrnovala celkem 6 145 dětí a zabývala se účinkem podání $MgSO_4$ těhotným ženám s bezprostředním rizikem předčasného porodu. Tato rozsáhlá studie potvrdila značný neuroprotektivní účinek $MgSO_4$. Bylo zjištěno významné snížení incidence dětské mozkové obrny (relativní riziko 0,68), stejně jako výskyt závažné dysfunkce motorických dovedností (relativní riziko 0,61). Mezi nejčastější nežádoucí účinky této léčby patří pocení, nauzea, zvracení a podráždění kůže v místě vpichu intravenózní kanyly. Nebyla potvrzena vyšší míra vážných komplikací. Dle doporučení ČGPS a ČLS JEP je však podání $MgSO_4$ kontraindikováno u žen s mystania gravis, u žen s atrioventrikulární blokádou srdce a závažným poškozením funkce ledvin. $MgSO_4$ z indikace neuroprotektce podáváme v případě hrozícího předčasného porodu ženám v gestačním týdnu v rozmezí 24+0 až 32+0. (Kacerovský et al., 2017, str. 160–165). Léčba by měla být zahájena bolusovým podáním 4–6g 20% $MgSO_4$ intravenózně během 30 minut a následně pokračovat v udržovací dávce 1–2 g za hodinu po dobu dvanácti hodin. Cílem tohoto postupu je zdvojnásobení hladiny hořčíku v séru matky. (Berger a Söder, 2015, str. 1–14).

V případě PPRM do gestačního týdnu 34+0 je současně doporučena konzervativní léčba. Ta je založena na antibiotické léčbě, podání kortikosteroidů a sledování známek chorioamnionitidy. Vyčkávací postup však zvyšuje riziko infekce, abrupce placenty, a riziko komprese pupečníku při oligohydramniu. Avšak na druhé straně indukce porodu a aktivní přístup zvyšuje neonatální morbiditu, riziko RDS a frekvenci císařských řezů. Vyčkávací postup při PPRM a tím vyšší gestační týden v době narození rovněž snižuje incidenci nekrotizující enterokolitidy a intraventrikulární hemoragie. Z tohoto postupu tak vyplývá obrovský benefit pro nedonošeného novorozence. Pokud však biochemické markery svědčí pro rozvoj intrauterinní infekce a pokud není intrauterinní stav plodu uspokojivý, je lépe plod

porodit co nejdříve. Způsob ukončení těhotenství závisí na porodnickém nálezu, stavu těhotné a plodu (Hájek Z. et al., 2012, str. 341–346). Srovnáním vyčkávacího a aktivního managementu u žen s PPRM se věnovala studie publikována v roce 2010, která proběhla v několika zdravotnických střediscích ve Francii. Studie porovnávala následky u matek a novorozenců s PPRM mezi těmito dvěma postupy. Do studie bylo zahrnuto 241 žen, u kterých došlo k PPRM mezi 34. a 36. týdnem gestace. U 126 žen byl zvolen vyčkávací management, u 115 žen aktivní management. Incidence klinické chorioamnionitidy byla vyšší u žen s vyčkávacím managementem (4,8%), než u žen, u kterých bylo těhotenství brzy ukončeno (0,9%). Neonatální morbidita však byla prokazatelně vyšší u matek s aktivním managementem – u 7% novorozenců bylo ve 24h jejich života potřeba podání kyslíku, ve srovnání s novorozenci matek u kterých byl zvolen vyčkávací postup (1,6%) (Kayem et al., 2010, str. 776–781)

1.1.4. Následky předčasného porodu

Předčasně narozené novorozence lze dále rozdělit dle gestačního věku na extrémně předčasně narozené (narození do ukončeného 27. týdne těhotenství), velmi předčasně narozené (narození od 28. do ukončeného 32. týdne těhotenství) a mírně předčasně narozené (narození od 33. do ukončeného 37. týdne těhotenství). Čím je gestační věk v době porodu nižší, tím jsou následky pro novorozence závažnější. To potvrzuje studie, která proběhla mezi lety 2008 až 2011 v USA ve 25 zdravotnických zařízeních. Do této studie bylo začleněno 8 334 novorozenců, jejichž gestační věk se v době porodu pohyboval od 23+0 do 36+9 týdnů těhotenství. V této studii jsou zdravotní komplikace předčasně narozených dětí rozděleny na závažné a mírné. Mezi závažné jsou zařazeny: perzistující plicní hypertenze, intraventrikulární hemoragie III.–IV. stupně, křeče, hypoxicko-ischemická encefalopatie, nekrotizující enterokolitida stadia II/III a bronchopulmonální dysplazie. Jako mírné jsou uvedeny: intraventrikulární hemoragie stupně I–II, nekrotizující enterokolitida I. stupně, syndrom RDS, hyperbilirubinemie vyžadující léčbu a hypotenze vyžadující léčbu. Nejvíce novorozenců se závažnými zdravotními komplikacemi se narodilo ve 25. týdnu gestace (54,8%), ve 28. týdnu se závažné komplikace vyskytovaly pouze u 21,9% novorozenců a ve 36. týdnu již jen u 1,8% novorozenců. S rostoucím gestačním věkem docházelo k poklesu podílu závažných komplikací, ale současně se zvýšil podíl počtu mírných komplikací a vrcholil ve 31. týdnu těhotenství, kde se vyskytovaly u 81,7% novorozenců. Od 32. týdne incidence mírných komplikací s každým postupujícím týdnem těhotenství

klesala, ve 36. týdnu se mírné komplikace objevovaly již jen u 15,9% novorozenců (Manuck et al., 2016, str. 103–104).

Předčasný porod má rovněž velmi významné dlouhodobé následky, z nichž nejčastější je dětská mozková obrna. V roce 2014 byla publikována rozsáhlá studie, která zjišťovala riziko vývoje dětské mozkové obrny ve vztahu k porodnickým komplikacím a předčasnému porodu. Studie zahrnovala všechny živě narozené novorozence od roku 1967 do 2001 v Norsku. Celkem bylo do studie zahrnuto 1 764 509 dětí. Porodnické komplikace se vyskytly u 13% těhotenství, z nichž 42% představoval právě předčasný porod. Incidence dětské mozkové obrny u novorozenců narozených v rozmezí gestačního týdnu 23 až 27 byla 8,5%, v rozmezí 28–30 gestačních týdnů 5,6%, u dětí narozených v rozmezí 31–33 týdnů těhotenství byla incidence 2,0%, v období od 34. až 36. týdne byla incidence 0,4%, u novorozenců narozených v termínu pouze 0,1% (Tronnes et al., 2014, str. 779–785). Předčasný porod je rovněž spojován s vyšším rizikem chronických onemocnění v dospělosti. Riziko kardiovaskulárních onemocnění předčasně narozených v dospělém věku zkoumala švédská kohortová studie, která zahrnovala 1 306 943 osob narozených v letech 1983–1995. Z nich bylo 73 489 (5,6%) narozeno předčasně (do ukončeného 37. týdne těhotenství). Narození před 32. týdnem těhotenství bylo spojeno až s dvojnásobným zvýšením rizika cerebrovaskulárních onemocnění ve srovnání s osobami narozenými v termínu. Avšak narození mezi 32.–36. týdnem nebylo spojeno se zvýšením tohoto rizika (Ueda et al., 2014, str. 253–260). Předčasné narození představuje rovněž vyšší riziko hypertenze v dospělosti. De Jong et al. v systematické analýze zahrnující 10 studií, které celkově zkoumaly 1 738 účastníků z osmi zemí, uvádí, že předčasně narozené děti mají v dospělosti vyšší riziko vzniku hypertenze a jejich následků, než novorozenci narození v termínu (de Jong et al., 2012, str. 226–234). Předčasný porod rovněž znamená zvýšení rizika vzniku onemocnění diabetes mellitus, zhoršení respiračních funkcí projevující se častými respiračními onemocněními, chronickým kašlem, dušností a příznaky obstrukce dýchacích cest (Luu et al., 2016, str. 736–740). Kromě fyzických zdravotních následků však předčasně narození trpí častěji i mentálními poruchami. V roce 2014 byla publikována studie zabývající se psychickými poruchami extrémně předčasně narozených dětí. Ve studii bylo porovnáno 215 jedinců, kteří se narodili do 28. týdne těhotenství společně s jedinci, jejichž porodní hmotnost nepřesahovala 1000 g, se 157 jedinci s normální porodní hmotností (>2499 g). Bylo prokázáno, že sledovaná skupina účastníků měla signifikantně vyšší incidenci syndromu ADHD (Attention deficit hyperactivity disorder, porucha pozornosti s hyperaktivitou), a to 15% oproti kontrolní

skupině účastníků, kde byla incidence tohoto onemocnění pouze 7% (Burnett et al., 2014, str. 1533–1544).

Předčasný porod je problematickou událostí, která má dva hlavní důsledky. Prvním jsou, jak je uvedeno výše, především vážné a dlouhodobé zdravotní komplikace, které ohrožují takto brzy narozeného novorozence. Druhým důsledkem je negativní dopad předčasného porodu na fyzický i psychický stav matky, ale také na otce a ostatní členy rodiny. Předčasný porod může vyvolat různé emocionální reakce. Úzkost, strach, obavy a stres spojený s vypořádáním se s komplikacemi u předčasně narozeného dítěte a psychická frustrace vyplývající ze ztraceného snu mít normální a zdravé dítě může mít vliv nejen na zdravotní stav matky, ale také na plnění jejich běžných povinností a péči o rodinu. Cítí se být bezmocná a nemůže pečovat o své dítě. Tato situace pak může vést ke komplikacím v utváření vztahu mezi ní a jejím dítětem. (Arzani et al., 2015, str. 13–24). Kvalitativní studie, která proběhla v roce 2010 ve městě Adelaide v Austrálii, se zaměřila na prožívání a zkušenosti matek, které předčasně porodily, a jejichž děti byly hospitalizovány na jednotce intenzivní péče pro novorozence. Velmi často udávaly pocity viny kvůli tomu, že předčasně porodily. Jedna z účastnic uvedla: *„Byla jsem velmi nešťastná, že jsem ji v sobě nedokázala udržet déle, cítím, že je to moje vina...“*. Ženy dále popisovaly úzkost pramenící ze strachu o život dítěte: *„Řekli mi, že má šanci 60% až 70% že přežije, což znamená, že je tu riziko 30% až 40%, že zemře, nebo přežije s velmi vážnými zdravotními následky, což mě neskutečně vyděsilo a stále jsem se tím trápila“*. Jedna z matek popisovala, jak ji lékař v noci probudil a řekl jí, že její dítě umírá a měla by se jít s ním rozloučit. Další z účastnic byla přímo svědkem toho, jak její dítě resuscitují: *„Téměř jsem ho ztratila. Zmodral a museli jej resuscitovat. Bylo to děsivé!“*. Kromě úzkostných pocitů však matky popisovaly i pocity štěstí: *„Když jí vidím, celá se rozzářím, je to mé drahé dítě“*. Jako hezké období také ženy popisovaly čas, kdy konečně mohly držet své dítě v náručí a zapojit se do péče o něj. Často však také uváděly strach, který prožívaly, když měly své dítě poprvé pochovat: *„Ani jsem neměla pocit, že jej vlastně držím, nemohla jsem nic dělat. Nechtěla jsem pohnout nějakou hadičkou a tím mu ublížit.“* Matky popisovaly děti jako malé a křehké, invazivní monitoring a vybavení jednotky intenzivní péče jim bránilo v komunikaci a navázání kontaktu s dítětem. Po propuštění ze zdravotnického zařízení matky prožívaly další stres vyplývající z toho, že si své dítě nemohou odnést s sebou. Dále rovněž měly strach, že se zdravotní stav jejich dítěte zhorší v době, kdy u něj nejsou, a nebudou mu moci být nablízku. Studie také zkoumala vztah mezi matkou a zdravotnickým personálem pracujícím na jednotce intenzivní péče. Občas docházelo k neshodám, pokud šlo o načasování fyzického kontaktu matky a dítěte.

Ženy vnímaly omezování kontaktu s dítětem jako nepřijatelné. Obecně však vnímaly péči porodních asistentek a sester pozitivně. Matky uváděly, že ošetřující personál poskytl jejich dětem profesionální péči a bezpečné prostředí. Spokojeny byly rovněž s úrovní komunikace – matky uvedly, že si porodní asistentky a sestry získaly jejich důvěru, oceňovaly také způsob, jakým s nimi hovořily a že dokázaly srozumitelně zodpovědět jejich otázky (Turner, Chur-Hansen a Winefield, 2015, str. 165–179).

Psychická zátěž spojená s předčasným porodem a hospitalizací novorozence na jednotce intenzivní péče je enormní. Studie, která proběhla v letech 2005 až 2008 v Univerzitní nemocnici v Oslu sledovala psychický stav 29 matek, které předčasně porodily. Autoři uvádí, že 28% žen trpělo po dvou týdnech po porodu depresí, 17% žen úzkostmi a 52% žen vykazovalo známky posttraumatické stresové poruchy. Navíc 12% žen trpělo více než jednou psychickou poruchou současně (Misund, Nerdrum a Trond, 2014, str. 1–8). Vysokou prevalenci vážných psychických poruch mezi matkami předčasně narozených dětí potvrdila i studie, která probíhala v období od ledna 2011 do prosince 2014 na gynekologickém oddělení nemocnice Tianjin v Číně, kde depresemi trpělo 46,7% matek. Tato studie rovněž poukázala na významný pozitivní vliv kvalitní ošetrovatelské péče o tyto ženy. Matky byly rozděleny do dvou skupin. První skupině byla poskytnuta základní symptomatologická léčba, druhé skupině žen byla kromě této léčby poskytnuta i forma psychoterapie. Ta byla založena na vybudování si vztahu a důvěry mezi pacientkou a ošetrovatelským personálem, dále zahrnovala aktivní naslouchání, povzbuzování, vytvoření pohodlí pro pacientku, vysvětlování, snaha o pochopení a naplnění potřeb pacientky a eliminování jejich obav. Po čtyřech týdnech od přijetí vykazovala druhá skupina žen méně známek deprese, úzkosti a strachu, než ženy v první skupině (Ying a Feng, 2017, str. 5530–5534). Empatická a citlivá ošetrovatelská péče tak může velmi významně pozitivně ovlivnit psychický stav ženy, a tím ji pomoci překlenout toto náročné životní období. Ke zmírnění následků pro matku i předčasně narozeného dítěte významně přispívá jejich vzájemný kontakt. Pokud žena často navštěvuje svoje dítě na jednotce intenzivní péče, dotýká se ho a zapojuje se do péče o něj, snadněji se s celou situací vyrovnává. To potvrzuje kvalitativní studie, která proběhla mezi 20 zdravotnicami pracujícími na jednotce intenzivní péče pro novorozence v nemocnici v Brazílii. Účastníci uváděli, že i když matky mívají obavy z prvního kontaktu se svým dítětem, jakmile se k němu přiblíží, dotknou se ho a pochovají jej, uklidní se. Navíc, čím více času s dětmi tráví, tím rychleji se identifikují s rolí matky. Jeden z účastníků uvedl: *„Můžete vidět, jak se časem matky stávají sebevědomějšími. Už jen to, když se mohou svého dítěte dotknout, je uklidňuje. Cítí tak, že jejich dítě je skutečné, že je opravdu*

tady a že je jejich“. Většina ze zdravotníků potvrzovala důležitost přítomnosti matek na oddělení. Rovněž uváděli, že časté návštěvy přispívají k lepšímu zdravotnímu stavu novorozence, kteří se tak rychleji uzdravují a také tím dochází ke zkrácení doby jejich hospitalizace (Fleury, Parpinelli a Makuch, 2014, str. 1–10). Pozitivní přínos úzkého kontaktu matky a předčasně narozeného novorozence potvrzuje i studie s názvem Kangaroo-mother care method and neurobehavior of preterm infants (Metoda klokánkování a její vliv na chování předčasně narozených dětí). Základní principy metody klokánkování zahrnují především časný a nepřetržitý skin-to-skin kontakt matky a dítěte a výhradní kojení (v ideálním případě). Autoři rozdělili 61 dětí, narozených v rozmezí 28–32 gestačních týdnů, do dvou skupin. První skupině novorozenců byla poskytnuta po dobu sedmi a více dní metoda klokánkování, druhé skupině tato metoda poskytnuta nebyla. Novorozenci, kterým bylo umožněno klokánkování, vykazovali vyšší kvalitu pohybů a méně známek stresu, než novorozenci, kteří tuto metodu nepodstoupili (Silva et al., 2016, str. 55–59). Brzký a častý kontakt by měl být základním principem péče o matku a jejího předčasně narozeného dítěte a měl by být zdravotním personálem podporován.

1.2. Specifické potřeby těhotných žen v průběhu hospitalizace

Těhotenství je velmi významné období života ženy. Je provázeno mnoha fyzickými i duševními změnami, které jsou fyziologického původu, avšak tyto změny rovněž přinášejí pro ženu velkou zátěž. Těhotné ženy trpí strachem z neznámého, zejména pokud jde o nenarozené dítě, o průběh porodu, bojí se nové role matky, budoucí ekonomické, profesionální a emocionální situace a také změn ve vztahu mezi ní a partnerem. Diagnóza rizikového těhotenství s nutností hospitalizace ještě zvyšuje výskyt negativních emocí. Jde o zdroj stresu, který ženy s fyziologickým těhotenstvím obvykle neprožívají. Tyto ženy trpí permanentním strachem o život svého dítěte, prožívají smutek, obviňují se, mají pochybnosti o správné diagnóze, jsou odloučeny od své rodiny. Stres, který ženy prožívá, může vést ke snížení placentárního průtoku, což může mít za následek potrat, předčasný porod, nízkou porodní hmotnost, a mnoho dalších komplikací (Skurzak et al., 2015, str. 169–172). Negativní dopad stresu, jako rizikového faktoru pro předčasný porod potvrzuje studie, která proběhla v roce 2010 na Linköping University Hospital ve Švédsku. Do studie bylo zahrnuto 168 žen, které porodily v roce 2010 v této nemocnici do 37. gestačního týdne. Porovnány byly se skupinou 172 žen, které porodily ve stejném roce, ale v termínu. Jako původci stresu byly identifikovány psychiatrická onemocnění uvedená v dokumentaci

pacientky, jako jsou deprese, úzkosti, psychózy, fobie a poruchy příjmu potravy. Dále zde byl zařazen stres, který uvedla samotná žena. Jednalo se zejména o stres způsobený samotným těhotenstvím, traumatická zkušenost způsobena předchozím porodem, strach z vrozených vad plodu, problémový partnerský vztah, a také ekonomické a pracovní problémy. Mezi ženami, které porodily předčasně, byl stres zaznamenán u 54% z nich, což naznačuje, že jde o velmi významný rizikový faktor předčasného porodu (Lilliecreutz C. et al., 2016, str. 1–8).

Leichtentritt et al. se v kvalitativní studii zabývali prožíváním těhotných žen, které musely být hospitalizovány z důvodu rizikového těhotenství. Ženy prožívaly širokou škálu emocí, které byly autory rozděleny do čtyř následujících skupin: 1) vztek, frustrace, pocit ztráty a osamění, 2) obavy a strach, 3) naděje a důvěra, 4) ambivalence. Pocit frustrace popsala jedna z účastnic takto: „*Měla jsem v plánu zařídit před porodem tolik věcí! Možnost hospitalizace mě ani nenapadla... měla jsem tolik představ o tom, jaké těhotenství bude, teď je všechno pryč*“. Specifickým problémem hospitalizace z důvodu rizikového těhotenství je, že neexistuje konkrétní zdravotní problém, který by mohl být vyléčen a žena by poté mohla být propuštěna ze zdravotnického zařízení: „*Na rozdíl od mé předchozí hospitalizace z důvodu pneumonie, kdy jsem se cítila hrozně, tentokrát tu ležím již měsíc, ale cítím se dobře. Je to zvláštní, musím ležet v nemocnici, ale necítím se nemocná*“. Tato časová neurčitost také vyvolávala v ženách pocity osamění a izolace od rodiny. Velmi často ženy pociťovaly protichůdné emoce. Na jednu stranu milovaly své nenarozené dítě, přály si udržet těhotenství co, současně ale měly obavy o svůj zdravotní stav a chtěly porodit co nejdříve: „*Cítím se rozpolcená. Jedna část mě si přeje brzy porodit, zatímco druhá chce naprostý opak... abych vydržela ještě několik týdnů*“ (Leichtentritt et al., 2005, str. 39–47). Jednou z nejdůležitějších potřeb těhotných hospitalizovaných žen je potřeba informovanosti – o jejich zdravotním stavu, o zdravotním stavu plodu, o léčbě, která jí bude poskytnuta, o prognóze těhotenství a o možných následcích případného předčasného porodu pro novorozence. V roce 2017 byla publikována studie, která proběhla od dubna roku 2014 do července 2015 v Nizozemí a zaměřovala se kromě jiného také na potřeby těhotných žen, kterým byla v těhotenství diagnostikována preeklampsie. Ženy uváděly, že by uvítaly lepší informovanost ze strany ošetřujícího personálu (lékař, porodní asistentka) o příznacích preeklampsie, jako je například bolest hlavy, nebo poruchy vidění. Mohly by tak těmto symptomům věnovat patřičnou pozornost (Crombag et al., 2017, str. 1–9). Další studie, která se zaměřila na identifikaci potřeb informovanosti těhotných žen, proběhla ve městě Behshahr v Íránu mezi lety 2016–2017. Ze studie vyplývá, že těhotné ženy považují za nejdůležitější sdělení informace ohledně zdravotního stavu plodu, informace ohledně možného onemocnění, které

by mohlo ohrozit těhotenství a informace ohledně rizik spojených s těhotenstvím. Jako nevýznamnou ženy nejčastěji vnímaly informaci ohledně možného vlivu kouření, alkoholu a drog na plod. Dále ze studie vyplynulo, že jako nejdůvěryhodnější zdroj informací ženy považují zdravotnický personál, a to jak lékaře, tak porodní asistentky a zdravotní sestry (Chalaková a Riahi, 2017, str. 165–174).

Rodrigues et al. se ve studii s názvem „Nursing care in high-risk pregnancies: an integrative review“ (Ošetrovatelská péče o ženy s vysoce rizikovým těhotenstvím: integrativní review) zabývala specifickou péčí o ženy, které byly hospitalizovány ve zdravotnickém zařízení z důvodu diagnózy rizikového těhotenství. Ve studii bylo zjištěno 6 nejdůležitějších částí ošetrovatelské péče: 1) motivace a podpora žen s vysoce rizikovým těhotenstvím, 2) specializovaná ošetrovatelská péče o tyto ženy, 3) edukační role ošetrovatelského personálu, 4) strategie ošetrovatelství u péče o těhotné ženy s rizikovým těhotenstvím, 5) ošetrovatelský personál jako součást multidisciplinárního týmu, 6) ošetrovatelská péče v kontextu rizikového těhotenství. Tyto ženy vyžadují vysoce individualizovanou péči, jejímž cílem je dosažení adekvátních výsledků ze zdravotního, psychologického i sociálního hlediska (Rodrigues et al., 2016., str. 472–483).

1.3. Organizace péče o ženy s vysokým rizikem předčasného porodu v ČR

Doporučené postupy ohledně péče o ženy s vysokým rizikem předčasného porodu předkládá ČGPS ČLS JEP s názvem Spontánní předčasný porod a Předčasný odtok plodové vody před termínem porodu.

Perinatologická péče (porodnická i neonatologická) se zakládá na systému třístupňové regionální péče o těhotné ženy a jejich novorozence. Intenzivní perinatální péče (III. typu) je poskytována dvanácti regionálními perinatologickými centry ustavenými ministrem zdravotnictví. Nachází se v Brně, Českých Budějovicích, Hradci Králové, Mostě, Olomouci, Ostravě, Plzni, ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze, v Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze, ve Fakultní nemocnici Motol v Praze, v Ústí nad Labem a ve Zlíně. Do perinatologického centra jsou směřovány ženy s hrozícím předčasným porodem v gestačním týdnu 23+1 až 31+0. Rovněž koncentruje ženy se závažnými těhotenskými komplikacemi, dále také těhotenství s vrozenými vývojovými vadami a další stavy, které by mohly ohrozit těhotnou nebo plod. Ministerstvo zdravotnictví ustanovuje pro perinatologická centra organizační a personální požadavky, potřebu zajištění komplementu a související péče, základní požadavky pro technické a věcné vybavení

perinatologických center. Poskytovatel zdravotních služeb, který získá statut perinatologického centra intenzivní péče, pravidelně sleduje k 31. 12. daného roku následující indikátory kvality poskytované zdravotní: celkový počet porozených novorozenců členěných dle způsobu porodu a četnosti, perinatální úmrtnost v jednotlivých hmotnostních kategoriích s rozlišením mrtvorozenosti a časné novorozenecké úmrtnosti a podílu VVV na těchto úmrtnostech, mateřská mortalita a morbidita (včetně kategorií porodnických intervencí), počet transportů in utero a počet postnatálních transferů novorozenců, pozdní novorozenecká úmrtnost, počet ošetřovaných novorozenců s porodní hmotností do 999 gramů, počet ošetřovaných novorozenců s porodní hmotností 1000 až 1499 gramů, počet ošetřovaných novorozenců s porodní hmotností 1500 až 1999 gramů, počet ošetřovaných novorozenců s porodní hmotností 2000 až 2500 gramů. Na perinatologická centra intenzivní péče navazují centra intermediální péče, která centralizují předčasné porody od 31+0 týdne. Perinatologická centra a centra intermediální péče tvoří v systému perinatologické péče nezastupitelnou část sítě poskytovatelů zdravotních služeb. Tato zdravotnická zařízení vzájemně spolupracují, s ohledem na aktuální lůžkovou kapacitu či případnou užší specializaci v rámci perinatologie mohou poskytovat zdravotní péči též pro celou ČR (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013, str. 2–7).

2. PRAKTICKÁ ČÁST

2.1. Cíl – cíle výzkumu, výzkumné otázky

Cíle výzkumného šetření byly následující:

- Identifikovat potřeby žen, které jsou, nebo v minulosti byly hospitalizované ve zdravotnickém zařízení z důvodu vysokého rizika předčasného porodu
- Rozpoznat potřeby, které ženy během hospitalizace vnímaly jako velmi důležité, ale nebyly naplněny
- Zformulovat doporučení týkající se zkvalitnění péče o tyto ženy pro porodní asistentky

Na základě stanovených cílů výzkumného šetření byly zformulovány tyto výzkumné otázky:

- Jaké potřeby ženy vnímají jako nejdůležitější?
- Jaké potřeby zůstaly během hospitalizace nenaplněny?
- Jakou ošetrovatelskou péčí vyžadují ženy s vysokým rizikem předčasného porodu?

2.2. Metodika výzkumu

Výběr metody

Pro výzkumné šetření byl vytvořen anonymní dotazník inspirovaný dotazníkem PNAP (Patients Needs Assessment in Palliative Care – Hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči). Jednotlivé položky v dotazníku byly upraveny tak, aby odpovídaly potřebám těhotných žen. Položky dotazníku byly sestaveny na základě literárního přehledu a analýzy zahraničních studií v teoretické části diplomové práce. Vybrané potřeby vychází z holistického pojetí péče.

V první části dotazníku ženy uvedly, jak moc po dobu hospitalizace považovaly danou potřebu za důležitou, ohodnotily ji od 1 (daná potřeba nebyla vůbec důležitá) do 5 (daná potřeba byla velmi důležitá). Pokud danou potřebu ohodnotily 4 nebo 5, ve druhém sloupci dále hodnotily, jestli byla tato potřeba naplněna (1 – vůbec nebyla naplněna, 5 – byla naplněna velmi).

Výběr respondentek

Respondentky byly tvořeny ženami, které byly hospitalizovány na Porodnicko-gynekologické klinice ve Fakultní nemocnici Olomouc od 1. 2. 2018 do 31. 3. 2018. Metoda

výběru byla zvolena účelově. Respondentky byly cíleně vybrány dle určitých vlastností. Záměrný výběr je pro skutečně kvalifikovaný výběr velmi podstatný. Vyhledávání respondentů vykazujících společný znak nám podává o zkoumaném problému pravdivé a bohaté informace (Gavora, 2010, str. 79). Respondentky byly proto vybrány na základě následujících kritérií:

- Těhotenství v gestačním týdnu 24+0 až 36+6
- Hospitalizace delší než 42 hodin
- Věk vyšší než 18 let
- Hrozící předčasný porod

Průběh výzkumu

Výzkum probíhal ve Fakultní nemocnici Olomouc na Porodnicko-gynekologické klinice. Výzkum byl schválen Etickou komisí FZV UP Olomouc (vyjádření Etické komise – Příloha 1). Byla podána oficiální žádost vedení nemocnice o dotazníkové šetření, která byla schválena. Dotazník byl distribuován osobně autorkou dotazníku během hospitalizace respondentky. Respondentky byly seznámeny s obsahem dotazníku a s účelem jeho vyplnění. Pokud měly respondentky zájem se na cokoli zeptat, byly jim všechny dotazy zodpovězeny přímo autorkou dotazníku. Dotazníky byly ihned vyplněny. Celkem bylo rozdáno 62 dotazníků. S respondentkami byla velmi dobrá spolupráce, návratnost dotazníků byla 100%. Výzkum probíhal od 1. 2. 2018 do 31. 3. 2018.

2.3. Výsledky výzkumce vztahu k cílům práce

Vzorek respondentek

Průměrný věk respondentek byl 30,56 let, medián věku byl 30 let. Přehled sociodemografických údajů respondentek je znázorněn v Tabulce 1. Respondentky měly nejčastěji vysokoškolské vzdělání, byly podruhé těhotné a byly primiparami. Největší část respondentek (25 žen, 40%) byla v gestačním týdnu těhotenství od 32+0 do 36+6. Nejčastěji byly těhotné ženy hospitalizovány z důvodu předčasné spontánní děložní činnosti (13 žen, 21%), dále kvůli diagnóze preeklampsie (11 žen, 18%), zkrácení děložního čípku (8 žen, 13%), z důvodu poruchy funkce jater (7 žen, 11%), krvácení z rodidel (5 žen, 8%), PPRM (4 ženy, 6%), dále z důvodu diagnostikované růstové restrikce plodu (4 ženy, 6%), vysokému krevnímu tlaku (4 ženy, 6%), poruchy funkce placenty (3 ženy, 5%) a poruchy funkce ledvin

(2 ženy, 3%). Pouze jedna žena uvedla, že nezná důvod své hospitalizace. Předčasný porod v minulosti byl zaznamenán u 34% žen. Průměrná délka hospitalizace činila 4,32 dny, přičemž nejkratší délka hospitalizace byla 2 dny a nejdéle byla žena hospitalizována 9 dní.

Tabulka 1: Sociodemografické údaje respondentek

	N	Relativní četnost v %		N	Relativní četnost v %
Vzdělání			Délka gestace		
Základní škola	2	3	24+0 – 27+6	17	27
Střední škola bez maturity	12	19	28+0 – 31+6	20	32
Střední škola s maturitou	21	34	32+0 – 36+6	25	40
Vyšší odborná škola	5	8			
Vysoká škola	22	35			
Počet těhotenství			Důvod hospitalizace		
1	17	27	Pravidelné kontrakce	13	21
2	20	32	Preeklampsie	11	18
3	13	21	Zkrácení děložního čípku	8	13
4	6	10	Porucha funkce jater	7	11
5	4	6	Krvácení z rodidel	5	8
6	2	3	Předčasný odtok plodové vody	4	6
			Růstová restrikce plodu	4	6
Počet porodů			Vysoký krevní tlak	4	6
0	28	45	Porucha placenty	3	5
1	20	32	Porucha funkce ledvin	2	3
2	11	18	Nevím	1	2
3	3	5	Jiný	0	0
Předčasný porod v minulosti					
Ano	21	34			
Ne	41	66			

Popisná analýza

Pro základní analýzu získaných dat byla použita metoda popisné analýzy. V prvním sloupci, který se zaměřoval na hodnocení důležitosti uvedených potřeb, bylo bodové skóre 1–5 rozděleno na tři části. Pokud žena uvedla důležitost potřeby v bodovém rozpětí 1–2, bylo

předpokládáno, že tuto potřebu nepovažuje za důležitou. Pokud žena ohodnotila důležitost potřeby číslem 3, bylo předpokládáno, že tuto potřebu považuje pouze za částečně důležitou. Pokud žena uvedla důležitost potřeby číslem 4 nebo 5, byl zde předpoklad, že tuto potřebu pokládá za velmi důležitou. Druhý sloupec zaznamenávající míru naplnění potřeb označily ženy pouze v případě, že daná potřeba pro ně byla v době jejich hospitalizace velmi důležitá (tedy ohodnotily jí body 4 nebo 5). Bodové ohodnocení ve druhém sloupci bylo opět rozděleno do tří částí. Pokud žena uvedla naplnění potřeby v bodovém rozpětí 1–2, bylo předpokládáno, že tato potřeba byla po dobu hospitalizace nenaplněna. Pokud žena označila číslo 3, byl zde předpoklad, že tuto potřebu vnímala pouze jako částečně naplněnou. V případě, že ohodnotila naplnění potřeby číslem 4 nebo 5, bylo předpokládáno, že tuto potřebu považovala za zcela naplněnou.

1. Být bez bolesti

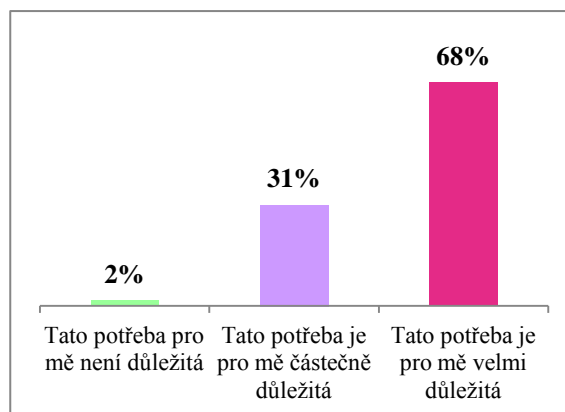
Důležitost potřeby být bez bolesti

Analýzou dat bylo zjištěno, že pro 42 žen (68%) je potřeba být bez bolesti velmi důležitá, pro 19 žen (31%) částečně důležitá a pro jednu ženu (2%) nebyla tato potřeba důležitá vůbec.

Tabulka 2: Potřeba být bez bolesti

1. Být bez bolesti		
	N	Relativní četnost v %
Tato potřeba pro mě není důležitá	1	2
Tato potřeba je pro mě částečně důležitá	19	31
Tato potřeba je pro mě velmi důležitá	42	68

Graf 1: Potřeba být bez bolesti



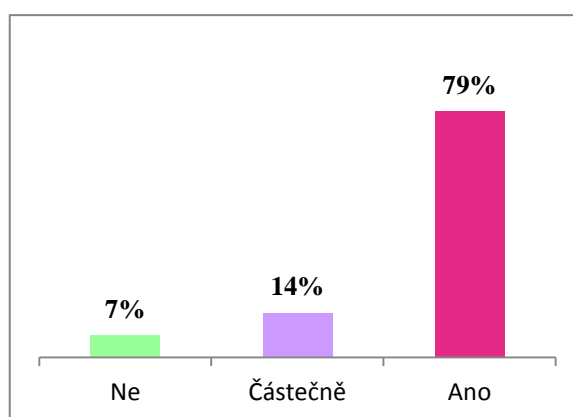
Naplnění potřeby být bez bolesti

Analýzou dat bylo zjištěno, že u žen, které vnímaly potřebu být bez bolesti jako velmi důležitou (42 žen, 68%), byla tato potřeba naplněna u 33 (79%) z nich, u 6 (14%) žen byla tato potřeba naplněna pouze částečně a u 3 (7%) žen nebyla tato potřeba naplněna vůbec.

Tabulka 3: Naplnění potřeby být bez bolesti

1. Byla tato potřeba naplněna?		
	N	Relativní četnost v %
Ne	3	7
Částečně	6	14
Ano	33	79

Graf 2: Naplnění potřeby být bez bolesti



2. Mít pravdivé a dostatečně vysvětlené informace o svém zdravotním stavu

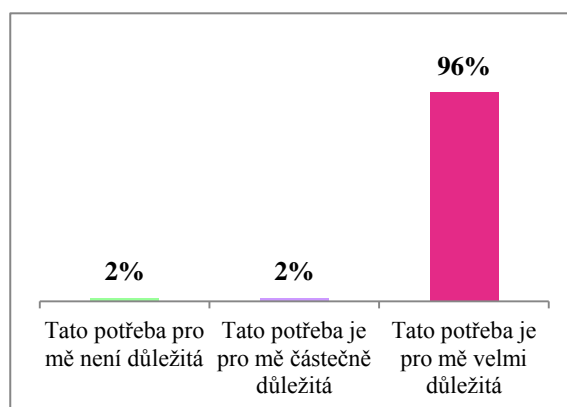
Důležitost potřeby mít pravdivé a dostatečně vysvětlené informace o svém zdravotním stavu

Analýzou dat bylo zjištěno, že 60 žen (96%), považovalo mít pravdivé a dostatečně vysvětlené informace o svém zdravotním stavu za potřebu velmi důležitou, pro 1 (2%) ženu byla tato potřeba důležitá částečně, 1 (2%) žena uvedla, že tato potřeba pro ni nebyla důležitá.

Tabulka 4: Potřeba mít pravdivé a dostatečně vysvětlené informace o svém zdravotním stavu

2. Mít pravdivé a dostatečně vysvětlené informace o svém zdravotním stavu		
	N	Relativní četnost v %
Tato potřeba pro mě není důležitá	1	2
Tato potřeba je pro mě částečně důležitá	1	2
Tato potřeba je pro mě velmi důležitá	60	96

Graf 3: Potřeba mít pravdivé a dostatečně vysvětlené informace o svém zdravotním stavu



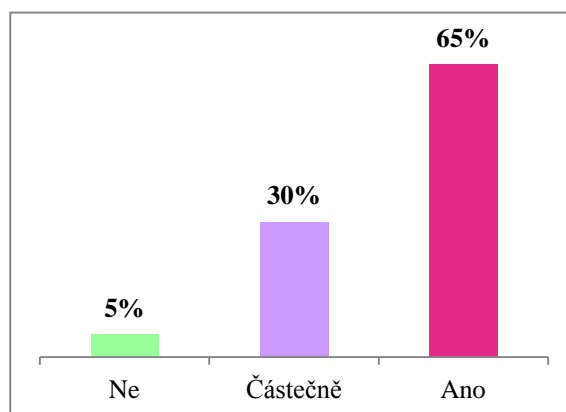
Naplnění potřeby mít pravdivé a dostatečně vysvětlené informace o svém zdravotním stavu

Analýzou dat bylo zjištěno, že ženy, které vnímaly potřebu mít pravdivé a dostatečně vysvětlené informace o svém zdravotním stavu jako velmi důležitou (60 žen, 96%), byla tato potřeba naplněna u 39 (65%) z nich, u 18 (30%) žen byla tato potřeba naplněna pouze částečně a u 3 (5%) žen nebyla tato potřeba naplněna vůbec.

Tabulka 5: Naplnění potřeby mít pravdivé a dostatečně vysvětlené informace o svém zdravotním stavu

2. Byla tato potřeba naplněna?		
	N	Relativní četnost v %
Ne	3	5
Částečně	18	30
Ano	39	65

Graf 4: Naplnění potřeby mít pravdivé a dostatečně vysvětlené informace o svém zdravotním stavu



3. Mít soukromí

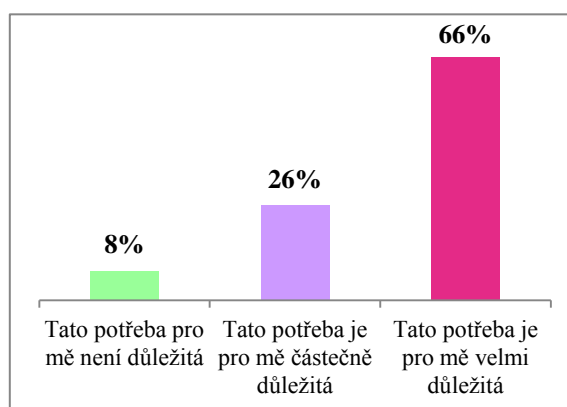
Důležitost potřeby mít soukromí

Analýzou dat bylo zjištěno, že potřebu mít soukromí považuje za velmi důležitou 41 (66%) žen, pro 16 (26%) žen byla tato potřeba důležitá pouze částečně, 5 (8%) žen uvedlo, že tuto potřebu nevnímají jako důležitou.

Tabulka 6: Potřeba mít soukromí

3. Mít soukromí		
	N	Relativní četnost v %
Tato potřeba pro mě není důležitá	5	8
Tato potřeba je pro mě částečně důležitá	16	26
Tato potřeba je pro mě velmi důležitá	41	66

Graf 5: Potřeba mít soukromí



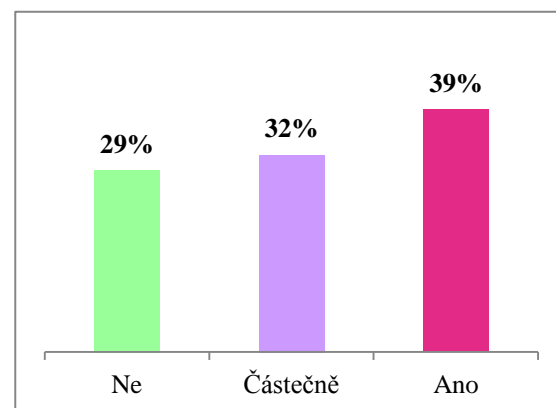
Naplnění potřeby mít soukromí

Analýzou bylo zjištěno, že u žen, které vnímaly potřebu mít soukromí jako velmi důležitou (41 žen, 66%), byla tato potřeba naplněna pouze u 16 (39%) z nich, u 13 (32%) žen byla tato potřeba naplněna částečně a 12 (29%) žen uvedlo, že tato potřeba nebyla naplněna vůbec.

Tabulka 7: Naplnění potřeby mít soukromí

3. Byla tato potřeba naplněna?		
	N	Relativní četnost v %
Ne	12	29
Částečně	13	32
Ano	16	39

Graf 6: Naplnění potřeby mít soukromí



4. Mít možnost častých návštěv partnera, rodiny...

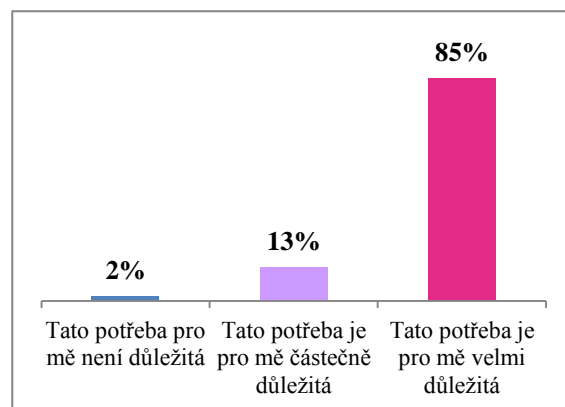
Důležitost potřeby mít možnost častých návštěv partnera, rodiny...

Analýzou dat bylo zjištěno, že potřebu mít možnost častých návštěv blízké osoby považuje za velmi důležitou 53 (85%) žen, pro 8 (13%) žen byla tato potřeba částečně důležitá, 1 (2%) žena uvedla, že tato potřeba pro ni není důležitá.

Tabulka 8: Potřeba mít možnost častých návštěv partnera, rodiny...

4. Mít možnost častých návštěv partnera, rodiny...		
	N	Relativní četnost v %
Tato potřeba pro mě není důležitá	1	2
Tato potřeba je pro mě částečně důležitá	8	13
Tato potřeba je pro mě velmi důležitá	53	85

Graf 7: Potřeba mít možnost častých návštěv partnera, rodiny...



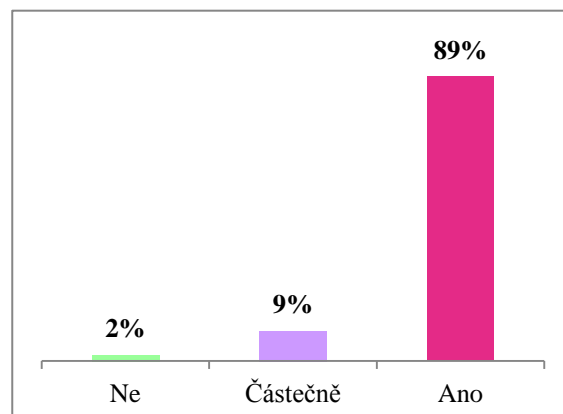
Naplnění potřeby mít možnost častých návštěv partnera, rodiny...

Analýzou dat bylo zjištěno, že z žen, které vnímají potřebu mít možnost častých návštěv partnera a rodiny jako velmi důležitou (53 žen, 85%), považovalo 47 (89%) z nich tuto potřebu za zcela naplněnou, 5 (9%) žen uvedlo, že tato potřeba byla naplněna částečně a 1 (2%) žena uvedla, že tato potřeba nebyla naplněna vůbec.

Tabulka 9: Naplnění potřeby mít možnost častých návštěv partnera, rodiny...

4. Byla tato potřeba naplněna?		
	N	Relativní četnost v %
Ne	1	2
Částečně	5	9
Ano	47	89

Graf 8: Naplnění potřeby mít možnost častých návštěv partnera, rodiny...



5. Mít dostatek nerušeného spánku

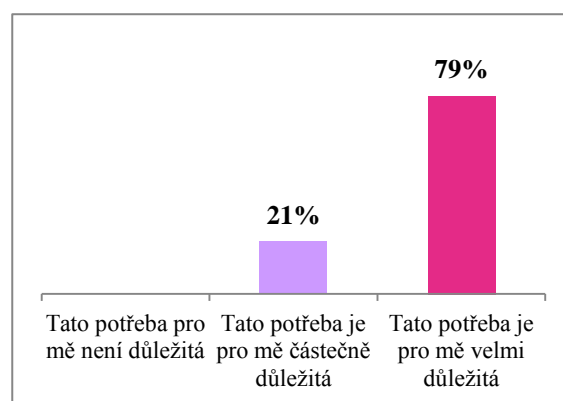
Důležitost potřeby mít dostatek nerušeného spánku

Analýzou dat bylo zjištěno, že pro všechny ženy zahrnuté do studie, je potřeba mít dostatek nerušeného spánku důležitá, 49 (79%) žen považuje tuto potřebu za velmi důležitou, 13 (21%) žen uvedlo, že je tato potřeba pro ně důležitá částečně.

Tabulka 10: Potřeba mít dostatek nerušeného spánku

5. Mít dostatek nerušeného spánku		
	N	Relativní četnost v %
Tato potřeba pro mě není důležitá	0	0
Tato potřeba je pro mě částečně důležitá	13	21
Tato potřeba je pro mě velmi důležitá	49	79

Graf 9: Potřeba mít dostatek nerušeného spánku



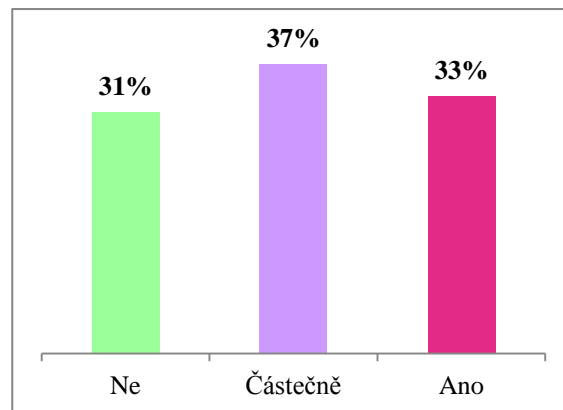
Naplnění potřeby mít dostatek nerušeného spánku

Analýzou dat bylo zjištěno, že z žen, které vnímají potřebu mít dostatek nerušeného spánku jako velmi důležitou (49 žen, 79%), považovalo pouze 16 (33%) z nich tuto potřebu za naplněnou, 18 (37%) žen uvedlo, že tato potřeba byla naplněna jen částečně a 15 (31%) žen uvedlo, že tato potřeba nebyla vůbec naplněna.

Tabulka 11: Naplnění potřeby mít dostatek nerušeného spánku

5. Byla tato potřeba naplněna?		
	N	Relativní četnost v %
Ne	15	31
Částečně	18	37
Ano	16	33

Graf 10: Naplnění potřeby mít dostatek nerušeného spánku



6. Být ošetřována s respektem a úctou

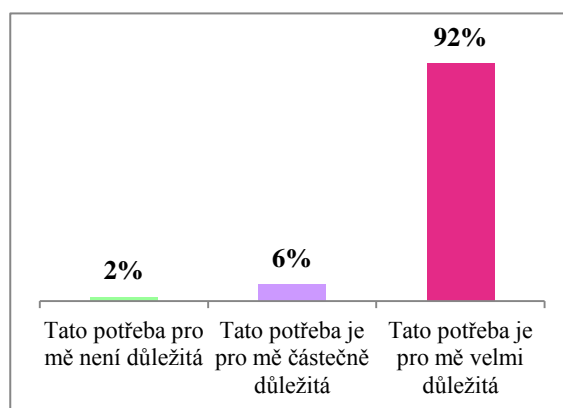
Důležitost potřeby být ošetřována s respektem a úctou

Analýzou dat bylo zjištěno, že pro 57 (92%) žen je potřeba být ošetřována s respektem a úctou velmi důležitá, pro 4 (6%) ženy byla tato potřeba důležitá pouze částečně, a pro 1 (2%) ženu nebyla tato potřeba důležitá vůbec.

Tabulka 12: Potřeba být ošetřována s respektem a úctou

6. Být ošetřována s respektem a úctou		
	N	Relativní četnost v %
Tato potřeba pro mě není důležitá	1	2
Tato potřeba je pro mě částečně důležitá	4	6
Tato potřeba je pro mě velmi důležitá	57	92

Graf 11: Potřeba být ošetřována s respektem a úctou



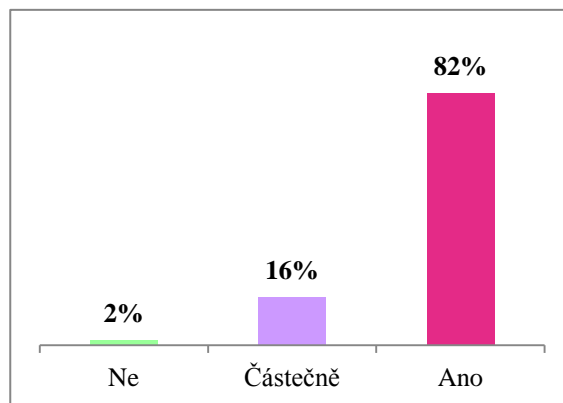
Naplnění potřeby být ošetřována s respektem a úctou

Analýzou dat bylo zjištěno, že z žen, které vnímají potřebu být ošetřována s respektem a úctou jako velmi důležitou (57 žen, 92%), považovalo 47 (82%) z nich tuto potřebu za zcela naplněnou, 9 (16%) žen uvedlo, že tato potřeba byla naplněna jen částečně a 1 (2%) žena uvedla, že tato potřeba nebyla naplněna vůbec.

Tabulka 13: Naplnění potřeby být ošetřována s respektem a úctou

6. Byla tato potřeba naplněna?		
	N	Relativní četnost v %
Ne	1	2
Částečně	9	16
Ano	47	82

Graf 12: Naplnění potřeby být ošetřována s respektem a úctou



7. Mít ošetřující personál, který mi naslouchá a hovoří se mnou

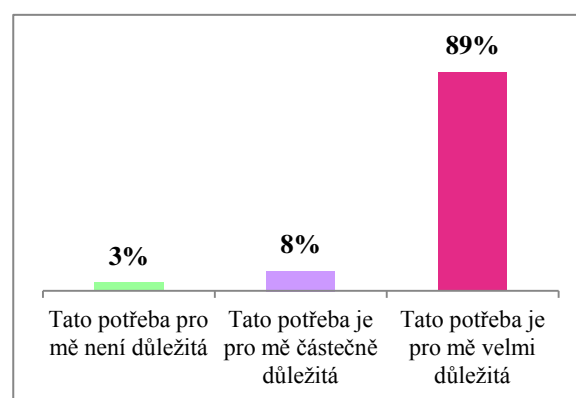
Důležitost potřeby mít ošetřující personál, který mi naslouchá a hovoří se mnou

Analýzou dat bylo zjištěno, že pro 55 (89%) žen je potřeba mít ošetřující personál, který mi naslouchá a hovoří se mnou velmi důležitá, pro 5 (8%) žen byla tato potřeba důležitá pouze částečně, a pro 2 (3%) ženy tato potřeba důležitá nebyla.

Tabulka 14: Potřeba mít ošetřující personál, který mi naslouchá a hovoří se mnou

7. Mít ošetřující personál, který mi naslouchá a hovoří se mnou		
	N	Relativní četnost v %
Tato potřeba pro mě není důležitá	2	3
Tato potřeba je pro mě částečně důležitá	5	8
Tato potřeba je pro mě velmi důležitá	55	89

Graf 13: Potřeba mít ošetřující personál, který mi naslouchá a hovoří se mnou



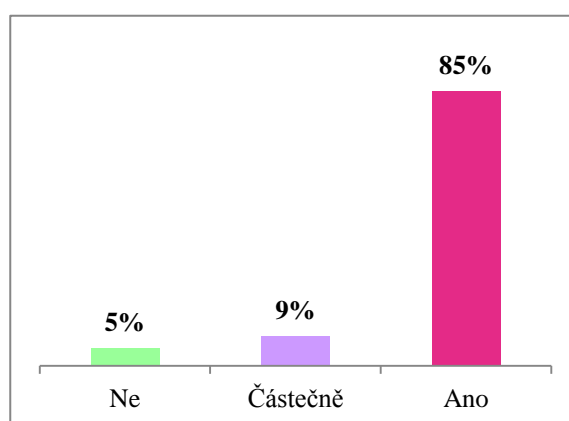
Naplnění potřeby mít ošetřující personál, který mi naslouchá a hovoří se mnou

Analýzou dat bylo zjištěno, že mezi ženami, které označily potřebu mít ošetřující personál, který mi naslouchá a hovoří se mnou jako velmi důležitou (55 žen, 89%) vnímalo tuto potřebu jako zcela naplněnou 47 (85%) z nich, 5 (9%) žen uvedlo, že tato potřeba byla naplněna pouze částečně a 3 (5%) ženy uvedly, že tato potřeba nebyla naplněna vůbec.

Tabulka 15: Naplnění potřeby mít ošetřující personál, který mi naslouchá a hovoří se mnou

7. Byla tato potřeba naplněna?		
	N	Relativní četnost v %
Ne	3	5
Částečně	5	9
Ano	47	85

Graf 14: Naplnění potřeby mít ošetřující personál, který mi naslouchá a hovoří se mnou



8. Cítit podporu ošetřujícího personálu

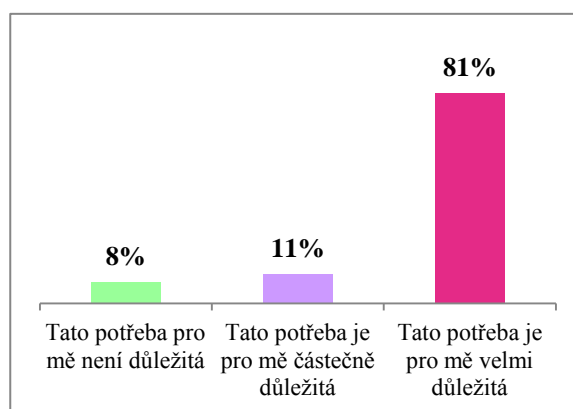
Důležitost potřeby cítit podporu ošetřujícího personálu

Analýzou dat bylo zjištěno, že 50 (81%) žen vnímá potřebu cítit podporu ošetřujícího personálu jako velmi důležitou, pro 7 (11%) žen byla tato potřeba důležitá částečně, a pro 5 (8%) žen tato potřeba během hospitalizace nebyla vůbec důležitá.

Tabulka 16: Potřeba cítit podporu ošetřujícího personálu

8. Mít ošetřující personál, který mi naslouchá a hovoří se mnou		
	N	Relativní četnost v %
Tato potřeba pro mě není důležitá	5	8
Tato potřeba je pro mě částečně důležitá	7	11
Tato potřeba je pro mě velmi důležitá	50	81

Graf 15: Potřeba cítit podporu ošetřujícího personálu



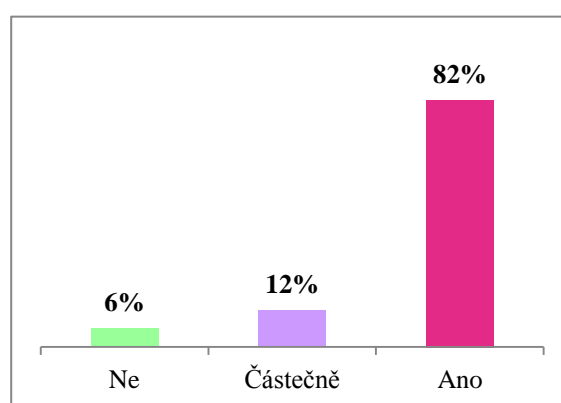
Naplnění potřeby cítit podporu ošetřujícího personálu

Z analýzy dat vyplynulo, že z žen, které vnímaly potřebu cítit podporu ošetřujícího personálu jako velmi důležitou (50 žen, 81%), jich 41 (82%) z nich uvedlo, že tato potřeba byla zcela naplněna, 6 (12%) žen uvedlo, že byla naplněna pouze částečně a 3 (6%) ženy uvedly, že tato potřeba nebyla během hospitalizace naplněna vůbec.

Tabulka 17: Naplnění potřeby cítit podporu ošetřujícího personálu

8. Byla tato potřeba naplněna?		
	N	Relativní četnost v %
Ne	3	6
Částečně	6	12
Ano	41	82

Graf 16: Naplnění potřeby cítit podporu ošetřujícího personálu



9. Mít příležitost hovořit s někým v podobné situaci

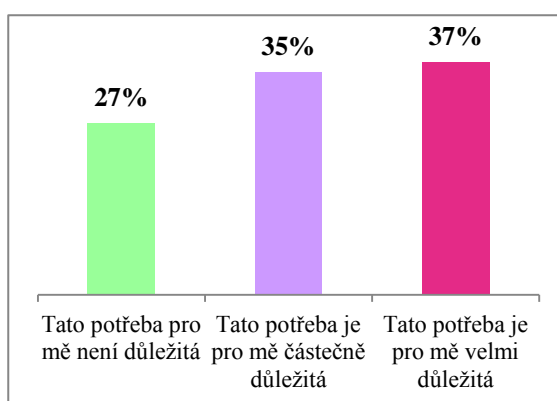
Důležitost potřeby mít příležitost hovořit s někým v podobné situaci

Z analýzy dat vyplynulo, že pouze 23 (37%) žen vnímalo potřebu mít příležitost hovořit s někým v podobné situaci jako velmi důležitou, pro 22 (35%) žen byla tato potřeba důležitá jen částečně, a pro 17 (27%) žen tato potřeba během hospitalizace nebyla vůbec důležitá.

Tabulka 18: Potřeba mít příležitost hovořit s někým v podobné situaci

9. Mít ošetřující personál, který mi naslouchá a hovoří se mnou		
	N	Relativní četnost v %
Tato potřeba pro mě není důležitá	17	27
Tato potřeba je pro mě částečně důležitá	22	35
Tato potřeba je pro mě velmi důležitá	23	37

Graf 17: Potřeba mít příležitost hovořit s někým v podobné situaci



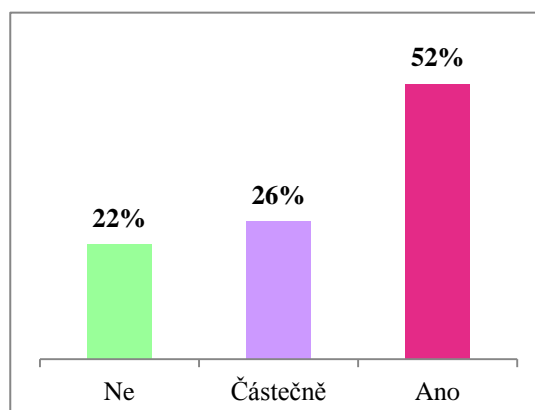
Naplnění potřeby mít příležitost hovořit s někým v podobné situaci

Z analýzy dat vyplynulo, že z žen, které vnímaly potřebu mít příležitost hovořit s někým v podobné situaci jako velmi důležitou (23 žen, 37%), jich 12 (53%) z nich uvedlo, že tato potřeba byla naplněna, 6 (26%) žen uvedlo, že byla naplněna pouze částečně a 5 (22%) žen odpovědělo, že tato potřeba nebyla naplněna.

Tabulka 19: Naplnění potřeby mít příležitost hovořit s někým v podobné situaci

9. Byla tato potřeba naplněna?		
	N	Relativní četnost v %
Ne	5	22
Částečně	6	26
Ano	12	52

Graf 18: Naplnění potřeby mít příležitost hovořit s někým v podobné situaci



10. Mít možnost hovořit s někým o strachu a obavách

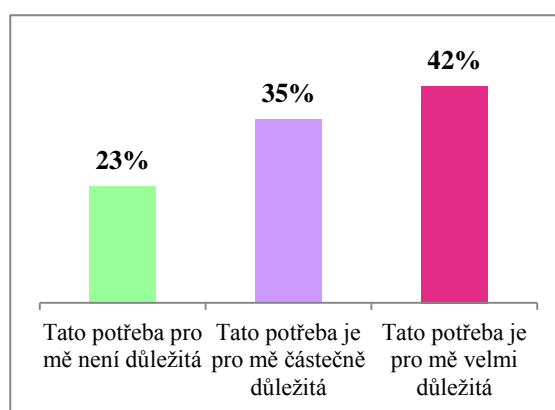
Důležitost potřeby mít možnost hovořit s někým o strachu a obavách

Analýzou dat bylo zjištěno, že 26 (42%) žen považuje potřebu mít možnost hovořit s někým o strachu a obavách za velmi důležitou, pro 22 (35%) žen byla tato potřeba částečně důležitá a pro 14 (23%) žen nepovažovalo tuto potřebu za důležitou.

Tabulka 20: Potřeba mít možnost hovořit s někým o strachu a obavách

10. Mít možnost hovořit s někým o strachu a obavách		
	N	Relativní četnost v %
Tato potřeba pro mě není důležitá	14	23
Tato potřeba je pro mě částečně důležitá	22	35
Tato potřeba je pro mě velmi důležitá	26	42

Graf 19: Potřeba mít možnost hovořit s někým o strachu a obavách



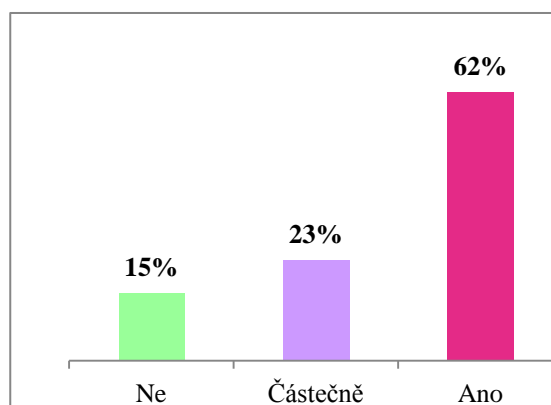
Naplnění potřeby mít možnost hovořit s někým o strachu a obavách

Z analýzy dat vyplynulo, že z žen, které vnímaly potřebu mít možnost hovořit s někým o strachu a obavách jako velmi důležitou (26 žen, 42%), jich 16 (62%) z nich vnímalo tuto potřebu během hospitalizace za zcela naplněnou, 6 (23%) žen za částečně naplněnou a 4 (15%) ženy uvedly, že tato jejich potřeba nebyla vůbec naplněna.

Tabulka 21: Naplnění potřeby mít možnost hovořit s někým o strachu a obavách

10. Byla tato potřeba naplněna?		
	N	Relativní četnost v %
Ne	4	15
Částečně	6	23
Ano	16	62

Graf 20: Naplnění potřeby mít možnost hovořit s někým o strachu a obavách



11. Mít důvěru v ošetrovatelský personál

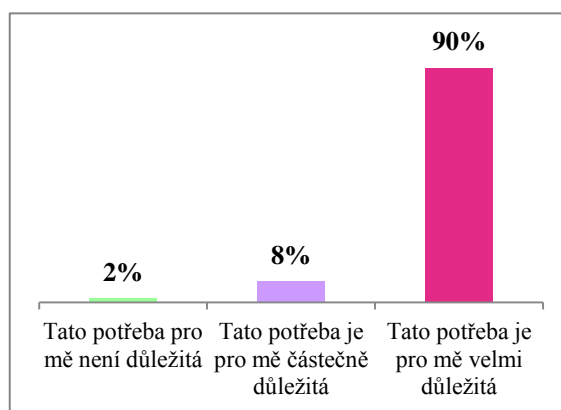
Důležitost potřeby mít důvěru v ošetrovatelský personál

Z analýzy dat vyplynulo, že 56 (90%) žen pokládá potřebu mít důvěru v ošetrovatelský personál za velmi důležitou, pro 5 (8%) žen byla tato potřeba důležitá pouze částečně a pouze pro 1 (2%) ženu nebyla tato potřeba důležitá.

Tabulka 22: Potřeba mít důvěru v ošetrovatelský personál

11. Mít důvěru v ošetrovatelský personál		
	N	Relativní četnost v %
Tato potřeba pro mě není důležitá	1	2
Tato potřeba je pro mě částečně důležitá	5	8
Tato potřeba je pro mě velmi důležitá	56	90

Graf 21: Potřeba mít důvěru v ošetrovatelský personál



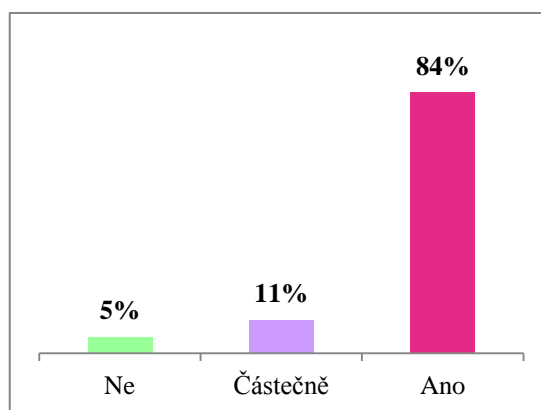
Naplnění potřeby mít důvěru v ošetrovatelský personál

Z analýzy dat vyplynulo, že z žen, které vnímaly potřebu mít důvěru v ošetrovatelský personál jako velmi důležitou (56 žen, 90%), jich 47 (84%) uvedlo, že tato potřeba byla zcela naplněna, 6 (11%) žen uvedlo, že tato potřeba byla naplněna pouze částečně a 3 (5%) ženy vnímaly tuto potřebu za nenaplněnou.

Tabulka 23: Naplnění potřeby mít důvěru v ošetrovatelský personál

11. Byla tato potřeba naplněna?		
	N	Relativní četnost v %
Ne	3	5
Částečně	6	11
Ano	47	84

Graf 22: Naplnění potřeby mít důvěru v ošetrovatelský personál



12. Být v pěkném prostředí

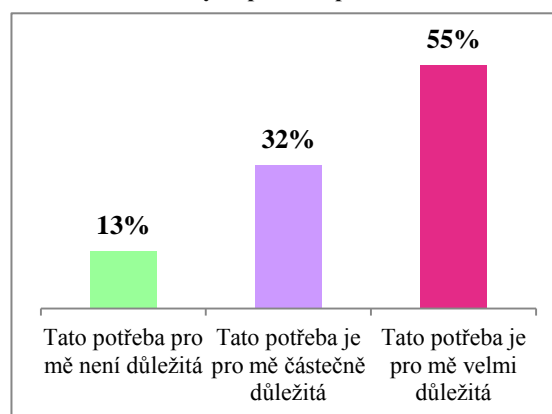
Důležitost potřeby být v pěkném prostředí

Analýzou dat bylo zjištěno, že jen 34 (55%) žen považuje potřebu být v pěkném prostředí za velmi důležitou, 20 (32%) žen uvedlo, že tuto potřebu pokládá pouze za částečně důležitou a pro 8 (13%) žen není tato potřeba důležitá vůbec.

Tabulka 24: Potřeba být v pěkném prostředí

12. Být v pěkném prostředí		
	N	Relativní četnost v %
Tato potřeba pro mě není důležitá	8	13
Tato potřeba je pro mě částečně důležitá	20	32
Tato potřeba je pro mě velmi důležitá	34	55

Graf 23: Potřeba být v pěkném prostředí



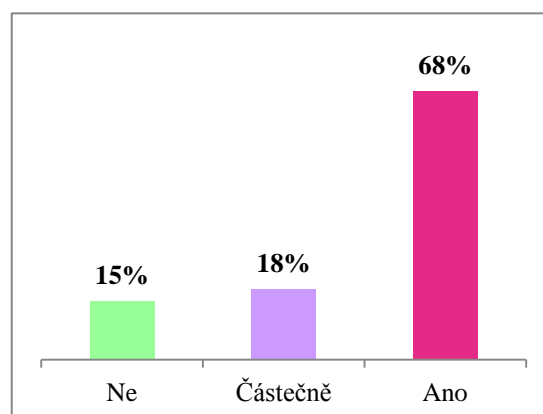
Naplnění potřeby být v pěkném prostředí

Analýzou dat bylo zjištěno, že z žen, které vnímaly potřebu být v pěkném prostředí jako velmi důležitou (34 žen, 55%), jich 23 (68%) považovalo tuto potřebu za úplně naplněnou, 6 (18%) žen uvedlo, že tato potřeba byla naplněna pouze částečně a 5 (15%) žen vnímalo tuto potřebu za zcela nenaplněnou.

Tabulka 25: Naplnění potřeby být v pěkném prostředí

12. Byla tato potřeba naplněna?		
	N	Relativní četnost v %
Ne	5	15
Částečně	6	18
Ano	23	68

Graf 24: Naplnění potřeby být v pěkném prostředí



13. Mít dostatek informací o léčbě, která je mi poskytována

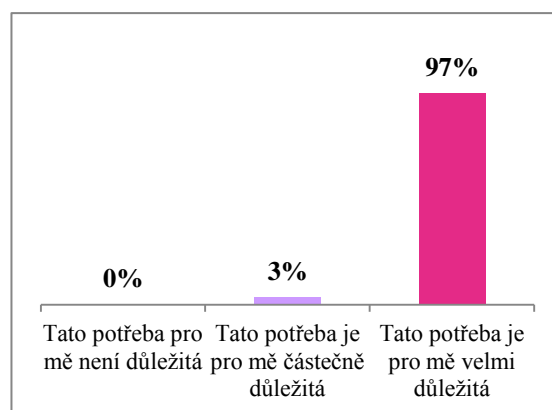
Důležitost potřeby mít dostatek informací o léčbě, která je mi poskytována

Z analýzy dat vyplynulo, že 60 (97%) žen považuje potřebu mít dostatek informací o léčbě, která je mi poskytována za velmi důležitou, 2 (3%) ženy uvedly, že tuto potřebu pokládají pouze za částečně důležitou a žádná z žen neuvedla, že by pro ni tato potřeba důležitá nebyla.

Tabulka 26: Potřeba mít dostatek informací o léčbě, která je mi poskytována

13. Mít dostatek informací o léčbě, která je mi poskytována		
	N	Relativní četnost v %
Tato potřeba pro mě není důležitá	0	0
Tato potřeba je pro mě částečně důležitá	2	3
Tato potřeba je pro mě velmi důležitá	60	97

Graf 25: Potřeba mít dostatek informací o léčbě, která je mi poskytována



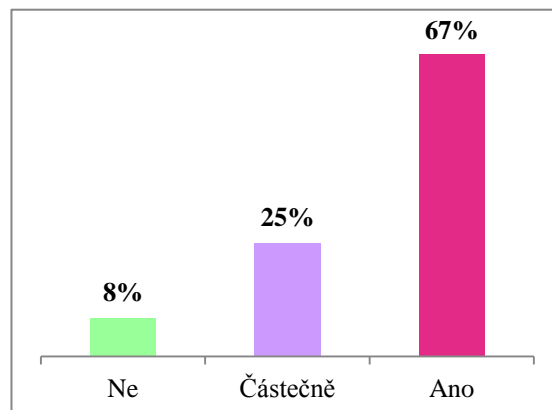
Naplnění potřeby mít dostatek informací o léčbě, která je mi poskytována

Analýzou dat bylo zjištěno, že z žen, které vnímaly potřebu mít dostatek informací o léčbě, která je mi poskytována jako velmi důležitou (60 žen, 67%), jich pouze 40 (67%) považovalo tuto potřebu za zcela naplněnou, 15 (25%) žen uvedlo, že tato potřeba byla naplněna pouze částečně a 5 (8%) žen uvedlo, že tato potřeba zůstala nenaplněna.

Tabulka 27: Naplnění potřeby mít dostatek informací o léčbě, která je mi poskytována

13. Byla tato potřeba naplněna?		
	N	Relativní četnost v %
Ne	5	8
Částečně	15	25
Ano	40	67

Graf 26: Naplnění potřeby mít dostatek informací o léčbě, která je mi poskytována



14. Mít dostatek informací o prognóze těhotenství

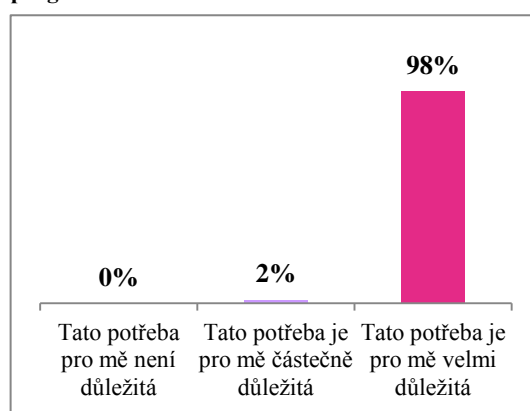
Důležitost potřeby mít dostatek informací o prognóze těhotenství

Analýzou dat bylo zjištěno, že 61 (98%) žen pokládá potřebu mít dostatek informací o prognóze těhotenství za velmi důležitou, pouze 1 (2%) žena uvedla, tuto potřebu pokládá pouze za částečně důležitou a žádná žena neuvedla, že by tato potřeba pro ni nebyla vůbec důležitá.

Tabulka 28: Potřeba mít dostatek informací o prognóze těhotenství

14. Mít dostatek informací o prognóze těhotenství		
	N	Relativní četnost v %
Tato potřeba pro mě není důležitá	0	0
Tato potřeba je pro mě částečně důležitá	1	2
Tato potřeba je pro mě velmi důležitá	61	98

Graf 27: Potřeba mít dostatek informací o prognóze těhotenství



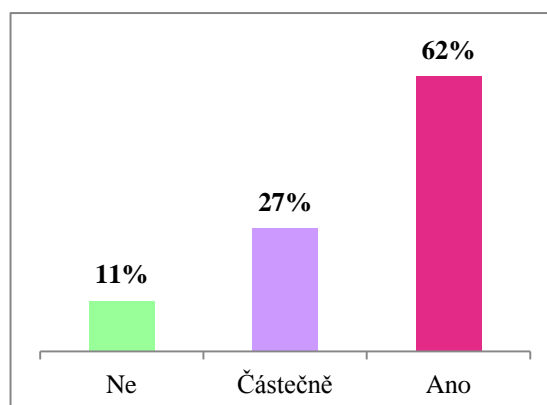
Naplnění potřeby mít dostatek informací o prognóze těhotenství

Analýzou dat bylo zjištěno, že z žen, které vnímaly potřebu mít dostatek informací o prognóze těhotenství jako velmi důležitou (61 žen, 98%), jich jen 38 (62%) považovalo tuto potřebu za naprosto naplněnou, 16 (27%) žen uvedlo, že tato potřeba byla naplněna pouze částečně a 7 (11%) žen nevnímalo tuto potřebu za naplněnou vůbec.

Tabulka 29: Naplnění potřeby mít dostatek informací o prognóze těhotenství

14. Byla tato potřeba naplněna?		
	N	Relativní četnost v %
Ne	7	11
Částečně	16	27
Ano	38	62

Graf 28: Naplnění potřeby mít dostatek informací o prognóze těhotenství



15. Mít přesvědčení, že má na mě ošetřující personál dostatek času

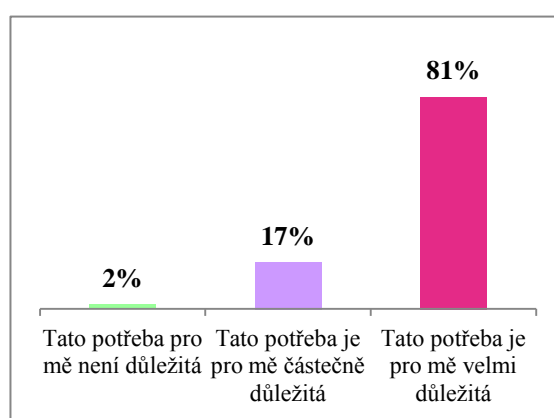
Důležitost potřeby mít přesvědčení, že má na mě ošetřující personál dostatek času

Z analýzy dat vyplývá, že 50 (81%) žen považuje potřebu mít přesvědčení, že má na mě ošetřující personál dostatek času za velmi důležitou, 11 (17%) žen uvedlo, že tuto potřebu pokládá pouze za částečně důležitou a jen 1 (2%) žena uvedla, že tuto potřebu nepokládá za důležitou.

Tabulka 30: Potřeba mít přesvědčení, že má na mě ošetřující personál dostatek času

15. Mít přesvědčení, že má na mě ošetřující personál dostatek času		
	N	Relativní četnost v %
Tato potřeba pro mě není důležitá	1	2
Tato potřeba je pro mě částečně důležitá	11	17
Tato potřeba je pro mě velmi důležitá	50	81

Graf 29: Potřeba mít přesvědčení, že má na mě ošetřující personál dostatek času



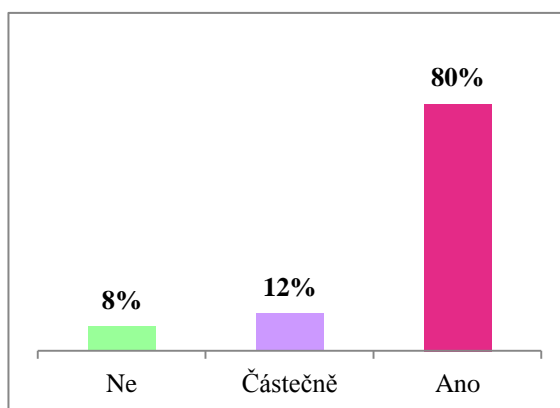
Naplnění potřeby mít přesvědčení, že má na mě ošetřující personál dostatek času

Z analýzy dat vyplynulo, že z žen, které vnímaly potřebu mít přesvědčení, že má na mě ošetřující personál dostatek času jako velmi důležitou (50 žen, 81%), jich 40 (80%) považovalo tuto potřebu za zcela naplněnou, 6 (12%) žen uvedlo, že tato potřeba byla naplněna pouze částečně a pouze 4 (8%) ženy uvedly, že tato potřeba nebyla naplněna vůbec.

Tabulka 31: Naplnění potřeby mít přesvědčení, že má na mě ošetřující personál dostatek času

15. Byla tato potřeba naplněna?		
	N	Relativní četnost v %
Ne	4	8
Částečně	6	12
Ano	40	80

Graf 30: Naplnění potřeby mít přesvědčení, že má na mě ošetřující personál dostatek času



16. Mít dostatek vyvážené stravy

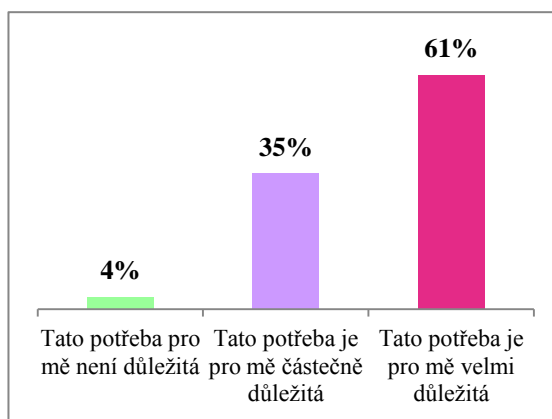
Důležitost potřeby mít dostatek vyvážené stravy

Z analýzy dat vyplývá, že 38 (61%) žen považuje potřebu mít dostatek vyvážené stravy za velmi důležitou, 22 (35%) žen uvedlo, že tuto potřebu pokládá jen za částečně důležitou a 2 (4%) ženy uvedly, že tuto potřebu za důležitou nepokládá.

Tabulka 32: Potřeba mít dostatek vyvážené stravy

16. Mít dostatek vyvážené stravy		
	N	Relativní četnost v %
Tato potřeba pro mě není důležitá	2	4
Tato potřeba je pro mě částečně důležitá	22	35
Tato potřeba je pro mě velmi důležitá	38	61

Graf 31: Potřeba mít dostatek vyvážené stravy



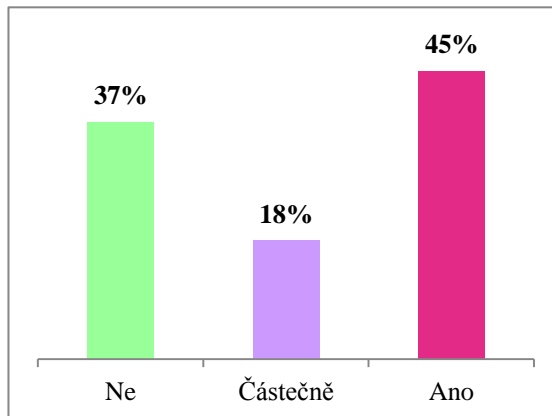
Naplnění potřeby mít dostatek vyvážené stravy

Analýzou dat bylo zjištěno, že z žen, které vnímaly potřebu mít dostatek vyvážené stravy jako velmi důležitou (38 žen, 61%), jich pouze 17 (45%) považovalo tuto potřebu za zcela naplněnou, 7 (18%) žen uvedlo, že tato potřeba byla naplněna pouze částečně a 14 (37%) žen uvedlo, že tato potřeba nebyla naplněna vůbec.

Tabulka 33: Naplnění potřeby mít dostatek vyvážené stravy

16. Byla tato potřeba naplněna?		
	N	Relativní četnost v %
Ne	14	37
Částečně	7	18
Ano	17	45

Graf 32: Naplnění potřeby mít dostatek vyvážené stravy



17. Mít dostatek klidu pro odpočinek

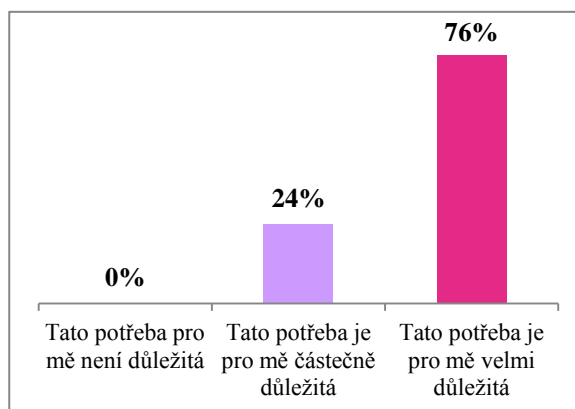
Důležitost potřeby mít dostatek klidu pro odpočinek

Analýzou dat bylo zjištěno, že 47 (76%) žen pokládá potřebu mít dostatek klidu pro odpočinek za velmi důležitou, 15 (24%) žen uvedlo, že tuto potřebu považuje jen za částečně důležitou, žádná z žen neuvedla, že by tato potřeba pro ni nebyla důležitá.

Tabulka 34: Potřeba mít dostatek klidu pro odpočinek

17. Mít dostatek klidu pro odpočinek		
	N	Relativní četnost v %
Tato potřeba pro mě není důležitá	0	0
Tato potřeba je pro mě částečně důležitá	15	24
Tato potřeba je pro mě velmi důležitá	47	76

Graf 33: Potřeba mít dostatek klidu pro odpočinek



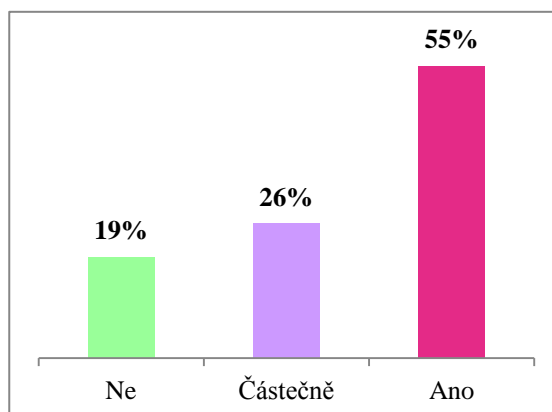
Naplnění potřeby mít dostatek klidu pro odpočinek

Analýzou dat bylo zjištěno, že z žen, které vnímaly potřebu mít dostatek klidu pro odpočinek jako velmi důležitou (47 žen, 76%), jich jen 26 (55%) považovalo tuto potřebu za zcela naplněnou, 12 (26%) žen uvedlo, že tato potřeba byla naplněna jenom částečně a 9 (19%) žen uvedlo, že tato potřeba nebyla během jejich hospitalizace naplněna vůbec.

Tabulka 35: Naplnění potřeby mít dostatek klidu pro odpočinek

17. Byla tato potřeba naplněna?		
	N	Relativní četnost v %
Ne	9	19
Částečně	12	26
Ano	26	55

Graf 34: Naplnění potřeby mít dostatek klidu pro odpočinek



18. Mít možnost různých aktivit pro trávení času během hospitalizace

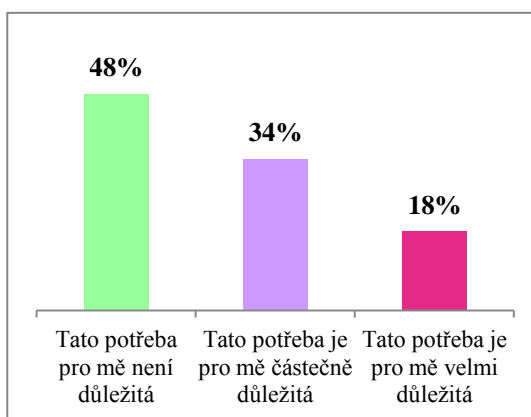
Důležitost potřeby mít možnost různých aktivit pro trávení času během hospitalizace

Z analýzy dat vyplynulo, že pouze 11 (18%) žen pokládá potřebu mít možnost různých aktivit pro trávení času během hospitalizace za velmi důležitou, 21 (34%) žen uvedlo, že tuto potřebu považuje jen za částečně důležitou, pro 30 (48%) žen tato potřeba nebyla důležitá vůbec.

Tabulka 36: Naplnění potřeby mít možnost různých aktivit pro trávení času během hospitalizace

18. Mít možnost různých aktivit pro trávení času během hospitalizace		
	N	Relativní četnost v %
Tato potřeba pro mě není důležitá	30	48
Tato potřeba je pro mě částečně důležitá	21	34
Tato potřeba je pro mě velmi důležitá	11	18

Graf 35: Naplnění potřeby mít možnost různých aktivit pro trávení času během hospitalizace



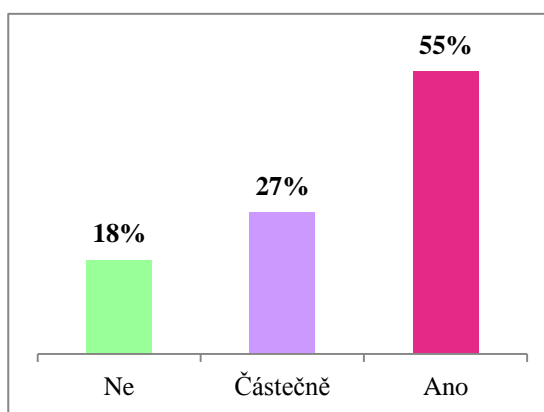
Naplnění potřeby mít možnost různých aktivit pro trávení času během hospitalizace

Analýzou dat bylo zjištěno, že z žen, které vnímaly potřebu mít možnost různých aktivit pro trávení času během hospitalizace jako velmi důležitou (11 žen, 18%), jich 6 (55%) považovalo tuto potřebu za naplněnou, 3 (27%) ženy za částečně naplněnou a 2 (18%) ženy považovaly tuto potřebu za nenaplněnou.

Tabulka 37: Naplnění potřeby mít možnost různých aktivit pro trávení času během hospitalizace

18. Byla tato potřeba naplněna?		
	N	Relativní četnost v %
Ne	2	18
Částečně	3	27
Ano	6	55

Graf 36: Naplnění potřeby mít možnost různých aktivit pro trávení času během hospitalizace



19. Mít pocit bezpečí

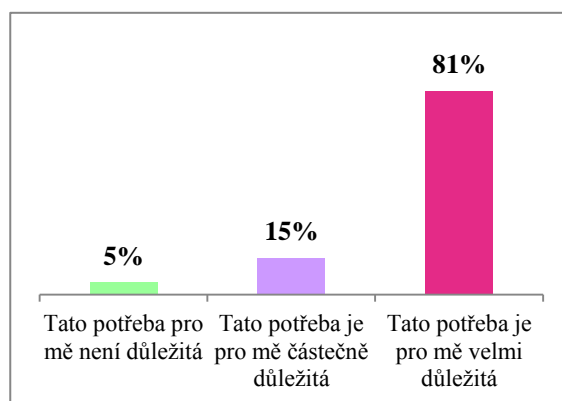
Důležitost potřeby mít pocit bezpečí

Analýzou dat bylo zjištěno, že 50 (81%) žen pokládá potřebu mít pocit bezpečí za velmi důležitou, 9 (15%) žen uvedlo, že tuto potřebu považuje jen za částečně důležitou a pro 3 (5%) ženy tato potřeba během hospitalizace nebyla důležitá vůbec.

Tabulka 38: Potřeba mít pocit bezpečí

19. Mít pocit bezpečí		
	N	Relativní četnost v %
Tato potřeba pro mě není důležitá	3	5
Tato potřeba je pro mě částečně důležitá	9	15
Tato potřeba je pro mě velmi důležitá	50	81

Graf 37: Potřeba mít pocit bezpečí



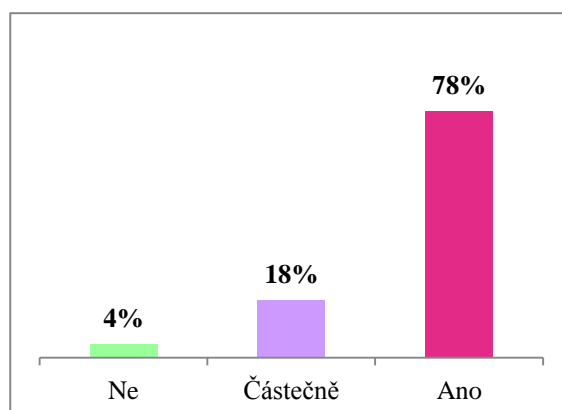
Naplnění potřeby mít pocit bezpečí

Analýzou dat bylo zjištěno, že z žen, které vnímaly potřebu mít pocit bezpečí jako velmi důležitou (11 žen, 18%), jich 6 (55%) považovalo tuto potřebu za naplněnou, 3 (27%) ženy za částečně naplněnou a 2 (18%) ženy považovalo tuto potřebu za nenaplněnou.

Tabulka 39: Naplnění potřeby mít pocit bezpečí

19. Byla tato potřeba naplněna?		
	N	Relativní četnost v %
Ne	2	4
Částečně	9	18
Ano	39	78

Graf 38: Naplnění potřeby mít pocit bezpečí



20. Být přesvědčena, že ošetřující personál dělá maximum

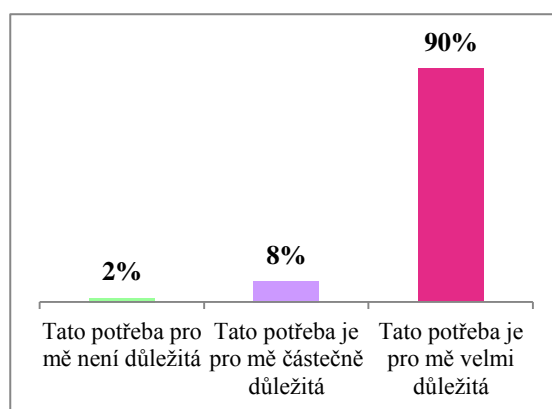
Důležitost potřeby být přesvědčena, že ošetřující personál dělá maximum

Analýzou dat bylo zjištěno, že 56 (90%) žen považuje potřebu být přesvědčena, že ošetřující personál dělá maximum za velmi důležitou, 5 (8%) žen uvedlo, že tuto potřebu považuje pouze za částečně důležitou a pro 1 (2%) ženu tato potřeba nebyla vůbec důležitá.

Tabulka 40: Potřeba být přesvědčena, že ošetřující personál dělá maximum

20. Být přesvědčena, že ošetřující personál dělá maximum		
	N	Relativní četnost v %
Tato potřeba pro mě není důležitá	1	2
Tato potřeba je pro mě částečně důležitá	5	8
Tato potřeba je pro mě velmi důležitá	56	90

Graf 39: Potřeba být přesvědčena, že ošetřující personál dělá maximum



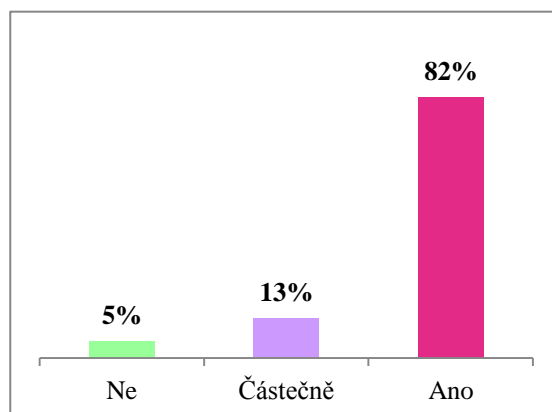
Naplnění potřeby být přesvědčena, že ošetřující personál dělá maximum

Z analýzy dat vyplynulo, že z žen, které vnímaly potřebu být přesvědčena, že ošetřující personál dělá maximum jako velmi důležitou (56 žen, 90%), jich 46 (82%) považovalo tuto potřebu za zcela naplněnou, 7 (13%) žen za pouze částečně naplněnou a 3 (5%) ženy uvedly, že tato potřeba nebyla naplněna vůbec.

Tabulka 41: Naplnění potřeby být přesvědčena, že ošetřující personál dělá maximum

20. Byla tato potřeba naplněna?		
	N	Relativní četnost v %
Ne	3	5
Částečně	7	13
Ano	46	82

Graf 40: Naplnění potřeby být přesvědčena, že ošetřující personál dělá maximum



Euclidean distance model důležitosti potřeb

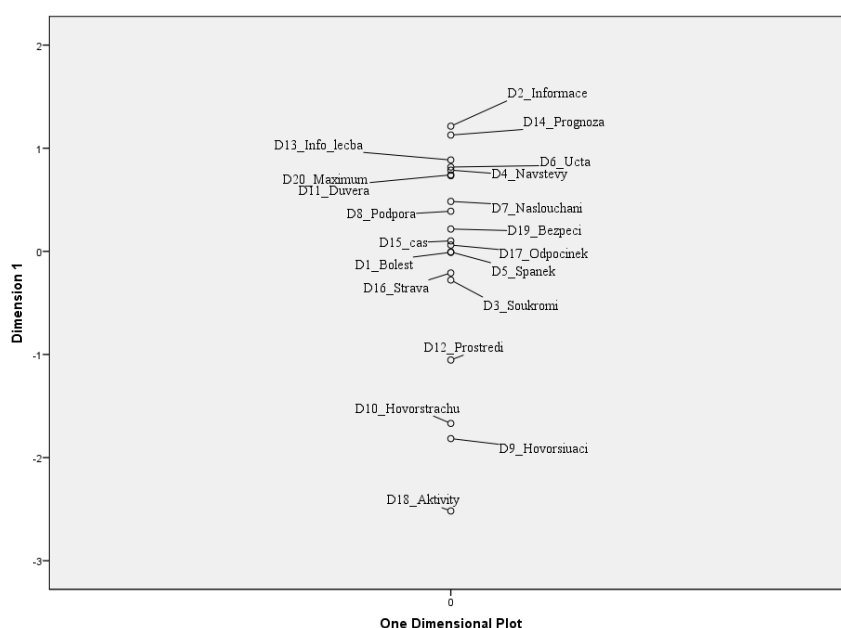
K analýze získaných dat byl dále použit Euclidean distance model, což je metoda shlukové analýzy, která nám udává pořadí důležitosti jednotlivých faktorů. Dle této metody můžeme potřeby těhotných hospitalizovaných žen rozdělit dle důležitosti do tří následujících skupin:

1) Nejdůležitější potřeby: mít pravdivé a dostatečně vysvětlené informace o svém zdravotním stavu, mít informace o prognóze těhotenství, mít dostatek informací o léčbě, která je mi poskytována, být ošetřována s respektem a úctou, mít možnost častých návštěv partnera a rodiny, mít přesvědčení, že ošetřující personál dělá maximum a mít důvěru v ošetřující personál.

2) Středně důležité potřeby: mít ošetřující personál, který mi naslouchá a hovoří se mnou, cítit podporu ošetřujícího personálu, mít pocit bezpečí, mít přesvědčení, že má na mě ošetřující personál dostatek času, mít dostatek klidu pro odpočinek, být bez bolesti, mít dostatek nerušeného spánku, mít dostatek vyvážené stravy a mít soukromí.

3) Nepříliš významné potřeby: být v pěkném prostředí, mít možnost hovořit s někým o strachu a obavách, mít příležitost hovořit s někým v podobné situaci, jako vůbec nejméně důležitou vnímaly ženy potřebu mít možnost různých aktivit pro trávení času během hospitalizace.

Obrázek 1: Euclidean distance model



Mann-Whitney test

Dále byl proveden Mann-Whitney test mezi skupinami žen, které mají zkušenost s předčasným porodem v minulosti a skupinou žen, která tuto zkušenost nemá. Test byl zaměřen na potřeby, které ženy nejčastěji vnímaly dle Euclidean distance modelu jako nejdůležitější.

- Z Mann-Whitney testu vyplývá, že u potřeby „Mít pravdivé a dostatečně vysvětlené informace o svém zdravotním stavu“ neexistuje statisticky významný rozdíl v důležitosti této potřeby mezi ženami, které již mají zkušenost s předčasným porodem a ženami, které tuto zkušenost nemají ($p=0,364$).
- Pomocí Mann-Whitney testu bylo zjištěno, že u potřeby „Možnost častých návštěv partnera, rodiny...“ neexistuje statisticky významný rozdíl v důležitosti této potřeby mezi ženami, které již v minulosti předčasně porodily a ženami, které tuto zkušenost nemají ($p=0,952$).
- Z Mann-Whitney testu vyplynulo, že u potřeby „Být ošetřována s respektem a úctou“ neexistuje statisticky významný rozdíl v důležitosti této potřeby mezi ženami, které již mají zkušenost s předčasným porodem a ženami, které tuto zkušenost nemají ($p=0,584$).
- Mann-Whitney testem bylo zjištěno, že u potřeby „Mít důvěru v ošetřovatelský personál“ neexistuje statisticky významný rozdíl v důležitosti této potřeby mezi ženami, které již v minulosti předčasně porodily a ženami, které tuto zkušenost nemají ($p=0,548$).
- Z Mann-Whitney testu vyplývá, že u potřeby „Mít dostatek informací o léčbě, která je mi poskytována“ neexistuje statisticky významný rozdíl v důležitosti této potřeby mezi ženami, které již mají zkušenost s předčasným porodem a ženami, které tuto zkušenost nemají ($p=0,702$).
- Pomocí Mann-Whitney testu bylo zjištěno, že u potřeby „Mít dostatek informací o prognóze těhotenství“ neexistuje statisticky významný rozdíl v důležitosti této potřeby mezi ženami, které již mají zkušenost s předčasným porodem a ženami, které tuto zkušenost nemají ($p=0,613$).

- Z Mann-Whitney testu vyplývá, že u potřeby „Být přesvědčena, že ošetřující personál dělá maximum“ neexistuje statistický rozdíl v důležitosti této potřeby mezi ženami, které již v minulosti předčasně porodily a ženami, které tuto zkušenost nemají ($p=0,428$).

Obrázek 2: Mann Whitney test

Hypothesis Test Summary				
	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of D1_Bolest is the same across categories of Předčasný porod v minulosti.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.214	Retain the null hypothesis.
2	The distribution of D2_Informace is the same across categories of Předčasný porod v minulosti.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.364	Retain the null hypothesis.
3	The distribution of D3_Soukromi is the same across categories of Předčasný porod v minulosti.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.252	Retain the null hypothesis.
4	The distribution of D4_Navstevy is the same across categories of Předčasný porod v minulosti.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.952	Retain the null hypothesis.
5	The distribution of D5_Spanek is the same across categories of Předčasný porod v minulosti.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.877	Retain the null hypothesis.
6	The distribution of D6_Ucta is the same across categories of Předčasný porod v minulosti.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.584	Retain the null hypothesis.
7	The distribution of D7_Naslouchani is the same across categories of Předčasný porod v minulosti.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.260	Retain the null hypothesis.
8	The distribution of D8_Podpora is the same across categories of Předčasný porod v minulosti.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.297	Retain the null hypothesis.
9	The distribution of D9_Hovorsiuaci is the same across categories of Předčasný porod v minulosti.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.544	Retain the null hypothesis.
10	The distribution of D10_Hovorstrachu is the same across categories of Předčasný porod v minulosti.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.590	Retain the null hypothesis.
11	The distribution of D11_Duvera is the same across categories of Předčasný porod v minulosti.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.548	Retain the null hypothesis.
12	The distribution of D12_Prostredi is the same across categories of Předčasný porod v minulosti.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.913	Retain the null hypothesis.
13	The distribution of D13_Info_lacba is the same across categories of Předčasný porod v minulosti.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.702	Retain the null hypothesis.
14	The distribution of D14_Prognoza is the same across categories of Předčasný porod v minulosti.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.613	Retain the null hypothesis.
15	The distribution of D15_cas is the same across categories of Předčasný porod v minulosti.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.942	Retain the null hypothesis.
16	The distribution of D16_Strava is the same across categories of Předčasný porod v minulosti.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.489	Retain the null hypothesis.
17	The distribution of D17_Odpocinek is the same across categories of Předčasný porod v minulosti.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.375	Retain the null hypothesis.
18	The distribution of D18_Aktivita is the same across categories of Předčasný porod v minulosti.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.719	Retain the null hypothesis.
19	The distribution of D19_Bezpeci is the same across categories of Předčasný porod v minulosti.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.364	Retain the null hypothesis.
20	The distribution of D20_Maximum is the same across categories of Předčasný porod v minulosti.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.428	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

3. ZÁVĚR

Prvním cílem diplomové práce bylo identifikovat potřeby žen, které jsou, nebo v minulosti byly hospitalizované ve zdravotnickém zařízení z důvodu vysokého rizika předčasného porodu. Potřeby žen hospitalizovaných žen z důvodu vysokého rizika předčasného porodu jsou velmi specifické. Tyto ženy obvykle subjektivně nepocítují zdravotní potíže, musí však podstupovat léčbu a dodržovat klidový režim, aby došlo k oddálení předčasného porodu. Jde o situaci, která klade na ženy obrovskou psychickou zátěž. Tyto ženy vyžadují citlivou a empatickou ošetrovatelskou péči, založenou na uspokojování základních fyzikálních potřeb, ale také na informovanosti ohledně jejího současného stavu a umožnění co nejčastějšího kontaktu s rodinou.

Druhým cílem diplomové práce bylo rozpoznat potřeby, které ženy během hospitalizace vnímaly jako velmi důležité, ale nebyly naplněny. Statistickou metodou Euclidean distance model byly identifikovány jako nejdůležitější následující:

- **Mít pravdivé a dostatečně vysvětlené informace o svém zdravotním stavu**

Popisnou analýzou dat bylo zjištěno, že tuto potřebu vnímalo jako zcela naplněnou pouze 39 žen (65%), u 18 (30%) žen byla tato potřeba naplněna pouze částečně a u 3 (5%) žen nebyla tato potřeba naplněna vůbec.

- **Mít informace o prognóze těhotenství**

Z popisné analýzy dat vyplynulo, že pouze 38 (62%) žen považovalo tuto potřebu za naprosto naplněnou, 16 (27%) žen uvedlo, že tato potřeba byla naplněna pouze částečně a 7 (11%) žen nevnímalo tuto potřebu za naplněnou vůbec.

- **Mít dostatek informací o léčbě, která je mi poskytována**

Analýzou dat bylo zjištěno, že 40 (67%) žen považovalo tuto potřebu za zcela naplněnou, 15 (25%) žen uvedlo, že tato potřeba byla naplněna pouze částečně a 5 (8%) žen uvedlo, že tato potřeba zůstala nenaplněna.

- **Být ošetřována s respektem a úctou**

Z popisné analýzy vyplynulo, že jako zcela naplněnou vnímalo tuto potřebu 47 (82%) žen 9 (16%) žen uvedlo, že tato potřeba byla naplněna jen částečně a 1 (2%) žena uvedla, že tato potřeba nebyla naplněna vůbec.

- **Mít možnost častých návštěv partnera a rodiny**

Analýzou dat bylo zjištěno, že 47 (89%) žen považovalo tuto potřebu za zcela naplněnou, 5 (9%) žen uvedlo, že tato potřeba byla naplněna částečně a 1 (2%) žena uvedla, že tato potřeba naplněna nebyla.

- **Mít přesvědčení, že ošetřující personál dělá maximum**

Z analýzy dat vyplynulo, že 46 (82%) žen vnímalo tuto potřebu za zcela naplněnou, 7 (13%) žen za pouze částečně naplněnou a 3 (5%) ženy uvedly, že tato potřeba nebyla naplněna vůbec.

- **Mít důvěru v ošetřující personál**

Analýzou dat bylo zjištěno, že 47 (84%) žen považovalo tuto potřebu za naplněnou, 6 (11%) žen uvedlo, že tato potřeba byla naplněna pouze částečně a 3 (5%) ženy vnímaly tuto potřebu za nenaplněnou.

Třetím cílem diplomové práce bylo zformulovat doporučení týkající se zkvalitnění péče o tyto ženy pro porodní asistentky:

- **Dbát na důkladnou edukaci a informovanost hospitalizovaných žen**

Umožnit konzultaci ženy s lékařem (porodník, neonatolog) tak, aby žena měla pravdivé a dostatečně vysvětlené informace o svém zdravotním stavu, o léčbě, která bude ženě poskytována a o prognóze těhotenství jak pro ni samotnou tak pro plod. Pokud možno zajistit ke konzultaci vhodné prostředí – soukromí, klid a čas. Žena by měla mít příležitost se na cokoli zeptat a měla by mít možnost mít u sebe partnera, nebo někoho jiného z rodiny. Informace je potřeba podávat srozumitelně a klíčové informace opakovat.

- **Umožnění častých návštěv partnera, rodiny**

Pokud to provoz oddělení dovolí, měly by být ženě umožněny časté návštěvy partnera a rodiny. Dochází tak ke zmírnění psychického vypětí pramenícího ze sociální izolace, ale rovněž tak má i partner a rodina možnost informovat se na aktuální situaci ženy. Možný předčasný porod má významný vliv na budoucí život celé rodiny.

- **Pečovat o ženu s hrozícím předčasným porodem s respektem a úctou tak, aby měla důvěru v ošetrovatelský personál**

Mít citlivý a empatický přístup, respektovat momentální emocionální rozpoložení ženy. Naplňovat důsledně potřeby žen tak, abychom zmírnily stres a vypětí, které prožívá.

4. DISKUZE

Těhotné hospitalizované ženy vyžadují velmi specifickou ošetrovatelskou péči. Jedna z nejdůležitějších potřeb těhotných žen hospitalizovaných z důvodu vysokého rizika předčasného porodu je potřeba informovanosti. Žena musí získat nejen pravdivé informace, ale musí jí být vysvětleny a prezentovány způsobem, aby je co nejlépe pochopila. Studie s názvem Learning Needs of Hospitalized Women at Risk for Preterm Birth (Potřeby hospitalizovaných žen z důvodu rizika předčasného porodu), jejíž autorkami jsou Annette Gupton a Maureen Haeman se věnovala specifickým potřebám těhotných hospitalizovaných žen. Dle této studie je nejdůležitější potřebou pro ženu informace, jaké by byly následky prematurity pro novorozence. Na základě našeho šetření s tímto závěrem můžeme souhlasit, protože analýzou dat bylo zjištěno, že 61 (98%) žen pokládá potřebu mít dostatek informací o prognóze těhotenství za velmi důležitou, pouze 1 (2%) žena uvedla, tuto potřebu pokládá pouze za částečně důležitou a žádná žena neuvedla, že by tato potřeba pro ni nebyla důležitá. Dále ze studie vyplynulo, že jako nejméně důležitou potřebu ženy vnímaly potřebu znát zkušenosti a pocity ostatních žen, které předčasně porodily. Na základě našeho šetření s tímto závěrem můžeme souhlasit, jelikož z popisné analýzy dat vyplynulo, že pouze 23 (37%) žen vnímají potřebu mít příležitost hovořit s někým v podobné situaci jako velmi důležitou, pro 22 (35%) žen byla tato potřeba důležitá jen částečně, a pro 17 (27%) žen tato potřeba během hospitalizace nebyla vůbec důležitá (Gupton a Haeman, 1994, str. 118–124).

REFERENČNÍ SEZNAM

- [1] ACOG, 2013. Medically Indicated Late-Preterm and Early-Term Deliveries – Committee Opinion. The Society for Maternal–Fetal Medicine [online]. č. 560. str. 908-910. [cit. 2018-03-05]. ISSN: 1074-861X. Dostupné z: <https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Medically-Indicated-Late-Preterm-and-Early-Term-Deliveries>
- [2] AGRAWAL V. a E. HIRSCH, 2012. Intrauterine infection and preterm labor. Seminars in Fetal and Neonatal Medicine [online]. roč. 17, č. 1, str. 12-19. [cit. 2018-03-05]. DOI: 10.1016/j.siny.2011.09.001. ISSN 1744165X. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1744165X11000977>
- [3] ALTHABE F. et al, 2012. Born too soon: the global action report on preterm birth. [online]. [cit. 2018-20-02] ISBN 9789241503433. Dostupné z: <https://www.marchofdimes.org/materials/born-too-soon-the-global-action-report-on-preterm-birth.pdf>
- [4] ARZANI et al., 2015. Mothers' Strategies in Handling the Prematurely Born Infant: a Qualitative Study. Journal of Caring Sciences [online]. roč. 13, č. 1, str. 13-24. [cit. 2018-03-25]. ISSN: 1471-6712. DOI: 10.5681/jcs.2015.002. Dostupné z http://jcs.tbzmed.ac.ir/Abstract/JCS_71_20150228074825
- [5] BERGER, R. a S. SÖDER, 2015. Neuroprotection in Preterm Infants. BioMed Research International [online]. roč. č. str. 1-14 [cit. 2018-03-20]. DOI: 10.1155/2015/257139. ISSN 2314-6133. Dostupné z: <http://www.hindawi.com/journals/bmri/2015/257139/>
- [6] BLENCOWE, H. et al, 2013. Born Too Soon: The global epidemiology of 15 million preterm births. Reproductive Health [online]. 2013. Roč. 10., č. 2., str. 2. [cit. 2018-01-14]. DOI: 10.1186/1742-4755-10-S1-S2. ISSN 1742-4755. Dostupné z: <http://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1742-4755-10-S1-S2>
- [7] BONANNO, C. a R. J. WAPNER, 2012. Antenatal Corticosteroids in the Management of Preterm Birth: Are We Back Where We Started?. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America [online]. roč. 39, č. 1, str. 47-63. [cit. 2018-03-20]. DOI: 10.1016/j.ogc.2011.12.006. ISSN 08898545. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S088985451100129X>
- [8] BURNETT, A. et al., 2014. Extremely preterm birth and adolescent mental health in a geographical cohort born in the 1990s. Psychological Medicine [online]. roč. 44., č. 7,

- str. 1533-1544 [cit. 2018-03-27]. DOI: 10.1017/S0033291713002158. ISSN 0033-2917. Dostupné z: http://www.journals.cambridge.org/abstract_S0033291713002158
- [9] CAILLON, H., et al., 2018. Evaluation of sFlt-1/PIGF Ratio for Predicting and Improving Clinical Management of Pre-eclampsia: Experience in a Specialized Perinatal Care Center. *Annals of Laboratory Medicine* [online]. Roč., 38., č. 2, str. 95-101. [cit. 2018-05-02]. DOI: 10.3343/alm.2018.38.2.95. ISSN 2234-3806. Dostupné z: <https://synapse.koreamed.org/DOIX.php?id=10.3343/alm.2018.38.2.95>
- [10] CROMBAG, N. M. T. H., et al., 2017. Perspectives, preferences and needs regarding early prediction of preeclampsia in Dutch pregnant women: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth* [online]. roč. 17., č. 1. str. 1-9. [cit. 2018-04-29]. DOI: 10.1186/s12884-016-1195-2. ISSN 1471-2393. Dostupné z: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-016-1195-2>
- [11] ČSÚ, 2016. PORODNOST A PLODNOST za období 2011 – 2015. [online]. [cit. 2018-14-01]. Dostupné z <https://www.czso.cz/documents/10180/32853427/13011816a.pdf/e7dad6a0-67af-40eb-bcf1-a47b36167dbe?version=1.0>
- [12] DE JONG F. et al, 2012. Systematic review and meta-analysis of preterm birth and later systolic blood pressure. *Hypertension* [online]. roč. 59., č. 2., str. 226-234. [cit. 2018-03-27]. DOI: doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.111.181784. ISSN 1473-5598. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3266458/>
- [13] FLEURY C., M. A. PARPINELLI a M. Y. MAKUCH, 2014. Perceptions and actions of healthcare Professional regarding the mother-child relationship with premature babies in an intermediate neonatal intensive care unit: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth* [online]. roč. 314., č. 14, str. 1-10 [cit. 2018-03-29]. ISSN 1471-2393. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25201283>
- [14] GAVORA, Peter. Úvod do pedagogického výzkumu. 2., rozš. české vyd. Přeložil Vladimír JŮVA, přeložil Vendula HLAVATÁ. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-.
- [15] GEERTS, L., E. POGGENPOEL a G. THERON. A comparison of pregnancy dating methods commonly used in South Africa: A prospective study. *South African Medical Journal* [online]. roč. 103., č. 8, str. 552-556. [cit. 2018-01-16]. DOI: 10.7196/SAMJ.6751. ISSN 2078-5135. Dostupné z: <http://www.samj.org.za/index.php/samj/article/view/6751>
- [16] GUPTON A. a M. HAEMAN, 1994. Learning of Hospitalized Women at Risk for Preterm Birth. *Applied Nursing Research* [online]. roč. 7., č. 3, str. 118-124. [cit. 2018-

- 05-03]. ISSN 0897-1897. Dostupné z: <https://kundoc.com/pdf-learning-needs-of-hospitalized-women-at-risk-for-preterm-birth-.html>
- [17]HÁJEK Z. et al., 2012. Akutní, nebo expektační přístup u předčasného porodu s předčasně odteklou plodovou vodou?. Česká gynekologie [online]. roč. 77., č. 4., str., 341–346. [cit. 2018-04-29]. ISSN: 1803-6597. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/ceska-gynekologie-clanek/akutni-nebo-expektacni-pristup-u-predcasneho-porodu-s-predcasne-odteklou-plodovou-vodou-38911>
- [18]HÁJEK, Z., E. ČECH a K. MARŠÁL. Porodnictví. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. str. 317. ISBN 978-80-247-4529-9.
- [19]HENDL, Jan. Přehled statistických metod: analýza a metaanalýza dat. Páté, rozšířené vydání. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0981-2.
- [20]CHALAK A. M. a A. RIAHI, 2017. Information Needs of Pregnant Women Referred to Health Centers in Behshahr City within 2016-2017. Journal of Community Health Research [online]. roč. 6., č. 3. str. 165-174.[cit. 2018-04-30]. ISSN 1573-3610. Dostupné z: http://jhr.ssu.ac.ir/browse.php?a_id=375&sid=1&slc_lang=en
- [21]KACEROVSKÝ M. et al, 2017. Spontánní předčasný porod: Doporučený postup. Česká gynekologie [online]. roč. 82., č. 2., str. 160-161. [cit. 2017-28-12]. ISSN: 1805-4455. Dostupné z: <http://www.gynultrazvuk.cz/data/clanky/6/dokumenty/p-2017-spontanni-predcasny-porod.pdf>
- [22]KAYEM, G. et al., 2010. Active versus expectant management for preterm prelabor rupture of membranes at 34-36 weeks of completed gestation: comparison of maternal and neonatal outcomes. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* [online]. Roč. 89., č. 6, str. 776-781. [cit. 2018-05-02]. DOI: 10.3109/00016341003674921. ISSN 0001-6349. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.3109/00016341003674921>
- [23]LEICHTENTRITT R. D. et al., 2005. High-Risk Pregnancy and Hospitalization: The Women's Voices. Health & Social Work [online]. roč. 30., č. 1., str., 35–47. [cit. 2018-04-29]. ISSN: 1545-6854. Dostupné z: <https://academic.oup.com/hsw/article-abstract/30/1/39/691661?redirectedFrom=PDF>
- [24]LILLIECREUTZ C. et al., 2016. Effect of maternal stress during pregnancy on the risk for preterm birth. BMC Pregnancy and Childbirth [online]. roč. 16., č. 1., str., 1–8. [cit. 2018-04-16]. DOI: 10.1186/s12884-015-0775-x. ISSN 1471-2393. Dostupné z: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-015-0775-x>
- [25]EUBUŠKÝ M., KROFTA L., VLK R., 2013. Pravidelná ultrazvuková vyšetření v průběhu prenatální péče – doporučený postup. Česká gynekologie [online]. roč. 78., č. 2.,

- str. 136-137. [cit. 2018-01-16]. ISSN 1805-4455. Dostupné z <http://www.gynultrazvuk.cz/data/clanky/6/dokumenty/p-2013-pravidelna-ultrazvukova-vysetreni-v-prubehu-prenatalni-pece.pdf>
- [26] LUBUŠKÝ M., L. KROFTA A R. VLK, 2013. Péče o těhotenství s intrauterinní růstovou retardací plodu – doporučený postup. Česká gynekologie [online]. roč. 78, č. 2, str. 140. [cit. 2018-03-05]. ISSN: 1805-4455. Dostupné z: <http://www.gynultrazvuk.cz/data/clanky/6/dokumenty/p-2013-pece-o-tehotenstvi-s-intrauterinni-rustovou-retardaci-plodu.pdf>
- [27] LUU T. M. et al, 2016. Preterm birth: risk factor for early-onset chronic diseases. Canadian Medical Association Journal [online]. roč. 188., č. 10, str. 736-746. [cit. 2018-03-27]. DOI: 10.1503/cmaj.150450. ISSN 0820-3946. Dostupné z: <http://www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.150450>
- [28] MANUCK, T. A. et al, 2016. Preterm neonatal morbidity and mortality by gestational age: a contemporary cohort. American Journal of Obstetrics and Gynecology [online]. roč. 215., č. 1, str. 103.e1-103.e14. [cit. 2018-01-15]. DOI: 10.1016/j.ajog.2016.01.004. ISSN 00029378. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002937816000065>
- [29] MARKOVÁ D. et al., 2012. Péče o předčasně narozené dítě: Kdy začíná a kdy končí?. Neonatologické listy [online]. roč. 18., č. 2. str. 7–10. [cit. 2018-04-30]. ISSN 1211-1600. Dostupné z: <http://www.neonatology.cz/upload/www.neonatology.cz/Neolisty/neolisty20122.pdf>
- [30] MARKOVÁ, J., 2013. Zpráva o novorozenci 2012. ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 52/2013. [cit. 2017-28-12]. Dostupné také z <http://www.uzis.cz/rychle-informace/zprava-novorozenci-2012>
- [31] MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2013. Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky [online]. str. 2–7. Dostupné z: <http://www.csfm.cz/userfiles/file/Legislativa/Vestniky-MZ/zdravotnictvi%2007-13%5B1%5D.pdf>
- [32] MISUND A. R., P. NERDRUM a T. H. DISETH, 2014. Mental health in women experiencing preterm birth. BMC Pregnancy and Childbirth [online]. roč. 263., č. 14, str. 1-8 [cit. 2018-03-29]. ISSN 1471-2393. Dostupné z: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-14-263>
- [33] PASSOS M., A. JAYARAM A S. S. WITKIN, 2011. Ureaplasma urealyticum and Mycoplasma hominis in Preterm Labor. Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente

- Transmissíveis. [online]. roč. 23, č. 3, str. 138-141. [cit. 2018-03-05]. ISSN: 2177-8264. DOI: 10.5533/2177-8264-201123306. Dostupné z: <https://pdfs.semanticscholar.org/0f86/f16e06a11badb4155ebd6117261d742fc7c9.pdf>
- [34] QUINN J. A. et al, 2016. Preterm birth: Case definition & guidelines for data collection, analysis, and presentation of immunisation safety data. *Vaccine* [online]. roč. 49, č. 34., str. 6047-6056). [cit. 2018-01-15]. DOI: 10.1016/j.vaccine.2016.03.045. ISSN 0264410x. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0264410X16300287>
- [35] RODRIGUES A. R. M. et al., 2016. Nursing care in high-risk pregnancies: an integrative review. *Online Brazilian Journal of Nursing* [online]. roč. 15., č. 3. str. 472-483.[cit. 2018-04-30]. ISSN 1676-4285. Dostupné z: <https://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5434>
- [36] SAY et al., 2014. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *The Lancet* [online]. roč. 2, č. 6, str. e323–e333. [cit. 2018-03-10]. DOI: 10.1016/S2214-109X(14)70227-X. ISSN: 0140-6736. Dostupné také z: [http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(14\)70227-X/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(14)70227-X/fulltext)
- [37] SILVA M. G. et al, 2016. FLEURY. Kangaroo-mother care method and neurobehavior of preterm infants. *Early Human Development* [online]. roč. 95, str. 55-59. [cit. 2018-03-29]. DOI: doi: 10.1016/j.earlhumdev.2016.02.004. ISSN 0378-3782. Dostupné z:
- [38] SIMONSEN S. E et al. Risk factors for recurrent preterm birth in multiparous Utah women: a historical cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* [online]. 2013, 120(7), 863-872 [cit. 2018-03-02]. DOI: 10.1111/1471-0528.12182. ISSN 14700328. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/1471-0528.12182>
- [39] SKURZAK A. et al., 2015. Social support for pregnant women. *Polish Journal of Public Health* [online]. roč. 125., č. 3., str., 169–172. [cit. 2018-04-16]. DOI: 10.1515/pjph-2015-0048. ISSN: 2083-4829. Dostupné z: <https://www.degruyter.com/view/j/pjph.2015.125.issue-3/pjph-2015-0048/pjph-2015-0048.xml>
- [40] SUNULLAH S. a B.YILDIZHAN, 2016. Should antenatal corticosteroids be done after 34 weeks of gestation? Review article. *Eastern Journal of Medicine* [online]. roč. 21, č. 3 str. 154-157 [cit. 2018-03-20]. ISSN: 1339-3886. Dostupné z: https://www.journalagent.com/z4/download_fulltext.asp?pdire=ejm&plng=eng&un=EJM-12269

- [41] ŠNAJBERGOVÁ, 2014. Predikce předčasného porodu – cervikometrie. Postgraduální medicína: Gynekologie a porodnictví [online]. roč. 16, č. 5, str. 17-23. [cit. 2018-03-02]. ISSN: 1212-4184. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/predikce-predcasneho-porodu-cervikometrie-475405>
- [42] TANVIR et al., 2014. Measurement of cervical biometry using transvaginal ultrasonography in predicting preterm labor. Journal of Natural Science, Biology and Medicine [online]. roč. 5, č. 2, str. 369-372. [cit. 2018-03-05]. DOI: 10.4103/0976-9668.136189. ISSN 0976-9668. Dostupné z: <http://www.jnsbm.org/text.asp?2014/5/2/369/136189>
- [43] TRØNNES H. et al., 2014. Risk of cerebral palsy in relation to pregnancy disorders and preterm birth: a national cohort study. Developmental Medicine & Child Neurology [online]. roč. 56., č. 8. str. 779-785. [cit. 2018-03-27]. DOI: 10.1111/dmcn.12430. ISSN 00121622. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/dmcn.12430>
- [44] TURNER M., A. CHUR-HANSEN a H. WINEFIELD, 2015. Mothers' experiences of the NICU and a NICU support group programme. Journal of Reproductive and Infant Psychology [online]. roč. 33, č. 2, str. 165-179. [cit. 2018-03-25]. ISSN: 02646838. Dostupné z <https://doi.org/10.1080/02646838.2014.998184>
- [45] UEDA, P. et al., 2014. Cerebrovascular and ischemic heart disease in young adults born preterm: a population-based Swedish cohort study. European Journal of Epidemiology [online]. roč. 29., č. 4., str. 253-260. [cit. 2018-03-27]. DOI: 10.1007/s10654-014-9892-5. ISSN 0393-2990. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s10654-014-9892-5>
- [46] UNICEF, 2017. The neonatal period is the most vulnerable time for a child. [online]. [cit. 2017-30-12]. Dostupné z: <https://data.unicef.org/topic/child-survival/neonatal-mortality/>
- [47] ÚZIS, 2001. Rodička a novorozenec 2000. str. 98. ISBN 80-7280-035-3 Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/rodicka-novorozenec>
- [48] ÚZIS, 2017. Rodička a novorozenec 2014-2015. str. 6 a 148. ISBN 978-80-7472-160-1. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/rodicka-novorozenec>
- [49] WITKIN, S. S et al, 2011. Unique alterations in infection-induced immune activation during pregnancy. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology [online]. roč. 118, č. 2, str. 145-153. [cit. 2018-03-05]. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2010.02773.x. ISSN 14700328. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1471-0528.2010.02773.x>
- [50] YING L. a Ch. FENG, 2017. The occurrence of depression and nursing intervention for mothers of preterm infants. Biomedical Research [online]. roč. 28., č. 12, str. 5530-5534 [cit. 2018-03-29. ISSN 0970-938X. Dostupné z:

<http://www.alliedacademies.org/abstract/the-occurrence-of-depression-and-nursing-intervention-for-mothers-of-preterm-infants-7740.html>

- [51] ZMRHALOVÁ B. et al, 2012. Intrauterinní růstová restrikce plodu. Postgraduální medicína: Gynekologie a porodnictví [online]. č. 2, str. 290-296. . [cit. 2018-03-05]. ISSN: 1212-4184. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/intrauterinni-rustova-restrikce-plodu-463814>

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AC	abdominal circumference
ACOG	The American Congress of Obstetricians and Gynecologists
ADHD	Attention deficit hyperactivity disorder
ATB	antibiotika
BPD	biparietal diameter
CRL	crown-rump length
CRP	C-reaktivní protein
ČGPS	Česká gynekologicko-porodnická společnost
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČR	Česká republika
FL	femur length
FNOL	Fakultní nemocnice Olomouc
GBS	Group B Streptococcus
HC	head circumference
IUGR	intrauterine growth restriction
PAPP-A	pregnancy-associated plasma protein A
PIGF	placental growth factor
PPROM	preterm premature rupture of the membranes
RDS	Respiratory distress syndrome
sEng	soluble endoglin

sFLT-1	soluble fms-like tyrosine kinase receptor-1
SGA	small for gestational age
TGFb	transforming growth factor beta
TK	krevní tlak
TLR	toll-like receptor
USA	United states of America
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
VEGF	vascular endothelial growth factor
WHO	Světová zdravotnická organizace

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Sociodemografické údaje respondentek

Tabulka 2: Potřeba být bez bolesti

Tabulka 3: Naplnění potřeby být bez bolesti

Tabulka 4: Potřeba mít pravdivé a dostatečně vysvětlené informace o svém zdravotním stavu

Tabulka 5: Naplnění potřeby mít pravdivé a dostatečně vysvětlené informace o svém zdravotním stavu

Tabulka 6: Potřeba mít soukromí

Tabulka 7: Naplnění potřeby mít soukromí

Tabulka 8: Potřeba mít možnost častých návštěv partnera, rodiny...

Tabulka 9: Naplnění potřeby mít možnost častých návštěv partnera, rodiny...

Tabulka 10: Potřeba mít dostatek nerušeného spánku

Tabulka 11: Naplnění potřeby mít dostatek nerušeného spánku

Tabulka 12: Potřeba být ošetřována s respektem a úctou

Tabulka 13: Naplnění potřeby být ošetřována s respektem a úctou

Tabulka 14: Potřeba mít ošetřující personál, který mi naslouchá a hovoří se mnou

Tabulka 15: Naplnění potřeby mít ošetřující personál, který mi naslouchá a hovoří se mnou

Tabulka 16: Potřeba cítit podporu ošetřujícího

Tabulka 17: Naplnění potřeby cítit podporu ošetřujícího personálu

Tabulka 18: Potřeba mít příležitost hovořit s někým v podobné situaci

Tabulka 19: Naplnění potřeby mít příležitost hovořit s někým v podobné situaci

Tabulka 20: Potřeba mít možnost hovořit s někým o strachu a obavách

- Tabulka 21: Naplnění potřeby mít možnost hovořit s někým o strachu a obavách
- Tabulka 22: Potřeba mít důvěru v ošetrovatelský personál
- Tabulka 23: Naplnění potřeby mít důvěru v ošetrovatelský personál
- Tabulka 24: Potřeba být v pěkném prostředí
- Tabulka 25: Naplnění potřeby být v pěkném prostředí
- Tabulka 26: Potřeba mít dostatek informací o léčbě, která je mi poskytována
- Tabulka 27: Naplnění potřeby mít dostatek informací o léčbě, která je mi poskytována
- Tabulka 28: Potřeba mít dostatek informací o prognóze těhotenství
- Tabulka 29: Naplnění potřeby mít dostatek informací o prognóze těhotenství
- Tabulka 30: Potřeba mít přesvědčení, že má na mě ošetřující personál dostatek času
- Tabulka 31: Naplnění potřeby mít přesvědčení, že má na mě ošetřující personál dostatek času
- Tabulka 32: Potřeba mít dostatek vyvážené stravy
- Tabulka 33: Naplnění potřeby mít dostatek vyvážené stravy
- Tabulka 34: Potřeba mít dostatek klidu pro odpočinek
- Tabulka 35: Naplnění potřeby mít dostatek klidu pro odpočinek
- Tabulka 36: Naplnění potřeby mít možnost různých aktivit během hospitalizace
- Tabulka 37: Naplnění potřeby mít možnost různých aktivit během hospitalizace
- Tabulka 38: Potřeba mít pocit bezpečí
- Tabulka 39: Naplnění potřeby mít pocit bezpečí
- Tabulka 40: Potřeba být přesvědčena, že ošetřující personál dělá maximum
- Tabulka 41: Naplnění potřeby být přesvědčena, že ošetřující personál dělá maximum

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Potřeba být bez bolesti

Graf 2: Naplnění potřeby být bez bolesti

Graf 3: Potřeba mít pravdivé a dostatečně vysvětlené informace o svém zdravotním stavu

Graf 4: Naplnění potřeby mít pravdivé a dostatečně vysvětlené informace o svém zdravotním stavu

Graf 5: Potřeba mít soukromí

Graf 6: Naplnění potřeby mít soukromí

Graf 7: Potřeba mít možnost častých návštěv partnera, rodiny...

Graf 8: Naplnění potřeby mít možnost častých návštěv partnera, rodiny...

Graf 9: Potřeba mít dostatek nerušeného spánku

Graf 10: Naplnění potřeby mít dostatek nerušeného spánku

Graf 11: Potřeba být ošetřována s respektem a úctou

Graf 12: Naplnění potřeby být ošetřována

Graf 13: Potřeba být ošetřována s respektem a úctou

Graf 14: Naplnění potřeby mít ošetřující personál, který mi naslouchá a hovoří se mnou

Graf 15: Potřeba cítit podporu ošetřujícího personálu

Graf 16: Naplnění potřeby cítit podporu ošetřujícího personálu

Graf 17: Potřeba mít příležitost hovořit s někým v podobné situaci

Graf 18: Naplnění potřeby mít příležitost hovořit s někým v podobné situaci

Graf 19: Potřeba mít možnost hovořit s někým o strachu a obavách

Graf 20: Naplnění potřeby mít možnost hovořit s někým o strachu a obavách

Graf 21: Potřeba mít důvěru v ošetrovatelský personál

Graf 22: Naplnění potřeby mít důvěru v ošetrovatelský personál

Graf 23: Potřeba být v pěkném prostředí

Graf 24: Naplnění potřeby být v pěkném prostředí

Graf 25: Potřeba mít dostatek informací o léčbě, která je mi poskytována

Graf 26: Naplnění potřeby mít dostatek informací o léčbě, která je mi poskytována

Graf 27: Potřeba mít dostatek informací o prognóze těhotenství

Graf 28: Naplnění potřeby mít dostatek informací o prognóze těhotenství

Graf 29: Potřeba mít přesvědčení, že má na mě ošetroující personál dostatek času

Graf 30: Naplnění potřeby mít přesvědčení, že má na mě ošetroující personál dostatek času

Graf 31: Potřeba mít dostatek vyvážené stravy

Graf 32: Naplnění potřeby mít dostatek vyvážené stravy

Graf 33: Potřeba mít dostatek klidu pro odpočinek

Graf 34: Naplnění potřeby mít dostatek klidu pro odpočinek

Graf 35: Naplnění potřeby mít možnost různých aktivit pro trávení času během hospitalizace

Graf 36: Naplnění potřeby mít možnost různých aktivit pro trávení času během hospitalizace

Graf 37: Potřeba mít pocit bezpečí

Graf 38: Naplnění potřeby mít pocit bezpečí

Graf 39: Potřeba být přesvědčena, že ošetroující personál dělá maximum

Graf 40: Naplnění potřeby být přesvědčena, že ošetroující personál dělá maximum

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Euclidean distance model

Obrázek 2: Mann Whitney test

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Vyjádření Etické komise

Příloha 2: Povolení dotazníkového šetření FNOL

Příloha 3: Dotazník

Příloha 1: Vyjádření Etické komise



Fakulta
zdravotnických věd

UPOL-18186/1040-2018

**Vážená paní
Bc. Markéta Poštulková**

2018-01-02

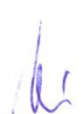
Vyjádření Etické komise FZV UP

Vážená paní bakalářko,

na základě Vaší Žádosti o stanovisko Etické komise FZV UP byla Vaše výzkumná část diplomové práce posouzena a po vyhodnocení všech zaslaných dokumentů Vám sdělujeme, že diplomové práci s názvem „**Potřeby žen hospitalizovaných ve zdravotnickém zařízení z důvodu vysokého rizika předčasného porodu**“, jehož jste hlavní řešitelkou, bylo uděleno

souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP .

S pozdravem,


Mgr. Lenka Mazalová, Ph.D.
předsedkyně
Etické komise FZV UP

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
Fakulta zdravotnických věd
Etická komise
Hněvotínská 3, 775 15 Olomouc

Příloha 2: Povolení dotazníkového šetření FNOL

Ing. Andrea Drobiličová, hlavní sestra
Fakultní nemocnice Olomouc
P. Pavlova 6, Olomouc

V Olomouci dne 1.2.2018

Věc: Žádost o povolení dotazníkového šetření

Vážená paní inženýrko,

Jmenuji se Markéta Poštulková, pracuji na porodnicko-gynekologické klinice ve FNOL, oddělení 17 jako porodní asistentka. Současně studuji magisterské studium obor Intenzivní péče v porodní asistenci v kombinované formě.

Dovoluji si Vás požádat o povolení uskutečnit na porodnicko-gynekologické klinice FNOL dotazníkové šetření v rámci mé diplomové práce na téma:

„Potřeby žen hospitalizovaných ve zdravotnickém zařízení z důvodu vysokého rizika předčasného porodu“.

Téma diplomové práce a dotazník byl schválený etickou komisí FZV UPOL. Vedoucí diplomové práce je Mgr. Štěpánka Bubeníková, Ph. D., se kterou mám dotazník prokonzultovaný a schválený.

Jedná se o krátký dotazník určený ženám s vysokým rizikem předčasného porodu, nebo které předčasně porodily (celkem 20 otázek). Domnívám se, že jeho vyplnění zabere pouze 5 minut.

Pokud byste měla zájem, ráda Vás po vyhodnocení s výsledky dotazníkového šetření seznámím.

Děkuji Vám za pomoc.

S pozdravem,

Bc. Markéta Poštulková

1.2.2018
Po dohodě s vedoucí sestrou POR64N
muklastrm.

Ing. Andrea Drobiličová
Hlavní sestra
Odbor hlavní sestry
Fakultní nemocnice Olomouc*



Informovaný souhlas

Pro výzkumný projekt: Potřeby žen hospitalizovaných ve zdravotnickém zařízení z důvodu vysokého rizika předčasného porodu

Období realizace: 1. 2. 2018 – 30. 4. 2018

Řešitelé projektu: Bc. Markéta Poštulková pod vedením Mgr. Štěpánky Bubeníkové, Ph. D.

Vážená paní,

obracím se na Vás se žádostí o spolupráci na výzkumném projektu, jehož cílem je identifikovat potřeby žen, které jsou, nebo v minulosti byly hospitalizované ve zdravotnickém zařízení z důvodu vysokého rizika předčasného porodu a rozpoznat ty potřeby, které ženy během hospitalizace vnímají jako velmi důležité, ale nebyly naplněny. Dalším cílem práce je zformulovat doporučení týkající se zkvalitnění péče o tyto ženy pro využití v jednotlivých zdravotnických zařízeních porodními asistentkami. Tímto bych Vás ráda požádala o vyplnění níže přiloženého dotazníku. Výzkum je zcela anonymní. Předpokládaná délka testování je přibližně 5 minut. Vyplněné dotazníky budou následně zpracovány pomocí statistických metod s pomocí tabulek a grafů. Z účasti na projektu pro Vás nevyplývají žádná rizika.

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném projektu. Řešitelka projektu mne informovala o podstatě výzkumu a seznámila mne s cíli a metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, podobně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na projektu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány, použity jen pro účely výzkumu a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány.

Měla jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měla jsem možnost se řešitelky zeptat na vše, co jsem považovala za pro mne podstatné a potřebné vědět. Na tyto mé dotazy jsem dostala jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem informována, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na projektu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Vyplněním tohoto dotazníku souhlasím s účastí na výše uvedeném projektu.

Instrukce k vyplnění dotazníku

Tento dotazník má za cíl zjistit, jaké jsou Vaše potřeby. Odpovězte prosím na všechny otázky. Pokud si nejste jistá, jak na nějakou otázku odpovědět, vyberte prosím odpověď, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá ta, která Vás napadne jako první.

V prvním sloupci se Vás ptám, jak je pro Vás uvedená položka důležitá. Máte zakroužkovat číslo, které nejlépe odpovídá tomu, jak moc jste po dobu hospitalizace považovala danou položku za důležitou.

Například:

Položka	Je to pro mě důležité?					Byla tato položka naplněna?				
	Vůbec ne		Velmi			Vůbec ne		Velmi		
Být bez bolesti	1	2	3	④	5	1	2	3	4	5

V druhém sloupci zjišťuji, zda položky, které jsou pro Vás důležité, byly naplněny. **Druhý sloupec vyplňte však pouze v případě, že jste v prvním sloupci položku označila číslem 4 nebo 5.** Máte zakroužkovat číslo, které nejvíce odpovídá tomu jak uvedená, pro vás důležitá položka byla naplněna. Například pokud jste byly bez bolesti, byla naplněna velmi. Pokud jste prožívali velkou bolest, nebyla naplněna vůbec.

Například:

Položka	Je to pro mě důležité?					Byla tato položka naplněna?				
	Vůbec ne		Velmi			Vůbec ne		Velmi		
Být bez bolesti	1	2	3	④	5	1	②	3	4	5

Přečtěte si laskavě každou položku, zhodnoťte své pocity a zakroužkujte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

Děkuji za Váš čas a ochotu

Odpovězte laskavě na každou z uvedených položek

Položka	Je to pro mě důležité?					Byla tato položka naplněna?				
	Vůbec ne				Velmi	Vůbec ne				Velmi
Být bez bolesti	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Mít pravdivé a dostatečně vysvětlené informace o svém zdravotním stavu	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Mít soukromí	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Možnost častých návštěv partnera, rodiny...	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Mít dostatek nerušeného spánku	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Být ošetřována s respektem a úctou	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Mít ošetřující personál, který mi naslouchá a hovoří se mnou	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Cítit podporu ošetřujícího personálu	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Mít příležitost hovořit s někým v podobné situaci	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Mít možnost hovořit s někým o strachu a obavách	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Mít důvěru v ošetřovatelský personál	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Být v pěkném prostředí	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Mít dostatek informací o léčbě, která je mi poskytována	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Mít dostatek informací o prognóze těhotenství	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Mít přesvědčení, že má na mě ošetřující personál dostatek času	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Mít dostatek vyvážené stravy	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Mít dostatek klidu pro odpočinek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Mít možnost různých aktivit pro trávení času během hospitalizace	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Mít pocit bezpečí	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Být přesvědčena, že ošetřující personál dělá maximum	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Děkuji za Váš čas a ochotu

Sociodemografické údaje:

Věk:

Nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) Základní škola
- b) Střední bez maturity
- c) Střední s maturitou
- d) Vyšší odborné
- e) Vysokoškolské

Počet těhotenství (včetně nynějšího):

Počet porodů:

Délka těhotenství (v týdnech a dnech):

Důvod přijetí k hospitalizaci:

- a) Vysoký krevní tlak
- b) Preeklampsie
- c) Zkrácení děložního čípku
- d) Pravidelné kontrakce
- e) Předčasný odtok plodové vody
- f) Porucha funkce jater
- g) Porucha funkce ledvin
- h) Porucha placenty
- i) Růstová restrikce plodu
- j) Krvácení z rodidel
- k) Jiný (prosím doplňte):
- l) Nevím

Počet dnů hospitalizace:

Děkuji za Váš čas a ochotu