

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**Vnímání poskytnuté ošetrovatelské péče porodních asistentek
těhotnými ženami během hospitalizace na gynekologicko –
porodnickém oddělení**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

PhDr. Drahomíra Filausová

Autor:

Alena Vondráková, DiS

2011

PROHLÁŠENÍ:

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

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

V Českých Budějovicích 5. 5. 2011

.....

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala všem, kteří mi při vypracování mé bakalářské práce pomáhali. Děkuji PhDr. Drahomíře Filausové za odborné vedení. Děkuji všem klientkám za ochotu a čas, který mi k rozhovoru s nimi věnovaly, a tak mi umožnily tuto práci vypracovat. Děkuji také vedení, lékařům a porodním asistentkám nemocnic, že mi umožnili provést výzkum na svých odděleních.

V neposlední řadě bych ráda poděkovala za poskytnutou podporu i své rodině a svému příteli.

Pregnant women and their perception of nursing care provided by midwives during their stays at the Department of Gynecology and Obstetrics.

Hospitalisation is a very stressful moment in everyone's life. It is even more stressful for a pregnant woman. Woman's worries about her healthy pregnancy development and child's life become even greater at such time. Pregnant women are more sensitive and receptive to people and environment that surround them. Out of all medical staff, midwives spend the largest portion of time with pregnant women. Midwives utilize not only their nursing skills while providing nursing care to their clients, but also provide support and take care of clients' emotions.

The theoretical part of the bachelor's thesis at hand focuses on descriptions of physical and mental changes during pregnancy, and provides explanations of risk and pathological pregnancies. Subsequently, it provides information on psychosomatics during pregnancy, indications for hospitalisation during gravidity, and nursing care during the stay of a pregnant woman in hospital.

This thesis identified two objectives. The first objective was to find out how hospitalised pregnant clients perceive the nursing care provided by midwives. The second objective was to observe whether the pregnant clients trust the medical staff. Based on these two objectives, five research questions were developed.

Information needed for data processing and meeting the objectives was gathered by qualitative research using the technique of interview that was held with nine pregnant women.

The data were collected in three different hospitals: a regional hospital, a district hospital (both in the South Bohemian Region), and a university hospital in Prague. Research corpus comprised of nine pregnant women that had been hospitalised with risk pregnancies at the department of gynecology for a period longer than 10 days.

The research was carried out on the basis of the two defined objectives and five research questions. Both of the identified objectives have been met. The clients assess the nursing care provided by midwives positively and they trust the medical staff. The research questions were answered in full and necessary information was retrieved.

The interviewed respondents would most preferably welcome antenatal courses held during their hospitalisations; more information given during their treatment process; and better quality communication with the medical staff.

The author would welcome the idea that this thesis helps the other medical staff in better understanding of emotions, feelings and perceptions experienced by hospitalised pregnant women, which may in result help diminish some of the negative effects observed while staying in hospital.

Obsah

Úvod.....	3
1 Současný stav	4
1.1 Těhotenství	4
1.1.1 Změny reprodukčního systému.....	4
1.1.2 Změny na ostatních orgánech	5
1.1.3 Psychické změny v těhotenství	6
1.2 Rizikové a patologické těhotenství.....	8
1.2.1 Všeobecný screenig.....	9
1.2.2 Specifický screening.....	10
1.3 Psychosomatika v těhotenství	11
1.4 Hospitalizace v těhotenství.....	13
1.4.1 Indikace k hospitalizaci v graviditě	13
1.4.2 Těhotná v nemocnici	15
1.5 Ošetrovatelská péče u žen při rizikovém těhotenství.....	17
1.5.1 Potřeby těhotné klientky s rizikovým těhotenstvím během hospitalizace s využitím NANDA taxonomie II.....	17
1.5.1.1 Podpora zdraví. Životní principy	18
1.5.1.2 Výživa	19
1.5.1.3 Vylučování a výměna	21
1.5.1.4 Aktivita/ odpočinek	23
1.5.1.5 Percepce/ kognice (vnímání – poznání)	26
1.5.1.6 Sebekoncepce, sebeúcta. Zvládání/tolerance zátěže	27
1.5.1.7 Vztahy mezi rolemi. Sexualita.....	29
1.5.1.8 Bezpečnost/ ochrana. Komfort	30
1.6 Vztah zdravotníka a těhotné klientky s rizikovým těhotenstvím	32
2 Cíle práce a výzkumné otázky.....	34
2.1 Cíle práce.....	34
2.2 Výzkumné otázky.....	34

3	Metodika	35
	3.1 Použitá metodika	35
	3.2 Charakteristika výzkumného souboru	35
4	Výsledky výzkumu	36
	4.1 Rozhovory s klientkami	36
	4.2 Výsledky rozhovorů a tabulky nejčastějších odpovědí klientek	57
5	Diskuse	72
6	Závěr	79
7	Seznam použitých zdrojů	80
8	Klíčová slova	84
9	Přílohy	85

Úvod

Hospitalizace je pro každého člověka stresující a více či méně zasahuje do jeho života. Při krátkodobé hospitalizaci dokáže pacient přehlédnout určitou nepohodu, kterou zažívá v nemocničním prostředí, protože ví, že se brzy vrátí domů. Dlouhodobá hospitalizace je po všech stránkách specifická. Více zasahuje do života pacienta. Nemocný je na delší dobu odloučen od své rodiny, na určitou dobu ztrácí některé své sociální role, dochází k delší absenci v zaměstnání, což vede k obavám o jeho budoucnost, je závislý na pomoci zdravotnického personálu. Dlouhodobá hospitalizace spojená s určitým onemocněním vede u některých pacientů ke změně životního stylu nebo celkového pohledu na jejich život.

Těhotné ženy vnímají jakoukoliv odchylku od normálu, či od jejich představ o průběhu těhotenství, negativně a s obavami. Hospitalizace je pro ně velice stresující prvek. Pocit štěstí a radostného očekávání přeruší náhlá změna prostředí, návyků a osob v jejich blízkosti. Obavy o zdárný vývoj těhotenství se o to více zvyšují. Nastávající maminky jsou mnohem citlivější a vnímavější na prostředí a lidi ve svém okolí.

Ze zdravotnického personálu stráví s těhotnými ženami nejvíce času porodní asistentka, která v péči o klientky využívá nejen své odborné znalosti, ale je pro ně i oporou a stará se o jejich emoční stav.

A jak péči porodních asistentek vnímají těhotné ženy? To je téma mé bakalářské práce. Zajímá mě jejich pohled na hospitalizaci. Co je během pobytu na oddělení rizikového těhotenství nebo na gynekologickém oddělení nejvíce trápí, co postrádají. Zda preferují u porodních asistentek odborné znalosti, profesionalitu nebo spíše „mateřskou péči“, empatii, starostlivost.

Téma rizikové těhotenství mě zaujalo téměř od začátku mého působení v zaměstnání. Při dlouhodobé hospitalizaci se s klientkou naváže mnohem specifičtější vztah. Těhotná má větší důvěru ve zdravotnický personál, více se o svých pocitech a zkušenostech svěřuje. Byla bych ráda, kdyby tato práce pomohla dalším zdravotníkům zorientovat se v pocitech a v prožívání těhotných žen během hospitalizace, a tak snížit některé negativní podněty, které pobyt v nemocnici provázejí

1 Současný stav

1.1 Těhotenství

„Těhotenství je období života ženy, kdy v jejím organismu dochází k vývoji plodu. Toto období trvá v průměru 10 lunárních měsíců po 28 dnech, tj. 280 dní. Těhotenství začíná splynutím mužské a ženské pohlavní buňky a je ukončeno porodem plodu. Období těhotenství se dělí na oplození, implantaci a nidaci a vývoj plodového vejce. Přejdem z intrauterinního života do mimomateřského prostředí v době porodu se z plodu stává novorozenec (24, s. 70)“. Těhotenství se dělí na tři trimestry. První trimestr trvá do 12. týdne gravidity (t.g.), druhý trimestr trvá do 28.t.g. (od začátku 12.t.g. do konce 27.t.g.) a třetí trimestr začíná od 28.t.g. a končí termínem porodu (24).

1.1.1 Změny reprodukčního systému

Vlivem hormonálních změn v těhotenství je děloha překrvená, mění svoji velikost, tvar a uložení v malé pánvi, později v dutině břišní. Stěna děložní se z důvodu růstu dělohy postupně ztenčuje, ale díky progesteronu je měkká a relaxovaná.

Hrdlo děložní se během gravidity překrví, prosákne a hypertrofuje. Žlázy hrdla produkují velké množství cervikálního hustého hlenu, který vytváří hlenovou zátku. Ta vytváří mechanickou bariéru před ascendentním vstupem infekce do dutiny děložní. Odchod hlenové zátky je příznakem dilatace děložního hrdla. Zevní branka hrdla děložního je u prvorodiček kulatá, u vícerodiček příčně štěrbinovitá, zevní branka může být prostupná pro prst, vnitřní branka však zůstává uzavřená.

Pochva se v těhotenství prodlužuje, poševní sliznice je hypertrofovaná, překrvená a prosáklá, mění své zbarvení na fialově modré. Zvyšuje se produkce vaginálního hlenu, které má v těhotenství nízké pH (kolem 4,0), tím se zvýší obranyschopnost před patogenními mikroorganismy, ale může se zvýšit výskyt plísni.

Zevní rodidla jsou také překrvená a prosáklá. Zvyšující se tlak rostoucí dělohy, zácpa a obezita může vyvolat rozšířené až varikózní podkožní žíly. Zbarvení stydkých pysků je tmavé z důvodu zvýšené pigmentace kůže.

Těhotenské změny na mléčné žláze jsou patrné už brzy po vynechání menstruace. Prsy jsou napjaté, zvětšené a bradavky citlivé. Dochází k hypertrofii alveolů mléčné žlázy, zvyšuje se pigmentace dvorce, po citlivé masáži lze z bradavky vytlačit kolostrum už v prvním trimestru. Vlivem růstu prsů se na kůži mohou objevit strie (5, 25).

1.1.2 Změny na ostatních orgánech

Krevní systém podléhá v těhotenství několika změnám: zvyšuje se tepová frekvence o 10–15 úderů za minutu. Vlivem postupujícího těhotenství je srdce vysunuto kraniálně a doleva, zároveň se lehce otočí okolo své podélné osy. Krevní tlak se v prvním trimestru těhotenství výrazně nemění, ve druhém je tendence k hypotenzi a ve třetím trimestru se krevní tlak normalizuje nebo se zvyšuje.

Od druhé poloviny těhotenství se může objevit v poloze na zádech syndrom dolní duté žíly. Projevuje se náhlým poklesem krevního tlaku, který je způsoben tlakem těhotné dělohy na dolní dutou žílu s náhlým snížením žilního návratu k srdci. Dále tlak těhotné dělohy na žilní systém na konci těhotenství způsobuje tvorbu otoků končetin.

Srdeční výdej také podléhá změnám v těhotenství. Dochází k jeho zvýšení v průběhu prvního trimestru a zůstává vysoký až do konce gravidity. Krevní objem i objem plazmy a červených krvinek se v těhotenství podstatně zvyšuje, aby se zajistilo krevní zásobení placenty a zvětšené dělohy. Zvýšení objemu plazmy je vyšší než zvýšení objemu červených krvinek, proto se sníží koncentrace hemoglobinu. Celkové množství hemoglobinu je však vyšší než u netěhotné ženy.

Postupným růstem gravidní dělohy dochází ke zvýšení bránice přibližně o 4 cm. Dechová frekvence a vitální kapacita plic není v těhotenství měněná. Z důvodu zvýšeného množství hemoglobinu v krvi stoupá spotřeba kyslíku. Od 24.t.g. nahrazuje žena břišní dýchání za dýchání hrudní. Inspirační objem a minutový respirační objem se postupně zvyšují.

Vlivem působení progesteronu, estrogenů, tlakem těhotné dělohy a zvětšeným objemem krve dochází k dilataci močového vývodného systému. Prodlouží se močovody, ledvinné pánvičky se rozšíří. Zvýšený výskyt močových infekcí

v těhotenství je způsoben pravděpodobně zvýšeným objemem močového traktu. Časté nucení na močení způsobuje tlak gravidní dělohy na močový měchýř, na konci těhotenství poté tlak naléhající části plodu po vstupu do malé pánve. Močový měchýř zvyšuje svůj objem na 1000 ml až 1500 ml vlivem snížení tonu své stěny. Už na začátku gravidity dochází ke zvýšení glomerulární filtrace o 60 %, která se udržuje na této úrovni až do posledního měsíce těhotenství, poté klesá.

Z důvodu hypertrofie a měkkosti dásní dochází ke krvácení z dásní i při běžném čištění zubů. V těhotenství se zvyšuje sekrece slinných žláz, jejich snížená kyselost na druhou stranu zvyšuje kazivost zubů. Vlivem progesteronu dochází k relaxaci hladké svaloviny gastrointestinálního traktu a tím snížení jeho motility. Proto dochází k gastroezofageálnímu refluxu a pálení žáhy. Vzniká zácpa, na kterou si stěžuje většina těhotných. Během gravidity nedochází k výrazným změnám v jaterních funkcích. Vysoká hladina estrogenů a progesteronu způsobuje ztížený odtok žluče, což může vést k usazování žlučových solí v kůži, a to se projevuje svěděním.

U řady těhotných vznikají žlutohnědé kožní pigmentace na dvorcích, na bříše (linea fusca) a např. na tvářích, na horním rtu, na čele. Tyto těhotenské pigmentace způsobuje melanin stimulační hormon (MSH). Vlivem zvýšené hladiny kortikosteroidů v těhotenství a napínáním kůže vznikají na bříše, na stehnech, na hýždích a na prsech strie, porušení kolagenních vláken podkožní tkáně. Nejdříve mají strie zbarvení růžové, později zbělají.

Bazální metabolismus během těhotenství stoupá přibližně o 15 – 20 %. Tělesná hmotnost se pod vlivem těhotenství zvyšuje. Optimální přírůstek hmotnosti v těhotenství je 9 – 15 kg. Nejvyšší přírůstek je ve druhé polovině těhotenství, což způsobuje mimo jiné i retence tekutin ve tkáních (5, 25).

1.1.3 Psychické změny v těhotenství

Vývoj psychických změn v těhotenství je ovlivněn několika faktory, např. osobností těhotné, její zralostí, věkem, postojem a připraveností ke graviditě, závisí i na jejím sociálním a ekonomickém postavení apod. S příchodem nové životní role se mohou objevit i pocity úzkosti, zmatku, ztracenosti a smutku po starém způsobu

chování. Těhotná postupně ztrácí svou ekonomickou soběstačnost, profesní růst se po dobu její mateřské dovolené zastaví, může se objevit pocit oběti. V tomto období je pro těhotnou velmi důležitá pozornost a podpora od jejího partnera, rodiny a přátel. I u žen, které těhotenství plánovaly, a gravidita je chtěná, se objevuje mnoho rozporuplných pocitů, např. štěstí, naděje, vděčnost, ale i nejistota, obavy, strach, pochyby apod.

Jakékoliv tělesné změny hodnotí ženy negativně, proto i somatické změny nejsou vlivem těhotenství výjimkou. Ženy, které jsou nespokojené se svojí postavou už před otěhotněním, jsou mnohem zranitelnější. Ke konci gravidity se budoucí matky obávají, že už pro své partnery nejsou atraktivní, obávají se poškození těla a ztráty kontroly nad ním.

I z psychologického hlediska lze těhotenství rozčlenit na tři trimestry: V prvním trimestru se těhotná často zaměřuje na sebe, uzavírá se do sebe, sleduje vlastní tělo, zjišťuje, zda je opravdu těhotná, sleduje první známky gravidity. Uvědomuje si, že v ní roste plod, který změní dosavadní život celé rodiny. Přemýšlí o tom, čeho se bude muset vzdát, a to v ní může vyvolat pocity provinění. Objevují se pocity pochyb, rozladěnost, nejistota, strach z infekčního onemocnění, které by mohly plod poškodit. Toto období, období přípravy na mateřskou roli, často vede těhotnou vyhledat kontakt se svou matkou. Na druhou stranu se některé ženy a dívky obávají, jak své těhotenství sdělit rodičům, obzvláště pokud čekají jejich negativní reakci. Některé svobodné ženy řeší otázku uzavření sňatku. Významný úkol v prožívání těhotenských obtíží má partner, jak a do jaké míry ženě pomáhá, jak na chování partnerky reaguje. Úkolem prvního období je přijetí těhotenství.

Do druhého psychologického období se těhotná dostává po začátku vnímání pohybů plodu, viditelně se jí zvětšuje břicho a může vidět budoucí dítě na ultrazvukovém vyšetření. Protichůdné pocity, které se objevily v prvním trimestru, se mění v pozitivní. Čím déle těhotenství trvá, tím více je ženou chtěné. Těhotná si uvědomuje plod jako samostatnou bytost, komunikuje s ním, snaží se všemi způsoby podporovat zdárný průběh gravidity zdravým životním stylem. Pokud nemá žádné obtíže, volí např. těhotenské cvičení, plavání. Těhotná hledá informace z knih, předporodních kurzů, ale i od kamarádek a i od své matky. Tyto informace mohou ženu

uklidnit, ale také znervóznit či vystrašit. Zvyšuje se fyzická výkonnost, emoční a senzorické prožitky jsou intenzivní. Toto období těhotná prožívá ve většině případů pozitivně. Některé ženy s nepříjemnou zkušeností z minulého těhotenství nebo ženy se zdravotními obtížemi či úzkostné ženy se obávají předčasného porodu, špatného vývoje plodu a více se pozorují. Úkolem ve druhém trimestru je přijetí plodu jako nezávislého samostatného jedince.

Pro třetí období je charakteristické „stavění hnízda“, kdy těhotná připravuje pro miminko vybavičku, upravuje prostory a připravuje se na příchod budoucího potomka. Toto období je pro ženu opět emočně, ale i fyzicky náročnější. Objevuje se únava, obtíže se spánkem, tělesná nepohoda. Velikost břicha může u ženy vyvolávat pocity nemotornosti, nepřitažlivosti. Opět se objevují protichůdné pocity. Na jedné straně ženě připadá těhotenství nekonečné, její soustředění se zaměřuje na termín porodu. Na straně druhé, se těhotná obává porodu – strach z bolesti, z vlastního selhání, strach z komplikací a obavy o své zdraví i zdraví dítěte. Obává se i období po porodu. Ptá se sama sebe, zda zvládne novou roli matky, rodičovskou zodpovědnost atd. Zde je důležitá přítomnost hlavně partnera, rodiny a přátel. (16, 22).

1.2 Rizikové a patologické těhotenství

„Za rizikové těhotenství označujeme takové těhotenství, které je provázáno faktory, jež si žena do těhotenství přináší nebo se v průběhu těhotenství objeví, a u nichž je vědecky doloženo, že mohou průběh těhotenství nebo jeho výsledek negativně ovlivnit. Rizikové těhotenství neznamena, že se jedná o těhotenství patologické (3, s. 851)“.

Přibližně 20 % těhotenství je komplikováno nějakým rizikem. Pokud nejsou u těhotné provedena určitá preventivní opatření, může v některých případech nekontrolovatelné riziko vyústit v patologický průběh těhotenství či porodu. K patologickému průběhu gravidity nebo porodu však u žen s rizikovými faktory dojde pouze ve 20 – 30 %.

Rizikové faktory označují u žen rizikové těhotenství. Proto je důležité tyto faktory zjistit co nejdříve, nejlépe během prvních návštěv těhotné u jejího obvodního

gynekologa. Ke zjištění potencionálních obtíží v těhotenství slouží všeobecný screening, na který navazuje screening specifický. Zásady screeningu v prenatální poradně jsou: včasné zjištění rizikových faktorů a včasná diagnostika počínajícího rizikového těhotenství. Zajištění efektivní prevence a snížení rizika perinatální úmrtnosti a perinatální morbidit. S preventivním postupem zvoleným lékařem musí souhlasit klientka. Lékař stanoví návrh, jak se bude postupovat v průběhu těhotenství, jak se povede porod, event. zda se těhotenství ukončí předčasně (10).

1.2.1 *Všeobecný screenig*

Všeobecný screenig je součástí všeobecné anamnézy (viz příloha č. 1). Je zjišťován:

Věk matky. U mladých dívek mladších 17 ti let se zvyšuje riziko předčasného porodu, perinatálního úmrtí, preeklampsie, eklampsie a nepravidelnosti děložních kontrakcí. Ve věku nad 35 let je vyšší riziko potratu v I. trimestru, gestačního diabetu a hypertenze, chromozomálních anomálií u plodu, mateřské mortality a perinatálního úmrtí, vícečetného těhotenství a porodních nepravidelností, jako je konec pánevní, cervikokorporální dystokie a zvýšená frekvence císařských řezů.

Výška. Ženy menší než 155 cm jsou více ohroženy předčasným porodem, cefalo – pelvickým nepoměrem, nepravidelností naléhání plodu.

Hmotnost před otěhotněním. U pacientek s nadváhou je častější výskyt gestačního diabetu, preeklampsie a císařského řezu. U žen s nízkou váhou je častější výskyt předčasného porodu.

Abúzus. Kouření zvyšuje riziko vzniku spontánních potratů, předčasného porodu, předčasného odtoku plodové vody, placenty praevia, abrupce placenty, intrauterinní úmrtí a hypotrofie plodu, snížení laktace. Nadměrné užívání alkoholu způsobuje fetální alkoholový syndrom u plodu. Následky pravidelného užívání drog na matku a plod závisí na typu drogy, jejím účinku a abstinčních příznacích. Při nitrožilní aplikaci drogy je vyšší riziko nákazy infekce virem hepatitidy a HIV. Plod je ohrožen hypotrofií, předčasným porodem, vývojovými vadami a u novorozence se projevují abstinční příznaky.

Zaměstnání. Náročná a stresující zaměstnání, např. v chemickém průmyslu, ve zdravotnictví, v horkých provozech zvyšují frekvenci předčasných porodů.

Rodinná anamnéza. U některých onemocnění a nepravidelností v těhotenství byly prokázány dědičné vlivy. Ze strany matky se jedná o hypertenzi, diabetes mellitus, vícečetné těhotenství, preeklampsii, myomy dělohy. Ze strany matky i otce se jedná o vrozené vývojové vady, mentální retardaci a různé druhy alergií.

Gynekologická anamnéza. Zajímají nás nepravidelnosti cyklu, infertilita, antikoncepce, infekce – HIV (human immunodeficiency virus; virus lidské imuno-deficience), syfilis, herpes.

Rizikové faktory objevující se v průběhu gravidity jsou např.: krvácení, nepravidelnosti polohy plodu, změny množství plodové vody, vícečetné těhotenství.

Rizikové faktory zjištěné na podkladě základního vyšetření. Pomocí vyšetření krevního obrazu lze detekovat anemii, krevní skupina + Rh faktor (Rhesus faktor) a protilátky se vyšetřují ke zjištění izoimunizace. Sérologická vyšetření: HIV, BWR (Bordetova-Wassermannova reakce; screening syfilisu) se provádí na začátku těhotenství, při zjištěné pozitivitě matky je zapotřebí přeléčení (syfilis) a zabránění přenosu onemocnění na dítě (HIV). Triple test slouží ke zjištění vrozených vývojových vad plodu, na který navazují další specifická a náročná vyšetření. Vyšetření moče (přítomnost bílkoviny v moči) a pravidelné kontroly krevního tlaku při každé návštěvě těhotné v prenatální poradně umožní včasné detekování preeklampsie. Ultrazvukovým vyšetřením lze diagnostikovat IUGR, nepravidelnosti placenty a plodové vody, VVV plodu aj. Onkologická cytologie a kolposkopie se provádí na začátku těhotenství pro včasné zjištění a řešení onkologického onemocnění gravidní ženy (10, 25).

1.2.2 *Specifický screening*

Specifický screening navazuje a doplňuje všeobecný screening (viz příloha č. 2). Ohroženou skupinou jsou ženy s *chronickým onemocněním*, se kterým vstupují do těhotenství. Sem patří: esenciální hypertenze (140/ 90 Hg a více), kardiopatie, onemocnění plic, ledvin, diabetes mellitus, onemocnění štítné žlázy, kolagenózy, hematologická onemocnění, genetická onemocnění, poruchy funkce adenohipofýzy,

nadledvin, příštítných tělísek, jaterní poruchy neurologická onemocnění, léčená sterilita, poruchy menstruačního cyklu, vývojové anomálie děložní.

Patologické stavy vzniklé v nynějším těhotenství. Během těhotenství vznikají další patologické stavy, které mohou ovlivnit stav gravidity. Některé jsou zjištěny při pravidelných kontrolách v prenatalní poradně, některé se objeví jako akutní příhoda. Mluvíme o krvácení v I., II., III. trimestru těhotenství, předčasném nástupu děložní činnosti, inkompetenci čípku, předčasném odtoku plodové vody, preeklampsii, Rh – inkompatibilitě, gestačním diabetus mellitus a poruše glukózové tolerance, anémii, vrozených vývojových vadách plodu, vícečetné graviditě, hypotrofii plodu, nepravidelných poloh plodu, infekčních onemocnění (25).

Ambulantní gynekolog na základě zjištěných informací stanoví u klientky, zda se jedná o fyziologické těhotenství, rizikové těhotenství (nízké riziko), nebo zda se jedná o těhotenství patologické (vysoké riziko). Klientky s nízkým rizikem dále mohou navštěvovat svého obvodního gynekologa, ten v péči o klientku využívá možnosti konzilia u specializovaných odborníků. Návštěvy v prenatalní poradně se řídí podle stavu těhotné, obecně je frekvence návštěv vyšší než u fyziologického těhotenství. Ambulantní gynekolog by neměl zapomínat na pravidlo „jen na co stačím“ a to jak svými zkušenostmi, tak přístrojovým vybavením a odeslat klientku na vyšší, specializované pracoviště včas. Klientky s vysoce rizikovým těhotenstvím musí navštěvovat poradnu pro riziková těhotenství (3).

1.3 Psychosomatika v těhotenství

„Psychosociální vlivy mohou představovat hlavní příčinu pro vznik somatického onemocnění (funkčního nebo organického) nebo jsou součástí komplexu příčin, event. se pouze podílejí na průběhu onemocnění a spoluvytvářejí klinický obraz. Psychosomatická medicína v užším slova smyslu je částí obecné patologie a hranice mezi psychosomatickou etiologií a chorobami s organickým původem je fiktivní. Je obtížné, která příčina je primární a která druhotná (22, s. 39)“.

Nejčastější onemocnění v těhotenství, u kterých se uvádí podíl psychosomatiky na jejich vzniku, jsou: spontánní potrat, hyperemesis gravidarum, intrauterinní růstová retardace plodu (IUGR) a dekompenzovaný diabetes mellitus.

Nejčastější příčinou *spontánního potratu* jsou chromozomální odchylky. Existuje i malá skupina potratů, kdy příčina není známa. Vliv psychosomatiky může být jednou z příčin těchto potratů. Ukazují na to kazuistiky potratů po akutním psychickém traumatu.

O příčině *hyperemesis gravidarum* existuje několik teorií. Teorie endokrinní mluví o vlivu těhotenských hormonů, fyziologická teorie pracuje s poznatky o funkčních změnách gastrointestinálního traktu a alergiích na vlastní gestageny a jiné. Psychologická teorie uvádí jako možnou příčinu např. nevědomé odmítání gravidity či ženskosti, hysterické rysy osobnosti, nepřiměřená vazba na matku, neschopnost reagovat na zvýšený stres apod. Tuto teorii potvrzují zkušenosti s těhotnými, kdy po příjmu do nemocnice mizí jejich obtíže a došlo k jejich uklidnění tím, že změnily prostředí.

Zvýšenou dráždivost děložní svaloviny a tím i hrozící *předčasný porod* mohou způsobit i psychosomatické vlivy jako například chronické úzkosti během těhotenství, zvýšený počet náročných životních situací krátce před nebo během těhotenství. Akutní psychické trauma nebylo prokázáno jako příčina předčasného porodu, zřejmě se na jeho vzniku musí podílet více faktorů. Dlouhodobý stres se projevuje úzkostí a depresí, které mohou vyvolat vyšší ztrátu energie a tím snížit či zastavit nárůst hmotnosti těhotné. Úzkost může způsobit poruchy neuroendokrinních funkcí a imunitního systému, které opět mohou vést k předčasnému porodu.

Příčinou *intrauterinní růstové retardace* (IUGR) je nejen užívání drog, alkoholu a kouření, ale i nepříznivý životní stav, např. ženy mladistvé, neprovdané, ženy, které se pokusily o sebevraždu, anebo byly znásilněné.

U *preeklampsie* existuje několik teorií o jejím vzniku. Psychologická teorie uvádí jako možnou příčinu např. pocity viny vůči dítěti, které vyvolávají autodestruktivní síly, nebo vliv prodlouženého stresu (izolace, nedostatečná podpora od partnera, problematický partnerský vztah). Jsou však prokázány vlivy psychosomatiky

na projevy preeklampsie. Udává se, že řádná předporodní příprava může snížit výskyt preeklampsie pomocí relaxačních technik a biofeedbacku (22).

1.4 Hospitalizace v těhotenství

Každá hospitalizace během těhotenství je pro budoucí matky velice stresující prvek, návrh na hospitalizaci ve většině případů nevítají a vnitřně ji odmítají. Hospitalizace znamená částečnou izolaci těhotné od blízkých, a ačkoliv se zdravotnická zařízení snaží o vytvoření přátelského prostředí, nemocnice nemohou těhotné nahradit pobyt doma. Proto každá hospitalizace gravidních žen by měla být pečlivě zvážena, ke každé klientce s daným problémem by mělo být přistupováno individuálně, v rozhodování je třeba přihlídnout i k názoru samotné klientky. Při příchodu těhotné do nemocnice se od zdravotníků čeká, že podniknou vše potřebné, aby těhotenství pokračovalo až do porodu zdravého donošeného plodu.

Pokud je to tedy možné, snažíme se co možná nejvíce zkrátit hospitalizaci a ošetřování ženy přenést do jejího známého prostředí domova. Vždy je nutné pečlivě zvážit, zda je ambulantní léčba dostačující a kdy už zdravotní stav ženy vyžaduje hospitalizaci. Je-li těhotenství považováno za rizikové, jsou návštěvy v prenatalní poradně častější.

Na druhou stranu je i část těhotných, které hospitalizaci vyžadují, neboť se cítí více v bezpečí. Ve většině případů jde o ženy s negativními zkušenostmi z předešlého těhotenství, např. potrat, předčasný porod, porod mrtvého plodu apod. S blížícím se gestačním stářím minulého těhotenství jsou ženy více úzkostné, více mají strach, že se bude opakovat problém z předešlého těhotenství (34).

1.4.1 Indikace k hospitalizaci v graviditě

Krvácení v prvním trimestru těhotenství je jeden z prvních důvodů, kdy je žena hospitalizovaná. V tomto případě hospitalizace pro prognózu gravidity není rozhodující. Možnosti léčby jsou poměrně omezené. Klidový režim a užívání gestagenů lze zařadit i v domácím prostředí. O prognóze těhotenství zde spíše rozhoduje, zda jde o prosperující a dobře založené těhotenství.

Při krvácení ve II. a III. trimestru je hospitalizace vždy nutná. Je potřeba vyloučit, zda se nejedná o placentu praevii, abrupci placenty či o patologické změny na čípku. Při placenta praevia marginalis bez zjevných obtíží nemusí být těhotná hospitalizována, postačí ambulantní péče a pravidelnými ultrazvukovými kontrolami. Placenta praevia centralis je diagnóza, kdy musí být těhotná hospitalizovaná s observací až do porodu. Abrupce placenty je opět diagnóza s absolutní indikací k hospitalizaci. Tento stav ohrožuje zdraví i život matky a plodu. Postup se volí podle gestačního stáří těhotenství a intenzity krvácení.

Nejčastější příčinou hospitalizace těhotné je hrozící předčasný porod, kdy žena přichází pro vnímané kontrakce nebo je odeslána svým obvodním gynekologem pro progresi vaginálního nálezu. Hrozící předčasný porod není „rozsudek“ pro hospitalizaci až do porodu. Pokud dojde ke zklidnění děložní činnosti, dojde k zaléčení vaginální infekce, která je častou příčinou předčasného porodu, vaginální nález neprogreduje, zůstává stejný či došlo k jeho zlepšení, je klientka propuštěna do domácí péče, kde pokračuje v klidovém režimu a užívá tokolytickou léčbu (magnesium lacticum) v tabletové formě. Avšak předčasný odtok plodové vody je absolutní indikací k hospitalizaci.

Dalším důvodem k hospitalizaci je preeklampsie. Kdy krevní tlak je zvýšen nad 140/90 Hg, proteinurie je nad 0,5 g/ 24 hod., žena si stěžuje na bolesti hlavy, bolesti v podbřišku, poruchy vidění, v laboratorních vyšetřeních jsou posunuté hodnoty jaterních testů, kyseliny močové, kreatininu a krevního obrazu. Pokud je preeklampsie mírná, péči o těhotnou zajistí ambulantní gynekolog. Sleduje hodnoty krevního tlaku, růst plodu a funkci placenty.

Obvodní gynekolog také odesílá ženy k hospitalizaci pro podezření na IUGR. Zde je potřeba odlišit plody s opravdovou růstovou retardací a plody, které jsou pouze na svůj gestační věk malé.

Indikací pro krátkodobou hospitalizaci je i suspektní kardiokografický (CTG) záznam. Během krátkodobé hospitalizace se pravidelně zaznamenává CTG, ultrazvukovým vyšetřením se vyloučí IUGR, oligohydramnion či patologické změny na placentě a poté je klientka propuštěna domů. CTG vyšetření je zatíženo vysokou

falešnou pozitivitou. Je ovlivněno mnoha faktory, např. polohou matky, gestačním stářím, biorytmem plodu, medikací apod. Další indikací pro krátkodobou hospitalizaci jsou opakované kordocentézy a intraumbilikální transfuze u Rh izoimunizace. Dále po provedení zevního obratu u polohy koncem pánevním.

Infekce močových cest je v těhotenství poměrně častá. Lehké formy lze přeléčit ambulantně. Pokud však dojde k pyelonefritidě s těžkými příznaky nebo k výrazné dilataci kalichopánvičkového systému či urolitiáze, pak je hospitalizace nutná. Gynekologicko – porodnické oddělení spolupracuje s urologickým oddělením v péči o klientku, hlavně při zavádění stentu, který se ponechává až do konce šestinedělí.

Gynekologové spolupracují v péči o těhotnou i s chirurgy, a to v případě, když je gravidní žena hospitalizována pro podezření na appendicitis. Pokud je plod dostatečně zralý, volí se při chirurgickém odstranění apendixu i ukončení těhotenství císařským řezem (34).

1.4.2 Těhotná v nemocnici

Jen malá část gravidních žen vyhledá nemocniční péči z vlastního rozhodnutí. Ve většině případů je těhotná odeslána do nemocničního zařízení svým obvodním gynekologem. Příchodem do nemocnice si uvědomuje, že její stav je zřejmě vážnější, než si připouštěla.

Vstupem do nemocnice žena získává novou roli, roli nemocničního pacienta. Dochází k řadě změn. Nejen k fyzickým, ale i psychickým. Například přestává být ve svém životě hlavním aktérem. V nemocnici se stává předmětem péče řady zdravotníků – porodních asistentek, lékařů, dalších odborných pracovníků, pomocného personálu apod. Ti se stávají hlavními aktéry v jejím životě. Stává se závislou na druhých lidech. Musí dělat to, co se jí určí. Těhotná, která byla zvyklá diskutovat s druhými lidmi, se nyní setkává s tím, že jí nikdo nenaslouchá, je na mnoho věcí pouze dotazována a je jí spíše přikazováno.

V nemocničním zařízení se mění celý životní rytmus, na který byla těhotná zvyklá. Nemocniční rytmus nemá zažitý a připadá jí nepřírozený. Přichází do styku

s činnostmi, které nezná a které neumí. To pochopitelně vede ke snížení jejího sebehodnocení.

Během pobytu v nemocnici se budoucí matka dostává do relativní sociální izolace. Je v novém prostředí, kde se cítí cizí, setkává poměrně neznámé lidi a kontakt se svými blízkými je omezen. Ztrácí i sociální identitu. Z prostředí mimo nemocnici, kde byla „někým“, se ve zdravotnickém zařízení pro mnoho lidí stává pouze případem. Oblast zájmů se zužuje s ohledem na její zdravotní stav.

Přísun informací o zdravotním stavu a procesu léčení je pro těhotnou velice důležitý. Setkává se s mnoha vyšetřeními, která nezná, a chce je vysvětlit. Očekává zhodnocení výsledků provedených vyšetření. Někdy délka léčby z pohledu gravidní ženy a její rodiny trvá moc dlouho a pak se jejich znepokojení, obavy a strach zvyšuje (14, 33).

Ze zdravotnického personálu stráví s budoucí maminkou nejvíce času porodní asistentka. Během jejich kontaktu věnuje porodní asistentka klientce nejen odbornou péči, ale i oporu, porozumění a stará se o její emoční stav. Při přijetí těhotné ženy na oddělení je nutné mít na paměti, v jak velkém stresu se nachází. Ten vyvolávají obavy o dítě, obavy z cizího prostředí nemocničního zařízení a odtržení těhotné od nejbližších příbuzných. Proto by se porodní asistentky už od prvního kontaktu s klientkou měly snažit vytvořit co nejvíce kladných podnětů k odstranění rušivých a psychicky zatěžujících momentů.

Těhotnou je vhodné ukládat na pokoj, tak aby ho sdílela s klientkou, u které byla terapie úspěšná. Pokud užívají antibiotika nebo tokolytika, je dobré sjednotit jejich časy užívání, aby se tolik nerušily v nočním spánku. Během pobytu na oddělení je potřeba celkového zklidnění pacientky, protože jednou z hlavních podmínek úspěšné léčby je fyzický i duševní klid. Každodenní návštěvy přispívají ke zlepšení stavu. Je vhodné prodiskutovat s rodinou, jak mají s klientkou hovořit. Spíše ženu podpořit, nezatěžovat ji rodinnými či pracovními problémy (26).

1.5 Ošetrovatelská péče u žen při rizikovém těhotenství

Porodní asistentka poskytuje ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu - zjištění anamnézy, stanovení ošetrovatelských diagnóz, vytvoření plánu a intervencí. Důležitý je holistický pohled na člověka. Hospitalizovaná těhotná žena není složena jen z několika biologických soustav, porodní asistentka nesmí opomenout její psychiku, sociální podmínky, emociální stabilitu, sebeúctu, postavení v zaměstnání a v rodině.

Porodní asistentka poskytuje kromě základní ošetrovatelské péče i výkony specifické pro gynekologii a porodnictví: odebírá biologický materiál na různá vyšetření, jako např. stěry z pochvy, vyšetření hormonů. Natáčí CTG, připravuje klientky na vyšetření, pečuje o ně po výkonu, sleduje klinické příznaky (krvácení z rodidel, odtok plodové vody). Podává léky vaginální cestou, informuje klientky o prevenci komplikací v těhotenství, porodu a šestinedělí (27, 32).

1.5.1 Potřeby těhotné klientky s rizikovým těhotenstvím během hospitalizace s využitím NANDA taxonomie II

Všeobecně lze potřeby vysvětlit jako něco potřebné, užitečné pro život s různou mírou naléhavosti. Potřeby vyjadřují stav fyziologického nedostatku nebo nadbytku, stav narušení psychické či fyzické rovnováhy organismu s určitým napětím. Organismus automaticky vyrovnává jakoukoliv odchylku od fyziologických hodnot. Pokud k vyrovnání nedojde, objeví se potřeba, pud, k znovuoobnovení homeostázy organismu. Potřeby jsou důležité pro každou lidskou bytost, pro její život a vývoj. Nedostatečné uspokojování potřeb ovlivňuje veškerou psychickou činnost člověka – pozornost, myšlení, emoce a volní procesy. Každý člověk vyjadřuje a uspokojuje potřeby svým způsobem. Potřeby jedince se v průběhu života mění z hlediska kvantity, tak i kvality. Pro každého zdravotníka, tedy i pro porodní asistentku, je důležité mít na paměti, že všichni lidé mají základní potřeby stejné, jen jsou tyto potřeby uspokojovány nejrůznějšími způsoby. Potřeby lze uspokojovat žádoucím a nežádoucím způsobem. Za žádoucí považujeme takové způsoby, které neškodí nám ani jiným, jsou uspokojovány

v mezích zákona. Nežádoucí uspokojování potřeb ohrožuje samotného jedince, další lidi a přesahuje meze zákona.

A. H. Maslow rozčlenil lidské potřeby podle důležitosti do hierarchie a rozdělil je na vyšší, kam patří potřeby sounáležitosti a lásky, potřeby seberealizace, potřeby kognitivní, estetické a potřeby uznání a sebeúcty, a potřeby nižší, kam přísluší fyziologické potřeby a potřeby bezpečí (viz příloha č. 3). Nejdříve dochází k uspokojování nižších potřeb a poté následuje uspokojování vyšších potřeb (30, 31, 32).

S potřebami klientek pracuje porodní asistentka v rámci ošetrovatelského procesu. Ošetrovatelský proces je systematická metoda plánování a poskytování ošetrovatelské péče. Porodní asistentka zhodnotí zdravotní stav klientky během i mimo těhotenství, získá dostatek informací k vytvoření ošetrovatelské anamnézy, následně sestaví ošetrovatelské diagnózy a realizuje péči, kterou poté zhodnotí. Standardizací terminologie ošetrovatelských diagnóz a vývojem nomenklatury, kritérií a taxonomie se zabývá NANDA International (North American Association for Nursing Diagnosis International; Severoamerická asociace sester pro ošetrovatelskou diagnostiku). NANDA International systematicky seřazuje ošetrovatelské diagnózy do jednotlivých domén a tříd. Domény a třídy vytváří pro porodní asistentku strukturovaný pracovní rámec ke zhodnocení stavu potřeb dané klientky. Konkretizují oblasti, na které se má porodní asistentka zaměřit během posuzování stavu ženy (30, 31, 32).

1.5.1.1 Podpora zdraví. Životní principy

V této oblasti se porodní asistentka zajímá, zda těhotná klientka do doby hospitalizace pravidelně navštěvovala těhotenskou poradnu a absolvovala všechna vyšetření, na která ji její gynekolog poslal, zda užívala předepsané léky. Zajímá se o to, jestli těhotná užívá nějaké doplňky stravy (vitamínové přípravky), užívá chronicky nějaké léky, co dělá pro udržení zdraví, jestli změnila z důvodu těhotenství svůj životní styl. Pro porodní asistentku jsou dále důležité informace, zda klientka kouří, pravidelně pije alkohol, užívá drogy.

Porodní asistentka zjišťuje, jak těhotná vnímá svůj zdravotní stav, zda si uvědomuje závažnost onemocnění či stavu, díky kterému se ocitla ve zdravotnickém zařízení. Ptá se, jestli pochopila příčinu a důvod své hospitalizace. Zjišťuje, zda má těhotná už nějakou zkušenost s daným onemocněním, zda je pobyt na oddělení rizikového těhotenství nebo gynekologii opakovaný, nebo zda vůbec někdy byla těhotná v nemocnici.

Během hospitalizace porodní asistentka zjišťuje celkový přístup gravidní klientky k léčebnému procesu, jeho dodržování, zda je o něm informována a zda je pro ni dostatečně srozumitelný.

Během rozhovoru s klientkou se porodní asistentka zajímá o její životní cíle, čeho chce docílit v osobním a pracovním životě. Zda bylo těhotenství plánované, či neplánované. Zjišťuje, jak je pro těhotnou důležitá náboženská víra, a zda má přání náboženské služby během pobytu ve zdravotnickém zařízení. Při návštěvě těhotné ženy duchovním porodní asistentka zajistí klientce soukromí (30).

Možné ošetrovatelské diagnózy:

00098 Zhoršená schopnost péče o domácnost je standardizovaný název ošetrovatelského problému člena rodiny, který není schopen udržovat bezpečné a zdravé prostředí.

00067 Riziko duchovního strádání je standardizovaný název ošetrovatelského problému ženy, která má zhoršenou schopnost dávat prostřednictvím sebe sama, lidí, umění, hudby, literatury, přírody nebo vyšší moci svému životu smysl a cíl (7, 11, 17).

1.5.1.2 Výživa

Výživa je základní biologická potřeba člověka. Je významným prvkem pro udržování biologické homeostázy organismu. Má vliv jak na zdraví, tak i na duševní pohodu a významně se podílí na celkovém zdravotním stavu.

V těhotenství je výživa velmi důležitým faktorem pro vznik, udržení gravidity a úspěšný porod zdravého novorozence. Správné stravovací návyky před i během těhotenství pomáhají k dobré adaptaci na zvyšující se nároky matky i plodu.

Hospitalizace, v souvislosti se změnou prostředí, zavedením léčebné diety v jiném časovém rozvrhu, ovlivní nejen u žen s rizikovým těhotenstvím jejich chuť k jídlu. Porodní asistentka by měla při plánování péče o výživu těhotné ženy přistupovat ke každé klientce individuálně, respektovat její přání a zároveň požadavky léčebného procesu. Při příjmu hodnotí porodní asistentka celkový stav výživy ženy pomocí sběru antropometrického měření (BMI), biochemických hodnot. Fyzikálním vyšetřením posoudí stav kůže, vlasů, nehtů a sliznic. Vypracuje výživou anamnézu, kde se zajímá o zvyklosti klientky v oblasti stravování a přijímání tekutin. Informuje se o oblíbených a neoblíbených jídlech, zda nepreferuje určitou jednostrannou stravu, např. veganskou, anebo zda nemá lékařem určenou dietu, např. diabetickou. Zjišťuje dosavadní váhový přírůstek.

Pestrá strava by měla pokrýt většinu zvýšených požadavků na důležité složky výživy v těhotenství (vitamíny, stopové prvky, minerály atd.) Do jídelníčku by měla těhotná žena zařadit hlavně bílkoviny (živočišné i rostlinné), vápník (mléčné výrobky, ořechy), železo (maso, vnitřnosti), jód, zinek, vitamíny skupiny B (potřeby se v graviditě zvyšují), kyselinu listovou (nezbytná pro krvetvorbu). Porodní asistentka poučí těhotnou o zásadách dietního a pitného režimu, kontroluje jeho dodržování. Zjišťuje vzniklé problémy ve stravování a příjmu tekutin, ihned informuje lékaře.

Porodní asistentka dohlídí, jak se těhotná během hospitalizace stravuje. Zda klientka dodržuje předepsanou dietu, případně poučí těhotnou či její rodinu, že opravdu není nutné, aby budoucí maminka jedla „za dva“. Klientce doporučí pestrou stravu 5-6x denně v menších porcích a dostatek tekutin. Porodní asistentka také dohlídí, zda těhotné vyhovuje strava při určitém dietním omezení a zda dieta dosahuje klientčinych potřeb. Dále těhotnou váží v pravidelných časových intervalech a zaznamenává do dokumentace. U klientek, které mají přísný klid na lůžku, porodní asistentka zajistí donášku jídla na pokoj a pomůcky ke stravování na lůžku (4, 16, 18, 30).

Možné ošetrovatelské diagnózy:

00001Nevyvážená výživa: více než je potřeba organismu. Jde o standardizovaný název ošetrovatelského problému ženy, jejíž příjem přesahuje metabolickou potřebu.

00002 *Nevyvážená výživa: méně než je potřeba organismu.* Jde o standardizovaný název ošetřovatelského problému ženy, jejíž příjem živin nedosahuje metabolické potřeby.

00028 *Riziko sníženého objemu tekutin v organismu* je standardizovaný název ošetřovatelského problému ženy, která je ohrožena vznikem vaskulární, celulární nebo intracelulární dehydratace.

00102 *Deficit sebepěče při stravování* je standardizovaný název ošetřovatelského problému ženy, která má zhoršenou schopnost najíst se nebo dojíst celou porci. V tomto případě není ošetřovatelská diagnóza uváděna pro neschopnost klientky se sama najíst, ale pro neschopnost těhotné najíst se, takovým způsobem, na který je zvyklá, z důvodu upoutání na lůžko (7, 11, 17).

1.5.1.3 *Vylučování a výměna*

Vyprazdňování je jednou ze základních, biologických potřeb člověka. Vyprazdňování je u každého člověka individuální. Některá těhotná udává defekaci jedenkrát denně, další těhotná má normální frekvenci vyprazdňování jednou za dva dny. Pravidelné vyprazdňování stolice je v období těhotenství velmi důležité, napomáhá předcházet řadě komplikací.

Vlivem zvýšené hormonální produkce v těhotenství dochází ke zpomalení trávicích procesů a střevní peristaltiky, což má za výsledek zácpu. K jejímu vzniku také přispívá nevhodné složení stravy s nedostatkem vlákniny, nedostatečný příjem tekutin, užívání léků včetně některých vitamínových a minerálních přípravků, např. se železem. Hospitalizace s klidovým režimem nebo přísným klidem na lůžku, stud klientky vyprazdňovat se na podložní míse a potlačování nutkání na stolicí jsou významné a časté důvody vzniku zácpy během pobytu gravidní ženy v nemocničním zařízení.

Při užívání magnesia perorálně občas dochází u těhotných ke gastrointestinálním obtížím, relativně častěji se objevuje průjem. Porodní asistentka při podávání léku těhotnou informuje o této možnosti. Při výskytu průjmu porodní asistentka informuje

lékaře. Někdy postačí pouze změnit lékovou formu, např. z práškové formy na tabletovou, a obtíže ustanou.

Při příchodu těhotné do nemocnice porodní asistentka citlivě zjišťuje frekvenci, charakter, potíže s vyprazdňováním moče a stolice. Ptá se klientky na zvyky a postupy k podpoře pravidelného vyprazdňování v domácím prostředí. Kde je potřeba, informuje porodní asistentka klientku o nutnosti změny stravovacích návyků, o dostatečném přísunu vlákniny, která zvětšuje objem stolice a zkracuje dobu pasáže obsahu střevem, zvýšeným příjmem celozrnného pečiva, ovoce a zeleniny. Porodní asistentka vysvětlí klientce, že dostatečným přísunem tekutin (2 – 3 l denně) také ovlivní pravidelné vyprazdňování stolice. K prevenci zácpy pomáhá i důkladné rozkousání jídla, které povzbudí tvorbu slin. Porodní asistentka může těhotné ženě doporučit mírná projímadla ve formě teplé Karlovarské vody, Zaječické vody, Šaratice, Lactulosa sirupu, glycerinových čípků po konzultaci s lékařem. Silnější projímadla se v těhotenství nedoporučují, mohou graviditu ohrozit. Porodní asistentka poučí a nacvičí s těhotnou defekační reflex. Reflex lze nacvičit pravidelným opakováním kroků, které jdou za sebou ve stejném sledu. Před snídaní žena vypije sklenku vlažné vody (někomu pomůže sníst bílý jogurt), poté se nasnídá. Po snídani se pokusí vyprázdnit. Ze začátku lze vyprázdnění podpořit zavedením glycerinového čípku do konečníku.

Při vyprazdňování na lůžku porodní asistentka zajistí klientce diskrétnost a intimitu. Monitoruje jakékoliv odchylky od normálu a problémy s vyprazdňováním, veškeré změny zaznamenává do dokumentace a konzultuje s lékařem (13, 20, 23).

V souvislosti s vyprazdňováním je důležité se zmínit o *hygieně*. Potřeba čistoty a hygieny je základní biologickou potřebou. Potřeba hygieny je u každého člověka individuální. To, co jeden považuje za standardní, druhý považuje za nedostačující. Po provedené hygieně se člověk cítí nejen čistý, bez sekretu a exkretů těla, ale si navodí i pozitivní emoce a pocit spokojenosti. Vytváří příjemné prostředí a předpoklady pro pozitivní mezilidské vztahy.

Těhotná klientka s pohybovým režimem bez omezení si hygienu zajišťuje sama. Porodní asistentka hodnotí a hlídá úroveň provedené hygieny a celkový vzhled ženy (stav kůže, kožního turgoru, otoků, stav nehtů, vlasů, dutiny ústní a genitálií).

Klientkám s klidovým režimem připraví k lůžku či k umyvadlu na pokoji veškeré pomůcky potřebné hygieně. Dle ordinace lékaře doprovodí ženu do sprchy a dohlíží na ni. Péči o hygienu u klientek s přísným klidem na lůžku přebírá porodní asistentka. Respektuje její stud, soukromí a intimitu. Porodní asistentka zajistí ženám pravidelnou výměnu ložního i osobního prádla. Při dlouhodobém pobytu klientky v nemocnici porodní asistentka zajistí návštěvu u kadeřníka v nemocničním areálu anebo přímo na pokoji klientky, pokud tomu ovšem zdravotní stav ženy dovolí (30, 36).

Možné ošetřovatelské diagnózy:

00011 Zácpa je standardizovaný název ošetřovatelského problému ženy s méně častou defekací s obtížným nebo neúplným vyprázdněním tuhé a suché stolice.

00013 Průjem je standardizovaný název ošetřovatelského problému ženy s častým a těžko ovladatelným odchodem řídké a neformované stolice.

00015 Riziko zácpy je standardizovaný název ošetřovatelského problému ženy ohrožené méně častou defekací s obtížným nebo neúplným vyprázdněním tuhé a suché stolice.

00110 Deficit sebeděče při vyprazdňování je standardizovaný název ošetřovatelského problému ženy se zhoršenou schopností se vyprázdnit.

00108 Deficit sebeděče při koupání je standardizovaný název ošetřovatelského problému ženy, která má zhoršenou schopnost se samostatně vykoupat a vykonávat denní hygienu. Ošetřovatelské diagnózy deficit sebeděče při koupání a při vyprazdňování nejsou uváděny pro neschopnost klientky sama se vyprázdnit a vykoupat se, ale pro neschopnost těhotné vykonat tyto potřeby takovým způsobem, na který je zvyklá, z důvodu upoutání na lůžko (7, 11, 17).

1.5.1.4 Aktivita/ odpočinek

Pohyb je biologickou potřebou všech živých bytostí. Každý člověk má individuální nároky na pohybovou aktivitu i na způsob, jak potřebu uspokojit. Psychická odezva na neuspokojení potřeby pohybu je také individuální. V dnešním přetechizovaném světě, díky automobilům, výtahům, myčkám, pračkám atd. člověk

vykonává mnohem méně pohybů než v minulosti. Neuspokojení potřeby pohybu u některých lidí nemusí mít tak dramatickou odezvu. Pro některé lidi je ovšem „pohyb život“, při neuspokojování potřeby pohybu duševně strádají. Dostatečná pohybová aktivita má pro organismus významný efekt. Zlepšuje zdravotní stav, chrání před onemocněním, zvyšuje výkonnost orgánů, vyvolává pozitivní reakce a zlepšuje duševní zdraví a prodlužuje délku života.

Pohybový režim klientce s rizikovým těhotenstvím ordinuje lékař. V prenatalní poradně při výskytu prvních problémů lékař ženě doporučuje v domácím prostředí více odpočinku a přenechání některých domácích prací partnerovi a rodině. Při větších obtížích ženě nařídí klidový režim s vystavením pracovní neschopnosti buď ještě v prostředí domova, anebo zasílá těhotnou k hospitalizaci. V nemocničním zařízení lékař určí ženě klidový režim, kdy klientka dochází pouze na WC a do sprchy, anebo naordinuje přísný klid na lůžku, kdy se těhotná vyprazdňuje a hygienu provádí na lůžku. Porodní asistentka ženě zajistí soukromí, pomůcky a podle potřeby ženě pomůže, pravidelně mění ložní prádlo.

Častou polohou těhotných na oddělení rizikového těhotenství při inkompetenci děložního čípku je Trendelenburgova poloha. Při této poloze jsou dolní končetiny a pánev těhotné výše než horní část těla. Význam této polohy je snížení tlaku plodu na uzávěrový mechanismus dolního děložního segmentu. Další poloha, která je během těhotenství vhodná, je poloha na levém boku. Při této poloze se napomáhá průtoku krve placentou. Nedoporučuje se poloha na zádech z důvodu syndromu dolní duté žíly.

Porodní asistentka poučí klientku o nutnosti dodržovat klidový režim a polohu, kontroluje, zda žena dodržuje léčebný režim. K lůžku jí zajistí všechny pomůcky, je jí nápomocná. Klientky, které mají přísný klid na lůžku, naučí porodní asistentka ve spolupráci s rehabilitačním pracovníkem cviky k protažení, procvičení dolních končetin a dechová cvičení.

Jak vyplnit volné dlouhé dny v nemocnici. To je velký problém všech hospitalizovaných lidí, který se nevyhýbá ani těhotným na oddělení rizikového těhotenství nebo gynekologickém oddělení. Nejčastější činností hospitalizovaných žen je četba knihy, kterou přinesla rodina, nebo kterou si zapůjčila v knihovničce, kterou

některá oddělení mají. Ve většině případů navštěvuje téměř denně oddělení pracovník novinového stánku a nabízí různé časopisy, noviny atd. Těhotné bez pohybového omezení mohou navštěvovat společenskou místnost s televizí, ženám s omezeným pohybem porodní asistentka, po konzultaci s lékařem, může povolit televizor, notebook či DVD přehrávač na pokoji. Pro každou klientku je velice vítána návštěva rodiny a přátel. Kontakt s rodinou je velice důležitý, žena získá nové informace o tom, co se děje mimo zdravotnické zařízení. V dnešní době je klasický dopis považován za přežitek, ale v nemocnici se pro hospitalizovanou klientku stává hmatatelným důkazem, že na ni někdo myslí, má ji rád, a tak má pro ni cenu zlata. Poslech hudby vyvolává příjemné emoce, lze jej použít i k řešení problému se spánkem. Řada těhotných žen je při dlouhodobé hospitalizaci ochuzena o profylaktickou přípravu na porod. Porodní asistentka by mohla zajistit besedy či přednášky na téma příprava na porod, životospráva v těhotenství, péče o novorozence a kojení.

Spánek a odpočinek je nezbytný pro zachování a udržení tělesného i duševního zdraví. Pro organismus má spánek ochranný a regenerační význam. Pravidelný a kvalitní spánek pomáhá k normální funkci centrálního nervového systému, chrání před vyčerpáním organismu. Potřeba spánku a odpočinku je u každého člověka individuální.

Problémy se spánkem jsou nejčastějším důvodem ke stížnosti pacientů. Příčinou je samotná hospitalizace, změna prostředí, nedostatek klidu, soukromí, intimity. Dalšími příčinami jsou obavy, stres či úzkost.

Spánek těhotné klientky během hospitalizace může být narušen z mnoha důvodů. Mohou být tělesného nebo psychického rázu. Narušení návyků před spaním, na které byly zvyklé z domova, obavy o děti, partnera, chod rodiny, strach z neznámých vyšetření, zákroků, strach o nenarozené dítě, obavy o další vývoj těhotenství. Neznámé nemocniční prostředí, nepohodlné lůžko či poloha na lůžku, hlučné projevy spolupacientek (chrápání, naříkání), nevyvětraný pokoj, suchý vzduch, hluk na chodbě i ve večerních hodinách (hlasitý hovor personálu, hlučná činnost na chodbě), buzení porodními asistentkami z důvodu užívání časovaných léků, brzké ranní probuzení a dodržování večerního klidu.

Porodní asistentka se při příjmu klientky na oddělení zajímá, zda má těhotná nějaké potíže se spánkem. Ptá se na prostředky a praktiky, které se jí osvědčily, ptá se na zvyky před usnutím, na sny či děsy. Zajímá se, jakým způsobem těhotná odpočívá (aktivně či pasivně). Při zjištění problému se porodní asistentka snaží o jeho odstranění. Pokud to obsazení pokoje dovolí (počet spolupacientek, jejich zdravotní stav), umožní porodní asistentka ženě předspánkový rituál (četba při individuálním osvětlení, tichý poslech rádia). Vyslechne klientku a promluví si s ní o problémech, které ji trápí. Zajistí klidné prostředí ke spánku. Vyvětrá místnost, upraví lůžko u ležících klientek, podle potřeby jim zajistí druhou přikrývku. Na chodbě ztlumí světlo, při noční práci se chová tiše (1, 16, 23, 28, 30, 36).

Možné ošetrovatelské diagnózy:

00095 *Narušený vzorec spánku* je standardizovaný název ošetrovatelského problému ženy s poruchou délky a kvality spánku.

00097 *Nedostatek zájmových aktivit* je standardizovaný název ošetrovatelského problému ženy, která má malou dostupnost k rekreačním či volnočasovým aktivitám, nebo má malý zájem se do nich zapojovat.

00093 *Únava* je standardizovaný název ošetrovatelského problému ženy, která má nepřekonatelný a stálý pocit vyčerpání a sníženou schopnost vykonávat tělesnou i psychickou práci (7, 11, 17).

1.5.1.5 Percepce/ kognice (vnímání – poznání)

V této oblasti se porodní asistentka zajímá o kvalitu zraku, sluchu, paměti, pozornosti a schopnosti se učit. Ptá se, zda chodí na pravidelné oční kontroly a užívá nějaké kompenzační pomůcky. Zjišťuje schopnost a zručnost klientky naučit se a sama si aplikovat např. inzulín či antikoagulactia.

Porodní asistentka se zajímá, jestli má klientka dostatek informací o svém zdravotním stavu, jestli chápe příčinu hospitalizace, uvědomuje si příčinu svých obtíží. Klientku i její rodinu poučí o různých dietních, pohybových opatřeních. Během edukace

používá porodní asistentka řadu pomůcek – obrázkový atlas, letáky, video, CD. Podle potřeby zajistí i konzultaci o jejím zdravotním stavu s ošetřujícím lékařem (30).

Možná ošetrovatelská diagnóza:

00126 *Nedostatečné znalosti* je standardizovaný název ošetrovatelského problému ženy, které chybí, nebo má nedostatečné informace k určitému tématu (7, 11, 17).

1.5.1.6 Sebekoncepce, sebeúcta. Zvládání/tolerance zátěže

Pojmy sebekoncepce, sebeúcta jsou obdobné, u nás se spíše používá pojem sebevědomí. Zdravá sebekoncepce, sebeúcta, sebevědomí pomůže člověku najít štěstí v životě a procházet náročnými životními situacemi. Nemoc, hospitalizace zasahuje do oblasti sebekoncepce a sebeúcty. Zdravotníci by měli svým chováním podporovat sebeúctu klientky. Nemocná klientka je partnerem zdravotníků během diagnostického a terapeutického procesu. Podpora zdravotníka v komunikaci s klientkou znamená úctu k její osobě a zájem o její problémy. Narušená sebekoncepce vede k pocitům bezmoci, beznaděje, bezcennosti, k pocitům nespojenosti se sebou samou, nenávisti k sobě i k jiným lidem.

Neméně důležitá je sebekoncepce porodní asistentky. Porodní asistentka, která má problémy sama se sebou, se vztahem k vlastní osobě, s uspokojováním vlastních potřeb, bude mít problémy i s uspokojováním potřeb hospitalizované klientky. Naopak porodní asistentka s pozitivním vztahem k sobě samé se lépe vcítí do problémů druhých a lépe si vytvoří pozitivní vztah mezi klientkami a svými spolupracovníky.

Rizikové těhotenství a hospitalizace s ním spojená je pro většinu žen psychicky náročnou a stresovou situací a bere jim pocit jistoty a bezpečí. Jistota a bezpečí je základní biologickou potřebou, která umožňuje získat člověku důvěru, životní hodnoty, nezávislost a orientaci v lidské společnosti i v materiálním světě. Těhotné pociťují strach či úzkost z neznámého prostředí obzvlášť, pokud jsou hospitalizovány poprvé, strach z vyšetření, obavy o dítě a další vývoj těhotenství. Někdy klientky zareagují hněvem, který obrátí na sebe samou nebo na zdravotníky.

Porodní asistentka by měla svým chováním a jednáním snížit psychickou zátěž těhotné, pomoci jí upravit její narušenou psychickou nebo tělesnou činnost. Důležité je vytvořit pro klientku přátelské a důvěryhodné prostředí, které napomáhá k silnému a pozitivnímu vztahu s porodní asistentkou. V jednání porodní asistentky s klientkami by neměla chybět: otevřená komunikace, akceptování ženy, empatie, podpora, přirozenost projevu, opravdovost, profesionalita v práci, respekt, úcta, rovnocenné partnerství s klientkou a spolupráce, individuální přístup, ocenění, nepřikazující přístup, který nebere klientce odpovědnost za svá rozhodnutí, učení, úprava prostředí (22, 30, 37).

Možné ošetrovatelské diagnózy:

00152 Riziko bezmocnosti je standardizovaný název ošetrovatelského problému ženy, která je ohrožena vznikem pocitu nedostatečné kontroly nad situací anebo pocitu snížené schopnosti ovlivnit výsledky situace.

00054 Riziko osamělosti je standardizovaný název ošetrovatelského problému ženy, která je ohrožena vznikem nedefinovatelné dysforie.

00153 Riziko situačně snížené sebeúcty je standardizovaný název ošetrovatelského problému ženy, která je kvůli současné situaci ohrožena vznikem negativního sebehodnocení.

00148 Strach je reakcí ženy na hrozbu, kterou si uvědomuje jako nebezpečí.

00146 Úzkost je standardizovaný název ošetrovatelského problému ženy, která má neurčitý pocit vnitřního nepokoje a obavy, jejichž zdroj může být neznámý.

00070 Oslabené přizpůsobení je standardizovaný název ošetrovatelského problému ženy, která z důvodu změny svého zdravotního stavu není schopna upravit svůj životní styl.

00071 Neefektivní zvládnání zátěže je standardizovaný název ošetrovatelského problému ženy s opakovaným falešně pozitivním sebehodnocením, který ji chrání před ohrožením vlastní sebeúcty (7, 11, 17).

1.5.1.7 Vztahy mezi rolemi. Sexualita

I normálně probíhající těhotenství je pro ženu kritickým obdobím plným změn. Těhotná se učí a přivyká nové životní roli, mění staré modely chování. Dochází k vývoji mateřské identity, kdy si žena začleňuje vlastní já do nové role matky.

Rizikové těhotenství s sebou nese mnohem více stresorů, než u běžné gravidity. Z důvodu dlouhodobé hospitalizace ženy, která trvá několik týdnů, někdy i měsíců, musí být některé její role nahrazeny někým jiným. Mohou nastat finanční problémy, kdy rodina přijde na poměrně dlouho dobu o zdroj příjmu a zároveň stoupnou náklady na lékařskou péči. Během normálně postupující gravidity dochází k přijímání plodu těhotnou ženou a po té, co začne těhotná vnímat pohyby plodu, se začne vytvářet citový vztah mezi ní a plodem. Žena s rizikovým těhotenstvím oddaluje plánování budoucnosti dítěte, snaží se citově neangažovat za účelem ochrany před možnou bolestí ze ztráty, pokud by těhotenství nedopadlo podle jejích představ.

V období těhotenství dochází ke změnám i v partnerském vztahu. Většina těhotných hledá u svých partnerů, rodin a blízkých více zájmu, pozornosti a uznání, neboť snadněji podléhají pocitu ublížení a strachu. Reakce mužů na změny své partnerky, které těhotenství provází, jsou různé. Většina mužů se zralou osobností tyto změny hodnotí pozitivně, něco tak, jak má být. Těhotné partnerky kladou na své muže vysoké nároky. Na jedné straně chtějí po muži ochranu, bezpečí, jistotu, pevnou a jistou osobu. Na straně druhé chtějí, aby budoucí otec byl citlivý, něžný, chápavý, povídal si s nenarozeným dítětem a těšil se na jeho příchod.

Obecně muži nemají sklon se svěřovat se svými pocity, nejistotami a těhotenství jejich partnerky není výjimkou. Řada žen a ani blízcí netuší, co všechno muže trápí. Stejně jako u žen se mohou objevit ambivalentní pocity, kdy se na miminko těší, ale zároveň přemýšlejí nad tím, o co všechno přicházejí. Strach ze závazku, ztráta svobody, pocit svázanosti, strach ze selhání může při oznámení těhotenství v muži vyvolat šok a popření. Mohou se u něj objevit obranné mechanismy psychiky projevující se agresí, únikem, popřením otcovství, může nastat situace, kdy partner nutí svou ženu k interrupci. Postupem času dojde k vyrovnání se s novou životní rolí.

Rizikové těhotenství spojené s dlouhodobým pobytem těhotné ženy na lůžku doma nebo v nemocničním zařízení vede i ke změně sexuální aktivity partnerů. Řada stavů rizikového těhotenství zakazuje partnerům po dobu gravidity pohlavní styk. Pobyt v nemocnici na několika lůžkovém pokoji s nedostatkem soukromí zabraňuje partnerskému páru prožít nějaký čas o samotě pro důvěrný rozhovor nebo pro něžné projevy jejich lásky. Často se těhotné ženy potýkají s pocitem, že nejsou pro své partnery pro tělesné změny vlivem těhotenství a neupravený vzhled z důvodu upoutání na lůžku atraktivní. Na druhou stranu někteří muži mají obavy, aby partnerce neublížili, a tak se chovají rezervovaně, což může mít za následek opět negativní reakce ženy.

Porodní asistentka si může s rodičovským párem promluvit, vyslechnout jejich problémy, pomoci páru promluvit si o svých obavách a pocitech. Pokusí se páru zajistit co největší soukromí v rámci možnosti oddělení. Podle potřeby zajistí konzultaci s psychologem v manželské poradně (8, 16, 22).

Možné ošetrovatelské diagnózy:

00060 *Narušené procesy v rodině* je standardizovaný název ošetrovatelského problému rodiny s narušenou kooperací a fungováním.

00055 *Neefektivní plnění rolí* je standardizovaný název ošetrovatelského problému ženy, jejíž chování a jednání neodpovídá danému prostředí, očekáváním a zvykům.

00065 *Neefektivní vzorec sexuality* je standardizovaný název ošetrovatelského problému ženy, která mluví o své starosti se svou sexualitou - pohlavní, sexuální život (7, 11, 17).

1.5.1.8 Bezpečnost/ ochrana. Komfort

Bezpečí a jistota jsou základní biologické potřeby. Potřebu jistoty a bezpečí lze vysvětlit také jako potřebu vyhnout se nebezpečí a ohrožení anebo snahu člověka mít životní situace pod kontrolou (alespoň částečně). Pod vlivem prožívané nejistoty může člověk změnit celkový postoj k světu v dobrém či špatném slova smyslu.

Nemoc, komplikace nebo hospitalizace v těhotenství je pro těhotnou velice stresující. Ztrácí pocit bezpečí, jistoty a kontroly nad svým stavem. Dochází k poruše homeostázy, životní rovnováhy těhotné z důvodu nedostatku zkušeností s hospitalizací, nedostatku informací. Žena se obává o další vývoj těhotenství, má strach o nenarozené dítě. Je úzkostná ze všech diagnostických a terapeutických výkonů, které jsou prováděny, hlavně se obává o své dítě. Na druhou stranu některé ženy mohou hospitalizací docílit právě pocitu bezpečí a jistoty. V domácím prostředí se cítí bezmocné, např. při nepříjemné minulé zkušenosti v těhotenství, při krvácení v graviditě, při zhoršení svého zdravotního stavu anebo při konfliktu s partnerem či rodinou. Těhotné mají pocit, že jsou během hospitalizace více hlídané, při jakémkoliv problému mohou být ihned ošetřeny, na určitý čas utečou rodinným konfliktům.

Bolest je významnou příčinou narušení potřeby bezpečí a jistoty nejen pro těhotné klientky. Nástup předčasných děložních kontrakcí významně naruší životní rovnováhu gravidní ženy. Má strach, cítí se bezmocná, obává se o své nenarozené dítě. V této situaci je důležité, aby byla porodní asistentka ženě oporou. Porodní asistentka a další zdravotnický personál průběžně gravidní klientku informují o všech diagnostických a terapeutických zákrocích, např. proč je nutné provést daná vyšetření, z jakého důvodu je nutné zajistit žilní vstup a ujistit ji, že kanylace žíly je jen na nezbytnou dobu. Dají ženě možnost vyjádřit se o svých obavách, zeptat se na cokoli o jejich zdravotním stavu nebo o těhotenství. Návrat pocitu bezpečí a jistoty porodní asistentka zajistí i seznámením klientky s prostředím oddělení při příchodu do nemocnice. Informováním ženy o režimu oddělení, o návštěvních hodinách o aktivitách, které jsou jí k dispozici dle jejího zdravotního stavu.

Porodní asistentka se těhotné ptá, jestli má nějaký pocit bolesti. Hlavně má na mysli děložní kontrakce nebo bolesti v podbříšku u hrozícího předčasného porodu. Ptá se na lokalizaci, intenzitu bolesti, její frekvenci a na souvislosti, které bolest vyvolávají. O děložních kontrakcích informuje lékaře. Porodní asistentka sleduje pravidelné vyprazdňování stolice, neboť zácpa může u těhotné vyvolat děložní stahy. Často si klientky ztěžují na pocity „táhnutí“ po stranách dělohy, porodní asistentka klientce vysvětlí, že růstem těhotné dělohy dochází k napínání děložních vazů. Dlouhodobý

pobyt na lůžku způsobuje nepříjemný pocit horkosti v oblasti pánve z důvodu gumové podložky v lůžku gravidní klientky. Instinktivní ochranné hlazení břicha těhotné klientky může vyvolat kontrakce u podrážděné dělohy při hrozícím předčasném porodu. Porodní asistentka poučí klientku, aby podráždění dělohy minimalizovala klidem na lůžku, aby nedráždila dělohu hlazením břicha a aby např. nedráždila dělohu masáží bradavek ve sprše v rámci přípravy bradavek na kojení (30, 31, 36).

Možné ošetrovatelské diagnózy:

00004 Riziko infekce je standardizovaný název ošetrovatelského problému ženy, která je více ohrožena vstupem patogenních organismů do těla.

00132 Akutní bolest je standardizovaný název ošetrovatelského problému ženy vnímající nepříjemnou bolest, která má intenzitu od střední k silné, má náhlý nebo pozvolný nástup a je u ní předpoklad vymizení do 6 měsíců (7, 11, 17).

1.6 Vztah zdravotníka a těhotné klientky s rizikovým těhotenstvím

Aby se dosáhlo úspěšné léčby, je potřeba, aby zdravotníci i těhotné klientky optimálně zvládali své role. V dnešní společnosti se setkáváme s fenoménem odlidštění, zdravotnictví není výjimkou. Můžeme se setkat s neochotou zdravotníků vidět klientky jako celek, nebo dokonce jako bytost s duší. Stejně tak hospitalizované těhotné nedovedou vnímat zdravotníka jako člověka, který jim poskytuje zdravotnickou péči, má také své prožívání a vlastnosti, které jsou patrné z jeho chování. Je potřeba, aby si zdravotníci uvědomovali, že oni jsou „jen“ v práci, zatímco jejich klientky prožívají velmi citlivou kapitolu života. Tělo ženy, společný předmět zájmu, je pro některé systém, který nepracuje tak, jak má, pro druhé je to jediné, co jim zbylo. Pobytem v nemocnici klientky ztrácejí soukromí, pocit důstojnosti, citově strádají.

Vztah těhotné k lékaři často složitý, ambivalentní. Těhotná pohlíží na lékaře jak s důvěrou, tak i s nedůvěrou. Věří, že lékař svým chováním a péčí má snahu jí pomoci. Na druhou stranu má žena obavy, že jí lékař neinformoval o všem, co si myslí a dělá. Těhotná vnímá rozporuplné pocity závislosti a vzbuzující nedůvěry.

Porodní asistentka obecně má bližší vztah k těhotné klientce než lékař. Je první osobou, na kterou se žena obrací se žádostí o pomoc. Porodní asistentka pomáhá těhotné

v uspokojování jejích základních biologických potřeb. Je prostředníkem mezi lékařem a těhotnou, napomáhá klientce důvěřovat lékaři a získává si ji ke spolupráci s ním. Zatímco lékař pracuje spíše instrumentálně, porodní asistentka se snaží vytvořit vhodné prostředí pro léčbu, je pro klientku podporou, pomáhá jí přizpůsobit se dané situaci. Postavení porodní asistentky je ve vztahu s hospitalizovanou klientkou složitější, protože žena ji vnímá jako část zdravotnického týmu, to znamená v úzkém spojení s lékařem, a zároveň jako samostatnou jednotku. Porodní asistentka musí v klientce budít důvěru, projevit vysokou dávku taktu a trpělivosti, zná problémy a starosti těhotné, zná její nálady, osobní zvláštnosti. Role porodní asistentky vyžaduje více porozumění, pochopení a laskavosti.

Porodní asistentka používá dovednost komunikace (verbální i neverbální) s klientkou jako součást profesionálního vybavení. Schopnost komunikovat slouží k navázání a rozvíjení kontaktu s klientkou. V komunikaci je nejen důležité to, co si dva navzájem sdělí, ale i zda si oba porozuměli. Mluvíme o tzv. zpětné vazbě. Je důležité, aby klientka pochopila příčinu onemocnění, pochopila principy léčby a dodržovala tak všechna nařízení. Pro lékaře je také důležité, aby těhotná byla schopna během léčby zhodnotit, zda předepsané léky pomáhají, zda se její zdravotní stav zlepšil, či zůstává stejný.

Pobyt v nemocnici může mít pro zdravotníky i klientky pozitivní vliv. Pro zdravotníky je úspěšný průběh léčby velkým povzbuzením a pro klientky důvodem obrátu v životním stylu (1, 2, 14, 21, 35).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

1. Zjistit, jak hospitalizované těhotné klientky vnímají poskytovanou ošetrovatelskou péči porodních asistentek.
2. Zjistit, zda těhotné klientky mají důvěru ve zdravotnický personál.

2.2 Výzkumné otázky

1. Co očekávají těhotné klientky od ošetrovatelského personálu během hospitalizace?
2. Jak vnímají těhotné klientky svou hospitalizaci?
3. Jak může ovlivnit zkušenost z předešlé hospitalizace vnímání současné hospitalizace těhotnými klientkami?
4. Jak může porodní asistentka odstranit negativní prvky, které klientky vnímají během hospitalizace?
5. Co ovlivňuje důvěru těhotných klientek ve zdravotnický personál?

3 Metodika

3.1 Použitá metodika

K ověření výzkumných otázek bylo zvoleno kvalitativní šetření. Sběr dat byl proveden pomocí dotazování, technikou nestandardizovaného rozhovoru s těhotnými klientkami dlouhodobě hospitalizovanými pro rizikovou graviditu.

Rozhovor s klientkami byl veden na podkladě předem připravených otázek. Seznam otázek byl klientkám rozdán jeden den před rozhovorem, aby si mohly odpovědi rozmyslet a zároveň vyplnit základní anamnestické údaje (viz příloha č. 4). Pro přehlednost byly rozhovory zpracovány do kazuistik a nejčastější odpovědi do tabulek.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumné šetření bylo prováděno ve třech nemocnicích: menší nemocnice okresního typu, krajská nemocnice v Jihočeském kraji a fakultní nemocnice v Praze.

Pro umožnění výzkumného šetření v první nemocnici byla oslovena hlavní sestra a byl jí předán ke schválení seznam otázek rozhovoru. V druhém případě byla oslovena vrchní sestra gynekologicko – porodnického oddělení a ke schválení také předán seznam otázek rozhovoru. Po oslovení vrchní sestry, po zaslání žádosti, sepsání smlouvy a po schválení otázek rozhovoru vzdělávacím oddělením nemocnice umožnila Fakultní nemocnice v Praze vstup na gynekologicko – porodnickou kliniku.

Výzkumný soubor na gynekologickém oddělení nebo na oddělení rizikového a patologického těhotenství pro rizikovou graviditu tvořilo 9 těhotných klientek, hospitalizovaných déle jak 10 dní. Rozhovory byly vedeny v březnu letošního roku. Ve dvou nemocnicích byly rozhovory se souhlasem klientek zaznamenány na diktafon, v jednom případě byly zaznamenány písemně.

4 Výsledky výzkumu

4.1 Rozhovory s klientkami

Pro přehlednost byly rozhovory s klientkami zpracovány do kazuistik.

Nemocnice č. 1:

Respondentka č. 1, 28 let, I. gravida, I. para. Svobodná, žijící sama s partnerem. Hospitalizovaná pro partus praematurus imminens s insuficiencí děložního čípku. V den našeho rozhovoru byla hospitalizována 48. den, gestační stáří jejího těhotenství bylo 34 + 1 dle PM (poslední menstruace) a 33 + 1 dle UZ (dle screeningového ultrazvukového vyšetření v I. trimestru těhotenství).

Jako důvod své hospitalizace uvedla hrozící předčasný porod. Kdyby nedošlo k léčbě jejího stavu (kontrakce po 10 minutách a zkrácení děložního čípku), porodila by ve 27.t.g. Dítě by bylo velice nezralé a mohlo by i zemřít.

Respondentka považuje svou hospitalizaci za velice důležitou. Pobytem v nemocnici a léčbou se docílilo toho, že k porodu nedošlo, děložní kontrakce ustaly. Zkrácení děložního čípku se zastavilo, těhotenství se mohlo vyvíjet dál a miminko je teď daleko silnější a větší.

Těhotná uvádí, že je v nemocnici už 48. den. Zda je délka hospitalizace odpovídající, nemůže posoudit, protože není lékař a nemá žádnou zkušenost. Ale ze svého laického pohledu si myslí, že odpovídající je. Před pár dny jí lékaři oznámili, že se jí opět čípek o pár milimetrů zkrátil, takže její stav stále není stabilizovaný, aby mohla pomýšlet na propuštění.

Klientka je poprvé těhotná, proto ještě nikdy nebyla hospitalizována pro rizikové těhotenství. Ale myslí si, že kdyby takovou zkušenost měla, rozhodně by jí pomohla. Měla by už nějaké informace, které tak zoufale postrádala. Už by nebyla tak vyděšená a věděla by, do čeho jde.

Asi nejvíce jí v současné době vadí probíhající rekonstrukce sociálního zařízení na oddělení. Vadí jí hluk, prach a pohyb neznámých dělníků po oddělení. Chápe, že stavební práce jsou jen dočasné a že oddělení gynekologie, kde se nachází, to nemůže

ovlivnit. Dále jí vadí, že díky probíhající rekonstrukci došlo ke snížení počtu WC o polovinu, tedy na tři, a naopak k navýšení počtu pacientek na oddělení! Na oddělení dočasně přibyly čtyři klientky ze sociálních lůžek. Ženy z oddělení tak musí na WC stát frontu, protože „babičkám“ vyprazdňování déle trvá. Co ji ještě obtěžuje a během hospitalizace trápí, je brzké ranní buzení a celková organizace práce. Podle klientky je buzení pacientů v nemocnici v 6:30 příliš brzké. Myslí si, že by každý uvítal, kdyby mohl spát co nejdéle, a tak co nejvíce zkrátit v nemocnici další dlouhý den. Nelíbí se jí, že ji brzy vzbudí, nato následuje snídaně, která je většinou přerušena vizitou, pak jde hned na natočení CTG, někdy na ultrazvukové vyšetření. Podle jejího názoru by se nemuselo tak spěchat. Vizita by mohla být později, až se klientky v klidu nasnídají a provedou ranní hygienu. Natočení CTG by mohlo být také později – tento problém se objevuje jen u některých porodních asistentek. A poslední věc, která ji při pobytu v nemocnici obtěžuje, je strava. Jídlo se málo obměňuje, je bez nápadu, chybí ovoce, zelenina, ocenila by více mléčných výrobků. Pokud klientce podané jídlo nechutná a nemá ho ráda, má smůlu, neexistuje možnost výměny. Nečeká, že v nemocnici dostane jídlo jako v hotelu, ale uvítala by možnost většího výběru, i kdyby si za to měla připlatit.

Na oddělení, v budově anebo ve spojovací chodbě, chybí klientce nějaký bufet, kde by si mohla zakoupit základní hygienické potřeby, nějaké jídlo, pití. I když ví o paní z trafiky, která každý všední den jezdí s vozíkem, kde má nejen časopisy, ale i hygienické potřeby, stále to není to, co by si klientka představovala. Na začátku své hospitalizace, kdy měla kontrakce po 10 minutách, by ocenila možnost jíst v lůžku, aby mohla mít stále klid. Chyběly jí nějaké jídelní stolky nebo novější noční stolky, u kterých lze vysunout desku a použít ho jako jídelní stůl, jak to viděla na porodnici. Celkově jí na pokoji chybí více nábytku. Pro dlouhodobou hospitalizaci je jeden malý noční stůl u lůžka nevyhovující. Pokoj by mohl být vybaven televizorem nebo alespoň rádiem, v návštěvní místnosti by mohla být větší a novější lednice. Na oddělení by ráda viděla více než dvě sprchy. Ale to se určitě teď změní probíhající rekonstrukcí. V současných sprchách klientce chybí nějaké zrcadlo, poličky pro odkládání jejích věcí a sedátko ve sprše, kde by se mohla posadit. Ocenila by, kdyby byla v nemocnici

možnost služeb kadeřnice či pedikérky. Pomoc pedikérky by rozhodně ocenila a ráda by si takovýto nadstandard zaplatila. V lůžku by ráda našla více polštářů nebo pomůcek k polohování a podložení rostoucího těhotného břicha.

Klientka byla na začátku hospitalizace porodními asistentkami informována o možnosti nechat si přinést televizor, rádio či DVD přehrávač z domova. Návštěvy měla s ohledem na svůj stav na pokoji povolené, což velice ocenila. Jako prvorodička chce mít co nejvíce informací. Měla naplánováno, že bude chodit na předporodní kurzy, kde by našla na řadu svých otázek odpovědi. Hospitalizací s rizikovým těhotenstvím o tuto možnost přišla. Bylo by výborné, kdyby některá z porodních asistentek vedla předporodní kurzy nebo spíše besedy přímo na oddělení. Zároveň, se souhlasem lékaře, by porodní asistentka mohla odpovídat klientkám na otázky spojené s jejich léčbou. Během hospitalizace, nejlépe z počátku, by si také ráda pohovořila s neonatologem, aby jí vysvětlil, co eventuálně může hrozit jejímu dítěti, jaký by byl postup, kdyby se předčasnému porodu nezabránilo.

Respondentka vnímá péči porodních asistentek pozitivně, je pro ni důležitá a s danou péčí je spokojená. Porodní asistentky a sestry mají ke všem pacientkám mnohem blíže, více se do problémů svých klientů vcítí. Má pocit, že lékaři se o pochopení pacientek ani nesnaží. Celkově by řekla, že komunikace zdravotníků a klientů by mohla být mnohem lepší. Ze svých zkušeností ví, že porodní asistentky jí vždy na všechno odpoví, všechno jí vysvětlí, ale musí se jich zeptat sama. Když se zeptá lékařů, má pocit, že je tím otravuje, zdržuje.

Jak bylo řečeno v předešlé odpovědi, porodní asistentky by z pohledu klientky mohly nabídnout více informací automaticky, bez vyzvání. Být ženám oporou, ale to už beztak jsou. Mohly by se zajímat i o sociální stav ženy. Když je dlouhodobě hospitalizovaná, zda za ní dochází rodina, jestli se o ni starají, jestli jí nosí nějaké jídlo, aby nemusela jíst pouze to nemocniční. Mohla by se zajímat i o to, zda se rodina postarala o zázemí budoucího dítěte. Dále by porodní asistentky mohly poučit těhotnou o různých rehabilitačních technikách k protažení končetin, o správném dýchání atd.

U porodních asistentek jsou důležité jak odborné znalosti, zručnost, tak i empatie a starostlivost. Tyto vlastnosti nelze od sebe oddělit. Důležité je, aby všechny znalosti jimi byly v práci s pacientkami uplatněny a nenechávaly si pro sebe.

Důvěra ke zdravotnickému personálu je pro respondentku obecně velice důležitá. V současné chvíli ještě mnohem více. Takto dlouhá hospitalizace se bez důvěry ke zdravotníkům neobejde.

Důvěru klientky lehce narušilo chování lékařů. Čekala, že jí lékařka při příjmu vysvětlí, proč má předčasně kontrakce, co bude následovat, jak se bude postupovat, kdyby nebyla léčba úspěšná, ale tyto informace bohužel nedostala. Když se lékařů na něco zeptá, má z jejich odpovědí pocit, že stále uhýbají. U lékařů by ocenila více empatie.

Jak už respondentka uváděla, ráda by slyšela informace o navržené léčbě hned, automaticky. Líbilo by se jí, kdyby si např. jednou týdně promluvila s ošetřující lékařkou, zda všechno probíhá tak, jak má, a jaká vyšetření ji v následujících dnech čekají. Při podávání léků, při jejich změně nebo nasazení léků nových by chtěla slyšet vysvětlení. Při propuštění klientky by ocenila zájem zdravotníků, jestli bude mít doma také zajištěný klid na lůžku, zda se o ni má kdo postarat.

Respondentka č. 2, 27 let, I. gravida, I. para. Svobodná, žijící s partnerem a jejími rodiči. Hospitalizovaná pro partus praematurus imminens a spotting. V den našeho rozhovoru byla hospitalizována 23. den, gestační stáří jejího těhotenství bylo 32 + 4 dle PM i UZ.

Důvodem hospitalizace respondentky bylo slabé zakrvácení jasnou krví a nepravidelné děložní kontrakce. Při příjmu klientce nevysvětlili, co se děje, provedli řadu vyšetření, ale výsledky se nedozvěděla. Lékařka jí řekla, že musí být nějaký čas v klidu v nemocnici a uvidí se, jak se bude dále její stav rozvíjet. Sama intuitivně pochopila, že se lékaři obávají předčasného porodu a možná i dalších komplikací, proto je tu na pozorování, aby se včas zakročilo a těhotenství ukončilo, pokud by bylo potřeba.

Zpočátku byla hospitalizace, dle klientky, určitě důležitá. Krvácení není v těhotenství standardní stav, obzvláště když je spojeno s nepravidelnými kontrakcemi. Ale nyní, kdy kontrakce nemá už od třetího dne hospitalizace a ani nešpiní už osmý den, si myslí, že její hospitalizace není nutná. Péče v domácím prostředí by pro ni byla mnohem lepší. Měla by více klidu, lepší stravu a psychickou podporu.

Klientka je hospitalizována tři týdny, jestli je tato délka odpovídající jejímu stavu neví, není odborník a hlavně nezná přesnou příčinu svých obtíží, tak neví, co si o tom má myslet. Kdyby jí lékaři vysvětlili důvod, proč došlo ke krvácení a kontrakcím, možná že by lépe pochopila důvod, proč a na jak dlouho musí být hospitalizována.

Respondentka je těhotná poprvé, proto nemá s hospitalizací s rizikovým těhotenstvím žádnou zkušenost. Současný pobyt v nemocnici je pro ni velice těžký. Jakákoliv zkušenost by jí pomohla se v chodu oddělení vyznat, mít alespoň nějakou představu o pobytu v nemocnici. Měla by připravenou tašku do nemocnice dříve a nemusela by složitě příteli vysvětlovat, kde co najde, a on stejně přiveze něco jiného...

Probíhající rekonstrukce sociálního zařízení na oddělení ji velice obtěžuje, hlavně nepředstavitelný hluk a prach. Několikrát se stalo, že celé dopoledne netekla voda. Zaregistrovala, že jsou na oddělení i klientky ze sociálních lůžek. Nejdříve nevěděla, o koho jde. Myslela si, že jde o gynekologické pacientky, které mají nějakou závažnou nemoc nebo rakovinu a o své těhotenství se obávala. Porodní asistentky jí ale všechno vysvětlily, takže se nemá čeho obávat. Klientku dále obtěžuje organizace práce oddělení. Brzké vstávání v 6:30, hektické dopoledne, kdy se musí všechno stihnout a pak dlouhé odpoledne, kdy se neděje vůbec nic. Myslí si, že kdyby se všichni zdravotníci domluvili, mohli by všechny dopolední aktivity posunout o hodinu později a určitě by byla spokojenost na obou stranách. Další, co ji obtěžuje, je strava. Klientka dodržuje bezlepkovou dietu. Už pátý den má k obědu stejnou polévku. Z vlastní zkušenosti ví, že je obtížné vařit, když má člověk dietní omezení, ale opravdu není jen jedna bezlepková polévka. Myslí si, že v jejím případě nemocnice počítá, že se jí o zpestření stravy postará rodina. Za nevyhovující považuje současný stav sociálního zařízení. Vše je staré, opotřebované. Ale to se vyřeší probíhající rekonstrukcí.

Klientka si uvědomuje, že se nachází na starém oddělení, také žádné zázraky nečeká. Ale na pokoji by ráda viděla více úložného prostoru pro osobní věci, pohodlnější lůžka, která lze polohovat. Dále jí chybí nějaké polštáře na podkládání bříška nebo mezi kolena. Klientce chybí i více pohodlných křesel a židlí na chodbě pro návštěvy.

Porodní asistentky klientku informovaly, že si může nechat rodinou přinést televizor, notebook apod. Je ráda, že jí povolí návštěvu i po návštěvních hodinách, když přítel pracuje déle v zaměstnání. Porodní asistentky jsou ochotné, stále ji vyzývají, ať se nebojí na cokoli zeptat. Respondentka by ocenila lepší komunikaci se zdravotníky během příjmu. Porodní asistentky by mohly podat více informací o léčebném režimu, co ji čeká, jak bude vše probíhat, více informací o chodu oddělení. Nejen kde je sociální zařízení, sesterna, návštěvní místnost se společnou ledničkou, ale i kdy bude vizita, kdy se provádí určitá vyšetření atd.

Péči porodních asistentek vnímá pozitivně. Ony mají k pacientkám mnohem blíže než lékaři a díky tomu získají klientky od porodních asistentek více informací než od lékařů. Když žena požádá o pomoc, vždy jí porodní asistentky rády vyhoví, pomůžou, poradí. Z jejího pohledu si nemyslí, že by jejich práce byla moc organizovaná. Ale je těžké to posoudit, neví, kolik je dalších pacientek na oddělení a jaká je s nimi práce.

Podle názoru těhotné by měly porodní asistentky podávat více informací už od příjmu, říci o chodu oddělení, o léčebném postupu, při podávání léků, zda lék užívat před jídlem nebo po něm, čím tabletu zapít atd. Klientka by od porodních asistentek uvítala informace vysvětlující, proč krvácí, proč předčasně kontrahuje. Kdyby opravdu došlo k předčasnému porodu, chtěla by od porodní asistentky vysvětlit, jak má dýchat, jak tlačit, co má zatelefonovat příteli, aby pro miminko přinesl z domova. Je prvorodička, nestihla předporodní kurz, tyto informace jí chybí.

Ideální by bylo, kdyby porodní asistentky měly odborné znalosti a empatii v rovnováze. Klientka si nemyslí, že lze tyto prvky oddělit, oba jsou stejně důležité. Porodní asistentka musí mít jak odborné znalosti, tak i empatii a cit pro péči o nemocné.

Respondentka nedůvěřuje zdravotnickému personálu stoprocentně. Avšak důvěřuje do té míry, aby v nemocnici zůstala a nechala o sebe pečovat. Řídí se pořekadlem: „Důvěřuj, ale prověřuj“. Žádný člověk není neomylný, i lékař může udělat chybu, proto se snaží všechno kontrolovat. Obecně je pro ni důvěra velice důležitá.

Nedostatečná komunikace zdravotníků s klientkou v ní k nim její důvěru snižuje. Setkala se s malou informovaností lékařů o svém zdravotním stavu, své anamnéze, o léčebném režimu a výsledcích z provedených vyšetření. Důvěru klientky snížila i nepřítomnost lékaře na oddělení, když její rodina chtěla získat informace o jejím zdravotním stavu. Nelíbí se jí, když s ní pracují nové porodní asistentky nebo lékaři, když se na ní zaučují. Více se bojí, že jí něco provedou, i když ví, že pracují pod dohledem.

Klientka by ocenila lepší komunikaci se zdravotníky, více informací, které by byly podávány automaticky. Ráda by během hospitalizace slyšela méně často odpovědi typu „uvidíme“. Za tři týdny svého pobytu v nemocnici slyšela tuto odpověď tolikrát, že je na ni „alergická“.

Respondentka č. 3, 31 let, III. gravida, III. para s nepříznivou gynekologickou anamnézou (1x porod mrtvého plodu v termínu porodu a 1x císařský řez pro silné krvácení a mrtvý plod ve 27. t.g. na Ukrajině, odkud pochází). Vdaná, žije sama s manželem v Čechách. Nyní otěhotněla po 10 letech. Hospitalizovaná pro partus praematurus imminens, dolores praesangiantes a insuficienci děložního čípku. V den našeho rozhovoru byla hospitalizována 89. den, gestační stáří jejího těhotenství bylo 36 + 1 dle UZ.

Klientka uvádí jako důvod své hospitalizace hrozící předčasný porod. Jako příčinu nástupu předčasných děložních kontrakcí udává úzkost a strach z cesty na Ukrajinu za příbuznými, kterou měli s manželem naplánovanou. Rodině slíbila, že přijede na návštěvu, ale cesty se obávala, že pro ni bude náročná. Proto požádala gynekoložku na cestu o léky pro uklidnění, ta však odmítla a paní absolvovala cestu bez medikace. Po návratu z Ukrajiny nastoupily nepravidelné děložní kontrakce, které ji přivedly do nemocnice, kde je dosud hospitalizována.

Respondentka si myslí, že její hospitalizace je určitě nutná. Děložní kontrakce jinde než v nemocnici nezastaví. Po dvou negativních zkušenostech z předešlých těhotenství si nedovolila s lékařkou nesouhlasit, když ta jí hospitalizaci navrhla. Byla ráda, že je v nemocnici, že se o ni postarají.

Těhotná pobývá na oddělení gynekologie už 12 týdnů, délku hospitalizace považuje za odpovídající. Ona je typ, který se všeho obává. Z každého píchnutí má strach, že se děje něco miminku. Je ráda, že je v nemocnici, má zde větší pocit bezpečí než doma.

V předešlém těhotenství, před 10 lety, byla klientka také hospitalizována asi jeden měsíc. Nemyslí si, že by jí tato zkušenost nějak pomohla. Díky předešlé zkušenosti měla o hospitalizaci obecnou představu. Byla by radši, kdyby žádnou zkušenost neměla. V současném těhotenství se stále obávala, aby nedošlo ke krvácení. Myslí si, že když člověk neví, do čeho jde, je mnohem klidnější a neděsí ho nepříjemné vzpomínky.

Během pobytu v nemocnici obtěžuje klientku staré a nevyhovující sociální zařízení. Z důvodu rekonstrukce jsou na celém oddělení pouze dvě sprchy a tři WC, která jsou stále obsazena klientkami ze sociálních lůžek. Dále považuje těhotná za nevyhovující nemocniční stravu. Během hospitalizace jí byla zjištěna těhotenská cukrovka, a proto dodržuje diabetickou dietu. Dostává ale stále stejná jídla, chybí více zeleniny, jídlo by mohlo být více pestré. Cokoliv v nemocnici sní, ze všeho jí pálí záha.

Klientce chybí na oddělení nová WC a sprchy, poličky ve sprchách, na chodbě pro návštěvy pohodlná křesla a židle. Celkově by mohlo být oddělení více barevně a veseleji vymalováno.

Respondentka je s péčí porodních asistentek velice spokojená. Vždy se jí snaží vyjít vstříc. Když chce uvařit bylinné čaje, vždy jí na sesterně uvaří vodu, manžela pouští na návštěvy i mimo určené hodiny. Z důvodu rekonstrukce musely sestry přestěhovat televizor, daly ho na pokoj, kde leží dlouhodobě těhotné, jako je ona, to ocenila. Stále přináší na pokoj nové časopisy, které dostanou z nemocniční knihovny. Nemůže si na nic stěžovat. Uvítala by možnost promluvit si s psychologem nebo

s knězem. Mohla by se vypovídat ze své úzkosti a obav, aby se opět něco v těhotenství nepokazilo.

Respondentka považuje péči porodních asistentek za velice důležitou. Asistentka je s pacientkami stále v kontaktu, vše jim vysvětluje, organizuje, doplňuje práci lékaře. Bez asistentek by se to tady neobešlo.

Klientka si myslí, že porodní asistentky dělají pro pacientky všechno, co mohou. Jsou velice ochotné a šikovné. Jediné, co jí napadá, co by ocenily všechny těhotné, které jsou dlouhodobě hospitalizované jako ona, je nějaký předporodní kurz přímo na oddělení. Za těch 12 týdnů přečetla s těhotenskou tematikou snad všechny časopisy, z knihovničky na oddělení přečetla téměř všechny knihy. Ráda by si o informacích, které přečetla, také pohovořila s odborníkem. U lékařů by zase ocenila více informování. Naordinují odběry krve, ale už nemají potřebu informovat a vysvětlit jí výsledky z vyšetření, nebo proč léčbu změnili atd.

Podle názoru klientky jsou u porodních asistentek nejdůležitější odborné znalosti. Ať je asistentka sebevíc empatická, musí mít znalosti o výkonech, proč a jak se dělají. Starostlivost a pochopení jsou pak až na druhém místě.

Důvěru ke zdravotnickému personálu klientka má, k někomu má větší, k někomu zase menší. Lékařce, která jí odmítla dát před cestou na Ukrajinu léky na uklidnění, stále nedůvěřuje. Klientka si nemyslí, že se lékařka zachovala profesionálně. Klientčin názor je takový, že po negativních zkušenostech, které v předešlých těhotenstvích získala, má nárok na individuální zacházení a řešení problémů.

Během hospitalizace se nesešla s chováním zdravotníků, které by snížilo její důvěru k nim. Je spokojená s péčí na oddělení. Líbí se jí, jak porodní asistentky mluví a jak se k pacientkám chovají. Myslí si, že porodní asistentky dávají klientkám mnohem více, než co je nutné. Jediné, co vedlo ke snížení důvěry k její lékařce, uvedla v předchozí odpovědi.

Klientce by se líbilo, kdyby se porodní asistentky i lékaři více usmívali. Chápe, že mají hodně práce, váží si jich za to, ale ona potřebuje povzbudit a ujistit, že nemusí mít strach. Ocenila by, kdyby s ní lékaři o jejím zdravotním stavu a o jejích obavách a úzkosti hovořili více.

Nemocnice č. 2:

Respondentka č. 4, 34 let, V. gravida, III. para. Vdaná, žijící sama s manželem a dvěma dětmi. Nyní je těhotná po 2,5 letech. Hospitalizovaná pro partus praematurus imminens s nepravidelnými děložními kontrakcemi a s infekcí močových cest. V den našeho rozhovoru byla hospitalizovaná 22. den, gestační stáří jejího těhotenství bylo 33 + 4 dle PM.

Klientka je hospitalizována pro hrozící předčasný porod, měla kontrakce asi po 10 minutách a obtíže při močení. Infekce močových cest zřejmě vyvolala kontrakce. Bylo nutné kontrakce zastavit a vyléčit zánět močových cest.

Klientka považuje hospitalizaci za nutnou. Bez léčby klidem na lůžku a infuzní terapie by předčasně porodila. Má dvě děti, doma by neměla takový klid jako tady v nemocnici.

Respondentka pobývá na oddělení rizikového a patologického těhotenství už 3 týdny. Délku hospitalizace považuje za odpovídající. Nasvědčuje tomu fakt, že dnes se opět objevily kontrakce a v její péči bylo třeba se navrátit k infuzní terapii. Ještě není v takovém stavu, aby mohla jít domů.

Klientka byla v obou předešlých těhotenstvích hospitalizována pro rizikové těhotenství. Tato zkušenost jí pomohla. Pochopila, že „obyčejným“ klidem na lůžku a infuzemi lze předčasný porod zastavit. Během hospitalizace se setkala s dalšími pacientkami, které měly mnohem větší komplikace, a ona přestala své problémy vnímat jako ty nejhorší.

Těhotnou na oddělení nic neobtěžuje. Je spokojená. Je jí smutno po dětech, po manželovi. Možná trochu ji obtěžuje denní natáčení CTG, kontrolní vaginální vyšetření a odběry krve, ale tato vyšetření považuje za nutné zlo, které je potřeba vydržet.

Klientka by ráda viděla oddělení více barevné. Chybí jí knihovnička s literaturou s těhotenskou tematikou a s péčí o novorozence. Ocenila by samostatnou koupelnu, pouze pro jeden pokoj, možnost využití služeb kadeřníka, pedikúry, možná i kněze.

Porodní asistentky nabídly klientce prohlídku porodního sálu, několikrát jí povolily krátkou procházku do bufetu do vestibulu nemocnice, ale musela se na to zeptat sama. Stačí jí, že se na ni vždy usmívají, jsou upravené a nepřipadá si, že by byla

na obtíž. Myslí si, že každá budoucí maminka by ocenila, kdyby se na oddělení vedly pro pacientky předporodní kurzy. Uvědomuje si však, že porodní asistentky mají plno práce, že dělají, co mohou, a kurzy by musel vést externista.

Respondentka považuje práci porodních asistentek za důležitou, organizovanou. Rozhodně není zbytečná, jde o odbornou práci, kterou by si sama neposkytla. Jsou profesionálky a svou práci umí nejlépe.

Podle názoru těhotné by porodní asistentky měly pacientkám věnovat svou trpělivost, odbornou péči a vlídné chování. Měly by zajistit kontakt s lékařem, pokud je to nutné.

Klientka udává, že u porodních asistentek jsou na prvním místě důležité odborné znalosti a poté empatie a starostlivost. Řada těhotných je během hospitalizace citově labilní, porodní asistentky by měly umět těmto ženám pomoci.

Důvěra ve zdravotnický personál je pro respondentku velice důležitá. Považuje ji za základní předpoklad pro úspěšnou léčbu a psychickou pohodu těhotné.

Respondentka se během hospitalizace s negativním chováním zdravotníků nesešla. Její důvěrou by otřásl nespolehlivé, odměřené nebo povýšené chování zdravotníků.

Klientka by v chování zdravotnického personálu uvítala vlídnost, trpělivost, obětavost, spolehlivost. Se všemi těmito vlastnostmi na tomto oddělení setkala.

Respondentka č. 5, 32 let, I. gravida, I. para. Vdaná, žijící sama s manželem. Hospitalizována pro partus praematurus imminens s nepravidelnými děložními kontrakcemi a s vysokým cervix score (6- 7). V den našeho rozhovoru byla hospitalizovaná 73. den, gestační stáří jejího těhotenství bylo 34 + 2 dle PM.

Klientka je hospitalizována pro hrozící předčasný porod s pokročilým vaginálním nálezem. Hospitalizací se zamezilo předčasnému porodu, vaginální nález se nezhoršuje.

Těhotná považuje hospitalizaci za nutnou, proč je nutná, to vědí hlavně lékaři. Přece by jí v nemocnici nenechali tak dlouho jen tak! Věří jim. Její stav byl natolik

vážný, že jiná možnost nemohla přicházet v úvahu. Ochotně se podvolila, bylo to pro dobrou věc.

Klientka je hospitalizována 10 týdnů, délku považuje za odpovídající. Kdyby hospitalizována nebyla, určitě by porodila velice nezralé dítě, které by také mohlo zemřít. Pro ně udělá všechno. V současné době má od lékařů přislíbeno, že ji za 2 týdny propustí, tato informace ji velice potěšila a dala novou energii.

Respondentka zkušenost s hospitalizací pro rizikové těhotenství nemá. A nemyslí si, že by jí byla nápomocná. Věří, že by byla stejně vystrašená a těžko by si na pobyt v nemocnici zvykala. Možná by věděla, co si má s sebou do nemocnice zabalit, ale to je asi všechno.

Těhotná je s péčí na oddělení spokojená, nic ji během pobytu neobtěžuje. Po takové době, co je hospitalizována, snížila svoje požadavky na minimum. Ale ani z počátku neměla přehnané požadavky. Vše podřídila snaze donosit těhotenství co nejdéle a dítěti umožnit se vyvíjet v děloze.

Klientce na pokoji chybí připojení k internetu, fungující televizor s více programy. Uvítala by pestřejší stravu, více než 3x denně, více ovoce a zeleniny. Na oddělení by mohly být nějaké knihy o těhotenství, o porodu a novorozenci, které by si mohla vypůjčit.

Respondentka si neuvědomuje, že by jí porodní asistentky aktivně nabízely, nějakou aktivitu k trávení volného času v nemocnici. Ani ji nenapadlo, že by měly něco takového nabízet. Porodní asistentky se podle jejího názoru o ni starají dostatečně. Jsou hodné, zajímají se o ni.

Péči porodních asistentek respondentka vnímá pozitivně. Jejich práce je důležitá, nelze ji nahradit. Díky jejich péči zvládla 11 týdnů hospitalizace relativně bez problémů. Nikdy neměla pocit, že by byla někomu na obtíž.

Klientka je s péčí porodních asistentek spokojená, nenapadá ji, co by jí ještě mohly nabídnout. Není náročná, je vděčná za každé slovo povzbuzení.

Podle názoru těhotné jsou u porodních asistentek důležité jak odborné znalosti, tak i empatie, starostlivost a pochopení. Nelze tyto vlastnosti oddělovat. Jedna doplňuje druhou.

Respondentka zdravotnickému personálu důvěřuje. Kdyby nedůvěřovala, nemohla by být zde hospitalizována tak dlouhou dobu.

Klientčinu důvěru by snížilo nevhodné chování zdravotnického personálu, např. arogantnost, povýšenost, přehlížení. S takovým chováním se během pobytu v nemocnici nesečkala.

Respondentka je s chováním a s péčí zdravotnického personálu spokojená, nic by neměnila a nenapadá ji, co by mohlo být uděláno ještě lépe. Na cokoliv se zeptá, vždy dostane odpověď.

Respondentka č. 6, 33 let, II. gravida, II. para, gemini (dvojčata). Vdaná, žije s manželem a dcerou. Nyní je těhotná po 4,5 letech. Přeložena z jiné, menší nemocnice, pro partus praematurus imminens s nepravidelnými děložními kontrakcemi. V den našeho rozhovoru byla hospitalizována 13. den, gestační stáří jejího těhotenství bylo 26 + 5 dle PM.

Klientka je hospitalizována pro hrozící předčasný porod dvojčat. Byla převezena z menší nemocnice, kde byla hospitalizována 3 týdny. Protože se stále nedařilo zastavit děložní kontrakce, byla převezena do perinatologického centra.

Svou hospitalizaci považuje za velice nutnou, převoz do této nemocnice to potvrzuje. Uvědomuje si, že těhotenství dvojčat je rizikovější. Bez této hospitalizace by předčasně porodila a dvojčata by určitě nepřežila.

Klientka je hospitalizována na zdejším oddělení dva týdny. Délku považuje za odpovídající. Uvědomuje si, že je teprve na začátku, je teprve ve 26. týdnu těhotenství, pro zdraví dětí udělá maximum.

V předešlém těhotenství byla také převezena do této nemocnice a pobývala zde dva měsíce. Tato zkušenost jí určitě pomohla. Počítala s tím, že bude opět hospitalizována, proto doma vše mnohem dříve připravila. Myslí si, že současnou hospitalizaci zvládá celkově lépe. Jen nově řeší obavy a stesk po dceři, které mírní častými telefonáty domů.

Respondentka uvádí, že jí na současném pobytu na oddělení nic neobtěžuje, je spokojená se zařízením pokoje, se sociálním zařízením, s chodem oddělení a péčí zdravotnického personálu.

Jediné, co by na pokoji doplnila, je připojení k internetu a fungující televizor s více programy. Klientka dodržuje diabetickou dietu. V nemocniční stravě jí chybí více zeleniny, ovoce, více mléčných výrobků. Ocenila by i celozrnné pečivo a větší pestrost jídel.

Respondentce nebyla nabídnuta aktivita, která by jí během hospitalizace pomohla zkrátit volný čas. Nevidí důvod, proč by měla. Kdyby o něco stála, řekla by si o to. Porodní asistentky mají s péčí o klientky mnoho práce, nemyslí si, že by ještě měly vymýšlet pro pacientky nějaké aktivity. Jí samotné stačí, že jsou příjemné a vycházejí pacientkám vstříc a stále se jich vyptávají, zda něco nepotřebují. Jakákoliv povzbudivá slova klientce vždy pomohou.

Péči porodních asistentek vnímá pozitivně. Myslí si, že je jejich práce důležitá a náročná. Ve zdravotnictví nemůže pracovat každý, člověk musí mít k tomu vlohky.

Klientka u porodních asistentek očekává pochopení, jednání na rovinu, bez přetvářky. Porodní asistentky by se vždy měly chovat profesionálně. Klientka chce být součástí léčebného procesu.

Klientka si myslí, že u porodních asistentek jsou velice důležité odborné znalosti. Ty jsou základ, na který lze stavět další schopnosti, jako je starostlivost, péče atd.

Respondentka věří zdravotnickému personálu. Důvěra je pro ni velice důležitá. Uvědomuje si závažnost svého stavu těhotenství. Lékařům i porodním asistentkám zcela důvěřuje, ví, že pro záchranu jejích dětí udělají vše.

Těhotná se s žádným negativním chováním ze strany zdravotnického personálu, které by snížilo její důvěru k nim, nesetkala. Nelíbí se jí arogantní, povýšené chování a přetvářka.

Klientka je s chováním lékařů a porodních asistentek na zdejší oddělení spokojená. Lékaři jsou komunikativní, porodní asistentky zodpoví všechny její otázky. Všichni jsou příjemní.

Nemocnice č. 3:

Respondentka č. 7, 31 let, II. gravida, I. para, gemini. Vdaná, žije sama s manželem. Hospitalizována pro partus praematurus imminens s nepravidelnými děložními kontrakcemi. V den našeho rozhovoru byla hospitalizována 17. den, gestační stáří jejího těhotenství bylo 33 + 4 dle PM.

Klientka je hospitalizována na oddělení konzervativní gynekologie pro hrozící předčasný porod dvojčat. Úkolem hospitalizace bylo přerušení děložních kontrakcí a zabránění předčasného porodu.

Těhotná považuje hospitalizace za velice nutnou. Kdyby nedošlo k zastavení předčasných kontrakcí, narodili se velice nezralí novorozenci, kteří by měli nesnadný nástup do života.

Respondentka pobývá v nemocnici už 17 dní. Délku považuje za odpovídající, neboť několik dní trvalo, než kontrakce zcela zmizely, a nyní se sleduje, zda se kontrakce opět nevrátí, když se ukončila infuzní léčba. Klientka je nakonec ráda, že je hospitalizována. Je prvorodička, obává se každého píchnutí, každého pocitu nepohody, má zde větší pocit bezpečí než doma. Nedokáže si představit, že by s kontrakcemi zůstala doma a podstupovala by léčbu tam.

Klientka zastává názor, že kdyby už měla zkušenost s hospitalizací s rizikovým těhotenstvím, neměla by takový strach, nepanikařila by, dokázala by si vysvětlit a odůvodnit plno věcí, kterých se jako prvorodička obává.

Respondentka uvádí, že na nynější hospitalizaci jí nejvíce vadí, že nemůže být v nemocnici, kterou si k porodu sama vybrala. Celé těhotenství docházela do jedné nemocnice, do prenatální poradny, kde chtěla i porodit. Bohužel byla sanitkou převezena do tohoto perinatologického centra, neboť v její nemocnici nebyla v oné chvíli místa pro předčasně narozená dvojčata. Všichni zdravotničtí pracovníci se k ní zde chovají pěkně, ale ona by se i přesto chtěla vrátit do péče „své“ porodnice.

Těhotná zmiňuje jako nedostatek, že je nemocnice stará, nábytek je také zastaralý, opotřebovaný. Nemocniční postele jsou nepohodlné, těžko se s nimi manipuluje. Celkově to na ni zde působí depresivně.

Klientka se s nabídkou porodních asistentek k nějaké aktivitě ke zpříjemnění hospitalizace nesetkala. Za tu dobu, co je na tomto oddělení, si všimla, že porodní asistentky mají mnoho práce, ještě je neviděla, že by na sesterně odpočívaly, proto si nedokáže představit, že by pro pacientky dělaly ještě něco nadstandardního. Hlavně si myslí, že by takovéto aktivity mohly nabízet ženám s fyziologickým těhotenstvím a ne s rizikovým, jako je ona. Při hrozícím předčasném porodu má těhotná co nejvíce ležet v klidu. Možná jen, že by asistentky mohly klientkám vysvětlit, jak prodýchat kontrakce a doporučit jim, v jaké poloze mají ležet, aby se zbytečně nedráždila děloha.

Respondentka si myslí, že práce porodních asistentek je velice důležitá, užitečná, ale hlavně pro ženy, které mají těhotenství fyziologické. V jejím případě je důležitější péče lékařská. Lékaři, kteří rozhodují o její terapii, zajistili, že předčasně neporodila, že těhotenství stále trvá a že se její děti mohou dále vyvíjet a nabírat sílu.

Klientku nenapadá, co by jí porodní asistentky mohly nabídnout. Mohly by těhotné podat doplňující informace o její léčbě navržené lékaři. Mohly by jí pomoci posoudit, zda obtíže, které má, např. bolesti břicha nebo určité tlaky a píchání, jsou už natolik vážné, že má vyhledat lékaře. Mohly by předat zkušenosti, které prvorodičky postrádají.

Respondentka považuje u porodních asistentek za důležité jak odborné znalosti, tak i empatii a pochopení. Podle ní nelze tyto vlastnosti oddělit. Porodní asistentka musí mít všechny tyto vlastnosti.

Pro klientku je důvěra ve zdravotnický personál velice důležitá. Pocit důvěry je velice individuální, ke každé osobě je jiný. Větší důvěru má v nemocnici, kterou si k porodu zvolila, než v tu, ve které se nyní nachází. Ale jen proto, že ve zvolené porodnici zná personál více a cítí se tam i více jako „doma“.

Klientčinu důvěru by snížilo přehlížení zdravotníků, jejich povýšené chování při jednání s ní, neznalost její anamnézy a jejího zdravotního stavu. S takovým jednáním se během hospitalizace klientka nesetkala.

Respondentka by ocenila větší individuální přístup k pacientkám, ale je si vědoma, že při vysokém počtu pacientů toho nelze dosáhnout.

Respondentka č. 8, 31 let, II. gravida, II. para. Svobodná, žijící sama s přítelem. Nyní je těhotná po 2 letech. Je hospitalizována k observaci pro pokročilý vaginální nález, poloha plodu je koncem pánevním, jedna nožka plodu naléhá na pánevní vchod. V den našeho rozhovoru byla hospitalizována 15. den, gestační stáří jejího těhotenství bylo 36 + 6 dle PM.

Při návštěvě v prenatální poradně obvodní gynekolog klientce vyšetřil pokročilý vaginální nález a naléhání nožky plodu na pánevní vchod. Ihned těhotnou odeslal k hospitalizaci. Lékař jí vysvětlil, že naléhání nožky plodu na pánevní vchod je vážný stav.

Podle slov klientky je hospitalizace „na 100 % nutná“. Pokud by došlo ke spontánnímu odtoku plodové vody, okamžitě by se těhotenství ukončilo akutním císařským řezem. Tato nepravidelná poloha plodu nelze spontánně porodit, riziko poškození plodu je vysoké.

Těhotná je hospitalizována 15. den. Délka jí připadá odpovídající. Je ráda, že se jí těhotenství „nekomplikovalo“ dříve, musela by v nemocnici o to déle ležet. Slíbili jí, že až dosáhne 38.t.g., ukončí těhotenství plánovaným císařským řezem. Týden už není taková doba, ještě si odpočine, než začne běhat okolo miminka.

Respondentka byla v předešlém těhotenství hospitalizována jeden den pro hepatopatii, následující den jí lékaři vyvolali porod a ona porodila čtyři dny před termínem. Protože byla velice spokojená s péčí této nemocnice, požádala svého gynekologa, aby jí žádost k hospitalizaci napsal opět do tohoto zdravotnického zařízení. S přítelem si postavili dům u Mělníka, ale budou se stěhovat až po porodu, neboť klientka si zvolila k porodu zdejší porodnici. Je zde maximálně spokojená, ví, že se nemusí ničeho obávat.

Klientka si nemyslí, že by jí přímo něco obtěžovalo. Na první pohled jde vidět, že je nemocnice stará, že by zasloužila rekonstrukci, ale za to sestry ani lékaři nemůžou a nemohou to ovlivnit. Je si vědoma, v jakém stavu je české zdravotnictví, a proto je ráda za vše, co pro ni zdravotníci dělají.

Respondentka uvádí, že jedno WC a jedna sprcha pro šest těhotných pacientek je opravdu málo. Ocenila by častější a řádný úklid sociálního zařízení, z jejího pohledu je

současný stav nevyhovující. Na pokoji jí chybí více polštářů k podkládání velkého břicha a mezi kolena. Ale to jsou jen maličkosti, je jí hloupé vymýšlet si další nedostatky, protože je celkově velice spokojená.

Klientka musí dodržovat klidový režim, má povoleno docházet na WC a do sprchy, jinak musí stále ležet, proto nemůže docházet do jídelny na televizi. Sestry těhotné nabídly, že si může z domova nechat přinést televizi, DVD přehrávač nebo notebook. Hodně čte a odpočívá, víc nepotřebuje. Porodní asistentky se stále ptají, jestli něco nepotřebuje, pokud to jde, vždy jí vyjdou vstříc. Je maximálně spokojená.

Respondentka vnímá péči porodních asistentek za velice důležitou. Podle jejích slov se vždy těší, když přijde sestra na pokoj, že se jí může zase na něco zeptat, protože vždy dostane odpověď, vysvětlení. Porodní asistentky se určitě chovají velice profesionálně. Většina z nich se přijde na pokoj představit a stále se klientek vyptává, zda něco nepotřebují. Jde na nich vidět, že mají snahu a zájem.

Jak už bylo řečeno několikrát, klientka je velice s péčí porodních asistentek spokojená. Nic jí nenapadá, co by jí mohly ještě více nabídnout. Možná, že spíše lékaři by mohli s pacientkami více komunikovat. Ráno přijdou na vizitu, naordinují vyšetření, léky nebo nějaké postupy, ale vysvětlení už vážně. Informace o výsledcích nebo dalších postupech v léčbě se klientky automaticky nedozvědí, protože odpoledne už lékaře nevidí. Večerní vizitu má i lékař z jiného oddělení, který jim výsledky nesdělí.

Klientka upřednostňuje u porodních asistentek hlavně odborné znalosti. Cítí se v bezpečí a jistější, když mluví se sestrou, na které jde vidět, že ví, o čem mluví, že tomu rozumí.

Důvěra ve zdravotnický personál je pro respondentku velice důležitá. Obzvláště, když je těhotná. Kdyby neměla důvěru ve zdravotníky této nemocnice, nemohla by tu být hospitalizována.

Těhotnou trochu mrzí, že se na jejím pokoji na vizity stále mění lékaři. Ráno se mění dva lékaři a večer je to každý den jiný lékař. Nemyslí si, že by lékaři věděli o každé pacientce zcela všechno. Má obavy, zda by byla řádně ošetřena, kdyby došlo k nějakým komplikacím. Je si vědoma, že lékaři nemohou být nemocnici po celý den,

tak doufá, že je to nějakým způsobem ošetřeno, aby ostatní lékaři věděli alespoň nejdůležitější informace u daných klientek.

Respondentka by uvítala, kdyby se všichni zdravotníci chovali jako lékař, který sloužil o víkendu! Z jeho chování a jednání bylo znát, že má na klientky čas, má o ně zájem, byl trpělivý. Z jejího pohledu byla vizita velice precizní a 3x denně. Celkově byl lékař velice příjemný, bylo z něho cítit hodně energie.

Respondentka č. 9, 33 let, I. gravida, I. para, gemini. Svobodná, žijící sama s partnerem. Hospitalizována pro partus praematurus imminens s nepravidelnými děložními kontrakcemi. V den našeho rozhovoru byla hospitalizována 18. den, gestační stáří jejího těhotenství bylo 35 + 4 dle PM.

Klientka je hospitalizována pro hrozící předčasný porod dvojčat. Při návštěvě v prenatalní poradně jí obvodní gynekolog oznámil, že je vše v pořádku, a proto odpoledne absolvovala genetický ultrazvuk ve 30. t.g. Tam jí bylo oznámeno, že první z dvojčat pokleslo poměrně hodně do porodních cest. Byla jí doporučeno opět navštívit svého gynekologa. Ona však šla rovnou do nemocnice na vyšetření a byla zde hospitalizována. Byla jí podávána infuzní terapie k zastavení děložních kontrakcí, které ona jako kontrakce nepopisuje. „Děloha je více tvrdá, protože se miminka více hýbou“. Než si vybrala právě tuto nemocnici, hledala informace na internetu. Nalezla, že je tu o těhotné a předčasně narozené děti velmi dobrá péče, a proto si zvolila právě tuto nemocnici.

Respondentka považuje svůj pobyt v nemocnici za nutný. Protože je prvorodička, nevěděla, jak má kontrakce poznat. Až lékaři a porodní asistentky jí vysvětlili, že to občasné tvrdnutí břicha, což nepovažovala za důležité, jsou kontrakce a že se schyluje k předčasnému porodu. Je důležité, aby donosila děti co nejdéle, aby byly co nejvíce vyvinuté.

Těhotná je hospitalizována 18. den. Délku hospitalizace považuje za odpovídající už jen proto, že dnes na CTG záznamu byly opět zaznamenány kontrakce a byla navrácena infuzní terapie. Ještě není v takovém stavu, aby mohla být propuštěna domů.

Klientka je hospitalizována pro rizikové těhotenství poprvé. Zkušenost s hospitalizací by rozhodně uvítala. Věděla by, co jí čeká, co se bude dít dál, už by rozuměla řadě věcí, o kterých nyní slyší poprvé. Nečekala, že bude hospitalizována, proto neměla připravené žádné věci do nemocnice, všechno jí museli z domova přivést. Po této zkušenosti bude obezřetná a raději si „pohotovostní zavazadlo“ nachystá včas.

Respondentku vyloženě nic na oddělení neobtěžuje. Možná jen strava by mohla být vícekrát za den, mohla by být možnost výběru a mohlo by být více zeleniny a ovoce.

Ocenila by větší počet WC, jedno WC a jednu sprchu na šest těhotných považuje za nevyhovující. Ale není náročná. S pacientkami z vedlejšího pokoje se domluvily i na určitém režimu a zatím to funguje. Než šla na vyšetření do této nemocnice, hledala o ní informace na internetu. Nalezla tam hodnocení sociálních zařízení a vybavení pokojů, věděla do čeho „jde“. Oddělení by mohlo být veseleji vymalované, s více obrázky.

Od porodních asistentek se klientka s žádnou nabídkou k trávení volného času během hospitalizace nesetkala. Porodní asistentky jí povolily nechat si přinést DVD přehrávač a příteli povolují návštěvu mimo určené hodiny, za což je jim vděčná. Podle slov klientky by stejně neměla o žádnou aktivitu zájem. Stále má obavy o děti, je zahleděná do sebe, asi je někdy pěkně „otravná“, je ráda, že jí sestry dopřávají klid.

Respondentka považuje péči porodních asistentek za velice důležitou. Porodní asistentky tráví s pacientkami nejvíce času, pečují o ně celý den. Lékaři chodí jen ráno na vizity a pak odbíhají jinam. Veškerá péče o pacienty stojí právě na porodních asistentkách.

Od porodních asistentek by těhotná uvítala více informací, co jí podávají za léky, kdy se užívají, před jídlem, po jídle. Celkově jsou pro ni všechny informace, jako pro prvorodičku, velmi cenné. Tyto informace by mohly být podávány automaticky, bez vyzvání pacientky. Např. když je měřen krevní tlak, mohlo by být řečeno, jaká je jeho hodnota a jestli je vše v pořádku, proč se určitá vyšetření dělají, co od toho má očekávat atd. Mohli by se více ptát, jestli něco nepotřebuje.

U porodních asistentek považuje klientka za důležité jak odborné znalosti, tak i empatii a starostlivost. Tyto znalosti a vlastnosti musí mít každá sestra, nelze rozlišovat, které jsou více a které méně důležité.

Podle těhotné je důvěra ve zdravotnický personál důležitá, ale asi záleží na určité osobě a na jejím názoru. Příkladem může být situace kolem jejího příjmu. Její obvodní gynekolog jí řekl, že je s jejím těhotenstvím vše v pořádku a za pár hodin ji jiný lékař přijme k hospitalizaci, protože se obává, že předčasně porodí. Neví, co si má o tom myslet.

Respondentka se během hospitalizace nesešla s chováním, které by snížilo její důvěru ke zdravotnickému personálu. Nemá ráda, když zdravotníci počítají, že má všechny informace např. z internetu a knih zjištěné, a nemají potřebu jí k danému problému něco říci. A když se zeptá, jsou pohoršeni, že o tom nic neví.

Klientka by uvítala zlepšení komunikace mezi ní a zdravotníky, podávání informací automaticky, slušné chování.

4.2 Výsledky rozhovorů a tabulky nejčastějších odpovědí klientek

Tabulka 1 Anamnestické údaje respondentek

	respondentka	věk	rodinný stav	bydlí s	gravidita/ parita	počet dětí	počet let od předešl. těhot.
Nem. č. 1	R 1	28 let	svobodná	partnerem	I./ I.	0	0
	R 2	27 let	svobodná	partnerem a rodiči	I./ I.	0	0
	R 3	31 let	vdaná	manželem	III./ III.	0	10 let
Nem. č. 2	R 4	34 let	vdaná	manželem a dětmi	V./ III.	2	2,5 roku
	R 5	32 let	vdaná	manželem	I./ I.	0	0
	R 6	33 let	vdaná	manželem a dítětem	II./ II.	1	4,5 let
Nem. č. 3	R 7	31 let	vdaná	manželem	II./I.	0	0
	R 8	31 let	svobodná	partnerem a rodiči	II./ II.	1	2 roky
	R 9	33 let	svobodná	partnerem	I./ I.	0	0

Věk dotazovaných se pohyboval od 27 do 34 let. Pět respondentek bylo vdaných a čtyři byly svobodné, z toho dvě těhotné žily s partnerem ve společné domácnosti s jeho či jejími rodiči. Pět žen byly prvorodičky a čtyři těhotné byly vícerodičky, a ačkoliv jedna z nich byla tercipara, žádné dítě dosud neměla (nyní těhotná po deseti letech). Jedna těhotná byla matkou dvou dětí (gravidní po 2,5 letech) a dvě respondentky měly jedno dítě (v jiném stavu byly po 2 a 2,5 letech).

Tabulka 2 Důvod hospitalizace z pohledu respondentek

	respondentka	důvod hospitalizace	poznámka
Nem. č. 1	R 1	hrozící předčasný porod	
	R 2	hrozící předčasný porod	důvod jí nebyl dostatečně vysvětlen
	R 3	hrozící předčasný porod	příčinu obtíží uvádí jinou
Nem. č. 2	R 4	hrozící předčasný porod	
	R 5	hrozící předčasný porod	
	R 6	hrozící předčasný porod	
Nem. č. 3	R 7	hrozící předčasný porod	
	R 8	observace při naléhání nožky na pánevní vchod u polohy koncem pánevním plodu	
	R 9	hrozící předčasný porod	

Všechny respondentky znaly důvod své hospitalizace, tedy v osmi případech důvodem jejich hospitalizace byl hrozící předčasný porod a jedna respondentka byla hospitalizována k observaci z důvodu naléhání nožky plodu při jeho poloze koncem pánevním. Pouze jedna klientka (Res. 2) uvedla, že jí ze strany zdravotníků nebyl jasně sdělen důvod, ale sama intuitivně závažnost svého stavu pochopila. Další respondentka (Res. 3) důvod své hospitalizace na gynekologickém oddělení znala, avšak příčinu vzniku svých obtíží uváděla jinou, než bylo z pohledu její ošetřující lékařky.

Tabulka 3 Názor klientek na nutnost jejich hospitalizace

	respondentka	nutnost hospitalizace	názor respondentky
Nem. č. 1	R 1	ano	zabránění předčasného porodu
	R 2	spíše ne	klientka dlouho bez obtíží
	R 3	ano	zabránění předčasného porodu
Nem. č. 2	R 4	ano	zabránění předčasného porodu
	R 5	ano	lékaři řekli, že je to nutné
	R 6	ano	zabránění předčasného porodu
Nem. č. 3	R 7	ano	zabránění předčasného porodu
	R 8	ano	zabránění komplikací porodu
	R 9	ano	zabránění předčasného porodu

Jedna z devíti respondentek (Res. 2) si nemyslela, že by její pobyt na gynekologickém oddělení byl po celou dobu nutný. Důvodem jejího názoru byla dlouhodobá absence jakýchkoli obtíží. Nemá znalosti a informace jako lékaři, aby dokázala zhodnotit, zda je její hospitalizace nutná. Ostatní klientky uvedly, že jejich hospitalizace je nutná k zabránění předčasného porodu nebo komplikacím při porodu. Jedna respondentka odpověděla, že její hospitalizace je nutná, protože tak jí to oznámili lékaři, a ona jim věří.

Tabulka 4 Délka hospitalizace a názor respondentek na ní

	respondentka	délka hospitalizace	názor na délku hospitalizace
Nem. č. 1	R 1	48 dnů	odpovídající
	R 2	23 dní	neví
	R 3	89 dnů	odpovídající
Nem. č. 2	R 4	22 dnů	odpovídající
	R 5	73 dní	odpovídající
	R 6	13 dní	odpovídající
Nem. č. 3	R 7	17 dní	odpovídající
	R 8	15 dní	odpovídající
	R 9	18 dní	odpovídající

Délka hospitalizace oslovených klientek byla od 13 po 89 dnů. Osm respondentek zhodnotilo délku svého pobytu v nemocnici za odpovídající. Pouze jedna těhotná (Res. 2) nedokázala délku hospitalizace posoudit, neboť měla nedostatečné informace o důvodu své hospitalizace.

Tabulka 5 Zkušenost s předešlou hospitalizací a názor respondentek na výhody s ní spojenou

	respondentka	zkušenost s hospitalizací s rizik. těhot.	Pomohla by zkušenost s hospitalizací?	důvod
Nem. č. 1	R 1	ne	ano	více informací
	R 2	ne	ano	představa o hospitalizaci, příprava tašky do nemocnice
	R 3	ano	ne	obavy z komplikací z předešlého těhot.
Nem. č. 2	R 4	ano	ano	věří poskytnuté léčbě, poznala ženy s většími problémy
	R 5	ne	ne	strach to nezmírní
	R 6	ano	ano	brzká příprava domova, lepší zvládnání současné hospit.
Nem. č. 3	R 7	ne	ano	zmírnění strachu a obav
	R 8	ano	ano	hospitalizace v nemocnici, s kterou je nejvíce spokojená
	R 9	ne	ano	znalost postupu léčby, příprava taška do nemocnice

Čtyři respondentky (Res. 3, 4, 6, 8) měly s hospitalizací pro rizikové těhotenství v předešlé graviditě zkušenost, jedna klientka (Res. 3) nevidí v této zkušenosti výhodu. Právě naopak, stále má na paměti komplikace z předešlých gravidit. Po celou dobu současného těhotenství se těchto komplikací obávala. Klientky (Res. 1, 2, 5, 7, 9), které nebyly hospitalizované pro rizikovou graviditu, by však tuto zkušenost ocenily. Důvody jsou uvedené v tabulce č. 3. Pouze jedna těhotná (Res. 5) výhodu ve zkušenosti z předešlé hospitalizace neviděla. Její názor byl takový, že žádná zkušenost nezmírní obavy z předčasného porodu, které zažívala během hospitalizace.

Tabulka 6 Problémy, které obtěžují klientky při hospitalizaci

		Nem. č. 1			Nem. č. 2			Nem. č. 3		
R= respondentka	celkem	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8	R 9
rekonstrukce soc. zařízení na odd.	2	1	1							
malý počet sociálních zařízení	2	1	1							
staré sociální zařízení	2		1	1						
klientky z odd. sociálních lůžek	2	1	1							
chod oddělení- brzký začátek dne	2	1	1							
strava- méně pestrá	3	1		1						1
denně CTG záznam, opakující vyšetření	1				1					
hospitalizace v jiné nemocnici	1							1		
nic klientu neobtěžuje	3					1	1		1	

Respondentky z jedné nemocnice (Res. 1, 2) uvedly, že je obtěžuje probíhající rekonstrukce sociálního zařízení na oddělení. S rekonstrukcí souvisí i stížnosti těhotných (Res. 1, 2) na snížení počtu sociálních zařízení a dočasná přítomnost klientek z jiného oddělení (oddělení sociálních lůžek). Uvedená rekonstrukce pak stížnosti respondentek (Res. 2, 3) na staré a opotřebované sociální zařízení vyřeší. Dále klientky (Res. 1, 2) za obtěžující označily brzké buzení sestrami na oddělení a brzký začátek dne. Méně pestrá strava s nedostatkem ovoce a zeleniny, to je další problém, na který gravidní ženy (Res. 1, 3, 9) poukazovaly. Jedna respondentka (Res. 4) uvedla, že denní CTG záznam, opakující vaginální vyšetření a vyšetření krve považuje za „nutné zlo, které je potřeba během hospitalizace vydržet“. Další těhotné (Res. 7) vadilo, že byla

hospitalizována v jiné nemocnici, než kterou si vybrala k porodu. Tři respondentky (Re. 5, 6, 8) během jejich hospitalizace nic neobtěžovalo.

Tabulka 7 Co klientky postrádají během své hospitalizace

		Nem. č. 1			Nem. č. 2			Nem. č. 3		
R= respondentka	celkem	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8	R 9
více nábytku na pokoji	2	1	1							
pomůcky k podkládání a polohování v lůžku	3	1	1						1	
televizor nebo rádio	3	1				1	1			
internet na pokoji	2					1	1			
lepší, novější materiální vybavení odd.	1	1								
více posezení pro návštěvy na odd.	2		1	1						
nové sociální zařízení na odd.	1			1						
častější a řádný úklid soc. zařízení	1								1	
samostatné soc. zařízení	3				1				1	1
barevnější oddělení	3			1	1					1
literatura na odd.	2				1	1				
služby pedikérky nebo kadeřnice	2	1			1					
pestřejší strava	2					1	1			
bufet	1	1								
nový vzhled oddělení i nemocnice	1							1		

Jedna respondentka (Res. 3) z menší nemocnice uvedla, že jí chybí nové sociální zařízení. Tři klientky (Res. 4, 8, 9) by zase ocenily samostatné sociální zařízení, ve kterém by se nemusely dělit s dalšími pacientkami z vedlejšího pokoje. V této souvislosti jedna těhotná (Res. 8) postrádala častější a řádný úklid sociálního zařízení. Dalším dvěma klientkám (Res. 5, 6) chyběla na oddělení pestřejší strava. Dvě respondentky (Res. 1, 2) by rády viděly na svém pokoji více nábytku k úschově věcí, jedna těhotná (Res. 1) uvedla, že jí na oddělení chybí celkově lepší a novější vybavení. Tři gravidní ženy (Res. 1, 5, 6) by na svém nemocničním pokoji uvítaly fungující televizor či rádio a dvěma respondentkám (Res. 5, 6) chybělo na pokoji internetové připojení. Třem těhotným by k pohodlnějšímu pobytu na lůžku pomohlo více pomůcek, například polštářů, k jejich polohování a podkládání rostoucího břicha. Dále dvě respondentky (Res. 2, 3) uvedly, že jim na oddělení chybí více křesel či židlí k posezení s návštěvou, a tři klientky (Res. 3, 4, 9) se vyjádřily, že by ocenily, kdyby byla výmalba oddělení více barevná, veselá. Jedna těhotná (Res. 7) uvedla, že by uvítala celkově nový vzhled oddělení i celé nemocnice. Dvěma respondentkám (Res. 4, 5) chyběla na oddělení možnost vypůjčit si literaturu s těhotenskou tematikou, o novorozenci anebo jiná literatura ke zkrácení dlouhé chvíle během pobytu v nemocnici. Další dvě klientky (Res. 1, 4) se vyjádřily, že by rády využily během své dlouhodobé hospitalizace v nemocnici služby pedikérky či kadeřnice. A jedna těhotná (Res. 1) by v blízkosti oddělení, na kterém se nacházela, ocenila bufet s potravinami a základními hygienickými potřebami.

Tabulka 8 Návrhy klientek na zlepšení pobytu v nemocnici

		Nem. č. 1			Nem. č. 2			Nem. č. 3		
R= respondentka	celkem	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8	R 9
předporodní kurzy	2	1			1					
pohovor s neonatologem	1	1								
pohovor s psychologem nebo s duchovním	1			1						
větší informování	2		1					1		
komunikace se zdravotníky	1		1							
aktivity jsou pouze pro ženy s fyziolog. těhot.	1							1		
aktivity nepovažuje za důležité	2					1	1			
nemá o žádnou aktivitu zájem	1									1
spokojená se současným stavem	1								1	

Tři klientky (Res. 5, 6, 7) z devíti dotazovaných uvedly, že jim porodní asistentky nenabídlly žádnou aktivitu, která by jim pomohla lépe snášet jejich hospitalizaci. Z těchto tří klientek dvě těhotné (Res. 5, 6) nepovažovaly za důležité, aby jim porodní asistentky vymýšlely a nabízely aktivity k trávení volného času během pobytu v nemocnici. I třetí těhotná (Res. 7) nepovažovala nenabídnutí aktivity porodními asistentkami za problém, neboť si myslela, že je pro ženy s fyziologicky probíhajícím těhotenstvím vhodná většina aktivit, a tak by se jich pro svou rizikovou graviditu stejně nemohla zúčastnit. Zbylým šesti respondentkám nabídly porodní asistentky aktivitu ke zlepšení jejich pobyt v nemocnici. Dvě těhotné (Res. 1, 4) by uvítaly, kdyby se na oddělení pořádaly předporodní kurzy. Jedna klientka (Res. 2) měla názor, že lepšího

snášení hospitalizace se docílí i tak, že dojde ke zlepšení komunikace mezi pacientkami a zdravotníky a těhotné budou více informovány (Res. 2, 7). Další těhotná (Res. 3) se zmínila, že by jí pobyt v nemocnici ulehčil rozhovor s psychologem či duchovním, a jedna respondentka (Res. 1) by ocenila i rozhovor s neonatologem, který by mohl její obavy o nenarozené dítě zmírnit. Jedna klientka (Res. 8) byla se současnými nabídnutými aktivitami porodních asistentek spokojená, neměla žádné požadavky. Žádné požadavky na porodní asistentky neměla i další respondentka (Res. 9), neboť neměla o žádnou aktivitu během hospitalizace zájem.

Tabulka 9 Vnímání péče porodních asistentek klientkami

		Nem. č. 1			Nem. č. 2			Nem. č. 3		
R= respondentka	celkem	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8	R 9
pozitivně vnímána	4	1	1			1	1			
užší a častější kontakt	4	1	1	1						1
důležitá	8	1		1	1	1	1	1	1	1
vstřícná	2		1						1	
organizovaná	1				1					
málo organizovaná	1		1							
zdroj informací	1			1						
nezbytná	2			1	1					
nenahraditelná	2					1	1			
užitečná	1							1		
profesionální	1								1	
doplňující práci lékaře	1			1						
lékařská péče je důležitější	1							1		

Osm respondentek (Res. 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9) odpovědělo, že péče porodních asistentek je důležitá. Klientky (Res. 1, 2, 5, 6) vnímaly poskytovanou péči pozitivně a uvedly, že porodní asistentky mají s těhotnými užší a častější kontakt než lékaři (Res. 1, 2, 3, 9).

Dále těhotné popisovaly péči jako vstřícnou (Res. 2, 8), jako nezbytnou (Res. 3, 4) a nenahraditelnou (Res. 5, 6). Jedna respondentka (Res. 4) považovala péči porodních asistentek během své hospitalizace za organizovanou, jiná klientka (Res. 2) však označila jejich práci za málo organizovanou. Jedna těhotná považovala porodní asistentky za zdroj informací (Res. 3), další klientka vnímala jejich péči za profesionální (Res. 8) a užitečnou (Res. 7). A jedna respondentka považovala lékařskou péči za důležitější.

Tabulka 10 Požadavky klientek na porodní asistentky

		Nem. č. 1			Nem. č. 2			Nem. č. 3		
R= respondentka	celkem	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8	R 9
předporodní kurzy na oddělení	2		1	1						
více informací	5	1	1	1				1		1
zajistit kontakt s lékařem	3			1	1				1	
pochopení	1						1			
profesionalita	2				1		1			
vřídne chování	1				1					
větší zájem	1									1
nácvik rehabilit. cvičení	1	1								
bez požadavku	1					1				

Nejčastěji respondenty uváděly, že by od porodních asistentek ocenily více informací (Res. 1, 2, 3, 7, 9). S informacemi souvisí další dva nejčastěji vyjádřené požadavky: předporodní kurzy (Res. 2, 3) na oddělení a zajištění kontaktu a konzultace těhotné

s lékařem (Res. 3, 4, 8). Dále klientky očekávaly od porodních asistentek profesionalitu (Res. 4, 6), pochopení (Res. 6), vlídné chování (Res. 4), ale i větší zájem (Res. 9). Jedna respondentka (Res. 1) vyjádřila zájem, aby jí porodní asistentky naučily základní rehabilitační cviky k protažení celého těla na lůžku. Jedna klientka (Res. 5) neměla na porodní asistentky žádný požadavek.

Tabulka 11 Názor klientek na vlastnosti a znalosti porodních asistentek

	respondentka	odborné znalosti nebo empatie, starostlivost?
Nem. č. 1	R 1	nelze oddělit
	R 2	nelze oddělit
	R 3	odborné znalosti
Nem. č. 2	R 4	odborné znalosti
	R 5	nelze oddělit
	R 6	odborné znalosti
Nem. č. 3	R 7	nelze oddělit
	R 8	odborné znalosti
	R 9	nelze oddělit

Na otázku, co je u porodních asistentek důležité, zda odborné znalosti, zručnost nebo spíše empatie, starostlivost a pochopení, uvedlo pět respondentek (Res. 1, 2, 5, 7, 9), že uvedené vlastnosti nelze oddělit, všechny jsou stejně důležité a navzájem se doplňují. „Porodní asistentky bez odborných znalostí jsou nemyslitelná věc a porodní asistentky se znalostmi, ale bez empatie a pochopení jsou noční můrou všech pacientek“. Na druhou stranu čtyři klientky si myslely, že důležité jsou znalosti odborné. Podle nich jsou znalosti v práci porodních asistentek základem, na který lze stavět další zručnosti a dovednosti.

Tabulka 12 Důvěra klientek ve zdravotnický personál

	respondentka	důvěra ve zdravotnický personál	důvod
Nem. č. 1	R 1	ano	hospitalizace bez důvěry nelze
	R 2	spíše ano	obavy z chyb ze strany zdravotníků
	R 3	ano	individuální
Nem. č. 2	R 4	ano	důvěra je základ úspěšné léčby
	R 5	ano	hospitalizace bez důvěry nelze
	R 6	ano	zcela důvěruje
Nem. č. 3	R 7	ano	individuální
	R 8	ano	hospitalizace bez důvěry nelze
	R 9	ano	individuální

Až na jednu, měly všechny respondentky (Res. 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9) důvěru ve zdravotnický personál. Uváděly, že dlouhodobá hospitalizace bez důvěry ke zdravotníkům není možná (Res. 1, 5, 8). Považovaly ji za základ úspěšné léčby (Res. 4). Také však poznamenaly, že důvěra je velice individuální (Res. 3, 7, 9). K některé osobě mají důvěru větší či menší. Ale celkově důvěřovaly všem zdravotníkům, kteří se o ně starali. Jedna klientka (Res. 2) uvedla, že spíše důvěruje, tedy ne zcela. V péči o sebe se obávala pochybení zdravotníků, proto je stále kontrolovala a o všem vyžadovala informace. A jedna respondentka (Res. 6) odpověděla, že důvěra ve zdravotnický personál je pro ni velice důležitá, a věří, že lékaři pro záchranu jejích dětí udělají vše.

Tabulka 13 Chování snižující důvěru klientek a zkušenost s nimi při hospitalizaci

		Nem. č. 1			Nem. č. 2			Nem. č. 3		
R= respondentka	celkem	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8	R 9
nevhodné chování a komunikace lékařů	3	1	1	1						
nedostatečná komunikace zdravotníků	2		1							1
nevhodné chování zdravotníků	4				1	1	1	1		
zaučování nových zdravotníků	1		1							
častá fluktuace lékařů na oddělení	1								1	
zkušenost s uvedenými nedostatky?		ano	ano	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ne

Nejčastější odpovědi respondentek (Res. 4, 5, 6, 7) bylo, že jejich důvěru by snížilo nevhodné chování všech zdravotníků obecně. Tři respondentky (Res. 1, 2, 3) byly konkrétnější, ty uvedly, že nevhodné chování a komunikace lékařů by snížily jejich důvěru. Dvě klientky (Res. 1, 2) z uvedených tří odpověděly, že se ze strany lékařů se zmíněnými nedostatky během svého pobytu na gynekologickém oddělení setkaly. Dvě těhotné zmínily, že nedostatečná komunikace ze strany zdravotníků by také snížila jejich důvěru k nim. Jedné klientce (Res. 2) důvěru lehce narušila zkušenost s novými zdravotníky, kteří se v péči o ní zaučovali. Jedna respondentka (Res. 8) uvedla, že časté změny lékařů při vizitách a v ošetřování u ní vyvolaly jisté pochybnosti. Jak už bylo řečeno, dvě klientky (Res. 1, 2) se setkaly s nedostatky v chování zdravotníků, zbylé respondentky (Res. 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9) zkušenost s nevhodným chováním zdravotnického personálu neměly.

Tabulka 14 Návrhy klientek k chování zdravotníků ke zlepšení jejich důvěry

	celkem	Nem. č. 1			Nem. č. 2			Nem. č. 3		
		R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8	R 9
R= respondentka										
automatické podávání více informací	3	1	1							1
lepší komunikace zdravotníků	2		1							1
lepší komunikace lékařů	1			1						
zájem, obětavost, spolehlivost, trpělivost	2				1				1	
pravidelné konzultace s ošetř. lékařem	1	1								
individuální přístup k pacientkám	1							1		
zdravotníci více se smát	1			1						
bez návrhu	2					1	1			

Tři respondentky (Res. 1, 2, 9) by ocenily, kdyby získávaly informace od zdravotníků automaticky, bez dotazování. S tím souvisí i další návrhy těhotných (Res. 2, 9), a to lepší komunikace ze strany všech zdravotníků obecně. Jedna respondentka (Res. 3) uvedla, že je potřeba zlepšit komunikaci ze strany lékařů. Další dvě klientky (Res. 4, 8) by u zdravotnického personálu ocenily větší zájem, obětavost, trpělivost a spolehlivost. Jedné dotazované (Res. 7) by vyhovoval větší individuální přístup v její péči, a jiná těhotná (Res. 3) požadovala, aby se zdravotníci na klientky více usmívali. Jedna klientka (Res. 1) navrhovala, aby lékaři své klientky pravidelně informovali a společně hodnotili dosavadní léčebný proces. Dvě respondentky (Res. 5, 6) byly s daným chováním a péčí zdravotníků spokojené, neměly žádný návrh na zlepšení.

5 Diskuse

Bakalářská práce byla zaměřena na vnímání poskytnuté ošetrovatelské péče porodních asistentek během dlouhodobé hospitalizace při rizikovém těhotenství těhotnými klientkami. Práce si kladla za cíl zjistit, jak těhotné klientky poskytnutou péči porodních asistentek během pobytu na gynekologickém oddělení či oddělení rizikového těhotenství vnímají a zda důvěřují zdravotnickému personálu.

Bylo zvoleno kvalitativní šetření formou rozhovoru. Otázky rozhovoru, které byly položeny devíti respondentkám ze dvou nemocnic v Jihočeském kraji a z jednoho zdravotnického zařízení v Praze, byly pokládány tak, aby výzkumné otázky bakalářské práce byly zodpovězeny: S výzkumnou otázkou č. 1 souvisí otázky rozhovoru č. 9, 10, 11, s výzkumnou otázkou č. 2 souvisí otázky rozhovoru č. 1, 2, 3, s výzkumnou otázkou č. 3 souvisí otázky rozhovoru č. 4, 5, s výzkumnou otázkou č. 4 souvisí otázky rozhovoru č. 6, 7, 8 a s výzkumnou otázkou č. 5 souvisí otázky rozhovoru č. 12, 13, 14 (viz příloha č. 5).

Rozhovoru předcházelo zjištění základních anamnestických údajů respondentek (tabulka č. 1). Věk dotazovaných se pohyboval od 27 do 34 let, pět žen bylo prvorodičkami, což odpovídá obecnému faktu, že se v dnešní době věková hranice těhotných posouvá výše. Důvodem může být např. studium, kariéra, potřeba finančního zajištění ženy (28). Čtyři ženy byly vícerodičkami, a ačkoliv jedna z nich byla tercipara, žádné dítě dosud neměla. Čtyři respondentky byly svobodné a pět těhotných bylo vdaných. I zde se potvrzuje obecný fakt, že v dnešní době narůstá počet neprovdaných párů. Ve společnosti již manželství podmínkou pro založení rodiny není. S tímto faktem se setkáváme během své praxe na gynekologicko– porodnickém oddělení denně. Dvě těhotné žily s partnerem ve společné domácnosti, s jeho či svými rodiči.

Všech devět těhotných klientek znalo důvod své hospitalizace (tabulka č. 2). Pouze jedna dotazovaná uvedla, že získala nedostatečné informace o důvodu své hospitalizace ze strany zdravotníků. Jedna respondentka viděla příčinu nástupu předčasných kontrakcí a tím i rizika hrozícího porodu ve své úzkosti a obavách

z náročné cesty do ciziny a z opakování negativních zkušeností z předešlých gravidit, kdy porodila dva mrtvé plody. Ratislavová (22) píše, že ženy, u kterých předchozí těhotenství skončilo potratem nebo porodem mrtvého plodu, mohou být více úzkostné, více se pozorují a jsou pod větším psychickým tlakem. Podle našeho názoru se uvedená respondentka cítila v nemocnici mnohem bezpečněji a jistěji, než kdyby byla se svým strachem a obavami doma sama.

Jedna těhotná považuje nedostatek informací o důvodu hospitalizace při příjmu i během pobytu na gynekologickém oddělení za příčinu, že nedokáže posoudit, zda délka hospitalizace odpovídá jejímu zdravotnímu stavu (tabulka č. 4), a proto si myslí, že hospitalizace po celou dobu jejího setrvání v nemocnici nebyla nutná. Zbýlých osm respondentek si myslí, že jejich pobyt v nemocnici nutný je (tabulka č. 3). Nejčastěji uváděly, že důvodem je zabránění předčasnému porodu a předcházení komplikacím při porodu. Stejně tak si myslí, že délka jejich hospitalizace je odpovídající jejich zdravotnímu stavu (tabulka č. 2). Kutnohorská (15) píše, že pacienti, tedy i těhotné ženy, mají právo na dostatečné informace o svém zdravotním stavu, o plánovaných vyšetřeních a o léčebných postupech, aby se dotyčný mohl rozhodnout, zda s navrženými postupy souhlasí. Informovanost pacientů/klientů je zakotvena i v etickém kodexu „Práva pacientů“ (19, viz příloha č. 4). Práva pacientů mají pomoci k lepšímu porozumění mezi klientkou, její rodinou a zdravotníky a mají zajistit, že klientka bude respektována jako partner lékaře a dalšího zdravotnického personálu. Ačkoliv bylo právo na informace definováno, v praxi dochází k četným problémům a nedorozuměním. Zdravotníci mají díky svým odborným znalostem nad klientkami převahu, a tím pádem i odpovědnost za to, jak budou s těmito informacemi zacházet. Je tedy na nás, na zdravotnících, jak informace klientkám předáme a jak kvalitní terapeutický vztah s ženami navážeme (38). „Pouhé“ podání informací či vysvětlení nejen těhotné ženě napomůže zmírnit její obavy, neklid, ale pomůže ji zapojit i ke spolupráci.

Tabulka č. 5 znázorňuje odpovědi respondentek, zda měly s hospitalizací pro rizikové těhotenství v předchozí graviditě zkušenost. Pokud ano, zda jim tato zkušenost nějakým způsobem pomohla. Těhotné bez zkušenosti s pobytem v nemocnici byly

dotazovány, zda by takovou to zkušenost ocenily. Čtyři dotazované byly v předešlém těhotenství hospitalizovány pro rizikové těhotenství. Výhodu vidí v tom, že o navržené léčbě nepochybují, poznaly jiné ženy v mnohem těžších situacích a celkově lépe současnou hospitalizaci snáší, dříve domov na příchod miminka připravily a při obtížích si k hospitalizaci zvolily nemocnici pro předchozí dobré zkušenosti. Pouze jedna respondentka zkušenosti z předešlé hospitalizace ocenila negativně. Nepříjemné vzpomínky na dvě nezdařená těhotenství v ní vyvolávaly úzkostnější hlídání jakýchkoli obtíží a větší obavy o dítě. Pět těhotných nemělo s hospitalizací pro rizikové těhotenství žádnou zkušenost. Podle jejich názoru by jim prožitá zkušenost pomohla lépe se v chodu oddělení a v navržené léčbě zorientovat, měly by více informací, věděly by, co si mají do nemocnice zabalit a jejich strach a obavy o dítě by se zmírnily. Na druhé straně jedna respondentka dospěla k názoru, že strach a obavy o nenarozené dítě by žádná zkušenost nezmiřnila. Proto si myslíme, že je nutné, aby porodní asistentky a další zdravotnický personál věnoval zvláštní pozornost ženám, které zkušenost s pobytem v nemocnici pro rizikové těhotenství nemají, a tak jim pomohl hospitalizaci lépe snášet a přivyknout si na ni. Pobyt v novém a zároveň v cizím prostředí vyvolává u klientek neklid, úzkost, někdy i strach. Zmírnění obav a strachu může porodní asistentka docílit tak, že klientku při příchodu na oddělení s chodem oddělení, návštěvními hodinami a s povolením návštěv na pokojích seznámí, vysvětlí jí, kde se nachází sociální zařízení, zda stravování probíhá na pokoji či v jídelně, kde se nachází lednice pro uchování jídla, zda je na oddělení společenská místnost pro trávení volného času atd. Jak už bylo řečeno, tyto informace je vhodné podávat ihned při příchodu klientky na oddělení. Někdy však, vážný zdravotní stav těhotné v podání těchto informací brání, nebo je klientka v danou chvíli nevnímá. Pak je nutné tyto informace opakovat či podat tehdy, až se zdravotní stav klientky zlepší a zklidní.

Na otázky, co klientky během hospitalizace obtěžuje a co jim chybí, odpovídaly těhotné současně, proto jsou také odpovědi v tabulkách č. 6 a 7 obdobné a doplňují se. Respondentky ze starší malé nemocnice si často stěžovaly na nevhodné a zastaralé sociální zařízení a na jejich malý počet. Probíhající rekonstrukce, která tyto nedostatky řeší, byla dalším negativním vjemem dotazovaných. Nedostačující sociální zařízení není

však problémem jen starší nemocnice. I klientky fakultní nemocnice v Praze uváděly, že jedno WC a sprcha mezi dvěma třílůžkovými pokoji je příliš málo. Samostatné sociální zařízení v každém pokoji by těhotné ocenily jak ve fakultní, tak i v krajské nemocnici. Dalším společným „problémem“ zjištěným respondentkami ze tří zdravotnických zařízení je málo pestrá strava. Tři těhotné měly dietní omezení a obě odpověděly, že jejich strava se málo obměňovala. I ostatní respondentky by ocenily větší pestrost v jídelníčku, hlavně více zeleniny a ovoce. Během rozhovoru s těhotnými jim doporučujeme, aby do jídelníčku zařazovaly dostatek vitamínů a vlákniny, nemocniční strava bohužel naše slova nekopíruje, neřídí se jimi.

Obecně lze říci, že klientky by rády viděly nemocnice a oddělení nová, barevná, s dostatečným prostorem pro návštěvy a osobní věci. Vyhovovalo by jim, kdyby byl chod oddělení více přizpůsoben jejich potřebám, oddělení vhodně vybaveno možnostmi využití služeb kadeřnictví a pedikúry. Dlouhodobá hospitalizace obnáší mimo jiné i větší nároky na prostor pro osobní věci klientek. O této problematice se zmiňuje i Patricie Anzari ve svém článku *Pobyt v nemocnici je také kousek života* (1). Ta nedostatek úložného prostoru v nemocnicích přirovnává k vězení.

Šest respondentek uvedlo, že jim porodní asistentky nabízely možnosti, jak trávit volný čas během hospitalizace. Dvě klientky, které nabídku nedostaly, nepovažovaly za důležité, aby jim porodní asistentky vymýšlely a nabízely aktivity k trávení volného času. Devátá respondentka uvedla, že nenabídnutí aktivity porodními asistentkami nepovažovala za problém, neboť si myslela, že většina aktivit je vhodná pro ženy s těhotenstvím probíhajícím fyziologicky, a tak by se aktivit pro svou rizikovou graviditu stejně zúčastnit nemohla. Podle našeho názoru je jakákoliv snaha a zájem zdravotníků pomoci klientkám vyplnit čas nějakou činností hodnocena těhotnými vždy pozitivně.

Slovo, uváděné klientkami nejčastěji v souvislosti s vnímáním péče porodních asistentek, je slovo „důležitá“ (tabulka č. 9). Dále těhotné uváděly, že celkově vnímají péči porodních asistentek pozitivně a kontakt s nimi popisují jako užší a častější než s lékaři. O blízkém vztahu sestry/porodní asistentky a klientky píše i Bártlová (2) a Zacharová (37). Porodní asistentka je klientkami vnímána nejen jako samostatná osoba, ale i jako člen zdravotnického týmu, tedy v úzké spolupráci s lékařem (37). Tvoří

prostředníka mezi lékařem a klientkami (2). I tento fakt se v odpovědích respondentek objevil. Jedna uvedla, že péče porodních asistentek doplňuje práci lékařů. Porodní asistentky neplní jen ošetrovatelskou roli, ale i roli komunikátorky, edukátorky, poradkyně, advokátky klientů aj. Kutnohorská (15) doplňuje, že s uvedenými rolemi úzce souvisí i etické povinnosti sester/poporodních asistentek, tedy obhajoba, odpovědnost, povinnost a spolupráce. Porodní asistentky informují a vysvětlují klientkám jejich práva, hlídají, zda nedochází k jejich porušování, pomáhají klientkám hovořit o jejich potřebách a problémech, obhajují názory klientek, pokud to samy ženy nemohou. Jsou povinné poskytovat ošetrovatelskou péči v souladu se standardy praxe a morálními hodnotami povolání jednotlivcům, rodinám a komunitám. Klientky se často na porodní asistentky obracejí se svými bolestmi, strachem a obavami a je důležité, aby jim asistentky pomohly, vyslechly je a hlavně je nezklamaly.

Dále klientky popisovaly péči porodních asistentek jako vstřícnou, nezbytnou a nenahraditelnou. V odpovědích se našel i rozpor. Jedna těhotná považovala péči porodních asistentek za organizovanou, druhá respondentka z jiného zdravotnického zařízení měla však názor opačný.

Na otázku, co je u porodních asistentek důležité, zda odborné znalosti, zručnost nebo spíše empatie, starostlivost a pochopení, mělo pět respondentek názor, že uvedené vlastnosti nelze oddělovat, všechny jsou stejně důležité a navzájem se doplňují (tabulka č. 11). Odpověď jedné z respondentek je výstižná: „Porodní asistentky bez odborných znalostí jsou nemyslitelná věc a porodní asistentky se znalostmi, ale bez empatie a pochopení jsou noční můrou všech pacientek“. Čtyři klientky si myslely, že důležitější jsou odborné znalosti. Podle nich jsou znalosti v práci porodních asistentek základem, na který lze stavět další, jako zručnost a dovednost.

V souvislosti s probíhajícími změnami v ošetrovatelství dochází i ke změnám rolí porodní asistentky. Asistentka získává nezastupitelné místo v péči o zdraví, stává se samostatným pracovníkem. Zvyšuje se její odborná kvalifikace, samostatnost a kompetence. Po absolvování nejméně bakalářského studia porodní asistence se porodní asistentky zapojují do systému celoživotního vzdělávání, aby si stále prohlubovaly odborné vědomosti a zručnost a tím zajistily, že klientkám poskytnou stále kvalitní péči

(9). V rámci ošetrovatelského procesu pristupuje porodní asistentka k péči o klientky holisticky, pečuje o bio- psycho - sociální potřeby klientek. V individualizované ošetrovatelské péči porodní asistentky naplňují a poskytují péči klientkám k dosažení zlepšení jejich zdravotního stavu (29).

Obecně lze říci, že respondentky nejen od porodních asistentek, ale i od dalšího zdravotnického personálu očekávaly více informací (tabulka č. 10). Informace o těhotenství, porodu a péči o dítě by rády získávaly v předporodních kurzech organizovaných na odděleních. A více informací o svém zdravotním stavu a léčebném procesu by zase rády získávaly z rozhovoru s lékařem, který by pro ně zajistily porodní asistentky. Informovanost je jedním z práv pacientů. Pokud těhotná žena získá dostatek informací, strach a obavy o sebe a své dítě se mírní, spolupracuje více se zdravotnickým personálem, a tím přispívá k úspěšnému řešení svých obtíží (15). Dále klientky očekávají od porodních asistentek profesionalitu, zájem, pochopení, vlídné chování.

Respondentky zdravotnickému personálu, který o ně pečoval, důvěřovaly (tabulka č. 12). Poznamenaly však, že důvěra je velice individuální vjem. Říkaly, že dlouhodobá hospitalizace není bez důvěry ve zdravotnický personál možná. Považovaly ji za základ úspěšné léčby.

Čtyřem klientkám by důvěru snížilo nevhodné chování zdravotníků a jejich nedostatečná komunikace (tabulka č. 13). Tři respondentky uvedly, že jejich důvěru by snížilo nevhodné chování a komunikace lékařů. Z uvedených tří dvě klientky odpověděly, že se s těmito nedostatky během svého pobytu na gynekologickém oddělení setkaly. Proto se v tabulce č. 14 s požadavky respondentek na zlepšení důvěry ke zdravotnickému personálu objevil i návrh na lepší komunikaci zdravotníků i lékařů, automatické podávání informací bez vyzvání, individuální přístup k pacientkám, pravidelné konzultace těhotné s ošetřujícím lékařem, zájem, obětavost a spolehlivost zdravotníků.

Čechová (6) i Hornáková (12) píší, že komunikace je základem ošetrovatelské péče a schopnost dobře komunikovat patří k nejdůležitějším schopnostem zdravotníka. Komunikace zdravotníků s klientkami významně ovlivňuje jejich společný vztah. Dobrá spolupráce s porodní asistentkou či lékařem vede klientku k včasnému informování o

jejích obtížích, pocitech, dodržování navrženého léčebného procesu, a tak se problémům spojeným s ošetrovatelskou péčí může předcházet. Je důležité, aby měl každý zdravotník stále na mysli, že v očích klientek má rozhovor stejnou cenu jako samotná ošetrovatelská péče či lékařská pomoc. Pro porodní asistentku je také důležité, aby uměla naslouchat slovům klientek, dále také vnímat zrakem, ale i srdcem, a tak ženám porozumět a vhodně jim pomoci. Podle našeho názoru je komunikace důležitá pro obě strany. Jak pro těhotné, které pro sebe získají velice důležité informace, tak i pro zdravotníky, kteří při rozhovoru s klientkami o poskytnuté péči a energii pro pokračování získají ve své práci zpětnou vazbu.

V bakalářské práci se v průběhu výzkumné části oba stanovené cíle splnily a všech pět výzkumných otázek bylo zodpovězeno.

6 Závěr

V této práci byly stanoveny dva cíle. Prvním cílem bylo zjistit, jak hospitalizované těhotné klientky poskytovanou ošetrovatelskou péčí porodních asistentek vnímají. Druhým cílem bylo zjistit, zda gravidní klientky mají důvěru ve zdravotnický personál.

Na základě těchto cílů bylo stanoveno pět výzkumných otázek. 1. Co těhotné klientky od ošetrovatelského personálu během hospitalizace očekávají? 2. Jak těhotné klientky svou hospitalizaci vnímají? 3. Jak zkušenost těhotných klientek z předešlé hospitalizace může ovlivnit vnímání současné hospitalizace? 4. Jak může porodní asistentka negativní prvky, které klientky během hospitalizace vnímají, odstranit? 5. Co ovlivňuje důvěru těhotných klientek ve zdravotnický personál?

V bakalářské práci byly v průběhu výzkumné části oba stanovené cíle splněny a všech pět výzkumných otázek bylo zodpovězeno.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že těhotné klientky, hospitalizované dlouhodobě, přicházejí o možnost návštěvy předporodních kurzů, a tím nezískají informace týkající se těhotenství, porodu, šestinedělí a péče o dítě. Dále pak z odpovědí vyplynulo, že gravidní ženy by v nemocnici během pobytu kvůli rizikovému těhotenství u zdravotnického personálu ocenily více komunikace, a tak získaly o svém zdravotním stavu a léčebném procesu více informací.

Na základě těchto informací byl k besedám či přednáškám porodních asistentek s klientkami na téma předporodní kurzy a edukace o průběhu léčby a hospitalizaci vytvořen edukační plán (viz příloha 6).

Výsledky této práce by mohly posloužit nemocnicím, kde výzkumné šetření probíhalo, jako zpětná vazba, a tak pomoci ke zkvalitnění péče o klientky.

7 Seznam použitých zdrojů

1. ANZARI, Patricie. Pobyt v nemocnici je také kousek života. *Osobní lékař*, 2003, roč. 3, č. 2, s. 58-60. ISSN 1213 – 2470
2. BÁRTLOVÁ, Sylvia., MATULAY, Stanislav. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny. Sociológia zdravia, choroby a rodiny*. 1. vydání, Martin: Vydavateľstvo Osveta, spol. s.r.o., 2009. 144s. ISBN 978 – 80 – 8063 – 306 – 6
3. BINDER, Tomáš. Pravidla péče o rizikové těhotenství. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2004, roč. 13, č. 4, s. 851 – 853. ISSN 1211 – 1058
4. CAPOUŠKOVÁ, Pavla. Výživa a cvičení u těhotných. *Sestra*, 2004, roč. 14, č. 11, s. 66. ISSN 1210 – 0404
5. ČECH, Evžen et al. *Porodnictví. 2.*, přepracované a doplněné vydání, Praha: Grada Publishing a.s., 2006. 544s. + 2 strany barevné přílohy. ISBN 978 – 247 – 1303 – 8
6. ČECHOVÁ, Věra., MELLANOVÁ, Alena., KUČEROVÁ, Hana. *Psychologie a pedagogika II*. 1. vydání, Praha: Informatorium, 2004. 160s. ISBN 80 – 7333 – 028 – 8
7. ČERVINKOVÁ, Eliška et al. *Ošetrovateľské diagnózy*. 4., rozšířené a přepracované vydání, Brno: Národní centrum ošetrovateľství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 190s. ISBN 80- 7013 – 443 – 7
8. DUŠOVÁ, Bohdana., MAREČKOVÁ, Jana. *Úvod k péči porodní asistentky o ženu s patologickým a rizikovým těhotenstvím*. 1. vydání, Ostrava: Fakulta zdravotnických studií Ostravské univerzity v Ostravě, 2009. 233s. ISBN 978 – 80 – 7368 – 611 – 6
9. FARKAŠOVÁ Dana a kol. *Ošetrovateľství-teorie*. 1. české vydání, Martin: Osveta, 2006. 211s. ISBN 80-8063-227-8.

10. HÁJEK, Zdeněk et al. *Rizikové a patologické těhotenství*. 1. vydání, Praha: Grada Publishing a.s., 2004. 444s. ISBN 80 – 247 – 0418 – 8
11. HERDMAN, Heather. *Ošetrovatelské diagnózy, Definice & klasifikace 2009 – 2011*. 1. české vydání, Praha: Grada Publishing a.s., 2010. 480s. ISBN 978 - 80 – 247 – 3423 – 1
12. HORŇÁKOVÁ, Anna., ŠTEFKOVÁ, Gabriela. Specifika komunikace ve zdravotnické profesi. *Sestra*, 2009, roč. 19, č. 5, s. 30. ISSN 1210 – 0404
13. HRONEK, Miloslav. *Výživa ženy v období těhotenství a kojení*. Praha: Maxdorf s.r.o., 2004. 309s. ISBN 80 – 7345 – 013 – 5
14. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vydání, Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o., 2002. 200s. ISBN 80 – 247 – 0179 – 0
15. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vydání, Praha: Grada, 2007. 163s. ISBN 978 – 80 – 247 – 2069 - 2.
16. LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 1. české vydání, Praha: Grada Publishing a.s., 2004. 988s. + 5 stran barevné přílohy. ISBN 80 – 247 – 0668 – 7
17. MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vydání, Praha: Grada Publishing a.s., 2006. 264s. ISBN 80 – 247 – 1399 – 3
18. MÜLLEROVÁ, Dana. Výživa v těhotenství. *Postgraduální medicína*, 2002, roč. 4, č. 6, s. 647- 652. ISSN 1212 – 4184
19. ODBOR 22. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. [cit. 2010-04-22]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/840>.
20. ONDRUŠOVÁ, Kateřina., VESELÁ, Eva. Komplikace v těhotenství, ovlivňující stav výživy. *Sestra*, 2004, roč. 14, č. 7- 8, s. 46- 47. ISSN 1210 – 0404

21. POKORNÁ, Andrea. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 1. vydání, Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2006. 86s. ISBN 80- 7013 – 440 - 2
22. RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie – porodnictví*. 1. vydání, Praha: Reklamní ateliér Area s.r.o., 2008. 106s. ISBN 978 – 80 – 254 – 2186 – 4
23. ROZSYPALOVÁ, Marie., ŠAFRÁNKOVÁ, Alena. *Ošetrovatelství I*. Praha: Informatorium, 2002. 231s. ISBN 80 – 86073 – 96 - 3
24. ROZTOČIL, Aleš et al. *Porodnictví*. 1. vydání, Praha: Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 333s. ISBN 80 – 7013 – 339 - 2
25. ROZTOČIL, Aleš et al. *Moderní porodnictví*. 1. vydání, Praha: Graga Publishing a.s., 2008. 408s. ISBN 978 – 80 – 247 – 1941 – 2
26. SACHOVÁ, Miloslava et al. Ošetrovatelská péče o pacientku s hrozícím předčasným porodem. *Sestra*, 2000, roč. 10, č. 3, s. 13. ISSN 1210 – 0404
27. SLEZÁKOVÁ, Lenka et al. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty III*. 1. vydání, Praha: Graga Publishing a.s., 2007. 216s. + 4 strany barevné přílohy. ISBN 978 – 80 – 247 – 2270 – 2
28. SLEZÁKOVÁ, Lenka et al. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 1. vydání, Praha: Graga Publishing a.s., 2011. 272s. + 8 stran barevné přílohy. ISBN 978 – 80 – 247 – 3373 – 9
29. TÓTHOVÁ, Valerie a kol. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Praha: Triton, 2009. 160s. ISBN 978 - 80 - 7387 - 286 – 1
30. TRACHTOVÁ, Eva et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. nezměněné vydání- dotisk, Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. 185s. ISBN 80- 7013 – 324 – 4

31. TOMAGOVÁ, Martina., BÓRIKOVÁ, Ivana et al. *Potreby v ošetrovatel'stve*. 1. vydání, Martin: Osveta, 2008. 198s. ISBN 978 - 80 - 8063 - 270 - 0
32. VACULKOVÁ, Eva. Potřeby bezpečí a jistoty v gynekologické ambulanci. *Sestra*, 2009, roč. 19, č. 6, s. 48. ISSN 1210 – 0404
33. VACHTOVÁ, Ivana., HUDÁČKOVÁ, Andrea. Potřeba seberealizace u pacientů během hospitalizace. *Kontakt*, 2009, roč. 11, č. 1, s. 218- 231. ISSN 1212 – 4117
34. VAVŘINKOVÁ, Blanka. Indikace k hospitalizaci v graviditě. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2005, roč. 14, č. 4, s. 593 – 596. ISSN 1211 – 1058
35. VENGLÁŘOVÁ, Martina., MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Graga Publishing a.s., 2006. 144s. ISBN 80 – 247 – 1262 – 8
36. VITOŠOVÁ, Andrea., FILAUSOVÁ, Drahomíra. *Problematika ošetrovatelské péče při rizikovém těhotenství*. 2006. 63s. Bakalářská práce na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích na katedře ošetrovatelství
37. ZACHAROVÁ, Eva., HERMANOVÁ, Miroslava., ŠRÁMKOVÁ, Jaroslava. *Zdravotnická psychologie*. 1. vydání, Praha: Graga Publishing a.s., 2007. 232s. ISBN 978 – 80 – 247 – 2068 – 5
38. ZACHAROVÁ, Eva. Realizace práv pacientů v klinické praxi. *Zdravotnické noviny*, 2008, roč. 57, č. 39, s. 22- 24. ISSN 1214 – 7664

8 Klíčová slova

Hospitalizace

Ošetrovatelská péče

Potřeby

Psychosomatika

Screening

Těhotenství

9 Přílohy

Příloha 1: Tabulka ke zjištění rizikových faktorů v těhotenské průkazce

Příloha 2: Příklad specifického screeningu

Příloha 3: Maslowova hierarchie a klasifikace potřeb

Příloha 4: Etický kodex „Práva pacientů“

Příloha 5: Otázky pro klientky

Příloha 6: Edukační plán

Příloha 1: Tabulka ke zjištění rizikových faktorů v těhotenské průkazce

Všeobecná anamnéza	Předchozí těhotenství
primipara stáří > 30 roků míra < 155 cm váha výchozí ± 10 kg / hypertenzivní choroba I. II. ledvinové onemocnění chron. poruchy cyklu (léčené) sterilita > 2 roky diabetes (dieta – insulin) srdeční onemocnění (léčené) operace – anomálie děložní jiné:	interrupce – 1, 2, více – kompl. spont. potrat – 1, 2, více – kompl. předč. porod – 1, 2, více – kompl. dítě žije – zemřelo – poškozené udržované těhotenství konzervativně cerkláž novorozenec 4000 > gr. hypotrof. perinat zemřel – poškozen Rh (ABO) protilátky zvýšeny Gestóza: edém, protein, hypertenze diabetes až v těhot. (dieta, insulin) prodloužené těhot. > 42 týdny oper. porod (sectio, forceps, vakuumextr)
Nynější těhotenství	
Krvácení: jednorázové – slabé opakované – silnější před – po 28. týdnu Kontrakce: ojedinělé – slabé četnější – silnější před – po 28. týdnu Hrdlo: zkrácené – uvolněné cerkláž Rh (ABO) protilátky Infekční onemocnění – horečnaté zoonozy diabetes (dieta – insulin) glykosurie opakovaná v rodině diabetes	váha – neúměrné přibývání gestóza: edémy proteinurie hypertenze Hb v III. trimestru 9 g hydramnion dvojčata hypotrof. plod (odhad) nepravidelné polohy

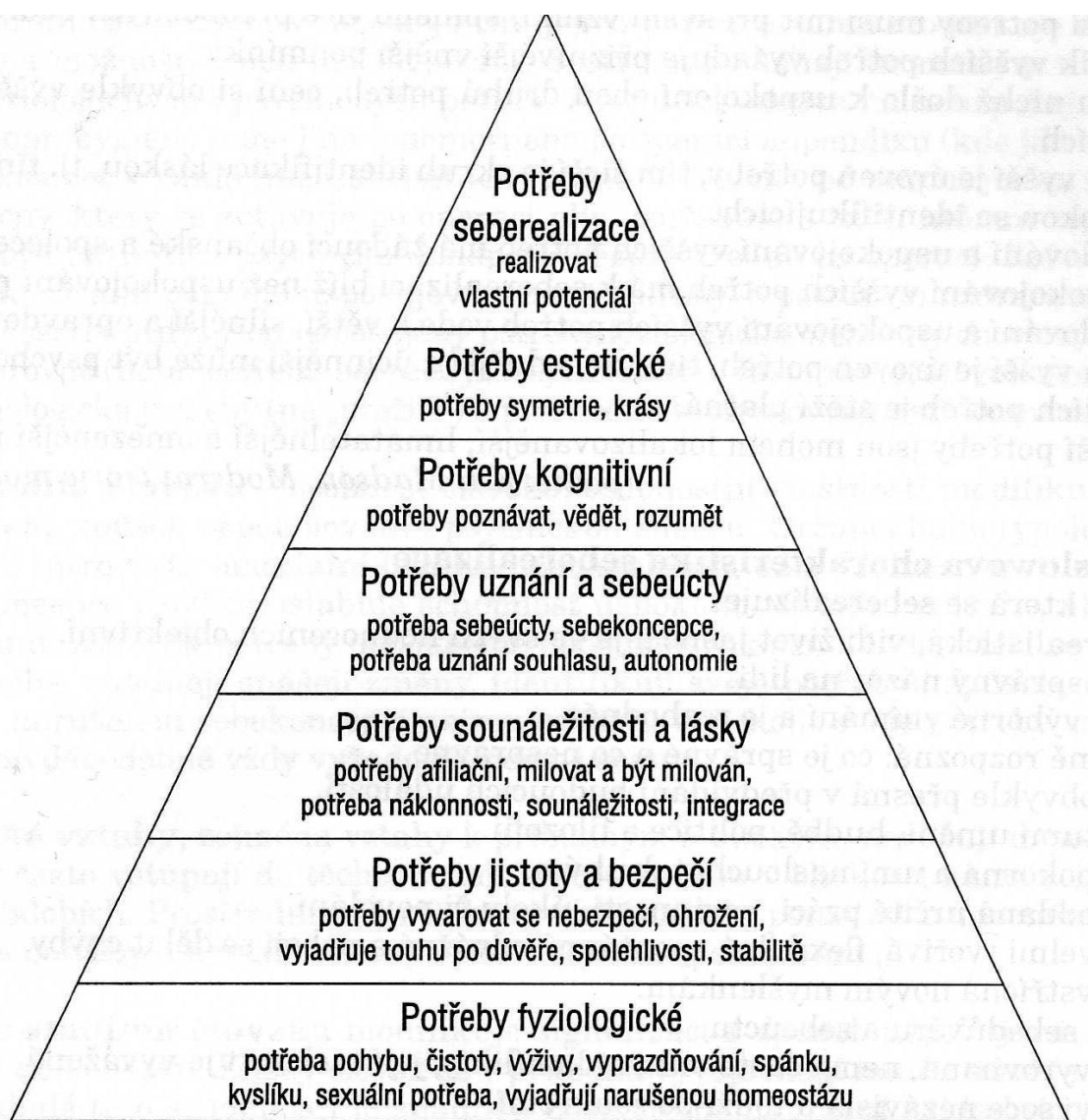
Zdroj: ROZTOČIL, Aleš et al. *Porodnictví*. 1. vydání, Praha: Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. s. 97 ISBN 80 – 7013 – 339 – 2

Příloha 2: Příklad specifického screeningu

<i>Identifikace RF</i>	<i>Specifický screening</i>	<i>Diagnostika</i>	<i>Management</i>
<i>1. stupeň</i>	<i>2. stupeň</i>	<i>3. stupeň</i>	
kuřačka >10 cig/den	UZ biometrie, měření fundus-spona (rozdíl >3 týdny)	flowmetrie, biofyz. profil, CTG OZT: IUGR	chron. hypoxie = ukončení těhotenství
Rh negativní faktor	protilátky anti D	kordocentéza, KO plodu	IUT
Krvácení v těhotenství >20. týdnu gravidity	UZ placentografie	placenta praevia centralis	viabilní plod, silné krvácení = ukončení těhotenství

Zdroj: HÁJEK, Zdeněk et al. *Rizikové a patologické těhotenství*. 1. vydání, Praha: Grada Publishing a.s., 2004. s. 27 ISBN 80 – 247 – 0418 – 8

Příloha 3: Maslowova hierarchie a klasifikace potřeb



vyšší potřeby	potřeby seberealizace potřeby uznání potřeby sounáležitosti	potřeby růstu – metapotřeby nedostatkové potřeby
nižší potřeby	potřeby bezpečí fyziologické potřeby	

Zdroj: TRACHTOVÁ, Eva et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. nezměněné vydání- dotisk, Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. s. 15 ISBN 80- 7013 – 324 – 4

Příloha 4: Etický kodex „Práva pacientů“

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje i více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věcí důvěrnou a musí být provedena diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen po té, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění

a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instrukce, která má nemocného převzít do své péče, musí překládání nejprve schválit.

8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinčních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

Etický kodex "Práva pacientů" navrhla, po připomínkovém řízení definitivně formulovala a schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České Republiky.

Tato práva pacientů jsou prohlášena za platná za dnem 25. února 1992

Příloha 5: Otázky pro klientky

Dobrý den,

jmenuji se Alena Vondráková a jsem studentkou 3. ročníku kombinovaného studia oboru Porodní asistentka Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

S Vaším laskavým souhlasem s Vámi povedu rozhovor na téma své bakalářské práce *Vnímání poskytnuté ošetrovatelské péče porodních asistentek těhotnými ženami během hospitalizace na gynekologicko - porodnickém oddělení*. Zajímá mě Váš pohled na dlouhodobou hospitalizaci, co během pobytu v nemocnici nejvíce postrádáte a jak vnímáte péči porodních asistentek.

Ujišťuji Vás, že informace, které mi podáte, jsou anonymní a budou použity pouze k vypracování mé bakalářské práce.

Za Vaši ochotu a poskytnuté informace předem děkuji.

Anamnestické údaje:

- věk:
- rodinný stav:
- bydlíte s rodinou:
 - sama
 - s Vašimi rodiči nebo partnera
 - jiná možnost:
- těhotenství:
 - po kolikáté jste těhotná?
 - počet porodů:
 - počet potratů:
 - počet let od předešlého těhotenství:

Otázky:

Zajímá by mě Váš názor na hospitalizaci:

1. Můžete mi říci, z jakého důvodu jste hospitalizovaná? Jak rozumíte důvodu Vaší hospitalizace?
2. Myslíte si, že je Vaše hospitalizace nutná? Proč si to myslíte?
3. Jak dlouho už jste hospitalizovaná a považujete délku hospitalizace odpovídající k Vašemu zdravotnímu stavu?
4. Byla jste v předešlém těhotenství hospitalizovaná v nemocnici pro rizikové těhotenství?
5. Myslíte si, že zkušenost z předešlé hospitalizace může pomoci při zvládnání té současné? V čem by pomohla?
6. Můžete se vyjádřit k tomu, zda je něco, co Vás obtěžuje na pobytu v nemocnici?
7. Co Vám na oddělení chybí, co byste tu ráda viděla? Co postrádáte?
8. Setkala jste se s tím, že porodní asistentky nabízejí nějakou pomoc nebo aktivitu, která by Vám pomohla lépe snášet hospitalizaci? Co by pro Vás porodní asistentky mohly udělat, aby zlepšily Váš pobyt v nemocnici?
9. Jak vnímáte péči porodních asistentek během Vaší hospitalizace?
(Pomáhá Vám? Je pro Vás důležitá? Je podle Vás organizovaná, návazná?)
10. Co si myslíte, že by porodní asistentky měly nabídnout takovým pacientkám, jako jste Vy?
11. Co je, podle Vás, u porodních asistentek důležité. Co upřednostňujete: odborné znalosti, zručnost nebo empatii, pochopení, starostlivost, péči?
12. Můžete mi říci něco k důvěře ve zdravotnický personál? Je pro Vás důležitá?
13. Jaké chování zdravotníků snižuje Vaši důvěru k nim? Setkala jste se s takovým to chováním během Vaší hospitalizace?
14. Co byste uvítala v chování zdravotníků? Co by zlepšilo Vaši důvěru k nim?

Zdroj: vlastní

Příloha 6: Edukační plán

Edukační diagnózy:

Deficit vědomostí:

- o průběhu těhotenství (o záznamech v těhotenské průkazce, o životosprávě v těhotenství, o změnách těla vlivem gravidity),
- o průběhu porodu (o úlevových polohách během porodu, o dýchání během porodu),
- o kojení (o polohách při kojení),
- o šestinedělí, o péči o poporodní poranění,
- o sociálně- právních otázkách v rámci těhotenství, porodu a následné péči o dítě,
- průběhu hospitalizace (o příčinách obtíží, o důvodech hospitalizace, o provedených vyšetřeních během hospitalizace, o lécích, které klientky užívají a o režimu jejich užívání, o režimových opatřeních během léčby při rizikovým těhotenství, o postupech při předčasném porodu, o péči o předčasně narozené dítě).

Edukační cíle:

1) Kognitivní cíle:

Klientky se orientují v záznamech v těhotenské průkazce, ve screeningových a pravidelných vyšetřeních během těhotenství. Těhotné se orientují v životosprávě a definují psychické a fyzické změny vlivem gravidity. Klientky znají úlevové polohy, možnosti aromaterapie a masáže během porodu, výhody a význam kojení, polohy při kojení, péči o poporodní poranění, o vyprazdňování moče a stolice. Klientky se orientují a vědí o nárocích na porodné, na přídavky na dítě, na mateřskou dovolenou. Klientky se orientují ve vyšetřeních, které během hospitalizace podstupují. Těhotné znají léky a režim jejich užívání, režimová

opatření (klidový režim, vhodné polohy, pravidelné vyprazdňování stolice). Klientky vědí o průběhu předčasného porodu a o péči o předčasné narozené dítě.

2) Psychomotorické cíle:

Klientky demonstrují dýchání během porodu, úlevové polohy ke snížení bolesti během porodu, polohy při kojení. Těhotné dodržují klidový režim, zauímají léčebnou polohu (Trendelenburgova poloha), pravidelně se vyprazdňují.

3) Afektivní cíle:

Klientky aktivně přistupují k prováděným vyšetřením během hospitalizace a k samotnému pobytu v nemocnici, mají zájem o správnou životosprávu, projevují zájem o úlevové polohy během porodu. Těhotné aktivně přistupují k psychickým i fyzickým změnám v těhotenství. Klientky plánují kojit a umí zaujmout polohy při kojení a zauímají pozitivní postoj k péči o hráz. Těhotné dodržují režimová opatření při hospitalizaci, užívají léky dle doporučení.

Obsah edukace:

- edukace o záznamech v těhotenské průkazce, o screeningových a pravidelných vyšetřeních během gravidity
- edukace o průběhu a fázích porodu (dýchání, úlevové polohy během porodu, využití masáží a aromaterapie
- edukace o kojení
- edukace o péči o poporodní poranění
- doplnění, vysvětlení informací o příčinách obtíží a důvodech hospitalizace podaných lékařem
- edukace o režimových opatřeních během hospitalizace s rizikovým těhotenstvím (klidový režim, Trendelenburgova poloha, péče o pravidelné vyprazdňování stolice, životospráva, dodržování dietního omezení, předcházení podráždění dělohy...)
- edukace o lécích a opatřeních při užívání léků

- edukace péče o předčasně narozené dítě
- edukace o porodním, mateřské dovolené a sociálních dávkách

Název edukace: „Edukace o hospitalizaci, těhotenství, porodu, šestinedělí a o kojení“.

Forma: Skupinová- besedy. Individuální počet sezení, besed- přizpůsobené stavu a počtu klientek v trvání max. 45 minut.

Prostředí: Nemocniční pokoj těhotných, návštěvní místnost, jídelna.

Pomůcky: Těhotenská průkazka, obrázkový atlas, anatomické pomůcky trojrozměrné, model porodu, gymnastický míč, vonné oleje k aromaterapii, panenka k nácviku poloh ke kojení, jednorázové síťované kalhotky, obyčejné vložky s prodyšným dnem, letáky, CD, DVD.

Zhodnocení: Zpětná vazba formou kladení otázek ústně či písemně.

Zdroj: vlastní