

NEJČASTĚJŠÍ POTŘEBY HOSPITALIZOVANÝCH
TĚHOTNÝCH ŽEN

Bakalářská práce

ZUZANA PLAČKOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, O.P.S. V PRAZE

Mgr. Miluše Kulhová

Stupeň kvalifikace: Bakalář
Studijní obor: Porodní asistence
Datum odevzdání práce: 31. 3. 2008 Datum obhajoby:
Praha 2008

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracoval/a samostatně a použil/a jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne 31. března 2008

Zuzana Plačková

.....

ABSTRAKT

PLAČKOVÁ, Zuzana: Nejčastější potřeby těhotných hospitalizovaných žen.
(Bakalářská práce)

Zuzana Plačková – Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. v Praze.

Stupeň odborné kvalifikace: Bakalář v porodní asistenci.

Školitel: Mgr Miluše Kulhavá.

Vysoká škola zdravotnická Praha, 2008,

Hlavními tématy mé bakalářské práce jsou nejčastější potřeby těhotných hospitalizovaných žen. Teoretická část práce se zaměřuje na nejčastější příčiny hospitalizace těhotných žen. Dále je má práce zaměřena na vlastní potřeby hospitalizovaných lidí a na teorie, které se lidskými potřebami zabývají. V dalších kapitolách se zabývám vlivem prostředí na potřeby hospitalizované těhotné ženy, faktory ovlivňujícími uspokojování potřeb, komunikací se zdravotnickým personálem a následnou informovaností. Jednou z částí této práce je i výzkum, který se zabývá potřebami těhotných hospitalizovaných žen v pražských porodnicích. Výzkum je realizován pomocí dotazníků a jeho výběr je zcela náhodný a je realizován na oddělení rizikového těhotenství v pražských porodnicích.

Klíčová slova: potřeba, těhotná žena, hospitalizace

ABSTRAKT V CIZÍM JAZYCE

Plačková Zuzana, The Most Frequent Needs of Pregnant Hospitalized Women
(Bachelor's Thesis)

Zuzana Plačková - Institute of Nursing and Midwifery in Prague. Degree of Study
Branch: Bachelor of Midwifery.

Tutor: Mgr. M. Kulhavá, 2008

The main topic of the thesis describes the most frequent needs of hospitalized pregnant women. The theoretical part of the study is concentrated on the most common causes of the hospitalization of pregnant women. It deals with the needs of in-patients and with different theories describing these needs, too. In the following chapters I am occupied with the influence of milieu on the needs of hospitalized pregnant women, with the factors affecting the fulfilment of the needs, and with the adequate communication between the patients and the nurses. The survey is also a part of the thesis - it is concentrated on the needs of hospitalized pregnant women in Prague maternity hospitals. The survey was based on the questionnaires (random-access) and it was made in the departments of perilous gravidities in Prague maternity hospitals.

Key words: need, pregnant woman, hospitalization

PŘEDMLUVA

Téma bakalářské práce jsem si vybrala z důvodu časté hospitalizace těhotných žen a neuspokojování jejich potřeb zdravotnickým personálem. Myslím si, že je velice důležité přistupovat v uspokojování potřeb individuálně, protože každý člověk je bytost individuální a má odlišné potřeby. Považuji za důležité uspokojovat potřeby těhotných žen v zájmu zpříjemnění léčebného procesu a zkvalitnění pobytu v léčebném zařízení.

Výběr tématu mé bakalářské práce byl ovlivněn mým vlastním těhotenstvím, kdy jsem se několikrát ocitla na různých nemocničních odděleních a moje potřeby nebyly vždy uspokojeny, tak jak bych očekávala. Dále jsem byla ovlivněna odbornou praxí na oddělení rizikového těhotenství v Praze. Materiál jsem čerpala jak z knižních nebo časopiseckých publikací tak i s internetových zdrojů.

Práce je určena studentům porodní asistence, ošetrovatelství a stejně v ní mohou najít podnětné rady sestry a porodní asistentky z praxe, které se věnují péči o matku a dítě na oddělení šestinedělí a novorozeneckém oddělení.

Touto cestou vyslovuji poděkování vedoucí bakalářské práce Mgr. Miluši Kulhavé, za pedagogické usměrnění, podnětné rady a podporu, kterou mi poskytla při vypracovávání bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat svým kolegyním Pavlíně Prusenovské, Kristýně Javorníkové a Kateřině Janovské za pomoc a podporu při výzkumném šetření a sběru informací pro teoretickou část.

OBSAH

<i>Úvod</i>	9
<i>Teoretická část</i>	11
<i>1 Nejčastější příčiny hospitalizace těhotné ženy</i>	12
1.1 Hyperemesis gravidarum	12
1.2 Krvácení v rané fázi těhotenství	13
1.3 Krvácení v pozdním těhotenství	15
1.4 Těhotenská hypertenze	16
1.5 Rh inkompatibilita krve matky a plodu	18
1.6 Diabetes mellitus	18
1.7 Srdeční onemocnění	19
1.8 Anémie	20
1.9 Infekce	20
1.10 Hrozící předčasný porod	24
1.11 Předčasný porod	24
1.12 Prodloužené těhotenství, potermínová gravidita	25
<i>2 Potřeba</i>	25
2.1 Biologické potřeby	26
2.2 Psychologické potřeby	27
2.3 Sociální potřeby	27
2.4 Duchovní potřeby – spirituální	27
2.5 Ekonomická potřeba	27
2.6 Holismus	28
2.7 Goldsteinovy teorie	29
2.8 Lidské potřeby - Maslowa	30
2.9 Faktory modifikující uspokojování potřeb	32
2.9.1 nemoc	33

2.9.2	individualita člověka (osobnost).....	33
2.9.3	mezilidské vztahy	33
2.9.4	vývojové stádium člověka	34
2.9.5	okolnosti, za kterých nemoc vznikla	34
2.10	Prostředí v roli uspokojování potřeb	34
2.11	Vliv seznámení s personálem na uspokojení potřeb	36
2.12	Vliv informovanosti na uspokojení potřeb	37
	<i>Praktická část.....</i>	<i>38</i>
3	<i>Struktura výzkumu</i>	<i>39</i>
3.1	Metody	39
3.2	Dosavadní stav poznání.....	39
3.3	Organizační zabezpečení	39
3.4	Předmět výzkumu.....	39
3.5	Zkoumaný soubor.....	39
3.6	Výzkumný problém.....	40
3.7	Cíl	40
3.8	Hypotézy	40
3.9	Výsledky a jejich analýza	41
3.9.1	zpracování výzkumného šetření	41
3.9.2	hypotézy	59
3.9.3	závěry pro praxi	59
4	<i>Závěr.....</i>	<i>61</i>
5	<i>Seznam použité literatury.....</i>	<i>63</i>
6	<i>Seznam příloh.....</i>	<i>64</i>

Seznam obrázků, tabulek a grafů

obrázek 1 – bio-psycho-sociální model nemoci	26
obrázek 2 – pyramida potřeb	30
obrázek 3 – barevně ztvárněná chodba rizikového těhotenství ÚPMD Podolí	35
obrázek 4 – nadstandardní pokoj oddělení rizikového těhotenství ÚPMD Podolí	36
obrázek 5 – standardní pokoj oddělení rizikového těhotenství ÚPMD Podolí	36

tabulka 1 – hypertenzní poruchy v těhotenství	16
tabulka 2 – infekční choroby v těhotenství	24
tabulka 3 – věkové rozmezí	41
tabulka 4 – gravidita	42
tabulka 5 – délka hospitalizace	44
tabulka 6 – opakovaná hospitalizace	45
tabulka 7 – stádium těhotenství	46
tabulka 8 – způsob otěhotnění	47
tabulka 9 – představení lékaře	48
tabulka 10 – představení porodních asistentek	49
tabulka 11 – seznámení s personálem	50
tabulka 12 – dostatečnost informovanosti	51
tabulka 13 – strach	52
tabulka 14 – kontakt s rodinou	53
tabulka 15 – dostačující kontakt	54
tabulka 16 – nejčastější potřeby	55
tabulka 17 – deficit v potřebách	57
tabulka 18 – chybějící potřeby	58

graf 1 – věková skupina	41
graf 2 – gravidita	42
graf 3 – parita	43
graf 4 – délka hospitalizace	44
graf 5 – opakovaná hospitalizace	45
graf 6 – stádium těhotenství	46
graf 7 – způsob otěhotnění	47
graf 8 – představení lékaře	48
graf 9 – představení porodních asistentek	49
graf 10 – seznámení s personálem	50
graf 11 – dostatečnost informací	51
graf 12 – strach	52
graf 13 – kontakt s rodinou	54
graf 14 – dostačující kontakt	54
graf 15 – nejdůležitější potřeby	56
graf 16 – deficit v potřebách	57
graf 17 – chybějící potřeby	58

Úvod

Téma své bakalářské práce, nejčastější potřeby těhotných hospitalizovaných žen, jsem si vybrala proto, abych veřejnost seznámila s problematikou, která objasní uspokojování potřeb těhotných hospitalizovaných žen. V dnešní době se podstatně zvýšilo procento hospitalizace těhotných a tím i jejich nároky na uspokojování potřeb.

Práce je rozdělena na teoretickou část a na část praktickou. V teoretické části se zabývám chorobami, pro které se těhotné dostávají na oddělení rizikového těhotenství. Jsou zde popsány příznaky, léčba nebo eventuální následky pro těhotnou ženu a pro plod.

V další kapitole se zabývám potřebami nemocných, které by se mohly během hospitalizace u těhotné hospitalizované ženy objevit. Pojednávám zde o biologických potřebách, psychologických potřebách, sociálních potřebách, spiritualních potřebách, ale i potřebách ekonomických. V této kapitole se zmiňuji o Holistické teorii, ve které jsou významné Goldsteinova teorie a hierarchie lidských potřeb Abrahama Maslowa.

V následujících kapitolách se zaměřuji na faktory, které různým způsobem modifikují uspokojování potřeb a na prostředí, které může významně ovlivnit potřeby. Dále se zabývám informovaností týkající se zdravotního stavu, která je při uspokojení potřeb také významná. Zmiňuji se také o správné komunikaci mezi těhotnou ženou a zdravotnickým personálem, kdy je důležité, aby pacientka vždy znala zdravotnický personál, s kterým komunikuje a cítila se s ním dostatečně informovaná a následně v bezpečí.

V praktické části mé bakalářské práce se zabývám vyhodnocováním výzkumného šetření, které jsem realizovala ve třech největších pražských porodnicích. Výzkum týkající se informovanosti, kontaktu s rodinou, seznámení s personálem nebo strachu probíhal prostřednictvím dotazníků a jeho cílem bylo zjistit potřeby těhotných

hospitalizovaných žen týkající se informovanosti, kontaktu s rodinou, seznámení s personálem nebo strachu. Výsledky výzkumného šetření jsou přiloženy v grafech a komentářích.

Teoretická část

1 Nejčastější příčiny hospitalizace těhotné ženy

U většiny těhotných žen probíhá těhotenství bez závažných onemocnění nebo komplikací. U některých se ovšem objeví onemocnění nebo komplikace, které mohou ovlivnit zdravotní stav matky, a tak i jejího dítěte. Někdy lze komplikace předvídat už v průběhu těhotenství prostřednictvím prenatalní poradny a předporodní péče. Některé problémy však přicházejí zcela neočekávaně. Pravidelné prenatalní kontroly umožňují sledovat zdravotní stav matky i jejího nenarozeného dítěte a včas zachytit probíhající nebo hrozící komplikace. Onemocnění může mít souvislost se samotným těhotenstvím nebo může být zapříčiněno zdravotním stavem matky nebo jejím zraněním anebo ho může způsobovat okolní prostředí, které na těhotnou ženu působí a působí při tom i na plod (4).

1.1 Hyperemesis gravidarum

Mírná nevolnost nebo zvracení jsou v těhotenství velice časté a po určitém čase se dají snadno překonat. Ženy trpící hyperemesis gravidarum mají nadměrnou nevolnost a trpí zvracením, při kterém se značně omezí přísun potravy a tekutin. Je při tom ohroženo jak zdraví matky, tak růst plodu a následkem toho se rodí dítě s nízkou porodní váhou. Dehydratace matky způsobuje nízkou perfuzi (průtok tekutiny) placenty a snížení kyslíku a živin plodu. (3). Nadměrné zvracení může vyústit až k elevaci jaterních testů. Tento stav se označuje jako hyperemesis gravidarum maligna (neztižitelné nadměrné zvracení). Při neztižitelném nadměrném zvracení nezbyvá nic jiného než těhotenství ukončit, jelikož zde hrozí úmrtí matky (1).

1.2 Krvácení v rané fázi těhotenství

Během těhotenství by žena vůbec neměla krvácet. Pokud však ke krvácení dojde, ať se jedná o slabé či silné krvácení, měla by neprodleně navštívit svého obvodního gynekologa nebo po případě svou spádovou nemocnici.

Rané těhotenství může být komplikováno různými druhy krvácení:

- Spontánní potrat
- Ektopické těhotenství (mimoděložní těhotenství)
- Mola hydatidosa (zásněť hroznová)

Spontánní potrat

Potrat může být buď záměrné, nebo bezděčné ukončení těhotenství před ukončeným 20 týdnem těhotenství. V 15% těhotenstvích dochází ke spontánnímu potratu dříve než žena zjistí že je těhotná. Většinou za to může abnormální vývoj dítěte nebo placenty. U matky může být příčina infekce, porucha endokrinních žláz, abnormalita pohlavních orgánů nebo imunitní faktory (4)

Potrasy se dělí do šesti kategorií:

- *Hrozící potrat* – žena lehce krvácí, hrdlo děložní je uzavřené a žádná tkáň neodchází z těla. Přibližně 50% žen s hrozícím potratem dospěje k nevyhnutelnému potratu
- *Počínající potrat* – žena trpí silnějším krvácením a křečemi, hrdlo děložní se rozevívá, plodové obaly se mohou protrhnout, ale žádná tkáň neodchází ven
- *Neúplný potrat* – podobné příznaky jako u počínajícího potratu, ale část tkáně vychází ven
- *Úplný potrat* – veškeré produkty početí jsou vypuzeny ven
- *Zamlklý potrat* – plod umírá v děloze v první polovině těhotenství, ale není vypuzen ven s těla

- *Rekurentní potrat* – dochází ke třem nebo více po sobě následujícím potratům (4)

Ektopické těhotenství

K ektopickému těhotenství dochází, když oplodněné vajíčko niduje mimo děložní dutinu. V 95% případů se jedná o nidaci ve vejcovodu, kde se v důsledku překážky nebo abnormality vejcovodu nemůže dopravit do dělohy. Příčina může být hormonální anomálie, zánět, infekce, srůsty, vrozené vady nebo endometrioza (Jde o stav, kdy se ostrůvky děložní sliznice nalézají mimo oblast dělohy). Dále to může být z důvodu zavedení nitroděložní antikoncepce nebo kouřením v době početí. Žena, která již tubární (vejcovod) těhotenství prodělala nebo se podrobila podvázání vaječníků, je k ektopickému těhotenství náchylnější. Přežití oplodněného vajíčka ve vejcovodu je vyloučené (nedostatečný přísun krve a nedostatečný prostor ve vejcovodu) (1,4).

Mola hydatidosa

Nemoc trofoblastu nastává když choriové klky vytvářejí malé hroznovité váčky. Bývá buď úplná (plod není přítomen), nebo částečná kdy se váčky objevují jen na části placenty. Plod se vyvine v závislosti na rozsahu poškození placentárního lůžka. Způsobuje krvácení, hypertenzi a může vést i ke vzniku rakoviny (4).

1.3 Krvácení v pozdním těhotenství

Krvácení v pokročilém stádiu těhotenství často způsobuje:

- Placenta praevia
- Předčasné odloučení placenty

Placenta praevia

Vcestné lůžko se označuje placenta, která roste v dolní části dělohy. Podle uložení lůžka ve vztahu k děložnímu hrdlu se dělí na tři stupně:

- *Okrajová (marginální)* – placenta dosahuje k okraji cervikálního vchodu
- *Částečná* – placenta zčásti přesahuje cervikální vchod
- *Úplná* – placenta zcela překrývá cervikální vchod (4)

Předčasné odloučení placenty

Znamená předčasné odloučení normálně implantované placenty. Většinou navazuje na jiné komplikace jako jsou vysoký tlak, závislost na kokainu, alkoholismus, kouření, podráždění plodových obalů následkem neúměrného roztažení dělohy tlakem tekutiny (polyhydramnion), nárazy do břišní oblasti, komplikací je také krátká pupeční šňůra, která placentu odtrhává od děložní stěny s tím jak plod sestupuje v období před porodem. Předčasné odloučení lůžka se jen málo vyskytuje samostatně (4).

1.4 Těhotenská hypertenze

Žena může trpět hypertenzí již před otěhotněním, ale hypertenze se často objevuje právě jako komplikace v těhotenství. Hypertenze vzniklá následkem těhotenství se může objevit i v návaznosti na chronickou hypertenzi. U některých žen se hypertenze objeví v pokročilém stádiu těhotenství bez jiných příznaků. Níže uvedená tabulka zobrazuje různé druhy hypertenze v průběhu těhotenství (4).

Hypertenze indukovaná těhotenstvím (PIH)	Rozvinutí hypertenze (krevní tlak větší než 140/90) u ženy s normálním tlakem před těhotenstvím po 20 týdnech těhotenství
Chronická hypertenze	Přítomnost hypertenze před 20. týdnem těhotenství
Preeklampsie mírná	Problémy s ledvinami ústí v proteinurii
Preeklampsie těžká	TK v klidu > 160/110 proteinurie > 5 g/24 hodin oligurie < 400 ml/24 hodin epigastrická bolest či bolest v pravém hypochondriu cefalea poruchy visu plicní edém, cyanóza
Eklampsie	Problémy centrální nervové soustavy ústí v záchvaty
HELLP (hemolýza, zvýšené jaterní enzymy, nízká hladina krevních destiček)	Klinickému obrazu dominují abnormality jater a koagulace

tabulka 1 – hypertenzní poruchy v těhotenství

Projevy doprovázející hypertenzi v těhotenství při preeklampsii:

- Edémy - se často objeví nejprve na dolních končetinách nebo mohou být generalizované - na horních končetinách, v obličeji. Objevení se anasarcky, ascitu, fluidothoraxu či fluidoperikardu patří k příznakům nejzávažnějším.
- Proteinurie - v těhotenství je do 300 mg/24 hodin. Vyšší proteinurie u preeklampsie vzniká poškozením bazální membrány glomerulů a snížením zpětné resorpce proteinů v tubulech.
- Cefalea – bolest hlavy je zapříčiněná systémovým postižením endotelií manifestující do CNS za přítomnosti vasospasmu. Morfologicky zde dochází k mikroinfarktům, fibrinoidním nekrozám, petechiím a otokům
- Epigastrická bolest – jedná se o bolest v pravém podžebří, kterou může způsobovat zvýšené napětí jaterního pouzdra., které je způsobeno subkapsulárními petechiemi (hemoragiemi), periportálními hemoragiemi, ischemickými infarkty, vznikem fibrinových trombů v kapilárách, arteriolách a periportálních vénách. Vzácně může dojít až k ruptuře jater.
- Porucha vidění (visu) – je důsledkem vzniku skotomů (výpadek části zorného pole), fotofobie (světloplachost)
- Změna očního pozadí – je důsledkem vasospasmu (cévní křeč)
- Retence tekutin - za přijatelný se považuje váhový přírůstek těhotné ženy okolo 500 gramů za týden a průměrný celkový přírůstek hmotnosti v graviditě okolo 12 kilogramů. Rozhodující vliv na tento děj má placentární produkce estrogenů. Rychlé přibývání na váze je příznakem retence tekutin se vznikem edémů (1,4).

Vliv hypertenze na plod

Snižuje se přítok mateřské krve do placenty, a tím se redukuje zásobování plodu kyslíkem. Hypoxie plodu může vést k vyloučení mekonia do plodové vody nebo k ohrožení plodu. Může se zpomalovat jeho růst a při narození může být plod dlouhý a hubený s olupující se kůží. Může dojít k předčasnému odloučení lůžka a plod může být ohrožen na životě nebo zemřít (4).

1.5 Rh inkompatibilita krve matky a plodu

V minulosti byla Rh inkompatibilita krve matky a plodu častou příčinou perinatálního úmrtí. Rh inkompatibilita – je nyní u těhotných žen díky velkému pokroku v ultrazvukové diagnostice a DNA technologii velmi vzácná. Statistické údaje ukazují, že téměř sedm z 1 000 živě narozených novorozenců porodí Rh senzitivované ženy. Rh inkompatibilita je způsobena tím, že Rh- pozitivní fetální krev se dostane do matčina oběhu a její tělo na to odpoví tvorbou protilátek na obranu proti Rh-pozitivním erytrocytům. K proniknutí krve dochází při porodu prvního dítěte, a proto je dítě z prvního těhotenství jen málokdy ohroženo. Jestliže po čase matka opět otěhotní a dítě má opět pozitivní Rh faktor potom její tělo vytváří protilátky mnohem rychleji. Protilátky začínají likvidovat Rh pozitivní erytrocyty plodu ještě před porodem a plod bývá anemický a nahromaděný bilirubin způsobuje žloutenku, která je patrná již při narození dítěte. V těžkých případech může způsobit Rh inkompatibilita i selhání srdce plodu a může vzniknout těžký edém (hydrops fetalis) (4)

1.6 Diabetes mellitus

Diabetes mellitus je závažné metabolické onemocnění, které v minulosti způsobovalo problémy s otěhotněním a s donošením plodu. Je to porucha transportu glukózy z krve do tělních buněk následkem nedostatečného množství inzulínu. K tomuto onemocnění dochází tehdy, když slinivka neprodukuje žádný inzulín, nebo nevytváří jeho žádané množství anebo jestliže inzulín nepůsobí na buňky. Až 90% matek s diabetem trpí těhotenským diabetem. Od okamžiku kdy se začala používat inzulínová terapie, je diabetička schopna otěhotnět a i své dítě donosit. V graviditě se však její zdravotní stav může rapidně zhoršit. U těhotných s touto metabolickou poruchou bývá několikrát větší riziko vrozených vývojových vad (dále jen VVV) plodu . Plody diabetiček bývají často hypertofické (nadměrně velké), při snížení průtoku

krve v placentárním řečišti dochází k intrauterinní růstové retardaci (dále jen IUGR), je u nich i větší riziko vzniku hypertenze a preeklampsie (4)

Druhy diabetes mellitus v těhotenství

- Pregestační diabetes mellitus - diabetes mellitus 1. typu
- diabetes mellitus 2. typu
- Gestační diabetes mellitus
- Ostatní typy diabetu (po operacích pankreatu, genetické typy, při endokrinopath.)
- Gestační diabetes mellitus v předchozím těhotenství (1)

Komplikace diabetu matky pro plod:

Intrauterinní komplikace

- 1 trimestr – spontánní potrat nebo vznik VVV
- 2 trimestr – poruchy psycho-motorického vývoje plodu
- 3 trimestr – vznik diabetické fetopatie (soubor příznaků, které můžeme nalézt u novorozence diabetické matky), poruchy psycho-motorického vývoje, IUGR, předčasný porod, syndrom náhlého úmrtí plodu (1)

1.7 Srdeční onemocnění

Jen několik málo procent těhotných žen trpí onemocněním srdce. Většinou je způsobeno revmatickou horečkou nebo VVV srdce. Jedním z nejběžnějších defektů je prolaps mitrální chlopně, kdy se cípy mitrální chlopně vychlípují do levé předsně, když se stahuje komora. Plod trpí akutním nedostatkem okysličené krve z důvodu srdečního selhání matky,...Selhání srdce se může projevit také až během porodu, kdy se 300–500

ml krve z dělohy a placenty nahrne do mateřského krevního oběhu. Je zde zvýšené riziko městnavého srdečního selhání (4).

1.8 Anémie

Existují čtyři druhy anémie které by mohly ovlivnit těhotenství:

- nutriční anémie - z nedostatku železa (sideropenická)
- z nedostatku kyseliny listové
- anémie způsobené genetickou poruchou - srpkovitá
- talasemie

Anémie znamená sníženou schopnost krve dopravovat kyslík buňkám. U nutriční anémie nemá žena obvykle žádné příznaky, ale může se cítit bez energie a být často unavená. Kůže a sliznice má bledé a při silnější anémii může trpět dušností, bušením srdce nebo zrychleným pulsem. U srpkovité anémie mají těhotné ženy větší sklony k infekcím, srdečním onemocněním a PIH. Velké nebezpečí pro plod je uzavření cév zásobujících placentu, což může mít za následek předčasný porod, zpomalení růstu plodu nebo i jeho smrt. Talasemie je charakterizována převážně stejnými problémy jako u lehké anémie. Může ale dojít k předávkování železem, které se v těle absorbuje a ukládá ve větším množství. Infekce může způsobit sníženou produkci erytrocytů (4)

1.9 Infekce

Infekce závažné pro plod v těhotenství se označují zkratkou TORCH. Jsou to počáteční písmena závažných infekčních onemocnění nebo agens: toxoplazmóza, rubeola, cytomegalovirus, herpes simplex. Dále mohou ohrozit matku či plod virové infekce, nevirové infekce, pohlavně přenosné infekce, vaginální infekce nebo infekce močových cest (4).

Infekce v těhotenství

Onemocnění	Zařazení	Pro matku	Pro plod	léčba
Cytomegalovirus (CMV)	virová infekce	asymptomatická	petechie, hluchota, slepota, mentální retardace, záchvaty, dentální abnormality, asymptomatické	neexistuje léčba, v rané fázi těhotenství se matce nabídne UPT
Rubeola	virová infekce	nízké horečky, vyrážka	mikrocefalie, mentální retardace, srdeční vady, hluchota, vrozená katarakta, IUGR	imunizace neaplikuje se v průběhu těhotenství
Virus varicella zoster	virová infekce	předčasný porod, encefalitida, varicella pneumonia	nitroděložní infekce, novorozenecká infekce, pásový opar	respirační podpora matky při varicella pneumonia, sledování plodu v izolaci

Herpetický virus	virová infekce pohlavně přenosná	puchýře, vřídky	v první polovině těhotenství – IUGR, spont. potrat, předčasný porod	jestliže je aktivní fáze herpetické infekce v období porodu je těhotenství ukončeno císařským řezem
HIV (AIDS)	virová infekce pohlavně přenosná	váhový úbytek, ztráta chuti, nauzea, zvracení, průjem, horečka, noční pocení, kašel, dušnost, bolest v krku	infikace HIV Virem 20%-40%, při infikaci může dojít k úmrtí plodu, IUGR, intrauterinní infekce	neexistuje léčba jen oddálení smrti pomocí Zidovudinu
Toxoplazmóza	nevirová infekce	nevýrazné projevy	nízká porodní váha, zvětšená játra a slezina, žloutenka, anemie, oční zánět, neurologické poruchy	při nakažení v ranném stádiu těhotenství je nabídnuto UPT
Streptokok skupiny B (GBS)	nevirové onemocnění	asymptomatické	5%-15% mortalita, generalizovaná sepse, pneumonie, meningitida, neurologické	ATB

			poškození	
Syfyilis	pohlavně přenosná choroba	nebolestivý vřed vyrážka na dlaních neléčená napadá CNS a srdce	předčasný porod, spont. potrat, úmrtí plodu, vrozená syfilida	ATB
kapavka	pohlavně přenosná choroba	vaginální výtok, svědění vulvy, bolestivé močení, neplodnost, neprůchodnost vaječníků	oční infekce až slepota, předčasný porod	ATB
Chlamydiová infekce	pohlavně přenosná choroba	nažloutlý výtok, bolest při močení, blokace vejcovodů	konjunktivita, novorozenecká pneumonitida, předčasný porod, IUGR	ATB
Trichomoniáza	pohlavně přenosná choroba	pěnivý šedavě zelený zapáchající výtok, svědění v perineu, zarudlá kůže	předčasné prasknutí plodových obalů	ATB
Condyloma acuminatum	pohlavně přenosná choroba	bradavice na genitálu, svědění, bolest vulvy, vaginální výtok, spojitost s rakovinou genitálu	laryngeální papilomy (změna hlasu, abnormální pláč, ochraptělost, překážka	lokální aplikace kyseliny trichloracetylové

			dýchacích cest)	
Kandidóza	vaginální infekce	svědění, výtok tvarohové konzistence	moučnivka	mikotika
Bakteriální vaginóza	vaginální infekce	silné výtoky, rybí zápach	plod nebývá zasažen	metronidazol
Cystitida	infekce močových cest	pálení při močení, časté močení, nucení na močení, zvýšená teplota		ATB, pitný režim
Pyelonefritida	infekce močových cest	horečka, bolest v bocích, nauzea, zvracení	předčasný porod, zrychlení metabolismu	ATB, pitný režim

tabulka 2 – infekční choroby v těhotenství

1.10 Hrozící předčasný porod

Těhotné ženy jsou často přijímány k hospitalizaci pro hrozící předčasný porod. A to s pravidelnou či méně pravidelnou děložní činností, nebo s pokročilým vaginálním nálezem. V tomto případě je nařízen přísný klid na lůžku, nasazená tokolitická terapie a kortikoidová terapie pro plod na rychlejší dozrávání plic (1).

1.11 Předčasný porod

Předčasný porod je porod před ukončeným 37 týdnem gravidity. Příčiny mohou být ivícečetné těhotenství, polyhydramnion (nadměrné množství plodové vody), abrupce (předčasné odloučení) placenty, placenta praevia, chorioamniitis (zánět plodových obalů), preeklampsie, eklampsie, malformace plodu, závažné choroby matky, trauma matky, podvýživa, obezita, nadměrný hmotnostní přírůstek, kouření,

alkohol, drogy, nízký socioekonomický statut, nedostatečná prenatální péče ,děložní anomálie nebo operace na děloze (1).

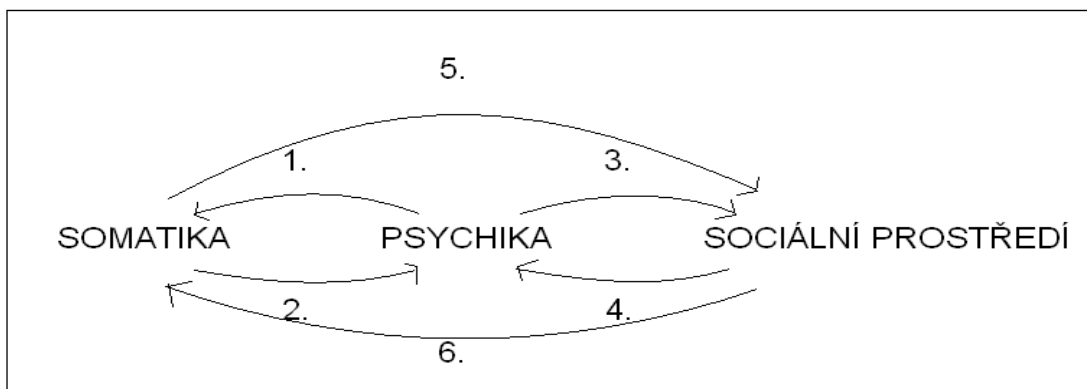
1.12 Prodloužené těhotenství, potermínová gravidita

Jako prodloužené těhotenství označujeme takové, kdy jeho délka přetáhne 294 dní od prvního dne poslední menstruace nebo 280 od ovulace. U potermínové gravidity je vyšší riziko poruchy funkce placenty, náhlého úmrtí plodu, makrosomie (nadměrná hmotnost plodu nad určitou stanovenou hranici, obvykle 4 000 až 4 500 gramů) plodu, komprese pupečníku při oligohydramnionu nebo aspirace mekoniumu. U matky často končí těhotenství císařským řezem (1).

Myslím si, že ať už se jedná o jakoukoliv příčinu hospitalizace těhotné ženy, je její přítomnost v nemocničním prostředí ovlivněná jejími individuálními potřebami.

2 Potřeba

Pojem potřeba je projev nedostatku, který je nutno odstranit. Potřeba pobízí těhotnou hospitalizovanou ženu k tomu, aby hledala určité podmínky, nezbytné k životu, nebo vedoucí k vytěsnění určité podmínky, která je pro těhotnou hospitalizovanou ženu nepříznivá. Potřeba je něčím, co těhotná žena nutně potřebuje pro svůj spokojený život a fyziologický vývoj. Prožívání nedostatku ovlivňuje veškerou psychickou činnost těhotné hospitalizované ženy – pozornost, myšlení, emoce, volní procesy a tím zcela zásadně vytváří vzorec chování této ženy. Jednání zaměřené k uspokojení potřeby převádí potřebu na její psychologickou úroveň (tzv. psychická odezva). Teorie zabývající se člověkem jako celkem se nazývá **holistická** neboli **holismus**. Porucha jedné části celku vede zákonitě k poruše jiné části, popř. celého systému. Celkový pohled na těhotnou ženu je v souladu s neredukovaným chápáním samotné těhotné ženy, s **bio-psycho-sociálním** modelem zdraví a nemoci (6).



obrázek 1 – bio-psycho-sociální model nemoci

2.1 Biologické potřeby

Biologická potřeba vyjadřuje stav narušené fyziologické rovnováhy, která může nebo nemusí mít psychickou odezvu (např. potřeba vápníku nebo vitamínů). Biologické potřeby jsou společné všem živým organismům. Patří mezi ně např. výměna látek a energií, udržování relativní stálosti vnitřního prostředí, růst jedince či jeho rozmnožování jako zajištění pokračování života druhu. Tyto potřeby mají u člověka konkrétní podobu jako potřeba příjmu potravy a tekutin, zajištění čerstvého vzduchu či přiměřeného životního prostoru. Potřeba vyměšování, potřeba pohybu a odpočinku (6).

2.2 Psychologické potřeby

Na psychické úrovni jsou pro člověka relativně specifické potřeby. Týkají se zejména oblasti prožívání. Patří sem například potřeba bezpečí, potřeba vztahu náležitě druhé bytosti, potřeba přiměřeného množství vnějších podnětů, potřeba identity. Psychologický význam potřeby je úzce spojen s potřebami sociálními a pokud je nedostatek v sociálních potřebách tak se to projeví na psychických potřebách (6).

2.3 Sociální potřeby

Sociální dimenze lidských potřeb vyplývá ze skutečnosti, že se každý jedinec vyvíjí v kontaktu se svým užším i širším okolím. Od společenství lidí potřebuje kladné vztahy, ocenění, přijetí a lásku. Člověk potřebuje sociální kontakt, aby si sám ujasnil smysl života. Potřebuje vědět, že není sám a vytvářet tak individuální existenci sama sebe (mít pro co žít) (6).

2.4 Duchovní potřeby – spirituální

Spirituální dimenze je zcela specifická pro člověka. Spirituální potřeby mají charakter převážně tvůrčí. Je to např. potřeba vědět, uvažovat, potřeba vytvářet hodnoty a vztahy, jimiž se jedinec uskutečňuje a seberealizuje (6).

2.5 Ekonomická potřeba

Ekonomická potřeba většinou vyjadřuje nutnost vlastnit a užívat určitý objekt (např. barevný televizor, boty, šatstvo, byt atd.) což je ukazatelem spíše na to, že potřebou je míněn určitý prostředek k dosahování nějaké psychické potřeby (6).

2.6 Holismus

Holistická teorie zdůrazňuje psychosomatickou jednotu a jedinečnost každého člověka, mnoho společného s fenomenologií a s teorií „já“. Přejímá některé pojmy z tvarové psychologie a vychází z existencialismu jako svého filozofického základu. Představitelé Goldstein a Maslow se rozcházejí v získávání údajů – Goldstein – výzkum na vojácích s poraněním mozku, Maslow – zkoumá zdravé lidi. Eva Trachtová a kolektiv ve své knize Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu píše, citují „Holistický pohled na člověka z hlediska vzájemné interakce jeho jednotlivých složek vyjadřuje níže uvedený obr.1. Ze schématu vyplývá, že (6) :

1. dlouhodobá psychická zátěž, závažný stres může být jednou z příčin, popř. faktorem vyvolávajícím somatické onemocnění
2. každé onemocnění, i banální je provázeno negativními emocemi. Onemocníme-li, máme-li se podrobit operačnímu zákroku, ztrácíme půdu pod nohama, prožíváme strach, úzkost.
3. psychické stavy jako strach, napětí, úzkost v mezilidských situacích vedou k sociální izolaci, osamocení. Ve vystupňované formě k vyhýbání se kontaktu s lidmi. Mluvíme o sociální fobii.
4. sociální izolace, opuštěnost člověka může být příčinou vzniku negativních emocí- strachu, úzkosti, hněvu, hostility.
5. nemocný člověk žije často sám, opuštěný, v sociální izolaci. Mluvíme také o sociální smrti.
6. prostředí, ve kterém člověk žije – životní i sociální, ovlivňuje přímo nebo zprostředkovaně zdravotní stav člověka. Je dokázané, že lidé žijící osamocení dříve umírají

Každý člověk je individualita, má své jedinečné vlastnosti, postoje, názory a **potřeby**.“(6)

2.7 Goldsteinovy teorie

Hlavní body Goldsteinovy teorie

- Holistický pohled na osobnost – jednotná a plně integrovaná entita
- Vliv tvarové psychologie – probíhající sled dynamických procesů, v němž se vždy jedna funkce vynoří jako tvar, ostatní ustupují
- Organismus v sociálním kontextu – logické vztahy k okolí
- konkrétní a abstraktní chování – vysvětlení rozdílu mezi zdravě a nezdravě probíhajícími činnostmi organismu (2)

Jednotná povaha organismu

Organismus je jednotný útvar, ne nahromadění činitelů - organismus má rozsáhlý repertoár funkcí, které jsou vzájemně propojeny – vyplývá z motivační síly = seberealizace, uvádí organismus do pohybu = pudová tendence (2),

Chování jako interakce tvaru a pozadí:

Dle Goldsteinovy teorie je veškeré chování interpretováno jako interakce tvaru a pozadí. = jednota a integrovanost osobnosti (2).

Vyrovňávání s prostředím:

Dobrovolným přijetím určitých podmínek v dané situaci nebo takovou iniciativou organismu, která překonává poruchy vznikající ze střetu se světem nikoliv z úzkosti, nýbrž pro radost z vítězství (2).

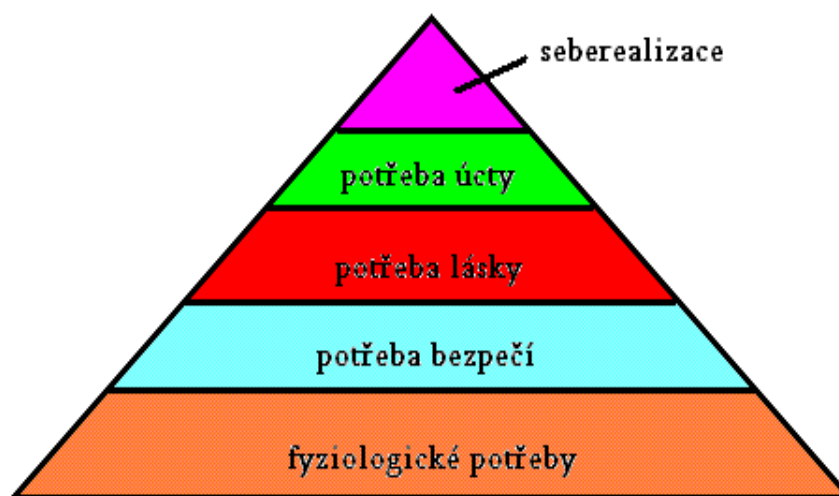
Konkrétní a abstraktní chování:

Konkrétní chování = reakce organismu na vše, co jedinec vnímá.

Abstraktní = aktivní orientace v situaci: jedinec si musí vybrat to, co je podstatné a počínat si přiměřeným způsobem (2)

2.8 Lidské potřeby - Maslowa

Americký psycholog Abraham Harold Maslow vytvořil teorii motivace, ze které vychází jeho hierarchická teorie základních lidských potřeb. Zdůrazňuje v ní těsné propojení filozofie a psychologie a navrhuje, aby se předmětem zájmu psychologů stala též filozofie lidských hodnot. Maslowova filozofie člověka je součástí jeho světového názoru, který se nazývá holisticko-dynamický názor. Podle Abrahama Maslowa má každý jedinec individuální systém motivů, který je hierarchicky uspořádán, protože některé z motivů jsou silnější než jiné a některé z těch silných jsou silnější. Lidé jsou motivováni hierarchickým systémem základních potřeb. Každý člověk je jedinec je integrovaný a organizovaný celek z čehož vyplývá že potřeba je vždy výrazem celého jedince. Abraham Maslow sestavil model potřeb člověka a to hierarchicky do pyramidy. Pyramida se zabývá potřebami člověka a je rozčleněna do pěti částí (6)



obrázek 2 – pyramida potřeb

- **Fyziologické potřeby:**

Mezi fyziologické potřeby patří potřeba potravy, tekutin, vyměšování, kyslíku, přiměřené teploty, pohybu, spánku, odpočinku, sexuálního uspokojení, nebo vyhnutí se bolesti. Fyziologická potřeba se objevuje při poruše homeostázy a vyjadřuje tak potřeby organismu, díky kterým samotný organismus přežívá. Jedinec téměř vždy dělá vše proto, aby je uspokojil dříve, než se stanou neuspokojenými. Když se fyziologické potřeby stávají neuspokojenými, stávají se dominantními a celkově ovlivní chování a jednání jedince (6).

- **Potřeba bezpečí a jistoty**

Mezi potřeby bezpečí patří potřeba jistoty, stálosti, spolehlivosti, osvobození od strachu, úzkosti a chaosu, potřeba struktury, pořádku, pravidel, mezí. Jedinec se snaží vyvarovat se samotnému ohrožení a nebezpečí. U člověka, kterému chybí pořádek a řád je tato potřeba na prvním místě. Skoro vždy se tato potřeba objevuje při pocitu ztráty životní jistoty (u nemocného jedince) (6).

- **Potřeba sounáležitosti a lásky**

Tyto potřeby jsou někdy označovány jako afiliační, je to potřeba lásky, náklonnosti, shody a ztotožnění, potřeba někam patřit, potřeba lásky a náležení u zvířat, ale i u člověka – potřeba být milován a milovat je na rozhraní vyšších a nižších potřeb. Je založena na tom, kde daný člověk vyrůstá, ale už má socializovanou podobu (váže se na konkrétní místo, kde vyrůstá). Tato potřeba je vystupňovaná, když u jedince dochází k pocitu opuštěnosti a osamocení (6).

- **Potřeba uznání, ocenění, sebeúcty**

Zde se jedná o dvě spojené potřeby. První je potřeba sebeúcty a sebehodnocení, která vyjadřuje přání výkonu, kompetence, důvěry v okolním světě a nezávislost na

mínění druhých. A druhá potřeba vyjadřuje touhu být respektován od druhých lidí, nebo statut či prestiž uvnitř sociální skupiny. Tato potřeba vystupňuje v situaci ztráty respektu, kompetence, nebo důvěry a projeví se snahou o získání ztracené sociální jistoty (6)

- **Potřeba seberealizace, sebeaktualizace**

Potřeba uskutečnit to, čím daná osoba potenciálně je, sebenaplnění. Vystupuje jako tendence realizovat své schopnosti a záměry aby člověk mohl být tím, čím chce a čím dle svého mínění může být. Když chce někdo svojí práci dělat dobře, musí nejprve najít v sobě pocit uspokojení a být přesvědčen, že danou práci dělá dobře (6)

První čtyři kategorie označuje Abraham Maslow jako potřeby nedostatkové, pátou kategorii jako potřeby růstové. Obecně platí, že níže uvedené potřeby jsou významnější a jejich alespoň částečné uspokojení je podmínkou pro vznik méně naléhavých a vývojově vyšších potřeb. To znamená, že pokud chceme aby potřeby z vyšší části pyramidy byly uspokojeny musí být zákonitě uspokojeny potřeby na nižším stupni pyramidy. Princip hierarchicky podmíněného uspokojení potřeb však neplatí zákonitě pokaždé. Těhotná žena může mít tak silnou motivaci pro potřeby vyššího řádu, že nemusí mít zapotřebí uspokojovat potřeby nižší části pyramidy (6).

2.9 Faktory modifikující uspokojování potřeb

Existuje celá řada faktorů, které by mohly znemožnit, znesnadnit, nebo změnit uspokojení potřeb těhotné hospitalizované ženy. V první řadě mezi ně zařadíme:

2.9.1 nemoc

Často brání těhotné hospitalizované ženě v uspokojování jejích potřeb a sama následně modifikuje způsob vyjádření možnosti jejich uspokojování. Porodní asistentka by měla pomoci nemocné těhotné ženě v uspokojování jejich fyziologických i psychických potřeb. Psychická odezva na neuspokojenou potřebu výživy nebo hygieny bude jiná u ležící těhotné ženy a jiná u těhotné ženy, která má volný pohybový režim. Proto by se k těhotným pacientkám a také k jejich potřebám mělo přistupovat individuálně a očekává se tedy individuální přístup ke každé hospitalizované těhotné ženě. Když jsou uspokojeny potřeby fyziologické, nemocná těhotná žena chce uspokojovat potřeby vyšší úrovně (3).

2.9.2 individualita člověka (osobnost)

Osobnost těhotné hospitalizované ženy a osobnostní vlastnosti modifikují jejich potřeby, jejich vyjádření, způsob uspokojování i jejich psychickou odezvu. Určující bude typologie těhotné ženy, emocionální labilita nebo stabilita, dále odolnost proti zátěži. Ženy, které se znají a váží si samy sebe, většinou snadněji snášejí změny a dokáží svoje potřeby dát lépe najevo (3).

2.9.3 mezilidské vztahy

Každá těhotná žena je zvyklá na určitý průběh dne, a pokud je hospitalizovaná, je tento průběh narušen nemocí, cizím prostředím a cizími lidmi. Nejvíce narušuje uspokojování potřeb omezený kontakt s příbuznými a blízkými. Chování těhotné ženy se proto někdy může začít vymykat normálu, protože není zcela zabezpečená bio-psycho-sociální pohoda a těhotná žena v určité oblasti strádá (3).

2.9.4 vývojové stádium člověka

Modifikuje signalizaci a způsob uspokojování potřeb i jejich psychickou odezvu. Je nutné brát v úvahu že mladá žena čekající druhé dítě bude mít jiné potřeby a jinak je bude vyjadřovat než čtyřicetiletá žena čekající své první vytoužené dítě (3).

2.9.5 okolnosti, za kterých nemoc vznikla

Okolnosti, za kterých nemoc vznikla, ovlivňují potřeby a jejich psychickou odezvu. Nemocná těhotná žena jinak vyjadřuje své potřeby v domácí péči a jinak při hospitalizaci v nemocničním zařízení. Dále se musí brát v úvahu specifické situace, které mohou probíhat (např. zanechání malého dítěte doma, zaměstnání atd.) (3).

2.10 Prostředí v roli uspokojování potřeb

Všechny faktory prostředí mají vliv na zdraví a psychologický dopad na psychiku, pohodu a výkon osobnosti. Člověk 21. století tráví až 90% času svého života v zastavěném prostoru. To se týká samozřejmě i těhotné ženy. Obydlí je tak tedy někdy označováno jako třetí kůže a považuje se za součást osobnosti. Hospitalizace u těhotné ženy může vyvolat nepříjemné pocity a někdy až depresivní stavy. Důležitým faktorem bývá osvětlení. Při nedostatečném nebo špatném osvětlení dochází k pocitům nepohody, což může vyústit až k depresivním stavům. S osvětlením souvisí i barevná úprava exteriérů i interiérů. Použití barev příznivě ovlivňuje pohodu a náladu a usnadňuje a urychluje orientaci v místě. Teplé barvy zvyšují činnost organismu, krevní tlak a frekvenci tepu. Studené barvy mají účinek opačný. Při dlouhodobém působení je účinek barev opačný. Proto se při barevné úpravě doporučuje používat teplých barev tam kde je potřeba zvýšení emocionálních stavů na kratší dobu. V dnešní době dochází k rozvoji barvové terapie. Tvrdí se, že barvy mohou ovlivnit zdravotní stav jedince jak kladně tak i záporně. Úkolem barvové terapie je obnovit nebo stabilizovat pro každého člověka potřebnou „vnitřní barevnou rovnováhu“.



obrázek 3 – barevně ztvárněná chodba rizikového těhotenství ÚPMD Podolí

Vliv na uspokojování potřeb těhotné hospitalizované ženy může mít i její „lažka“ nastavující komfort nemocné. Některé ženy vyžadují pro svojí tělesnou i psychickou pohodu pobyt na nadstandartních pokojích, které jsou jednolůžkové, mají svoje vlastní sociální zařízení a je tu možnost nepřetržité přítomnosti návštěv (např. ÚPMD Podolí, porodnice u Apolináře). Tyto pokoje jsou finančně hrazeny pacientkou a jsou přidělovány jen na vlastní žádost. Mohou však pacientce velice pomoci při uspokojení jejich aktuálních potřeb (3).



obrázek 4 – nadstandartní pokoj oddělení rizikového těhotenství ÚPMD Podolí

Standartní pokoje jsou převážně vícelůžkové. Návštěvy jsou časově omezené a pacientka na nich nemusí mít takové soukromí, jaké by nejraději měla a kontakt s rodinou pro ni nemusí být plně dostačující.



obrázek 5 – standartní pokoj oddělení rizikového těhotenství ÚPMD Podolí

V uspokojování potřeb hraje neméně důležitou roli okolní teplota, vlhkost, hluk, spolupacientky a personál, který je součástí daného prostředí.

2.11 Vliv seznámení s personálem na uspokojení potřeb

Asi každý člověk má s velkou pravděpodobností potřebu znát lidi co se pohybují v jeho okolí. Stejně tak tomu je i u těhotných hospitalizovaných žen. Mnohem lépe se cítí hospitalizovaná žena, která ví kdo jí léčí a kdo se o ni během hospitalizace stará. Než žena, která je v neznámém prostředí a ještě není seznámená se zdravotnickým personálem. Bohužel jsem se setkala s tím, že ne vždy se zdravotnický personál svým pacientkám představuje a bere jako samozřejmost, že si to hospitalizované ženy mohou jejich jméno přečíst na vizitce. Tu někdy však členové zdravotnického týmu ani nemají. S hlediska uspokojení potřeb těhotné hospitalizované ženy teda vzniká potřeba poznání

zdravotnického personálu. Nedostatek může velmi negativně ovlivnit psychické rozpoložení těhotné hospitalizované ženy (3).

2.12 Vliv informovanosti na uspokojení potřeb

Herodot kdysi řekl, cituji „Nikdo nesmí minout nemocného člověka beze slov, aniž by se ho zeptal, co mu je.“. A nejen z tohoto důvodu je nutno zdůraznit, že komunikace s těhotnou ženou je důležitá při uspokojování jejích potřeb. Lékař je zdravotní profesionál a tudíž svou tematiku ovládá a umí o ní hovořit – svou řečí. Anatomické, fyziologické nebo psychopatologické termíny, názvy léků atd. mohou být pro těhotnou hospitalizovanou ženu něčím zcela neznámým - „španělskou vesnicí“. Odborná terminologie vyžaduje dodržování přesných formulací a termínů a lékař se často snaží hovořit co nejpřesněji. Lékařův žargon bývá často citován na prvním místě, pokud se zjišťují těžkosti v sociální komunikaci pacientky s lékařem. Kvůli obavám těhotné ženy dochází často k tomu, že žena „neslyší“, „nechápe“ a „nepamatuje si“ co jí lékař právě řekl. Proto by se lékař měl vždy přesvědčit o tom, zda ho těhotná žena pochopila, zdali se cítí dostatečně informovaná a jestli nemá nějaké další dotazy ohledně probíhající hospitalizace, vyšetření nebo budoucnosti jejího těhotenství. Důležité je aby v komunikaci nedošlo k tzv. depersonalizaci, což je ztracená úcta k pacientce a ztráta respektu (3).

Praktická část

3 Struktura výzkumu

3.1 Metody

- výzkum byl realizován pomocí dotazníků

3.2 Dosavadní stav poznání

- v daném problému nejsou doposud známé žádné poznatky
- v terénu nebylo dosaženo žádných poznatků

3.3 Organizační zabezpečení

- časový prostor: 4 měsíce
- finanční kalkulace: 300 listů papíru, cena cca 100 Kč, náklady na tisk, cena cca 2200kč, celkem 2300

3.4 Předmět výzkumu

- zkoumaná oblast: klientky na oddělení rizikového těhotenství v porodnické klinice 1. LF UK v Praze u Apolináře, ve FN Motol a Ústavu péče o matku a dítě v Podolí (dále jen pražské porodnice)

3.5 Zkoumaný soubor

- základní soubor: klientky na oddělení rizikového těhotenství v pražských porodnicích
- záměrný výběr: náhodný
- velikost vzorku: 150 klientek na oddělení rizikového těhotenství

3.6 Výzkumný problém

- nejčastější potřeby těhotných hospitalizovaných žen

3.7 Cíl

- zjistit nejčastější potřeby těhotných hospitalizovaných žen v pražských porodnicích

3.8 Hypotézy

H1 – Domnívám se, že většina těhotných hospitalizovaných žen má větší strach o zdraví svého nenarozeného dítěte než o svoje zdraví

H2 – Domnívám se, že lékaři na oddělení rizikového těhotenství se představují těhotným hospitalizovaným ženám častěji než porodní asistentky.

H3 – Domnívám se, že hospitalizované ženy po IVF mají jiné potřeby než ženy po spontánním otěhotnění.

HT – Domnívám se, že více než polovina těhotných hospitalizovaných žen nejsou dostatečně informovány o svém zdravotním stavu.

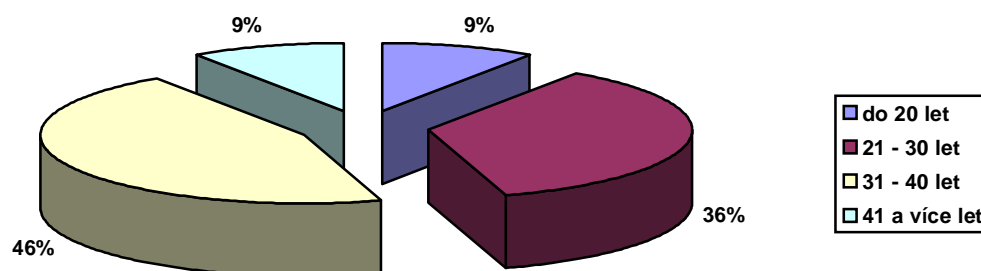
3.9 Výsledky a jejich analýza

3.9.1 zpracování výzkumného šetření

1. Do jaké věkové skupiny se zařadíte?

Věkové skupiny	Do 20 let	21 – 30 let	31 – 40 let	41 a více let
Počet respondentek	14	54	68	14

tabulka 3 – věkové rozmezí



graf 1 – věková skupina

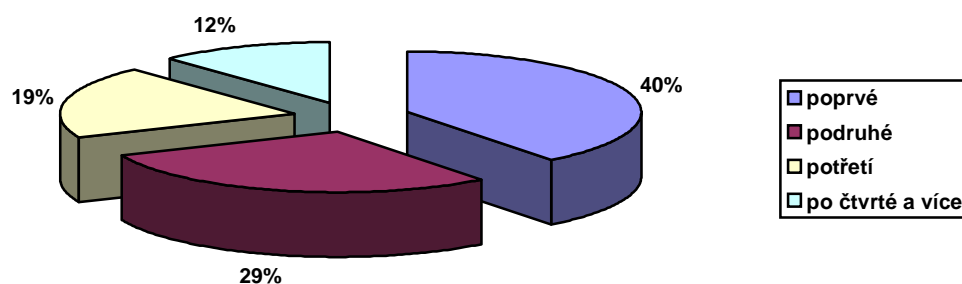
hodnocení

- Výsledek grafu 1 znázorňuje, že 46% oslovených hospitalizovaných těhotných žen bylo ve věku 31 – 40 let..
- Z výsledku vyplývá, že nejčastější věkový průměr na oddělení rizikového těhotenství je 31 – 40 let.

2. Po kolikáté jste těhotná?

Gravidita	Poprvé	Podruhé	Potřetí	Počtvrté a více
Počet respondentek	59	44	29	18

tabulka 4 – gravidita



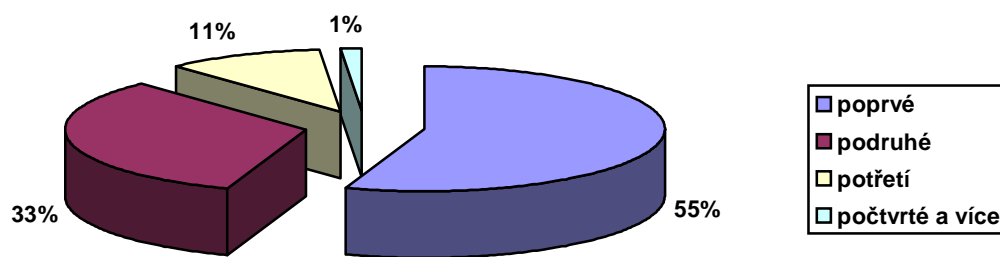
graf 2 – gravidita

hodnocení

- Výsledek grafu 2 znázorňuje, že 40% oslovených těhotných hospitalizovaných žen bylo těhotných poprvé.
- Z výsledku vyplývá, že hospitalizované těhotné ženy na oddělení rizikového těhotenství jsou nejčastěji poprvé těhotné.

3. Po kolikáté budete rodit?

Parita	Poprvé	Podruhé	Potřetí	Počtvrté a více
Počet respondentek	83	49	16	2



graf 3 – parita

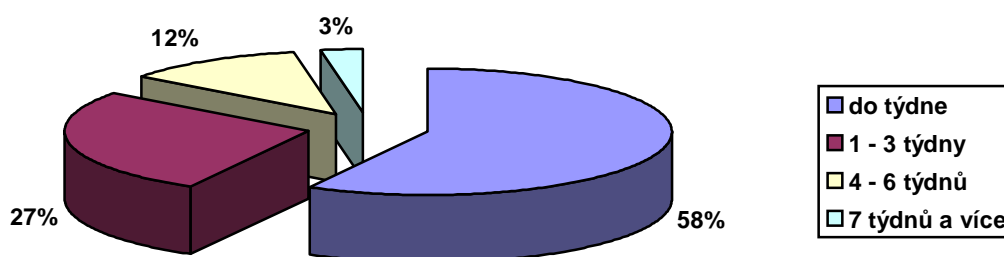
hodnocení

- Výsledek grafu 3 znázorňuje, že 55% oslovených těhotných hospitalizovaných žen se chystalo родit poprvé.
- Z výsledku vyplývá, že těhotné hospitalizované ženy na oddělení rizikového těhotenství jsou ve většině prvorodičky.

4. Jak dlouho jste již hospitalizovaná?

Délka hospitalizace	Do týdne	1 – 3 týdny	4 – 6 týdnů	7 týdnů a více
Počet respondentek	87	41	18	4

tabulka 5 – délka hospitalizace



graf 4 – délka hospitalizace

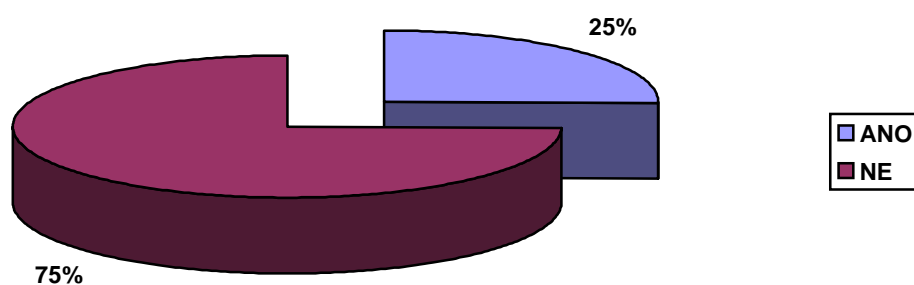
hodnocení

- Výsledek grafu 4 znázorňuje, že 58% oslovených těhotných hospitalizovaných žen bylo hospitalizováno méně než jeden týden,
- Z výsledku vyplývá, že nejčastěji jsou těhotné ženy hospitalizovány na oddělení rizikového těhotenství do doby jednoho týdne,

5. Jedná se o hospitalizaci opakovanou?

Opakovaná hospitalizace	Ano	Ne
Počet respondentek	38	112

tabulka 6 – opakovaná hospitalizace



graf 5 – opakovaná hospitalizace

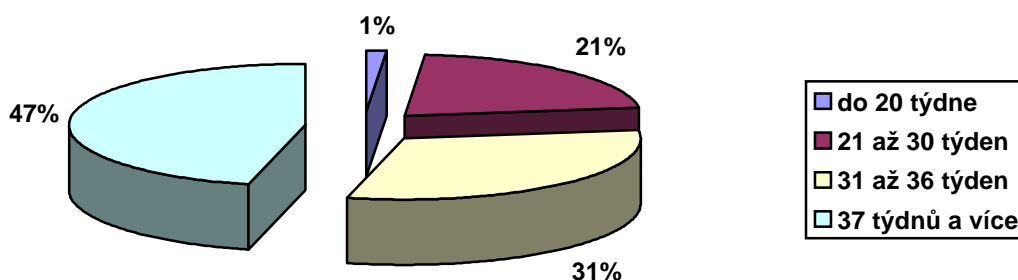
hodnocení

- Výsledek grafu 5 znázorňuje, že u 75% oslovených těhotných hospitalizovaných žen se nejednalo o opakovanou hospitalizaci,
- Z výsledku vyplývá, že se u většiny hospitalizovaných těhotných žen na oddělení rizikového těhotenství nejedná o opakovanou hospitalizaci,

6. V jakém stádiu těhotenství se nacházíte?

Stádium těhotenství	Do 20 týdne	21 až 30 týden	31 až 36 týden	37 týden a více
Počet respondentek	2	32	47	69

tabulka 7 – stádium těhotenství



graf 6 – stádium těhotenství

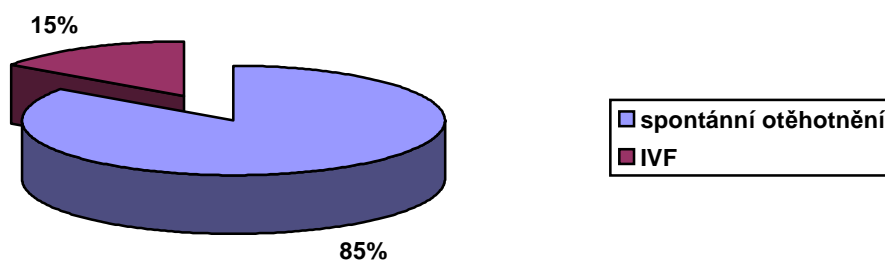
hodnocení

- Výsledek grafu 6 znázorňuje, že 47% oslovených těhotných hospitalizovaných žen bylo těhotných 37 týdnů a více.
- Z výsledku vyplývá, že nejčastěji jsou hospitalizované těhotné ženy na oddělení rizikového těhotenství ve 37 týdnu a více.

7. Jakým způsobem jste otěhotněla?

Způsob otěhotnění	Spontánní otěhotnění	IVF
Počet respondentek	127	23

tabulka 8 – způsob otěhotnění



graf 7 – způsob otěhotnění

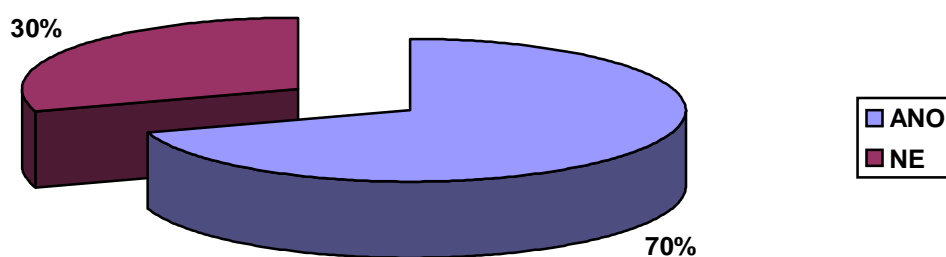
hodnocení

- Výsledek grafu 7 znázorňuje, že u 85% oslovených těhotných hospitalizovaných žen se jednalo o spontánní otěhotnění.
- Z výsledku vyplývá, že většina těhotných hospitalizovaných žen na oddělení rizikového těhotenství spontánně otěhotněla.

8. Představili se Vám v této nemocnici ošetřující lékaři?

Představení lékaře	Ano	Ne
Počet respondentek	105	45

tabulka 9 – představení lékaře



graf 8 – představení lékaře

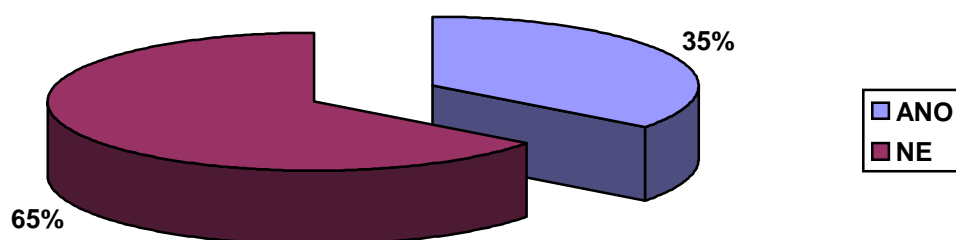
hodnocení

- Výsledek grafu 8 znázorňuje, že 70% oslovených těhotných hospitalizovaných žen se ošetřující lékař představil
- Z výsledku vyplývá, že se těhotným hospitalizovaným ženám ve většině případů ošetřující lékař představil.

9. Představili se Vám v této nemocnici ošetřující porodní asistentky?

Představení porodních asistentek	Ano	Ne
Počet respondentek	53	97

tabulka 10 – představení porodních asistentek



graf 9 – představení porodních asistentek

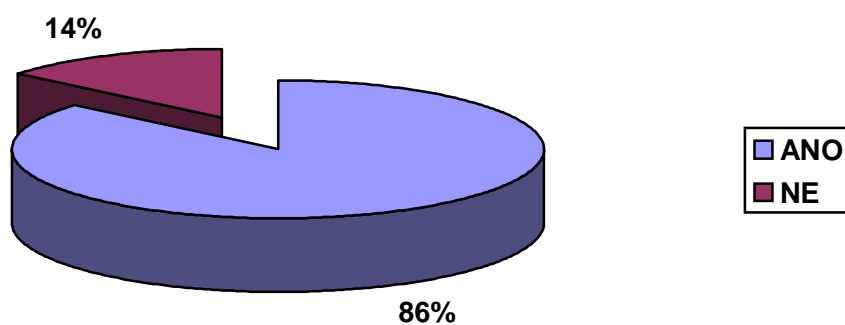
hodnocení

- Výsledek grafu 9 znázorňuje, že 65% oslovených těhotných hospitalizovaných žen se nepředstavila ošetřující porodní asistentka.
- Z výsledku vyplývá, že většině hospitalizovaných těhotných žen se porodní asistentky, které o ně pečují, nepředstavili.

10. Je pro vás důležité znát zdravotnický personál, který s vámi spolupracuje?

Seznámení s personálem	Ano	Ne
Počet respondentek	129	21

tabulka 11 – seznámení s personálem



graf 10 – seznámení s personálem

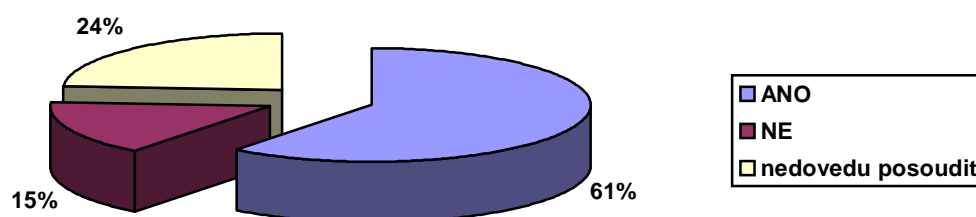
hodnocení

- Výsledek grafu 10 znázorňuje, že pro 86% oslovených těhotných hospitalizovaných žen je důležité znát svůj ošetřující zdravotní personál.
- Z výsledku vyplývá, že většina těhotných hospitalizovaných žen cítí potřebu být seznámena se zdravotnickým personálem, který o ně pečuje.

11. Domníváte se, že jste dostatečně informovaná o vašem současném zdrav. stavu?

Dostatečnost informovanosti	Ano	Ne	Nedovedu posoudit
Počet respondentek	91	23	36

tabulka 12 – dostatečnost informovanosti



graf 11 – dostatečnost informací

hodnocení

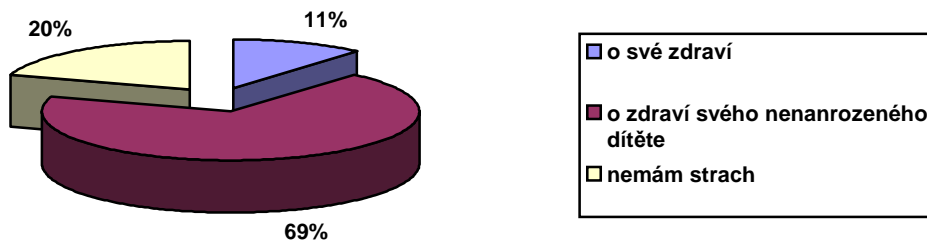
- Výsledek grafu 11 znázorňuje, že 61% oslovených těhotných hospitalizovaných žen je dostatečně informováno o svém zdravotním stavu.

- Z výsledku vyplývá, že hospitalizované těhotné ženy na oddělení rizikového těhotenství se cítí dostatečně informovány o svém zdravotním stavu.

12. O co máte největší strach?

Strach	O své zdraví	O zdraví svého nenarozeného dítěte	Nemám strach
Počet respondentek	17	103	30

tabulka 13 – strach



graf 12 – strach

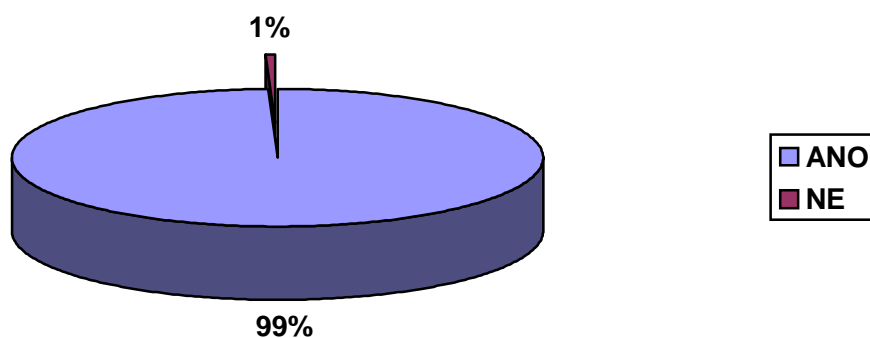
hodnocení

- Výsledek grafu 12 znázorňuje, že 69% oslovených těhotných hospitalizovaných žen má největší strach o zdraví svého nenarozeného dítěte.
- Z výsledku vyplývá, že většina těhotných hospitalizovaných žen na oddělení rizikového těhotenství má největší strach o zdraví a život svého nenarozeného dítěte.

13. Je vám umožněn kontakt s rodinou?

Kontakt s rodinou	Ano	Ne
Počet respondentek	149	1

tabulka 14 – kontakt s rodinou



graf 13 – kontakt s rodinou

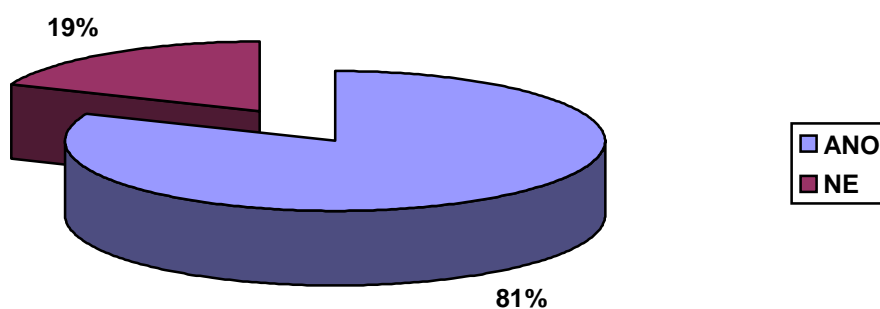
hodnocení

- Výsledek grafu 13 znázorňuje, že 99% oslovených těhotných hospitalizovaných žen má umožněn kontakt s rodinou.
- Z výsledku vyplývá, že téměř všechny těhotné hospitalizované ženy na oddělení rizikového těhotenství mají umožněn kontakt s rodinou..

14. Je pro vás kontakt dostačující?

Dostačující kontakt	Ano	Ne
Počet respondentek	122	38

tabulka 15 – dostačující kontakt



graf 14 – dostačující kontakt

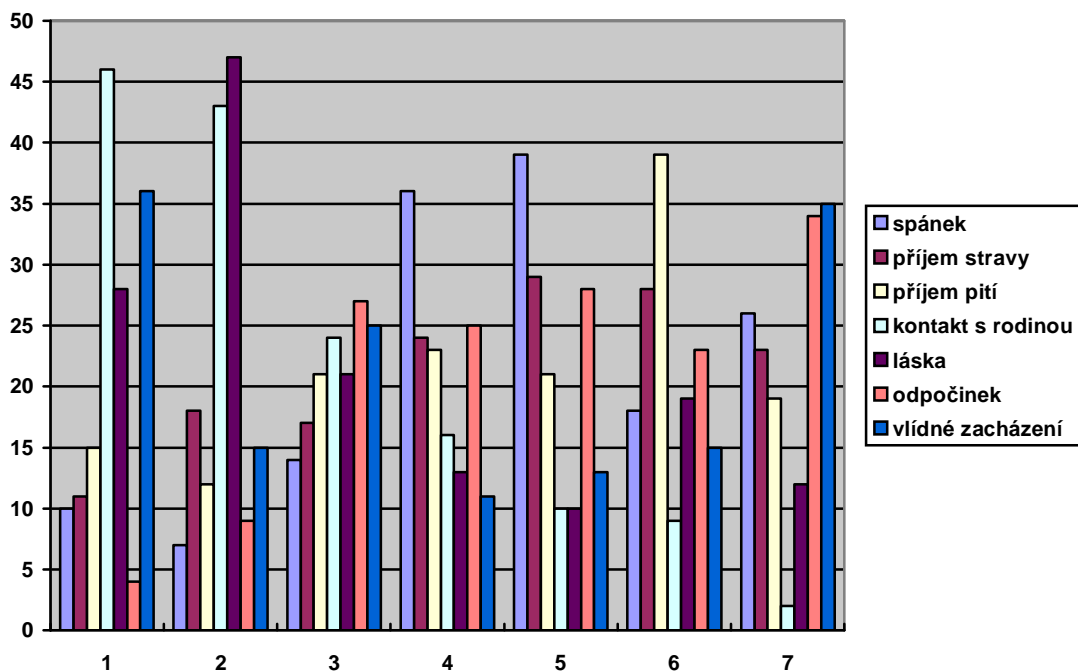
hodnocení

- Výsledek grafu 14 znázorňuje, že pro 81% oslovených těhotných hospitalizovaných žen je kontakt dostačující.
- Z výsledku vyplývá, že pro těhotné hospitalizované ženy na oddělení rizikového těhotenství je kontakt s rodinou i přes probíhající hospitalizaci dostačující.

15. Seřad'te následující potřeby pro vás nejdůležitější (od 1 do 7)

Nejdůležitější potřeby	Potřeby	1	2	3	4	5	6	7
Počet respondentek	Spánek	10	7	14	36	39	18	26
	Příjem stravy	11	18	17	24	29	28	23
	Příjem pití	15	12	21	23	21	39	19
	Kontakt s rodinou	46	43	24	16	10	9	2
	Láska	28	47	21	13	10	19	12
	Odpočinek	4	9	27	25	28	23	34
	Vlídne zacházení	36	15	25	11	13	15	35

tabulka 16 – nejčastější potřeby



graf 15 – nejdůležitější potřeby

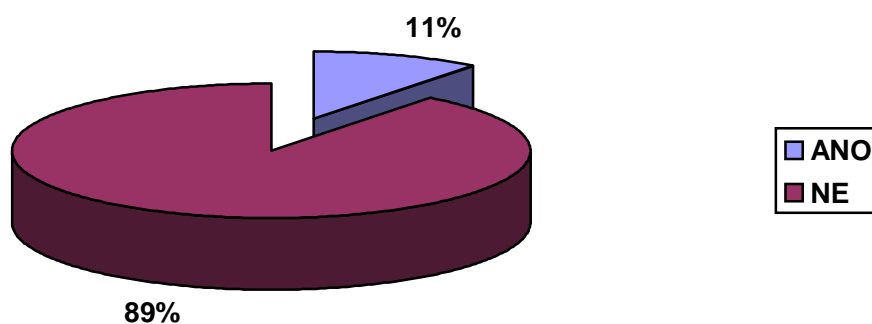
hodnocení

- Výsledek grafu 15 znázorňuje seřazení potřeb od jedničky (největší) do sedmičky (nejmenší).
- Po vyhodnocení všech dotazníků vyšly výsledky, které některé potřeby zařadily na stejnou pozici.
- Na první místo ve svých potřebách řadily těhotné hospitalizované ženy potřebu kontaktu s rodinou a potřebu vlídného jednání a zacházení.
- Na třetí místo se tím posunula potřeba lásky.
- Na čtvrtou a pátou pozici těhotné hospitalizované ženy zařadily potřebu spánku a potřebu příjmu stravy.
- Na šesté místo zařadily těhotné hospitalizované ženy nejčastěji příjem pití
- Na sedmém místě se nejčastěji umístila potřeba odpočinku.
- Vzhledem ke značné rozdílnosti v seřazování výše uvedených potřeb, mohou říci jen to, že viditelně převažovala u oslovených respondentek jen potřeba kontaktu s rodinou a potřeba lásky.

16 A. Chybí vám něco z výše uvedených oblastí?

Deficit v potřebách	Ano	Ne
Počet respondentek	16	134

tabulka 17 – deficit v potřebách



graf 16 – deficit v potřebách

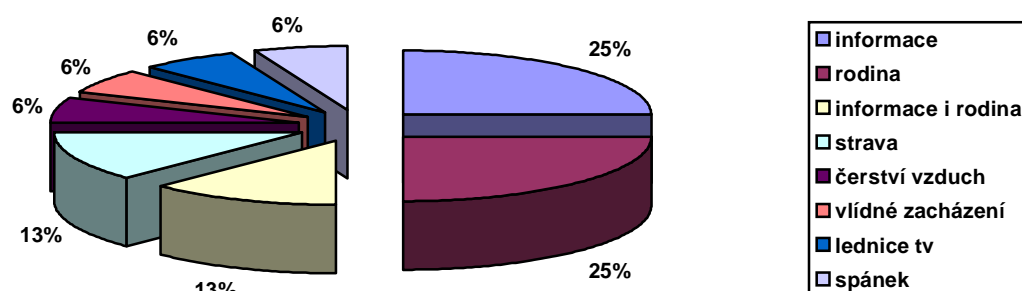
hodnocení

- Výsledek grafu 16A znázorňuje, že 89% těhotných hospitalizovaných žen nemá v období výzkumného šetření žádnou akutní potřebu.
- Z výsledku vyplývá, že většina těhotných hospitalizovaných žen v době sběru informací netrpěli žádnou akutní potřebou .

16 B. Ano? Jaké?

Chybějící potřeby	Informace	Rodina	Informace rodina	Strava	Čerství vzduch	Vlídlné zacházení	Lednice televizor	spánek
Počet respondentek	4	4	2	2	1	1	1	1

tabulka 18 –chybějící potřeby



graf 17 – chybějící potřeby

hodnocení

- Respondentky, které udaly akutní deficit ve svých potřebách se nejčastěji shodli na potřebě informovanosti a kontaktu s rodinou
- Z toho vyplývá, že pro těhotnou hospitalizovanou ženu je potřeba informovanosti a kontaktu s rodinou důležitý faktor při uspokojování jejích potřeb.

3.9.2 hypotézy

H1 – Domnívám se, že většina těhotných hospitalizovaných žen má větší strach o zdraví svého nenarozeného dítěte než o svoje zdraví

- SE POTVRDILA

H2 – Domnívám se, že lékaři na oddělení rizikového těhotenství se představují těhotným hospitalizovaným ženám častěji než porodní asistentky.

- SE POTVRDILA

H3 – Domnívám se, že hospitalizované ženy po IVF mají jiné potřeby než ženy po spontánním otěhotnění.

- SE POTVRDILA

HT – Domnívám se, že více než polovina těhotných hospitalizovaných žen nejsou dostatečně informovány o svém zdravotním stavu.

- SE NEPOTVRDILO

3.9.3 závěry pro praxi

Pro mé výzkumné šetření bylo použito kvalitativní analýzy, získaná data byla zpracována formou dotazníků. Jednotlivé položky jsou zpracovány pomocí tabulek a grafů. Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 150 respondentek na oddělení rizikového těhotenství v pražských porodnicích. Výsledky jsou udávány v procentech a v počtech respondentek.

Výsledky výzkumného šetření ukázali, že těhotná hospitalizovaná žena má největší strach o život svého nenarozeného dítěte. Z toho usuzuji, že by zdravotnický

personál měl ženě poskytnout tolik informací o zdravotním stavu dítěte, aby se těhotná žena cítila v bezpečí.

Při výzkumu jsem zjistila, že se porodní asistentky představují těhotným hospitalizovaným ženám méně než lékaři. Z čehož vyplývá, že s výsledky výzkumu seznámím pracoviště na, kterých byl výzkum realizován, aby se mohla sjednat náprava tohoto problému a já sama se budu snažit při své budoucí praxi věnovat této problematice náležitou pozornost a představovat se těhotným ženám, aby neměli pocit anonymity.

Při zpracování výzkumu jsem došla k závěru, že každá těhotná hospitalizovaná žena má odlišnou aktuální hierarchii potřeb. Pro praxi to znamená následující. Vždy individuálně přistupovat ke každé ženě a snažit se uspokojit její aktuální potřebu jak ona sama vyžaduje.

4 Závěr

V úvodu jsem uvedla, že v mé bakalářské práci se budu věnovat nejčastějším potřebám těhotných hospitalizovaných žen. Také jsem uvedla, že bych ráda veřejnost seznámila s problematikou, která problém uspokojování potřeb objasní.

V průběhu práce, kterou jsem se zabývala několik měsíců jsem se setkala z různých reakcí na tuto problematiku. Někteří se k tomuto tématu stavěli kladně, podporovali mě ve sběru informací a snažili se mi pomoci v hledání různých zdrojů informací. Jiní se k tomu naopak stavěli odmítavě a tvrdili že mnohem důležitější než uspokojování potřeb těhotných hospitalizovaných žen je jejich léčba.

Z mého pohledu se však „druhá“ skupina zmýlila. Z vlastní zkušenosti mohu říci, že pokud žena necítí uspokojení svých vlastních potřeb, které je možné v rámci jejich možností, tak se i samotná léčba může znatelně prodloužit a také i zkomplikovat.

Vzhledem k tomu, že jsem nenašla žádnou teoretickou literaturu, která by se přímo zabývala potřebami těhotných hospitalizovaných žen., realizovala jsem svoji práci i pomocí pozorování a rozhovorů na oddělení rizikového těhotenství. Samotné hospitalizované ženy byly rády, že se o ně někdo zajímá a snaží se veřejnosti sdělit jejich osobní pocity.

Při mých rozhovorech s těhotnými ženami jsem se často setkala s myšlenkou, že těhotenství je nemoc. Myslím si, že doba udává moderní trend, že těhotenství není nemoc, ale zdravotníci stále v ženách podněcují myšlenku, že tomu je naopak. Proto bych ráda výsledky výzkumu použila ke zkvalitnění ošetrovatelské péče v nemocničních zařízeních a umožnila tak těhotným hospitalizovaným ženám zpříjemnění pobytu v nemocnici

Doufám, že moje práce může v budoucnu pomoci jak studentům porodní asistence či studentům oboru všeobecná sestra, tak i zdravotnickým pracovníkům, kteří už v oboru pracují.

5 Seznam použité literatury

1. ČECH E. A KOL. *Porodnictví*. Praha: Grada, 2006. 544 s. ISBN 80-247-1313-9
2. DRAPELA V.J. A KOL. *Přehled teorií osobnosti*: , 2006 175s ISBN 80-7178-766-3
3. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002.. 198 s. ISBN 80-247-0179-0
4. LEIFER G. A KOL *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. Praha: Grada, 2004. 951 s. ISBN 80-247-0668-7
5. MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. Jinočany: H a H, 2001. 147 s ISBN:80-86022-92-7
6. TRACHTOVÁ E. A KOL. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. 185 s. ISBN 80-7013-324-4

6 Seznam příloh

Příloha č. 1: dotazník

DOTAZNÍK

Vážená maminko, jsem studentka Vysoké školy zdravotnické, o.p.s., Duškova 7, Praha 5, oboru porodní asistentka. V mém výzkumu, který jsem si vybrala pro splnění státní závěrečné zkoušky, se zabývám nejčastějšími potřebami těhotných hospitalizovaných žen. Tímto Vás prosím o spolupráci na mém výzkumu. Data získaná v tomto dotazníku jsou přísně anonymní a budou využity pouze v rámci mé diplomové práce. Odpovědi na mé otázky, prosíme, zatrhněte nebo seřaďte podle instrukcí. Předem Vám děkuji, za pravdivé vyplnění dotazníku. S pozdravem

Zuzana Plačková.

1. Do jaké věkové skupiny se zařadíte?

- do 20 let
- 21 – 30 let
- 31 – 40 let
- 40 a více let

2. Po kolikáté jste těhotná?

- poprvé
- podruhé
- potřetí
- počtvrté a více

3. Po kolikáté budete rodit?

- poprvé
- podruhé
- potřetí
- počtvrté a více

4. Jak dlouho jste již hospitalizovaná?

- Do týdne
- 1 – 3 týdny
- 4 – 6 týdnů
- 7 týdnů a více

5. Jedná se o hospitalizaci opakovanou?

- Ano
- Ne

6. V jakém stádiu těhotenství se nacházíte?
- do 20 týdne
 - 21 až 30 týden
 - 31 až 36 týden
 - 37 a více
7. Jakým způsobem jste otěhotněla?
- spontánní otěhotnění
 - IVF
8. Představili se Vám v této nemocnici ošetřující lékaři?
- Ano
 - Ne
9. Představily se Vám v této nemocnici ošetřující porodní asistentky?
- Ano
 - Ne
10. Je pro vás důležité znát zdravotnický personál, který s vámi spolupracuje?
- Ano
 - ne
11. Domníváte se, že jste dostatečně informovaná o vašem současném zdravotním stavu?
- Ano
 - Ne
 - Nedovedu to posoudit
12. O co máte největší strach?
- O své zdraví
 - O zdraví svého nenarozeného dítěte
 - Nemám strach
13. Je vám umožněn kontakt s rodinou?
- Ano
 - Ne
14. Je pro vás tento kontakt dostačující?
- Ano
 - Ne

15. Seřadte následující potřeby pro vás nejdůležitější. (od 1 do 7)

- o spánek
- o příjem stravy
- o příjem pití
- o kontakt s rodinou
- o láska
- o odpočinek
- o vlídné zacházení

16. Chybí vám něco z výše uvedených oblastí?

- o Ne
- o Ano jaké.....?

Děkuji Vám za spolupráci.