

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2017

Denisa Jašková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Hospitalizace žen na oddělení rizikového těhotenství

Denisa Jašková

Bakalářská práce

2017

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Denisa Jašková**
Osobní číslo: **Z13336**
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**
Studijní obor: **Porodní asistentka**
Název tématu: **Hospitalizace žen na oddělení rizikového těhotenství**
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

1. BINDER, Tomáš a kolektiv. Porodnictví. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2011. ISBN 978-80-246-1907-1.
2. DUŠOVÁ, Bohdana a Jana MAREČKOVÁ. Úvod k péči porodní asistentky o ženu s patologickým a rizikovým těhotenstvím. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2009. ISBN 978-80-7368-611-6.
3. HÁJEK, Zdeněk a kolektiv. Porodnictví. 3. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.
4. PAŘÍZEK, Antonín a kolektiv. Kritické stavy v porodnictví. 1. vyd. Praha: Mother-Care-Centrum Publishing, 2012. ISBN 978-80-7262-949-7.
5. SLEZÁKOVÁ, Lenka a kolektiv. Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3373-9.

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Zuzana Škorníčková
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: 1. prosince 2014

Termín odevzdání bakalářské práce: 9. května 2017


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 7. února 2017

Prohlášení autora

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 4. května 2017

Denisa Jašková

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala své vedoucí práce Mgr. Zuzaně Škorníčkové za odborný dohled, cenné rady, trpělivost a ochotu při tvorbě bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala klientkám za jejich čas a ochotu spolupracovat. V neposlední řadě také děkuji své rodině a příteli za ohromnou podporu a trpělivost, kterou mi poskytovali po celou dobu mého studia.

ANOTACE

Tato bakalářská práce je věnována tématu Hospitalizaci žen na oddělení rizikového těhotenství. Teoretická část je zaměřena na problematiku hospitalismu, rizikové gravidity, hypertenze, partus praematurus, hepatopatie, placenta praevia. Výzkumná část je zaměřena na spokojenost klientek během hospitalizace a zjištění ovlivňujících faktorů žen. Tyto informace byly získávány na oddělení rizikové gravidity metodou dotazníkového šetření.

KLÍČOVÁ SLOVA

Hepatopatie, hospitalismus, hypertenze, partus praematurus, placenta praevia, riziková gravidita.

TITLE

Hospitalization of women at the risk pregnancy unit.

ANNOTATION

This bachelor thesis is dedicated to the topic of hospitalization of women at the risk pregnancy department. The theoretical part focuses on issues of hospitalization, risk pregnancy, hypertension, partus praematurus, hepatopathy, placenta praevia. The research part focuses on the clients' satisfaction during their hospitalization and the identification of women's influencing factors. This information was obtained by questionnaire survey method at the risk pregnancy department.

KEYWORDS

Hepatopathy, hospitalization, hypertension, partus praematurus, placenta praevia, risk pregnancy.

OBSAH

0	Úvod.....	11
	Cíle práce	12
1	Hospitalismus.....	13
2	Riziková gravidita.....	14
3	Hypertenze	15
3.1	Klasifikace hypertenzních chorob v těhotenství	15
3.2	Preeklampsie	16
3.2.1	Dělení preeklampsie	16
3.2.2	Diagnostika preeklampsie.....	17
3.2.3	Léčba preeklampsie	17
3.3	Péče porodní asistentky o ženu s preeklampsíí	17
3.4	Eklampsie.....	18
3.4.1	Fáze eklamptického záchvatu	18
3.4.2	První pomoc při eklamptickém záchvatu.....	19
4	Partus praematurus.....	20
4.1	Příčiny předčasného porodu	20
4.2	Fáze předčasného porodu	20
4.3	Diagnostika hrozícího předčasného porodu	21
4.4	Léčba hrozícího předčasného porodu.....	21
4.5	Vedení předčasného porodu	22
4.6	Péče porodní asistentky o ženu s předčasným porodem	23
5	Hepatopatie	24
5.1	Onemocnění jater bez příčinné souvislosti s graviditou	24
5.1.1	Hepatitis A	24
5.1.2	Hepatitis B	24
5.1.3	Hepatitis C	25

5.1.4	Jaterní cirhóza	25
5.2	Onemocnění jater v přímé souvislosti s probíhající graviditou	25
5.2.1	Akutní těhotenská steatóza jater	25
5.2.2	Těhotenská intrahepatální cholestáza	26
5.3	Péče porodní asistentky o ženu s hepatopatií.....	26
6	Placenta praevia	28
6.1	Dělení vcestné placenty.....	28
6.2	Příznaky vcestného lůžka.....	28
6.3	Diagnostika vcestného lůžka.....	29
6.4	Léčba vcestného lůžka	29
6.5	Péče porodní asistentky o ženu s placentou praevia	29
	Výzkumná část.....	30
7	Metodika výzkumu	30
7.1	Výzkumné otázky.....	30
7.2	Charakteristika výzkumného vzorku.....	30
7.3	Zpracování dat.....	31
8	Analýza a interpretace výsledků	32
8.1	Vyhodnocení faktorů.....	48
9	Diskuze	50
10	Závěr	54
	Seznam použité literatury	56
	Přílohy.....	59

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Grafické znázornění počtu těhotenství.....	32
Obrázek 2 Grafické znázornění počtu porodů	33
Obrázek 3 Spokojenost s péčí porodních asistentek v nemocničním zařízení	38
Obrázek 4 Spokojenost s péčí lékařů v nemocničním zařízení	39
Obrázek 5 Poskytované informace od porodních asistentek o zdravotním stavu.....	42
Obrázek 6 Grafické znázornění počtu žen na pokoji.....	46

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Poslední porod	34
Tabulka 2 Důvod hospitalizace.....	35
Tabulka 3 Pocit v nemocničním prostředí	37
Tabulka 4 Poskytované informace od lékařů o zdravotním stavu	40
Tabulka 5 Spokojenost s prostředím a vybavením oddělení	43
Tabulka 6 Spokojenost se stravou v nemocničním zařízení	44
Tabulka 7 Nejtěžší situace v době hospitalizace	47
Tabulka 8 Vliv věku na změnu názorů na hospitalizaci	48
Tabulka 9 Názory na hospitalizaci v závislosti na počtu těhotenství a porodů	49

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ALT	alaninaminotransferáza
AST	aspartátanimotransferáza
ATB	antibiotika
BMI	body mass index
CTG	kardiotokograf
ČR	Česká republika
DIC	diseminovaná intravaskulární koagulopatie
DM	diabetes mellitus
GIT	gastrointestinální trakt
HbsAg	antigen viru hepatitidy B
i. v.	intravenózní aplikace
IUGR	intrauterinní růstová retardace plodu
JIP	jednotka intenzivní péče
KO	krevní obraz
mmHg	milimetr rtuti
PP	předčasný porod
PROM	předčasný odtok plodové vody
TK	krevní tlak
UZ	ultrazvuk
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
VEX	forceps
μmol/l	mikromol/litr

0 ÚVOD

Těhotenství je fyziologický stav, který u většiny žen probíhá nerušeně až do porodu zdravého novorozence. Nyní však v populaci přibývají rizikové stavy, se kterými ženy přicházejí a jsou hospitalizovány na oddělení rizikového těhotenství (Pařízek, 2012, s. 0).

Tyto ženy jsou souhrnně zařazovány do skupiny rizikového těhotenství, u nichž je pravděpodobnost vzniku některého z druhů patologického těhotenství vyšší, než u zbývající populace těhotných žen a v důsledku toho je i vyšší pravděpodobnost neúspěšného ukončení těhotenství (Hájek, 2014, s. 237).

Bakalářská práce se zabývá problematikou hepatopatie, hospitalismu, hypertenze, partus praematurus, placentou praevia, rizikové gravidity.

Pro ženy tato onemocnění představují náročnou situaci, provázenou úzkostnými stavy, strachem o nenarozené dítě, pochybnostmi o vlastní osobě a jinými nepříjemnými pocity. U hospitalizovaných žen jsou pocity ještě intenzivnější, jelikož se musí adaptovat na nemocniční prostředí a je omezen jejich kontakt s blízkými osobami.

Ve výzkumné části této bakalářské práce se zaměřím na to, jak jsou klientky spokojené během hospitalizace s danou péčí a službami, jestli jsou ženy dostatečně informované a jak na ženy působí prostředí nemocnice a poskytované služby. Dále zjistit faktory žen, zda věk, vzdělání, gravidita, parita ovlivňují hospitalizaci.

CÍLE PRÁCE

Cílem teoretické části bakalářské práce je:

- Přiblížit problematiku hepatopatie, hospitalismu, hypertenzního onemocnění v graviditě, partus praematurus, placenta praevia, rizikové gravidity,
- popsat péči porodní asistentky o ženu s preeklamsií, hepatopatií, placentou praevia.

Cílem praktické části je:

- Zjistit spokojenost klientek během hospitalizace na oddělení rizikového těhotenství.
- Zjistit ovlivňující faktory žen na oddělení rizikového těhotenství.

Teoretická část

Teoretická část se zabývá problematikou hospitalizovaných žen na oddělení rizikové a patologické gravidity a jejich nejčastějšími důvody hospitalizace. Jednotlivé kapitoly vysvětlují pojmy o hospitalismu, rizikové graviditě, hypertenzi, partus praematurus, hepatopatiích a placentě praevia.

1 HOSPITALISMUS

Hospitalismus je soubor negativních faktorů a reakcí, které působí na nemocného při hospitalizaci. Jedná se o soubor negativních příznaků, které jsou u každé ženy velice individuální a mohou se objevit při umístění do nemocničního zařízení. Významnou roli pro vznik hospitalismu bývá: odloučení od rodiny, anonymita, provoz nemocnice, nepřesná informovanost a izolace od běžného života (u žen tehdy dochází k zužení jejich zájmů). K rozvoji hospitalismu předcházíme tím, že ženě zajistíme fyzickou a psychickou aktivizaci (dle stavu), zvolíme vhodné umístění na pokoj, umožníme klientce návštěvy a dostatečně ji informujeme. Vznik hospitalismu především ovlivňuje věk, pohlaví, inteligence, temperament, osobnost, schopnost a míra adaptace (Szotkowská, 2016; Strnadová, 2011).

Mezi základní projevy hospitalismu patří nechutenství, porucha spánku, celková netečnost, nezám, únava, smutný výraz, negativismus, požívačnost, agresivní chování, apatie, uzavřenost a nespolupráce (Szotkowská, 2016).

Během hospitalizace u každé ženy dochází k adaptaci na nemoc. Proces adaptace se dělí do 4 fází. První fází je období náhlé změny životního stylu ženy (psychická traumatizace, hledání ztracené jistoty u personálu, bezradnost). Ve druhé fázi dochází k aktivní adaptaci, kdy se žena celkově uklidní, má zájem o uzdravení a aktivně spolupracuje. Třetí fáze je období psychického selhání, kdy nemoc trvá příliš dlouho a žena ztrácí víru v uzdravení. Čtvrtá fáze je období rezignace (nebezpečné psychické selhání, pasivita) (Strnadová, 2011).

Nejdůležitější pro ženy při hospitalizaci jsou správná komunikace, motivace, zájem, respektování důstojnosti či pocit bezpečí. Pokud má zdravotnický personál podezření na rozvoj hospitalismu, je vhodné kontaktovat psychologa či psychiatra, který zhodnotí stav ženy (Szotkowská, 2016; Strnadová, 2011).

2 RIZIKOVÁ GRAVIDITA

Zachování lidského rodu je jednou ze základních životních pochodů, do kterého přirozeně zahrnujeme fyziologické těhotenství a porod. Však v malém procentu gravidity se mohou objevit komplikace, které ohrožují zdraví či život ženy, nebo vývoj plodu a narození živého a zdravého dítěte. Významnou roli hraje prenatalní péče, která je schopna identifikovat rizikové a patologické těhotenství, ne však každá žena považuje pravidelnou prenatalní péči za důležitou a do prenatalní poradny nedochází. Většinou se jedná o ženy s nižším socioekonomickým statusem, nebo nechtěnou graviditou. Může se ale jednat i o ženy, které mají významnou interní či jinou chorobu, o které vědí a obávají se, že jí lékař těhotenství nedoporučí. Důležitou složkou je získání rodinné a všeobecné anamnézy. Jedním z rizikových faktorů, na který je třeba se zaměřit - je věk matky. U matky s věkem nižším než 18 let, se zvyšuje riziko předčasného porodu, perinatální úmrtnosti, eklampsie, nepravidelnost děložních kontrakcí. Matky, kterým je více než 35 let se zvyšuje riziko potratů v prvním trimestru, mateřská mortalita, perinatální úmrtí, hypertenzní onemocnění, nebo různé porodní patologie. Dalšími faktory, na které je třeba se zaměřit, jsou výška ženy (pokud měří méně než 155 cm je větší pravděpodobnost předčasného porodu a patologie naléhání plodu), zaměstnání, hmotnost před otěhotněním, nebo abúzus drog. (Hájek, 2014, s. 237-238; Roztočil, 2008, s. 162).

Do patologických stavů těhotenství můžeme zařadit chronická onemocnění, která vznikla před otěhotněním, jako například esenciální hypertenze, kardiopatie matky, onemocnění plic, diabetes mellitus, renální a hematologické onemocnění, hypertyreoza a hypotyreoza, kolagenózy, genetické a neurologické onemocnění, poruchy funkce adenohipofýzy a nadledvin, jaterní poruchy, léčená sterilita, poruchy menstruačního cyklu a vývojové anomálie. Mezi patologické stavy, které vznikly v nynějším těhotenství, můžeme zařadit krvácení v těhotenství, předčasný nástup děložní činnosti, inkompetence čípku, preeklampsii, hypotrofii plodu, Rh - inkompatibilitu, gestační diabetes mellitus, anémie, vrozené vývojové vady plodu, vícečetnou graviditu, hypotrofii plodu, nepravidelné polohy plodu, infekční a virové onemocnění (Roztočil, 2008, s. 162-163).

3 HYPERTENZE

Arteriální hypertenze je definována hodnotami krevního tlaku rovnými nebo vyššími než 140/90 mm Hg, které jsou zjištěny opakovaně, tj. alespoň při dvou po sobě jdoucích měřeních (Hájek, 2014, s. 316).

Správnou diagnostiku hypertenze v graviditě určíme tehdy, jestliže se systolický krevní tlak (TK) zvýší o 30 mm Hg a diastolický tlak o 15 mm Hg. Obecná hranice pro diagnostiku hypertenze v těhotenství je TK 140/90 mm Hg a vyšší. Jestliže jsou hodnoty tlaku, vyšší, než 160/110 mm Hg svědčí to o závažné formě hypertenze. Základem pro vyhovující měření TK, je poloha v polosedě, na lůžku, nebo u stolu s podepřenou paží. Některé situace však mohou výsledky měření zkreslit (kouření, strach, hluk, bolest, délka odpočinku před měřením), a proto je důležité, měřit TK za standardních podmínek (Hájek, 2014, s. 316-317).

Důležité je včasné odhalení hypertenzního onemocnění z důvodu správné diagnostiky. Pokud se jedná o hypertenzi před otěhotněním, mluvíme o tzv. chronické hypertenzi. Nově vzniklá hypertenze po 20. týdnu těhotenství se označuje, jako gestační hypertenze. Obvykle se jedná o přechodnou hypertenzi, která samovolně vymizí do konce šestinedělí (Pařízek, 2012, s. 70).

Hypertenzní onemocnění v těhotenství zůstává hlavní příčinou mateřské, fetální a novorozenecké morbidity a mortality ve vyspělých a méně vyspělých zemích. Tímto onemocněním se zvyšuje riziko komplikací pro matku i plod. Hodnota krevního tlaku může mít vliv na růst a vývoj plodu. V nejhorším případě může způsobit poškození i smrt plodu (Hrčková, 2013).

3.1 Klasifikace hypertenzních chorob v těhotenství

Klasifikace pro hypertenzní choroby nejsou jednotné a každý zdroj vychází ze svých poznatků.

- **Preeklampsie** je esenciální onemocnění, kdy je vždy přítomna hypertenze v kombinaci s edémy a proteinurií. Vzniká po 20. týdnu a je vyvolána vlastním těhotenstvím.
- **Eklampsie** je konvulzivní stav.
- **Chronická hypertenze** je choroba jakékoliv etiologie nezávislá na těhotenství, vyskytující se před 20. týdnem těhotenství a 42 dnů po porodu i šestinedělí.

- **Chronická hypertenze se superponovanou preeklampií** je preeklampsie nebo eklampsie nasedající na chronickou hypertenzi s výskytem proteinurie a generalizovaných edémů.
- **Tranzitorní těhotenská hypertenze** je hypertenze vyvíjející se po 20. týdnu těhotenstvím nebo v raném šestinedělí bez dalších symptomů, tlak se vrací do normálních hodnot během 10 dnů po porodu.
- **Neklasifikované hypertenzní choroby**, jedná se o ženy, kterým byl krevní tlak změřen až po 20. týdnu těhotenství (Hájek, 2014, s. 317; Hrčková, 2013, s. 191-193).

3.2 Preeklampsie

„Preeklampsie je specifickým patologickým stavem vázaným na těhotenství, obvykle vzniká po 20. týdnu gravidity“ (Hájek, 2014, s. 317).

Incidence dle Ústavu zdravotnických informací a statistiky v České republice (ÚZIS) je 0,8 % na 100 rodiček, kdy preeklampsie byla zaevidována celkem v 824 případech roku 2013. Mezi nejčastější rizikové faktory můžeme zařadit primipary, vícečetné těhotenství, nízký socioekonomický status, výskyt preeklampsie v rodině, chronické renální onemocnění, léčenou chronickou hypertenzi, preeklampsii v minulé graviditě, diabetes mellitus, obezitu. Při preeklampsii dochází k multiorgánovému poškození organismu, kdy postihuje nejčastěji ledviny, játra, mozek, plíce, placentu, krvevorný systém a cévy (Cífková, 2007; Slezáková, 2011, s. 190; Hájek, 2014, s. 317; ÚZIS, 2013).

3.2.1 Dělení preeklampsie

Preeklampsii lze rozdělit na lehkou, střední a těžkou. U **lehké preeklampsie** krevní tlak přesahuje normální hodnoty 135/ 85 mm Hg, ale nepřesahuje 160/ 110 mm Hg. Denní ztráta bílkovin je do 3g/ 24 hodin. U **střední preeklampsie** je krevní tlak vyšší než 140/ 90 mm Hg, výrazná proteinurie a mohou se objevovat i otoky. U **těžké preeklampsie** je krevní tlak vyšší než 160/ 110 mm Hg s denní ztrátou bílkovin nad 3g/ 24 hodin. Objevují se mírné vegetativní příznaky (bolest hlavy, poruchy vidění), dále oligurie a generalizované otoky. V neposlední řadě dochází ke zvýšení hodnot jaterních enzymů, kreatinu a trombocytopenie. Preeklamptický stav je soubor výše popsaných klinických příznaků, ale i bez nich, který ohlásí nebezpečí eklamptického záchvatu prudkou bolestí hlavy, nauzeou, zvracením, bolestmi nadbříšku, neklidem, mžitkami před očima až ztrátou vidění. Tento stav může přejít v eklamptický záchvat (Hájek, 2014, s. 317; Dušová, 2009, s. 26-27).

3.2.2 Diagnostika preeklampsie

Preeklampsii diagnostikujeme pomocí pravidelného měření krevního tlaku, zvýšením tělesné hmotnosti (více než 500 g/týden) a edémů. Laboratorním vyšetřením je důležité sledovat hodnoty jaterních testů především alaninaminotransferázy (ALT) a aspartátaminotransferázy (AST), dále proteinurii (vyšší než 300 mg/24 hodin), hyperurikémii (vyšší než 300 $\mu\text{mol/l}$) a trombocytopenii (menší než $150 \times 10^9/\text{l}$). Následně je důležité sledování bilance tekutin, vyšetřit oční pozadí, sledovat vitalitu a stav plodu (Cífková, 2007; Mikšová, 2011; Dušová, 2009, s. 26-27; Vlk, 2015, s. 157-164).

3.2.3 Léčba preeklampsie

Důležitými zásadami pro terapii je včasné zahájení léčby hypertenze a zajistit placentární perfuzi – musí se zabránit záchvatu křečí. Zajišťuje se vyrovnaná bilance tekutin a snižuje se rozvoj edému, včas se těhotenství ukončí. Pro adekvátní léčbu je zapotřebí mezioborová spolupráce porodníka a internisty. Při léčbě je zapotřebí přísný klid na lůžku při hospitalizaci, udržení dobré oxygenace, podávání zklidňujících léků, podávání antihypertenziv, podávání diuretik v případě plicního edému nebo edému mozku, aplikace infuzní terapie, podávání kortikosteroidů při počínajícím edému mozku (Hájek, 2014, s. 322; Vašut, 2007, s. 20-21).

Pro prevenci křečí je vhodný lék Magnézium sulfuricum, Benzodiazepiny. Pro indikace ukončení těhotenství jsou zvyšující se proteinurie, známky plicního edému, abrubce placenty, těžká preeklampsie při léčbě, oligurie, příznaky rozvoje DIC (diseminovaná intravaskulární koagulopatie), HELLP syndrom, známky ohrožení plodu, IUGR (intrauterinní růstová retardace plodu) (Binder, 2011, s. 105; Vachek, 2016, s. 222).

3.3 Péče porodní asistentky o ženu s preeklampsií

Porodní asistentka při přijetí ženy na oddělení spolupracuje s lékařem na získávání informací. Posléze ženu seznámí s chodem oddělení a nemocničním řádem. Edukuje o klidovém režimu, kdy ženě doporučí polohu na levém boku, která napomáhá průtoku krve placentou. Porodní asistentka dále edukuje ženu o výživě, pitném režimu - denní příjem tekutin by se měl pohybovat okolo dvou litrů. Díky dodržování správného pitného režimu, se zajišťuje látková výměna a odvod odpadních látek z těla. Pokud má žena nedostatečný příjem tekutin, dochází k pocitu únavy, podrážděnosti, celkovému poklesu tělesné a duševní činnosti, může vést k dehydrataci a k vzniku zácpy. Naopak nadbytečný příjem tekutin se může podílet na vzniku otoků a může dojít k vyšší tvorbě moči a tím i k vyššímu vylučování minerálních látek a vitamínů. Dietní omezení není nutné, doporučí se jí dostatek ovoce, zeleniny, vlákniny.

Omezení soli se nedoporučuje, jelikož by to mohlo vést ke snížení objemu kolující tekutiny. Porodní asistentka edukuje ženu o hygieně a pravidelném vyprazdňování. Ženě je dále důležité zdůraznit, aby nahlásila případnou změnu zdravotního stavu (Dušová, 2009, s. 38-40; Roztočil, 2008, s. 174; Borejová, 2008, s. 40; Hronek, 2012, s. 26).

Porodní asistentka by měla být ženě po celou dobu hospitalizace psychickou oporou. Ženě zajistí nerušený odpočinek během dne, i v noci a umožní návštěvy blízkých (Roztočil, 2008, s. 174).

Porodní asistentka sleduje proteinurii, barvu moči, množství moči za den, otoky, hmotnost, fyziologické funkce (krevní tlak, pulz, tělesnou teplotu), ozvy plodu, kardiokograf (CTG), možné zhoršení stavu (bolest hlavy, zrakové poruchy, neostře vidění, negativní emoce), tonus dělohy, výšku fundu, stav kůže, turgor kůže. Dle ordinace lékaře provádí porodní asistentka odběry krve a moči (Dušová, 2009, s. 38-40).

3.4 Eklampsie

U eklampsie je se jedná o záchvat tonicko – klonický křečí, která navazuje na předchozí těžkou nebo superponovanou preeklampsii. Některé formy se však mohou objevit bez předchozích klinických známek těžké preeklampsie. Nejčastější příčinou eklampsie je zpravidla neadekvátně léčená či neléčená preeklampsie (Binder, 2011, s. 106).

3.4.1 Fáze eklamptického záchvatu

Záchvat probíhá ve 4 fázích.

1. **prodromální fáze:** neklid, záškuby mimických svalů, hlava nachýlená ke straně, silné bolesti hlavy, nauzea, zvracení
2. **tonické křeče:** křeč žvýkacích svalů, apnoe, opistotonus, boxerské postavení horních končetin
3. **klonické křeče:** zmítání v nekoordinovaných pohybech, ruce vykonávají pohyb připomínající bubnování, tato fáze může trvat i několik minut
4. **koma:** stav po vymizení křečí, je doprovázeno mydriázou zornic, hyporeflexií, prohloubeným dýcháním, bez rychlého zásahu se záchvaty mohou rychle opakovat (Hájek, 2014, s. 323; Slezáková, 2011, s. 191-192).

3.4.2 První pomoc při eklamptickém záchvatu

Pro první pomoc při eklamptickém záchvatu je na oddělení a porodním sále pohotovostní balíček, který obsahuje nezbytné pomůcky (airway k zajištění volných dýchacích cest, valium (diazepam), nasogastrickou sondu a permanentní katétr). Dále se ženě aplikuje kyslík a měla by být uložena v klidné místnosti. Pokud dojde k eklamptickému záchvatu tonicko- klonických křečí, těhotenství se ukončuje císařským řezem z vitální indikace matky bez ohledu na plod (Hájek, 2014, s. 323).

4 PARTUS PRAEMATURUS

„Předčasné porody (PP) tvoří nejpočetnější skupinu patologických stavů, která se podílí na perinatální úmrtnosti“ (Kudela, 2008, s. 254).

Incidence hrozícího předčasného porodu dle ÚZIS v ČR je 1,4 % na 100 rodiček, kdy hrozící předčasný porod byl zaevidován celkem v 1504 případech v roce 2013 (ÚZIS, 2013).

Předčasné porody v České republice stoupají. Ve většině případů se předčasné porody podílejí na perinatální úmrtnosti. Díky dnešní době a současné intenzivní neonatologické péči se časná neonatální úmrtnost snížila. Dochází i k snížení morbidit předčasně narozených novorozenců (Hájek, 2014, s. 246; Roztočil, 2008, s. 163-164).

Za narození živého dítěte se považuje úplné vypuzení, nebo vynětí plodu z těla matčina, bez ohledu na délku trvání těhotenství, jestliže plod po narození dýchá, nebo projevuje alespoň jednu ze známek života, to je srdeční činnost, pulsace pupečníku, nesporný pohyb kosterního svalstva bez ohledu na to, zda byl pupečník přerušen (Gynstart, 2012).

4.1 Příčiny předčasného porodu

Mezi nejčastější příčiny můžeme zařadit infekci, krvácení v těhotenství, vývojové vady dělohy, vícečetné těhotenství, polyhydramion, celkový stav matky, inkompetence děložního hrdla, PROM (předčasný odtok plodové vody), IUGR (intrauterinní růstovou retardaci), insuficience placenty a vrozené vývojové vady plodu (Hájek, 2014, s. 246-247; Mikulandová, 2007, s. 55).

Dalšími příčinami předčasného porodu jsou věk matky, výška matky, hmotnost matky, socioekonomický stav, špatná prenatální péče, kouření, užívání drog, toxické látky, nechtěná gravidita, nepříznivá anamnéza, psychologické faktory, nepřiměřený pohlavní styk, opakované předčasné porody (Hájek, 2014, s. 247; Roztočil, 2008, s. 165-166).

4.2 Fáze předčasného porodu

Fáze předčasného porodu můžeme rozdělit do 4 stádií.

1. **Hrozící předčasný porod** (partus praematurus imminens) – žena nejčastěji pociťuje bolestivé tlaky v podbřišku.

2. **Počínající předčasný porod** (partus praematurus incipiens) – ženě se bolestivé pocity v podbřišku mění v pravidelné kontrakce. Děložní hrdlo je zcela zaniklé, klenby plné a porodnická branka je větší než 3 cm. Výtok z roditel je hojnější, podobá se hlenové zátce.

3. **Předčasný porod v běhu** (partus praematurus in cursu) – kontrakce začínají zesilovat a intervaly se zkracují mezi kontrakcemi. Dilatace měkkých porodních cest dále pokračuje, velká část plodu vstupuje do pánve. Často dochází k odtoku plodové vody.

4. **Předčasný odtok plodové vody** (defluvium liquoris amnialis praecox) – k velkému nebezpečí dochází v případě intraovulární infekce, předčasného odlučování placenty a akutní hypoxie plodu (Hájek, 2014, s. 248; Slezáková, 2011, s. 156-157).

4.3 Diagnostika hrozícího předčasného porodu

Velmi důležitou roli hraje správná diagnostika, při níž je důležité odebrání anamnézy, gynekologické vyšetření ke stanovení cervix skóre, odběr kultivace moči, poševního a cervikálního sekretu, zánětlivých markerů z krve, CTG (kardiotokograf), cervikometrie (ultrazvukové posouzení délky děložního hrdla), flowmetrie (hodnotí se stav plodu vyšetřením průtoku krve arteria umbilicalis), biometrie plodu (pomocí abdominální sondy se vyšetří aktuální odhad hmotnosti, poloha plodu, množství plodové vody, lokalizace a stav placenty) (Koterová, 2008; Slezáková, 2011, s. 157).

Dále se provádí průkaz předčasně odtékající plodové vody (PROM). Vyšetřuje se pomocí Temesváryho činidla (bromtymolové modři). Pokud došlo k předčasnému odtoku plodové vody, dojde ke zmodrání vložky. Mnohdy se však stává, že je falešně pozitivní např. při příměsi krve. Dnes jsou uznávanými testy actim PROM test a AmniSure PROM test (Hájek, 2014, s. 248).

4.4 Léčba hrozícího předčasného porodu

Cílem léčby je zpravidla dočasné zastavení děložní činnosti, příprava plodu na extrauterinní život a potlačení infekce (Binder, 2011, s. 92).

Tokolýza slouží k potlačení aktivity děložního svalstva a relaxaci myometria. Tokolýzu můžeme rozdělit do dvou celků a to buď tokolýzu úplnou, kdy je cílem úplné potlačení děložní aktivity, nebo tokolýzu parciální, kdy nižší dávka tokolytika zcela netlumí děložní kontrakce, ale snižuje pouze amplitudy a frekvenci děložních kontrakcí. Absolutní kontraindikace pro tokolýzu je prokázaná intraovulární infekce a krvácení z rodidel. V současné době jsou nejvíce využívané tyto tři látky. Beta 2- sympatomimetika, jsou v současné době nejúčinnější a nejvyužívanější tokolytika v ČR, ale často jsou doprovázena řadou nežádoucích účinků, které léčbu limitují. Magnezium sulfát je velmi dobře snášen matkou a v ČR je velmi hojně využíván. Antioxytociny jsou svou účinností srovnatelné

s Beta2-sympatomimetiky, u antioxytocinu však nebyly zaznamenány vedlejší účinky u plodu a matkou jsou též velmi dobře snášeny (Binder, 2011, s. 92-93; Hájek, 2014, s. 248-250; Vavřínková, 2009).

Dále se podávají glukokortikoidy podporující zrání orgánových systému plodu, především plicní tkáň, které snižují riziko syndromu dechové nedostatečnosti. Kortikoidy se mohou podávat do ukončeného 34. gestačního týdne (Binder, 2011, s. 93)

K podávání antibiotik se uchylujeme vždy při podezření na infekční etiologii hrozícího předčasného porodu. Při podávání antibiotik vždy postupujeme individuálně. Pokud dojde k předčasnému odtoku plodové vody, zahajujeme antibiotickou terapii neodkladně (Hájek, 2014, s. 250; Slezáková, 2011, s. 157).

4.5 Vedení předčasného porodu

Pokud nelze zabránit předčasnému porodu, je zapotřebí vše připravit na porod nezralého novorozence. Se stupněm nezralosti stoupají rizika, která jsou spojená s předčasným porodem, jestliže dojde k předčasnému porodu před 32. týdnem těhotenství, měl by být veden v zařízení s novorozeneckou JIP. Pokud dojde k předčasnému porodu mezi 32-37. týdnem těhotenství, měl by být veden v zařízení s intermediální péčí o novorozence. V případě předčasného porodu by měla být rodička převezena včas do těchto zařízení, jelikož převoz nezralého novorozence po porodu je méně vhodný. Porod musí být vždy veden tak, aby byl pro nezralý plod nejšetrnější. Častěji se však indukuje císařský řez (Slezáková, 2011, s. 157).

K porodu per vias naturales se může porodník rozhodnout v případě, že plod je v poloze podélné hlavičkou a porodní cesty jsou na tento způsob porodu připravené (Binder, 2011, s. 94).

Porodník musí mít vždy na mysli u vaginálního vedení, že nezralý plod je náchylnější k poškození porodním traumatem či hypoxií, proto je velmi důležitá šetrnost. Porod se vede s použitím parciální tokolýzy, kterou regulujeme děložní činnost. Epidurální analgezií snížíme odpor pánevního dna a podpoříme uvolnění porodních cest. Pokud je vak blan zachovalý, ponecháváme ho do závěru porodu. Dále musí být včas informován neonatolog. Při porodu provádíme vydatnou epiziotomii. Jestliže je nutné rychle ukončit 2. dobu porodní využíváme porodnické kleště, ne však VEX (forceps) (Binder, 2011, s. 94; Doležal, 2007, s. 54-55; Koucký, 2014, s. 66).

4.6 Péče porodní asistentky o ženu s předčasným porodem

Porodní asistentka při přijetí ženy na oddělení spolupracuje s lékařem na získávání informací. Posléze ženu seznámí s chodem oddělení a nemocničním řádem, edukuje o klidovém režimu, kdy ženě doporučí trendelenburgovou polohu. Porodní asistentka dále edukuje klientku o výživě, pitném režimu, doporučí ženě lehkou stravu nezatěžující organismus, doporučí jí dostatek vitamínů, minerálů, kyselinu listovou (Acidum follicim), dostatek bílkovin, které jsou důležité pro rostoucí organismus plodu. Vápník, fosfor, hořčík, který je důležitý pro výstavbu kostí, vnitřních orgánů a centrálního nervového systému. Železo, které je důležité pro tvorbu krve a zásobování těla kyslíkem. Jod, který je potřeba na štítnou žlázu k tvorbě hormonů (Teusen, 2015, s. 36-37).

Porodní asistentka edukuje ženu o hygieně a pravidelném vyprazdňování, dále o pohybech plodu. Klientce je důležité zdůraznit, aby nahlásila případnou změnu zdravotního stavu (Dušová, 2009, s. 200-201).

Porodní asistentka by měla být klientce po celou dobu hospitalizace psychickou oporou. Ženě zajistí nerušený odpočinek během dne, i v noci a umožní návštěvy blízkých, popřípadě psychoterapeutický pohovor (Dušová, 2009, s. 200).

Porodní asistentka sleduje fyziologické funkce, tělesnou hmotnost, krvácení (charakter, intenzitu, počet vložek), tonus a fundus děložní, kontrakce, CTG záznam (kardiotokograf), ozvy plodu, účinky léků (tokolytika), vedlejší účinky léků (palpitace, arytmie, tachykardie, hypotenze, ztížené dýchání). Porodní asistentka provádí odběry krve (krevní obraz, C-reaktivní protein, CRP- zánětlivé markery, koagulogram) (Dušová, 2009, s. 196).

5 HEPATOPATIE

Hepatopatie neboli onemocnění jater v těhotenství patří mezi poměrně časté komplikace. V průběhu těhotenství jsou játra nejexponovanější orgány. Placentární hormony způsobují cholestatický efekt, který by mohl vést k poškození jater. Samotná transaminázemie nevede k ohrožení plodu, ale bývá nepříznivým znamením vývoje jiných těhotenských patologií. Onemocnění jater se dá rozdělit do dvou skupin. Do první skupiny patří onemocnění jater bez příčinné souvislosti s probíhající graviditou. Do druhé skupiny patří onemocnění jater v přímé souvislosti s probíhající graviditou (Roztočil, 2008, s. 190).

5.1 Onemocnění jater bez příčinné souvislosti s graviditou

Pojem hepatitidy můžeme zařadit do virových onemocnění, kdy v posledních letech stoupá počet těhotných žen s chronickým onemocněním jater.

5.1.1 Hepatitis A

Hepatitida typu A je stále nejčastější infekční onemocnění jater. Jedná se o sezonní výskyt na jaře a na podzim v době epidemií. Nejčastěji se šíří fekálně orální cestou, při povodních, kontaminovanými potravinami a vodou (Trunečka, 2010).

Projevuje se ikterem kůže a sklér, nechutenstvím, únavou. Vhodnou léčbou je izolace ženy na infekčním oddělení, klid na lůžku, dodržování diety, podávání hepatoprotektiv (Roztočil, 2008, s. 190).

K přenosu infekce na plod dochází velmi zřídka, vyšší riziko je pokud se žena nakazí těsně před porodem. Toto onemocnění není indikací pro ukončení těhotenství operačním výkonem (Roztočil, 2008, s. 190).

5.1.2 Hepatitis B

Hepatitida typu B se vyskytuje velmi zřídka. Jedná se o parenterální přenos, inkubační doba je 15 až 50 dní. Jde o jedno z nejvážnějších virových onemocnění člověka (Roztočil, 2008, s. 190).

Přenáší se tělesnými tekutinami a sexuálním stykem. Plod je ohrožen IUGR (intrauterinní růstovou retardací plodu). Největší pravděpodobnost přenosu infekce na plod je v třetím trimestru (Trunečka, 2010).

Na začátku gravidity se odebere HbsAg, jedná se o antigen, který říká, zda žena prodělala hepatitidu. Léčba se neliší od jiných forem infekčních hepatitid. Hepatitida typu B není indikací pro ukončení těhotenství operačním výkonem (Roztočil, 2008, s. 190).

Je zde vyšší riziko hypotrofizaci plodu a rozvoje jaterní cirhózy, nebo hepatocelulárního karcinomu v dospělosti (Roztočil, 2008, s. 190).

5.1.3 Hepatitis C

Hepatitida typu C se přenáší infikovaným krevním sérem, sexuální cestou, při porodu na plod. Nejčastěji (až v 70 %) jsou nakaženi i. v. narkomani. K jaternímu selhání nedochází. Pro léčbu je vhodný klidový režim, dietní opatření, kortikoidy, interferon. U tohoto onemocnění je velké riziko IUGR (intrauterinní růstová retardace plodu) a předčasného porodu, který souvisí s pokračováním užívání drog (Roztočil, 2008, s. 191).

5.1.4 Jaterní cirhóza

Jedná se o chronickou formu hepatitidy. Těhotenství u lehčích forem onemocnění nějak nezhoršuje. U vážnějších forem je gravidita vzácná pro anovulační cykly. V pokročilém stadiu těhotenství se však musí počítat s výskytem ascitu, zvýšené riziko krvácení z jícnových varixů, zvýšené riziko krvácení při porodu. Z vitální indikace matky je možno těhotenství kdykoliv ukončit (Roztočil, 2008, s. 192; Trunečka, 2010).

5.2 Onemocnění jater v přímé souvislosti s probíhající graviditou

Během těhotenství se mohou objevit i komplikace v přímé souvislosti s graviditou. Mezi nejčastější onemocnění patří akutní těhotenská steatóza jater a intrahepatální cholestáza těhotných.

5.2.1 Akutní těhotenská steatóza jater

Etiologie není známa. Jedná se o nejzhubnější jaterní onemocnění v těhotenství, výskyt je velmi vzácný. Objevuje se zpravidla ve třetím trimestru, kdy se jedná o mikrovaskulární steatózu jater, může vést k jaternímu selhání a smrti těhotné i plodu (Binder, 2011, s. 112).

Příznaky jsou nauzea, zvracení, anorexie, bolest hlavy a břicha zejména v pravém podžebří, známky preeklampsie, ascites, DIC (diseminovaná intravaskulární koagulopatie), selhání ledvin, acidoza, hypoglykémie, jaterní encefalopatie, játra nezvětšená, ikterus kůže a sklér, somnolence, koma, polydipsie a trombocytopenie (Roztočil, 2008, s. 195; Pařízek, 2012, s. 88).

Hlavní diagnostikou jsou již uvedené příznaky, ultrazvukové vyšetření, biopsie jater. Včasná diagnostika je pro ženu i plod otázkou života a smrti (Roztočil, 2008, s. 195).

Léčba je symptomatická, těhotenství je třeba co nejdříve ukončit. Nejčastěji urgentním císařským řezem. Většinou se operuje v epidurální analgézii. Plod je ohrožen IUGR (intrauterinní růstovou retardací plodu), u novorozence, který přežil je popisována hypoglykemie a přechodné postižení jaterního parenchymu (Binder, 2011, s. 113-114; Roztočil, 2008, s. 195-196; Hájek, 2014, s. 349).

5.2.2 Těhotenská intrahepatální cholestáza

Toto onemocnění je nejčastější v druhé polovině těhotenství, etiologie není známá. Příznaky jsou svědění kůže, hlavně končetin, plosek, dlaní, tmavší moč, světlejší stolice, subicterus sclér (Binder, 2011, s. 111; Roztočil, 2008, s. 193, Hájek, 2014, s. 349).

Onemocnění se může dělit do třech forem a to lehká, střední a těžká. U těžších forem je nutná hospitalizace, jelikož hrozí krvácení při porodu (Roztočil, 2008, s. 193-194).

Pro léčbu je vhodný klidový režim, dietní opatření, hepatoprotektiva, monitorace stavu plodu na UZ (ultrazvuk) a CTG záznam (kardiotokograf), sledování laboratorních výsledků. U těžké formy je léčba 14 dní infuze enzymu (Transmetil), pak přechod na perorální formu. Pokud nedojde k poklesu jaterních enzymů ukončení gravidity indukci, nebo císařským řezem (Binder, 2011, s. 111-112; Roztočil, 2008, s. 194, Hájek, 2014, s. 349).

Může dojít k hypotrofizaci plodu, předčasnému porodu, zkalení plodové vody, odúmrť plodu (Roztočil, 2008, s. 194).

5.3 Péče porodní asistentky o ženu s hepatopatií

Porodní asistentka při přijetí ženy na oddělení spolupracuje s lékařem na získávání informací. Posléze ženu seznámí s chodem oddělení a nemocničním řádem, edukuje o klidovém režimu. Porodní asistentka dále edukuje klientku o dodržování diety číslo 4 – omezení příjmu tuků a vhodném pitném režimu. Dále doporučí ženě jíst v malých dávkách a častěji např. po třech hodinách. Porodní asistentka edukuje ženu o hygieně a pravidelném vyprazdňování. Klientce je důležité zdůraznit, aby nahlásila případnou změnu zdravotního stavu (Dušová, 2009, s. 131-132).

Porodní asistentka by měla být klientce po celou dobu hospitalizace psychickou oporou. Ženě zajistí nerušený odpočinek během dne, i v noci a umožní návštěvy blízkých. Popřípadě psychoterapeutický pohovor (Dušová, 2009, s. 132).

Porodní asistentka sleduje fyziologické funkce, tělesnou hmotnost, stolici, množství moči, barvu moče, žlučová barviva v moči, barvu kůže, CTG záznam, ozvy plodu. Porodní asistentka plní ordinace lékaře a podává předepsanou medikaci (Dušová, 2009, s. 132; Hájek, 2014, s. 349).

Porodní asistentka provádí odběry krve (biochemické vyšetření krve- bilirubin, alkalická fosfatáza, transaminázy, cholesterol, žlučové kyseliny, hemokoagulační vyšetření krve- protrombinový čas) (Dušová, 2009, s. 132).

6 PLACENTA PRAEVIA

„O vcestné lůžko (*placenta praevia*) se jedná, niduje-li plodové vejce v dolním děložním segmentu. Incidence vcestného lůžka v termínu porodu je cca 0,5 %“ (Binder, 2011, s. 204).

Do rizikových faktorů spadá věk matky, císařský řez v anamnéze, spontánní nebo umělý potrat v anamnéze, etnicita, kouření a abúzus drog. Placenta praevia sebou nese velké riziko krvácení, které může matku i plod ohrozit na životě (Slezáková, 2011, s. 209; Roztočil, 2008, s. 267).

6.1 Dělení vcestné placenty

Vcestné lůžko můžeme rozdělit dle polohy placenty.

1. *Insertio placentae profunda*

Jedná se o hluboké nasedání lůžka. Placenta svou částí zasahuje z děložního těla do dolního děložního segmentu, ale nedosahuje k vnitřní brance, a to ani za porodu, ani při úplné dilataci branky.

2. *Placenta praevia marginalis*

Jedná se o placentu, která zasahuje okrajem po okraj vnitřní branky. Za porodu, při postupné dilataci branky, dochází k tomu, že se dolní děložní segment vytahuje vzhůru.

3. *Placenta praevia partialis*

Jedná se o placentu, která zasahuje okrajem přes vnitřní branku, ale celou ji nepřekrývá.

4. *Placenta praevia centralit (totalis)*

Tkáň placenty překrývá celou vnitřní branku. Za porodu může dojít ke změně. Placenta, která původně zcela překrývala vnitřní branku, se spolu s dolním děložním segmentem může vytáhnout vzhůru a celou oblast vnitřní branky již pak nepřekrývá (Hájek, 2014, s. 309-310; Roztočil, 2008, s. 267).

6.2 Příznaky vcestného lůžka

Placenta praevia se nejčastěji vyskytuje ve třetím trimestru těhotenství, kdy se projevuje krvácením, které může nastat kdykoliv během těhotenství. Nebývá spojena s kontrakcemi a bolestmi. Krvácení se často opakuje. Prvotně může být slabé a poté zesiluje. Někdy může nastat po nešetrném koitu (Binder, 2011, s. 206; Roztočil, 2008, s. 267; Slezáková, 2011, s. 209).

6.3 Diagnostika vcestného lůžka

Vcestná placenta se diagnostikuje pomocí ultrazvukového vyšetření, kdy pro přesnější vyšetření je vhodné použít vaginální sondu. Diagnostika palpací při vaginálním vyšetření se nedoporučuje z důvodu možného rizika krvácení (Binder, 2011, s. 205).

6.4 Léčba vcestného lůžka

Pokud je žena hospitalizována, je jí nařízen klid na lůžku. Ke konzervativní léčbě se přistupuje, pokud je plod nezralý. Jestliže krvácení ustane, tohoto období využijeme k přípravě nezralého plodu na extrauterinní život. U ženy se pravidelně kontrolují hodnoty krevního obrazu. Pokud dochází k opakovanému krvácení, nebo k jeho zesílení, ukončujeme těhotenství per sectionem caesaream bez ohledu na stáří plodu. Porodník vždy musí počítat s krevní ztrátou přesahující 1000 ml. Porod v případě asymptomatické placenta praevia centralit, parcialis, marginalis se vede plánovaně císařským řezem po ukončeném 36. týdnu těhotenství. U méně závažného nízko nasedajícího lůžka se porod může vést vaginálně (Binder, 2011, s. 206; Hájek, 2014, s. 310-311; Roztočil, 2008, s. 268).

6.5 Péče porodní asistentky o ženu s placentou praevia

Porodní asistentka při přijetí ženy na oddělení spolupracuje s lékařem na získávání informací. Posléze ženu seznámí s chodem oddělení a nemocničním řádem, edukuje o klidovém režimu, Porodní asistentka dále edukuje klientku o výživě a pitném režimu, doporučí ženě lehkou stravu nezatěžující organismus Porodní asistentka edukuje ženu o hygieně a pravidelném vyprazdňování. Klientce je důležité zdůraznit, aby nahlásila případnou změnu zdravotního stavu (Dušová, 2009, s. 221-222).

Porodní asistentka by měla být klientce po celou dobu hospitalizace psychickou oporou. Ženě zajistí nerušený odpočinek během dne, i v noci a umožní návštěvy blízkých. Popřípadě psychologický pohovor (Dušová, 2009, s. 221-222).

Porodní asistentka sleduje fyziologické funkce, krvácení (charakter, intenzitu, počet vložek), CTG záznam (kardiotokograf), ozvy plodu, pohyby plodu, účinky léků (Dušová, 2009, s. 221).

VÝZKUMNÁ ČÁST

7 METODIKA VÝZKUMU

Tato bakalářská práce je prací teoreticko – výzkumnou. Výzkum je založen na kvantitativní metodě a byl prováděn v období od ledna 2017 do března 2017 v nemocnici Královéhradeckého kraje. Výzkum mi byl schválen náměstkyní pro ošetrovatelskou péči, referentkou oddělení vzdělávání a vrchní sestrou. Posléze bylo rozdáno 40 dotazníků, z nichž se vrátilo vyplněných 30 (75 %). Pro získání potřebných údajů k výzkumné části práce, bylo použito dotazníkové šetření. Dotazník byl anonymní a byl sestaven speciálně pro tento výzkum. V dotazníku bylo obsaženo celkem 15 otázek a jeho vzor je uveden v příloze A. Dotazník obsahuje různé typy otázek, které měly za cíl získat potřebné informace k provedení výzkumné části práce. Na začátku dotazníku, byly použity otázky demografického typu zjišťující věk, vzdělání, počet těhotenství a počet porodů. U otázek uzavřených si respondentky vybíraly jednu z možných odpovědí. Dále dotazník obsahoval otázky polouzavřené. V neposlední řadě byly v dotazníku obsaženy i otázky otevřené, kde měly respondentky možnost libovolně popsat své postoje či názory.

Dotazníky byly rozdávané ženám hospitalizovaných na lůžkovém oddělení rizikové gravidity, v nemocnici Královéhradeckého kraje. Všechny ženy dotázané staniční sestrou souhlasily se zařazením do výzkumu. Podmínkou pro vyplnění dotazníku byla hospitalizace s rizikovým těhotenstvím. Na odděleních dotazníky po domluvě rozdávala staniční sestra, která je shromažďovala a poté mi je předala. Na vyplnění dotazníku měly ženy dostatek času a klidu. Vzhledem k anonymitě dotazníků nebyla vyžadována jména žen.

7.1 Výzkumné otázky

Na základě stanovených cílů a studiu odborné literatury jsem stanovila celkem 2 výzkumné otázky:

- 1) Jaká je spokojenost klientek s danou péčí a službami na oddělení rizikového těhotenství?
- 2) Jak ovlivňují vybrané faktory hospitalizaci na oddělení rizikového těhotenství?

7.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Soubor respondentů tvořily ženy, které byly hospitalizované s rizikovou graviditou na oddělení rizikového těhotenství. Respondentky byly vybírány záměrným výběrem.

U první otázky uváděly respondentky svůj věk. Otázka byla otevřená, ale pro lepší přehlednost jsem věk žen rozdělila do intervalů. Nejvíce respondentek, které dotazník vyplňovaly, bylo ve věku 31 - 35 let. Ženy v tomto věku tvořily 33,3 % výzkumného vzorku. Druhou nejčastější věkovou kategorií byly respondentky ve věku 26 – 30 let a to celkem v počtu 9 respondentek (30 %). Třetí nejčastější věkovou kategorií byly respondentky ve věku 21 – 25 let a to celkem v počtu 6 respondentek (20 %). Ve věku 36 – 40 let v počtu 3 respondentek, tedy 10 %. Nejméně bylo respondentek řadících se do věkové kategorie 18 – 20 let, pouze 2 respondentky, tedy 6,7 %. Součástí dotazníku byla i otázka na nejvyšší dosažené vzdělání respondentek. Nejčastěji zastoupené vzdělání bylo středoškolské s maturitou. Tuto odpověď uvedlo 13 respondentek tedy 43,4 % z celkového výzkumného vzorku. Celkem 9 respondentek (30 %) má vysokoškolské vzdělání a 4 respondentky (13,3 %) mají vyšší odborné vzdělání, další 4 respondentky (13,3 %) mají střední odborné učiliště. Ani 1 respondentka (0 %) neuvedla vzdělání základní.

7.3 Zpracování dat

Výsledky výzkumného šetření byly analyzovány pomocí počítačového programu Microsoft Office Word pro text psaný, pro výzkumnou část práce Microsoft Office Excel. Pro zpracování výzkumného vzorku byly použity tabulky a grafy.

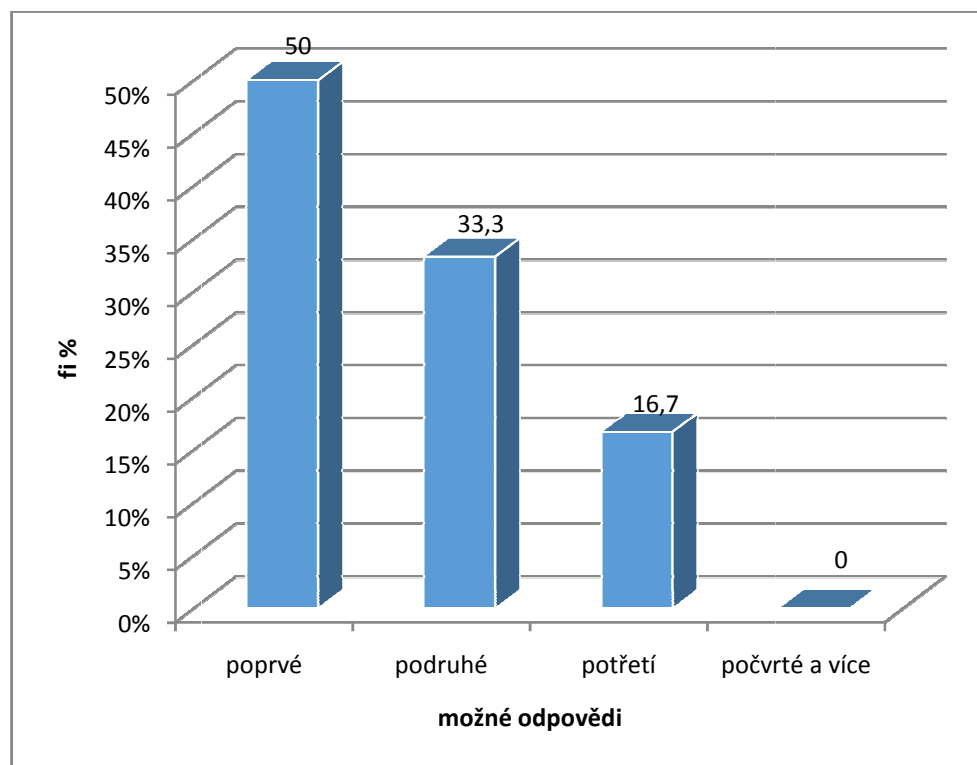
Absolutní četnost se značí symbolem n_i a označuje počet respondentek, které odpověděly na danou otázku. Relativní četnost je označena symbolem f_i a ukazuje podíl absolutní a celkové četnosti. Celková četnost používá symbol n a obsahuje informace o celkovém počtu všech respondentek, které se na výzkumu podílely. Pro výpočet relativní četnosti byl použit vzorec $f_i (\%) = n_i / n \times 100$. Ve vypracovaných tabulkách i grafech je relativní četnost uváděna v procentech (Kladivo, 2013, s. 11).

8 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

V této části bakalářské práce se zabývám analýzou a zpracováním dat ve formě tabulek nebo obrázků. Otázky č. 1 a 2 jsou uvedeny a rozpracovány v kapitole 7.3 Charakteristika výzkumného vzorku.

Otázka č. 3: Pokolikáté jste těhotná?

- a) poprvé
- b) podruhé
- c) potřetí
- d) počtvrté a více

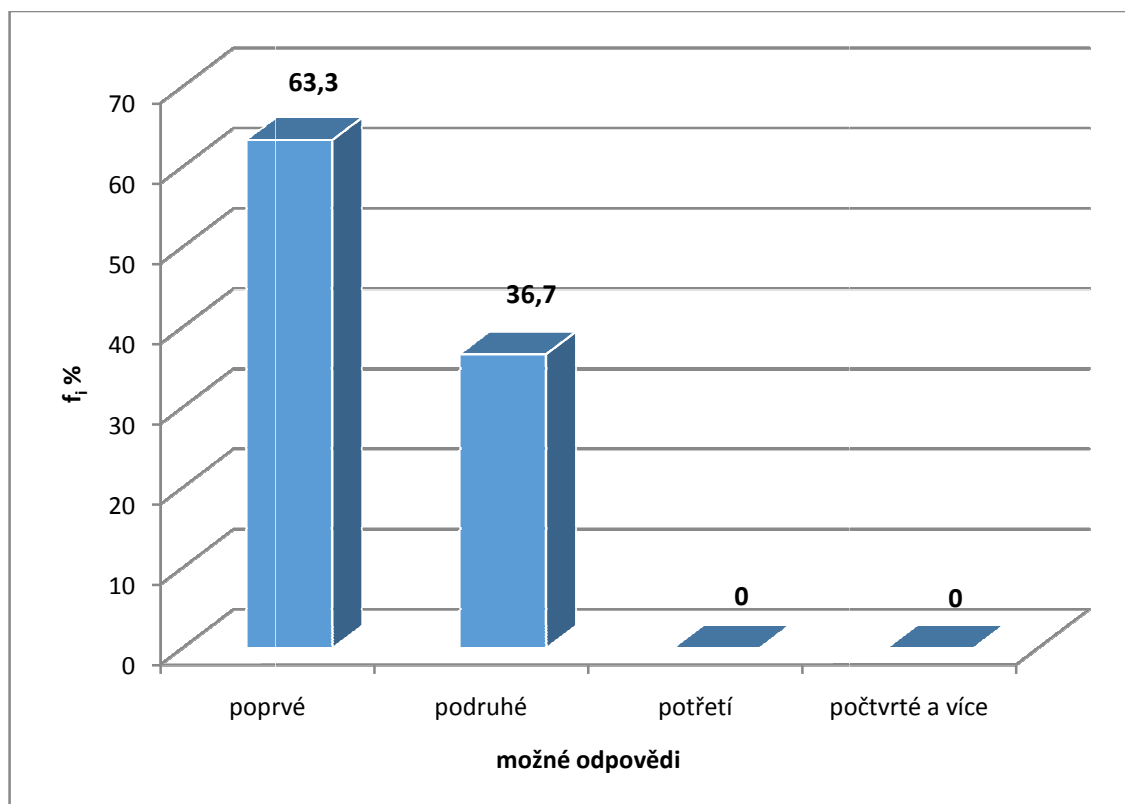


Obrázek 1 Grafické znázornění počtu těhotenství

Otázka č. 3 zjišťuje počet těhotenství. V této otázce respondentky měly označit jednu odpověď. Respondentek, které označily první těhotenství, bylo celkem 15 (50 %). Odpověď druhé těhotenství označilo 10 respondentek, tedy 33,3 %. Třetí těhotenství označilo 5 respondentek, tedy 16,7 %. Ani 1 respondentka (0 %) neuvedla čtvrté těhotenství. Díky této otázce jsem zjistila, že častěji jsou respondentky hospitalizované při prvním a druhém těhotenství. Počet těhotenství je graficky znázorněn výše, v Obrázku 1.

Otázka č. 4: Pokolikáté budete rodit?

- a) poprvé
- b) podruhé
- c) potřetí
- d) počtvrté a více



Obrázek 2 Grafické znázornění počtu porodů

Otázka č. 4 zjišťuje počet porodů. V této otázce respondentky měly označit jednu odpověď. Respondentek, které označily první porod, bylo celkem 19 (63,3 %). Odpověď druhý porod označilo 11 respondentek, tedy 36,7 %. Ani 1 respondentka (0 %) neuvědla třetí porod. Čtvrtý porod označilo 0 žen, tedy 0 %. Otázka č. 4 zjistila, že nejvíce respondentek čeká na svůj první porod. Dalších 11 respondentek má první porod za sebou a očekávají druhý porod. Počet porodů je graficky znázorněn výše, v Obrázku 2.

Otázka č. 5: Pokud jste již rodila, v jakém roce proběhl poslední porod?

Tabulka 1 Poslední porod

Odpověď	Rok posledního porodu	n_i	f_i (%)
Ano	2005-2010	1	3,3 %
	2011-2015	10	33,3 %
	2016	0	0 %
Ne	-	19	63,4 %
Celkem	-	30	100 %

Otázka č. 5 se týkala respondentek, které již v minulosti rodily. Otázka byla otevřená, ale pro lepší přehlednost jsem roky posledního porodu rozdělila do intervalů. Respondentek, které již rodily, bylo celkem 11. Nejčastějším rokem porodu bylo rozmezí 2011 – 2015, porody tvořily 33,3 % výzkumného vzorku. Pouze 1 respondentka (3,3 %) uvedla porod v rozmezí 2005 – 2010. Ani 1 respondentka (0 %) neuvédla poslední porod v roce 2016. Respondentek, které ještě nerodily, bylo celkem 19 (63,4 %). Otázka č. 5 zjistila, že 19 respondentek je prozatím bezdětných. Deset respondentek už porodem prošly v roce 2011 až 2015. Pouze 1 respondentka prošla porodem v roce 2005 až 2010, kdy tato jediná žena, měla velký odstup od nynějšího těhotenství. Výsledná data jsou zapsána v Tabulce 1.

Otázka č. 6: Víte, z jakého důvodu jste hospitalizovaná?

Tabulka 2 Důvod hospitalizace

Odpověď	Onemocnění	n _i	f _i (%)
Ano	Partus praematurus	13	43,3 %
	Preeklampsie	5	16,7 %
	Placenta praevia	3	10 %
	Hepatopatie	3	10 %
	Nefropatie	2	6,7 %
	Observace	2	6,7 %
	Gravidita posttermalis	1	3,3 %
	Hyperemesis gravidarum	1	3,3 %
Ne	-	0	0 %
Celkem	-	30	100 %

Otázka č. 6 zjišťuje, zda respondentky vědí, z jakého důvodu byly hospitalizovány. U této otázky byla odpověď otevřená. Všech 30 respondentek (100 %) vědělo důvod své hospitalizace a dokázaly své onemocnění popsat. Nejčastěji byly respondentky v počtu 13 (43,3 %) hospitalizované s hrozícím předčasným porodem. Druhým nejčastějším onemocněním, které respondentky uváděly, byla preeklampsie. Tuto odpověď uvedlo 5 respondentek, tedy 16,7 %. Tři respondentky (10 %) uvedly důvod hospitalizace placentu praevia. Další 3 respondentky (10 %) uvedly důvod hospitalizace hepatopatii. Pátým onemocněním, které respondentky uváděly, byla nefropatie. Tuto odpověď uvedly 2 respondentky, tedy 6,7 %. Observaci tak též uvedly 2 respondentky, tedy 6,7 %. Jedna respondentka (3,3 %) uvedla důvod hospitalizace graviditu posttermalis. Hyperemesis gravidarum tak též uvedla 1 respondentka (3,3 %). U otázky č. 6 se mi potvrdilo to, co uvádím v teoretické části, že nejčastějšími důvody hospitalizace rizikové gravidity je

předčasný porod, preeklampsie, placenta praevia a hepatopatie. Výsledná data jsou zapsána v Tabulce 2.

Otázka č. 7: Jak se cítíte v nemocničním prostředí?

- a) velmi dobře
- b) dobře
- c) nedokáži rozhodnout
- d) špatně
- e) velmi špatně

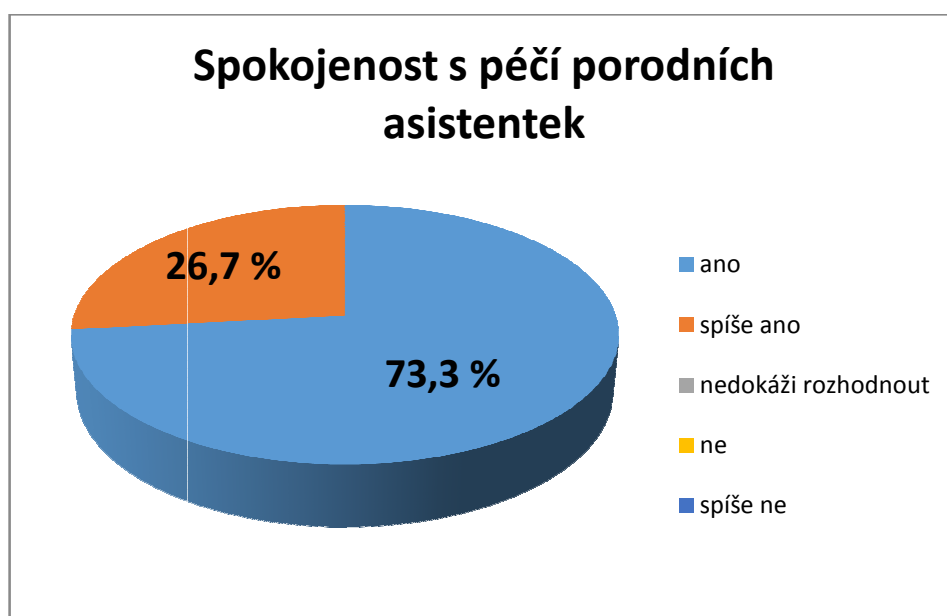
Tabulka 3 Pocit v nemocničním prostředí

Odpověď	Důvod	n_i	f_i (%)
Velmi dobře	-	6	20%
Dobře	-	16	53,4%
Nedokáži rozhodnout	-	6	20%
Špatně	Cítím se špatně, chybí mi rodina.	1	3,3%
Velmi špatně	Špatně snáším nemocniční prostředí.	1	3,3%

Otázka č. 7 byla zaměřená na cítění se v nemocničním prostředí. V této otázce respondentky měly označit jednu odpověď. U předposlední a poslední varianty byla odpověď otevřená, kde mohly respondentky volně vyjádřit své důvody a pocity, proč se necítí dobře v nemocničním prostředí. Této možnosti využily 2 respondentky. Jedna respondentka (3,3 %) označila odpověď *Špatně* a jako důvod uvedla, že jí chybí rodina. Druhá respondentka (3,3 %) označila odpověď *Velmi špatně* a jako důvod uvedla, že špatně snáší nemocniční prostředí. Nejčastěji se objevovala odpověď *Dobře*, kterou označilo celkem 16 respondentek (53,4 %). Velmi dobře se cítilo 6 respondentek (20 %). A dalších 6 respondentek (20 %) se nedokázalo rozhodnout. Otázkou č. 7 jsem si vyvrátila svou domněnku, že většina respondentek se nebude v nemocničním prostředí cítit dobře. Naopak 73,4 % hodnotilo svůj pobyt kladně. Výsledná data jsou zapsána v Tabulce 3.

Otázka č. 8: Jste spokojena s péčí porodních asistentek v nemocničním zařízení?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nedokáži rozhodnout
- d) ne
- e) spíše ne

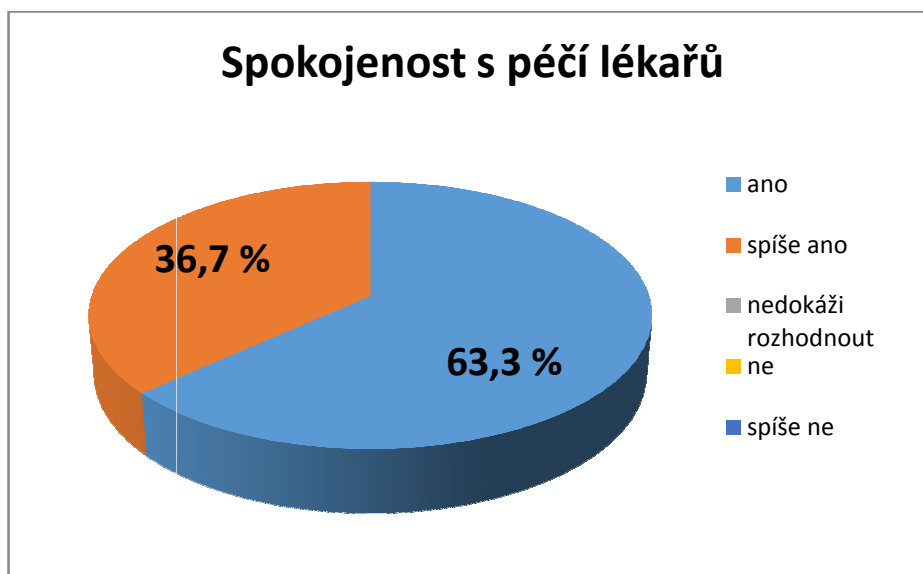


Obrázek 3 Spokojenost s péčí porodních asistentek v nemocničním zařízení

Otázka č. 8 byla zaměřená na spokojenost s péčí porodních asistentek. V této otázce respondentky měly označit jednu odpověď. U předposlední a poslední varianty byla odpověď otevřená, kde mohly respondentky volně vyjádřit své důvody nespokojenosti s péčí porodních asistentek. Této možnosti nevyužila ani 1 respondentka, tedy 0 %. Nejčastěji se objevovala odpověď *Ano*, kterou označilo celkem 22 respondentek (73,3 %). Druhou nejčastější odpovědí bylo *Spíše ano*, kterou označilo celkem 8 respondentek (26,7 %). Otázka č. 8 mě utvrdila v tom, že porodní asistentky poskytují dostatečně odbornou péči. Spokojenost s péčí porodních asistentek v nemocničním zařízení je graficky znázorněn výše, v Obrázku 3.

Otázka č. 9: Jste spokojená s péčí lékařů v nemocničním zařízení?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nedokáži rozhodnout
- d) ne
- e) spíše ne



Obrázek 4 Spokojenost s péčí lékařů v nemocničním zařízení

Otázka č. 9 byla zaměřená na spokojenost s péčí lékařů. V této otázce respondentky měly označit jednu odpověď. U předposlední a poslední varianty byla odpověď otevřená, kde mohly respondentky volně vyjádřit své důvody nespokojenosti s péčí lékařů. Této možnosti nevyužila ani 1 respondentka, tedy 0 %. Nejčastěji se objevovala odpověď *Ano*, kterou označilo celkem 19 respondentek (63,3 %). Druhou nejčastější odpovědí bylo *Spíše ano*, kterou označilo celkem 11 respondentek (36,7 %). Respondentky kladně hodnotily péči lékařů, stejně jako porodních asistentek. Spokojenost s péčí porodních asistentek v nemocničním zařízení je graficky znázorněn výše, v Obrázku 4.

Otázka č. 10: Zdají se Vám poskytované informace od lékařů o Vašem zdravotním stavu dostatečné?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nedokáži rozhodnout
- d) ne
- e) spíše ne

Tabulka 4 Poskytované informace od lékařů o zdravotním stavu

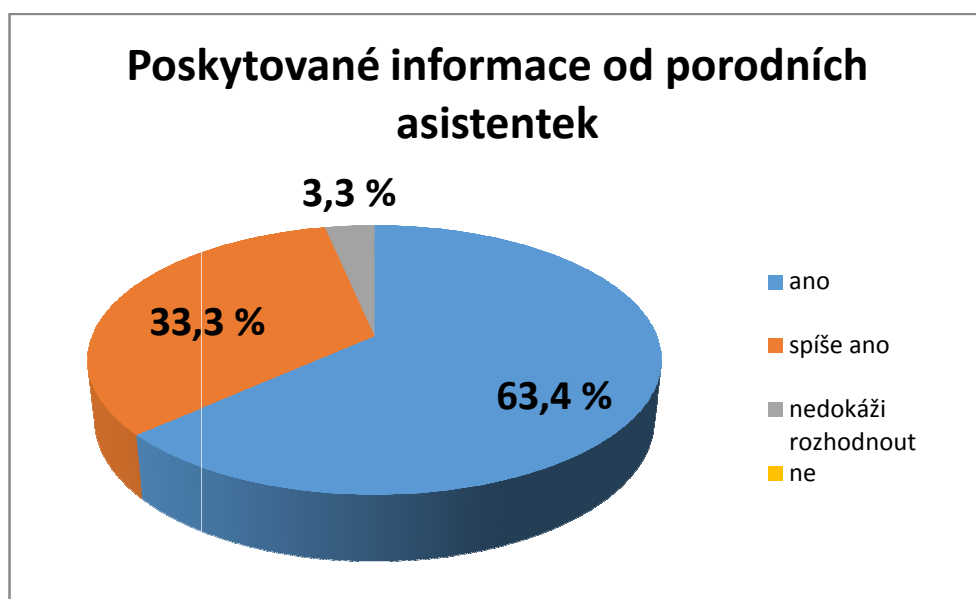
Odpověď	Důvod	n_i	f_i %
Ano	-	20	66,7%
Spíše ano	-	8	26,7 %
Nedokáži rozhodnout	-	1	3,3 %
Ne	-	0	0 %
Spíše ne	Každý den jiný lékař, pokaždé říkají něco jiného.	1	3,3 %

Otázka č. 10 byla zaměřená na poskytované informace od lékařů. V této otázce respondentky měly označit jednu odpověď. U předposlední a poslední varianty byla odpověď otevřená, kde mohly respondentky volně vyjádřit své důvody nespokojenosti s poskytovanými informacemi od lékaře. Této možnosti využila 1 respondentka, tedy 3,3 %, která označila odpověď *Spíše ne* a jako důvod uvedla, že každý den se na oddělení vyskytuje jiný lékař a pokaždé jsou jí podány jiné informace. Nejčastěji se objevovala odpověď *Ano*, kterou označilo celkem 20 respondentek (66,7 %). Druhou nejčastější odpovědí bylo *Spíše ano*, kterou označilo celkem 8 respondentek (26,7 %). Pouze 1 respondentka (3,3 %) zakroužkovala odpověď, *Nedokáži rozhodnout*. Většina respondentek se vyjádřila kladně, pouze jedna z nich byla nespokojená se

sdělováním informací. Na základě tohoto vyjádření respondentky by lékaři měli být jednotní, při poskytování informací. Výsledná data jsou zapsána v Tabulce 4.

Otázka č. 11: Zdají se Vám poskytované informace od porodních asistentek o Vašem zdravotním stavu dostatečné?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nedokáži rozhodnout
- d) ne
- e) spíše ne



Obrázek 5 Poskytované informace od porodních asistentek o zdravotním stavu

Otázka č. 11 byla zaměřená na poskytované informace od porodních asistentek. V této otázce respondenty měly označit jednu odpověď. U předposlední a poslední varianty byla odpověď otevřená, kde mohly respondenty volně vyjádřit své důvody nespokojenosti s poskytováním informací od porodních asistentek. Této možnosti nevyužila ani 1 respondentka, tedy 0 %. Nejčastěji se objevovala odpověď *Ano*, kterou označilo celkem 19 respondentek (63,4 %). Druhou nejčastější odpovědí bylo *Spíše ano*, kterou označilo celkem 10 respondentek (33,3 %). Pouze 1 respondentka (3,3 %) zakroužkovala odpověď, *Nedokáži rozhodnout*. Otázka č. 11 zjistila, že porodní asistentky informují správně a dostatečně tázané respondenty. Poskytované informace od porodních asistentek jsou graficky znázorněny výše, v Obrázku 5.

Otázka č. 12: Jste spokojena s prostředím a vybavením oddělení?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nedokáži rozhodnout
- d) ne
- e) spíše ne

Tabulka 5 Spokojenost s prostředím a vybavením oddělení

Odpověď	Důvod	n_i	$f_i\%$
Ano	-	11	36,7 %
Spíše ano	-	12	40 %
Nedokáži rozhodnout	-	4	13,3 %
Ne	Chybí v pokoji televizor	1	3,3 %
Spíše ne		2	6,7 %

Otázka č. 12 byla zaměřená na spokojenost s prostředím a vybavením oddělení. V této otázce respondentky měly označit jednu odpověď. U předposlední a poslední varianty byla odpověď otevřená, kde mohly respondentky volně vyjádřit své důvody nespokojenosti s prostředím a vybavením. Této možnosti využily 3 respondentky. Jedna respondentka (3,3 %) označila odpověď *Ne* a jako důvod uvedla, že na pokoji chybí televizor. Další 2 respondentky (6,7 %) označily odpověď *Spíše ne* a tak též uvedly, jako důvod chybějící televizor na pokoji. Nejčastěji se objevovala odpověď *Spíše ano*, kterou označilo celkem 12 respondentek (40 %). Druhou nejčastější odpovědí bylo *Ano*, kterou označilo celkem 11 respondentek (36,7 %). Další 4 respondentky (13,3 %) označily odpověď, *Nedokáži rozhodnout*. Z této otázky jsem zjistila, že větší část respondentek je s prostředím a vybavením spokojená, přesto by bylo vhodné umístit na pokoje televizor. Napomohlo by to ke zvýšení komfortu hospitalizovaných klientek. Výsledná data jsou zapsána v Tabulce 5.

Otázka č. 13: Jste spokojená se stravou v nemocničním zařízení?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nedokáži rozhodnout
- d) ne
- e) spíše ne

Tabulka 6 Spokojenost se stravou v nemocničním zařízení

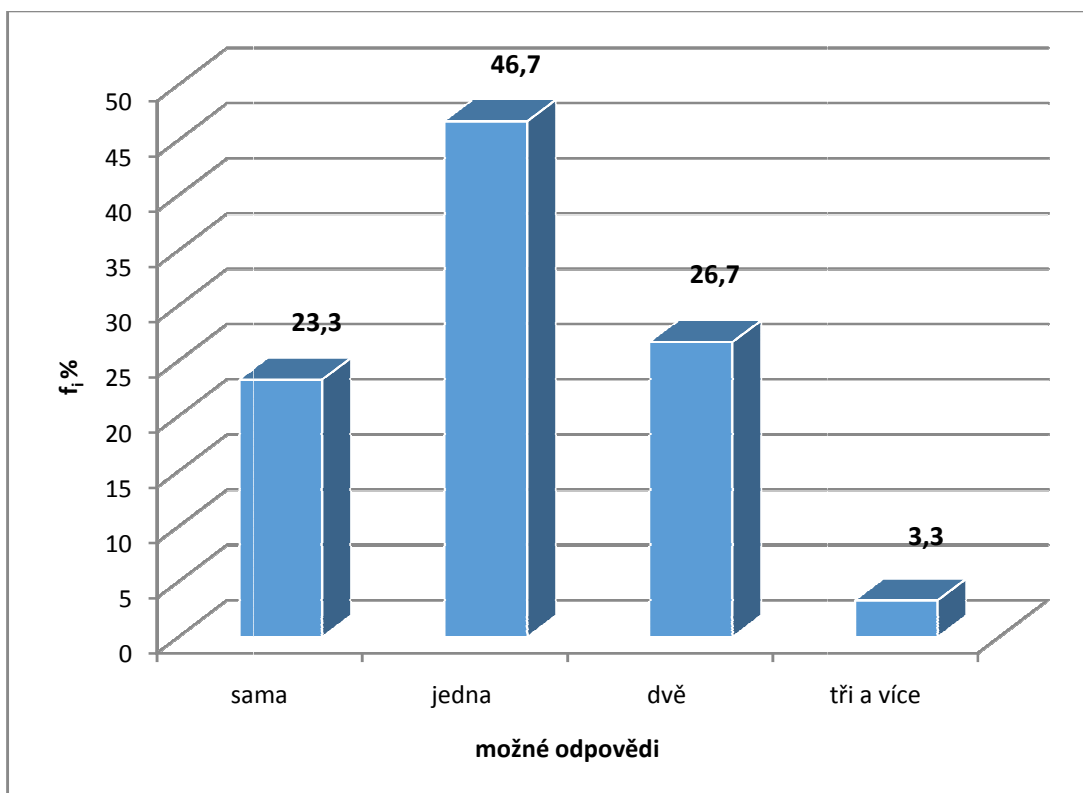
Odpověď	Důvod	n_i	f_i %
Ano	-	3	10 %
Spíše ano	-	14	46,7 %
Nedokáži rozhodnout	-	4	13,3 %
Ne	Opakující se snídaně a večeře	6	23,3 %
	Podávaná jídla mi nechutnají	1	
Spíše ne	Chybí mi ovoce a zelenina	2	6,7 %

Otázka č. 12 byla zaměřená na spokojenost se stravou v nemocničním zařízení. V této otázce respondentky měly označit jednu odpověď. U předposlední a poslední varianty byla odpověď otevřená, kde mohly respondentky volně vyjádřit své důvody nespokojenosti s podávanou stravou. Této možnosti využilo 9 respondentek. Sedm respondentek (23,3 %) označilo odpověď *Ne*. Šest z nich uvedlo stejný důvod opakující se snídaně a večeře. Pouze jedna respondentka odpověděla též *Ne*, ale jako důvod uvedla, že jí podávaná jídla nechutnají. Další 2 respondentky (6,7 %) označily odpověď *Spíše ne*, důvodem obou respondentek byla jejich nespokojenost s nedostatkem ovoce a zeleniny. Nejčastěji se objevovala odpověď *Spíše ano*, kterou označilo celkem 14 respondentek (46,7 %). Druhou nejčastější odpovědí bylo, *Nedokáži rozhodnout*, kterou označily celkem 4 respondentky (13,3 %). Další 3 respondentky (10 %) označily odpověď *Ano*. Už předem jsem předpokládala, že spokojenost se stravou

nebude u všech kladně hodnocená. Devět respondentek by byla raději, kdyby strava byla pestřejší a obsahovala více ovoce a zeleniny. Výsledná data jsou zapsána v Tabulce 6.

Otázka č. 14: Pokud byste si mohla zvolit počet žen na pokoji, kolik by jich bylo?

- a) sama
- b) jedna
- c) dvě
- d) tři a více



Obrázek 6 Grafické znázornění počtu žen na pokoji

Otázka č. 14 zjišťuje vhodný počet žen na pokoji. V této otázce respondentky měly označit jednu odpověď. Nejčastěji se objevovala odpověď *Jedna*, kterou označilo 14 respondentek, tedy 46,7 %. Druhou nejčastější odpovědí bylo *Dvě*, kterou označilo 8 respondentek (26,7 %). Dalších 7 respondentek (23,3 %) by chtěly být na pokoji sami. Pouze 1 respondentka (3,3 %) uvedla odpověď *Tři a více*. Klientky by uvítaly, pokud by byl pokoj po dvou lůžkách. Překvapivým zjištěním bylo, že 26,7 % se shodlo na pokojích po třech ženách. Vhodný počet žen na pokoji je graficky znázorněn výše, v Obrázku 6.

Otázka č. 15: Co je pro Vás v době hospitalizace nejtěžší?

Tabulka 7 Nejtěžší situace v době hospitalizace

Odpověď	n_i	f_i %
Odloučení od rodiny	14	46,8 %
Stesk po dítěti	4	13,3 %
Odloučení od partnera nebo manžela	3	10 %
Strach o nenarozené dítě, bezmoc	3	10 %
Nedostatečná aktivita	2	6,7 %
Adaptace na prostředí nemocnice	1	3,3 %
Čekání na výsledky testů	1	3,3 %
Málo spánku (na oddělení se stále něco děje)	1	3,3 %
Osamělost	1	3,3 %

Otázka č. 15 zjišťuje, co je pro respondentky v době hospitalizace nejtěžší. U této otázky byla odpověď otevřená. Nejčastěji respondentky uváděly odpověď, *Odloučení od rodiny* v počtu 14 (46,8 %). Druhou nejčastější odpovědí respondentek byl *Stesk po dítěti*. Tuto odpověď uvedly 4 respondentky, tedy 13,3 %. Tři respondentky (10 %) uvedly odpověď, *Strach o nenarozené dítě a bezmoc*. Další 3 respondentky (10 %) uvedly odpověď, *Odloučení od partnera a manžela*. Dvě respondentky (6,7 %) uvedly odpověď, *Nedostatečná aktivita*. Čtyři zbylé respondentky, uvedly každá jinou odpověď *Adaptace na prostředí nemocnice*, *Čekání na výsledky testů*, *Málo spánku*, *Osamělost*. Již předem jsem předpokládala po nastudování odborné literatury, že největší počet žen uvede odloučení od rodiny a blízkých, dále stesk a osamělost. Proto by bylo vhodné umožnit respondentkám, co největší počet návštěv a vytvořit prostředí pro jejich setkání. Výsledná data jsou zapsána v Tabulce 7.

8.1 Vyhodnocení faktorů

Pro lepší přehlednost k výzkumné otázce číslo dvě byly vytvořeny tabulky, které poukazují na vztah mezi jednotlivými faktory.

Tabulka 8 Vliv věku na změnu názorů na hospitalizaci

Věk	Odpovědi respondentek	Počet respondentek
18 - 20 let	Stesk po dítěti	1
	Odloučení od partnera nebo manžela	1
21 - 25 let	Odloučení od rodiny	3
	Odloučení od partnera nebo manžela	1
	Nedostatečná aktivita	1
	Adaptace na prostředí nemocnice	1
26 - 30 let	Odloučení od rodiny	5
	Stesk po dítěti	1
	Strach o nenarozené dítě, bezmoc	2
	Málo spánku	1
31 - 35 let	Odloučení od rodiny	5
	Stesk po dítěti	2
	Odloučení od partnera nebo manžela	1
	Nedostatečná aktivita	1
	Osamělost	1
36 - 40 let	Odloučení od rodiny	1
	Strach o nenarozené dítě, bezmoc	1
	Čekání na výsledky testů	1

Tabulka č. 8 je dále podrobně popsána v diskuzi (viz VO 2).

Tabulka 9 Názory na hospitalizaci v závislosti na počtu těhotenství a porodů

Gravidita	Parita	Odpovědi respondentek	Počet respondentek
I / I		Odloučení od rodiny	8
		Odloučení od partnera nebo manžela	2
		Strach o nenarozené dítě, bezmoc	2
		Adaptace na prostředí nemocnice	1
		Čekání na výsledky testů	1
		Málo spánku	1
II / II		Odloučení od rodiny	3
		Stesk po dítěti	4
		Nedostatečná aktivita	1
II / I		Odloučení od rodiny	1
		Odloučení od partnera nebo manžela	1
III / II		Odloučení od rodiny	2
		Osamělost	1
III / I		Nedostatečná aktivita	1
		Strach o nenarozené dítě, bezmoc	1

Tabulka č. 9 dále podrobně popsána v diskuzi (viz VO 2).

9 DISKUZE

Pro výzkumnou část byly stanoveny celkem dvě výzkumné otázky a na základě dosažených výsledků na jednotlivé otázky budu nyní odpovídat.

Výzkumná otázka č. 1 – Jaká je spokojenost klientek s danou péčí a službami na oddělení rizikového těhotenství?

K výzkumné otázce č. 1 se vztahují otázky z dotazníku šest až čtrnáct, které byly následně porovnány s výsledky výzkumu ve dvou nemocnicích Královéhradeckého kraje a v nemocnici Pardubického kraje. Za spokojenost považuji, jestli-že respondentky uvedly odpověď „ano“ a „spíše ano“.

Z mého výzkumného šetření souhrnně vyplynulo, že většina tázaných respondentek hodnotí péči a služby spíše pozitivně. Důkazem mého tvrzení je výsledek otázky č. 8, která se zabývá spokojeností s péčí porodních asistentek, kdy respondentky v 73,3 % odpověděly, že s péčí jsou spokojené. V dalších 26,7 % odpověděly, že jsou spíše spokojené. Dalším důkazem mého tvrzení je otázka č. 9, která se zabývá spokojeností s péčí lékařů. V tomto případě respondentky hodnotily v 63,3 % velmi kladně. Ani jedna respondentka neshledala péči lékařů jako negativní. Zvýše ukázaného vyplývá, že poskytovaná péče v Královéhradeckém kraji od porodních asistentek a lékařů se pohybuje na dobré úrovni, se kterou jsou odpovídající spokojené. Dokládá to i výzkum s názvem „Šetření spokojenosti hospitalizovaných pacientů 2016“ v Královéhradeckém kraji, který byl realizován společností HealthCare Institute v rámci projektu Nemocnice ČR. Potvrzujícím faktem je například 96,4 % spokojenost se seznámením ohledně postupu v léčbě (HealthCare Institute, 2016). Dále byl v Královéhradeckém kraji proveden výzkum s názvem „Spokojenost pacientů s péčí z roku 2016“, kde byly výsledky opět hodnoceny kladně. Respondenti uváděli spokojenost s poskytovanými službami v 87 % (Nemtr, 2016). Výsledky mého šetření v porovnání s výsledky dalšího výzkumu, provedeném tentokrát v nemocnici Pardubického kraje, vyšly opět obdobně. V Pardubickém kraji respondentky uváděly známky jedna (výborně) až čtyři (nedostatečně) v šetření „Celkové hodnocení porodnice z roku 2015“, kdy rozmezí jedna až dvě se pohybovalo v pozitivním pásmu, naopak tři až čtyři v pásmu negativním. Celkové hodnocení spokojenosti s péčí lékařů a porodních asistentek vyšlo v aritmetickém průměru na 1,17; v přepočtu do procentuální podoby spokojenost dosáhla 95,75 % (Nemprk, 2015).

Neméně důležitými skutečnostmi, které ovlivňují spokojenost respondentek, jsou poskytované informace od lékařů a porodních asistentek. Nadpoloviční většina hodnotila informovanost kladně, pouze jedna respondentka uvedla nespokojenost s přístupem lékařů v rámci podávání informací. I toto potvrzuje výše zmíněný výzkum HealthCare z roku 2016. S komunikací sester bylo maximálně spokojeno 86,1 % tázaných. Drobné nedostatky u lékařů se projevily v mírném snížení procentuálního zastoupení (77,5 %) kladného hodnocení (HealthCare Institute, 2016). Výzkum z roku 2015 v Pardubickém kraji se zabýval i tímto kritériem. Na základě dosažené hodnoty 1,25 v aritmetickém průměru; v přepočtu do procentuální podoby 94 %, celkové hodnocení bylo definováno jako pozitivní. Z porovnání výsledků mého šetření a šetření s názvem „Celkové hodnocení porodnice z roku 2015“ tedy vyplývá, že v obou nemocnicích je informovanost na dobré úrovni (Nmpk, 2015). V případě výše zmíněného šetření v královéhradecké nemocnici z roku 2016 („Spokojenost pacientů s péčí z roku 2016“) byly výsledky hodnoceny opět kladně, spokojenost respondentů s poskytnutými informacemi byla uvedena v 86 % (Nemtr, 2016).

Vliv na spokojenost v rámci hospitalizace má i prostředí, vybavení a rozložení pokojů včetně stravovacích možností nemocnice. K prostředí a vybavení se záporně vyjádřily tři respondentky, které jako svůj důvod uvedly chybějící televizor a čtyři respondentky se nedokázaly rozhodnout, jak na ně oddělení působí. Zbývajícím 23 respondentkám se interiér líbil. K větší spokojenosti by bylo vhodné na základě výsledků otázky č. 14 budoucí klientky umisťovat do dvoulůžkových a třílůžkových pokojů. Na základě vlastních zkušeností z dosavadní praxe jsem očekávala spíše negativní postoj ke stravovacím službám, nicméně to se mi to nepotvrdilo. Důkazem je tabulka číslo 6. V rámci výzkumu společnosti HealthCare z roku 2016 byla hodnocena pouze kvalita stravování. V obou případech byla strava hodnocena spíše kladně. Avšak v mém šetření byla procentuální hodnota nespokojenosti vyšší, jedním z možných faktorů může být potřeba lepší stravy z důvodu těhotenství. Pro další porovnání byl opět využit výzkum z roku 2015 v nemocnici Pardubického kraje, kdy respondentky uváděly známky jedna (výborně) až čtyři (nedostatečně) a celkové hodnocení je v aritmetickém průměru. Spokojenost s vybavením byla v aritmetickém průměru vyhodnocena na 1,23; v přepočtu do procentuální podoby 94,25 % a spokojenost s jídlem se pohybovala v průměru 2,03; v přepočtu do procentuální podoby 74,25 %. Z výzkumného šetření vyplývá fakt, že v Královéhradeckém a Pardubickém kraji je úroveň poskytovaných služeb shodná.

Vzhledem k získaným výsledkům by bylo dobré nadále podporovat současný směr péče a poskytovaných služeb a pracovat na dalších jejich zlepšeních.

Výzkumná otázka č. 2 – Jak ovlivňují vybrané faktory hospitalizaci na oddělení rizikového těhotenství.

K výzkumné otázce č. 2 se vztahují otázky z dotazníku jedna až pět a patnáct. Z nichž za nevýznamnější pokládám vztah mezi otázkou první a patnáctou, neboli vliv věku na případnou změnu názorů na hospitalizaci. Mým původním předpokladem bylo, že respondentky mladšího věku (do 25 let) budou potřebovat více volnosti, větší aktivitu a přítomnost partnera. Dotazníkové šetření mi to však nepotvrdilo. Nejčastěji odpovědi všech věkových kategorií (včetně do 25 let) byly zaměřené na rodinu a odloučení od ní případně od partnera, což je doprovázeno steskem a strachem o blízké.

Dále mi první otázka nepotvrdila, že největší počet žen bude hospitalizovaných ve věkovém rozmezí 36 – 40 let z důvodu odkládání mateřství a stoupajícímu věku matky, kdy jsou zvýšená rizika v těhotenství. Příkladem těchto rizik je spontánní potrat v I. trimestru těhotenství, které je dle Hájka v této věkové skupině zvýšeno o 2,6 % (Hájek, 2014, s. 240). V mém dotazníkovém šetření mělo největší zastoupení rozmezí 31– 35 let.

Druhý významný vztah byl definován názory na hospitalizaci v závislosti na počtu těhotenství a porodů. Výsledky byly rozděleny do čtyř skupin. První skupina byla zastoupena respondentkami, které byly poprvé těhotné. Jako největší zátěž při hospitalizaci bylo uváděno odloučení od rodiny, případně partnera nebo manžela dále strach o nenarozené dítě, čekání na výsledky testů a málo spánku. Druhá skupina, kde respondentky byly podruhé těhotné a čekal je druhý porod, opět uvedla jako největší zátěž odloučení od neblížších, případně nečinnost a stesk po prvním dítěti. Třetí skupina definovaná respondentkami, které byly podruhé těhotné, avšak je čekal první porod, uvedla jako jedinou zátěž odloučení od rodiny, případně od partnera nebo manžela. Čtvrtá skupina, tvořena respondentkami potřetí těhotnými, avšak podruhé rodícími, uvedla jako stěžejní jednak odloučení od rodiny a pak také osamělost. Do páté skupiny byly zařazeny pouze dvě respondentky nacházející se v situaci, kdy je po třetím těhotenství čekal teprve první porod. Jejich názory byly diametrálně odlišné, první si stěžovala pouze na nečinnost, jinak byla spokojená, avšak druhá vyslovila silný strach o nenarozené dítě. Tento pocit vyslovily pouze tři respondentky z celého výzkumného vzorku.

Možným faktorem je nejistota z neznámého a strach z navázání citového pouta k ještě nenarozenému dítěti. To ve své knize uvádí Dušová a Marečková (2009, s. 9).

Posledním domněnkou bylo, že výše dosaženého vzdělání nějak zásadně neovlivní potřeby hospitalizovaných respondentek. Potvrzením je hlavní téma „odloučení od rodiny“, které je napříč všemi stupni vzdělání.

Na základě získaných dat by bylo vhodné v maximální možné míře pozitivně podporovat psychiku klientek v těžké životní situaci, například prostřednictvím návštěv blízkých.

10 ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá hospitalizací žen na oddělení rizikového těhotenství. Je rozdělena do dvou hlavních částí, a to na část teoretickou a část výzkumnou.

V teoretické části byla charakterizována problematika hospitalismu. Dále byly definovány riziková gravidita, hypertenzní onemocnění v graviditě, partus praematurus, hepatopatie, placenta praevia a byla popsána péče porodní asistentky o ženy s preeklampsií, hepatopatií, placentou praevia.

Ve výzkumné části byla zjištěna míra spokojenosti klientek během hospitalizace na oddělení rizikového těhotenství. Oblast péče odborného zdravotnického personálu byla klientkami Královéhradeckého kraje hodnocena kladně. Ani jedna respondentka neshledala péči lékařů jako negativní. Poskytování informací bylo hodnoceno obdobně, až na jednu výjimku, která poukázala na variabilnost informací od lékařů. Pro celkový pohled na spokojenost klientek bylo hodnoceno i prostředí, vybavení a rozložení pokojů, včetně stravovacích možností nemocnice. I tento úhel pohledu byl hodnocen převážně pozitivně. Mezi výtky byl zahrnut chybějící televizor či nedostatečná pestrost stravy. Ze získaných dat také vyplynula větší preference dvoulůžkových a třílůžkových pokojů.

Vybrané faktory, ovlivňující hospitalizaci, byly definovány dvěma nejvýraznějšími vztahy jednotlivě získaných informací. První je zaměřen na vliv věku na změnu názorů na hospitalizaci. Zde se mi nepotvrdila domněnka, že s přibývajícím věkem se potřeba volnosti a aktivity bude měnit v potřebu kontaktu s nejbližšími. Nejčastěji uvedenou zátěží při hospitalizaci, nezávisle na věku, se stalo odloučení od rodiny, případně od partnera, doprovázené steskem a strachem o ně. Druhý významný vztah se zabýval názory na hospitalizaci v závislosti na počtu těhotenství a porodů. I zde nedošlo k potvrzení původní domněnky, která byla zaměřena na měnící se psychický stav respondentek v souvislosti s počtem těhotenství a porodů. Nebyla nalezena žádná rostoucí intenzita negativních pocitů při vyšším počtu těhotenství, než porodů. Strach o nenarozené dítě vyslovily pouze tři respondentky z celkového výzkumného vzorku. Možným faktorem je jednak nezjištěný původ předcházejících potratů, zdali se jednalo o spontánní či svévolný abort, a pak nízký počet získaných odpovědí v těžších životních situacích. Ve výzkumném šetření byla vyvrácena i domněnka o zastoupení klientek nejvyšší věkové kategorie (36 – 40 let) na oddělení rizikového těhotenství. Největší četnost byla přisouzena věkové kategorii od 31 – 35

let. Naopak byl potvrzen názor, že výše dosaženého vzdělání nějak zásadně neovlivňuje potřeby hospitalizovaných. Zásadním tématem se stalo odloučení od rodiny.

Vzhledem k získaným výsledkům by bylo dobré nadále podporovat současný směr péče a poskytovaných služeb, pracovat na jejích dalších možnostech zlepšení a v maximální možné míře pozitivně podporovat psychiku klientek v těžké životní situaci. Dále práce může být velkým přínosem, zejména v inspiraci pro budoucí profesi porodní asistentky.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

LITERÁRNÍ ZDROJE

1. BINDER, Tomáš a kolektiv. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2011. ISBN 978-80-246-1907-1.
2. BOREJOVÁ, Kateřina. *Těhotenství den za dnem*. 1. vyd. Praha: Fortuna Libri, 2008. ISBN 978-80-7321-439-5.
3. DOLEŽAL, Antonín a kolektiv. *Porodnické operace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-0881-2.
4. DUŠOVÁ, Bohdana a Jana MAREČKOVÁ. *Úvod k péči porodní asistentky o ženu s patologickým a rizikovým těhotenstvím*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2009. ISBN 978-80-7368-611-6.
5. HÁJEK, Zdeněk a kolektiv. *Porodnictví*. 3. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.
6. HRONEK, Miloslav a Hana BAREŠOVÁ. *Strava těhotných a kojících*. 1. vyd. Praha: Univerzita Pardubice, 2012. ISBN 978-80-87250-20-4.
7. KLADIVO, Petr. *Základy statistiky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3841-2.
8. KOUCKÝ, Michal, Jan SMÍŠEK a kolektiv. *Spontánní předčasný porod*. 1. vyd. Maxdorf, 2014. ISBN 978-80-7345-416-6.
9. KUDELA, Milan a kolektiv. *Základy gynekologie a porodnictví pro posluchače lékařské fakulty*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. ISBN 978-80-244-1975-6.
10. PAŘÍZEK, Antonín a kolektiv. *Kritické stavy v porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-949-7.
11. ROZTOČIL, Aleš a kolektiv. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1941-2.
12. SLEZÁKOVÁ, Lenka a kolektiv. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3373-9.

13. MIKULANDOVÁ, Magdaléna. *Těhotenství, porod a šestinedělí*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2007. ISBN 978-80-251-1470-4.
14. TEUSEN, Gertrud a Iris Goze HÄNEL. *Prenatální komunikace*. 2. vyd. Praha: Portal, 2015. ISBN 978-80-262-0970-6.
15. VACHEK, Jan a kolektiv. *Farmakoterapie v těhotenství a při porodu*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2016. ISBN 978-80-7345-497-5.
16. VAŠUT, Karel a kolektiv. *Léčiva v těhotenství*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2007. ISBN 978-80-251-1452-0.
17. VLK, Radovan, Martin PROCHÁZKA, Alena MĚCHUROVÁ, Ondřej ŠIMETKA a Petr JANKŮ. *Preeklampsie*. Praha: Maxford, 2015. ISBN 978-80-7345-460-9.

ELEKTRONICKÉ ZDROJE

1. CÍFKOVÁ, Renata. *Léčba hypertenze v těhotenství*. Remedia [online]. 2007. [cit. 18. 2. 2017]. Dostupné z: <http://www.remedia.cz/Archiv-rocniku/Rocnik-2007/3-2007/Lecba-hypertenze-v-tehotenstvi/e-9p-9X-hO.magarticle.aspx>
2. HEALTHCAR INSTITUTE. *Šetření spokojenosti hospitalizovaných pacientů*. [online]. 2016. [cit. 12. 4. 2017]. Dostupné z: <https://www.fnhk.cz/pacient-a-jeho-blizci/hodnoceni-pece/hodnoceni-spokojenosti-pacientu>
3. HRČKOVÁ, Yvona a Hana, ŠAPARATKOVÁ. *Hypertenze v těhotenství*. Interní medicína pro praxi [online]. 2013. [cit. 18. 2. 2017]. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2013/05/05.pdf>
4. KOTEROVÁ, Kateřina. *Předčasný porod. Ústav pro péči o matku a dítě*. [online]. 2008. [cit. 6. 3. 2017]. Dostupné z: <https://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2008-15/?pdf=11>
5. MIKŠOVÁ, Leona a Bohumila MAJERČÍKOVÁ. *Hypertenze v těhotenství*. Interní medicína pro praxi [online]. 2011. [cit. 18. 2. 2017]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2011/01/12.pdf>

6. NEMPK. *Celkové hodnocení porodnice*. [online]. 2015. [cit. 18. 4. 2017]. Dostupné z: http://www.nempk.cz/sites/default/files/nemocnice-pardubice/hodnoceni_spokojenosti_pacientu_zari_2015_v3.pdf
7. NEMTR. *Spokojenost pacientů s péčí*. [online]. 2016. [cit. 18. 4. 2017]. Dostupné z: <http://www.nemtru.cz/kvalitu-poskytovane-pece-muzeme-zlepsovat-diky-zpetne-vazbe-od-pacientu>
8. STRNADOVÁ, Eva. *Pacient a nemocniční prostředí*. [online]. 2011. [cit. 29. 3. 2017]. Dostupné z: <file:///C:/Users/admin/Downloads/hospitalismus.pdf>
9. SZOTKOWSKÁ, Jana. *Hospitalismus, syndrom hospitalismu*. [online]. 2016. [cit. 16. 2. 2017]. Dostupné z: <http://www.priznaky-projevy.cz/psychiatrie-sexuologie/hospitalismus-syndrom-hospitalismu-priznaky-projevy-symptomy>
10. TRUNEČKA, Pavel. *Hepatopatie v těhotenství*. [online]. 2016. [cit. 6. 3. 2017]. Dostupné z: http://lekari.porodnice.cz/ici_files/kriticke-stavy/prednasky_final_2010/12_Hepatopatie_v_tehotenstvi_Trunecka.pdf
11. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Rodička a novorozenec*. [online]. 2013. [cit. 29. 3. 2017]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/rodicka-novorozenec>
12. VAVŘINKOVÁ, Blanka. *Předčasný porod. Aktuální gynekologie a porodnictví*. [online]. 2009. [cit. 6. 3. 2017]. Dostupné z: http://www.actualgyn.com/pdf/en_2009_13.pdf
13. GYNSTART. *Definice porod – potrat dle MZCR*. [online]. 2012. [cit. 13. 4. 2017]. Dostupné z: <https://www.gynstart.cz/messages.php?sid=625>

PŘÍLOHY

Příloha A: Dotazník	60
---------------------------	----

Příloha A: Dotazník

Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Denisa Jašková a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního oboru Porodní asistentka na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Téma mé bakalářské práce se zabývá Hospitalizací žen na oddělení rizikového těhotenství. Touto cestou, bych Vás chtěla poprosit o spolupráci a anonymní vyplnění dotazníku. Vámi vyplněný dotazník mi poslouží k vyhodnocení dat a vypracování závěrečné bakalářské práce.

Vybranou odpověď prosím zakroužkujte, případně doplňte dle instrukcí
Předem Vám děkuji za Vaši ochotu a spolupráci.

Dne 15. 12. 2016

studentka Denisa Jašková

1. Kolik je Vám let? Prosím vypište.

.....

2. Vaše dosažené nejvyšší vzdělání?

- a) základní
- b) střední odborné učiliště
- c) střední s maturitou
- d) vyšší odborné vzdělání
- e) vysokoškolské vzdělání

3. Pokolikáté jste těhotná?

- a) poprvé
- b) podruhé
- c) potřetí
- d) počtvrté a více

4. Pokolikáté budete rodit?

- a) poprvé
- b) podruhé
- c) potřetí
- d) počtvrté a více

5. Pokud jste již rodila, v jakém roce proběhl poslední porod. Prosím vypište.

.....

6. Víte, z jakého důvodu jste hospitalizovaná? Prosím vypište.

.....

7. Jak se cítíte v nemocničním prostředí? (Vámi vybranou odpověď prosím zakroužkujte. Pokud jste zakroužkovala odpověď d), e), prosím o Vaše zdůvodnění).

- a) velmi dobře
- b) dobře
- c) nedokáži rozhodnout
- d) špatně
- e) velmi špatně

Prosím, napište z jakého důvodu:

8. Jste spokojená s péčí porodních asistentek v nemocničním zařízení? (Vámi vybranou odpověď prosím zakroužkujte. Pokud jste zakroužkovala odpověď d), e), prosím o Vaše zdůvodnění).

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nedokáži rozhodnout
- d) ne
- e) spíše ne

Prosím, napište z jakého důvodu:

9. Jste spokojená s péčí lékařů v nemocničním zařízení? (Vámi vybranou odpověď prosím zakroužkujte. Pokud jste zakroužkovala odpověď d), e), prosím o Vaše zdůvodnění).

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nedokáži rozhodnout
- d) ne
- e) spíše ne

Prosím, napište z jakého důvodu:

10. Zdají se Vám poskytované informace od lékařů o Vašem zdravotním stavu dostatečné? (Vámi vybranou odpověď prosím zakroužkujte. Pokud jste zakroužkovala d), e), prosím o Vaše zdůvodnění).

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nedokáži rozhodnout
- d) ne
- e) spíše ne

Prosím, napište z jakého důvodu:

11. Zdají se Vám poskytované informace od porodních asistentek o Vašem zdravotním stavu dostatečné? (Vámi vybranou odpověď prosím zakroužkujte. Pokud jste zakroužkovala d), e), prosím o Vaše zdůvodnění).

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nedokáži rozhodnout
- d) ne
- e) spíše ne

Prosím, napište z jakého důvodu:

12. Jste spokojena s prostředím a vybavením oddělení? (Vámi vybranou odpověď prosím zakroužkujte. Pokud jste zakroužkovala d), e), prosím o Vaše zdůvodnění).

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nedokáži rozhodnout
- d) ne
- e) spíše ne

Prosím, napište z jakého důvodu:

13. Jste spokojená se stravou v nemocničním zařízení? (Vámi vybranou odpověď prosím zakroužkujte. Pokud jste zakroužkovala d), e), prosím o Vaše zdůvodnění).

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nedokáži rozhodnout
- d) ne
- e) spíše ne

Prosím, napište z jakého důvodu:

14. Pokud byste si mohla zvolit počet žen na pokoji, kolik by jich bylo?

- a) sama
- b) jedna
- c) dvě
- d) tři a více

15. Co je pro Vás v době hospitalizace nejtěžší? Prosím vypište

.....