

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

**HOLISMUS V PORODNÍ ASISTENCI
TEORIE ŽIVOTNÍCH ZMĚN V PÉČI
O TĚHOTNOU ŽENU**

Bakalářská práce

Vypracovala: Jana Morávková
Vedoucí práce: PhDr. Alexandra Archalousová
Bc. Regina Slowik

Hradec Králové 2006

**CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ**

**HOLISM IN THE BIRTHASSISTANCY
THEORY OF LIFE CHANGES IN NURSING
FOR THE PREGNANT WOMAN**

Bachelor work

The Author: Jana Morávková
Supervisor: PhDr. Alexandra Archalousová
Bc. Regina Slowik

Hradec Králové 2006

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovávala samostatně s využitím citované odborné literatury.

V Dobrušce 21. 4. 2006

Jana Morávková

.....

Poděkování

Děkuji vedoucí bakalářské práce PhDr. Alexandře Archalousové a Bc. Regině Slowik za odborné vedení bakalářské práce, poskytnutí literatury a laskavý přístup. Dále děkuji osloveným maminkám za jejich ochotu při výzkumu. Zvláštní poděkování patří mému manželovi a dětem za jejich podporu a zájem o moji práci.

Motto:

Slovo „ošetřovat“ znamená: chovat, opatrovat, živit, kojit, hýčkat, laskat, zkrátka „pečovat“ o individuální potřeby jak zdravého, tak i nemocného člověka.

(Dagmar Mastiliaková, Úvod do ošetřovatelství, 2002)

OBSAH

ÚVOD.....	8
Cíle a hypotézy práce.....	10
I. TEORETICKÁ ČÁST	
1. UPŘESNĚNÍ POJMŮ SOUVISEJÍCÍCH S TÉMATEM	12
1.1 Pojetí ošetrovatelství.....	12
1.2 Co je porodní asistence?	12
1.3 Porod.....	12
1.3.1 Předčasný porod.....	12
1.4 Fyziologický novorozenec	12
1.5 K definici holismu	13
1.6 Definice holistického zdraví	13
2. HOLISMUS	14
2.1 Holistické nazírání na svět.....	14
2.2 Od Hippokrata k dnešku–celostní přístup k nemocnému	15
2.3 Současná koncepce holismu	16
3. HOLISTICKÉ TEORIE VZNIKU NEMOCÍ.....	17
3.1 Homeostatické teorie vzniku nemocí.....	17
3.2 Biobehaviorální teorie nemoci.....	18
3.3 Psychosociální teorie nemoci.....	18
3.3.1 Teorie životních změn	18
4. FYZIOLOGIE A PATOFYZIOLOGIE TĚHOTENSTVÍ, PORODU A NOVOROZENCE.....	21
4.1 Průběh těhotenství.....	21
4.2 Porod donošeného novorozence (v termínu)	22
4.3 Předčasný porod.....	23
4.4 Fyziologický novorozenec	24
4.5 Předčasně narozený (nezralý) novorozenec.....	24
4.6 Riziko předčasného porodu pro plod	25

5. POTŘEBY TĚHOTNÉ ŽENY Z HOLISTICKÉHO POHLEDU	26
5.1 Potřeby biologické	27
5.1.1 Ošetrovatelská diagnostika	29
5.2 Potřeby sociální.....	30
5.2.1 Ošetrovatelská diagnostika	32
5.3 Potřeby emocionální	33
5.3.1 Ošetrovatelská diagnostika	34
5.4 Potřeby kognitivní.....	35
5.4.1 Ošetrovatelská diagnostika	36
5.5 Potřeby duchovní	37
5.5.1 Ošetrovatelská diagnostika	38

II. EMPIRICKÁ ČÁST

Cíl empirické části práce.....	40
Hypotézy práce	40
6. METODIKA VÝZKUMU	41
7. CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ	42
8. VÝSLEDKY VÝZKUMU	43
8.1 Hodnocení výzkumu anamnestických údajů	43
8.2 Hodnocení výzkumu životních změn	48
9. DISKUZE.....	52
ZÁVĚR	54
Literatura	56
Seznam tabulek a seznam grafů	59

PŘÍLOHY

Příloha A	Dotazník pro matky
Příloha B	Tabulka životních změn včetně skóre jednotlivých změn
Příloha C	Životní změny uspořádané dle výskytu
Příloha D	Kasuistiky
Příloha E	Graf 9 Porovnání jednotlivých životních změn
Příloha F	Statistika z ročenky <i>Rodička a novorozenec 2004</i>

ÚVOD

Během své patnáctileté praxe na gynekologicko-porodnickém oddělení a v gynekologické ambulanci jsem zjistila, že pacienti vnímají profesi lékaře a profesi zdravotní sestry jako povolání plnící **shodnou úlohu, totiž navracet lidem zdraví**. Tedy nejen navracet lidem zdraví, ale navracet je ve shodě.

Už jako studentce střední zdravotnické školy mi vadilo, pokud se ode mne vyžadovala výhradně pouhá podřízenost lékaři ve smyslu nepřispět ničím vlastním. Vlastním – při respektování pokynů lékaře a plnění všech „oficiálních“ povinností.

Sesterská profese v sobě zahrnuje jak přístup odborný – ošetrovatelský a pečovatelský –, tak přístup lidský. Proto mě zaujal a stal se mi blízký holistický přístup k pacientům. Teprve během současného studia jsem plně pochopila, jak výrazně se profese zdravotní sestry liší od profese lékaře. Z lidského hlediska sestra „své“ pacienty zpravidla zná daleko více než lékař a má možnost jim při častějším kontaktu lépe naslouchat, pochopit řadu jejich starostí, být jejich průvodcem, někdy dokonce přítelem ve zdraví i nemoci. Svou roli hraje i skutečnost, že pacienti bývají před „sestřičkou“ uvolněnější. Jak kvůli respekt budící lékařské profesi, tak například proto, že sestra nebývá případným nositelem „špatných zpráv“. Zdravotní sestra je v jejich očích jak odborným pracovníkem, tak tím člověkem, který je může povzbudit při vstupu do ordinace. Tím, kdo s nimi po odchodu z ordinace může sdílet uspokojení z dobrého zdravotního stavu nebo kdo je naopak oním prvním „narázníkem“ jejich strachu, tím prvním informovaným-nelékařem.

Součástí profesionálního působení zdravotní sestry je *vyhledávání a uspokojování potřeb* pacientů. Stává se však, že potřebami rozumíme pouze potřeby tělesné, ostatní bývají zapomenuty či přehlédnuty. I pacient, který je po tělesné stránce zabezpečen a cítí se zabezpečen, může strádat po stránce psychické, citové či duchovní.

Informace o jednotlivých potřebách dostupné jsou, nenašla jsem však v literatuře žádné o celostním (holistickém) přístupu k těhotné ženě. Neboť chceme-li ženu plně pochopit, není možné vnímat její potřeby jednotlivě. Pouze celostní chápání člověka nám může pomoci k jeho plnému pochopení, a tedy i možnosti být mu oporou ve zdraví a nemoci.

Celou svou dosavadní praxi jsem byla nakloněna psychologickému přístupu k pacientům, ale teprve se studiem bakalářského studijního oboru jsem pochopila důležitost holistických

přístupů. Zaujala mě zejména *holistická teorie životních změn*, se kterou jsem se během studia ošetrovatelství seznámila.

K tématu bakalářské práce mě stejnou měrou přivedly „životní příběhy“ našich patientek. Pokud existují výzkumy, které potvrzují vztah mezi častými *životními změnami* a onemocněním kardiovaskulárního aparátu či nádorovým onemocněním, není pravděpodobné, že existuje i souvislost mezi životními změnami a předčasným porodem? V dostupné odborné literatuře jsem však o této problematice nenašla žádné informace. Proto jsem se rozhodla věnovat jí empirickou část bakalářské práce.

Cíle a hypotézy práce

CÍL TEORETICKÉ ČÁSTI

Cílem teoretické části je:

1. definovat termín holismus;
2. vysvětlit současné holistické přístupy v péči o zdraví;
3. stručně popsat průběh těhotenství;
4. stručně popsat rozdíl mezi porodem fyziologickým a porodem předčasným;
5. popsat rizika předčasného porodu pro nezralého novorozence;
6. vymezit jednotlivé skupiny potřeb těhotné ženy z holistického pohledu;
7. naznačit možnosti ošetrovatelské diagnostiky.

CÍL EMPIRICKÉ ČÁSTI

Cílem empirické části je:

1. zjistit skóre životních změn u pacientek, které předčasně porodily;
2. zjistit skóre životních změn u pacientek, které porodily v termínu porodu;
3. zkoumané skupiny porovnat;
4. zjistit, zda existuje souvislost mezi množstvím životních změn a předčasným porodem;
5. zjistit, zda existuje souvislost mezi skóre životních změn a předčasným porodem;
6. zjistit častost životních změn;
7. zjistit anamnestické údaje žen a případnou souvislost s předčasnými porody.

HYPOTÉZY PRÁCE

1. U matek, které porodily předčasně, je průměrné skóre životních změn vyšší.
2. U matek, které porodily předčasně, je počet (množství) životních změn vyšší než u matek, které porodily v termínu porodu.
3. Ve skupině matek, které porodily předčasně, je vyšší procento těch, které mají vysoké skóre životních změn.
4. Věk rodičky má vliv na častost předčasných porodů.
5. Dosažené vzdělání nemá vliv na častost předčasných porodů.
6. Rodinný stav (vdaná, rozvedená, svobodná, vdova) nemá vliv na častost předčasných porodů.
7. Počet porodů nemá vliv na častost předčasných porodů.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. UPŘESNĚNÍ POJMŮ SOUVISEJÍCÍCH S TÉMATEM

1.1 POJETÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

Tak jako se po staletí vyvíjí ošetrovatelství, vyvíjí se i představa o jeho působnosti, vyvíjí se pojetí ošetrovatelství, definování. A to vše z různých úhlů nazírání.

Již před 100 lety britská sestra Florence Nightingaleová definovala ošetrovatelství jako *činnost využívající prostředí pacienta na pomoc v jeho uzdravení* [1, s. 3].

Kozierová a kol. uvádějí v úvodu své komplexně pojaté publikace, že Kanadské sdružení sester v roce 1984 zveřejnilo definici, která slouží jako odborná norma pro sestry v Kanadě:

Ošetrovatelství či ošetrovatelská praxe znamenají identifikaci a zpracování odpovědi na skutečný nebo potenciální zdravotní problém člověka. Zahrnují vlastní výkon péče a dohled nad úkoly a službami, jejichž cílem je – přímo nebo nepřímo – ve spolupráci s klientem/pacientem nebo osobami, jež kromě sester poskytují zdravotní péči, zlepšování zdraví, prevence chorob, úleva při utrpení, navrácení zdraví a optimální vývoj zdravotního potenciálu, který zahrnuje všechny aspekty procesu ošetrovatelství. [1, s. 3]

V rovině vědecko-teoretické je ošetrovatelství multidisciplinární obor s vlastní teoretickou základnou a její praktickou aplikací [2, s. 69].

1.2 CO JE PORODNÍ ASISTENCE?

Ve své *Koncepci porodní asistence* uvádí Kőnigsmarková, že *Porodní asistence integruje poznatky z přírodních, humanitních a společenských vědních oborů, které se zabývají studiem člověka, lidského zdraví, společnosti a prostředí.*

Je to nepřetržitá pozornost věnovaná základním lidským potřebám. Zajišťuje optimální prostředí pro zdraví a léčbu. [3]

1.3 POROD

Porod je pochod, kterým končí těhotenství a narodí se nebo vybaví z těla matky živé nebo mrtvé dítě [4, s. 219].

1.3.1 PŘEDČASNÝ POROD

Hájek [5, s. 263] definuje *předčasný porod jako ukončení těhotenství před dokončeným 37. týdnem gravidity.*

1.4 NOVOROZENEK

Klasifikace novorozence – podle gestace třídíme novorozence na:

- předčasně narozené (gestační věk pod 38. týdnů);
- narozené v termínu (gestační věk mezi 38. a 42. týdnem);
- přenášené (gestační věk nad 42 týdnů) [6, s.67].

1.5 K DEFINICI HOLISMU

Docent Pavel Hartl ve svém Psychologickém slovníku k heslu HOLISMUS uvádí: *termín J. H. Smutse (1926); zdůraznění celistvosti živého organismu, který nemůže být pochopen analýzou jednotlivých částí; celostní a hlubinná psychologie...* [7, s. 63].

Slovník cizích slov [8] je ve výkladu pojmu HOLISMUS až příliš stručný: *pojetí celistvosti nabývající nové vývojové kvality* [8, s. 135].

Akademický slovník cizích slov [9] vykládá pojem konkrétněji: *filozofický směr (zejm. biologický) zdůrazňující celostnost a pokládající celek za něco vyššího než souhrn součástí* [9, s. 294].

V encyklopedii Nové universum je výklad hesla podrobnější: *HOLISMUS – (řec. holos – úplný, celý), učení o celistvosti, základní filozofická koncepce, kde jsou všechny oblasti skutečnosti posloupností vzestupné diferenciací zákonitého celku, zákony vyšších oblastí platí ve zjednodušené formě i pro oblasti nižší. Holismus věří, že tak lze překonat jednostrannosti mechanicismu a vitalismu.* [10, s. 356]

1.6 DEFINICE HOLISTICKÉHO ZDRAVÍ

Holistické zdraví – zahrnuje celou osobu a všechny stránky jejího životního stylu – tělesnou zdatnost, primární prevenci negativních fyzických a emocionálních stavů, zvládání stresu, jímavost k prostředí, sebekoncepci a duševno. [1, s. 67]

2. HOLISMUS

Profesor MUDr. Vratislav Schreiber, DrSc., (*1924) zakládající člen Učené společnosti ČR, první nositel ceny Praemium Bohemiae a nositel medaile Za zásluhy ve své typicky barevné a vtipné předmluvě k publikaci PhDr. Jaro Křivohlavého *Psychologie nemoci* uvádí: „Lidská nemoc má složku biologickou, psychologickou a sociální a všechny tři určují průběh nemoci i postupy léčby. To je prastaré učení. Židovský středověký filozof, teolog a lékař Moše Ben Maimon (řecky Maimonides, hebrejský akronym Rambam, 1135–1204) se poté, když byla jeho rodina vyhnána ze Španělska muslimy z hnutí Almohadé, usídlil v Káhiře (r. 1165). Tam vládl Saladin. Jeho nejstarší syn Al Malik Al Afdal onemocněl melancholií, nechutenstvím, zvracením, zácpou a poruchou trávení. Maimonides, již proslulý lékař, byl povolán k jeho léčbě. Pro svého prominentního pacienta v roce 1200 sepsal nadstandardně příručku *Regimen Sanitatis – aneb o zachování mladosti* (Bloch, S.: Moses Maimonides' contribution to the biopsychosocial approach in clinical medicine, *The Lancet* 358: 829–832, 2001). Jeho návod k uzdravení Afdala se opírá o již uvedené tři složky: biologickou, psychologickou a sociální.

Maimonides se tak stal předchůdcem psychosomatické medicíny, ale i medicíny holistické: tu netřeba chápat jako odrůdu medicíny alternativní, ale jako medicínskou aplikaci holismu, jehož jednou poučkou je, že *zákony vyšších oblastí platí ve zjednodušené formě i pro oblasti nižší*. Maimonides chápal funkce lidského těla jako složitý proces zahrnující spiritualitu, vlivy přírodní (prostředí) i tělesné (physis). Zabýval se proto aspekty biologickými (dieta, pohyb, čerstvý vzduch), psychologickými (emoce, ‚radostné podněty‘, naděje, beznaděj, strach, žal) i sociálními: kdy prospívá sociální kontakt s okolím, jak se okolí může snažit nemocnému ulevit – to asi platilo jen pro takové prominenty, jako byl Afdal. Ostatně proč měli středověcí vládcí k obveselování dvorní šašky – a koho máme my?“ [11, s. 9]

2.1 HOLISTICKÉ NAZÍRÁNÍ NA SVĚT

Pojem holismus poprvé použil v roce 1926 J. H. Smuts ve své knize *Holismus a evoluce*. Vysvětluje zde neredukovatelnost celku na souhrn jednotlivých částí, tvrdí, že světem vládne celistvý „holistický“ proces.

Profesor MUDr. Jan Bělehrádek (1896–1980) popisoval holismus jako nový styl myšlení. Usiloval o právo celostního uvažování, zejména v přírodních vědách. Na rozdíl od tvrzení

přírodovědců, kteří uznávali výhradně analytický způsob vědeckého myšlení, tvrdil, že je nutné přemýšlet oběma způsoby – komplexně (holisticky) i analyticky. Za základní principy holismu považoval Bělehrádek tyto teze:

1. Veškeré jsoucno je strukturováno, každá část je zároveň celkem.
2. Celek je víc než prostý součet svých částí.
3. Při úplné analýze celku na části musíme ještě předpokládat existenci něčeho, co je mimo tyto části.
4. Části v pravém (tj. strukturovaném) celku se liší svými funkcemi vzhledem k celku i k sobě navzájem.
5. Nové hodnoty se tvoří tam, kde se části seskupují v pravý celek. Nová hodnota závisí na vnitřní povaze celku, vzniká a vyvíjí se účelně podle „plánu“.
6. Celky mají určitý stupeň „vnitřní svobody“, který vzrůstá s postavením celku (od celků anorganických přes organické k duchovním). [12]

2.2 OD HIPPOKRATA K DNEŠKU – CELOSTNÍ PŘÍSTUP K NEMOCNÉMU

V různých dobách bylo na psychiku a tělo pohlíženo buď jako na celek, nebo jako na dvě různé části. V nejstarších společnostech neexistovalo dělení na „tělo“ a „duši“. Již Hippokrates zdůrazňoval, že nemoc je problémem fyzickým i psychickým. Řekl: „Je důležitější vědět, jaký člověk nemoc má, než jaký druh nemoci člověk má.“

Holistický přístup v léčbě nemocí byl znám v babylonsko-asyrské, řecké a římské civilizaci a ve středověku. Takový přístup byl v souladu s tehdejší kulturou a myšlením.

V období renesance byla jednota těla a duše zásadně odmítnuta. Tělo bylo posuzováno odděleně a léčeno medicínsky, zatímco péče o duši se stala doménou náboženství a filozofie.

Koncem 19. století dospěli nezávisle na sobě William James a Cal Lange k závěru, že původ citů je primárně fyziologický [13, s. 22].

Významný vědec 20. století, český exulant Jan Bělehrádek chápal holismus jako *souhrn nových směrů myšlení, které bojují o právo celkovostního nazírání ve vědě vůbec, a v přírodních vědách zvláště. Proti tvrzení (především) přírodovědců, že jedinou vědeckou metodou je analýza, kdežto myšlení v celcích („komplexní“) do vědy nepatří, hájil holistické stanovisko, že člověk i ve vědě musí myslet oběma způsoby, tj. komplexně i analyticky. Předchůdce holis-*

mu viděl už v Aristotelovi, v jeho požadavku nazírat objekt jako celek. Za zakladatele novodobého holismu považoval moderní filozofy a přírodovědce J. Ch. Smutse, L. V. Bertalanffyho, J. B. S. Haldana, H. Driesche, T. Spanna a zejména C. L. Morgana s jeho „emergentním vývojem“^[1]. [12]

V současné době existuje několik holistických teorií vzniku onemocnění (homeostatická, psychosociální a biobehaviorální). Jednotlivé teorie umožňují zdravotníkům přemýšlet o aspektech vzniku onemocnění či diskomfortu člověka, ale i o dopadech těchto problémů na další život jedince. Pro současné ošetrovatelství a porodní asistenci nabízí jednotlivé teorie řadu možností, jak zkvalitnit péči o klientky/pacienty.

Domnívám se, že v České republice začalo ke změnám ve prospěch holismu docházet až v devadesátých letech 20. století. Do té doby byl klient/pacient vnímán jako někdo, kdo zdravotnickou péči odevzdaně přijímá, ale nemá právo rozhodovat o svém zdraví. Ještě dodnes se s tímto přístupem můžeme setkat u řady, zejména starších, pacientů.

Současné zdravotnictví nabízí a očekává od pacientů spoluúčast a spolurozhodování v nemoci i ve zdraví. Přístup zdravotníků se radikálně změnil. Většina z nich je vstřícná a ochotná s klientem/pacientem spolupracovat a nabízí kvalitní lékařskou i ošetrovatelskou péči. Otázkou je, zda změna přístupu zdravotnického personálu souvisí s rozvojem holismu, či spíše s rozvojem konkurenčního prostředí a likvidací neprosperujících nemocnic.

2.3 SOUČASNÁ KONCEPCE HOLISMU

Sestry se zaobírají člověkem jako celkem, úplnou holistickou bytostí, ne jako souborem částí a procesů. Termíny holistický a holismus jsou odvozené z řeckého slova, které znamená celek. ... Holistická teorie vidí všechny živé organismy jako jednotné celky v interakci, které jsou takto víc než jen součtem jejich částí. Pokud je vidíme v tomto světle, potom každá porucha jedné z jejich částí je poruchou celého systému.

Koncepce holismu aplikovaná na lidi a jejich zdraví zdůrazňuje skutečnost, že „sestry musí brát na zřetel osobu jako celek a musí se snažit pochopit současně vztah části individua ve vztahu k interakcím celku a vztah celku k jeho částem“. [1, s. 67]

^[1] Teorie vývoje, podle níž se nové stupně vývoje vynořují jako úplně nové kvality. Akademický slovník cizích slov. Praha : Academia, 1997, s. 194.

3. HOLISTICKÉ TEORIE VZNIKU NEMOCÍ

V průběhu vývoje lidstva existovala celá řada vysvětlení, proč dochází ke vzniku nemocí u člověka. Zprvu si lidé vysvětlovali nemoc jako trest za hřích, který spáchali. V některých kulturách toto vysvětlení přetrvávalo až do 18. století. S rozvojem vědy, medicíny, ale zejména s objevem Pasteurovy bakteriální teorie byl tento mýtus překonán. Dle ní je pro vznik každé infekční nemoci nutný mikroorganismus. Tato teorie byla velice podporována, zejména pro své logické a jednoznačné zákony. Infekční nemoci se dostaly pod kontrolu, lidé se dožívali vyššího věku. S prodlužující se délkou života se začaly objevovat dříve neznámé nemoci. Proto vznikl biomedicínský model, který vysvětloval nemoc jako výsledek špatné funkce určitého orgánu či ústrojí. Tento model však nebral v úvahu složky psychické.

Bakteriální teorie ani biomedicínský model nedokázaly vysvětlit vznik a vývoj celé skupiny neinfekčních chronických nemocí. Nemoci nejsou vázány pouze na určitý tělesný nedostatek. Odrážejí životní styl a chování každého člověka. V současnosti se na nemoc pohlíží v daleko širších souvislostech. Prokázaný vliv způsobu chování a životního stylu na zdraví člověka umožňuje zabývat se dalšími, daleko humánnějšími teoriemi a umožňuje chápat člověka jako celistvou bytost se svými potřebami.

Současná moderní věda se snaží zkoumat a zjišťovat, proč u některých lidí vznikají nemoci častěji. Proč se někteří dokáží daleko lépe vyrovnat se stresem? Dokáže-li se člověk lépe adaptovat na stres, ochrání ho tato schopnost před vznikem vážných onemocnění?

Odpovědi na tyto a další otázky jsou základem holistických teorií vzniku onemocnění – teorie homeostatické, psychosociální a biobehaviorální. [13, s. 36–37]

3.1 HOMEOSTATICKÉ TEORIE VZNIKU NEMOCÍ

Dle homeostatické teorie vzniku nemocí existuje rovnováha mezi fyzickou a psychickou složkou člověka. Onemocnění je potom posuzováno jako porucha této rovnováhy nebo jako zhroucení samoregulačních procesů organismu. Nejznámějšími představiteli jsou Claude Bernard, francouzský fyziolog 19. století, který jako první popsal vnitřní prostředí, dále Walter Canon, lékař žijící na počátku 20. století, jenž zavedl termín homeostáza. Na jeho základech Hans Selye, endokrinolog z první poloviny 20. století pomohl založit teorii moderního stresu. Neméně známým se stal i endokrinolog John Mason, který po znovuověření Selyových teorií popsal specifické a nespecifické reakce organismu na stres. [13, s. 39–49]

3.2 BIOBEHAVIORÁLNÍ TEORIE NEMOCI

Biobehaviorální teorie se snaží spojit způsob chování, životní styl, stres a následný vznik onemocnění. Dle Friedmana a Rosenmana, kteří zkoumali vztah chování jedinců a vznik onemocnění koronárních artérií, vznikla nová teorie dvou základních behaviorálních typů: typu A a typu B. Jedinec typu A je popisován jako agresivní, nepřátelský, pokud odpočívá, pak provinilý; naproti tomu typ B je pravým opakem typu A. Umí dobře relaxovat, pracuje přiměřeně svým možnostem. Má optimistický vztah k životu, je vyrovnaný. Kupříkladu vznik onemocnění koronárních cév je daleko vyšší u osob s převládajícím typem chování A než u osob ze druhé skupiny. [13, s. 71–73]

3.3 PSYCHOSOCIÁLNÍ TEORIE NEMOCI

Tyto teorie se pokoušejí vysvětlit vliv tělesných, psychických i sociálních vlivů na vznik nemoci. Psychiatr Herold Wolff studoval způsob života lidí a reakce lidí na stresové situace (nespokojenost v zaměstnání, v osobním životě). Dle svých výzkumů dospěl k závěru, že nadměrný stres může vést ke vzniku onemocnění. Stewart Wolf zkoumal roli mozku v udržování homeostázy a adaptaci na vnější prostředí. Na jeho výzkumy později navázal i Schwarz, který pohlíží na mozek jako na adaptivní systém zapojený do autoregulace těla. Další pokračovatel Richard Lazarus se (v 60. letech 20. stol.) zabýval se svými spolupracovníky účinku drobných denních potíží a stresů na zdravotní stav a vznik nemoci. [13, s. 50–55]

3.3.1 Teorie životních změn

Teorie životních změn patří do skupiny psychosociálních teorií. Zaujala mě však natolik, že jsem si ji vybrala pro empirickou část své práce. Proto se ji pokusím vysvětlit podrobněji. Autorem teorie je psychiatr Meyer, který v roce 1930 publikoval teorii jako součást své kasuistiky. Systematicky však teorii začal zkoumat až Thomas Holmes se svými spolupracovníky v roce 1955 v souvislosti s výskytem onemocnění kardiovaskulárního aparátu. Výzkum zahájili dotazníkovou metodou. Požádali respondenty, aby sepsali seznam svých nedávných životních změn. Z těchto dotazníků potom vytvořili „STUPNICE SOCIÁLNÍHO PŘÍZPŮSOBENÍ“. V ní použili informace od respondentů z úvodního výzkumu. Jednotlivé životní změny sestavili od nejzásadnějších (úmrť manžela, manželky) až po nejméně závažné (dovolená, Vánoce). Jednotlivé životní události obodovali dle závažnosti změny. Přesné znění všech zkoumaných životních událostí i s bodovým ohodnocením uvádím v následující tabulce. [13, s. 56–61]

Tab. 1 Stupnice sociálního přizpůsobení (The Social Readjustment Rating Scale)^[2]

Jednotky životních změn	Hlavní události v průběhu posledních 12 měsíců
100	úmrtí manžela/manželky
73	rozvod
65	odloučení manželů
63	pobyt ve vězení
63	úmrtí blízkého člena rodiny
53	vlastní úraz nebo nemoc
50	svatba
47	propuštění z práce
45	smíření manželů
44	změny ve způsobu zdravotního chování člena rodiny
40	těhotenství
39	sexuální potíže
39	získání nového člena rodiny
39	náprava obchodních záležitostí
38	změna finančních podmínek
37	úmrtí blízkého přítele
36	změna práce (do jiného odvětví)
35	změna v počtu hádek s manželem/manželkou
31	úvěr či splátky přesahující 10 000 dolarů
30	zabavení majetku pro nezaplacené splátky nebo úvěr
29	změna odpovědnosti v práci
29	syn nebo dcera opouští domov
29	potíže s tchánem nebo tchýní
28	vynikající osobní výsledky
26	manžel (manželka) začal pracovat nebo ukončil práci
25	změna životních podmínek
24	změna osobních návyků
23	potíže se šéfem
20	změna pracovní doby nebo podmínek
20	změna bydliště
20	změna školy
19	změna v rekreačních aktivitách
19	změna v církevních aktivitách
18	změna ve společenských aktivitách
17	splátky nebo úvěr menší než 10 000 dolarů
16	změna spánkových návyků
15	změna počtu rodinných setkání
15	změna stravovacích návyků
13	prázdniny/dovolená
12	Vánoce
11	malé porušení zákona

^[2] Převzato z Holmes, T. H., and Rahe, R. H.: The Social Readjustment Rating Scale. Journal of Psychosomatic Research, 1967, 11, p. 214.

Pokud si tabulku prostudujeme, zjistíme, že uváděné **změny** jsou **záporné i kladné**. Dle Holmesovy teorie [13] totiž dochází k porušení vnitřní rovnováhy stejně při kladných, jako i záporných změnách. Pro naše tělo je i kladná změna stresovou situací.

Změny, které způsobují vznik onemocnění a které jsou založené na skóre životních změn, seřadil Holmes takto:

Tab. 2 Vztah mezi skóre životních změn a rizikem vzniku onemocnění

Skóre životních změn	Riziko vzniku onemocnění
1–149	žádné významné životní změny
150–199	mírné životní změny (33% riziko vzniku onemocnění)
200–299	střední životní změny (50% riziko vzniku onemocnění)
300 a více	velké životní změny (80% riziko vzniku onemocnění)

Vliv životních změn na zdraví či nemoc zmiňuje i Křivohlavý [11, s. 124–125], když ve stati *Vliv stresu na objevení rakoviny* píše: *Jaká je odpověď na dotazy o vztahu mezi stresem a rakovinou? Odpověď na tuto otázku hledala dvojice psychologů – Cooper a Faragher (1993) – v tzv. poloprospektivním (quasi-prospective) výzkumu. Zaměřili se na ženy, které po biopsii přicházely na kliniku, aby se dozvěděly výsledek histologického vyšetření odebraných vzorků tkáně, tedy zda v jejich případě jde, nebo nejde o rakovinu prsu. ... U všech čtyř skupin se zjišťoval výskyt těžkých životních situací v průběhu posledního roku. Výsledky ukázaly, že existence těžkých životních situací (např. ovdovění) v době rok před vyšetřením je rizikovým faktorem nejen objevení výrazného stresového stavu, ale i rakoviny.*

Více k teorii životních změn viz Mastiliaková, D.: *Holistické přístupy v péči o zdraví*, 1999, s. 56–65.

4. FYZIOLOGIE A PATOFYZIOLOGIE TĚHOTENSTVÍ, PORODU A NOVOROZENCE

V předchozím textu jsou uvedeny jednotlivé holistické přístupy včetně teorie životních změn. Následující kapitola se zabývá potřebami ženy v graviditě. Aby byl pohled na tuto problematiku celistvý, je nutné se zmínit i o průběhu těhotenství a porodu z lékařského hlediska.

4.1 PRŮBĚH TĚHOTENSTVÍ

Těhotenství začíná oplozením zdravého vajíčka ženy jedinou spermií. Po splynutí zárodečných buněk nastává fáze rýhování, tedy buněčného dělení, a transportu do dělohy. Během tohoto transportu prochází oplozené vajíčko fázemi moruly, blastuly a blastocysty, která se kolem 9. dne v děloze uhnízdí. V šestém týdnu od početí je embryo dlouhé přibližně 5 mm, tvoří se základ trupu, končetin a nervové trubice. V osmém týdnu dosahuje délky 40 mm, je vytvořena poměrně velká hlava s malým obličejem, dále břicho se základy střevních kliček; jsou založeny končetiny. Na konci dvanáctého týdne je embryo dlouhé 90 mm, jsou vytvořeny horní i dolní končetiny včetně prstů. V této fázi vývoje je již diferencováno pohlaví. Po ukončení dvanáctého týdne hovoříme o plodu (fétus). Hmotnost plodu se zvyšuje celou dobu gravidity, váhový přírůstek však není plynulý. Novorozenec narozený po 38. týdnu gravidity se označuje jako donošený. Jeho hmotnost je přibližně 3300 g, délka 48–50 cm. [4]

Během těhotenství prochází změnami i celý organismus ženy. Pontůch uvádí, že *podstatou těhotenských změn je adaptace na těhotenství, příprava na porod a výživa dítěte*. [4, s. 203] Pokud bychom si změny mateřského organismu v těhotenství rozdělili na fyziologické a psychické, k fyziologickým změnám můžeme přiřadit následující tři skupiny změn.

- 1. Změny na mléčné žláze:** Od počátku těhotenství rostou mlékovody, začíná se ukládat tuk, postupně se zvětšuje mléčná žláza a bradavky. Ve třetím trimestru se začíná vytvářet kolostrum (mlezivo).
- 2. Změny na rodidlech:** Dochází ke změnám na zevních i vnitřních rodidlech. Tkáň rodidel hypertrofují a prosakují. Nejvýraznější jsou změny dělohy, která se dvacetkrát zvětší (z 50 g na 1000 g), svůj tvar změní z hruškovitého na kulovitý. Vejcovody se mírně prodlužují, snižuje se jejich peristaltika. Ve vaječnicích ustává dozrávání dalších folikulů, zvětšují se.

3. Změny ostatních orgánů: V kardiovaskulárním systému hypertrofuje myokard, zvětšuje se objem srdce. Může vznikat ortostatický kolaps z důvodu snížení systolického tlaku krve a zvýšení diastolického tlaku. V pokročilé graviditě se objevuje syndrom dolní duté žíly. Leží-li těhotná žena v poloze na zádech, tlačí zvětšená děloha na dolní dutou žílu, čímž dochází ke snížení systolického tlaku a následnému kolapsu. V dolních končetinách se zvyšuje žilní tlak. Následkem může být vznik varixů na vulvě, pochvě, v okolí konečníku a na dolních končetinách. Protože je v těhotenství třeba zvýšeného množství krve, množství plazmatické složky se zvyšuje, čímž dochází k relativnímu poklesu hemoglobinu, erytrocytů a hematokritu. Ve třetím trimestru se zmenšuje obsah hrudní dutiny, kapacita plic se zmenšuje, a proto těhotná žena ztíženě dýchá. Díky velké kompenzační schopnosti jater nedochází většinou k poruše jejich funkce, přestože je metabolismus více zatížen. Ledvinami protéká zvýšené množství krve, zvyšuje se propustnost glukózy, a proto část těhotných žen trpí těhotenskou glykosurií. Rostoucí děloha utlačuje močový měchýř, proto těhotná žena (zvláště ve třetím trimestru) často močí malé množství moči. Kůže se napíná, na přední stěně břicha, bedrech a prsech mohou vznikat strie. Na tvářích, na prsních bradavkách, vulvě a v okolí pupku se ukládá zvýšené množství pigmentu. Velký nápor na pohybový aparát je dán zvyšováním hmotnosti ženy.

Změny v psychice ženy jsou zcela individuální, záleží na psychosociálním stavu a situaci ženy. V každém případě je těhotenství velkým zásahem do jejího duševního života. Patrné jsou časté změny nálad, přecitlivělost.

4.2 POROD DONOŠENÉHO NOVOROZENCE (V TERMÍNU)

Porod je pochod, při kterém se narodí nebo je z těla matky vybaveno dítě. Za porod v termínu považujeme porod donošeného plodu po ukončeném 37. týdnu gravidity. Spontánní fyziologický porod má čtyři doby porodní.

V první době porodní dochází k otevírání branky děložní – tuto fázi nazýváme dobou otevírací. Začíná pravidelnými děložními kontrakcemi, které působí na rozšiřování dolního děložního segmentu. Končí zánikem děložní branky.

V druhé době porodní dochází k vypuzení plodu z těla matky – mluvíme o fázi vypuzovací. Vlivem silných děložních kontrakcí a vydatného použití břišního lisu při tlačení rodičky dochází k postupnému porodu hlavičky, ramének, trupu a dolních končetin plodu. Vypuzením plodu končí druhá doba porodní.

Ve třetí době porodní dochází k odloučení a vypuzení placenty z dělohy rodičky – hovoříme o době placentární či k lůžku. Po porození dítěte se objevují další, zpravidla slabší kontrakce děložní svaloviny. Žena je však díky štěstí z porozeného dítěte téměř nevnímá. Dochází k odloučení placenty od stěny děložní a následnému vypuzení za použití břišního lisu rodičky. Porozením placenty končí třetí doba porodní.

Čtvrtá doba trvá dvě hodiny – označuje se jako časná doba poporodní. Žena je více ohrožena ranými poporodními komplikacemi, proto zůstává po tuto dobu ještě na porodním sále a je pravidelně sledována porodní asistentkou. Po zmíněných dvou hodinách je porod ukončen a žena přestěhována na oddělení šestinedělí.

Porod trvá déle u prvorodiček než u vícerodiček. Délku porodu ovlivňuje i věk ženy. Starší rodičky mají méně poddajné měkké cesty porodní, což vede k prodloužení délky porodu. U prvorodiček trvá I. doba porodní většinou 6–12 hodin, II. doba pak asi 30–50 minut. U druhorodiček je celý porod kratší, I. doba porodní trvá zhruba 3–6 hodin, II. doba 15–30 minut.

4.3 PŘEDČASNÝ POROD

Jako předčasný porod označujeme porod živého dítěte narozeného mezi 24. a 37. týdnem těhotenství vážícího více než 500 g, dále porození mrtvého plodu mezi 29. a 37. týdnem těhotenství vážícího více než 1000 g. Předčasný porod je závažný problém zejména porodnický a pediatrický. K předčasným porodům dochází z několika příčin.

Pro lepší pochopení je můžeme rozdělit na příčiny ze strany matky, kam patří celková onemocnění, zejména infekčního původu, dále onemocnění orgánová a vrozené vývojové vady pohlavních orgánů. V neposlední řadě mohou být důvodem předčasného porodu ze strany matky tělesná a psychická traumata.

Mezi příčiny ze strany plodu patří vícečetná těhotenství, předčasně odteklá plodová voda a patologická funkce placenty.

Často dochází ke kombinaci příčin ze strany matky i plodu.

Stejně jako porod v termínu má i předčasný porod čtyři doby – otevírací, vypuzovací, placentární a časnou poporodní. První doba porodní bývá většinou prodloužena kvůli slabým děložním kontrakcím. Druhá doba trvá normálně dlouho, může být i kratší. Delší bývá pouze u porodu koncem pánevním. Třetí doba porodní nebývá při správném medikamentózním vedení komplikovaná.

4.4 FYZIOLOGICKÝ NOVOROZENEC

Donošený novorozenec má průměrnou hmotnost 3300–3500 g a délku 50–51 cm. Kůže donošeného dítěte je jemná, pokrytá mázkem. Na zádech, ramenou a šíji můžeme pozorovat jemné chmýří – lanugo. Nehty novorozence dosahují konečků prstů, mohou je i přesahovat. Svaly dítěte bývají dobře vyvinuté, stejně jako svalový tonus.

Hlava tvoří až jednu čtvrtinu délky dítěte, přičemž mozková část je výraznější než obličejová. Může mít různý tvar. Ten je ovlivněn polohou při porodu. Tvar hlavy mění i porodní nádor způsobený otlacením a prosáknutím měkkých částí hlavičky při porodu. Mizí zpravidla během několika málo dnů. Krk má novorozenec krátký, nevýrazný. Hrudník novorozence je klenutý, souměrný. Počet dechů v prvních hodinách kolísá. V průměru naměříme 40–45 dechů za minutu. Stejně tak i srdeční činnost je rychlejší, její frekvence bývá mezi 130–140 tepů za minutu. Břicho bývá větší, protože ještě není vyvinuta pánev dítěte. Uprostřed břicha uvidíme pupečník, který při správném ošetřování rychle zasychá a odpadá kolem 5. dne.

První stolička – smolka – mívá černou dehtovitou konzistenci. Vzhled mění podle druhu další stravy dítěte. Kojené děti mívají stolici žlutou, vlhkou, připomínající smažená vejčička. Stolice dětí živěných uměle je hustší, tmavší.

Pro novorozence je charakteristická poloha s horními končetinami ohnutými v loktech a sevřenými pěstičkami. Dolní končetiny bývají abduktovány v kyčlích, skrčené v kolínkách. Pohyby dítěte jsou komplexní a nekoordinované. Většinu dne i noci dítě prospí.

4.5 PŘEDČASNĚ NAROZENÝ (NEZRALÝ) NOVOROZENEC

Jako nezralý novorozenec je označován ten, jehož gestační věk je nižší než 259 dnů. Podle hmotnosti dělíme nedonošené děti do čtyř skupin:

1. skupina – novorozenci do 1000 g;
2. skupina – novorozenci od 1001 g do 1500 g;
3. skupina – novorozenci od 1501 g do 2000 g;
4. skupina – novorozenci od 2001 g do 2500 g.

Nedonošené děti jsou daleko více ohroženy komplikacemi během prvních dnů novorozenckého období. Pravděpodobnost přežití a života bez dalších komplikací je úměrná porodní hmotnosti a gestačnímu věku.

Odlišnost nezralého novorozence není však pouze v jeho hmotnosti a délce, ale zejména v morfologických a funkčních změnách.

Kůže nezralého novorozence je lesklá, rudá, s chmýřím, bez mázku a bez podkožního tuku. Chrupavky ušních boltců jsou měkké, nehty nedosahují konečků prstů. Hrudník je menší, přes chabou břišní stěnu je patrná peristaltika střev. Úpon pupečníku je blíže ke sponě stydké. Pro nezralost svědčí i nevyvinuté pohlavní orgány. Chlapci mívají nesestouplá varlata, u děvčat velké stydké pysky nepřekrývají malé.

Z morfologických změn je v popředí nezralost mozku, a tedy i nedostatečné řízení činnosti dalších orgánů. Termoregulace nezralého novorozence není vyvinuta. Dítě se lehce podchladí či přehřeje.

Sací ani polykací reflex není rovněž dostatečně vyvinut. Dýchání dítěte je mělké a rychlé. Nedostatečná je i činnost jater, proto u dítěte přetrvává delší dobu ikterus, a činnost ledvin, proto můžeme pozorovat častější vznik otoků.[6]

4.6 RIZIKO PŘEDČASNÉHO PORODU PRO PLOD

U nedonošených dětí je v prvních letech života častější výskyt apnoických pauz a syndromu náhlého úmrtí kojence. Častější bývají i respirační infekce (bronchitida, otitida, pneumonie). Rovněž můžeme pozorovat častější výskyt gastroenteritid, běžnější u nedonošených dětí bývá obtížné vyprazdňování stolice, dále gastroezofageální reflux, inguinální a umbilikální kýly. K možným komplikacím nedonošenosti patří poruchy růstu. Častější bývají anemie. Mezi nejzávažnější komplikace však patří chronické postižení centrálního nervového systému a smyslových orgánů. Postižení CNS se může projevit jako dětská mozková obrna či lehká mozková dysfunkce. Časté bývá postižení zraku (retinopatie) a sluchu. Zvláštní skupinu onemocnění tvoří vrozené vývojové vady srdce a křeče. [6, s. 86–87]

Prognóza nedonošených dětí je v individuálních případech obtížná, obecně dnes ve váhové skupině nad 1500 g obvykle příznivá, ve váhové skupině pod 1000 g je asi 20% riziko těžkého handicapu. Rovněž riziko náhlého úmrtí v kojeneckém věku je oproti donošeným několikanásobně vyšší. [6, s. 87]

5. POTŘEBY TĚHOTNÉ ŽENY Z HOLISTICKÉHO POHLEDU

Na základě předchozích informací, dále informací získaných během bakalářského studia a na základě dosavadní praxe jsem se pokusila sestavit přehled potřeb těhotné ženy z celostního pohledu.

Chceme-li se zabývat holistickou péčí o ženu, je nutné a samozřejmé, že základem této péče je a musí být uspokojování potřeb každé klientky/pacientky. Potřebu můžeme popsat jako stav nedostatku či nadbytku něčeho, přičemž zdravá žena by měla sama nebo s pomocí dokázat své potřeby identifikovat a uspokojovat.[14] Pro komplexní holistickou péči je nutné znát potřeby ženy, pomáhat je ženě rozpoznat a uspokojovat.

Dřívější přístup, kdy žena byla pouze objektem lékařské péče a neměla možnost jakýmkoliv způsobem zasahovat, případně o sobě spolurozhodovat, je v moderním ošetřovatelství a porodní asistenci již překonaný. V současnosti by měla být žena právě tím, kdo se aktivně podílí na péči o své zdraví.

Podíváme-li se na pojem *potřeba* blíže, je nám jasné, že se nejedná výhradně o potřebu tělesnou, ale i o potřeby společenské, emocionální, kognitivní a v neposlední řadě duchovní.

Během období těhotenství a mateřství dochází k obrovskému množství změn v životě ženy i celé rodiny, a tedy i ke změnám potřeb v celém období. Potřeby se mění, vznikají a zanikají. Některé potřeby vznikají už s počátkem těhotenství, jiné se objevují až v průběhu tohoto období. Proto je nutné znát fyziologii i patofyziologii průběhu těhotenství, a tím lépe pochopit ženu a její potřeby. Je nutné si uvědomit, že každá žena prožívá své těhotenství jinak, a tedy i její potřeby budou jiné. Potřeby, které budou aktuální u jedné ženy, se u druhé vůbec nemusí objevit.

Zkusme se nyní zamyslet nad potřebami ženy a jejich změnami během gravidity. Z pohledu holistického lze potřeby rozdělit do pěti skupin [14]:

1. potřeby biologické
2. potřeby sociální
3. potřeby emocionální
4. potřeby kognitivní
5. potřeby duchovní.

5.1 POTŘEBY BIOLOGICKÉ

Mezi potřeby biologické patří všechny primární potřeby, tedy potřeby, které jsou nutné k samostatné existenci. Pokud si uvědomíme, jak se mění organismus ženy v průběhu gravidity, musí nám být jasné, že právě tělesné změny mohou ženě velice nepříjemnit těhotenství.

1. Potřeba přijímání potravy – mění se již od samého začátku; zejména v 1. trimestru může žena pociťovat nechutenství, nevolnost, zvracení související s hormonálními a fyziologickými změnami. K další výraznější změně dochází v závěru těhotenství, příčinou je zvětšující se děloha, která utlačuje žaludek.
2. Potřeba přijímání tekutin – většinou se stává aktuální v 3. trimestru, kdy je ženě doporučeno snížit příjem tekutin na 1–1,5 litru jako prevence tvoření otoků. U žen, které jsou zvyklé přijímat více tekutin, dochází k rozporu mezi potřebou a doporučením lékaře.
3. Potřeba vylučování stolice – v 1. trimestru dochází často k obstipaci kvůli hormonálním změnám, v závěru těhotenství dochází k obstipaci související s útlakem střev rostoucí dělohou. V některých případech postačí úprava životosprávy, jindy se jedná o problém, který se i s pomocí medikamentů řeší obtížně.
4. Potřeba vylučování moči – je výrazně změněná ve 3. trimestru, kdy děloha tlačí na močový měchýř a nutí ženu močit často malé množství moči. Žena je omezena i ve společenském životě, neboť kvůli častému močení nemůže na delší dobu např. opustit domov. Je třeba podotknout, že u této potřeby je nutné vyloučit možnou záměnu s infekcí močových cest, která se může objevit i v graviditě.
5. Potřeba spánku – ke konci gravidity dochází k deficitu, který je způsoben rostoucím břichem a zhoršenou pohyblivostí ženy. Ta se často budí během noci při každém otočení či překulení. Je vhodné ženu edukovat o vhodné poloze, resp. o podložení tížícího břicha polštářem či jinou podložkou.
6. Potřeba přirozeného pohybu – nemusí být vůbec ovlivněna u žen, jejichž těhotenství probíhá fyziologicky. V rizikovém těhotenství může docházet k významnému deficitu potřeby pohybu, a to hlavně u žen, kterým je delší dobu doporučen klidový režim. Neuspokojená potřeba dostatečně se pohybovat může mít velký vliv i na psychiku ženy.

Biologické potřeby – kasuistika:

Paní H. N., primigravida, 27 let, 8. týden těhotenství, vdaná.

Přišla do prenatální poradny, byla nešťastná, unavená, vypadala zoufale. Po změření TK, moči a zvážení se klientka/pacientka svěřila, že nemůže jíst, zvrací, má problém ráno vstát a odejít do zaměstnání. Není schopná pracovat, i během pracovní doby zvrací, není jí dobře. Doma, kde žije společně s manželem a jeho rodiči, ji tchýně neustále nutí jíst. Tchýně své chování odůvodňuje tím, že „...pokud nebude pořádně jíst, nebude její miminko dobře prospívat, nebo dokonce o dítě přijde“. Žena se po sdělení svého problému v ordinaci rozplakala.

Společně jsme celou situaci probrali, nabídli jsme ženě po konzultaci s lékařem pracovní neschopnost, vysvětlili, jak se stravovat (malé porce, studená jídla, nápoje, ovocné, zeleninové saláty), dále jsme nabídli přípravky s obsahem zázvoru (lízátka, tablety...), které pomáhají při tlumení nevolností a jsou volně prodejné v lékárnách. Žena se – po následném vyšetření lékařem a ujištění, že těhotenství probíhá normálně – ještě v ordinaci uklidnila a odcházela celkem spokojená. Na další kontrolu již přišla vyrovnaná, oznámila, že nevolnosti téměř ustoupily a že svůj stav nyní zvládá bez většího fyzického a psychického vypětí.

5.1.1 OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNOSTIKA

V ošetrovatelské praxi není možné neuspokojenou potřebu pouze zjistit či vyhledat, ale je nutné dále s ní pracovat. Na základě vyhledávání potřeb klientky/pacientky provádí sestra/porodní asistentka v analogických krocích ošetrovatelskou diagnostiku dle určené terminologie.

Pro úplnost práce bude za každou z pěti skupin holistických potřeb uvedeno vždy několik ukázek ošetrovatelské diagnostiky v jednotlivých krocích. Diagnostiku uvádím v posloupnosti: neuspokojená potřeba – problém – terminologické pojmenování.

Tab. 3 Potřeby biologické a jejich diagnostika

Neuspokojená potřeba	Zjištěný problém	Terminologické pojmenování
Přijímání potravy	Pocit nauzey, nechutenství, snížený příjem potravy	Výživa porušená, nedostatečná, související se změnami v graviditě, projevující se nauzeou, nechutenstvím
Spánek	Únava, ospalost po ránu i během dne, časté buzení během noci	Spánek porušený, související se zvětšujícím se břichem, projevující se sníženou kvalitou i kvantitou spánku
Vylučování moče	Časté močení malého množství moči bez dalších obtíží	Močení porušené, související se zvětšujícím se objemem dělohy a zvýšeným tlakem na močový měchýř, projevující se častým močením
Vyprazdňování stolice	Obtížné vyprazdňování tuhé stolice jednou za dva až tři dny	Obstipace související se zpomalenou peristaltikou střev v těhotenství, projevující se obtížným vyprazdňováním stolice

5.2 POTŘEBY SOCIÁLNÍ

Mezi sociální potřeby počítáme celou skupinu potřeb společenských, psychologických i behaviorálních. Změny potřeb v této oblasti jsou ovlivněny hlavně předchozími zvyky ženy, jejími společenskými aktivitami i současným průběhem těhotenství. U části těhotných žen můžeme pozorovat změny minimální, jiné ženy však své sociální aktivity musí významně omezit. Největší změny pak pozorujeme u těhotných žen, které jsou určitou část gravidity hospitalizovány. Tehdy jsou jejich sociální aktivity výrazně omezeny, navíc přistupuje jako problém i samotná hospitalizace, kterou část žen zvládá špatně. V těchto případech pak může docházet k poruše sociální interakce a některé klientky/pacientky se na změny vyplývající z hospitalizace adaptují jen velice špatně či vůbec.

1. Potřeba vykonávání své profese – může být neuspokojena během celého těhotenství nebo pouze v jeho části. Žena může být práce neschopná nebo mohou být její aktivity omezeny (práce ve směnách, v určitých provozech, za ztížených podmínek). Plánované těhotenství a kladný přístup k mateřství pozitivně ovlivňují schopnost vyrovnat se s touto změnou. Potom žena změny související se zaměstnáním akceptuje lépe.
2. Potřeba setkávání s rodinou, přáteli – může být neuspokojena, je-li vzdálenost mezi ženou a jejími blízkými velká nebo jestliže je žena delší dobu hospitalizována. Za určitých okolností nemusí být tato potřeba po většinu těhotenství změněna.
3. Potřeba jistoty a bezpečí – ke změně dochází hlavně u určité, specifické skupiny těhotných žen, zpravidla pacientek, které se dostaly do nelehké životní situace. Většinou nemají partnera, nejsou materiálně zajištěné, rodiče je nechtějí přijmout, některé ženy své těhotenství tají, bojí se ho přiznat (ať už doma, nebo v zaměstnání). Někdy stačí k neuspokojení této potřeby pouze nejistota, žena začíná pochybovat, zda se rozhodla dobře, zda zvládne těhotenství, porod, mateřství, zda je její partner ten správný. Jindy žena potřebuje pouze ujištění a podporu blízkého okolí, za jiných okolností se může jednat o složitý problém, který je nutné řešit ve spolupráci se sociální pracovníci a psychologem.
4. Potřeba sportování – se stává neuspokojenou, pokud žena sportovala pravidelně. Část sportovních aktivit je v graviditě omezena, nejsou však vyloučeny úplně. Ženám, jejichž těhotenství probíhá fyziologicky, lze doporučit pohybové aktivity, které neohrožují matku ani plod. V raném těhotenství je možné provozovat kondiční cvičení, procházky, rekreačně jízdu na kole, tanec, plavání. Je třeba se vyhnout sportům se zvýšeným rizikem pádu, úrazu (sjezdové lyžování, potápění, horolezectví, ...), dále pak vytrvalostním a namáhavým

sportům. Optimální aktivitou je tělocvik a plavání ve speciálních kurzech pro těhotné ženy. K neuspokojení potřeby pohybových aktivit dochází u žen s rizikovým těhotenstvím. V těchto případech není možné žádné sportovní aktivity doporučit.

5. Potřeba materiálního a finančního zabezpečení – ženy se mohou obávat nedostatečného množství finančních prostředků, ať už aktuálně (v případě pracovní neschopnosti je snížen příjem), či potencionálně (v budoucnu, při čerpání peněžité podpory v mateřství).
6. Sexuální potřeba – může docházet k pocitu strachu, zejména zpočátku těhotenství a u žen, které v předchozích těhotenstvích spontánně potratily. V pozdějších fázích je pohlavní styk obtížnější kvůli měnícím se tvarům ženského těla a neohrabaným pohybům. Pouze u určité skupiny pacientek není v těhotenství pohlavní styk doporučen z důvodu hrozícího samovolného potratu či předčasného porodu.
7. Potřeba akceptace měnícího se vzhledu – reakce na změnu vlastní postavy se velice liší. Některé maminky přijímají své nové tělo s radostí. S pýchou poukazují na břicho, byť ještě není patrné. Jiné ženy svoji postavu před okolím zakrývají a dlouhou dobu své nové tvary tají. Změna vzhledu je více a snáze akceptována u plánovaných a delší dobu očekávaných těhotenství. Změny vzhledu přijímají ženy hůře, pokud bylo těhotenství nečekané, či dokonce nechtěné. Vliv na uspokojení této potřeby má jistě psychický stav ženy.
8. Potřeba pořízení kojenecké výbavy – je jednou z nejkrásnějších a nejmilejších potřeb. Nastávající maminky ji většinou (až na výjimky) uspokojí svědomitě a bez jakýchkoli potíží. Rozdílné jsou snad jen přístupy. Některé maminky pilně nakupují od úplného počátku gravidity, jiné začínají – snad z pověrčivosti – později. Rozdíl bychom mohli pozorovat také v kvalitě a kvantitě nakupovaných výrobků, což je částečně ovlivněno i finančními možnostmi. Nejsou výjimkou ani dětské kočárky za dvacet a více tisíc či dupačky, jejichž cena stoupá až k tisícikoruně. Dle mého názoru je tato potřeba uspokojována nejlépe a s patřičným nasazením.

Potřeby sociální – kasuistika:

Paní M. O., 21 let, svobodná, primigravida, 24. týden těhotenství, svobodná

Po předchozích bezproblémových návštěvách prenatalní poradny přišla klientka/pacientka do prenatalní poradny s obavami o budoucnost. Partner, se kterým žije nechce převzít odpovědnost o své dítě, tvrdí ženě, „že by bylo lepší, kdyby bývala šla na přerušeni“. Klientka/pacientka však o dítě stojí, má ale obavy o svůj vztah, nechce se na přítele vázat, vše pečlivě zvažovala a neví, zda vůbec s partnerem plánovat společnou budoucnost, uvádět jeho jméno do rodného listu dítěte...

Klientce/pacientce byla zprostředkována informace prostřednictvím sociálního odboru městského úřadu a dále pomoc psychologa.

Žena se po konzultacích rozhodla žít s rodiči. S partnerem si dají čas na rozmyšlenou, do rodného listu dítěte bude uveden, mimo jiné i z důvodu finanční pomoci v mateřství a výchově dítěte.

5.2.1 OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNOSTIKA

Tab. 4 Potřeby sociální a jejich diagnostika

Neuspokojená potřeba	Zjištěný problém	Terminologické pojmenování
Vykonávat svoji profesi	Nemožnost vykonávat své zaměstnání, nutnost dodržovat ochranně léčebný režim během pracovní neschopnosti	Osamělost, zvýšené riziko související s opuštěním zaměstnání projevující se smutnou náladou, pocitem prázdnoty
Setkávat se s rodinou, přáteli	Snížené množství kontaktů s rodinou, přáteli	Společenská interakce porušená související s hospitalizací ženy, projevující se stížnostmi na nedostatečné množství kontaktů
Spokojenost se svým zevnějškem	Nespokojenost s měnícím se vzhledem, s rostoucím břichem	Obraz těla porušený související s pokračující graviditou projevující se vyjadřovanou nespokojeností se svým vzhledem
Sexuálního styku	Omezení v souvislosti se sexuálním chováním, pocit odcizení	Sexualita porušená související s rizikem hrozícího samovolného potratu projevující se nemožností pohlavního styku

5.3 POTŘEBY EMOCIONÁLNÍ

V období těhotenství je emoční stránka každé ženy velice labilní, často se u ní střídají nálady a psychické rozpoložení. V tomto období je velice častá ambivalence citů, radost se mísí s obavami o své dítě, o budoucnost. K těhotné ženě je proto nutné přistupovat s velkým pochopením, trpělivostí a tolerancí.

1. Potřeba lásky – u žen v harmonickém a spokojeném vztahu je tato potřeba saturována většinou automaticky a samozřejmě, neboť, stejně jako budoucí maminka, i její partner se na dítě těší. Svoje radostné očekávání proto projevuje celou řadou drobných pozorností a laskavostí. Nedostatečným uspokojováním potřeby lásky však trpí ženy osamělé či ženy, jejichž těhotenství je nechtěné. Prožívají svoji graviditu daleko hůře, jsou přecitlivělé, cítí se nešťastné. Často bývá velkým problémem tuto potřebu přiměřeně saturovat. Žena může nalézt pomoc a útočiště u svých rodičů, příbuzných či přátel. Ani toto však, bohužel, nebývá tak samozřejmé, jak by se na první pohled zdálo. Potom už zbývá pouze kontaktovat sociální péči, která může pomoci alespoň zajistit základní materiální pomoc. Někdy lze problém vyřešit pomocí zkušeného psychologa.
2. Potřeba soucitu – u žen se většinou více projevuje potřeba být pochopena. Žena chce vědět, že jsou její pocity normální, že je okolí chápe, že je vše tak, jak má být. Pokud existuje někdo, s kým může své starosti a problémy sdílet, je celé těhotenství daleko harmoničtější.
3. Potřeba důvěry ve zdravotnický personál – potřeba, která by měla být automatická mezi každým klientem/pacientem a zdravotníkem, se v těhotenství ještě více prohlubuje. Každá žena potřebuje mít jistotu, že je o ní i její dítě maximálně postaráno. Jestliže nebude mezi ženou a zdravotníky důvěra, je celá prenatální péče velice složitá, a většinou nemá dostatečný efekt. Stejně jako důvěra v lékaře a sestru v prenatální poradně, je třeba navodit pocit důvěry v porodnické oddělení, které si žena vybrala. Tomuto účelu velice dobře poslouží kladné zhodnocení zdravotnického zařízení sestrou a lékařem prenatální péče, a dále doporučení návštěvy a prohlídky porodnického oddělení.
4. Potřeba překonání obav a strachu – je rozdílná, objevuje se však v menší či větší míře u všech žen. Ženy mívají obavy, zda jejich těhotenství bude probíhat bezproblémově, většinou se objevuje strach z porodu (zejména po předchozí špatné zkušenosti a po „hrůzných“ historkách přítelkyň). Snad u každé ženy zjišťujeme strach o své dítě po celou dobu těhotenství a zejména v průběhu porodu a po něm. Potřeba překonání strachu je úzce spojena s kognitivní

potřebou dostatku informací. Pro odstranění obav je vždy nutno nejprve uspokojit tuto potřebu.

Potřeby emocionální – kasuistika:

Paní M. M., 28 let, sekundigravida, vdaná, 34. týden gravidity.

Žena přišla do prenatální poradny rozrušená, po navázání hovoru se rozplakala. Přiznala, že její manžel udržuje vztah s jinou ženou. Ona se obává, že od ní manžel odejde. Neví, jak další život zvládne sama se dvěma malými dětmi. Ženě byla nabídnuta pomoc psychoterapeuta. Po jeho návštěvě se rozhodla manželovi vysvětlit nepřijatelnost této situace. Dohodli se, že si oba dají určitý čas na vyřešení problému. Žena se i s dcerou odstěhovala ke svým rodičům a po bezmezném přijetí svou matkou zvládla zbytek těhotenství i porod (kam ji matka doprovázela) bez větších problémů.

5.3.1 OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNOSTIKA

Tab. 5 Potřeby emocionální a jejich diagnostika

Neuspokojená potřeba	Zjištěný problém	Terminologické pojmenování
Obavy o průběh těhotenství, porodu	Opakovaně se objevující strach, úzkost – slovně vyjádřené	Strach související s obavami o průběh těhotenství, porodu, projevující se opakovanými pocity tísně, úzkosti
Lásky a jistoty	Manželův negativní přístup ke graviditě	Život rodiny porušený, související s odmítáním rodičovské role partnerem, projevující se smutkem, obavami o budoucnost

5.4 POTŘEBY KOGNITIVNÍ

Kognitivní potřeby gravidních žen jsou nedílnou součástí těhotenství a prenatální péče. Každá žena potřebuje dostatek informací a jen žena s dobře saturovanými kognitivními potřebami si může své těhotenství plně prožít. Proto je nutné často a opakovaně ženu edukovat.

1. Potřeba dostatečného množství informací o těhotenství, porodu a mateřství – tato potřeba je velice rozdílná. Je závislá na předchozích zkušenostech. U prvorodiček bývá velice silná, žena často potřebuje dostávat informace opakovaně. U druho a vícero diček je potřeba různá. Některé ženy informace potřebují pouze velice omezeně, u jiných je potřeba větší. Zprvu většinou ženy vyhledávají informace o těhotenství, jeho průběhu, fyziologii a eventuelních patologických stavech.

S pokračujícím těhotenstvím stoupá potřeba informací souvisejících s porodem, která je však rozdílná i u prvorodiček. Některé vyžadují informace přesné a podrobné, jiné se otázkám týkajících se porodu vyhýbají, nechtějí o nich hovořit. Důvod bývá vždy stejný, totiž strach s porodu. Ženy svůj přístup vysvětlují velice podobně. Mají pocit, že pokud nebudou o porodu hovořit, nebudou se tolik obávat, a vše zvládnou lépe. Jak však víme z odborné literatury a četných výzkumů, je pravdou pravý opak. Jen informovaná a poučená žena je dobře připravená na porod a většinou ho lépe zvládá. Potom je tedy velkým úkolem porodní asistentky v prenatální poradně ženu o této pravdě přesvědčit.

Informace týkající se péče o dítě slyší rády všechny nastávající maminky. Ženy, které již zkušenost mají se rády dozvědí novinky, ženy bezdětné jsou většinou vděčné za každou informaci. Saturace veškerých potřeb by měla probíhat jednak v prenatální poradně a kurzech pro nastávající maminky, jednak četbou vhodné literatury včetně časopisů.

2. Potřeba nových vědomostí spojená se studiem – dostává se do popředí u žen, které dosud neukončily přípravu na budoucí povolání či se dále vzdělávají. Častá bývá nerovnováha mezi potřebou ženy a možnou realizací dalšího studia. Ne vždy se daří potřebu saturovat. Někdy žena studium nedokončí, jindy ho odkládá na pozdější dobu. Jen část žen zvládne spojit těhotenství a studium tak, aby nedocházelo k tělesné ani psychické újmě ženy.

3. Potřeba odborného a profesního růstu – je aktuální u žen, které vykonávají profesi, jejíž součástí je neustálé vzdělávání (lékařky, právničky, manažerky...), či u žen, které zastávají významné pozice. Jejich kariéra zpravidla nedovolí, aby zanechaly dalšího sebevzdělávání. Tato nevelká skupina žen pak stojí před nelehkým rozhodnutím, zda si užít mateřství „na plný úvazek“, či opustit zaměstnání pouze na dobu nezbytně nutnou.

4. Potřeba poučení o finanční podpoře v těhotenství a mateřství – je patrná u žen v tíživé sociální situaci. Sociální dávky pro ně bývají jediným příjmem. Bez včasných a dostatečných informací mohou ženy zůstat bez finančních prostředků. Stejně důležité jsou pro ženy informace týkající se povinností zaměstnavatele ve vztahu k těhotným ženám (přeřazení na jednosměrný provoz s doplacením průměrné mzdy, přeřazení z rizikových provozů či pracovišť, zákaz manipulace s břemeny těžšími než pět kilogramů).

Potřeby kognitivní – kasuistika:

Paní O. N., 26 let, primigravida, vdaná, 30. týden těhotenství.

Žena přišla bez potíží do prenatální poradny, žádné subjektivní ani objektivní potíže neměla. Při zmínce o volbě porodnice ihned odpověděla: „Já o tom nic nechci vědět, vůbec o tom nemluvte, já se o porodu nechci bavit, já se totiž strašně bojím.“ Po dalším rozhovoru bylo zjištěno, že žena zná pouze hrůzostrašné historiky od své matky a babičky. Bylo jí vysvětleno, že tyto informace nejsou pravdivé a podrobně vysvětlen průběh porodu s možností tlumení bolesti, včetně epidurální analgezie. Žena odcházela částečně uklidněná. Při dalších návštěvách poradny se podařilo ženu přesvědčit o návštěvě porodnického oddělení. Do termínu porodu zvládla žena svůj strach a k porodu odcházela vyrovnaná.

5.4.1 OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNOSTIKA

Tab. 6 Potřeby kognitivní a jejich diagnostika

Neuspokojená potřeba	Zjištěný problém	Terminologické pojmenování
Nedostatek informací	Neúplné a nedostatečné informace o těhotenství a porodu	Neznalost potřeba poučení související s graviditou a porodem projevující se nepřesným vyjadřováním, a vyjádřenou potřebou dalších informací
Neznalost možností finanční podpory v těhotenství a mateřství	Malá či žádná informovanost o možnostech využití státní finanční podpory	Neznalost potřeba poučení související s finanční podporou v těhotenství a mateřství projevující se slovně vyjádřeným zájmem o informace vztahující se k finanční podpoře v graviditě a mateřství

5.5 POTŘEBY DUCHOVNÍ

Na první pohled se zdá, že potřeby duchovní se týkají pouze části žen, které jsou věřící, u ostatních se tato potřeba nemůže vyskytovat. Opak je však pravdou. Každý člověk, ať už věřící či ateista, má svůj duchovní život, svoji víru. Věřící lidé si však tuto potřebu více uvědomují.

1. Potřeba účasti na církevních obřadech – stává se aktuální u věřících žen, které z důvodu rizikového těhotenství nebo hospitalizace nemohou bohoslužby navštěvovat. Může se u nich objevit i stav duchovní tísně. I když tato potřeba může ateistům připadat nedůležitá, pro věřící ženu je stejně nutná jako ostatní potřeby. Těhotná žena potřebuje duchovní vyrovnanost pro zdárný průběh gravidity a porodu. Vždy existuje řešení potřeby saturovat např. návštěvou duchovního v domácnosti či zdravotnickém zařízení, které je na tuto službu již většinou připraveno.
2. Potřeba víry a naděje – se týká každého člověka. Každý potřebuje pro něco žít, něco uznávat. Těhotná žena má tuto potřebu ještě silnější. Potřebuje totiž mít naději pro sebe i pro své nenarozené dítě. Každá žena potřebuje víru a naději ve zdárný průběh těhotenství a ve zdravě narozené dítě. V této naději je třeba ženu podporovat při každé příležitosti. S pomocí naděje je žena schopná překonat i potíže, které by jinak nezvládla.

Potřeby duchovní – kasuistika:

Paní R. Z., 38 let, multigravida, vdaná, 30. týden gravidity

Žena přišla do prenatální poradny, kde jí byly zjištěny příznaky hrozícího předčasného porodu. Lékař jí naordinoval mimo jiné klid na lůžku a zdůraznil nutnost tento režim dodržovat. Žena, která jindy zvládala všechny problémy lehce, se svěřila, že nemůže žít bez pravidelných bohoslužeb. Je silně věřící a nenavštěvovat pravidelně kostel je pro ni nepřijatelné. Po zvážení všech možností jí bylo doporučeno, aby požádala svého duchovního o pravidelné návštěvy v její domácnosti. Duchovní potřebě ženy rád vyhověl. Další těhotenství zvládla žena bez problémů a své dítě donosila do termínu porodu.

5.5.1 OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNOSTIKA

Tab. 7 Potřeby kognitivní a jejich diagnostika

Neuspokojená potřeba	Zjištěný problém	Terminologické pojmenování
Duchovní opora	Nemožnost navštěvovat církevní obřady, pocit neuspokojení duchovních potřeb	Duchovní tíseň hrozící, související s hospitalizací ženy a nedostatečným kontaktem s duchovními, projevující se slovně vyjádřeným nedostatkem saturace duchovních potřeb

Jak vyplývá z předchozího textu, dochází v těhotenství u každé ženy k změnám ve všech oblastech jejího života. Je-li těhotenství fyziologické a žena má dostatečnou podporu rodiny, je schopna změny zvládat, nové potřeby saturovat ke spokojenosti své i nenarozeného dítěte. Jestliže však dojde k dalším změnám, neprobíhá-li těhotenství a osobní či společenský život ženy bez potíží, může již tak „přetížený“ organismus ženy zvládnout celé těhotenství? Pokud bude organismus vystaven většímu stresu, než je schopen zvládnout, nebude se nějakým způsobem bránit? Jestliže přibudou ženě starosti s partnerem, bydlením, nedostatkem peněz nebo bude-li často vystavena „kladnému stresu“, nebude organismus reagovat předčasným porodem? Vyřešil by tím alespoň částečně momentální krizi.

Protože všechny jmenované otázky a myšlenky jsou pouhé dohady a hypotézy, rozhodla jsem se věnovat empirickou část své práce *Teorii životních změn*. A protože jsem v žádné pro mě dostupné literatuře nenašla k tematice životních změn a předčasných porodů informace, bude pro mě výsledek výzkumu velice zajímavý.

II. EMPIRICKÁ ČÁST

CÍL EMPIRICKÉ ČÁSTI PRÁCE

Cílem empirické části je:

1. zjistit skóre životních změn u pacientek, které předčasně porodily;
2. zjistit skóre životních změn u pacientek, které porodily v termínu porodu;
3. zkoumané skupiny porovnat;
4. zjistit, zda existuje souvislost mezi množstvím životních změn a předčasným porodem;
5. zjistit, zda existuje souvislost mezi skóre životních změn a předčasným porodem;
6. zjistit častost životních změn;
7. zjistit anamnestické údaje žen a případnou souvislost s předčasnými porody.

HYPOTÉZY PRÁCE

1. U matek, které porodily předčasně, je *průměrné skóre* životních změn vyšší.
2. U matek, které porodily předčasně, je *počet* (množství) *životních změn* vyšší než u matek, které porodily v termínu porodu.
3. Ve skupině matek, které porodily předčasně, je *vyšší procento* těch, které mají *vysoké skóre* životních změn.
4. Věk rodičky má vliv na častost předčasných porodů.
5. Dosažené vzdělání nemá vliv na častost předčasných porodů.
6. Rodinný stav (vdaná/rozvedená/svobodná/vdova) nemá vliv na častost předčasných porodů.
7. Počet porodů nemá vliv na častost předčasných porodů.

6. METODIKA VÝZKUMU

K výzkumu jsem použila metodu dotazníku. Dotazník se skládá ze dvou částí: z části anamnestické a z *Tabulky životních změn*, kterou jsem převzala z knihy Dagmar Mastiliakové [13, s. 58–59] a kterou jsem po konzultacích s doktorkou Archalousovou pro své potřeby částečně upravila.

- Do tabulky jsem vložila události HOSPITALIZACE, AMNIOCENTÉZA a PŘÍPRAVY NA RODIČOVSTVÍ. Považuji je v období těhotenství za závažné.
- Z tabulky jsem vypustila událost NÁPRAVA OBCHODNÍCH ZÁLEŽITOSTÍ, neboť v našich podmínkách jde u žen zatím o sporadickou událost. Dále jsem vypustila událost ZMĚNA ZAMĚSTNÁNÍ, protože v době těhotenství zpravidla ženy zaměstnání nemění a protože je v tabulce uvedena událost POTÍŽE V ZAMĚSTNÁNÍ.
- K životní události POTÍŽE S TCHÁNEM, TCHÝNÍ jsem přidala ještě POTÍŽE S RODIČI.
- Dále jsem převedla finanční částky uvedené v amerických dolarech na koruny české, a to dle kupní síly.

Dotazník ve formě tří stran A4 tvoří úvodní strana s oslovením a poučením, strana obsahující anamnestické údaje (věk, vzdělání, rodinný stav, počet porodů, gestační věk dítěte) a třetí strana – Tabulka životních změn. Plné znění dotazníku je k dispozici v Příloze A.

Ženy jsem pro svůj záměr rozdělila na dvě skupiny:

1. skupina žen, které porodily předčasně;
2. skupina žen, které porodily v termínu porodu.

Dotazníky pro první skupinu jsem prostřednictvím kolegyně-spolužaček předala sestřám na oddělení dětí s nízkou porodní hmotností a na oddělení intermediální péče nemocnice v Hradci Králové, Pardubicích, Liberci, Praze, Brně, Havlíčkově Brodě a Třebíči.

Dotazníky pro druhou skupinu jsem předala na porodnická oddělení nemocnice Opočno a Rychnov nad Kněžnou.

V každé skupině bylo rozdáno 100 kusů totožných dotazníků.

Sběr dat trval přibližně tři měsíce (dotazníky byly rozdány postupně v průběhu měsíce října 2005 a sbírány během ledna a února 2006).

Při zpracovávání činila použitelnost (tj. správné a úplné vyplnění a navrácení) dotazníků ve skupině matek, které porodily předčasně, **80 kusů**.

Ve skupině matek, které porodily v termínu porodu, bylo použitelných **77 dotazníků**. Pro přesnější zpracování dotazníků jsem rozdala ještě 3 dotazníky na porodnickém oddělení v Opočně.

Každá z porovnávaných skupin obsahuje 80 správně a úplně vyplněných dotazníků.

7. CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ

Respondenty ve výzkumu dotazníkovou metodou jsou ženy-matky, které byly v době výzkumu hospitalizovány. Výběr respondentů probíhal na základě dobrovolnosti.

První skupinu tvoří ženy, které porodily předčasně, druhou skupinu ženy, které porodily v termínu porodu.

Ženy z 1. skupiny (které porodily předčasně) byly hospitalizovány na oddělení dětí s nízkou porodní hmotností a na oddělení intermediální péče nemocnice v Hradci Králové, v Pardubicích, Liberci, Praze, Brně, Havlíčkově Brodě a Třebíči.

Ženy z 2. skupiny (které porodily v termínu porodu) byly hospitalizovány na porodnickém oddělení nemocnice Opočno a Rychnov nad Kněžnou.

Výběr respondentů nebyl vymezen věkem, vzděláním ani žádným jiným kritériem.

Respondenti se výzkumu zúčastnili dobrovolně a anonymně.

8. VÝSLEDKY VÝZKUMU

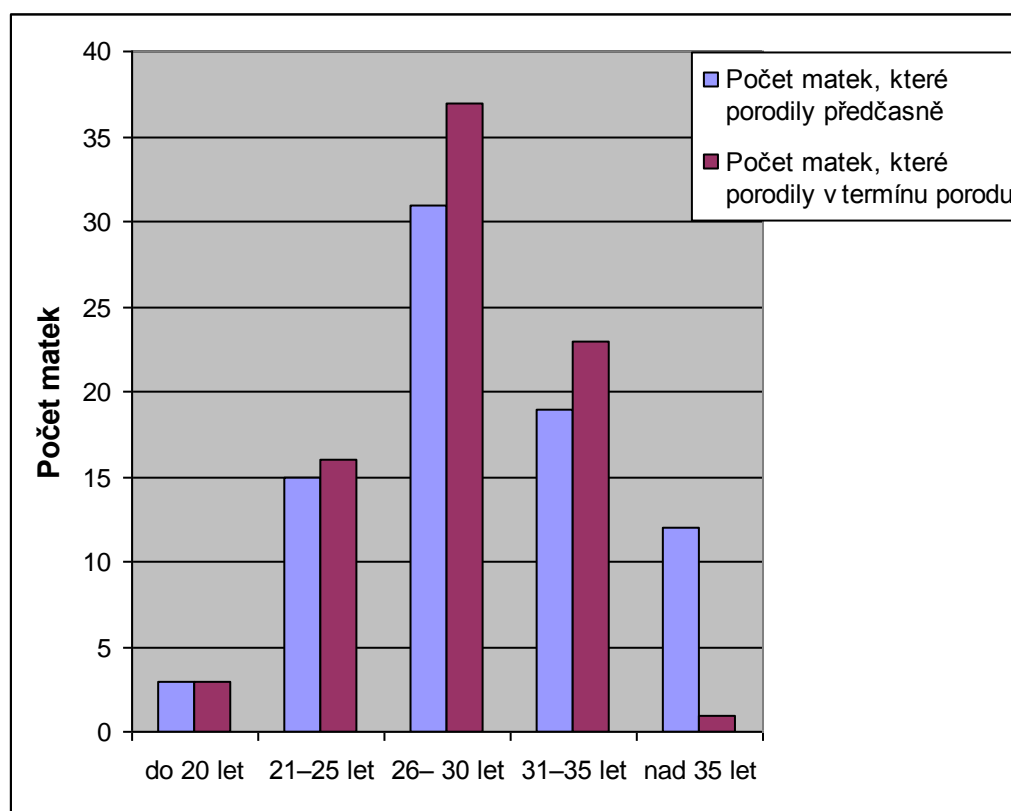
Při zpracování výzkumu jsem hodnotila zvlášť anamnestické údaje a zvlášť údaje z výzkumu životních změn v jednotlivých skupinách klientek/pacientek. Z hlediska formy jsem volila zpracování v tabulkách souběžně s grafickým vyjádřením – jako nejvhodnější se ukázal sloupcový graf díky možnosti vynesení hodnot na osách.

8.1 HODNOCENÍ VÝZKUMU ANAMNESTICKÝCH ÚDAJŮ

Tab. 8 – Věk matky

Věk matky	Počet matek, které porodily předčasně	Počet matek, které porodily v termínu porodu
do 20 let	3 (4 %)	3 (4 %)
21–25 let	15 (19 %)	16 (20 %)
26– 30 let	31 (38 %)	37 (46 %)
31–35 let	19 (24 %)	23 (29 %)
nad 35 let	12 (15 %)	1 (1 %)

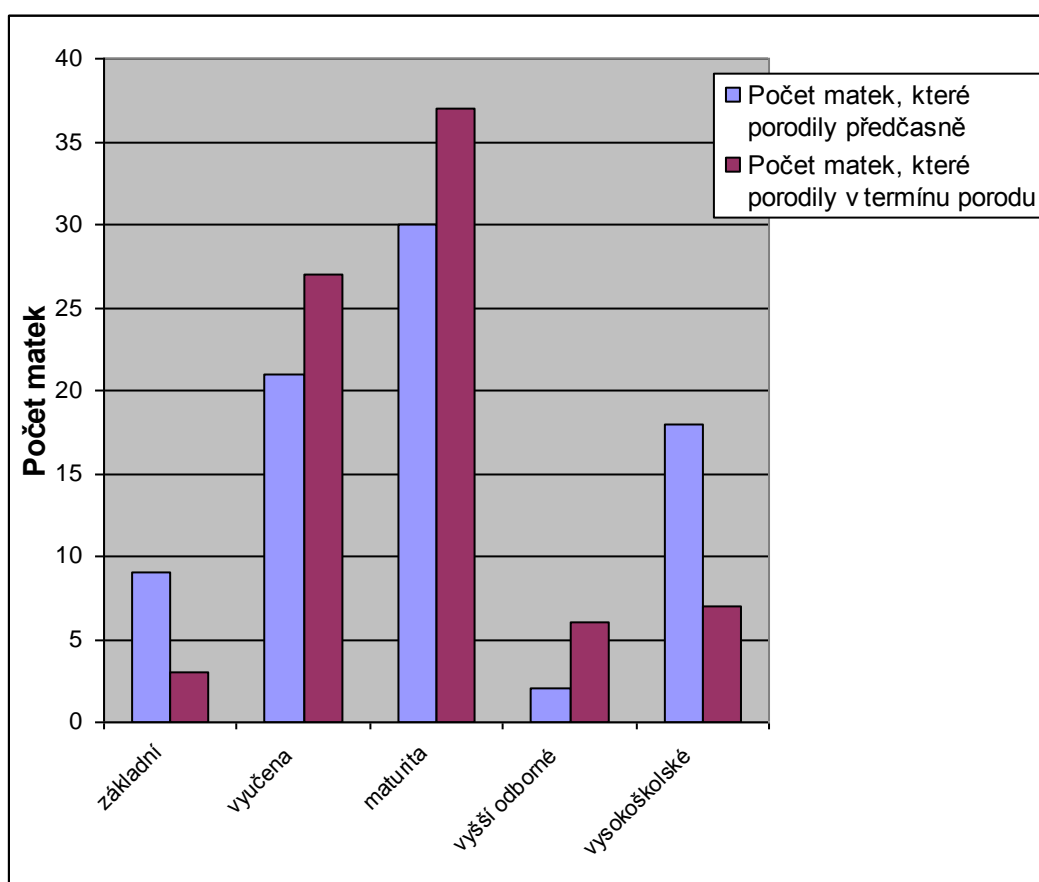
Graf 1 – Porovnání věku mezi oběma skupinami



Komentář: Množství žen v jednotlivých věkových skupinách je srovnatelné; pouze ve skupině matek nad 35 let je výrazně vyšší počet žen, které porodily předčasně.

Tab. 9 – Nejvyšší ukončené vzdělání

Nejvyšší ukončené vzdělání	Počet matek, které porodily předčasně	Počet matek, které porodily v termínu porodu
základní	9 (11 %)	3 (4 %)
střední odborné (vyučena)	21 (26 %)	27 (34 %)
úplné středošk. s maturitou	30 (37 %)	37 (45 %)
vyšší odborné	2 (3 %)	6 (8 %)
vysokoškolské	18 (23 %)	7 (9 %)

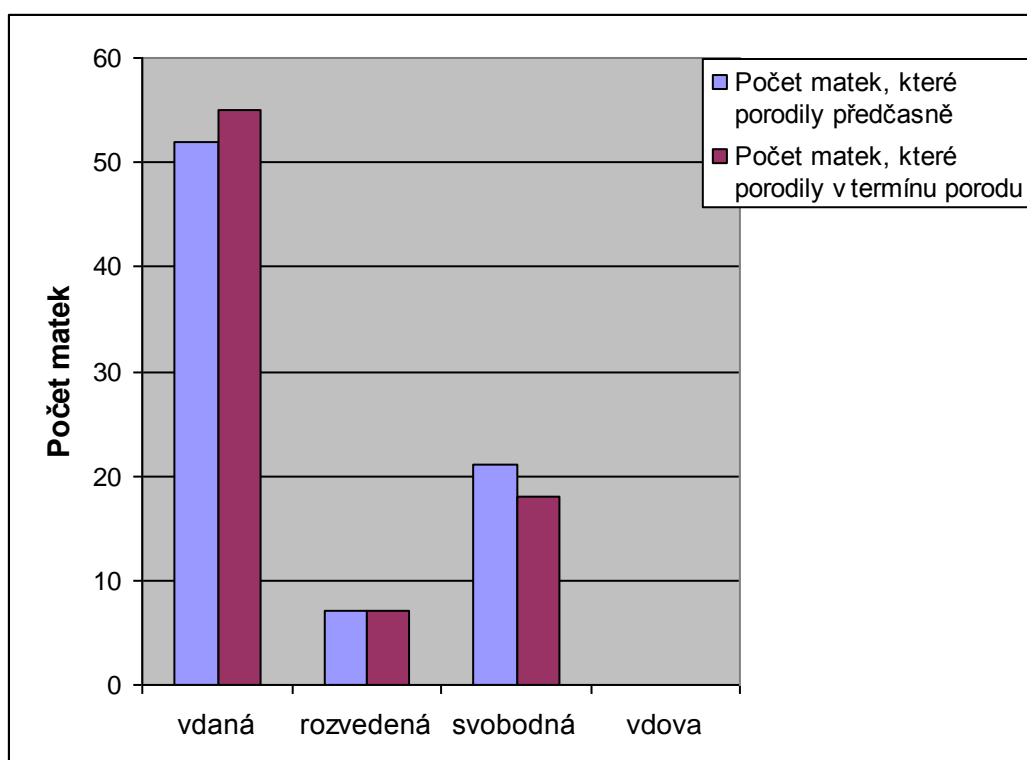
Graf 2 – Porovnání nejvyššího ukončeného vzdělání mezi skupinami

Komentář: Ve skupině matek, které porodily předčasně, je více žen se základním a vysokoškolským vzděláním.

Tab. 10 – Rodinný stav

Rodinný stav	Počet matek, které porodily předčasně	Počet matek, které porodily v termínu porodu
vdaná	52 (65 %)	55 (68 %)
rozvedená	7 (9 %)	7 (9 %)
svobodná	21 (26 %)	18 (23 %)
vdova	0	0

Graf 3 – Porovnání rodinného stavu mezi skupinami

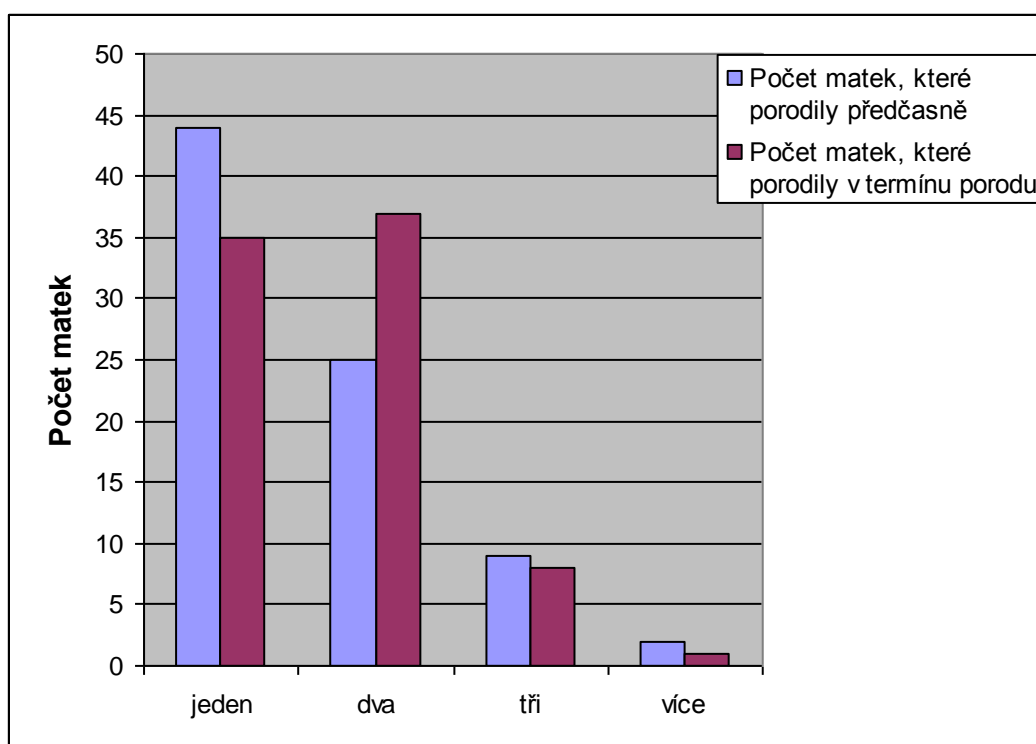


Komentář: V porovnávaných skupinách je srovnatelný počet žen vdaných, rozvedených, svobodných. Ani v jedné skupině není vdova.

Tab. 11 – Počet porodů

Počet porodů	Počet matek, které porodily předčasně	Počet matek, které porodily v termínu porodu
jeden	44 (55 %)	35 (43 %)
dva	25 (31 %)	37 (46 %)
tři	9 (11 %)	8 (10 %)
více	2 (3 %)	1 (1 %)

Graf 4 – Porovnání počtu porodů mezi oběma skupinami

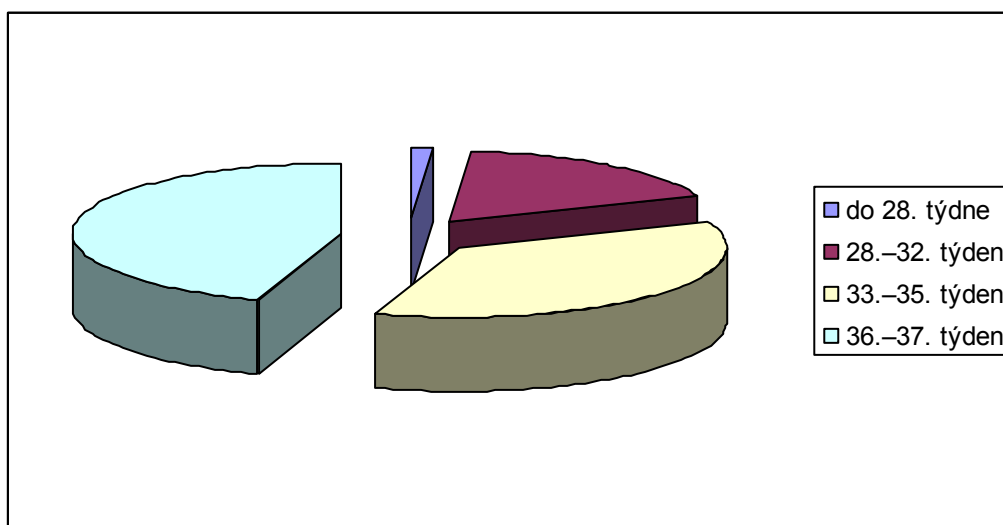


Komentář: Ve skupině žen, které porodily předčasně, je více prvorodiček a méně druho-
rodiček.

Tab. 12 – Gestační týden porodu

Gestační týden porodu	Počet matek	Počet matek
do 28. týdne	1 (1 %)	–
28.–32. týden	14 (18 %)	–
33.–35. týden	29 (36 %)	–
36.–37. týden	36 (45 %)	–
38.–41. týden v termínu porodu)	–	80 (100 %)

Graf 5 – Gestační týden porodu



Komentář: Tabulka slouží zejména k rozřazení žen, které porodily předčasně, a to dle gestačního týdne. Počet předčasných porodů se zvyšuje s gestačním stářím.

Poznámka: V tomto případě volím koláčový graf, protože pouze porovnávám údaje, a zejména proto, protože porovnávám údaje v rámci **jedné** skupiny žen (těch, které porodily předčasně).

8.2 HODNOCENÍ VÝZKUMU ŽIVOTNÍCH ZMĚN

Tab. 13 – Životní změny (slouží pouze jako přehled četnosti jednotlivých změn)

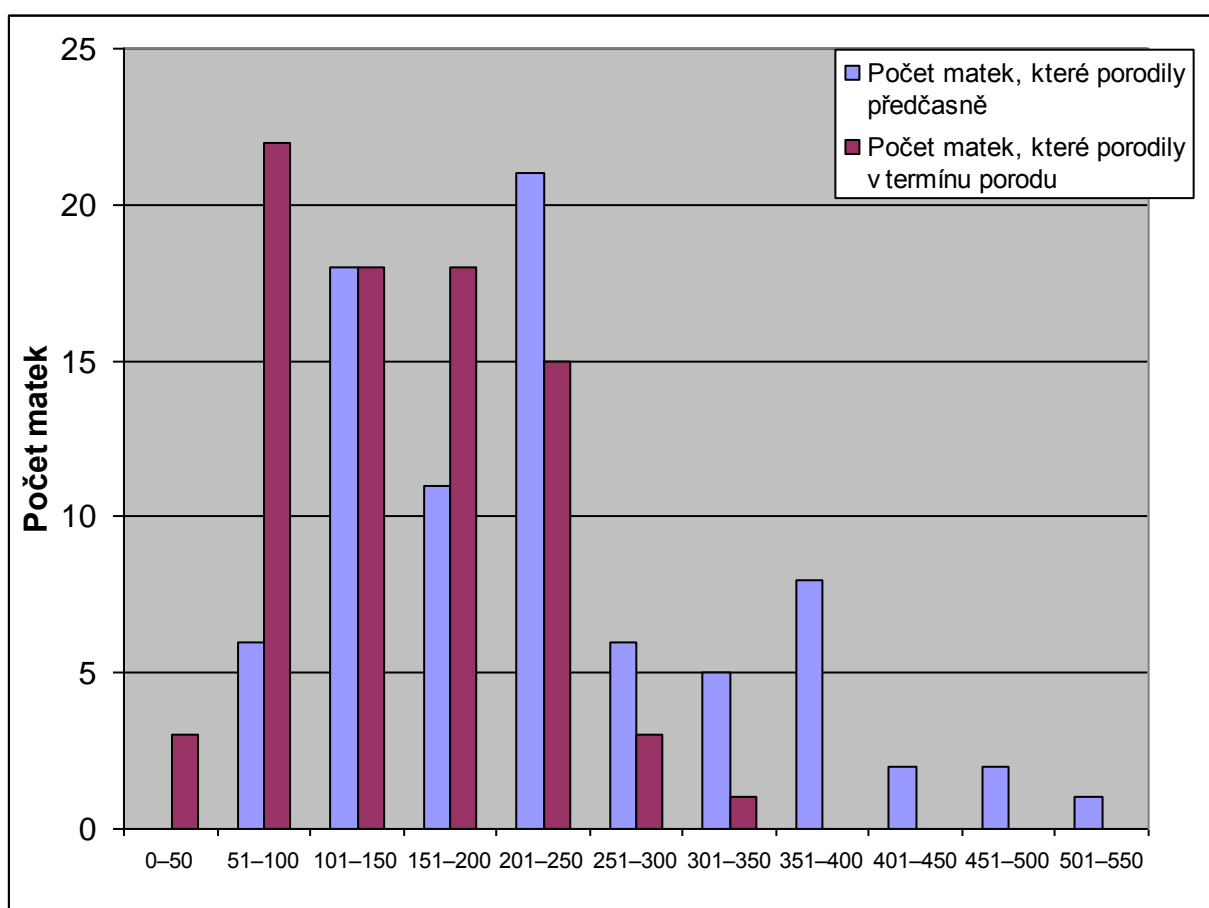
Životní událost	Ženy, jež porodily předčasně	Ženy, jež porodily v termínu porodu
1. ÚMRTÍ PARTNERA, DÍTĚTE	1	0
2. ROZVOD	5	1
3. ODLOUČENÍ PARTNERŮ	10	2
4. ÚMRTÍ BLÍZKÉHO ČLENA RODINY	6	15
5. VLASTNÍ VÁŽNÝ ÚRAZ, NEMOC	11	2
6. HOSPITALIZACE	32	10
7. AMNIOCENTÉZA (ODBĚR PLODOVÉ VODY)	32	14
8. SVATBA	18	12
9. PROPUŠTĚNÍ ZE ZAMĚSTNÁNÍ	7	8
10. SMÍŘENÍ PARTNERŮ	3	1
11. ZMĚNY VE ZPŮSOBU CHOVÁNÍ ČLENA RODINY (ALKOHOL...)	5	2
12. NECHTĚNÉ TĚHOTENSTVÍ	12	2
13. SEXUÁLNÍ POTÍŽE	4	3
14. ZÍSKÁNÍ NOVÉHO ČLENA RODINY	2	1
15. ÚMRTÍ BLÍZKÉHO PŘÍTELE, PŘÍTELKYNĚ	4	1
16. ZMĚNA FINANČNÍCH PODMÍNEK	20	23
17. PŘÍPRAVY NA RODIČOVSTVÍ (VÝBAVA, ZAŘÍZENÍ POKOJE...)	65	69
18. ZMĚNA V POČTU HÁDEK S PARTNEREM	8	5
19. NEGATIVNÍ PŘÍSTUP PARTNERA K TĚHOTENSTVÍ	5	2
20. ÚVĚR ČI SPLÁTKA PŘESAHOJÍCÍ 100 000,- Kč	16	18
21. ZABAVENÍ MAJETKU PRO NEZAPLACENÉ SPLÁTKY ČI ÚVĚR	0	0
22. ZMĚNA ODPOVĚDNOSTI V ZAMĚSTNÁNÍ	12	4
23. SYN NEBO DCERA OPOUŠTÍ DOMOV	3	0
24. POTÍŽE S TCHÁNEM ČI TCHÝNÍ, S RODIČI	20	10
25. VYNIKAJÍCÍ OSOBNÍ VÝSLEDKY	5	5
26. MANŽEL ZAČAL NEBO PŘESTAL PRACOVAT	8	2
27. ZMĚNA ŽIVOTNÍCH PODMÍNEK, POTÍŽE S BYDLENÍM	21	6
28. ZMĚNA OSOBNÍCH NÁVYKŮ	18	10
29. POTÍŽE V ZAMĚSTNÁNÍ	8	2
30. ZMĚNA BYDLIŠTĚ	24	14
31. PŘERUŠENÍ ŠKOLY	8	3
32. ZMĚNA V REKREAČNÍCH AKTIVITÁCH	26	14
33. ZMĚNA V CÍRKEVNÍCH AKTIVITÁCH	2	1
34. ZMĚNA VE SPOLEČENSKÝCH AKTIVITÁCH	20	12
35. SPLÁTKY NEBO ÚVĚR DO 100 000,- Kč	8	8
36. ZMĚNA SPÁNKOVÝCH NÁVYKŮ	33	40
37. ZMĚNA POČTU RODINNÝCH SETKÁNÍ	12	6
38. ZMĚNA STRAVOVACÍCH NÁVYKŮ	38	29
39. DOVOLENÁ	24	23
40. VÁNOCE	36	40
41. MALÉ PORUŠENÍ ZÁKONA	3	1

Grafické znázornění viz Příloha E, graf 9.

Tab. 14 – Skóre životních změn u jednotlivých pacientek

Skóre životních změn	Počet matek, které porodily předčasně	Počet matek, které porodily v termínu porodu
0–50	0 (0 %)	3 (4 %)
51–100	6 (8 %)	22 (27 %)
101–150	18 (22 %)	18 (22,5 %)
151–200	11 (14 %)	18 (22,5 %)
201–250	21 (25 %)	15 (19 %)
251–300	6 (8 %)	3 (4 %)
301–350	5 (6 %)	1 (1%)
351–400	8 (10 %)	0 (0 %)
401–450	2 (3 %)	0 (0 %)
451–500	2 (3 %)	0 (0 %)
501–550	1 (1 %)	0 (0 %)

Graf 6 – Porovnání skóre životních změn

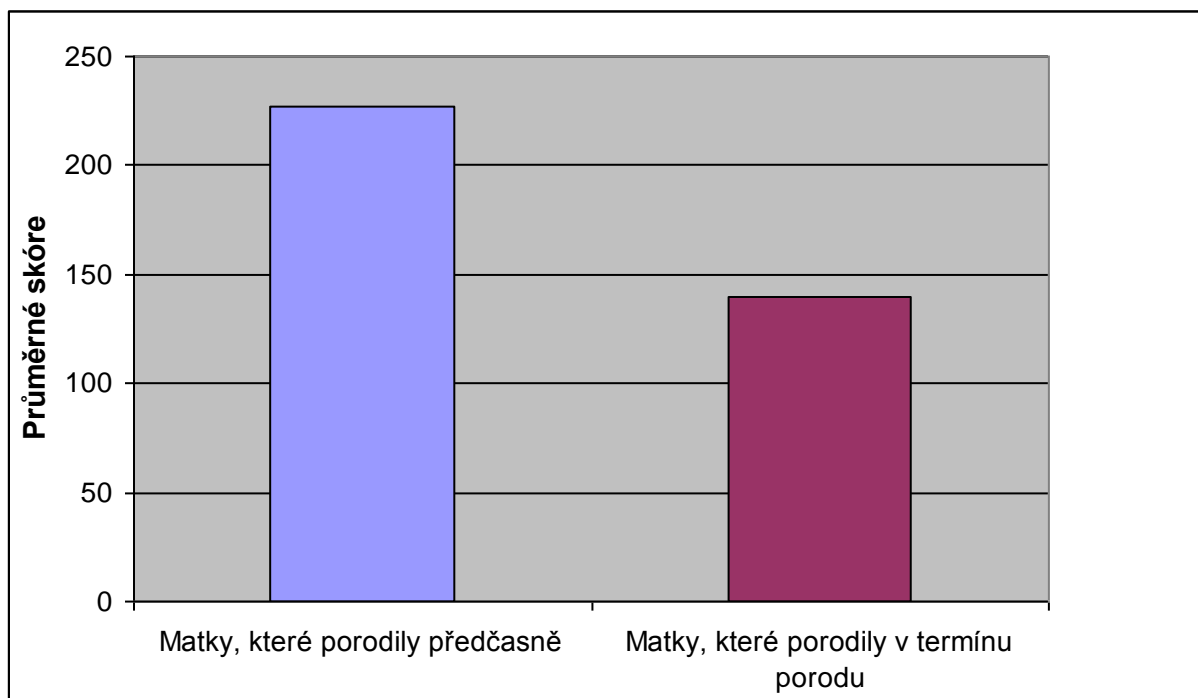


Komentář: Ve skupině žen, které porodily předčasně, je výrazně více žen se skóre životních změn vyšším než 300 jednotek.

Tab. 15 – Průměrné skóre životních změn

Průměrné skóre životních změn u matek, které porodily předčasně	Průměrné skóre životních změn u matek, které porodily v termínu porodu
227,46	139,26

Graf 7 – Porovnání průměrného skóre životních změn

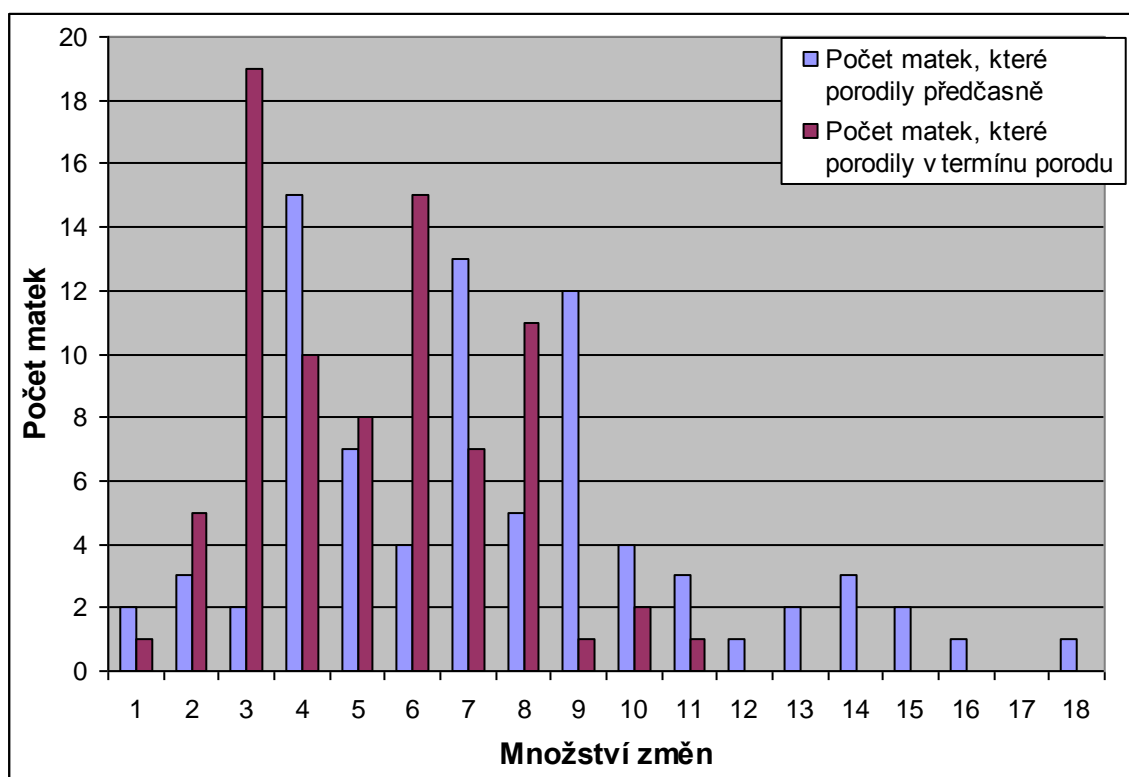


Komentář: Ve skupině matek, jež porodily předčasně, je skóre životních změn vyšší o 24 %.

Tab. 16 – Počet jednotlivých změn

Počet změn	Počet matek, které porodily předčasně	Počet matek, které porodily v termínu porodu
1	2 (3 %)	1 (1 %)
2	3 (4 %)	5 (6 %)
3	2 (3 %)	19 (23 %)
4	15 (19 %)	10 (13 %)
5	7 (9 %)	8 (10 %)
6	4 (5 %)	15 (19 %)
7	13 (16 %)	7 (9 %)
8	5 (6 %)	11 (14 %)
9	12 (15 %)	1 (1 %)
10	4 (5 %)	2 (3 %)
11	3 (4 %)	1 (1 %)
12	1 (1 %)	0 (0 %)
13	2 (3 %)	0 (0 %)
14	3 (4 %)	0 (0 %)
15	2 (2 %)	0 (0 %)
16	1 (1 %)	0 (0 %)
17	0 (0 %)	0 (0 %)
18	1 (1 %)	0 (0 %)

Graf 8 – Porovnání počtu změn



Komentář: Ve skupině žen, které porodily předčasně, je výrazně více žen s množstvím změn vyšším než deset změn v posledním roce.

9. Diskuse – vyhodnocení hypotéz

První **hypotéza**, že u žen, které porodily předčasně, je vyšší *průměrné skóre* životních změn, se **potvrdila**.

Průměrné skóre žen, které porodily předčasně je 227,46 jednotek. Průměrné skóre skupiny žen, které porodily v termínu porodu, je 136,24 jednotek. Skóre první skupiny je vyšší o 24 %. Dle výsledku v tomto výzkumu lze tvrdit, že životní změny a stres s nimi spojený zvyšují riziko předčasného porodu.

U matek, které porodily předčasně, je vyšší *počet* (množství) jednotlivých *životních změn*. 13 žen (tj. 16 %) z této skupiny uvedlo počet změn v posledním roce vyšší než 10. Skóre jedné ženy činí dokonce 18 životních změn v posledním roce. Ve skupině žen, které porodily v termínu porodu, je žena se skóre vyšším než 10 pouze jediná (tj. 1 %). Tato žena uvedla 11 životních změn.

Druhá hypotéza tedy byla **potvrzena**.

Třetí hypotéza, že ve skupině matek, které porodily předčasně, je *vyšší procento* těch, které mají *vysoké skóre* životních změn, se **potvrdila**.

Sedm žen z této skupiny (tj. 23 %) má skóre životních změn vyšší než 300 jednotek, což označuje je Holmes [11] jako **velké** životní změny. Při takovém množství změn hrozí ženám dle Holmese až 80% riziko vzniku onemocnění. Ve skupině žen, které porodily v termínu, je žena s tak významným rizikem vzniku onemocnění pouze jedna (tj. 1 %).

Dle čtvrté hypotézy má věk rodičky vliv na častost předčasných porodů. U žen do 35 let je množství v porovnávaných skupinách srovnatelné. Ve věku nad 35 let je ve skupině žen, které porodily předčasně, 12 žen (tj.15 %). Ve skupině žen, které porodily v termínu, je ve věku nad 35 let pouze jedna žena (tj. 1 %). Lze tedy říci, že věk ženy nad 35 let zvyšuje riziko předčasného porodu.

Tímto se tedy **čtvrtá hypotéza potvrdila**.

Pátá hypotéza, že dosažené vzdělání nemá vliv na častost předčasných porodů, se **nepotvrdila**.

Ve skupině žen, jež předčasně porodily, je 9 žen (tj. 11 %) se základním vzděláním, ve srovnávané skupině jsou to pouze 3 ženy (tj. 4 %). Počet žen s vysokoškolským vzděláním je ve skupině žen, které předčasně porodily, 18 (tj. 23 %). Ve skupině žen, které porodily

v termínu porodu, jich je 7 (tj. 9 %). Dle výsledku tohoto výzkumu můžeme tvrdit, že ženy se základním a vysokoškolským vzděláním mají vyšší riziko předčasných porodů.

Podle **šesté hypotézy** nemá rodinný stav vliv na častost předčasných porodů. V tomto případě mají obě zkoumané skupiny téměř totožné zastoupení žen vdaných, svobodných a rozvedených. Ani v jedné skupině se nevyskytla vdova. Výsledek ukázal, že rodinný stav nemá vliv na častost předčasných porodů.

Tím se šestá hypotéza **potvrdila**.

Sedmá hypotéza zněla, že počet porodů nemá vliv na častost předčasných porodů. Ve skupině žen, které předčasně porodily, je 69 žen (tj. 86 %), které uvedly jeden či dva porody. Ve skupině žen, které porodily v termínu porodu, je počet žen, jež rodily jednou či dvakrát 72 (tj. 89 %). V tomto případě jsou skupiny srovnatelné.

Tím **byla** potvrzena i poslední, **sedmá hypotéza**.

Poznámka: Výzkumu se zúčastnilo téměř 88 % žen, které udávají jeden nebo dva porody. Tři porody udává přibližně 10 % žen. Více porodů pak asi 2 %.

Výzkum vlivu životních změn přinesl celou řadu zajímavých výsledků. Jsem si vědoma, že *Tabulka životních změn* vznikla v roce 1967, tedy před 39 lety, a že nereflektuje přesně potřeby respondentů relevantní lokalitě a době. Uvědomuji si, že pro seriózní vědecký výzkum by tabulka musela být aktualizována odborníky. Nicméně při rozhodování jsem se opírala i o skutečnost, že Holmesův [11] výzkum včetně tabulky životních změn cituje například Ján Praško (2003).

ZÁVĚR

Teoretickou část své práce jsem věnovala *Holismu v porodní asistenci*. Zjistila jsem zajímavá, mnohdy málo známá fakta. Empirickou část jsem zaměřila na *Teorii životních změn*. Snažila jsem se zjistit vliv životních změn na riziko předčasných porodů. Zajímalo mě, do jaké míry jsou těhotná žena a její plod vystavováni a zatěžováni stresem, který životní změny doprovází. Jelikož byl celý můj výzkum založen pouze na domněnkách (výsledky podobného výzkumu jsem v literatuře nezaznamenala), byl pro mě výsledek o to zajímavější.

Výsledky výzkumu potvrdily již známá fakta o vlivu věku ženy na riziko předčasných porodů. Udivil mě fakt, že i vzdělání toto riziko ovlivňuje. Bylo by zajímavé zjistit, zda by tento výsledek potvrdil i profesionálnější výzkum.

Vlastní výzkum životních změn pak vyzněl ve prospěch předpokladů. Vyplývalo, že závažné životní změny mají významný vliv na riziko předčasných porodů. U žen, které porodily předčasně, je skóre životních změn o 24 % vyšší než u žen, které porodily v termínu porodu. Myslím si, že tento rozdíl je zajímavý a mohl by vést k dalšímu výzkumu – propracovanějšímu a širšímu. Výzkumu, který by již výběrem (formulováním) závažných změn reflektoval současné společenské podmínky v České republice.

Ošetřovatelství jako samostatný obor představuje v současnosti nedílnou součást zdravotní péče. Právě sestry mají po lidské stránce k pacientům osobnější vztah a často jsou schopny jim trpělivěji naslouchat a pochopit je. Správným přístupem mohou člověka vést k uvědomování si sama sebe, k péči o své zdraví a k pozitivnímu přístupu k životu.

Profese zdravotní sestry patří do skupiny pomáhajících profesí. Je to náročné povolání po stránce fyzické i psychické. Každodenní kontakt s nemocnými a s průvodci nemocí – strachem či stresem – sestru zatěžuje. Přesto by svou profesní zdatností i svým lidstvím měla být sestra pacientovi oporou. Měla by umět pochopit jeho tíseň, podporovat ho při léčbě a návratu do „normálního“ života, pomoci mu vyrovnat se s handicapem, který jeho onemocnění přináší. Musí ho však také umět doprovázet v posledních chvílích jeho života. Základem takové péče je individuální a celistvý přístup k jednotlivému člověku.

Pacienti přicházejí k lékaři se strachem o své zdraví. Někteří jsou „smířeni s osudem“, jiní odmítají přijmout problematickou skutečnost. Část z nich má špatnou zkušenost se zdravotníky. Stává se, že pacient nezná svá práva, odevzdává se do rukou zdravotníků a nechce se

spolupodílet v rozhodování o své nemoci a její léčbě. Neumí nést odpovědnost za svá, často těžká rozhodnutí.

Snahou zdravotníků by měla být individuální péče o každého člověka jako holistickou bytost s jejími odlišnostmi. Jsem přesvědčená, a moje práce mě v tom jen utvrdila, že není možné člověka léčit a ošetřovat pouze jako diagnózu bez bližšího poznání člověka samotného. (Patrně většina z nás si ještě pamatuje dobu, kdy byl pacient označován jako „ten žlučník ze dvojky“.)

Mnozí pacienti nedovedou a nechtějí přijmout svůj stav – být pacientem. Někteří mají strach, aby se chovali tak, jak se od nich očekává, aby někoho „zbytečně neobtěžovali“ svými potřebami a starostmi. Jiní na sebe upozorňují všemi možnými způsoby. Pokud si zdravotník občas uvědomí, že by se mohl ocitnout na místě pacienta, snáze chápe, že nemocnému nebývá do smíchu, není dobře naladěný a někdy může být i trochu protivný.

Ačkoliv je chování pacientů, zejména během hospitalizace, rozličné, většina dává najevo totéž: „Jsem nemocný, vyděšený, v této roli se necítím dobře.“ Pro pacienta je výhodou, když zdravotní sestra umí takové „volání o pomoc“ vnímat a včas podat pomocnou ruku – byť třeba jen tím, že se mile usměje, chvíli si s pacientem povídá, ubezpečí ho, že na své problémy není sám. Magistra Jana Vechetová ve svém článku k tomu poznamenává: *Je na každém lékaři, sestře, pedagogovi, sociálním pracovníkovi, psychologovi či příslušníkovi jiné pomáhající profese, zda se vypraví s klientem na cestu uvědomování si a naplňování jeho potřeb, a povede jej tak k objevení pravých rozměrů jeho zcela konkrétního lidství* [10, s. 59].

Použitá literatura

- [1] KOZIEROVÁ, Barbara, ERBOVÁ, Lenora a OLIVIERIOVÁ, Rita: *Ošetrovatelstvo. 1. sv. Koncepcia, ošetrovateľský proces a prax.* 1. slov. vyd. Martin : Osveta, 1995. 31, 836 s. ISBN 80-217-0528-0.
- [2] MASTILIAKOVÁ, Dagmar: *Úvod do ošetrovatelství.* 1. díl. Systémový přístup. 1. vyd. Praha : Nakl. Karolinum, 2002. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
- [3] KÖNIGSMARKOVÁ, Ivana: Koncepce porodní asistence. 9. 9. 2001 ke schvál. výboru České asociace porod. asistentek v Praze. [viz též www.capacz.cz/documents/koncepce.htm]*
- [4] *Gynekologie a porodnictví. Učebnice pro lékařské fakulty.* 1. vyd. Praha : Avicenum 1987. 380 s. Naps. prof. MUDr. Anton Pontůch, CSc., et al.
- [5] HÁJEK, Zdeněk et al.: *Rizikové a patologické těhotenství.* Praha : Grada Publishing, 2004. 443 s.
- [6] HRODEK, Otto, VAVŘINEC, Jan et al.: *Pedatrie.* 1. vyd. Praha : Galén, 2002. 767 s. ISBN 80-7262-178-5.
- [7] HARTL, Pavel: *Psychologický slovník.* 1. vyd. Praha : Nakl. Budka, 1993. 297 s. ISBN 80-901549-0-5.
- [8] *Slovník cizích slov.* 2. dopl. vyd. Praha : Encyklop. dům, 1996. 366 s. ISBN 80-90-1647-8-1.
- [9] *Akademický slovník cizích slov.* 1. vyd. Praha : Academia, 1997. 834 s. ISBN 80-200-0607-9.
- [10] *Nové universum. Všeobecná encyklopedie.* 1. vyd. Praha : Euromedia Group, 2003. 1303 s. ISBN 80-242-1069-X.
- [11] KŘIVOHLAVÝ, Jaro: *Psychologie nemoci.* Praha : Grada Publishing, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
- [12] Holismus. www.volny.cz/homeopatie/holismus.htm, viz též <http://homeopatie.zapisnik.cz/holismus.htm> (19. 7. 2005)
- [13] MASTILIAKOVÁ, Dagmar: *Holistické přístupy v péči o zdraví* 1. vyd. Brno : Institut pro další vzděl. prac. ve zdravot. 1999. 164 s. ISBN 80-7013-277-9.
- [14] ARCHALOUSOVÁ, Alexandra: *Přednášky teorie ošetrovatelství.* 2003. Nepublikováno.
- [15] VECHETOVÁ, Jana: Holistický a integrálně-antropologický pohled na potřeby člověka. *Ošetrovatelství*, 4, 2002, č. 3–4, s. 58–59. ISSN 1212-732X.
- BRACHFELD, Karel a ČERNAYOVÁ, Elena: *Pediatric 1.* 1. vyd. Praha : Avicenum 1980. 265 s.
- ČSN ISO 690. *Dokumentace. Bibliografické citace.* Prosinec 1996. 31 s.
- DOENGES, Marilyn E., MOORHOUSE, Mary Frances: *Kapesní průvodce zdravotní sestry.* 2., přeprac. a rozš. vyd. Praha : Grada Publishing, 2001. 565 s.

EGER, Ludvík: Stres. *ProFem*, 2004, č. 6, s. 36–38. ISSN 1214-7168.

EGER, Ludvík: Stres. 2. díl. *ProFem*, 2005, č. 1, s. 32–35. ISSN 1214-7168.

HOUŠTĚK, Josef, KUBÁT, Kamil a RUBÍN, Antonín: *Dětské lékařství*. 1. vyd. Praha : Avicenum, 1976. 517 s.

Holismus. <http://homeopatie.zapisnik.cz/holismus.htm> (19. 7. 2005).

ILGNER, Miroslav: Holistická medicína. <http://www.volny.cz/homeopatie>.

Jan Bělehrádek a jeho cesta ke svobodě ducha. Ed. Věra Linhartová. 1. vyd. Praha : Galén, 2003. 357 s. ISBN 8072622129 (viz též <http://www.e-kompas.cz>).

JERIE, Pavel: Holismus a Jan Bělehrádek. In *Jan Bělehrádek a jeho cesta ke svobodě ducha*. Ed. Věra Linhartová. 1. vyd. Praha : Galén, 2003. 357 s. ISBN 8072622129.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro a PEČENKOVÁ, Jaroslava: *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha : Grada Publishing, 2005. 78 s. ISBN 80-247-0784-5.

PRAŠKO, Ján: *Jak se zbavit napětí, stresu a úzkosti*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2002. 201 s. ISBN 80-2470-185-5

Pravidla českého pravopisu s Dodatkem MŠMT ČR. 1. vyd. s Dodatkem. Praha : Academia 2001. 391 s. ISBN 80-200-0475-0.

PTÁČEK, Michal: *Češtinářský rádce*. 1. vyd. Náchod : Manuál, 1996. ISBN 80-901824-3-7.

Rodička a novorozenec 2004. [Statistická ročenka. 1. vyd.] Praha : Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2006. [120 s.] ISSN 1213-2683, ISBN 80-7280-519-3. (www.uzis.cz)

Slovník spisovné češtiny pro školu a veřejnost. 2. oprav. a dopl. vyd. Praha : Academia, 2000. 647 s. ISBN 80-200-0493-9.

Související literatura

ADAMÍROVÁ, Jiřina: *Gynegymnastika*. Praha : Vašut Jan, 1999. 125 s. [fot. Zdeněk Lhoták, ilustr. Ivana Kubíková]. ISBN 80-7236-064-7.

BLOCH, S.: Moses Maimonides' contribution to the biopsychosocial approach in clinical medicine. *The Lancet*, 2001, 358, p. 829–832.

HARTL, Pavel a HARTLOVÁ, Helena: *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha : Portál, 2000. 774 s. ISBN 80-7178-303-X.

KRIEGER, D.: *Foundations for Holistic Health Nursing Practices : The Renaissance Nurse*. Philadelphia : J. B. Lippincott Co., 1981.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro: *Jak neztratit nadšení*. 1. vyd. Praha : Grada 1998. 131 s. ISBN 80-7169-551-3.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro: *Jak si navzájem lépe porozumíme. Kapitoly z psychologie sociální komunikace*. 1. vyd. Praha : Svoboda, 1988. 235 s.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro: *Konflikty mezi lidmi*. 2. přeprac. vyd., v Portálu 1. vyd. Praha : Portál, 2002. 189 s. ISBN 80-7178-642-X.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro: *Pozitivní psychologie*. 1. vyd. Praha : Portál, 2004. 195 s. ISBN 80-7178-835-X.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro: *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha : Portál, 2003. 279 s. ISBN 80-7178-551-2.

MACKŮ, František: *Gynekologie*. [Skripta.] 2. přeprac. vyd. Praha : Karolinum, 1996. 273 s. ISBN 80-7184-294-X.

Ošetřovatelství. Teorie a praxe moderního ošetřovatelství. Universitas Carolina, Facultas medica. 1999-. Hradec Králové : UK. ISSN 1212-723X.

PALOUŠ, Radim: *Totalismus a holismus*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 1997. 148 s. ISBN 80-7184-281-8.

PAYNE, Jan: *Klinická etika*. Praha : Triton, 1992. 118 s. ISBN. 80-900904-2-7.

PAYNE, Jan: *Kvalita života a zdraví*. Praha : Triton, 1992. 629 s. ISBN. 80-7254-657-0.

SCHMIDBAUER, Wolfgang: *Psychická úskalí pomáhajících profesí*. Praha : Portál, 2000. 171 s. ISBN 80-7178-312-9.

SMITH, M. P.: The Nef Frontier *RNABC News* (Registered Nurses Association of British Columbia), 1984 (August), 16, p. 5.

SMUTS, Jan Christiaan: *Holism and Evolution*. New York : Macmillan Co., 1926.

TOURNIER, Paul: *Krankheit und Lebensprobleme*. 8. Hrsg. Basel : Schwabe, 1987.

TRACHTOVÁ, Eva et al.: *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. Brno : Institut pro další vzděl. prac., 2001. 185 s. ISBN 80-7013-324-8.

VÁGNEROVÁ, Marie: *Psychopatologie pro pomáhající profese. Variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha : Portál, 2002. 444 s. ISBN 80-7178-678-0.

VOLF, V. a VOLFOVÁ, H.: *Pediatric*. 3. dopl. vyd. Praha : Informatorium 2003. 112 s. ISBN 80-7333-021-0.

Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). *Sbírka zákonů*, 2004, částka 30.

*Informace nepřejaté či nezískané de visu uvádím v hranatých závorkách.

Seznam tabulek v textu

Tab. 1	Stupnice sociálního přizpůsobení	19
Tab. 2	Vztah mezi skóre životních změn a rizikem vzniku onemocnění	20
Tab. 3	Potřeby biologické a jejich diagnostika	29
Tab. 4	Potřeby sociální a jejich diagnostika	32
Tab. 5	Potřeby emocionální a jejich diagnostika	34
Tab. 6	Potřeby kognitivní a jejich diagnostika	36
Tab. 7	Potřeby kognitivní a jejich diagnostika	38
Tab. 8	Věk matky	43
Tab. 9	Nejvyšší ukončené vzdělání	44
Tab. 10	Rodinný stav	45
Tab. 11	Počet porodů	46
Tab. 12	Gestační týden porodu	47
Tab. 13	Životní změny	48
Tab. 14	Skóre životních změn u jednotlivých pacientek	49
Tab. 15	Průměrné skóre životních změn	50
Tab. 16	Počet jednotlivých změn	51

Seznam grafů v textu

Graf 1	Porovnání věku mezi oběma skupinami	43
Graf 2	Porovnání nejvyššího ukončeného vzdělání mezi skupinami	44
Graf 3	Porovnání rodinného stavu mezi skupinami	45
Graf 4	Porovnání počtu porodů mezi oběma skupinami	46
Graf 5	Gestační týden porodu	47
Graf 6	Porovnání skóre životních změn	49
Graf 7	Porovnání průměrného skóre životních změn	50
Graf 8	Porovnání počtu změn	51

PŘÍLOHY

DOTAZNÍK PRO MATKY

ANONYMNÍ DOTAZNÍK

Milá maminko,

studuji bakalářské studium Ošetrovatelství na Lékařské fakultě v Hradci Králové Univerzity Karlovy v Praze. Moje závěrečná práce je věnována problematice životních změn během těhotenství. Proto Vás prosím o laskavé a pravdivé vyplnění tohoto dotazníku. Výsledky mého výzkumu budou použity pro zkvalitnění péče o těhotné ženy. Samozřejmostí výzkumu je přísná anonymita a důvěrnost všech informací.

Předem děkuji za ochotu a spolupráci.

Jana Morávková

studentka 4. ročníku Ošetrovatelství

POKYNY PRO VYPLNĚNÍ: Po vyplnění anamnestických údajů si pečlivě prostudujte tabulku životních změn. Změny, které jste **v posledním roce zažila**, označte křížkem. Pokud jste některou změnu zažila vícekrát, připište, prosím, počet. Po pečlivém vyplnění dotazník vraťte pověřené osobě. Děkuji Vám.

ANAMNESTICKÉ ÚDAJE:

1. Věk:

- do 20 let
 21–25 let
 26–30 let
 31–35 let
 nad 35 let
-

2. Nejvyšší ukončené vzdělání:

- základní
 střední odborné (vyučena)
 úplné středoškolské s maturitou
 vyšší odborné
 vysokoškolské
-

3. Rodinný stav:

- vdaná
 rozvedená
 svobodná
 vdova
-

4. Počet porodů:

- jeden
 dva
 tři
 více
-

5. Vaše miminko se narodilo:

- předčasně
 do 28. týdne těhotenství
 28.–32. týden těhotenství
 33.–35. týden těhotenství
 36.–37. týden těhotenství
 v termínu porodu
(38.–42. týden)

Životní událost	
1.	Úmrtí partnera, dítěte
2.	Rozvod
3.	Odloučení partnerů
4.	Úmrtí blízkého člena rodiny
5.	Vlastní vážný úraz, nemoc
6.	Hospitalizace
7.	Amniocentéza (odběr plodové vody)
8.	Svatba
9.	Propuštění ze zaměstnání
10.	Smíření partnerů
11.	Změny ve způsobu chování člena rodiny (alkohol, drogy...)
12.	Nechtěné těhotenství
13.	Sexuální potíže
14.	Získání nového člena rodiny
15.	Úmrtí blízkého přítele, přítelkyně
16.	Změna finančních podmínek
17.	Přípravy na rodičovství (kojenecká výbava, zařízení pokoje...)
18.	Změna v počtu hádek s partnerem
19.	Negativní přístup partnera k těhotenství
20.	Úvěr či splátka přesahující 100 000,- Kč
21.	Zabavení majetku pro nezaplacené splátky či úvěr
22.	Změna odpovědnosti v zaměstnání
23.	Syn nebo dcera opouští domov
24.	Potíže s tchánem či tchýní, s rodiči
25.	Vynikající osobní výsledky
26.	Manžel začal nebo přestal pracovat
27.	Změna životních podmínek, potíže s bydlením
28.	Změna osobních návyků
29.	Potíže v zaměstnání
30.	Změna bydliště
31.	Přerušování školy
32.	Změna v rekreačních aktivitách
33.	Změna v církevních aktivitách
34.	Změna ve společenských aktivitách
35.	Splátky nebo úvěr do 100 000,- Kč
36.	Změna spánkových návyků
37.	Změna počtu rodinných setkání
38.	Změna stravovacích návyků
39.	Dovolená
40.	Vánoce
41.	Malé porušení zákona

PŘÍLOHA B

TABULKA ŽIVOTNÍCH ZMĚN VČETNĚ SKÓRE JEDNOTLIVÝCH ZMĚN

100	Úmrtí partnera, dítěte
73	Rozvod
65	Odloučení partnerů
63	Úmrtí blízkého člena rodiny
53	Vlastní vážný úraz, nemoc
52	Hospitalizace
52	Amniocentéza (odběr plodové vody)
50	Svatba
47	Propuštění ze zaměstnání
45	Smíření partnerů
44	Změny ve způsobu chování člena rodiny (alkohol, drogy...)
40	Nechtěné těhotenství
39	Sexuální potíže
39	Získání nového člena rodiny
38	Úmrtí blízkého přítele, přítelkyně
38	Změna finančních podmínek
37	Přípravy na rodičovství (kojenecká výbava, zařízení pokoje...)
35	Změna v počtu hádek s partnerem,
35	Negativní přístup partnera k těhotenství
31	Úvěr či splátka přesahující 100 000,-Kč
30	Zabavení majetku pro nezaplacené splátky či úvěr
29	Změna odpovědnosti v zaměstnání
29	Syn nebo dcera opouští domov
29	Potíže s tchánem či tchýní, s rodiči
28	Vynikající osobní výsledky
26	Manžel začal nebo přestal pracovat
25	Změna životních podmínek, potíže s bydlením
24	Změna osobních návyků
23	Potíže v zaměstnání
20	Změna bydliště
20	Přerušování školy
19	Změna v rekreačních aktivitách
19	Změna v církevních aktivitách
18	Změna ve společenských aktivitách
17	Splátky nebo úvěr do 100 000,- Kč
16	Změna spánkových návyků
15	Změna počtu rodinných setkání
15	Změna stravovacích návyků
13	Dovolená
12	Vánoce
11	Malé porušení zákona

ŽIVOTNÍ ZMĚNY USPOŘÁDANÉ DLE ČETNOSTI VÝSKYTU

Životní změny u žen, které porodily předčasně

počet žen udávajících změnu	životní změna
65	PŘÍPRAVY NA RODIČOVSTVÍ (KOJENECKÁ VÝBAVA, ZAŘÍZENÍ POKOJE...)
38	ZMĚNA STRAVOVACÍCH NÁVYKŮ
36	VÁNOCE
33	ZMĚNA SPÁNKOVÝCH NÁVYKŮ
32	AMNIOCENTÉZA (ODBĚR PLODOVÉ VODY)
26	ZMĚNA V REKREAČNÍCH AKTIVITÁCH
24	ZMĚNA BYDLIŠTĚ
24	DOVOLENÁ
21	ZMĚNA ŽIVOTNÍCH PODMÍNEK, POTÍŽE S BYDLENÍM
20	ZMĚNA FINANČNÍCH PODMÍNEK
20	POTÍŽE S TCHÁNEM ČI TCHÝNÍ, S RODIČI
20	ZMĚNA VE SPOLEČENSKÝCH AKTIVITÁCH
18	SVATBA
18	ZMĚNA OSOBNÍCH NÁVYKŮ
16	ÚVĚR ČI SPLÁTKA PŘESAHUJÍCÍ 100 000,- Kč
12	NECHTĚNÉ TĚHOTENSTVÍ
12	ZMĚNA ODPOVĚDNOSTI V ZAMĚSTNÁNÍ
12	ZMĚNA POČTU RODINNÝCH SETKÁNÍ
11	VLASTNÍ VÁŽNÝ ÚRAZ, NEMOC
10	ODLOUČENÍ PARTNERŮ
8	ZMĚNA V POČTU HÁDEK S PARTNEREM
8	MANŽEL ZAČAL NEBO PŘESTAL PRACOVAT
8	POTÍŽE V ZAMĚSTNÁNÍ
8	PŘERUŠENÍ ŠKOLY
8	SPLÁTKY NEBO ÚVĚR DO 100 000,- Kč
7	PROPUŠTĚNÍ ZE ZAMĚSTNÁNÍ
6	ÚMRTÍ BLÍZKÉHO ČLENA RODINY
5	ROZVOD
5	ZMĚNY VE ZPŮSOBU CHOVÁNÍ ČLENA RODINY (ALKOHOL, DROGY...)
5	NEGATIVNÍ PŘÍSTUP PARTNERA K TĚHOTENSTVÍ
5	VYNIKAJÍCÍ OSOBNÍ VÝSLEDKY
4	SEXUÁLNÍ POTÍŽE
4	ÚMRTÍ BLÍZKÉHO PŘÍTELE, PŘÍTELKYNĚ
3	SMÍŘENÍ PARTNERŮ
3	SYN NEBO DCERA OPOUŠTÍ DOMOV
3	MALÉ PORUŠENÍ ZÁKONA
2	ZÍSKÁNÍ NOVÉHO ČLENA RODINY
2	ZMĚNA V CÍRKEVNÍCH AKTIVITÁCH
1	ÚMRTÍ PARTNERA, DÍTĚTE
0	ZABAVENÍ MAJETKU PRO NEZAPLACENÉ SPLÁTKY ČI ÚVĚR

Životní změny u žen, které porodily v termínu porodu

počet žen udávajících změnu	životní změna
69	PŘÍPRAVY NA RODIČOVSTVÍ (KOJENECKÁ VÝBAVA, ZAŘÍZENÍ POKOJE...)
40	ZMĚNA SPÁNKOVÝCH NÁVYKŮ
40	VÁNOCE
29	ZMĚNA STRAVOVACÍCH NÁVYKŮ
23	ZMĚNA FINANČNÍCH PODMÍNEK
23	DOVOLENÁ
18	ÚVĚR ČI SPLÁTKA PŘESAHOJÍCÍ 100 000,- Kč
15	ÚMRTÍ BLÍZKÉHO ČLENA RODINY
14	AMNIOCENTÉZA (ODBĚR PLODOVÉ VODY)
14	ZMĚNA BYDLIŠTĚ
14	ZMĚNA V REKREAČNÍCH AKTIVITÁCH
12	SVATBA
12	ZMĚNA VE SPOLEČENSKÝCH AKTIVITÁCH
10	HOSPITALIZACE
10	POTÍŽE S TCHÁNEM ČI TCHÝNÍ, S RODIČI
10	ZMĚNA OSOBNÍCH NÁVYKŮ
8	PROPUŠTĚNÍ ZE ZAMĚSTNÁNÍ
8	SPLÁTKY NEBO ÚVĚR DO 100 000,- Kč
6	ZMĚNA ŽIVOTNÍCH PODMÍNEK, POTÍŽE S BYDLENÍM
6	ZMĚNA POČTU RODINNÝCH SETKÁNÍ
5	ZMĚNA V POČTU HÁDEK S PARTNEREM
5	VYNIKAJÍCÍ OSOBNÍ VÝSLEDKY
4	ZMĚNA ODPOVĚDNOSTI V ZAMĚSTNÁNÍ
3	SEXUÁLNÍ POTÍŽE
3	PŘERUŠENÍ ŠKOLY
2	ODLOUČENÍ PARTNERŮ
2	VLASTNÍ VÁŽNÝ ÚRAZ, NEMOC
2	ZMĚNY VE ZPŮSOBU CHOVÁNÍ ČLENA RODINY (ALKOHOL, DROGY...)
2	NECHTĚNÉ TĚHOTENSTVÍ
2	NEGATIVNÍ PŘÍSTUP PARTNERA K TĚHOTENSTVÍ
2	MANŽEL ZAČAL NEBO PŘESTAL PRACOVAT
2	POTÍŽE V ZAMĚSTNÁNÍ
1	ROZVOD
1	SMÍŘENÍ PARTNERŮ
1	ZÍSKÁNÍ NOVÉHO ČLENA RODINY
1	ÚMRTÍ BLÍZKÉHO PŘÍTELE, PŘÍTELKYNĚ
1	ZMĚNA V CÍRKEVNÍCH AKTIVITÁCH
1	MALÉ PORUŠENÍ ZÁKONA
0	ÚMRTÍ PARTNERA, DÍTĚTE
0	ZABAVENÍ MAJETKU PRO NEZAPLACENÉ SPLÁTKY ČI ÚVĚR
0	SYN NEBO DCERA OPOUŠTÍ DOMOV

KASUISTIKY

Pro kasuistiky byly vybrány matky z gynekologické ambulance v Dobrušce, kde pracuji pět let. Neboť všechny klientky znám, byla jejich důvěra větší, a proto jsou kasuistiky autentičtější a úplnější. Tyto případy mi byly prvním impulzem k volbě tématu empirické části bakalářské práce.

Kasuistika č. 1

Paní M. H., 30 let, tercigravida, 2 synové, 7 a 9 let, vdaná, vyučená, žije na malém městě.

Klientka přišla do prenatální poradny v 6. týdnu gravidity. Miminko si přála – chtěla by ještě holčičku. Manžel její nadšení příliš nesdílel, další dítě si nepřál. Klientka si přes protesty manžela dítě ponechala. Zůstala v pracovní neschopnosti kvůli dojíždění do zaměstnání. Ve 12. týdnu gravidity manžel klientky přišel o práci, žádné další zaměstnání nehledal. Rodina začala mít finanční problémy. Tento stav částečně pomáhali řešit rodiče klientky občasnou finanční výpomocí. Manžel začal stále častěji navštěvovat pohostinství, často se vracel v podnapilém stavu. Klientka i přes tyto problémy zvládala svou graviditu dobře, na dítě se těšila. Po pozitivním výsledku screeningového vyšetření na alfa-fetoprotein byla klientce doporučena amniocentéza, kterou podstoupila v 19. týdnu gravidity. Výsledek vyšetření plodové vody byl negativní. V rodině partnerky docházelo k stále častějším hádkám a sporům. Ve 24. týdnu těhotenství podnapilý manžel klientku fyzicky napadl. Ta musela být ošetřena a poté hospitalizována na gynekologickém oddělení. Těhotenství probíhalo bez větších obtíží dále. Po propuštění se klientka i s dětmi přestěhovala ke svým rodičům. Další kontakt s partnerem klientka omezila na minimum. V prenatální poradně v 34. týdnu neudávala žádné subjektivní potíže. I objektivní nález byl fyziologický. Po 5 dnech žena předčasně porodila. Narodil se syn 2050 g a 44 cm. Po měsíční hospitalizaci na oddělení dětí s nízkou porodní hmotností byl i s matkou v dobrém stavu propuštěn domů.

V současné době je chlapci 5 měsíců, je bez obtíží. Žena podala žádost o rozvod, žije se svými rodiči.

Skóre životních změn klientky M. H. činilo dle jí vyplněného dotazníku 525 jednotek.

Kasuistika č. 2

Paní M. S., 19 let, primipara, vdaná, zdravotní sestra, žije na vesnici.

Klientka přišla do prenatální poradny pět dnů po vynechání pravidelné menstruace. Měla pozitivní těhotenský test z moči. Lékař po ultrazvukovém vyšetření diagnostikoval graviditu stáří 5. týdne. Klientka měla z těhotenství velikou radost. „S partnerem se pokoušeli o miminko už skoro rok.“ Po 14 dnech přišla žena požádat o pracovní neschopnost, trpěla nauzeou a zvracením. Během 1. trimestru změnila bydliště, přestěhovala se k partnerovi. Pro pozitivní výsledek screeningového vyšetření na alfa-fetoprotein podstoupila žena amniocentézu. Přibližně ve 22. týdnu těhotenství se klientka vdala. S manželem začali přestavovat podkroví v domku jeho rodičů. Byli nuceni vzít si hypotéku ve výši 400 000 Kč. V této době začala mít obtíže s tchýní, která jim „do všeho mluvila“. Žena se snažila připomínky akceptovat a nedělat problémy v rodině, avšak přiznala, že ji velice stresovaly. Ve 30. týdnu gravidity jí zemřela babička. Ve 33. týdnu přišla klientka do prenatální poradny pro nepravidelné děložní stahy (do té doby probíhala gravidita bez potíží). Lékař ji pro hrozící předčasný porod odeslal na gynekologické oddělení k hospitalizaci. Tam jí byla naordinována léčba tokolytiky. Její stav se však neupravil, po dvou dnech došlo u klientky k předčasnému odtoku vody plodové. Žena byla převezena na specializované pracoviště, kde další den porodila dceru 1500 g a 43 cm. V současné době (6 měsíců po porodu) je žena v pořádku, dcera prospívá dobře, zatím se neprojevíly žádné komplikace předčasného porodu.

Skóre životních změn klientky M. S. činilo dle jí vyplněného dotazníku 446 jednotek.

Kasuistika č. 3

Paní A. L., 32 let, sekundigravida, syn 14 let, vdaná, úřednice, žije na malém městě.

Klientka přišla do prenatální poradny v 9. týdnu gravidity. Její manželství již delší dobu nefungovalo, žena měla dva roky přítele, kterého milovala. Z těhotenství nebyla příliš nadšená, rozhodla se však dítě si ponechat. Její přítel byl svobodný, bezdětný, miminko si velice přál. Žena po zvážení celé situace podala žádost o rozvod, chtěla si do porodu svůj život uspořádat.

V 11. týdnu gravidity byla klientka hospitalizována na gynekologickém oddělení pro hrozící samovolný potrat. Po třech týdnech hospitalizace se její stav upravil a žena byla propuštěna domů. V této době se přestěhovala i se synem z vesnice, kde dosud žila s man-

želem, ke svému příteli do garsoniéry ve městě. Asi ve 20. týdnu gravidity jí zemřela babička, kterou velice milovala.

Těhotenství v této době probíhalo bez potíží. Žena chodila do zaměstnání, svoji práci zvládala dobře. Začala pomalu nakupovat vybavičku. S přítelem se dohodli, že si vezmou půjčku (300 000 Kč) a pokusí se sehnat větší byt. To se jim asi po měsíci povedlo, takže se klientka ve 28. týdnu těhotenství znovu stěhovala.

Zdravotní stav klientky byl i nadále bez obtíží. Ve 34. týdnu gravidity žena nastoupila mateřskou dovolenou. Za deset dní po posledním vyšetření v prenatální poradně, kde nebyly zaznamenány žádné příznaky hrozícího předčasného porodu, došlo k předčasnému odtoku plodové vody. Pacientka byla převezena na specializované pracoviště a tam porodila dceru 2100 g a 45 cm.

V současné době (přibližně 1 rok po porodu) je žena i dítě v dobrém zdravotním stavu. Žena se rozvedla a posléze provdala za svého přítele. Svůj život nyní vnímá jako spokojený a šťastný.

*Skóre životních změn klientky A. L. činilo dle jí vyplněného dotazníku **340** jednotek.*

SOUHRN

Holismus v porodní asistenci. Teorie životních změn v péči o těhotnou ženu.

Práce věnovaná holismu v porodní asistenci se ve své teoretické části zabývá historií a vývojem holismu, dále pak jednotlivými holistickými přístupy. Následující kapitola obsahuje základní informace o fyziologii a patofyziologii těhotenství, porodu a novorozence. Teoretickou část uzavírá kapitola věnovaná potřebám těhotné ženy z holistického pohledu.

Empirická část se zabývá teorií životních změn a vlivem významných životních událostí na riziko předčasného porodu. Výzkum byl prováděn ve skupině 100 žen, které předčasně porodily, a v adekvátní skupině žen, které porodily v termínu porodu.

RESSUMÉ

Holism in the Birthassistantancy. Theory of Life Changes in Nursing for the Pregnant Woman.

The work on holism in midwifery deals in its theoretical part with history and development of holism, further with particular holistic approaches. The next chapter contains basic information on physiology and pathophysiology of pregnancy, deliverance, and new-born baby. The theoretical part is closed by a chapter dealing with holistic point of view on pregnant women needs.

The empirical part deals with the theory of vital changes and with the influence of significant events in women's life on the risk of premature birth.