



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Specifika péče porodní asistentky o ženu s preeklampsií

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:
PORODNÍ ASISTENCE

Autor: Žaneta Piklová

Vedoucí práce: Mgr. Romana Belešová

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou/diplomovou práci s názvem „*Specifika péče porodní asistentky o ženu s preeklampsií*“ jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 16.8.2017

.....

Žaneta Piklová

Poděkování

Především děkuji své vedoucí bakalářské práce Mgr. Romaně Belešové za odborné vedení, ochotu a za poskytnutí cenných rad, které mi pomohly při zpracování bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala všem respondentkám, které mi věnovaly svůj čas a informace pro zpracování bakalářské práce. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat mé rodině a partnerovi za podporu celého studia.

Specifika péče porodní asistentky o ženu s preeklampií

Abstrakt

Bakalářská práce s názvem Specifika péče porodní asistentky o ženu s preeklampií je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. Teoretická část se ze začátku věnuje samotnému těhotenství a jeho rozdělení na fyziologické, rizikové a patologické těhotenství. Dále je zde popisováno, co jsou rané gestózy, jak se projevují a jaké při nich vznikají potíže. V bakalářské práci jsou uvedeny také pozdní gestózy, jejich definice a kritéria pro jejich diagnostiku. Následně se teoretická část zabývá ženami s onemocněním preeklampsie, kde je blíže preeklampsie popisována. Především je popisována její etiologie, příznaky, rizikové faktory, ale také její diagnostika a prevence. V teoretické části je zmíněna péče, kterou poskytují porodní asistentky ženám s preeklampií, jsou zde uvedeny a popsány komplikace, které se mohou u těhotných žen s onemocněním preeklampsie objevit. Závěr teoretické práce zahrnuje definici edukace a její zásady a poté je popsána edukace těhotných žen s preeklampií porodními asistentkami.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit a popsat specifickou péči porodních asistentek o ženy s preeklampií. Byly položeny dvě výzkumné otázky: Jakým způsobem poskytují péči porodní asistentky ženám s preeklampií? Jaká jsou očekávání žen při poskytování péče ze strany porodních asistentek?

Pro účely výzkumného šetření byla použita kvalitativní metoda, která byla provedena pomocí hlubokých individuálních polostrukturovaných rozhovorů. Ty byly vedeny s devíti těhotnými ženami s diagnózou preeklampsie a s osmi porodními asistentkami. Obě skupiny žen byly před začátkem rozhovoru informovány o tématu a byl jim objasněn účel rozhovoru. Těhotné ženy i porodní asistentky byly ujištěny o zachování anonymity a o nakládání se získanými informacemi dle etických práv a norem. Pro uskutečnění polostrukturovaného rozhovoru byly předem připravené otázky jak pro ženy s diagnózou preeklampsie tak pro porodní asistentky. V průběhu rozhovoru byly informace průběžně zapisovány a poté anonymizovány. Na základě analýzy dat metodou barvení textu byly vytvořeny hlavní kategorie a podkategorie (Švaříček, Šedřová, 2010).

U těhotných žen s diagnózou preeklampsie byly zvoleny tři hlavní kategorie. První kategorie nese název Očekávání žen, kde byla zvolena podkategorie Splnění

očekávání žen o porodních asistentkách. Druhá kategorie s názvem Informovanost žen měla podkategorie Informovanost těhotných žen s diagnózou preeklampsie. Třetí kategorie Potřeby žen, měla podkategorie Narušené potřeby a Snaha porodních asistentek o uspokojení narušené potřeby.

Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že u osmi z devíti těhotných žen bylo splněno očekávání ze strany porodních asistentek. Pozornost výzkumného šetření byla zaměřena také na informovanost těhotných žen s preeklampsií porodními asistentkami. Zjistilo se, že osm těhotných žen získalo dostačující informace od porodních asistentek a jedna těhotná žena si informace dohledávala na internetu. Pozornost výzkumného šetření byla věnována také narušeným potřebám u těhotných žen. Většina těhotných žen upozorňovala na stesk po rodině a lítost, že s ní nemohou trávit čas. Byla sledována snaha porodních asistentek ohledně uspokojení narušené potřeby u těhotných žen s diagnózou preeklampsie. Prokázalo se, že úplné uspokojení narušené potřeby pocítily dvě těhotné ženy (R3, R4) a těhotné ženy (R1, R2, R5, R6, R7, R8, R9) pocítily pouze částečné uspokojení narušené potřeby.

U porodních asistentek byly zvoleny dvě hlavní kategorie. První kategorie s názvem Znalosti porodních asistentek se zaměřila na to, zda porodní asistentky mají znalosti ohledně symptomů preeklampsie a zda znají její komplikace. Druhá kategorie Poskytnutí péče se zaměřovala na specifickou péči porodních asistentek o těhotné ženy s preeklampsií a na potřeby těhotných žen.

Výzkum ukázal, že čtyři porodní asistentky (PA1, PA3, PA4, PA7) uvedly tři základní symptomy preeklampsie a to hypertenzi, proteinurii a edémy. Další dvě porodní asistentky (PA2, PA5) uvedly jako hlavní symptomy hypertenzi v kombinaci s proteinurií. A dvě porodní asistentky (PA6, PA8) odpověděly, že mezi hlavní symptomy patří hypertenze, proteinurie, edémy a bolest v oblasti epigastria. Dále byly zjišťovány nejčastější komplikace preeklampsie, ke kterým patří eklampsie či eklamptický záchvat s následným kómatem, HELLP syndrom a DIC. Z výzkumného šetření vyplynulo, že za specifickou péči u těhotných žen s preeklampsií porodní asistentky považují časté měření TK, klidový režim pacientky a šero na pokoji. Ukázalo se, že jako nejčastěji narušenou potřebu pacientek porodní asistentky uvádějí lásku a pocit sounáležitosti. Dvě porodní asistentky z osmi se nesnažily o navrácení narušené potřeby.

Klíčová slova: Porodní asistentka; těhotná žena; preeklampsie; edukace; péče

Specifics of Midwife Care for a Woman With Preeclampsia

Abstract

The bachelor thesis is called Specifics of Midwife Care for a Woman with Preeclampsia. The thesis is divided into the theoretical and research part. The theoretical part is devoted to pregnancy itself and its division into physiological, risky and pathological pregnancy. It also describes morning gestosis, what are its difficulties and how it manifests itself. This bachelor thesis also deals with late gestosis, with its definition and with criteria for its diagnosis. Subsequently, the theoretical part deals with women with preeclampsia, where preeclampsia is described. Above all it describes, its etiology, symptoms, risk factors as well as its diagnosis and prevention. In the theoretical part, the care provided by the midwife for a woman with preeclampsia is shown. Also, the theoretical work presents and describes complications that can occur during pregnancy with preeclampsia. The termination of the theoretical work involves the education of a woman with preeclampsia by a midwife, where the definition of education is illustrated and its principles are described.

This bachelor's thesis goal is to find out what is included in the specific care of midwives for a woman with preeclampsia. Two research questions have been asked: How do midwives provide care to women with preeclampsia? What are the expectations of pregnant women in provided midwifery care?

A qualitative research survey was carried out using deep individual semi-structured interviews. These were conducted with nine pregnant women diagnosed with preeclampsia and with eight midwives. Pregnant women diagnosed with preeclampsia as well as midwives were informed about the topic before the interview and were explained the purpose of the interview. Pregnant women and midwives have been assured to maintain anonymity and to handle the information obtained in accordance with ethical rights and standards. For the semi-structured interview, prepared questions were planned for both women diagnosed with preeclampsia and midwives. In the course of the interview, the information was continuously written and then anonymized. On the basis of the information obtained, the interview was divided into categories and their subcategories.

Three main categories were selected for pregnant women with preeclampsia. The first category carries the Expectation of women, with subcategory Fulfilling

Women's Expectations from the Midwife. The second category Women's Knowledge focused on the information received by pregnant women with preeclampsia from midwives or how they searched for information. The third category identified the need for a pregnant women with preeclampsia and whether obstetricians' efforts were obvious to return disrupted needs.

The survey found out that eight out of nine pregnant women came up to expectations with midwives work. Research also focuses on the information about preeclampsia which were given to the pregnant women by midwives. It turned out that eight pregnant women received sufficient information from midwives, but one pregnant woman searched for additional information on the Internet. The focus of the research was also on the disrupted needs of pregnant women. Most pointed out sadness and regret that they could not spend time with their families. In addition, the midwife's efforts to recover the disrupted needs were followed. It turned out that two pregnant women (R3, R4) felt a complete return from the discomfort, and the rest of the pregnant women only felt a partial return from the disrupted need.

Two main categories were selected for midwives. The first category, called Knowledge of Midwives, focuses on whether midwives can describe the symptoms of preeclampsia and its complications. The second category Care Provision focuses on the specific care of midwives for pregnant women with preeclampsia and their needs.

The research, showed that four midwives (PA1, PA3, PA4, PA7) described three basic symptoms of preeclampsia: hypertension, proteinuria and edema. Two other midwives (PA2, PA5) only reported hypertension in combination with proteinuria, The remaining two midwives described three basic symptoms plus epigastric pain. It was also found that the most frequently reported complications were eclampsia, HELLP syndrome, DIC or eclamptic seizure with subsequent coma. The research also revealed that the specific care for pregnant woman with preeclampsia provided by midwives involves frequent blood pressure, measurement, sleeping regime, shade in the room, knocking on the door and fulfilling doctor's orders. Also, research has shown that the most disturbed need for midwives is love and sense of belonging, but two midwives out of eight do not try to recover the disrupted need.

Key words: midwife; pregnant woman; preeclampsia; education; care

Obsah

Úvod

1	SOUČASNÝ STAV	10
1.1	Charakteristika těhotenství	10
1.1.1	Klasifikace fyziologického těhotenství	11
1.1.2	Klasifikace rizikového těhotenství	12
1.1.3	Klasifikace patologického těhotenství	13
1.2	Rané gestózy	14
1.3	Pozdní gestózy	15
1.3.1	Preeklampsie	15
1.3.2	Etiologie preeklampsie	16
1.3.3	Symptomy preeklampsie	17
1.3.4	Rizikové faktory preeklampsie	17
1.3.5	Klasifikace hypertenze	18
1.3.6	Diagnostika preeklampsie	19
1.3.7	Péče porodní asistentky o ženu s diagnózou preeklampsie	20
1.3.8	Prevence preeklampsie	22
1.3.9	Komplikace preeklampsie	23
1.3.10	Péče porodní asistentky o ženu po S.C.	25
1.3.11	Potřeby těhotné ženy	27
1.4	Edukace porodní asistentky u ženy s diagnózou preeklampsie	28
2	CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	30
2.1	Cíl práce	30
2.2	Výzkumné otázky	30
2.3	Operacionalizace pojmů	30
3	METODIKA	31
3.1	Použitá metodika	31
3.2	Charakteristika výzkumného souboru	32
3.2.1	Charakteristika výzkumného souboru žen s diagnózou preeklampsie	32
3.2.2	Charakteristika výzkumného souboru u porodních asistentek	33
4	VÝSLEDKY VÝZKUMU	35
4.1	Kategorizace dat získaných od žen s diagnózou preeklampsie	35
4.2	Kategorizace dat získaných od P.A.	40
5	DISKUZE	46
6	ZÁVĚR	51

7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	52
8	PŘÍLOHY.....	57
9	SEZNAM CIZÍCH SLOV.....	63
10	SEZNAM ZKRATEK.....	65

Úvod

Těhotenství je krásné období od početí do porodu, ale může nést mnohá rizika pro těhotnou ženu i pro její plod. Těhotná žena se musí vyrovnat s fyzickými a psychickými změnami, které jsou spojeny s těhotenstvím. Některé ženy se cítí v graviditě lépe, jiné ženy se na graviditu adaptují hůře.

Jedno z onemocnění, které by se mohlo objevit v těhotenství je tzv. pozdní gestóza, neboli preeklampsie. Toto onemocnění je vyvoláno samotnou graviditou, proto se u netěhotných žen nevyskytuje.

Preeklampsie je multiorgánové onemocnění, které postihuje životně důležité orgány jako například ledviny, játra, mozek či placentu. Vyskytuje se převážně u primipar po 20. týdnu těhotenství.

Jako doprovázejícím příznakem preeklampsie u těhotné ženy je hypertenze v kombinaci s proteinurií a edémy. Příčina vzniku preeklampsie není zcela jasná, ale za velmi pravděpodobnou (příčinu) se považuje abnormální placentace a dysfunkce endotelu. Preeklampsii můžeme rozdělit na lehkou a těžkou. Preeklampsie je velmi závažné onemocnění a při jejím zanedbání může dojít ke zhoršení stavu a vzniku eklamptického záchvatu, který může ohrozit těhotnou ženu i její plod na životě, proto je velmi důležité včasné zachycení a určení diagnózy.

K určení této diagnózy může dojít již v prenatalní poradně při pravidelných kontrolách, na které by měla těhotná žena v určitých intervalech docházet. V prenatalních poradnách se proto těhotné ženě dělá pravidelná a nepravidelná vyšetření. Po zjištění preeklampsie v těhotenství je těhotná žena individuálně monitorována, dle doporučení lékaře. Pokud je nutná u těhotné ženy hospitalizace, je uložena na oddělení rizikového těhotenství, kde o těhotnou ženu pečuje porodní asistentka. V průběhu hospitalizace porodní asistentka monitoruje těhotné ženě krevní tlak, edémy, proteinurii a sleduje její psychický stav. Pokud porodní asistentka zaznamená zhoršení stavu u těhotné ženy s preeklampií, hlásí změny zdravotního stavu lékaři, který zhodnotí stav těhotné ženy, a eventuálně ji přeřadí do jiné skupiny těhotenství.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Charakteristika těhotenství

Těhotenství je období, které začíná splynutím pohlavních buněk, pokračuje vývojem plodu v organismu těhotné ženy a končí porodem plodu (Slezáková et al., 2011). Co se týče délky gravidity, literatura se shoduje. Hájek et al. (2014) říkají, že gravidita trvá 280 dní + - 14 dní. Dle Gregory a Velemínského ml. (2011) je průměrná délka gravidity 10 lunárních měsíců nebo 40 ukončených týdnů těhotenství, tedy 280 dní.

Dle Vlka et al. (2015) se průběh celého těhotenství dělí na tři trimestry. První trimestr se uvádí od početí do začátku 14. gestačního týdne, druhý trimestr se popisuje do 28. týdne těhotenství a třetí trimestr se počítá od 28. týdne těhotenství do porodu (Vlk et al., 2015). V ukončeném 42. týdnu těhotenství by měla být těhotná žena již po porodu (Gregora, Velemínský ml., 2011).

Stáří plodu se počítá od prvního dne poslední menstruace (Gregora, Velemínský ml., 2011). Ve 13. týdnu těhotenství lze stáří plodu upřesnit ultrazvukovým vyšetřením (Gregora, Velemínský ml., 2011).

Dle Roztočila et al. (2008) je možné průběh oplodnění rozdělit do tří fází zvaných fertilizace, implantace a nidace, po kterých začíná samotný vývoj plodového vejce.

Fertilizace je proces oplodnění vajíčka, ke kterému dochází ve vejcovodu, kam se pomocí pohybů bičíkem dostává spermie a po splynutí s vajíčkem vzniká zygota (Roztočil et al., 2014). Hájek et al. (2014) popisují, že po splynutí pohlavních buněk se obnoví celkový neboli diploidní počet chromozomů, jaký mají ostatní buňky v těle, které obsahují genetický kód (genotyp) jak matky, tak otce dítěte.

Splynutí pohlavních buněk probíhá nejčastěji ve vejcovodu v ampule, což je nejprostornější část, kde proniká spermie do vajíčka a tím vzniká buňka, která se nazývá zygota (Hájek et al., 2014). Zygota již obsahuje 46 chromozomů a to 46 XX (ženské pohlaví) nebo 46 XY (mužské pohlaví) (Kittnar et al., 2011). Tato buňka se za neustálého pohybu posouvá do dutiny děložní a postupně se rýhuje na 16 buněk zvaných morula (Hájek et al., 2014). Následně se mění na blastocytu, která obsahuje tekutinu mezi embryoblastem a trofoblastem a tím vytváří jednotnou dutinu (Sadler, 2011).

Hourová a Galambošová (2015) sdělují, že 6. den po oplodnění blastocysta niduje do transformované, kypré mateřské děložní sliznice, nejčastěji v oblasti děložního těla. Slezáková et al. (2011) navíc uvádějí proces implantace dokončený za 10 dnů.

Roztočil et al. (2008) uvádějí, že po procesu implantace se děložní sliznice dělí na deciduu capsularis (pokrývá blastocystu), dále na deciduu basalis (vyskytuje se mezi děložní stěnou a blastocystou) a deciduu parietalis (vyplňuje zbytek děložní dutiny). V pátém měsíci těhotenství je celá děložní dutina vyplněna plodovým vejcem, z čehož vyplývá, že decidua capsularis a parietalis se spojí a decidua basalis vytváří mateřskou část placenty (Roztočil et al., 2008).

1.1.1 Klasifikace fyziologického těhotenství

Fyziologické těhotenství je takové, u kterého se v prenatální poradně nezjistí gravidní ženě žádné rizikové faktory, které by mohly ohrožovat těhotnou ženu či její plod (Gregora, Velemínský ml., 2013).

V průběhu těhotenství je žena monitorována v prenatální poradně do 36. týdne těhotenství v intervalu 4 - 6 týdnů, dále od 37. týdne těhotenství jedenkrát za týden až do termínu porodu, pokud jsou všechny výsledky vyšetření těhotné ženy v normě (Unzeitig et al., 2015).

Prenatální poradna

Abychom dosáhli pozitivních výsledků v těhotenství, je zapotřebí těhotné ženě provádět v prenatální poradně vyšetření, která se rozdělují na pravidelná a nepravidelná (Hanáková et al., 2010). Gregora a Velemínský ml. (2013) zahrnují do pravidelného vyšetření zvažení těhotné ženy, pro zjištění hmotnostních přírůstků, měření krevního tlaku, vyšetření moči, které zajišťuje porodní asistentka a také zevní a vnitřní vyšetření těhotné ženy. V průběhu těhotenství shromažďuje lékař i porodní asistentka za pomoci rozhovoru s těhotnou ženou nové informace, tzn. neustálé zjišťování aktuálního stavu (Gregora, Velemínský ml., 2013).

Mezi nepravidelná vyšetření patří odběr krve, který zajišťuje porodní asistentka do 14. týdne těhotenství (Unzeitig et al., 2015). Z odběrů zjišťujeme hodnoty krevního obrazu (stanovení hematokritu a počtu erytrocytů, leukocytů, trombocytů a hladinu hemoglobinu), Rh faktoru, screening nepravidelných antierytrocytárních protilátek, syfilis, HIV či přítomnost žloutenky u těhotné ženy, se také vyšetřuje cukr v krvi na lačno (Unzeitig et al., 2015). Ľubušký et al. (2012) uvádějí, že se provádí ultrazvukové

vyšetření do 14. týdne těhotenství pro zjištění počtu plodů v děloze a jejich velikost (biometrie plodu). Další ultrazvukové vyšetření se dělá ve 20. – 22. týdnu těhotenství, kdy se znovu určí počet plodů v děloze, zkontroluje se vitalita plodu a provede se biometrie plodu, při kterém se měří parametry BPD, HC, AC a FL (Unzeitig et al., 2015). Dále se zjišťuje morfologie plodu, lokalizace placenty, zda nezasahuje do dolního děložního segmentu a také množství plodové vody (Unzeitig et al., 2015). Screening GDM (gestační diabetes mellitus) v těhotenství je dvoufázový, při čemž první se provádí do 14. týdne těhotenství a druhý ve 24. - 28. týdnu těhotenství (Andělová et al., 2016). Tento screening slouží k diagnostice GDM prostřednictvím oGTT (orální glukózový toleranční test), který podstupuje těhotná žena (Behinová et al., 2012). Tento test zajišťuje (včetně edukace) porodní asistentka (Behinová et al., 2012). Ve 27. – 32. týdnu těhotenství se opět nabírá těhotné ženě krev na syfilis, krevní obraz a na přítomnost protilátek u ženy, které vyšel Rh faktor v předešlém odběru negativní (Unzeitig et al., 2015). Další ultrazvukový screening se u těhotné ženy provádí ve 30. - 32. týdnu těhotenství, při čemž lékař vyšetřuje vitalitu a polohu plodu, lokalizaci placenty, množství plodové vody a biometrii plodu (Gregora, Velemínský ml., 2011). Mezi poslední vyšetření v 36. - 38. týdnu těhotenství se řadí odběr vaginorektálního vzorku, který slouží k detekci streptokoků skupiny B v pochvě (Hájek et al., 2014). Přibližně od 37. týdne těhotenství porodní asistentka točí těhotné ženě kardiokograf neboli non-stress test, který zaznamenává srdeční akci plodu a činnost dělohy těhotné ženě (Gregora, Velemínský., 2013). Slezáková et al. (2011) také uvádějí, že žena s fyziologickým těhotenstvím může docházet do termínu porodu do prenatální poradny, pokud má její obvodní gynekolog k dispozici kardiokograf na natáčení činnosti dělohy a srdeční akce plodu.

1.1.2 Klasifikace rizikového těhotenství

V průběhu prvního vyšetření v prenatální poradně obvodní gynekolog zjišťuje a shromažďuje anamnestické údaje o těhotné ženě, a poté následně vyhodnotí, zda má žena nějaké predispozice k rizikovému těhotenství (Skutilová, 2016). V průběhu těhotenství mohou nastat u těhotné ženy jisté nežádoucí změny zdravotního stavu, které jsou označovány za rizikové faktory, tzn. žena má rizikové těhotenství (Gregora, Velemínský ml., 2011).

Frekvence návštěv u obvodního gynekologa je závislá na aktuálním vývoji zdravotního stavu těhotné ženy (Unzeitig et al., 2015).

Gregora a Velemínský ml. (2013) popisují, že se žena řadí do rizikového těhotenství, pokud byl zjištěn nějaký rizikový faktor, ale těhotenství zatím probíhá normálně. Uvádějí se demografické rizikové faktory (výška pod 150 cm, těhotenství pod 17 let či nad 35 let), sociální rizikové faktory (drogy, alkohol, nechtěné těhotenství, nízká sociální vrstva), rizikové faktory související s nynějším těhotenstvím (Rh inkompatibilita, přítomnost cukru, bílkoviny v moči, vícečetné těhotenství, vcestné lůžko, poloha KP) (Gregora, Velemínský ml., 2011). Dále Behynová et al. (2011) publikují rizikové faktory jako chronické onemocnění těhotné ženy (hypertenze, diabetes mellitus, onemocnění ledvin apod.) nebo v minulosti prodělané operace na děloze.

Pokud je těhotná žena řazena do skupiny žen s rizikovým těhotenstvím, dochází do prenatální poradny dle uvážení a doporučení jejího obvodního gynekologa (Slezáková et al., 2011). V poradnách pro rizikově těhotnou ženu jsou přizpůsobeny rizikovému těhotenství natolik, aby těhotné ženě poskytovali adekvátní péči a monitorovali její zdravotní stav, dle jejího aktuálního stavu (Hanáková et al., 2010).

1.1.3 Klasifikace patologického těhotenství

Mezi rizikovou a patologickou graviditou není přesná hranice, která by tyto dvě skupiny přesně rozlišila, avšak za patologické těhotenství se udává chorobný stav v průběhu těhotenství, který se vyskytuje cca u 10 % těhotenství (Gregora, Velemínský ml., 2013). Pro klasifikaci tohoto stavu je charakteristická přítomnost patologických, klinických či laboratorních výsledků, které nám diagnostikují konkrétní patologii (Unzeitig et al., 2015).

Gregora a Velemínský ml. (2013) popisují, že patologie v těhotenství nese velké riziko jak pro těhotnou ženu, tak i pro její plod. Hanáková et al. (2010) uvádějí, že u některých žen mohla choroba již existovat, jako například cukrovka, srdeční onemocnění, avšak mohla být graviditou zhoršena. Další choroby mohly být graviditou vyvolány, například preeklampsie nebo těhotenská cukrovka (Hanáková et al., 2010).

Frekvence návštěv i rozsah laboratorních či konziliárních vyšetření jsou u každé těhotné ženy s patologickým těhotenstvím individuální a rozhoduje o nich pouze ošetřující gynekolog podle charakteru a závažnosti klinického stavu těhotné ženy (Unzeitig et al., 2015).

Gregora a Velemínský ml. (2013) uvádějí, že žena s patologickým těhotenstvím by měla docházet do specializovaných poraden, které jsou takovým ženám

přizpůsobeny. Těhotná žena dochází do rizikové poradny častěji než žena, která má nekomplikované těhotenství (Gregora, Velemínský ml., 2013). Tato frekvence návštěvnosti je závislá na aktuálním stavu těhotné ženy (Hájek et al., 2014). Také těhotná žena podstupuje častější vyšetření, pokud jsou laboratorní výsledky abnormální (Hájek et al., 2014). Tyto poradny pro rizikové těhotenství fungují při gynekologicko-porodnických odděleních regionálních nemocnic (Gregora, Velemínský., 2013).

1.2 Rané gestózy

V průběhu gravidity, nejčastěji v prvním trimestru, se může vyskytovat onemocnění označené jako raná gestóza, která má různé formy (Roztočil et al., 2008).

Jedna z forem rané gestózy a častým problémem v graviditě je vomitus matutinus (ranní nevolnost) (Behinová et al., 2012). Tyto nevolnosti obtěžují těhotnou ženu převážně ráno, ale ženě může být nevolno i během dne nebo noci (Roztočil et al., 2008). Vomitus matutinus je často spojen se zvracením a trpí jím cca 50 % těhotných žen (Behinová et al., 2012).

Další formou rané gestózy může být emesis gravidarum (těhotenské zvracení), jehož konkrétní příčina není známa (Hirsch et al., 2013). Jelikož tento stav se u těhotné ženy považuje za prepatologický, je vhodné zahájit léčbu, kterou řešíme konzervativně a žena by měla upravit svůj režim a vyvarovat se dráždivým pokrmům (Roztočil et al., 2008).

Nebo se může u ženy vyskytnout hyperemesis gravidarum (nadměrné zvracení u těhotné ženy), což je třetí nejčastější příčina hospitalizace těhotných žen (Aleyasin et al., 2016). Těhotná žena trpí úporným zvracením a bez léčby může dojít k metabolickému rozvratu, později až k silné dehydrataci a malnutrici (Ehrmann et al., 2014). Při hospitalizaci je ženě podávána výživa nitrožilně společně s léky, jako jsou například antiemetika (Volná et al., 2016).

Těhotná žena by také mohla pociťovat, nezávisle na ostatních formách raných gestóz, ke konci těhotenství pyrosis gravidarum (pálení žáhy), které je způsobeno růstem dělohy a povolením jícnového svěrače (Roztočil et al., 2008). Jako prevenci pálení žáhy Hanáková (2010) doporučuje, aby těhotná žena omezila produkty obsahující kofein, různé sladkosti či polehávání ihned po jídle.

1.3 Pozdní gestózy

Ve druhé polovině gravidity se u těhotné ženy může vyskytnout tzv. pozdní gestóza, jejím alarmujícím příznakem je hypertenze, o které se hovoří jako o hypertenzi indukované těhotenstvím (Heinrich, 2015).

Dle Gregory a Velemínského ml. (2013) se při zvýšené hodnotě krevního tlaku tj. 140/90 mm Hg nediodagnostikuje pozdní gestóza. Pozdní gestóza se diagnostikuje v případě, že se k hypertenzi přidá proteinurie a otoky (Gregora, Velemínský ml., 2013). Dle Slezákové et al. (2011) do pozdních gestóz řadíme preeklampsii a eklampsii, dále HELLP syndrom, chronickou hypertenzi, která může být i v kombinaci se superponovanou preeklampsii a dále uvádí tranzitorní těhotenskou hypertenzi.

1.3.1 Preeklampsie

Preeklampsie, jinými slovy toxemie, je velmi závažné onemocnění vyskytující se ve druhé polovině gravidity, které je nebezpečné jak pro ženu, tak pro její plod (Hanáková et al., 2010). Toto onemocnění se vyskytuje po 20. týdnu těhotenství v kombinaci s edémy, proteinurií a hypertenzními stavy (Ulčová-Gallová, Lošan, 2013). Dříve se preeklampsie označovala za EPH-gestózu, jejíž počáteční písmena znamenala E - edémy, P - proteinurii, H - hypertenzi, což jsou již zmiňované základní příznaky preeklampsie (Heinrich, 2015). Vlk et al. (2015) definují toto onemocnění, jako hypertenzi v těhotenství doprovázenou multiorgánovým poškozením u těhotné ženy. Slezáková et al. (2011) uvádějí, že se preeklampsie váže na trofoblast a výskyt preeklampsie u těhotných žen se uvádí mezi 4 - 8 % žen.

Vlk et al. (2015) popisují, že výskyt symptomů preeklampsie u těhotných žen ovlivňuje placenta, nikoli plod. Slezáková et al. (2011) také uvádějí, že preeklampsie, která postihuje především parenchymatózní orgány (například ledviny, játra, mozek, plíce, placentu či krvetvorný systém) postihuje převážně primipary než multipary. Hypertenze jako jeden z příznaků preeklampsie se normalizuje do 6 týdnů po porodu, návrat normotenze se však udává až do 3 měsíce po porodu (Vlk et al., 2015). Vlk et al. (2015) také popisují, že změny orgánových funkcí způsobeny preeklampsii jsou reverzibilní.

Jak již bylo zmíněno, preeklampsie se vyskytuje u těhotné ženy v průběhu jejího těhotenství, ale může se však objevit i v šestinedělí (Koudelková, 2013). Proto je důležité monitorovat ty ženy, které mají preeklampsii v těhotenství i po spontánním

porodu či císařském řezu, kdy hrozí eklamptický záchvat do 24. hodin po porodu (Koudelková, 2013).

Dle Hourové a Galambošové (2015) se preeklampsie rozděluje na lehkou preeklampsii, kdy se hodnota krevního tlaku u těhotné ženy pohybuje okolo 140/90 mm Hg a výš. Těžkou preeklampsii diagnostikujeme, pokud je hodnota krevního tlaku vyšší než 160/110, současně je přítomna proteinurie (více než 5g/ 24 hodin), edémy dolních končetin event. anasarca (Hourová, Galambošová, 2015). V biochemickém vyšetření zaznamenáme u těhotné ženy zvýšený kreatinin či kyselinu močovou (Hourová, Galambošová, 2015).

1.3.2 Etiologie preeklampsie

V současné době není objasněna příčina ani výskyt preeklampsie, avšak těhotné ženy, které patří do rizikových skupin, mají větší pravděpodobnost výskytu a rozvoje tohoto onemocnění (Hourová, 2015). Vlk et al. (2015) popisují, že v současné době v 21. století není zcela objasněna přítomnost preeklampsie u těhotných žen, avšak jako za hlavní etiologii považují především abnormální placentaci a endoteliální dysfunkci.

Pokud je vnoření blastocysty do transformované mateřské děložní sliznice nedostačující, může dojít k vývoji preeklampsie či IUGR (Hájek et al., 2014). Ve 20. týdnu fyziologického těhotenství, placenta pokrývá polovinu děložní dutiny nejčastěji v oblasti děložního těla, je diskovitého tvaru o průměru cca 20 cm, výška se udává okolo 3 cm, její průměrná hmotnost je cca 500 g a skládá se z 15-20 kotyledonů, které jsou ohraničeny placentárními septy (Slezáková et al., 2011). Nekvalitně vnořená blastocysta nebo také remodeling arterií, se vyskytují na konci prvního trimestru a trvají do 18. až 20. týdne těhotenství, kdy se stávají cévy nízkotlaké a vysokokapacitní (Vlk et al., 2015). V souvislosti s absencí hladké svaloviny cévy nejsou schopny uskutečnit vazokonstrikci i za přítomnosti vazokonstrikčních vlivů (Vlk et al., 2015). Kvalitní invaze trofoblastu do transformované mateřské děložní sliznice a remodeling spirálních arterií je složitý proces, který je nezbytný pro fyziologickou tvorbu placenty a celé gravidity (Garrido-Gomez et al., 2017). Vlk et al. (2015) popisují, že tento fyziologický jev se u žen s preeklampií neobjevuje. Naopak u těchto žen je viditelná běžná arteriální struktura, bez jakéhokoli remodelingu cév a zůstává zde zachována hladká svalovina, která je schopna korigovat průtok krve do placenty (Vlk et al., 2015).

Aktivace endotelu u preeklampsie je taková, že vyplavuje z ischemické placenty cirkulující faktory, které vyvolají zánětlivou odpověď organismu (Spradley, 2017).

Tento proces vede k hypoxickému poškození endotelu a objevují se změny přímo ve spirálních arteriích, kde dochází k akutní ateroskleróze a tím vzniká hypertenze (Vlk et al., 2015).

Tesař et al. (2015) uvádějí, že výskyt preeklampsie je častější u žen, které užívaly bariérovou antikoncepci, nebo které prodělaly intrauterinní inseminaci od cizího dárce spermatu. Tesař et al. (2015) také poukazují na to, že ženy, které otěhotní s muži, kteří již měli v minulosti potomka s jinou partnerkou (u které se vyskytla preeklampsie), mají vyšší riziko přítomnosti preeklampsie v průběhu těhotenství.

Vlk et al. (2015) také popisují důležitost genetických faktorů a udávají, že cca 5 % prvorodiček v normální populaci trpí v těhotenství preeklampií. U dcer matek, které prodělaly preeklampií je riziko vzniku této nemoci 4 - 5x vyšší (Vlk et al., 2015). Riziko 8x vyšší mají také ty ženy, jejichž sestra měla preeklampií v graviditě (Vlk et al., 2015).

Ehrmann et al. (2014) popisují imunologickou příčinu preeklampsie, kdy inkompatibilní otcovské antigeny vedou k tvorbě imunokomplexů, které mají tendenci se ukládat na stěny cév u těhotné ženy a následně dochází k vazokonstrikci. Tato vazokonstrikce vede k poškození endotelu (Ehrmann et al., 2014).

1.3.3 Symptomy preeklampsie

Slezáková et al. (2011) popisují, že hlavními příznaky preeklampsie je hypertenze, proteinurie a otok v oblasti končetin a obličeje. Aby byla stanovena hypertenze u těhotné ženy, musí být těhotné ženě naměřen krevní tlak o hodnotách 140/90 mm Hg a výš, alespoň 2x za sebou (Gregora, Velemínský ml., 2013). Hodnota proteinurie se pohybuje okolo 300 mg/den a výš (Slezáková et al., 2011).

Mezi další symptomy preeklampsie patří únava, bolest v oblasti epigastria, zvracení a změny laboratorních hodnot, například hyperurikémie, zvýšená hladina kreatininu v séru, zvýšené jaterní testy (ALT, AST) a hypoalbuminémie (Slezáková et al., 2011). Remeš et al. (2013) dále z příznaků u těhotné ženy s preeklampií uvádějí poruchy vidění, bolest hlavy, či již zmíněné otoky nejen v oblasti končetin, ale i obličeje.

1.3.4 Rizikové faktory preeklampsie

Vlk et al. (2015) zmiňují, že existuje mnoho rizikových faktorů, které mohou vyvolat u těhotné ženy preeklampií a následně zhoršení jejího zdravotního stavu.

Avšak pokud jsou tyto rizikové faktory u těhotné ženy časně zachyceny, lze tomu přizpůsobit individuální prenatální péči a těhotná žena s tímto rizikem je monitorována, dle jejího aktuálního stavu (Vlk et al., 2015).

Mezi nejčastější rizikové faktory preeklampsie patří vícečetná gravidita, primigravidita, chronické onemocnění ledvin a diabetes mellitus (Slezáková et al., 2011). U žen, kterým byla diagnostikována v předchozím těhotenství preeklampsie či chronická hypertenze je riziko vzniku preeklampsie v následující graviditě 4,8 krát vyšší (Villa et al., 2017). Další rizikové faktory jsou věk těhotné ženy nad 35 let, výskyt preeklampsie v předchozím těhotenství, vysoké BMI a vaskulární onemocnění (Tesař et al., 2015). Novotná a Novák (2012) popisují vyšší riziko vzniku a rozvoje preeklampsie u žen, které trpí nekontrolovatelným astmatem, bez ohledu na jeho léčbu. Jeden z rizikových faktorů preeklampsie je i interval mezi jednotlivou graviditou delší než 10 let, pak je riziko vzniku preeklampsie srovnatelné s primigraviditou (Vlk et al., 2015).

1.3.5 Klasifikace hypertenze

Hájek et al. (2014) klasifikují hypertenzi v těhotenství podle American College of Obstetricians and Gynecologists jako preeklampsii, eklampsii, chronickou hypertenzi, následně chronickou hypertenzi v kombinaci se superponovanou preeklampsii a nakonec tranzitorní těhotenskou hypertenzi.

Ovšem Slezáková et al. (2011) udávají mezi eklampsii a chronickou hypertenzí ještě HELLP syndrom, který se vyskytuje v těhotenství, buď samostatně nebo v souvislosti s těžkou preeklampsii.

Slezáková et al. (2011) uvádějí, že hypertenze u preeklampsie se objevuje po 20. týdnu těhotenství a je vyvolána samotnou graviditou, která je doprovázena proteinurií a edémy. Onemocnění preeklampsie se může zhoršit v eklampsii, což je konvulzivní stav, který má určité fáze (viz str. 23.) a končí kómatem (Hájek et al., 2014). Není však pravidlem, že před tímto stavem musí být vždy přítomna preeklampsie, jelikož v závažných případech těhotná žena nemusí vždy prodělat konvulzivní stav a upadá rovnou do kómatu (Hájek et al., 2014).

Hájek et al. (2014) popisují chronickou hypertenzi jako chorobu, která se objevuje před 20. týdnem těhotenství, přetrvává po porodu i v šestinedělí a není nijak závislá na období gravidity. Vlk et al. (2015) publikují, že chronická hypertenze se může také označovat za preexistující hypertenzi. Tesař et al. (2015) uvádějí, že chronická hypertenze se klasifikuje u těhotné ženy při naměřeném systolickém TK \geq

140 mm Hg a diastolickém TK \geq 90 mm Hg, při čemž není žádná druhotná příčina, či syndrom bílého pláště.

Chronická hypertenze v kombinaci se superponovanou preeklampsií je stav, který se vyskytuje u těhotné ženy, kdy preeklampsie či eklampsie nasedají na již chronickou hypertenzi, která se vyskytovala před graviditou a je přítomna proteinurie s edémy (Hájek et al., 2014). Oproti tomu tranzitorní hypertenze je taková, která přichází po 20. týdnu těhotenství a u níž se nevyskytují žádné další symptomy a k úpravě krevního tlaku dochází již v šestinedělí (Hájek et al., 2014).

1.3.6 Diagnostika preeklampsie

Již v prenatalní poradně může diagnostikovat lékař u těhotné ženy preeklampsií (Gregora, Velemínský ml., 2011). Pro stanovení diagnózy preeklampsie musí být u těhotné ženy přítomny všechny tři příznaky a to edémy, proteinurie a hypertenze (Remeš et al., 2013).

Bartůněk et al. (2016) popisují fyziologickou hodnotu proteinurie u těhotných žen nepřesahující 300 mg/24 hodin. Pokud je tomu jinak a hladina je vyšší, tak příčinou je poškození základní membrány glomerulů, čímž se snižuje resorpce proteinů (Vlk et al., 2015). Tento problém zjišťujeme tzv. kvantitativní proteinurií, což je vyšetření ztráty bílkovin v moči během 24. hodin, o sběru moči edukuje těhotnou ženu porodní asistentka (Slezáková et al., 2011).

U edémů je důležité rozeznat, zda se jedná o edém, který doprovází příznaky preeklampsie nebo fyziologicky se vyskytující otok, který nalezneme až u 80 % těhotných žen ke konci těhotenství (Behinová et al., 2012).

Již v prenatalní poradně lze diagnostikovat preeklampsií dle hypertenzního stavu těhotné ženy, který se potvrdí vícečetným měřením krevního tlaku, při čemž jsou hodnoty 140/90 mm Hg v kombinaci s proteinurií (Gregora, Velemínský., 2011). Dle Vlka et al. (2015) stačí jedno změření krevního tlaku těhotné ženy, aby byla potvrzena hypertenze, pokud je naměřená hodnota diastolického tlaku 110 mm Hg a výš.

Preeklamptický stav, který je doprovázen výše zmiňovanými příznaky se dříve označoval jako pozdní gestóza, která má několik dalších varovných signálů, (viz podkapitola 1.3.3 *Symptomy preeklampsie*) které na sobě může těhotná žena pociťovat (Gregora, Velemínský ml., 2011).

Mezi další diagnostiku Slezáková et al. (2011) uvádějí například laboratorní vyšetření a to především KO (krevní obraz), ureu, kreatinin, kyselinu močovou mineralogram, JT (jontogram), hemokoagulační vyšetření, albumin, ELFO (elektroforéza), clearance kreatinin, kvantitativní proteinurii. Další diagnostiku uvádějí sledování bilance tekutin, vyšetřování očního pozadí a jako poslední sledování vitality a stavu plodu ultrazvukem či kardiotokeografem (Slezáková et al., 2011).

1.3.7 Péče porodní asistentky o ženu s diagnózou preeklampsie

Péči poskytují u těhotných žen, pouze porodní asistentky, které zajišťují komplexní péči o těhotné ženy (Slezáková et al., 2011). Zákon č.96/2004 Sb. říká, že porodní asistentka má jisté kompetence mezi které patří: poskytnutí informací o antikoncepci, edukace těhotné ženy v průběhu porodu a sledování stavu plodu v děloze, rozpoznávání patologických příznaků u matky i plodu, příprava těhotné ženy k porodu a vedení fyziologického porodu, ošetření novorozence, event. ošetření poporodního poranění, edukace v období šestinedělí, ošetřování fyziologického novorozence či podávání léku dle ordinace lékaře. Pro poskytování kvalitní péče je velmi důležité, aby byla porodní asistentka ve svém oboru plně kvalifikována a zručná v poskytování péče (Ferreira et al., 2017). Hlavním úkolem porodní asistentky je zajistit péči o těhotnou ženu, kterou naordinuje lékař (Slezáková et al., 2011). Jedná se o poskytnutí antihypertenzní terapie, podávání léků pro zajištění lepšího průtoku krve placentou, monitoring edémů a přísunu tekutin (Hájek et al., 2014). V případě komplikací porodní asistentka včas informuje ošetřujícího lékaře, který následně vyhodnotí situaci a případně vykoná těhotné ženě S.C. (Hájek et al., 2014). Na pokoji mohou porodní asistentky zajistit těhotné ženě muzikoterapii, šero a dopřání klidu za účelem relaxace a snížení úzkosti (Toker, Kömürçü, 2017). Hanáková (2010) uvádí, že je velmi důležité, aby porodní asistentky dodržovaly ordinace lékaře ohledně monitorování krevního tlaku, otoků a proteinurie v moči těhotné ženy.

Hájek et al. (2014) popisují, že ženy s preeklampií jsou hospitalizovány a měly by dodržovat klidový režim na lůžku za přísnější monitorace oxygenace, to je množství kyslíku v krvi. Dále Hájek et al. (2014) doporučují, aby porodní asistentka po ordinaci lékaře podávala léky těhotné ženě jako je například magnesium sulfát za uvolňovacím a dilatačním účelem, čímž se vytvoří prevence proti mozkové ischemii. Také se podávají benzodiazepiny, což jsou vysoce účinné látky s účinkem anxiolytik, které odstraňují úzkost (Vlk et al., 2015). Dále antikonvulzivum, které slouží jako profylaxe

konvulzivních (křečovitých) stavů a hypotonických účinků na snížení svalového napětí (Hájek et al., 2014).

Ukončení těhotenství císařským řezem je doporučováno, pokud těhotná žena dodržuje klidový režim i antihypertenzivní léčbu, ale má proteinurii 5g/24 hodin, pokud je zjištěna oligurie, která nepřesahuje 400 ml/ 24 hodin a jsou nejisté počáteční příznaky eklampsie, nebo pokud těhotná žena nespolupracuje a léčebný režim nedodržuje (Koudelková, 2013).

Dle Hájka et al. (2014) je indikace k sectio caesarea hypoxie plodu, kterou je možno diagnostikovat za pomoci kardiokografu, ultrazvukové flowmetrie, fetální pulzní oxymetrie či ST-analýzy. Jako další indikace se uvádí prohlubující se známky ukazující na intrauterinní růstovou retardaci plodu (IUGR), kdy plod nedosahuje svého růstového potenciálu a je ohrožen, jak zvýšenou perinatální mortalitou, tak morbiditou (Hájek et al., 2014). Koudelková (2013) uvádí, že lékař indikuje sectio caesarea také při zvýšené hladině jaterních testů, kyseliny močové, kreatininu nebo pokud se rozvíjejí příznaky HELLP syndromu, abrupce placenty, či DICu. HELLP syndrom se může projevit hypertenzí, proteinurií, otoky, epigastrickou bolestí, bolestí hlavy, nauzeou či poruchou vizu (Šimetka, 2014). Abrupce placenty se může projevit náhlou bolestí v podbřišku, poté bolest pokračuje do celého břicha, dále tonizací dělohy, či se projeví různě silným krvácením dle umístění placenty (Šeblová et al., 2013). Šeblová et al. (2013) také uvádí, že při abrupci se placenta stahuje, aby zabránila krevním ztrátám, a tím dochází i k aktivaci koagulační kaskády a může nastat diseminovaná intravaskulární koagulopatie. Ta se projeví trombocytopenií, prodloužením protrombinového času, nízkou hladinou fibrinogenu či pozitivními D-dimery.

Po provedení sectio caesarea je žena odvezena na JIP (jednotka intenzivní péče), pokud nemocniční zařízení touto jednotkou nedisponuje, je převezena na dospávací pokoj (Koudelková, 2013). V obou případech si ženu převezme porodní asistentka a uloží ji do Fowlerovy polohy (Koudelková, 2013). Poté jí připevní svody na EKG, na prst ruky, kde má šestinedělka zavedenou kanylu, přiloží saturační čidlo a na druhou ruku připevní tlakovou manžetu, která měří v nastavených intervalech krevní tlak a pulz (Koudelková, 2013). Porodní asistentka by měla zajistit ženě klidné prostředí a přítomí v pokoji (Sák, Otásková et al., 2008).

1.3.8 Prevence preeklampsie

Prevence je jakýsi souhrn určitých činností, které mají za úkol snižovat, pozastavit či zabránit úplnému rozvoji chorobného stavu (Kukla et al., 2016). Avšak v současné době nejsou známy dostatečné preventivní prostředky, kterými by se dokázal zastavit rozvoj tohoto onemocnění, protože není známa konkrétní příčina preeklampsie (Vlk et al., 2015).

Hlavním cílem preventivní péče je monitorování těhotné ženy v prenatalní poradně, do které by měla těhotná žena docházet pravidelně, aby se včas zachytily a rozpoznaly vznikající problémy, buď u těhotné ženy, nebo u plodu (Bašková, 2015).

První bod profylaxe eklamptického záchvatu je popisován jako pravidelná prenatalní péče (Kelnarová et al., 2012). Vlk et al. (2015) ve své knize publikují, že se v současnosti snižuje vznik a rozvoj těžké preeklampsie a eklampsie díky již zmíněné prenatalní péči, která monitoruje krevní tlak, proteinurii a otoky u těhotných žen. Dalším preventivním opatřením eklamptického záchvatu je podání magnézia sulfátu, který zajišťuje vazodilataci a tím zvýší krevní průtok v děloze (Štembera et al., 2014). Vlk et al. (2015) rozdělují preventivní podání magnesia sulfátu na dvě skupiny, a to za prvé podání těm ženám, které mají těžkou preeklampsii za účelem profylaxe rozvoje eklamptických křečí, a do druhé skupiny patří ženy, kterým je podáván magnesium sulfát za účelem snížení rizika opakujících se křečovitých stavů. Barash et al. (2015) uvádějí, že jako velmi důležitý bod prevence je normalizace krevního tlaku.

Zdravý životní styl a pohybová aktivita v těhotenství mají pozitivní vliv na ženu, a působí preventivně proti bolesti v bederní krajině či tromboembolické nemoci (Vlk et al., 2015). Není však prokázáno, že dlouhodobá tělesná aktivita v těhotenství zabraňuje rozvoji preeklampsie (Vlk et al., 2015). Vlk et al. (2015) také uvádějí, že klidový režim podporuje a zvyšuje uteroplacentární průtok, což by mohlo ovlivnit rozvoj a vznik preeklampsie.

Velmi diskutabilním tématem bylo omezování soli v jídle těch těhotných žen, které měly vysoké riziko rozvoje preeklampsie, avšak tato domněnka nebyla nijak potvrzena (Vlk et al., 2015).

Vlk et al. (2015) také popisovali diskuze o podání rybího oleje nebo česneku, který má u netěhotných žen, které mají neléčenou hypertenzi příznivý vliv na snížení krevního tlaku, ale Evropská multicentrická studie suplementace rybím tukem FOTIP

(Fish Oil Trials in Pregnancy for the Prevention of Complications of Pregnancy), kterou uvádějí ve své knize, tuto teorii preventivní léčby nepotvrzuje.

Jako další preventivní opatření je užívání magnesium sulfátu, avšak jeho přesný mechanismus účinku u těhotné ženy není zcela prokázán (Nelander et al., 2017). Vlk et al. (2015) dokonce popisují studii tzv. MAGPIE (Magnesium Sulfate Compared with Placebo in Pre-Eclampsia), která zkoumala preventivní účinek magnesia. I když se magnesium aplikuje za léčebným účelem u preeklampsie a eklampsie, konzumace v průběhu těhotenství jako prevence se nepotvrdila (Vlk et al., 2015).

V průběhu těhotenství se za preventivním účelem podává kyselina acetylsalicylová, která má antiagreganční vlastnosti a její bezpečná dávka by se měla pohybovat okolo 75 mg za den (Hájek et al., 2014). Pokud těhotná žena v průběhu gravidity nepřijímá kyselinu listovou a vitamín B12 hrozí jí špatný průběh a konec těhotenství (Yang et al., 2017). Vlk et al. (2015) popisují, že jedním ze základních laboratorních ukazatelů preeklampsie je stav nevyváženosti mezi hladinami prostacyklinu a tromboxanu.

Při zvýšené hladině tromboxanu se objevují hypertenzní stavy, snižování uteroplacentárního průtoku a zvyšování agregace, které dokáže kyselina listová ovlivňovat (Hájek et al., 2014). Při příjmu kyseliny listové se snižuje tvorba již zmíněného tromboxanu, dominuje tedy prostacyklin s opačnými účinky a jeho dominance prospívá dobrému prokrvení placenty (Vlk et al., 2015).

1.3.9 Komplikace preeklampsie

Mezi časté komplikace preeklampsie se řadí edém mozku a plic, rozvoj DICu (diseminované intravaskulární koagulopatie) a rozvoj HELLP syndromu (H - hemolýza, EL - elevace jaterních enzymů a LP - trombocytopenie) (Bartůněk et al., 2016). Také postižení ledvin, srdce i centrální nervové soustavy a zraku může být komplikací preeklampsie (Vlk et al., 2015). Hourová a Galambošová (2015) popisují, že za specifickou porodnickou komplikaci se považuje abrupce placenty.

Nejzávažnějším problémem preeklampsie je rozvoj eklampsie, která se projevuje jako záchvat, tonicko-klonických křečí, na které navazuje ztráta vědomí až kóma (Bartůněk et al., 2016). K rozvoji eklampsie dochází při neadekvátně léčené preeklampsii (Bartůněk et al., 2016).

Eklampsie je křečovitý stav, který nemá etiologii v jiné mozkové patologii (Vlk et al., 2015). Záchvat se nejčastěji objevuje na konci těhotenství, ale i v průběhu porodu,

či méně často v raném šestinedělí, kde se objevují problémy jako je spasmus centrální nervové soustavy, hypoxie nebo edém mozku (Hájek et al., 2014).

Dle WHO (World Health Organization) je výskyt eklampsie jedním z hlavních příčin mateřské morbidity a mortality, ale po zahájení plošných screeningů a včasných hospitalizací se incidence eklampsie u těhotných žen snížila (Vlk et al., 2015). Hlavní komplikací eklampsie je vznik intrakraniálního krvácení, které může těhotné ženě přivodit invalidní stav, a tím snížení kvality života (Šeblová et al., 2013). Stav eklampsie v těhotenství, může mít za následek i smrt ženy, která trpí tímto onemocněním (Štefan et al., 2012). Šeblová et al. (2013) také uvádějí, že při eklamptickém záchvatu se zpomaluje těhotné ženě průtok krve placentou, a tím nastává pro plod stav těžké hypoxie.

Šeblová et al. (2013) uvádějí, že v některých případech se dá lehce zaměnit eklamptický záchvat za epileptický, který má obdobné příznaky jako eklampsie. V tomto případě by těhotná žena měla mít pro rozeznání záchvatu napsáno v těhotenské průkazce, že má léčenou epilepsii (Šeblová et al., 2013). Tyto dva záchvaty u těhotné ženy jsou si zpočátku podobné tím, že se těhotná žena chová abnormálně a následně prodělává nekontrolovatelné křečovitě pohyby v důsledku záchvatu (Seidl, 2015). Tyto dvě rozdílné nemoci se od sebe rozpoznají tak, že žena po epileptickém záchvatu neupadá do kómatu a pokud ano, po chvilce nabyde opět vědomí a chybí jí tři typické příznaky pro preeklampsii (hypertenze, proteinurie, edémy) (Šeblová et al., 2013). V některých velmi závažných situacích se může stát, že eklampsie nastupuje bez příznaků preeklampsie, bez předchozího záchvatu a těhotná žena upadá ihned do kómatu (Jindrová et al., 2011). Tento jev se nazývá eclampsia sine eclampsia (Jindrová et al., 2011).

Rozpoznání příznaků eklamptického záchvatu nečiní žádný problém, jak uvádějí Vlk et al. (2015) každý záchvat v průběhu těhotenství a ke konci porodu by se měl primárně brát jako eklamptický záchvat, i když průběh záchvatu není typický.

Při začátku záchvatu je těhotná žena neklidná, má záchvěvy mimických svalů, začnou se nekontrolovatelně pohybovat oči, které se ustálí k jedné straně a tam se i stáčí hlava těhotné ženy (Pařízek, 2015). Tato fáze se nazývá fáze prodromální (Pařízek, 2015). V této fázi může těhotná žena pociťovat bolest v oblasti epigastria, bolest hlavy a nauzeu (Hájek et al., 2014). Vlk et al. (2015) popisují, že tato fáze se často podceňuje, protože trvání tohoto záchvatu je krátké a může být snadno přehlédnutelné. U další nastávající fáze se objevují tonické křeče, kdy se těhotná žena obloukovitě prohne

v oblasti trupu, má křeče v oblasti žvýkacích svalů, hrudníku, ale i bránice a objevuje se boxerské postavení horních končetin (Hájek et al., 2014).

Druhá fáze tonických křečí trvá jen krátce a rychle přechází do stádia klonických křečí, pro které jsou typické pravidelné, nekontrolovatelné záškuby těla, převážně končetin a také pohyby paží a rukou, které byly v dřívější literatuře popisovány jako „bubnování tambora” (Vlk et al., 2015).

Vlk et al. (2015) uvádějí, že těhotná žena v klonických křečích již dýchá, ale velmi nepravidelně a mělce, tato fáze trvá několik vteřin až minut, po kterých žena upadá do kómatu. Po vymizení křečí je těhotná žena v kómatu má mydriázu zornic, dále má prohloubené, pravidelné dýchání, hyporeflexii a bez potřebné medikamentózní léčby může u těhotné ženy opět proběhnout eklamptický záchvat (Slezáková et al., 2011). Ženy, které prodělaly eklamptický záchvat, mají úplnou amnézii, často i na prodromální fázi záchvatu (Vlk et al., 2015).

V průběhu záchvatu porodní asistentka odstraní veškeré předměty kolem ženy, aby se zabránilo možnému poranění těhotné ženy (Kelnarová et al., 2012). Pokud je žena na porodním sále a dojde u ní ke křečovitému stavu Hájek et al. (2014) ve své knize uvádějí, že by měl být po ruce pohotovostní balíček, který obsahuje lžici obalenou mulem. Tato lžice se vkládá do úst jako prevence pokousání (Hájek et al., 2014). Dále jsou v balíčku pomůcky k zajištění dýchacích cest, magnesium sulfát pro intravenózní podávání, nozogastrická sonda a permanentní močový katetr (Hájek et al., 2014). Ženě se při eklamptickém záchvatu podává také intravenózně diazepam 5 mg a podle vyhodnocení lékaře se může žena indikovat k císařskému řezu (Bartůněk et al., 2016).

Hájek et al. (2014) uvádějí, že by se těhotné ženě měl aplikovat kyslík, a před ukončením těhotenství, doporučuje dát ženu na klidný a nerušený pokoj, aby se předešlo dalšímu křečovitému záchvatu.

1.3.10 Péče porodní asistentky o ženu po S.C.

Je publikováno, že jedinou péčí a léčbou po eklamptickém záchvatu i těžké preeklampsii je ukončení gravidity bez ohledu na gestační stáří gravidity a vitalitu plodu. (Vlk et al., 2015).

Po císařském řezu (S.C.) anesteziolog předává ženu porodní asistentce, která ji odváží na JIP s dopomocí sanitáře (Koudelková, 2013). Pokud je nemocniční zařízení vybaveno JIP zůstává zde žena 48 hodin, kde je po celou dobu celkově monitorována (Vlk et al., 2015). Porodní asistentka uloží ženu do mírně zvýšené polohy a napojí ji na

svody EKG, saturační čidlo, které je na prstě levé ruky a manžetu na měření krevního tlaku upevní kolem druhé ruky (Koudelková, 2013).

Při pobytu na JIP je doporučeno denně monitorovat krevní obraz, hemokoagulaci a biochemické hodnoty mateřského séra u ženy, dle ordinace lékaře (Vlk et al., 2015). Důležitá je také kontrola zavinování dělohy a krvácení z rodidel, častá výměna vložek a monitorace permanentního močového katetru s množstvím moče v sáčku, což zajišťuje porodní asistentka, která o ženu pečuje (Koudelková, 2013). Porodní asistentka zkontroluje a propláchne ženě intravenózní vstupy (Koudelková, 2013). Magnesium se podává přes zavedenou kanylu po dobu 24 - 48 hodin od posledního záchvatu křečí a jelikož je krevní tlak vlivem anestezie a ztrátou krve normalizovaný jen dočasně tak se s antihypertenzní terapií pokračuje (Vlk et al., 2015).

Porodní asistentka ženu edukuje o důležitosti klidového režimu a o tom, jak o ni bude pečovat v průběhu hospitalizace na oddělení (Koudelková, 2013).

Po operaci by měla žena poprvé vstávat za doprovodu porodní asistentky cca po 12 hodinách na JIP od operace a cca do 6 hodin po odstranění permanentního močového katetru by se měla žena spontánně vymočit (Koudelková, 2013). Koudelková (2013) dále uvádí, že po 48 hodinách na JIP a v případě stabilizace a soběstačnosti ženy je možné přeložení na oddělení šestinedělí, kde porodní asistentka ženě ukáže pokoj a uloží ji na lůžko, které je mírně zvýšené pod hlavou.

Dle aktuálního stavu se pacientka převádí na perorální antihypertenzivní léčbu, také je vhodné podat intravenózně diuretika, ovšem po ordinaci lékaře (Vlk et al., 2015). Podle pokynů lékaře porodní asistentka měří v pravidelných intervalech krevní tlak, dělá orientační vyšetření moči pomocí indikačního papírku, monitoruje celkový stav ženy jak psychický tak i fyzický a jakýkoliv výkon, činnost či změnu u ženy zaznamenává do ošetrovatelské dokumentace a zhoršení stavu hlásí porodní asistentka lékaři (Koudelková, 2013).

Pokud je žena bez komplikací, dle Vlka et al. (2015) ji propouští lékař do domácího prostředí 7. – 10. den od operace nebo dle jejího aktuálního stavu, při čemž žena musí být stabilizována a její krevní tlak spolu s výsledky vyšetření musejí být normalizovány.

1.3.11 Potřeby těhotné ženy

Potřeba může být definována jako známka jistého nadbytku či nedostatku, kdy jeho odstranění je žádoucí a potřebné (Šamánková et al., 2011). Lidské potřeby jsou nezbytně důležité a úzce souvisí s kvalitou a zachováním našeho života (Šamánková et al., 2011). Každý člověk je individuální a proto každý uspokojuje své potřeby jiným způsobem (Trachtová et al., 2013). Spokojenost člověka přichází tehdy, když jsou uspokojeny potřeby ve všech oblastech, které obsahuje Maslowova pyramida potřeb (viz Příloha 1) (Béreš, 2013). Samostatnost člověka vede k dosažení základních životních potřeb (Arnoldová, 2015). Takovéto základní životní potřeby můžeme vyjádřit za pomoci již zmíněné Maslowovy pyramidy, která obsahuje potřeby a řadí je dle důležitosti (Nevolová, 2015). Základní potřeby jsou biologické a fyzické (Béreš, 2013). Dále jsou uvedeny potřeby bezpečí a jistoty, výše jsou popsány potřeby sounáležitost, uznání a úcty a na vrcholku pyramidy jsou znázorněny potřeby seberealizace (Béreš, 2013). Pocit nenaplněné potřeby může zapříčinit člověku stres, distres či pocit frustrace (Šamánková et al., 2011).

Těhotná žena s diagnózou preeklampsie dochází do nemocničního zařízení pro diagnostiku nebo za účelem léčby jejího onemocnění (Hourová, Galambošová, 2015). Společný cíl má těhotná žena i porodní asistentka, a to návrat zdraví těhotné ženy (Kelnarová, Matějková, 2014). Pro zlepšení zdravotního stavu těhotné ženy je velmi důležité nejen dodržování léčebného režimu, ale také uspokojování potřeb těhotné ženy (Šamánková et al., 2011). Pokud je těhotná žena s diagnózou preeklampsie psychicky v pohodě, má to příznivý vliv na její léčbu, než kdyby byla psychicky labilní (Arnoldová, 2015). Šamánková et al. (2011) popisují, že i když je těhotná žena nemocná, je velmi důležité zachovávat nejen biologické a fyzické potřeby, ale nepamínat na potřebu lásky, sounáležitosti, potřeby někam a někomu patřit a další potřeby výše uvedené v Maslowově pyramidě.

Aby porodní asistentky mohly uspokojovat potřeby těhotné ženě s preeklampsií, musí si k ní najít cestu a získat si její důvěru, která je důležitá pro porozumění potřeb, které má těhotná žena (Vévoda et al., 2013). Porodní asistentky by měly brát těhotnou ženu holistickým způsobem, což znamená, že ji berou jako bio-psycho-sociální a spirituální bytost (Béreš, 2013). Kelnarová et al. (2015) popisují, že by měla porodní asistentka uspokojovat potřeby těhotné ženy postupně, podle důležitosti. Porodní asistentka by měla být empatická natolik, aby se dokázala vcítit do pocitů těhotné ženy

a mohla tak vydedukovat, jaké potřeby může mít těhotná žena narušené (Malíková, 2011). Poté by si porodní asistentka měla naplánovat jak narušenou potřebu uspokojit a plán realizovat (Malíková, 2011). Po snaze uspokojení potřeb těhotné ženy by měla porodní asistentka vyhodnotit, zda se jí povedlo narušenou potřebu uspokojit (Malíková, 2011).

Prioritou porodní asistentky by mělo být uspokojení narušených těhotné ženy (Šamánková et al., 2011). Těhotné ženě by mělo být dopřáno spolupracovat na jejím terapeutickém procesu, aby věděla o svém zdravotním stavu co nejvíce, protože nedostatek informací vede k nejistotě těhotné ženy a tím ke zhoršení jejího psychického stavu (Šamánková et al., 2011).

1.4 Edukace porodní asistentky u ženy s diagnózou preeklampsie

Pojem edukace pochází z latinského slova education, jehož překlad znamená výchova (Špirudová, 2015). Ve zdravotnictví Šulistová a Trešlová (2012) rozdělují edukaci do primární, sekundární a terciární. Primární edukace se zaměřuje na prevenci u lidí, kteří jsou zdraví a nemají žádné onemocnění (Šulistová, Trešlová, 2012). Oproti tomu sekundární edukace se používá u lidí, kteří jsou nějakým způsobem nemocní, a edukace se v této oblasti zaměřuje na změnu postoje nemocného člověka k nemoci (Špirudová, 2015). Tato sekundární edukace má za cíl vyléčení a vyhnutí se možným komplikacím nemoci, které by se mohly vyskytnout u nemocného člověka (Šulistová, Trešlová, 2012). Terciální edukace se zabývá lidmi, kteří mají nevratné zdravotní změny ve svém životě a jejím cílem je dosáhnout zlepšení kvality života (Šulistová, Trešlová, 2012).

Edukace zahrnuje výchovu a vzdělání jedince, vedoucí k rozvoji postoje, potřeb, zájmů a chování edukované osoby (Špirudová, 2015). K edukační činnosti je zapotřebí přítomnosti edukátora a edukanta (Malíková, 2011). Malíková (2011) popisuje edukátora jako osobu, která poskytuje edukantovi informace a vysvětlení dané problematiky. Oproti tomu edukant přijímá informace a je poučován od edukátora (Malíková, 2011). Správná edukace zahrnuje poskytnutí informací, poučení a vysvětlení dané problematiky, aby jí těhotná žena pochopila a dokázala se orientovat v jejím řešení (Špirudová, 2015).

Cílem porodní asistentky je kvalitně edukovat těhotnou ženu, aby žena pozitivně změnila své návyky, postoje, dovednosti či vědomosti (Šulistová, Trešlová, 2012). Samotná informovanost působí pouze na kognitivní rovinu učení, což například

znamená, že těhotná žena je informovaná o důležitosti jejího klidového režimu a ví, že při jeho porušení se může její zdravotní stav zhoršit, a i přes to klidový režim porušuje (Špirudová, 2015).

Oproti tomu edukace ovlivňuje jak kognitivní (informovanou), emotivní (postojovou) tak i behaviorální (dovednostní neboli praktickou) rovinu učení. (Špirudová, 2015). To znamená, aby došlo ke změně chování a kvalitní edukaci těhotné ženy, je zapotřebí, aby byla dostatečně informována a stanovila si cíl (Špirulová, 2015). Cíl, který si stanoví těhotná žena, dopomůže ke změně jejího postoje k dané věci (Špirulová, 2015).

Edukace patří mezi hlavní intervence porodní asistentky, která by měla být pro tuto činnost dostatečně vzdělaná, aby edukace byla kvalitně poskytnuta (Špirudová, 2015).

Edukace těhotných žen je jednou z nejdůležitějších povinností porodní asistentky (Slezáková et al., 2011). Porodní asistentka edukuje těhotné ženy o stravovacích návycích, o správném životním stylu a v prenatalních poradnách je edukuje o CTG (Slezáková et al., 2011). Dále edukuje o prevenci možných komplikací a pokud se nějaké komplikace objeví, porodní asistentka je nápomocna lékařům při možném vyšetření těhotné ženy, kterou v průběhu vyšetření obeznamují s činnostmi, které u ní budou dělat (Slezáková et al., 2011).

Čevela et al. (2015) uvádějí, že jako každý zdravotník, tak i porodní asistentka si musí vytvořit důvěru k těhotné ženě a řádně jí edukovat o problematice daného problému. V tomto případě budou edukovány těhotné ženy a preventivně monitorovány, aby se předešlo jistým komplikacím nebo aby se alespoň podchytily příznaky, které by vedly k problémům v těhotenství (Čevela et al., 2015).

V prenatalních poradnách se dělají preventivní prohlídky právě za účelem včasného odhalení preeklampsie (Gregora, Velemínský ml., 2013). Provádí se monitorace krevního tlaku, edému a vyšetření bílkoviny v moči těhotné ženy (Gregora, Velemínský ml., 2013). Ženy by měly být edukovány porodní asistentkou o tom, že pokud se u nich projeví lehká preeklampsie je nutností, aby docházely do specializovaných poraden pro rizikově těhotné ženy (Gregora, Velemínský ml., 2013). V případě stálého zhoršování stavu je důležité těhotné ženy obeznámit s okamžitou hospitalizací, kde bude probíhat náležitá léčba a řešení nemoci (Gregora, Velemínský ml., 2013).

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíl práce

Cíl: Zjistit specifika ošetrovatelské péče o ženu s preeklampsií

2.2 Výzkumné otázky

VO1: Jakým způsobem poskytují péči porodní asistentky ženám s preeklampsií?

VO2: Jaká jsou očekávání žen při poskytování péče ze strany porodních asistentek?

2.3 Operacionalizace pojmů

Diagnóza - klinické posouzení a rozeznání nemoci (Herdman et al., 2015).

Edukace - pojem edukace pochází z latinského slova education, jehož překlad znamená výchova (Špirudová, 2015).

Porodní asistentka - plně zodpovědná pracovnice ve zdravotnictví, která úzce spolupracuje s těhotnými ženami. Poskytuje těhotné ženě podporu, potřebnou péči a rady v průběhu těhotenství, porodu a v období šestinedělí (Česká Komora Porodních Asistentek, z.s.,2013-2017 ©).

Preeklampsie - je definována jako onemocnění, které se vyskytuje ve 20 týdnu těhotenství u těhotné ženy v kombinaci s edémy, proteinurií a hypertenzními stavy (Ulčová-Galambošová, Lošan, 2013).

3 METODIKA

3.1 Použitá metodika

Pro bakalářskou práci s názvem „Specifika péče porodní asistentky o ženu s preeklampsií“ bylo použito kvalitativní výzkumné šetření. Ke sběru dat byly použity individuální polostrukturované rozhovory. Pro rozhovory byly předem připravené otázky pro těhotné ženy s diagnózou preeklampsie i pro porodní asistentky. Bylo připraveno třináct otázek pro rozhovory s ženami s diagnózou preeklampsie (viz Příloha 2) a pro porodní asistentky bylo připraveno deset otázek (viz Příloha 3). Rozhovory byly vždy zahajovány otázkami k získání identifikačních údajů od respondentek.

Rozhovory s těhotnými ženami a porodními asistentkami se uskutečnily v průběhu března a dubna roku 2017 ve zdravotnickém zařízení. Před zahájením samotných rozhovorů byly těhotné ženy seznámeny s účelem sběru dat a ujištěny, že rozhovory budou po jejich získání anonymizovány. Těhotné ženy poté podepsaly “Žádost o souhlas respondentek ke spolupráci“ (viz Příloha 4). Pro zachování anonymity byly těhotné ženy označeny R1 – R9.

Porodní asistentky byly před zahájením rozhovorů také ujištěny, že všechny údaje budou anonymizovány. Pro povolení výzkumného šetření s porodními asistentkami byla podepsána “Žádost o provedení výzkumného šetření“ hlavní sestrou (viz Příloha 5). Bylo zjišťováno, jaké mají porodní asistentky informace o onemocnění preeklampsie, jakou poskytují specifickou péči o ženu s diagnózou preeklampsie a také byly dotazovány na narušené potřeby těhotných žen a jejich naplnění. Pro zachování anonymity byly porodní asistentky označeny PA1 – PA8.

Těhotné ženy s diagnózou preeklampsie v průběhu rozhovoru byly dotazovány na jejich předchozí těhotenství, také na znalosti získané od porodních asistentek. Dále na jejich představy ohledně péče ze strany porodních asistentek a jaké potřeby byly z důvodu preeklampsie narušeny.

Rozhovory byly v průběhu zapisovány a poté přepsány do tištěné formy. Analýza dat byla provedena metodou kódování v ruce neboli tužka a papír (Švaříček, Šed'ová, 2010). Na základě analýzy těchto dat byly vytvořeny hlavní kategorie a podkategorie za pomoci přehledných schémat. Přímé odpovědi byly pro větší přehlednost označeny v textu kurzívou.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

První výzkumný soubor tvořilo 9 těhotných žen s diagnózou preeklampsie. Hlavním kritériem pro uskutečnění rozhovoru byla ochota pro rozhovor a čas věnovaný od těhotných žen s diagnózou preeklampsie a od porodních asistentek. Těhotné ženy dobrovolně souhlasily s poskytnutím rozhovoru k výzkumné části bakalářské práce.

Druhý výzkumný soubor tvořilo 8 porodních asistentek. Hlavním kritériem pro uskutečnění rozhovoru byla ochota k rozhovoru a věnovaný čas porodních asistentek na oddělení rizikového těhotenství.

3.2.1 Charakteristika výzkumného souboru žen s diagnózou preeklampsie

Tabulka č. 1 Identifikační údaje těhotných žen s diagnózou preeklampsie

R	Věk	Nejvyšší dosažené vzdělání	Zaměstnání	Rodinný stav	Gravidita	Týden nynější gravidity
R1	23	Střední bez maturity	Pokojská	Svobodná	1	25 t.t.
R2	30	Střední s maturitou	Sekretářka	Vdaná	2	30 t.t.
R3	26	Střední bez maturity	Dělnice	Vdaná	1	32 t.t.
R4	28	Střední s maturitou	Recepční	Svobodná	2	26 t.t.
R5	28	Vysokoškolské	Administrativní pracovnice	Vdaná	2	37 t.t.
R6	33	Střední s maturitou	OSVČ	Vdaná	1	35 t.t.
R7	24	Střední bez maturity	Vedoucí skladu	Svobodná	1	29 t.t.
R8	29	Vysokoškolské	Sekretářka	Vdaná	2	36 t.t.
R9	30	Střední s maturitou	Administrativní pracovnice	Vdaná	2	31 t.t.

(R – Respondentka, t.t. – týden těhotenství, OSVČ – Osoba samostatně výdělečně činná)

Zdroj: vlastní

V tabulce 1 jsou uvedeny identifikační údaje respondentek, a to věk, nejvyšší dosažené vzdělání, zaměstnání, rodinný stav, gravidita a týden těhotenství. Respondentky (R1 - R9) byly ve věkovém rozmezí od 23 do 33 let.

Nejvyšší dosažené vzdělání se shodovalo u respondentek R2, R4, R6, R7, R9, které měly střední školu s maturitou. Dále tři z devíti respondentek (R1, R3, R7) měly střední školu bez maturity a pouze dvě respondentky vystudovaly vysokoškolské studium (R5, R8). Respondentky R2 a R8 pracovaly jako sekretářky. Dále měly stejné zaměstnání R5 a R9, které byly zaměstnány jako administrativní pracovnice. Respondentka R1 pracovala jako pokojská. Jako dělnice byla zaměstnána respondentka R3. Dále respondentka R4 byla zaměstnána jako recepční. OSVČ byla respondentka R6 a respondentka R7 pracovala jako vedoucí skladu.

Respondentky byly také dotazovány na rodinný stav. Respondentky R1, R4, R7 uváděly, že byly svobodné a respondentky R2, R3, R5, R6, R8, R9 byly vdané.

Z tabulky je zřejmé, pokolikáté byly respondentky těhotné. Z devíti respondentek byly čtyři těhotné poprvé (R1, R3, R6, R7). U pěti respondentek se jednalo o druhé těhotenství (R2, R4, R5, R8, R9).

Z rozhovoru také vyplynulo, v kolikátém týdnu těhotenství se respondentky nacházely. Toto rozmezí u respondentek bylo 25. – 37. týdnů těhotenství.

3.2.2 Charakteristika výzkumného souboru u porodních asistentek

Tabulka č. 2 Identifikační údaje porodních asistentek

PA	Věk	Nejvyšší dosažené vzdělání	Délka praxe (roky)
PA1	35	Vysokoškolské (Bc.)	7
PA2	45	Vyšší odborná škola (DiS.)	23
PA3	28	Vysokoškolské (Bc.)	4
PA4	40	Středoškolské (DiS.)	19
PA5	29	Vysokoškolské (Bc.)	5
PA6	30	Vysokoškolské (Bc.)	7
PA7	43	Vyšší odborná škola (DiS.)	16
PA8	29	Vysokoškolské (Mgr.)	5

(PA – porodní asistentka, Bc. – bakalář, DiS. – diplomovaný specialista)

Rozhovory byly vedeny s porodními asistentkami, které pracovaly na oddělení rizikového těhotenství a mohly se plně vyjádřit v polostrukturovanému rozhovoru.

V tabulce číslo 2 jsou uvedeny identifikační údaje, které zahrnují věk, nejvyšší dokončené vzdělání a délku praxe porodní asistentky.

Z tabulky 2 vyplývá, že respondentky (PA1 – PA8) byly ve věkovém rozmezí od 29 do 45 let.

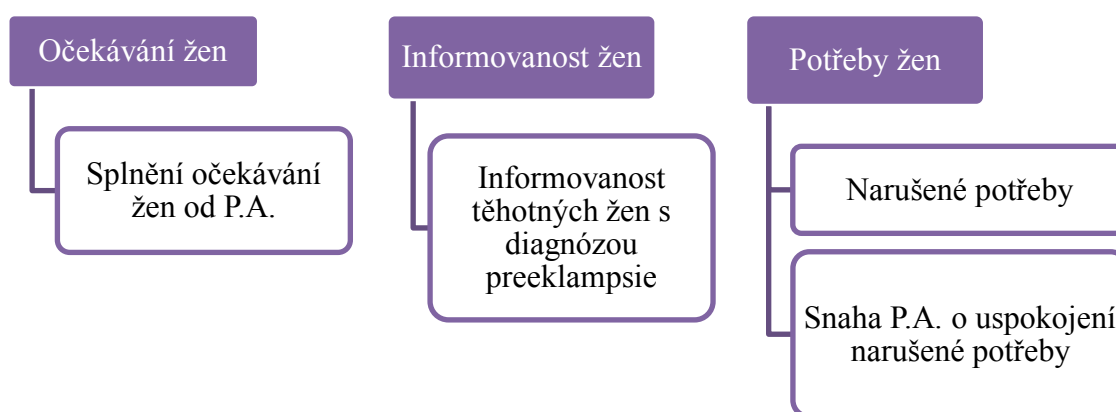
Nejvyšší dosažené vzdělání se shodovalo u respondentek PA1, PA3, PA5, PA6, PA8, které měly vysokoškolské a respondentky PA2, PA4, PA7 měly nejvyšší dosažené vzdělání jako diplomovaný specialista.

4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

4.1 Kategorizace dat získaných od žen s diagnózou preeklampsie

Na základě analýzy dat byly stanoveny 3 hlavní kategorie a to Očekávání žen, Informovanost žen a Potřeby žen. K hlavní kategorii Očekávání žen byla vytvořena podkategorie Splnění očekávání žen od P.A. Dále byla do hlavní kategorie Informovanosti žen vložena podkategorie Informovanost těhotných žen s diagnózou preeklampsie. Poslední hlavní kategorie Potřeby žen má dvě podkategorie a to Narušené potřeby a Snaha porodních asistentek o uspokojení narušené potřeby.

Schéma 1: Hlavní kategorie a podkategorie



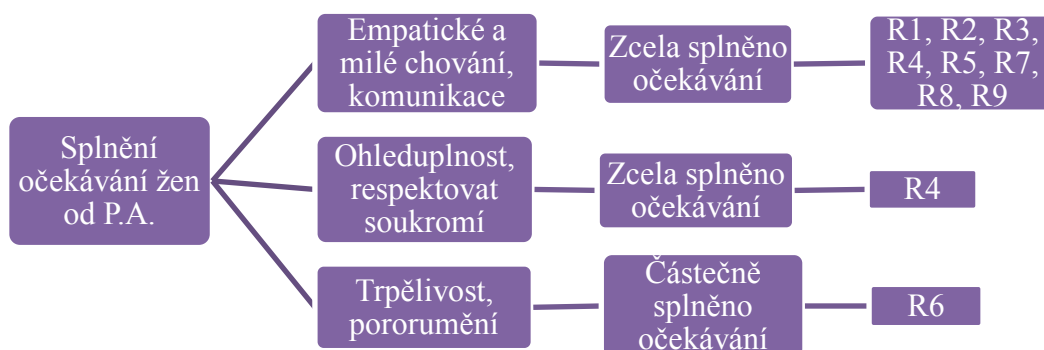
Zdroj: vlastní

Kategorie Očekávání žen

První hlavní kategorie Očekávání žen se zaměřila na to, jaké měly těhotné ženy s diagnózou preeklampsie očekávání od porodních asistentek. A zda bylo očekávání splněno, či nikoli.

Podkategorie Splnění očekávání žen od P.A.

Schéma 2: Podkategorie Splnění očekávání žen od P.A.



Tato podkategorie je zaměřena na to, zda bylo splněno očekávání těhotných žen s diagnózou preeklampsie od porodních asistentek. Respondentky měly velmi podobné názory, že od porodních asistentek očekávaly milé a ochotné chování. Dále očekávaly šikovnost porodních asistentek a vřelou komunikaci ze strany porodních asistentek. Převážně všechny respondentky řekly, že porodní asistentky splňovaly jejich představy. Avšak každá z nich uvedla, že se dostala do kontaktu alespoň s jednou porodní asistentkou, která nebyla moc komunikativní, ale zásadně jim to nevadilo. R3 uvedla, že nejvíc splnila očekávání jedna z porodních asistentek, která si všímala i jejího psychického stavu a domluvila respondentce konzultaci s lékařem. R7 vypověděla: „*Porodní asistentky jsou na mě moc milé a veškeré výkony, které jsem musela podstoupit pečlivě komentovaly*“ Dále sdělila, že ohledně výkonů jako je například: odběr krve, moči či měření tlaku jí porodní asistentka informovala a v průběhu výkonů se vyptávala, zda se cítí dobře. Respondentka vyjádřila, že její očekávání od porodních asistentek bylo splněno. Podobné názory se také objevovaly v odpovědích u respondentek R1, R2, R5, R8, R9. Respondentka R4 také popsala, že její očekávání bylo splněno. V rozhovoru se rozpovídala o tom, jak jsou porodní asistentky ohleduplné a před vstupem do pokoje klepou na dveře. R4 uvedla: „*Libí se mi, když porodní asistentky respektují moje soukromí. Vždy vchází do pokoje a dají o sobě vědět zaklepáním. Také se mě často ptají jak se mám, zda mi něco nechybí a čím by mi zpříjemnily hospitalizaci.*“ Uvedla, že její očekávání ze strany porodních asistentek bylo splněno. Respondentka R6 uvedla, že jedna porodní asistentka její očekávání nesplnila. Řekla, že předpokládala od porodních asistentek trpělivost a porozumění, kterých se jí vždy nedostalo. Vypověděla: „*Jedna porodní asistentka řekla, abych se vymočila do*

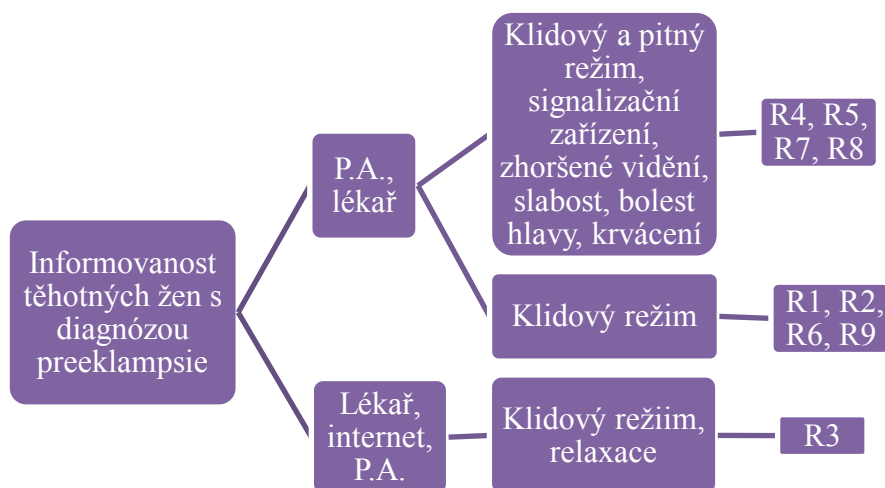
zkumavky a že to potřebuje co nejrychleji. Hodně jsem pila, abych porodní asistentku nezdržovala od práce, ale až jsem se snažila sebe víc, na záchod se mi prostě nechtělo. Po chvílce přišla porodní asistentka, která byla znepokojena z toho, že jsem jí zkumavku nenaplnila a pohrozila mi, že mě vycévkuje.“ Ostatní porodní asistentky její očekávání splnily a to v trpělivosti a porozumění.

Kategorie Informovanost žen

V kategorii Informovanost žen byla zvolena podkategorie Informovanost těhotných žen s diagnózou preeklampsie. Tato podkategorie se zabývala, kde a jaké získávaly těhotné ženy s diagnózou preeklampsie informace.

Podkategorie Informovanost těhotných žen s diagnózou preeklampsie:

Schéma 3: Podkategorie Informovanost těhotných žen s diagnózou preeklampsie



Tato podkategorie se zaměřila na informovanost těhotných žen s diagnózou preeklampsie. Respondentky (R4, R5, R7, R8) uvedly, že informace ohledně onemocnění preeklampsie dostávaly od lékaře. Respondentky se po informovanosti lékařem dále doptávaly porodních asistentek, protože informací bylo mnoho a chtěly je opět zopakovat. Respondentky vypověděly, že jim lékaři poskytli kvalitní a srozumitelné informace.

Ženy byly dále provedeny porodními asistentkami po oddělení rizikového těhotenství. Porodní asistentky jim řekly, kde najdou inspekci a vyšetřovnu, také kde mohly najít kuchyňský kout, který obsahoval různé spotřebiče, které těhotné ženy

mohly využít. Porodní asistentky jim dále ukázaly, na kterém pokoji budou hospitalizovány a kde najdou těhotné ženy sprchu a toaletu. Poté je informovaly o důležitosti klidového a pitného režimu. Informace dostaly i o signalizačním zařízení, pokud by se jim udělalo nevolno (zhoršené vidění, pocit slabosti, bolest hlavy, břicha nebo krvácení) Pro respondentky R1, R2, R6 bylo obtížné přijmout tolik informací o této nemoci a proto se doptávaly porodních asistentek. Ty jim sdělily, že je to onemocnění, které může ohrozit jí i miminko a proto je důležité dodržování klidového režimu.

Respondentka R3 uvedla, že zcela nerozuměla informacím, které obdržela od lékaře. *„Popravdě jsem diagnóze příliš nerozuměla, asi jsem v tom hledala složitosti.“* Respondentka si chvílemi myslela, že za onemocnění může sama a dávala si ho za vinu. Řekla, že nechtěla obtěžovat zdravotnický personál a proto si dohledávala informace na internetu. Později si jejího neklidného stavu povšimla jedna z porodních asistentek. Ta jí následně informovala o důležitosti klidového režimu a doporučila jí relaxaci v podobě čtení, poslouchání muziky, či jiné činnosti při které by se těhotná žena dokázala uvolnit. Také jí domluvila konzultaci s lékařem. *„Jedna porodní asistentka si všimla, mého neklidného stavu a domluvila mi konzultaci s lékařem, který mi věnoval více času a informací, abych mému stavu porozuměla.“*

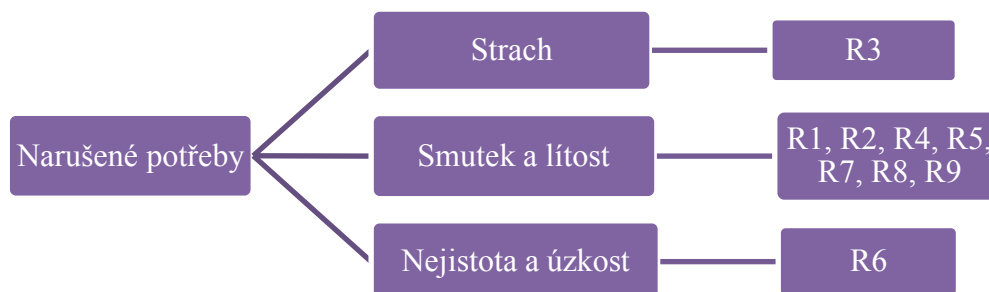
Další respondentka (R9) uvedla, že v nynějším těhotenství byla informována lépe než v tom prvním. *„Když jsem byla těhotná poprvé byla mi diagnostikována preeklampsie.“* Nikdo ji však hlubší informace nepodal. *„Řekli mi, že je to onemocnění placenty a hospitalizovaná jsem byla proto, aby se nezhoršil můj stav.“* Uvedla, že byla velmi příjemně překvapena, jaké pozornosti a informací se jí dostávalo v nynějším těhotenství ve kterém měla opět diagnostikovanou preeklampsii. *„Lékař se mnou mluvil o samotě v ambulanci, když mě přijímal za přítomnosti porodní asistentky.“* Porodní asistentka respondentku následně dovedla na její pokoj, kde byla hospitalizována a ukázala jí, kde se co nachází. *„Když mě odvedla na pokoj, řekla mi, abych dodržovala klid, odpočívala a nijak se nestresovala. Poté mě ujistovala, že kdybych měla nějaké nejasnosti, abych se na ni obrátila.“*

Kategorie Potřeba žen

V kategorii Potřeba žen byly zvoleny podkategorie: Narušená potřeba a Snaha porodní asistentky o uspokojení narušené potřeby.

Podkategorie Narušené potřeby:

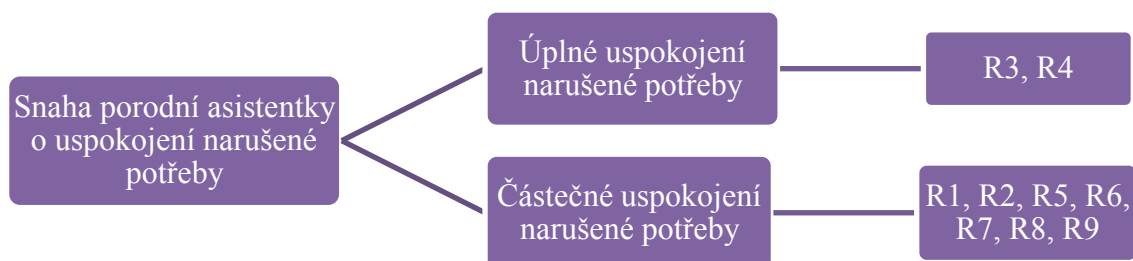
Schéma 4: Podkategorie Narušené potřeby



Tato podkategorie se zabývá narušenými potřebami, které vyjádřily těhotné ženy s diagnózou preeklampsie. Všechny respondentky v rozhovoru projevíly lítost a smutek, že jsou hospitalizované a nemohou trávit volný čas s rodinou, partnerem či se svými dětmi. Respondentka R5 zmínila: „*Je mi smutno po manželovi a dítěti, ale často za mnou chodí na návštěvu, takže vím, že se mají dobře.*“ Další respondentka (R6) projevila nejistotu a úzkost, když jí porodní asistentka přivedla do nepříjemné situace s pohružkou vycévkování a vyjádřila se: „*Byla jsem v šoku a nevěděla jsem co dělat když mi porodní asistentka pohrozila, že by mě vycévkovala.*“ Respondentka R4 vypověděla, že se na oddělení rizikového těhotenství cítí jako doma, protože měla okolo sebe milé porodní asistentky. Uvedla: „*Cítím se tu jako doma, všichni tu jsou moc milý, nejen porodní asistentky a lékaři, ale také paní uklízečka či sanitárka, se kterými je legrace a jsou plné elánu a dobré nálady. Jen mi tu chybí moje děťátko a partner.*“ Respondentka R3 v rozhovoru popisovala úzkost, protože si myslela, že za onemocnění je zodpovědná ona z důvodu nepochopení diagnózy preeklampsie. Vypověděla: „*Měla jsem strach a úzkost z toho, že za onemocnění mohu já a bála jsem se znovu zeptat na informace ohledně onemocnění, které mi již poskytl lékař.*“

Podkategorie Snaha porodní asistentky o uspokojení narušené potřeby:

Schéma 5: Podkategorie Snaha porodní asistentky o uspokojení narušené potřeby



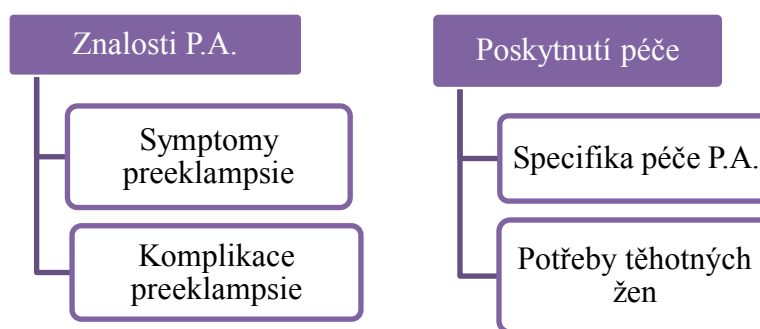
Tato podkategorie vypovídá o tom, jak těhotné ženy vnímaly snahu porodních asistentek ohledně uspokojování jejich narušených potřeb. V rozhovoru těhotné ženy s preeklampsií posoudily, zda u nich porodní asistentky zaznamenaly narušené potřeby, popřípadě jak se porodní asistentky snažily uspokojit narušené potřeby těhotných žen.

Všechny respondentky opět vyjádřily lidský přístup od porodních asistentek. Avšak řekly, že smutno jim je stále, ale většinou jim porodní asistentky zlepšily náladu v průběhu konverzace. Respondentka R3 vyjádřila: „*Již zmíněná porodní asistentka mi věnovala čas na pochopení mé diagnózy.*“ Dále se vyjádřila respondentka R4, která popisovala přívětivý zdravotnický personál. Uvedla: „*Jak už jsem řekla, všichni tu jsou fajn a stesk po mém děťátku a partnerovi mi tu všichni zlepšují, jak jen to jde.*“ Následně řekla, že je ráda obklopena pozitivně naladěnými lidmi. V rozhovoru respondentka R6 uváděla, že jí zlepšila náladu a zahnila úzkost právě porodní asistentka, která střídala ranní směnu. Uvedla, že ji překvapila porodní asistentka, která tolik nenaléhala na odběr moči. R6: „*Příjemně mě překvapila svou reakcí, když mi s úsměvem řekla, že se nic neděje, ať se snažím víc pít a určitě se to povede.*“

4.2 Kategorizace dat získaných od P.A.

Na základě výsledků výzkumného šetření, byly stanoveny hlavní kategorie Znalosti P.A. a Poskytnutí péče. Pro první hlavní kategorii Znalosti P.A. byly stanoveny podkategorie a to Symptomy preeklampsie, Komplikace preeklampsie. Pro druhou hlavní kategorii Poskytnutí péče, byly zvoleny podkategorie Specifika péče P.A. a Potřeby těhotných žen.

Schéma 6: Hlavní kategorie a podkategorie



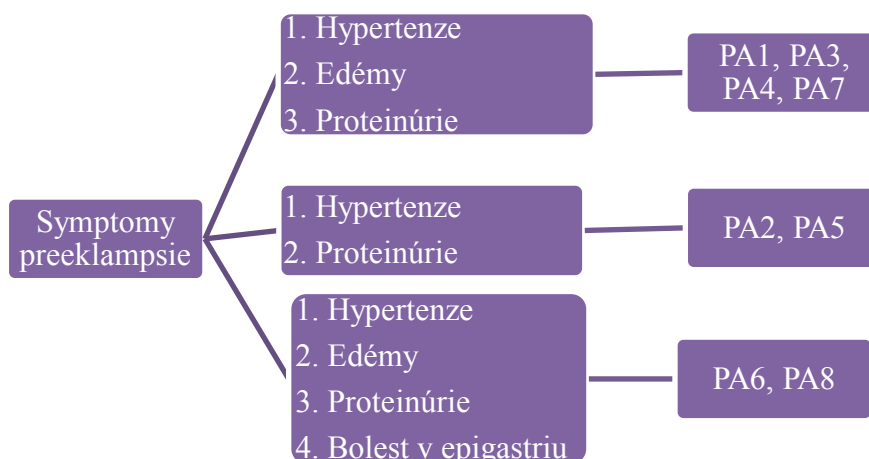
Zdroj: vlastní

Kategorie Znalosti P.A.

V kategorii Znalosti porodních asistentek byly zvoleny podkategorie a to Symptomy preeklampsie a Komplikace preeklampsie.

Podkategorie Symptomy preeklampsie:

Schéma 7: Podkategorie Symptomy preeklampsie

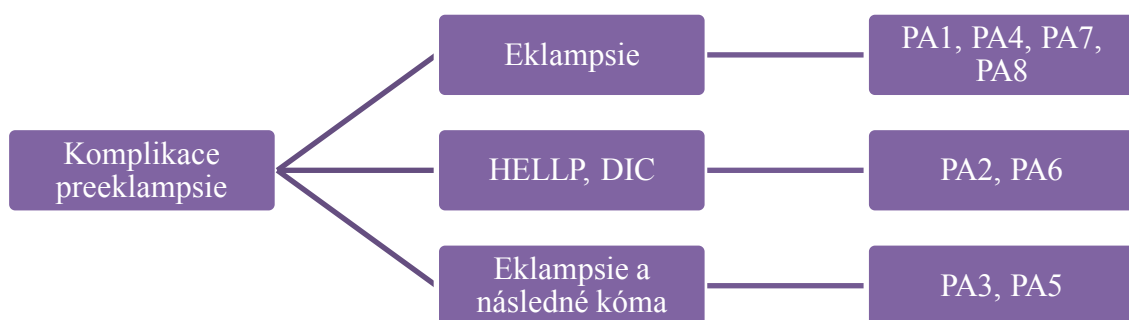


Tato podkategorie se zaměřila na znalost porodních asistentek ohledně onemocnění preeklampsie. Porodní asistentky v polostrukturovaném rozhovoru byly dotazovány na jejich znalosti ohledně onemocnění preeklampsie. Všechny porodní asistentky popisovaly preeklampsii jako onemocnění těhotné ženy, které se vyskytuje po 20. týdnu těhotenství. Také se všechny zmínily, že onemocnění je nebezpečné jak pro těhotnou ženu, tak pro její budoucí dítě. PA6 dodala, že preeklampsie se může objevit i v období šestinedělí a proto je důležité monitorovat ženu i po porodu v období šestinedělí. Pokud

byly porodní asistentky dotazovány na symptomy preeklampsie tak převážně uváděly příznaky jako je hypertenze, edémy a proteinurie (PA1, PA3, PA4, PA7). PA5 uvedla: „*Za hlavní symptomy preeklampsie považují hypertenzi a proteinurii.*“ Také poukázala na to, že je velmi důležité plnit ordinace lékaře a měřit v pravidelných intervalech krevní tlak. Takto dále vypověděla i PA2, která dodala, že se často těchto žen ptá, zda se cítí dobře a jestli na sobě nepocituje nějaké změny, které by mohly zhoršit její stav. V dalším rozhovoru PA8 řekla: „*Mezi hlavní symptomy bych určitě zařadila příznaky a to hypertenzi, edémy, proteinurii a bolest v oblasti epigastria.*“ Stejného názoru byla i PA6.

Podkategorie Komplikace preeklampsie

Schéma 8: Podkategorie Komplikace preeklampsie



V rozhovoru byly porodní asistentky dotazovány na komplikace preeklampsie. Většina porodních asistentek sdělila, že závažnou komplikací preeklampsie je eklampsie.

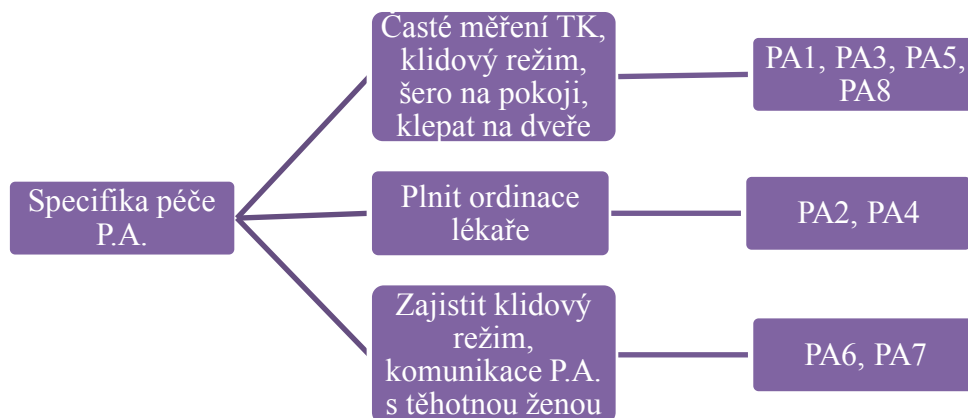
PA8 uvedla: „*Nejzávažnější komplikací preeklampsie si myslím, že je eklampsie, kdy se žena dostává do stavu, kdy je nekoordinovaně v křeči.*“ Stejnou odpověď měla i PA1, PA4, PA7. Eklamptický záchvat zažila ve své praxi PA7, která řekla, že to byl zážitek, na který nezapomene. Popsala, že těhotná žena byla v silné křeči a z úst jí tekla krev. Její první věc, kterou udělala byla ta, že odstranila věci o které by se těhotná žena mohla uhodit nebo zranit. Poté zavolala lékaře, který vyhodnotil situaci k provedení císařského řezu. Dále se objevily v odpovědích další komplikace a to HELLP a DIC. Tyto dvě komplikace uvedly PA2, PA6. PA6 vypověděla: „*Největší obavy mám z komplikace HELLP syndromu a DICu.*“ PA2 v rozhovoru uvedla: „*Preeklampsie je hrozná onemocnění a za svou praxi jsem viděla záchvaty, které nevypadaly vůbec hezky a pro mě největší strašák je HELLP a DIC.*“ Řekla, že tyto dvě komplikace nezažila, ale když

viděla, co obnáší za stres eklamptický záchvat jako například strach o ženu, tak by je nechtěla zažít. Další porodní asistentka uvedla, že za vážnou komplikaci považuje eklamptický záchvat, který u těhotné ženy končí kómatem. PA3: „*Myslím si, že jedna z nejznámějších komplikací je eklamptický záchvat, který může žena prodělat a následně zůstat při vědomí. Ovšem ta horší varianta je taková, že nám upadne do kómatu.*“ Tento názor projevila i PA5, která přesně řekla: „*Za vážnou komplikaci preeklampsie a myslím, že i nejznámější je stav eklamptického záchvatu, který může končit ztrátou vědomí.*“ Uvedla, že tento stav nikdy nezažila. Prý by ale chtěla mít tuto zkušenost, protože vyjádřila zvědavost, zda by se v situaci, kdy probíhá u těhotné ženy eklamptický záchvat, zachovala pohotově a správně.

Kategorie Poskytnutí péče

Podkategorie Specifika péče P.A.

Schéma 9: Specifika péče P.A.

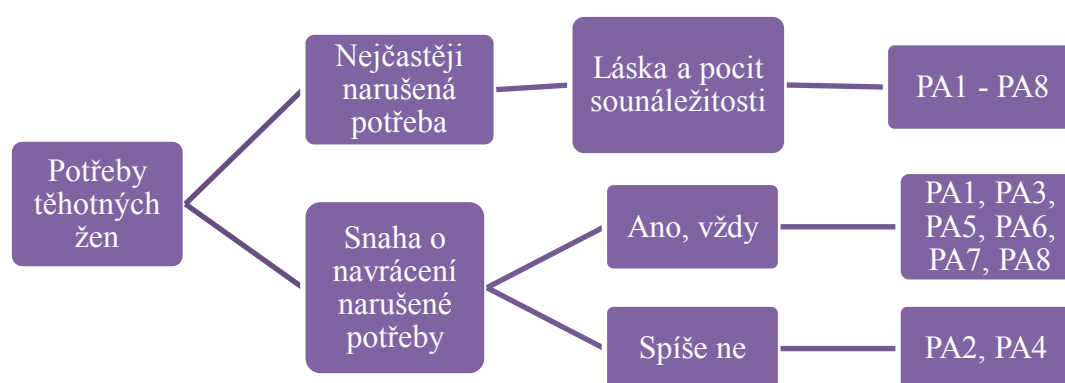


Podkategorie Specifika péče se zaměřila na péči, kterou poskytují porodní asistentky těhotným ženám s diagnózou preeklampsie. Všechny porodní asistentky uvedly za důležité měření krevního tlaku, dle ordinace lékaře a dodržování klidového režimu, který by měla dodržovat těhotná žena s diagnózou preeklampsie. PA1 dále popsala specifika takto: „*Ovšem, že je velmi důležité měřit v pravidelných intervalech krevní tlak. Myslím si, že je podstatné dodržovat klidový režim, šero na pokoji, klepat při vstupu do pokoje, aby o nás pacientky věděly.*“ Tyto priority uvedly i PA3, PA5, PA8. Některé porodní asistentky braly za prioritní při poskytování péče ordinace lékaře a to PA2 a PA4. PA4 uvedla: „*Vše co si těhotná žena bude přát a je to v mých silách tak*

jí ráda poskytnu, ale za prioritní péči považuji co naordinuje lékař.“ Podobný názor měla i PA2. Další porodní asistentka v rozhovoru uvedla důležitost o dodržování klidového režimu, pokud je naordinován. PA6: *„Takové ženě bych doporučila hlavně klidový režim, pokud je zapotřebí a myslím si, že i komunikace je důležitá. Pokud chceme, aby nám těhotná žena s tímto onemocněním řekla vše o svém stavu a nebála se nás požádat o pomoc, je důležité navázat blízký kontakt, který získáme za pomoci komunikace se ženou.*“ Takovýto názor měla také PA7.

Podkategorie Potřeby těhotných žen

Schéma 10: Potřeby těhotných žen



Podkategorie zjišťovala, zda si porodní asistentky uvědomují, které potřeby mají těhotné ženy s preeklampsií narušené. Porodní asistentky byly také dotazovány, jaké potřeby jsou u těhotných žen s diagnózou preeklampsie nejčastěji narušeny, a jakým způsobem se je porodní asistentky snaží obnovit. Všechny porodní asistentky vypověděly, že pokud má těhotná žena narušenou některou z potřeb v průběhu hospitalizace si toho povšimnou. Porodní asistentky se také shodly na tom, že nejvíce narušená potřeba je při hospitalizaci „Láska a sounáležitost“. PA1 v rozhovoru řekla: *„Je jasné, že se těhotné ženě při hospitalizaci stýská po partnerovi či dětech, které má doma. Proto si myslím, že nejvíce narušená potřeba u těhotné ženy s diagnózou preeklampsie je láska od partnera a dětí.*“

Dále se polostrukturovaný rozhovor zaměřoval na to, zda porodní asistentky mají snahu navrátit těhotným ženám narušenou potřebu, popřípadě jak. PA1, PA3, PA5, PA6, PA8 uvedly, že se snaží navrátit narušenou potřebu, pokud je to v jejich silách. PA3 vypověděla: *„Pokud těhotnou ženu vidím, že je nešťastná snažím se ji alespoň*

přivést na dobrou náladu a jiné myšlenky tím, že si s ní povídám.“ Další odpověď v rozhovoru uvedla PA5 a to: *„Když si všimnu těhotné ženy, která je nějakým způsobem nešťastná, snažím se najít chvíli volného času, který bych jí věnovala na popovídání mezi čtyřma očima.“* Ovšem některé porodní asistentky jsou jiného názoru. A to takového, že není potřeba se vnucovat těhotné ženě, která má špatnou náladu a snažit se o její zlepšení. Například PA2 v rozhovoru řekla: *„Nesnažím se moc vnucovat proto, abych jim zvedla náladu, jestli chtějí být smutné tak stejně budou a rodinu jim asi těžko nahradím.“* Další porodní asistentka (PA4), která byla podobného názoru vypověděla: *„Chápu, že se v nemocnici nemají nejlépe, ale existují mobily, aby se těhotná žena zkontaktovala se svou rodinou, nebo jí mohou chodit častěji navštěvovat, aby se cítila lépe.“*

5 DISKUZE

Těhotenství je krásné období pro těhotnou ženu i pro její rodinu, avšak ne vždy probíhá podle představ (Gregora, Velemínský, 2011). Existují komplikace, které mohou těhotenství znepříjemnit a ohrozit (Gregora, Velemínský, 2011). Ulčová-Gallová a Lošan (2013) popisují, že těhotenství může vyvolat závažné onemocnění, které se vyskytuje pouze v graviditě po 20. týdnu těhotenství a může ohrozit těhotnou ženu i její plod.

Otázky pro respondentky z výzkumného šetření byly zaměřeny na to, jaké měly těhotné ženy očekávání od porodních asistentek. Poté byly dotazovány, od koho a jaké dostávaly informace o onemocnění preeklampsie. Jestliže měly těhotné ženy s diagnózou preeklampsie narušené potřeby, byly dotazovány, jaké potřeby mají narušené a zda se snaží porodní asistentky těhotné ženě s diagnózou preeklampsie narušenou potřebu uspokojit.

Pro bakalářskou práci byl zvolen cíl a to zjistit specifika ošetrovatelské péče o ženu s preeklampií. Výzkumné šetření se především zaměřovalo na poskytovanou péči těhotným ženám a na očekávání těhotných žen s preeklampií ze strany porodních asistentek.

Těhotné ženy byly dotazovány na to, co očekávaly od porodních asistentek. Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že respondentky (R1, R2, R3, R4, R5, R7, R8, R9) očekávaly od porodních asistentek empatické, milé chování a také komunikaci. Ptáček et al. (2011) uvádějí, že empatické chování je důležité a uplatňuje se ve vztazích mezi porodními asistentkami, lékařem a těhotnou ženou. Ohledně komunikace Vévoda et al. (2013) popisuje, že je ve zdravotnictví nejslabším článkem a pro důkazy tohoto odvážného tvrzení uvedl, že je možné nalézt nejméně jeden případ v soudních sporech, který vedou pacienti proti nemocnici, ve které byli hospitalizováni. Výzkumný soubor nám toto ale nepotvrdil, ba naopak těhotné ženy s diagnózou preeklampsie si chválily komunikaci ze strany porodních asistentek. Mezi další očekávání těhotné ženy byla ohleduplnost a respektování jejího soukromí. Tato očekávání měla respondentka R4. Ptáček et al. (2011) obecně popsal, že respektování soukromí může být porušeno pouze v zájmu pacientova zdraví, nebo jestliže to nařizuje zákon. Respondentka R4 uvedla, že její soukromí bylo respektováno. Částečně bylo splněno očekávání respondentky R6 ohledně trpělivosti a porozumění. Raudenská a Javůrková (2011) uvádějí, že trpělivost a porozumění patří do tzv. podpůrné psychoterapie, kdy tímto porodní asistentky

pomohou těhotným ženám se zvládnutím nemoci, kterou trpí. Touto terapií porodní asistentky u těhotných žen s diagnózou preeklampsie nemění osobnost, ale poskytují porozumění a zdůrazňují těhotným ženám jejich kladné rysy, čímž těhotné ženy vedou k pozitivnímu myšlení (Raudanská, Javůrková, 2011).

Další otázky pro respondentky byly zaměřeny na to, jakým způsobem byly těhotné ženy informovány o jejich stavu a kým. Ptáček et al. (2011) uvádí, že informování těhotných žen je nedílnou součástí péče porodních asistentek, které by měly být dostatečně vzdělané, aby mohly kvalitně edukovat tyto ženy. Respondentky uvedly, že informovanost od lékaře byla dostačující, ale pro svůj klid se znovu tázaly porodních asistentek, aby si informace upřesnily. Každá respondentka odpověděla, že základní informace dostávala od lékaře. Porodní asistentky informovaly těhotné ženy o dodržování léčebného režimu a zodpovídaly těhotným ženám jejich doplňující otázky ohledně onemocnění. Hájek et al. (2014) popisují důležitost dodržování klidového režimu u těhotných žen s diagnózou preeklampsie v kombinaci s častou monitorací těhotné ženy a jejího plodu. Respondentky (R1, R2, R4, R5, R6, R7, R8) uvedly, že dostávaly dostačující informace od porodních asistentek, což je pozitivní zjištění. Hájek et al. (2014) udávají, že by měly porodní asistentky edukovat těhotnou ženu s diagnózou preeklampsie o důležitosti klidového režimu a o výkonech, které u ní budou vykonávat. Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že čtyři z devíti respondentek byly informovány o dodržování klidového a pitného režimu, o signalizačním zařízení, které měly těhotné ženy použít, pokud by na sobě pociťovaly zhoršení jejich stavu jako například zhoršené vidění, slabost, bolest hlavy či krvácení. Jedna respondentka (R3) si dohledávala na internetu informace ohledně jejího onemocnění, což podle mého názoru není zcela správné. Na internetu jsou sice odborné články apod., avšak nesprávně zvolené zdroje mohou obsahovat nekvalitní nebo dokonce nepravdivé informace. Potom těhotná žena věří mylným informacím, které si zjistila na internetu.

Dále se výzkumné šetření zabývalo, jaké mají těhotné ženy s preeklampsií narušené potřeby. Základní potřeby jsou fyziologické, následují potřeby bezpečí, potřeby lásky a sounáležitosti, uznání a obdivu a poslední potřeba seberealizace (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011). Respondentky (R1, R2, R4, R5, R7, R8, R9) vypověděly, že se jim stýská po rodině. Většina z nich cítila smutek a lítost, že nemůžou trávit volný čas se svými dětmi a partnery. Respondentka R3 uvedla strach, že za onemocnění je zodpovědná, protože hůře pochopila informace od lékaře a znovu už se vyptávat nechtěla. Nejistotu a smutek prožívala respondentka R6, která se dostala do

nepříjemné situace s porodní asistentkou, která se nezachovala správně. Uvedla, že jí porodní asistentka pohrozila vycévkováním, pokud se nevytočí do zkušavky. Toto chování je neprofesionální a myslím si, že by se na pracovišti nemělo objevovat. Jak popisují Kelnarová a Matějková (2014) profesionální chování porodní asistentky se odráží od její charakterové vlastnosti a dále říkají slušné, zdvořilé chování, úcta a interakci k hospitalizovaným je zásadní pro všechny zdravotní pracovníky.

Navazující otázka na narušenou potřebu byla taková, zda se porodní asistentky snažily o naplnění narušené potřeby těhotných žen a popřípadě jak. Lidské potřeby jsou nezbytné, důležité a úzce souvisí s kvalitou a zachováním našeho života (Šamánková et al., 2011). Respondentky (R3, R4) uvedly, že úplné uspokojení potřeby pocítily po rozhovoru s porodní asistentkou. Je velice důležitá snaha o uspokojení potřeby v průběhu hospitalizace pro zlepšení stavu hospitalizované osoby (Šamánková et al., 2011). Částečný návrat potřeby smutku a lítosti verbalizovaly respondentky (R1, R2, R5, R6, R7, R8, R9). Uvedly, že jsou porodní asistentky milé a dokáží jim zlepšit náladu, avšak smutek po dětech a rodině cítí stále.

Otázky pro porodní asistentky z výzkumného šetření byly zaměřeny na to, jaké znají symptomy preeklampsie a její komplikace. Dále byly porodní asistentky dotazovány na jejich specifickou péči, kterou poskytují těhotným ženám s diagnózou preeklampsie. Poté odpovídaly na to, zda si uvědomují narušené potřeby těhotných žen s diagnózou preeklampsie, a jak se snaží uspokojit těhotné ženě narušené potřeby.

Z výzkumného šetření bylo dále zjištěno, že PA1, PA3, PA4, PA7 uvedly tři základní symptomy preeklampsie a to hypertenzi, edémy a proteinurii. Heinrich (2015) ve své knize také popisuje tři příznaky preeklampsie a to hypertenzi v kombinaci s proteinurií a edémy. Preeklampsii označoval za EPH-gestozu, která obsahuje právě ve svých zkratkách tři příznaky: edémy, proteinurie a hypertenzi (Heinrich, 2015). PA2 a PA5 v rozhovoru popsaly pouze symptomy přítomnosti hypertenze a proteinurie. Slezáková et al. (2011) popisovala stejné příznaky jako Heinrich (2015), ale uvedla jako další symptom bolesti v oblasti epigastria. Tyto příznaky uvedly dvě z osmi porodních asistentek (PA6, PA8), které považovaly bolesti v oblasti epigastria za velmi důležitý symptom. Porodní asistentky byly dále tázány na komplikace preeklampsie. Bartůněk et al. (2016) udávají za nejzávažnější komplikaci preeklampsie, rozvoj eklamptického záchvatu, který popisují jako záchvat, tonicko-klonických křečí. Bartůněk et al. (2016) popisují, že eklampsie může nastat při neadekvátně léčené preeklampsii. Takový to názor měly porodní asistentky PA1, PA4, PA7, PA8, které verbalizovaly, že za hlavní

komplikaci by uvedly eklamptický záchvat, kdy žena prodělává nekoordinovaně křečovitý stav. Šimetka et al. (2013) popisují hrozící komplikaci zvanou HELLP syndrom, který se vyskytuje v těhotenství, buď jako samostatná jednotka, nebo v souvislosti s těžkou preeklampií. Koudelková (2013) uvádí, že lékař může indikovat sectio caesarea při HELLP syndromu, či při komplikaci DIC (diseminovaná intravaskulární koagulopatie). Takovéto komplikace uváděly porodní asistentky PA2 a PA6. Porodní asistentky PA3, PA4 poukazovaly na závažnou komplikaci a to nástup eklamptického záchvatu u těhotné ženy, po kterém upadá do kómatu. Dle Hájka et al. (2014) je eklampsie stav, který se objeví jako nekoordinované křečovitě stavy a úpad do kómatu je závažnou komplikací, která vyžaduje okamžité jednání. Jak uvádí Hájek et al. (2014) těhotná žena se může vyvarovat konvulzivnímu stavu a upadne rovnou do kómatu (Hájek et al., 2014).

V polostrukturovaném rozhovoru byly porodní asistentky dotazovány na jejich specifickou péči, kterou poskytují u těhotných žen s diagnózou preeklampsie. Z výsledků výzkumného šetření je zřejmé, že porodní asistentky zajišťují časté měření krevního tlaku, také zajišťují těhotné ženě s preeklampií klidový režim a šero na pokoji. Důležité je také ticho a klidné prostředí na pokoji, který je vybaven žaluziemi pro přítmí v pokoji, kde leží těhotná žena s diagnózou preeklampsie (Sák, Otásková et al., 2008). Také porodní asistentky uvedly, že je důležité klepání na dveře, před vstupem na pokoj. PA1 řekla „*Myslím si, že je podstatné dodržovat klidový režim, šero na pokoji, ťukat při vstupu do pokoje, aby o nás pacientky věděly.*“ Další dvě porodní asistentky vypověděly, že je pro ně prioritní plnění ordinace lékaře, což si myslím, že je nedostačující. Za důležité úkony uvedly porodní asistentky (PA6, PA7) klidový režim, který by měla dodržovat těhotná žena a komunikaci s těhotnou ženou. Uvedly, že komunikací si získávají bližší kontakt s těhotnou ženou a vzájemnou důvěru. Dle Vévody et al. (2013) je komunikace nedílnou součástí poskytované péče těhotné ženě. Díky komunikaci navazuje porodní asistentka partnerský vztah s těhotnou ženou a vytváří si k ní důvěru (Vévoda et al., 2013).

Porodní asistentky byly také tázány, zda si uvědomují narušené potřeby těhotných žen při hospitalizaci. Pocit neuspokojené potřeby může zapříčinit těhotné ženě s diagnózou preeklampsie například stres, distres či pocit frustrace (Šamánková et al., 2011). Spokojenost těhotné ženy totiž přichází v okamžiku, kdy jsou uspokojeny její potřeby ve všech oblastech (Béřeš, 2013). Všechny porodní asistentky uváděly, že si narušené potřeby v průběhu hospitalizace u těhotných žen všimaly, ale snahu

o uspokojení potřeby mají jenom některé. Pokud má těhotná žena narušenou jakoukoli její potřebu je velmi důležité, aby byla co nejdříve uspokojena. Jestliže tomu tak není, je pravděpodobné, že narušená potřeba se bude prohlubovat. Porodní asistentky se shodly na názoru, že těhotným ženám se převážně stýská po rodině, tudíž není uspokojena potřeba lásky a sounáležitosti. Porodní asistentky (PA1, PA3, PA5, PA6, PA8) poskytly informaci, že mají snahu uspokojit potřebu těhotným ženám tím, že si najdou chvíli volného času, aby se mohly těhotným ženám více věnovat a komunikovat s nimi. Ptáček et al. (2011) popisují, že ve zdravotnictví se od porodních asistentek očekává přístup jako je například soucit, strídmost, trpělivost atd. Avšak, ne všechny porodní asistentky zastávají názor, že by se měly více angažovat do snahy o uspokojení potřeb těhotných žen. V rozhovoru porodní asistentky (PA2, PA4) uvedly, že nemají chuť se vnucovat a zlepšovat náladu těhotným ženám. Podle nich by měla zajistit zlepšení nálady rodina těhotné ženy, například častým telefonováním nebo poskytnutím častých návštěv. Jak uvedl Cakirpaloglu (2012), osobnost je organizovaná kombinace vlastností, chování, hodnot pro každého jedince. Vyplývá z toho to, že každý člověk se naprosto liší od ostatních a každý z nás je individuální (Cakirpaloglu, 2012). Proto je velmi důležité, přistupovat ke každé těhotné ženě individuálně, jelikož každá těhotná žena ocení od porodních asistentek něco jiného. Některé ženy ocení snahu porodních asistentek a rády si popovídají a přijmou od nich snahu o uspokojení jejich potřeb. Jsou ale také ženy, které o pomoc až tak nestojí a jsou rády sami se sebou.

6 ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala specifickou péčí porodní asistentky o ženu s preeklampií. Teoretická část byla zaměřena na onemocnění preeklampsie. V jednotlivých kapitolách byla popisována etiologie, symptomy, rizikové faktory, diagnostika, péče porodní asistentky o ženu s preeklampií, její edukace apod.

V bakalářské práci byl stanoven 1 cíl a 2 výzkumné otázky. Cílem bylo zjistit specifika ošetrovatelské péče o ženu s preeklampií. Pro zpracování bakalářské práce bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření, za pomoci polostrukturovaných rozhovorů. Rozhovory byly získávány s ženami, kterým bylo v těhotenství diagnostikováno onemocnění preeklampsie. Dále byly rozhovory uskutečňovány s porodními asistentkami, které pracovaly na oddělení rizikového těhotenství.

Výzkumné otázky byly zaměřené na to, jakým způsobem poskytují péči porodní asistentky ženám s preeklampií a jaká jsou očekávání žen při poskytování péče ze strany porodních asistentek.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že těhotné ženy s diagnózou preeklampsie měly podobná očekávání od porodních asistentek. Těhotné ženy se shodovaly v názoru, že očekávaly od porodních asistentek empatické a milé chování, vřelou komunikaci, ohleduplnost dodržování a respektování jejich soukromí. Z odpovědí vyplývá, že tento přístup byl těhotným ženám dopřán. Avšak respondentka (R6) projevila nespokojenost u jedné porodní asistentky ohledně přístupu a komunikace.

Na výzkumnou otázku, jakým způsobem poskytovaly péči porodní asistentky ženám s preeklampií, byly odpovědi u většiny shodné.

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že porodní asistentky mají dostatek vědomostí ohledně onemocnění, které vyjádřily za pomoci polostrukturovaného rozhovoru. Za specifickou péči u těhotných žen s preeklampií uváděly časté měření krevního tlaku, dodržování klidového režimu, zajistit šero na pokoji, plnit ordinace lékaře, komunikovat s těhotnou ženou a před vstupem na pokoj těhotné ženy se ohlásit zatukáním na dveře. Porodní asistentka hraje důležitou roli v péči o těhotnou ženu. Její úloha zahrnuje kvalitní poskytování péče, uspokojování potřeb, profesionální přístup a edukaci.

Výsledky výzkumného šetření mohou využít porodní asistentky, které pečují o ženu s preeklampií. Dále výsledky mohou být prezentovány na odborných seminářích či konferencích.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ANDĚLOVÁ, K. et al., 2016. *Gestační diabetes mellitus – doporučené postupy* [online]. [cit.2017-6-6]. Dostupné z: <http://www.perinatologie.cz/dokumenty/doc/doporucene-postupy/p-2017--gestacni-diabetes-mellitus.pdf>
2. ARNOLDOVÁ, A., 2015. *Sociální péče: Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-5147-4.
3. BARASH, P. et al., 2015. *Klinická anesteziologie*. 6. vydání. Praha: Grada. 816 s. ISBN 978-80-247-4053-9.
4. BARTŮNĚK, P. et al., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada. 752 s. ISBN 978-80-247-4343-1.
5. BAŠKOVÁ, M. 2015. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. Praha: Grada. 112 s. ISBN: 978-80-247-5361-4.
6. BEHINOVÁ, M. et al., 2012. *Velká kniha o mateřství*. Mladá fronta. 367 s. ISBN 978-80-204-2816-5.
7. BÉREŠ, M., 2013. *Kouč vlastního života: Cesta ke spokojenému životu*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-8733-6.
8. ČAKIRPALOGLU, P. 2012. *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada. 287 s. ISBN 978-80-247-4033-1.
9. Česká Komora Porodních Asistentek, z.s., 2013-2017 ©. *Kdo je porodní asistentka*. [online]. [cit. 2017-25-07]. Dostupné z: <https://www.ckpa.cz/rodice/pece-porodni-asistentky.html%C2%A8%C2%A8>
10. EHRMANN, J. et al., 2014. *Hepatologie*. 2. vydání. Praha: Grada. 658 s. ISBN 978-80-247-8021-4.
11. FERREIRA M. et al., 2017. *Nursing care for women with pre-eclampsia and/or eclampsia: integrative review*. Rev Esc Enferm USP. 50(20), 324-34, DOI: 10.1590/S0080-623420160000200020.
12. GARRIDO-GOMEZ, T. et al., 2017. *Severe pre-eclampsia is associated with alterations in cytotrophoblasts of the smooth chorion*. Development. 144(5), 767-777, DOI: 10.1242/dev.146100.
13. GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ, M., 2011. *Nová kniha o těhotenství a mateřství*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-3081-3.
14. GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ, M., 2013. *Čekáme dítětko*. 2. vydání. Praha: Grada. 384 s. ISBN 978-80-247-3781-2.

15. HANÁKOVÁ, T. et al., 2010. *Velká česká kniha o matce a dítěti*. Brno: Computer Press. 256 s. ISBN 978-80-251-2788-9.
16. HERDMAN, T. H., KAMITSURU, S., 2015. *Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2015-2017*. 10. vyd. Praha: Grada Publishing a.s. s. 464. ISBN 978-80-247-5412-3.
17. HÁJEK, Z. et al., 2014. *Porodnictví*. 3. vydání. Praha: Grada. 538 s. ISBN 978-80-247-4529-9.
18. HEINRICH, K., 2015. *Výživa v medicíně a dietetika*. 11. vydání. Praha: Grada. 592 s. ISBN 978-80-246-4533-6.
19. HIRSCH, H. et al., 2013. *Archives of Gynecology*. Springer Berlin Heidelberg. 407 s. ISBN 978-3-662-38962-1.
20. HOUROVÁ, M., GALAMBOŠOVÁ, V., 2015. *Slovníček pro těhotné*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3666-2.
21. JINDROVÁ, B. et al., 2011. *Praktické postupy v anestezi*. Praha: Grada. 194 s. ISBN 978-80-247-3626-6.
22. KELNAROVÁ, J. et al., 2012. *První pomoc*. 2. vydání. Praha: Grada. 110 s. ISBN 978-80-247-4199-4.
23. KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., 2014. *Psychologie 2. díl: Pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada. 148 s. ISBN 978-80-247-3600-6.
24. KITNER, O. et al., 2011. *Lékařská fyziologie*. Praha: Grada. 800 s. ISBN 978-80-247-3068-4.
25. KOUDELKOVÁ, V., 2013. *Ošetrovatelská péče o ženy v šestinedělí*. Praha: Triton. 136 s. ISBN 978-80-7387-624-1.
26. KUKLA, L., 2016. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada. 456 s. ISBN 978-80-247-3874-1.
27. ĽUBUŠKÝ, M., KROFTA, L., VLK, R., 2012. *Pravidelná ultrazvuková vyšetření v průběhu prenatální péče – doporučené postupy* [online]. [cit.2017-6-6]. Dostupné z: <http://www.perinatologie.cz/dokumenty/doc/doporucene-postupy/p-2013-pravidelna-ultrazvukova-vysetreni-v-prubehu-prenatalni-pece.pdf>
28. MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.

29. NELANDER, M. et al., 2017. *Cerebral Magnesium Levels in Preeclampsia; A Phosphorus Magnetic Resonance Spectroscopy Study*. Am J Hypertens. 30(7), 667-672, DOI: 10.1093/ajh/hpx022.
30. NEVOLOVÁ, M., 2015. *Dotýkání dovoleno!: Jak zatočit s nedomazleností a být spokojený*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-5008-8.
31. NOVOTNÁ, B., NOVÁK J., 2012. *Alergie a astma*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-4390-5.
32. PAŘÍZEK, A., 2015. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti*. Praha: Grada. 444 s. ISBN 978-80-7492-215-2.
33. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. et al., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
34. RAUDENSKÁ, J., JAVŮRKOVÁ, A., 2011. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví* Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-2223-8.
35. REMEŠ, R. et al., 2013. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-4530-5.
36. ROKYTA, R. et al., 2015. *Fyziologie a patologická fyziologie*. Praha: Grada. 712 s. ISBN 978-80-247-4867-2.
37. ROZTOČIL, A. et al., 2008. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada. 408 s. ISBN 978-80-247-1941-2.
38. ROZTOČIL, A. et al., 2014. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-247-2832-2.
39. SADLER, T., W., 2011. *Langmanova lékařská embryologie*. Praha: Grada. 414 s. ISBN 978-80-247-2640-3.
40. SEIDL, Z., 2015. *Neurologie pro studium i praxi*. 2. vydání. Praha: Grada. 584 s. ISBN 978-80-247-5247-1.
41. SKUTILOVÁ, V., 2016. *Jak na strach a úzkost v těhotenství*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-5469-7.
42. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2011. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada. 269 s. ISBN 978-80-247-3373-9.
43. SPRADLEY, F. et al., 2017. *Metabolic abnormalities and obesity's impact on the risk for developing preeclampsia*. Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol. 312(1), R5-R12, DOI: 10.1152/ajpregu.00440.2016.
44. ŠAMÁNKOVÁ, M. et al., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. Praha: Grada. 134 s. ISBN 978-80-247-3223-7

45. ŠEBLOVÁ, J. et al., 2013. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. Praha: Grada. 400 s. ISBN 978-80-247-4434-6.
46. ŠIMETKA, O. et al., 2013. *Hellp syndrom: Porodnictví krok za krokem*. Praha: Maxdorf. 148 s. ISBN 978-80-7345-361-9.
47. ŠPIRULOVÁ, L. 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-5710-0.
48. ŠTEFAN, J. et al., 2012. *Soudní lékařství a jeho moderní trendy*. Praha: Grada. 437 s. ISBN 978-80-247-3564-8.
49. ŠTEMBERA, Z. et al., 2014. *Perinatální neuropsychická morbidita dítěte*. Praha: Karolinum. 660 s. ISBN 978-80-246-2168-5.
50. ŠULISTOVÁ, R., TREŠLOVÁ, M., 2012. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči pro sestry a porodní asistentky*. České Budějovice: Jihočeská univerzita. 191 s. ISBN: 978-80-7394-246-5.
51. TESAŘ, V. et al., 2015. *Klinická nefrologie*. 2. vydání. Praha: Grada. 560 s. ISBN 978-80-247-4367-7.
52. TRACHTOVÁ, E. et al., 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2.
53. TOKER, E., KÖMÜRÇÜ, N., 2017. *Effect of Turkish classical music on prenatal anxiety and satisfaction: A randomized controlled trial in pregnant women with pre-eclampsia*. Complement Ther Med. 30, 1-9, DOI: 10.1016/j.ctim.2016.11.005.
54. ULČOVÁ-GALLOVÁ, Z., LOŠAN, P., 2013. *Neploďnost*. Praha: Grada. 149 s. ISBN 978-80-247-4555-8.
55. UNZEITIG, V. et al., 2015. *Zásady dispenzární péče ve fyziologickém těhotenství – doporučené postupy* [online]. [cit.2017-6-6]. Dostupné z: <http://www.perinatologie.cz/dokumenty/doc/doporucene-postupy/p-2015-zasady-dispenzarni-pece-ve-fyziologickem-tehotenstvi.pdf>
56. VÉVODA, J. et al., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-4732-3.
57. VILLA, P. et al., 2017. *Cluster analysis to estimate the risk of preeclampsia in the high-risk Prediction and Prevention of Preeclampsia and Intrauterine Growth Restriction (PREDO) study*. PLoS One. 12(3), 1-14, DOI: 10.1371/journal.pone.0174399.

58. VLK, R. et al., 2015. *Preeklampsie*. Praha: Maxdorf. 350 s. ISBN 978-80-7345-460-9.
59. VOLNÁ, P. et al., 2016. *Velká česká kniha o matce a dítěti*. 2. vydání. Brno: Computer Press. 256 s. ISBN 978-80-264-0755-3.
60. YANG., T. et al. 2017. *Periconceptional folic acid supplementation and vitamin B12 status in a cohort of Chinese early pregnancy women with the risk of adverse pregnancy outcomes*. J Clin Biochem Nutr. 60(2), 136-142, DOI: 10.3164/jcbtn.16-45.
61. ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-4062-1.
62. Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), 2004. [online]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 30, s. 1452-1479. [cit.2016-8-8]. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=4334>.

8 PŘÍLOHY

Příloha 1 - Maslowova pyramida

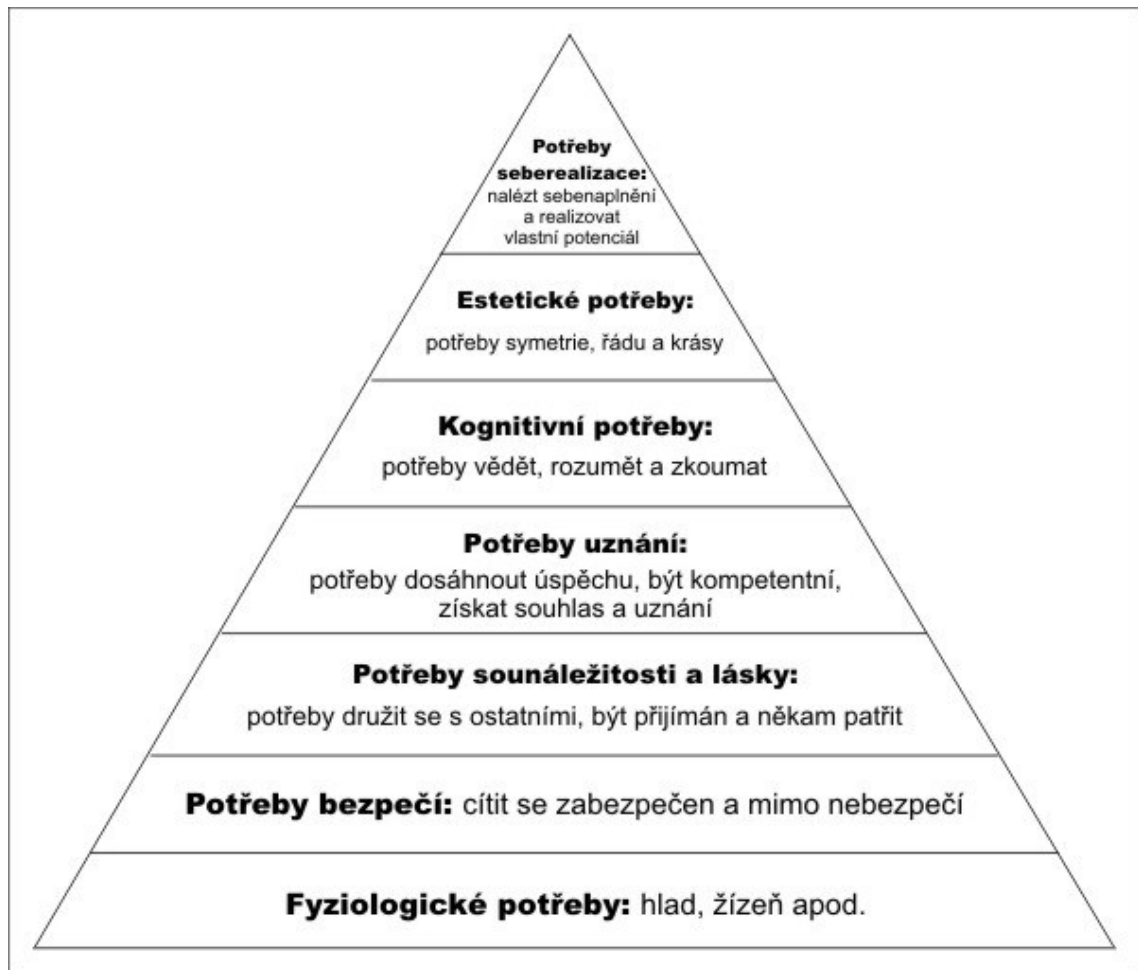
Příloha 2 - Otázky pro rozhovor s těhotnými ženami s diagnózou preeklampsie

Příloha 3 - Otázky pro rozhovor s porodními asistentkami

Příloha 4 - Žádost o souhlas respondentek ke spolupráci

Příloha 5 - Žádost o provedení výzkumného šetření

Příloha 1 - Maslowova pyramida



Zdroj: ©2011. *Maslowova pyramida lidských potřeb*. [cit.2017-12-6]. Dostupné z: <http://www.filosofie-uspechu.cz/maslowova-pyramida-lidskych-potreb/>

Příloha 2 - Otázky pro rozhovor s těhotnými ženami s diagnózou preeklampsie

Identifikační údaje:

1. Jaký je Váš věk?
2. Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Jaká je Vaše profese?
4. Jaký je Váš rodinný stav?
5. Po kolikáté jste těhotná?
6. V jakém jste týdnu těhotenství?

Otázky vztahující se k problematice:

7. Jaké bylo Vaše předchozí těhotenství?
8. Jakým způsobem jste byla informována o Vašem zdravotním stavu od zdravotního personálu?
9. Jaká byla Vaše představa ohledně podání informací o Vašem zdravotním stavu?
10. Jakou péči jste očekávala, ze strany porodní asistentky?
11. V čem se lišila péče poskytovaná porodní asistentkou od Vašich představ?
12. Jaké jste měla pozmeněné potřeby v souvislosti s preeklampsií?
13. Pokud se porodní asistentka snažila o naplnění Vaší potřeby jak?

Příloha 3 - Otázky pro rozhovor s porodními asistentkami

Identifikační údaje:

1. Jaký je Váš věk?
2. Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Jak dlouhá je Vaše praxe?

Otázky vztahující se k problematice:

4. Jak byste popsala preeklampsii? (Jaké znáte symptomy, kterými se projevuje preeklampsie?)
5. Jaké rizikové faktory, ovlivňují vznik preeklampsie?
6. Jaké komplikace se mohou rozvinout u ženy s preeklampsií? (Jaké komplikace přináší preeklampsie pro plod?)
7. Jakým způsobem lze předejít zhoršení stavu u těhotné ženy s preeklampsií?
8. Jakou poskytujete péči ženě s preeklampsií, v čem se liší od péče o fyziologicky těhotnou ženu? (Co byste dělala, kdyby se zhoršil zdravotní stav těhotné ženy s preeklampsií?)
9. V případě, že se domníváte, že u ženy s diagnózou preeklampsie dochází ke změně v potřebách, jaké to nejčastěji jsou?
10. Jakým způsobem byste změněné potřeby obnovila u těhotných žen s diagnózou preeklampsie?

Příloha 4 - Žádost o souhlas respondentek ke spolupráci

Žádost o souhlas respondentek ke spolupráci

Dobrý den,

Jmenuji se Žaneta Piklová a studuji třetí ročník porodní asistence na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Jedním z požadavků na dokončení studia je vypracování bakalářské práce. Bakalářská práce, na které pracuji, nese název Specifika péče porodní asistentky o ženu s preeklampsií. Cílem této práce je zjistit, specifika ošetrovatelské péče o ženu s preeklampsií.

Rozhovor, který s Vámi povedu, bude dle platných etických norem a ihned po jeho získání anonymizován. Data, která od Vás získám, budou sloužit pouze pro analýzu k tématice bakalářské práce.

V dne

.....

Podpis respondentky

.....

Podpis studentky

Příloha 5 - Žádost o provedení výzkumného šetření

Žádost o provedení výzkumného šetření

Věc: Žádost o provedení výzkumného šetření

Žádám Vás o povolení vykonat výzkumné šetření s porodními asistentkami pracujícími na oddělení rizikového těhotenství. Výzkum je součástí mé závěrečné bakalářské práce, která nese název Specifika péče porodní asistentky o ženu s preeklamsií.

Údaje bych chtěla získávat za pomoci rozhovoru, který příkládám níže. Rozhovor bude probíhat dle platných etických norem a po jeho získání anonymizován a získané informace budou sloužit pouze pro analýzu k tématice bakalářské práce.

Děkuji za posouzení žádosti

S pozdravem

Žaneta Piklová

9 SEZNAM CIZÍCH SLOV

abrupce placenty - předčasné odloučení placenty

albumin - hlavní bílkovina krevní plazmy

ampula - nejprostornější část vejcovodu

amnézie - ztráta paměti

anasarka - otok v oblasti obličeje

decidua basalis - vrstva, která se vyskytuje mezi děložní stěnou a blastocystou

decidua capsularis - vrstva, která pokrývá blastocystu

decidua parietalis - vrstva, která vyplňuje zbytek děložní dutiny

diabetes mellitus - úplavice cukrová

dilatace - rozšíření

edém - otok

embryoblast - vnitřní masa buněk oplodněného vajíčka

emesis gravidarum - těhotenské zvracení

erythrocyty - červená krvinka

fertilizace - oplodnění vajíčka

flowmetrie - měření průtoku krve

hemoglobin - červené krevní barvivo

hyperemesis gravidarum - nadměrné zvracení u těhotné ženy

hypertenze - vysoký krevní tlak

hyperurikémie - zvýšená hladina kyseliny močové v krvi

hypoxie - nedostatek kyslíku

choriogonadotropin - těhotenský hormon implantace - zanoření oplodněného vajíčka

konvulzivní stav - stav křečovitých stavů

kotyledon - struktura placenty se samostatným cévním zásobením

leukocyty - bílé krvinky

morbidity - nemocnost

mortalita - úmrtnost
mydriáza zornic - rozšířené zornice
multipara - vícero dička
nauzea - pocit nevolnosti
nidace - uhníždění oplodněného vajíčka
prostacyklin - látka zabraňující adhezi krevních destiček
proteinurie - bílkovina v moči
primipara - prvorodička
pyrosis gravidarum - pálení žáhy
sectio caesarea - císařský řez
screening - vyhledávání chorob
trofoblast - zevní vrstva pokrývající blastocystu
trombocyty - krevní destičky
tromboxan - látka stimulující agregaci krevních destiček
urea - močovina
vomitus matutinus - ranní zvracení

10 SEZNAM ZKRATEK

AC - obvod břicha

ALT - alaninaminotransferáza (jaterní testy)

AST - aspartátaminotransferáza (jaterní testy)

BMI - body mass index

BPD - příčný průměr hlavy

CTG - kardiokardiograf

DIC - diseminovaná intravaskulární koagulopatie

ELFO - elektroforéza

EPH - E - edémy, P - proteinurie, H - hypertenze

EKG - elektrokardiograf

HELLP - H - hemolýza, EL - elevace jaterních enzymů a LP - trombocytopenie

FL - délka stehenní kosti

GDM - gestační diabetes mellitus

HC - obvod hlavy

HIV - Human Immunodeficiency Virus

IUGR - intrauterinní růstová retardace

JIP - jednotka intenzivní péče

JT - jontogram

KO - krevní obraz

KP - konec pánevní

oGTT - orální glukózový toleranční test

P.A. - porodní asistentka

Rh - krevní typ rozlišující krev podle tzv. Rhesus faktoru

S.C. - sectio caesarea

WHO - World Health Organization = Světová zdravotnická organizace