



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Těhotenství s pozitivní diagnostikou preeklampsie a úloha porodní asistentky

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

PORODNÍ ASISTENCE

Autor: Nela Husárová

Vedoucí práce: PhDr. Drahomíra Filausová, Ph.D.

České Budějovice 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem *Těhotenství s pozitivní diagnostikou preeklampsie a úloha porodní asistentky* jsem vypracovala 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 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 práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 4.5. 2023

.....

Nela Husárová

Poděkování

Ráda bych poděkovala paní PhDr. Drahomíře Filausové, Ph.D. za odborné vedení této bakalářské práce, čas, trpělivost a cenné rady, které mi poskytla. Dále bych chtěla poděkovat všem informantkám a porodním asistentkám, které mi věnovaly čas a byly vstřícné a ochotné zapojit se do výzkumného šetření. Děkuji také své rodině a přátelům za podporu.

Těhotenství s pozitivní diagnostikou preeklampsie a úloha porodní asistentky

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá těhotenstvím, pozitivní diagnostikou preeklampsie. V práci je popsáno, jaká je úloha porodní asistentky a jaké jsou potřeby těhotných žen během hospitalizace. Cílem této práce bylo zjistit, jak vnímají porodní asistentky péči o těhotné ženy s diagnózou preeklampsie a dalším cílem bylo zjistit, jak se změnila potřeba těhotných žen s diagnózou preeklampsie. Práce je členěna na dvě části, a to teoretickou a empirickou.

V teoretické části je popsána charakteristika těhotenství, hypertenze, etiopatogeneze preeklampsie a úloha porodní asistentky u ženy s diagnózou preeklampsie. V empirické části pro tuto práci byly zvoleny dva cíle a to zjistit, jak vnímají porodní asistentky péči o těhotné ženy s diagnózou preeklampsie a zjistit, jak se změnila potřeba těhotných žen s diagnózou preeklampsie. Zajímalo nás, jak porodní asistentky pečují o těhotné ženy s diagnózou preeklampsie a jaké mají tyto ženy potřeby během hospitalizace. Na základě těchto dvou cílů, byly stanoveny dvě výzkumné otázky. Jak vnímají porodní asistentky péči o těhotné ženy s diagnózou preeklampsie a jak se změnila potřeba těhotných žen při poskytování péče. Výzkumné šetření probíhalo kvalitativní formou pomocí polostrukturovaných rozhovorů s porodními asistentkami a ženami, které měly v těhotenství zkušenost s tímto onemocněním. První výzkumný soubor tvořilo 5 porodních asistentek pracujících na gynekologicko-porodnickém oddělení. Druhý výzkumný soubor tvořilo 8 informantek mající osobní zkušenost s onemocněním preeklampsie a od jejichž porodu neuplynulo více než 1 rok. První výzkumná otázka zkoumala, jak vnímají porodní asistentky péči o těhotné ženy s diagnózou preeklampsie. Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že všechny dotazované porodní asistentky se shodly na zvýšeném sledování celkového stavu klientky, zejména monitorace krevního tlaku, otoků, laboratorní vyšetření krve a moči, subjektivních pocitů klientky a dále sledování ozev plodu pomocí doppleru. Dále porodní asistentky uvedly, důležitost edukace klientek během hospitalizace. Nejčastěji edukují ženy o klidovém režimu, omezení sledování televizoru a telefonu, mít na pokoji přítmí, dále mít klid na lůžku, o signalizačním zařízení a dostatečném spánku a odpočinku. Pouze některé porodní asistentky zmínily, edukaci žen o správné technice sběru moči za 24 hodin. Edukaci v oblasti vyprazdňování

a prevence zácpy zmínila pouze porodní asistentka PA3. Druhá výzkumná otázka zjišťovala, jak se změnila potřeby těhotných žen při poskytování péče. Z výzkumného šetření vyplynulo, že informantky nejčastěji pociťují narušení psychosociálních potřeb, a to separace od rodiny a blízkých, strach a obava o své nenarozené dítě, stesk a smutek. Dále informantky uvedly, narušený spánek a odpočinek z důvodu hospitalizace a změny prostředí. Některé informantky se zmínily o omezeném výběru stravy a pouze informantka I8 uvedla problém s obtipací v souvislosti s dlouhodobou hospitalizací a klidovým režimem. Dále informantky uvedly, jako deficit informací v oblasti sebevzdělání z důvodů absence návštěv předporodních kurzů vzhledem k hospitalizaci a dřívější vzniklé epidemiologické situaci.

Dlouhodobě hospitalizované těhotné ženy, nemají možnost navštěvovat kurzy pro těhotné mimo zdravotnické oddělení, a proto dochází k deficitu informací v oblasti sebevzdělání. Z této bakalářské práce vyplynulo, že je potřeba důslednější edukace žen během hospitalizace.

Výsledky této práce mohou být použity jako podklad pro odborné semináře a přednášky pro porodní asistentky.

Klíčová slova

těhotenství; diagnostika; preeklampsie; porodní asistentka

Pregnancy with a Positive Diagnosis of Pre-eclampsia and the Role of a Midwife.

Abstract

This bachelor thesis deals with pregnancy and positive diagnosis of pre-eclampsia. The thesis describes the role of a midwife and the needs of pregnant women during hospitalization. The aim of this thesis was to find out how midwives perceive the care of pregnant women diagnosed with pre-eclampsia and a further aim was to find how the needs of women diagnosed with preeclampsia have changed. The thesis is divided into two parts, theoretical and empirical.

In the theoretical part the characteristics of pregnancy, hypertension, etiopathogenesis and the role of a midwife with a woman diagnosed with pre-eclampsia are described. Two aims were chosen for the empirical part of this thesis, namely, to find out how midwives perceive the care of pregnant women diagnosed with pre-eclampsia and how the needs of women diagnosed with pre-eclampsia have changed. We were interested in finding out how midwives care for pregnant women diagnosed with pre-eclampsia and the needs of these women during hospitalization. Based on these objectives, two research questions were established. How do midwives perceive the care of pregnant women diagnosed with pre-eclampsia and how have the needs of pregnant women changed during the provision of care. A qualitative research investigation was carried out by means of semi-structured interviews with midwives and women who have experienced the disease during pregnancy. The first research group consisted of five midwives working in the obstetrics and gynecology department. The second research group consisted of eight informants with personal experience of pre-eclampsia and whose delivery took place less than a year ago. The first research question investigated how midwives perceive the care for pregnant women diagnosed with pre-eclampsia. The research survey showed that all the midwives interviewed agreed on increased monitoring of the client's general condition, especially monitoring of blood pressure, swelling, laboratory testing of blood and urine, subjective feelings of the client and further observation of the heart rate of the fetus using a doppler. Furthermore, the midwives emphasized the importance of client education during hospitalization. Most frequently the women were educated about resting regimen, limiting TV and phone screen time, having a semi-dark room, bedrest, signaling devices and getting enough sleep and rest. Only some midwives mentioned educating women

about the proper technique of urine collection in 24 hours. Information regarding bowel movement and constipation prevention was mentioned only by midwife PA3. The second research question examined how pregnant women's care needs have changed. The research survey showed that informants most frequently experience disruption of psychosocial needs, namely separation from family and loved ones, fear and concern for their unborn child, homesickness and sadness. Furthermore, the informants reported disruption of sleep due to hospitalization and change of environment. Some informants mentioned limited dietary choices and only informant I8 mentioned a problem of obstipation due to long-term hospitalization and resting regimen. Furthermore, the informants mentioned an information deficit in the area of self-education due to not attending antenatal classes as a result of hospitalization and the previous epidemiological situation.

Pregnant women undergoing long-term hospitalization do not have the opportunity to visit antenatal courses outside the medical ward which results in information deficit in the area of self-education. This bachelor thesis has shown that there is a need for more consistent education for women during hospitalization. The findings of this thesis may be used as a source for professional seminars and lectures for midwives.

Keywords

pregnancy; diagnosis; pre-eclampsia; midwife

Obsah

ÚVOD	8
1 SOUČASNÝ STAV	9
1.1 Charakteristika těhotenství.....	9
1.1.1 Charakteristika fyziologického těhotenství.....	10
1.1.2 Charakteristika rizikového těhotenství.....	12
1.1.3 Charakteristika patologického těhotenství.....	13
1.2 Hypertenze	14
1.2.1 Chronická hypertenze.....	14
1.2.2 Gestační hypertenze.....	15
1.3 Etiopatogeneze preeklampsie.....	15
1.3.2 Symptomy preeklampsie	16
1.3.3 Rizikové faktory preeklampsie	17
1.3.4 Diagnostika preeklampsie	17
1.3.5 Prevence preeklampsie.....	18
1.3.6 Komplikace preeklampsie.....	19
1.4 Úloha porodní asistentky u ženy s diagnózou preeklampsie	21
2 CÍLE PRÁCE	23
2.1 Cíle práce	23
2.2 Výzkumné otázky.....	23
3 METODIKA	23
3.1 Metodika výzkumného šetření	23
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	24
4 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	24
4.1 Kategorizace a analýza výsledků	24
4.2 Vyhodnocení výzkumného šetření porodních asistentek	25
4.3 Vyhodnocení výzkumného šetření informantek	30
5 DISKUZE	36
6 ZÁVĚR	43
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	45
8 PŘÍLOHY	48
9 SEZNAM ZKRATEK	Chyba! Záložka není definována.

ÚVOD

Tato bakalářská práce se zabývá péčí o těhotné ženy s diagnózou preeklampsie a úlohou porodní asistentky. Onemocnění preeklampsie se vyskytuje u těhotných žen zejména po 20. týdnu těhotenství. Tato nemoc postihuje celosvětově 2 až 8 % těhotných žen, převážně primipar (Ives et al., 2020). Mezi její hlavní příznaky se řadí hypertenze, otoky a proteinurie nad 300 mg bílkovin za den (Vlk et al., 2015). Dochází při ní k orgánovým změnám, nejvýznamněji postihuje parenchymatózní orgány, jako jsou játra, mozek, ledviny, plíce, placenta či krevní systém (Slezáková et al., 2017). Je tedy nutné, aby porodní asistentka znala problematiku onemocnění preeklampsie z pohledu její diagnostiky, specifik péče, edukace a vzniku možných komplikací.

Toto téma bakalářské práce jsem si zvolila, protože jsem se v rámci odborné praxe setkala se ženami, které onemocnění preeklampsie postihlo a toto téma mě zajímá. Myslím si, že by porodní asistentka měla znát tuto problematiku, neboť se s onemocněním preeklampsie může během své praxe setkat. Hlavními cíli této práce je zjistit, jak vnímají porodní asistentky péči o těhotné ženy s diagnózou preeklampsie, a zaznamenat, jak se změnila potřeby těhotných žen s touto diagnózou.

Věřím, že tato bakalářská práce bude přínosem pro porodní asistentky a že v ní najdou ucelené informace týkající se problematiky preeklampsie a péče o těhotné ženy s tímto onemocněním.

1 Současný stav

1.1 Charakteristika těhotenství

Prenatální období lze rozdělit na embryonální a fetální. Období embryonální neboli zárodečné trvá osm týdnů a začíná oplozením. V tomto čase vznikají zárodeční listy a vytváří se základy orgánů embrya. Období v rané fázi embryogeneze, které trvá do 3. týdne, se nazývá blastogeneze. V době počínající 3. týdnem se vytváří mezoderm, tzv. zárodečný list, a toto období se označuje jako organogeneze (Procházka, 2020).

Období fetální neboli plodové začíná 9. týdnem a končí porodem. V této fázi dochází k růstovým pochodům, zvětšování buněk a mezibuněčné hmoty s následným zvětšováním orgánů (Procházka, 2020). Stáří plodu a termín porodu se určují podle prvního dne poslední menstruace a ve 13. týdnu těhotenství je lze zjistit přesněji pomocí ultrazvukového vyšetření (Gregora, Velemínský ml., 2011).

Těhotenství lze rozdělit do tří trimestrů podle vývojových změn, typických pro danou etapu. V prvním trimestru se vyvíjí ty nejdolnější zárodky, a proto je zde nejvyšší riziko potratu. V jeho průběhu dochází k organogenezi (Procházka et al., 2020). Toto období trvá do 12+6 týdne těhotenství, druhý trimestr do 27+6 tt. a třetí trimestr trvá do 40+0 tt. či do porodu (Roztočil, 2017).

Projevy těhotenství se dělí na nejisté, pravděpodobné a jisté (Roztočil et al., 2017). Nejistými projevy těhotenství jsou celkové příznaky, které jsou podmíněny hormonální změnou a jsou fyziologickou odezvou organismu na těhotenství, přináší zvýšenou únavu, spavost a někdy i zvýšenou teplotu (Wilhelmová, 2021). Mezi pravděpodobné projevy těhotenství se řadí vynechání menstruace neboli amenorea, zvýšená pigmentace v oblasti dvorců či zevního genitálu a zvýšený vaginální výtok, který je fyziologického charakteru; tyto příznaky se projevují na reprodukčních orgánech a prsech ženy (Wilhelmová, 2021). K jistým projevům těhotenství potvrzujícím diagnózu patří objektivní průkaz plodu a jeho projevů v děloze za pomoci ultrazvukového zobrazení, také průkaz beta podjednotky hCG v krvi těhotné ženy (Roztočil et al., 2017). Wilhelmová et al. (2021) mimo jiné mezi jisté projevy těhotenství řadí i to, že prvorodička může začít vnímat pohyby plodu v děloze již ve 20. týdnu těhotenství, oproti tomu vícero dička již asi v 18. týdnu. V této době lze také slyšet ozvy plodu pomocí stetoskopu či ultrazvukového doppleru pro monitoring ozev plodu (UDOP).

1.1.1 Charakteristika fyziologického těhotenství

Pokud se u ženy při kontrole v prenatální péči nezjistí žádné rizikové faktory v anamnéze a výsledky všech jejích laboratorních a klinických vyšetření v průběhu gravidity jsou v normě, jedná se o fyziologické těhotenství (Roztočil, 2017). Dispenzární prenatální péče je poskytována ženám do 28. týdne gravidity a je prováděna v intervalu 4 až 6 týdnů. V období od 29. do 36. týdne gravidity včetně probíhá odborná péče v intervalu 3 až 4 týdnů a jedenkrát týdně od 37. týdne gravidity do termínu porodu, pokud jsou všechny výsledky v normě (Roztočil, 2017).

Porodní asistentka má kompetenci diagnostikovat rizika a poskytovat zdravotnickou péči a poradenství ženě s fyziologickým těhotenstvím v jakémkoliv prostředí (Wilhelmová, 2021). Porodní asistentka podporuje prostředí bezpečí a důvěry během prenatální, intrapartální a postnatální péče s cílem zlepšit zdraví a pohodu matky a plodu (Holness, 2018).

Prenatální poradna

Je velmi důležité, aby prenatální péče o těhotnou ženu, kterou vede lékař nebo porodní asistentka, byla efektivní, minimalizovaly se nadbytečné zásahy, a aby vedla ke zlepšení perinatálních výsledků a k uspokojení potřeb těhotné ženy (Wilhelmová, 2021). Klinická a laboratorní vyšetření v prenatální poradně lze rozdělit na pravidelná a nepravidelná (Procházka et al., 2020).

Mezi pravidelná vyšetření řadíme ta, která se provádí při každé návštěvě prenatální poradny (Procházka et al., 2020). Podle Procházkovy et al. (2020) se jedná o sběr informací o aktuálním zdravotním stavu těhotné ženy formou zevního vyšetření pro zjištění hmotnostního přírůstku, v případě potřeby vnitřního vaginálního vyšetření se stanovením cervix-skóre, měření krevního tlaku a chemické analýzy moči, kterou zajišťuje porodní asistentka. Dalším pravidelným vyšetřením je detekce známek vitality plodu. Při návštěvě těhotné ženy v prenatální poradně je nutné, aby lékař s porodní asistentkou shromáždili a aktualizovali informace o zdravotním stavu těhotné ženy (Gregora, Velemínský ml., 2013).

Mezi nepravidelná vyšetření patří komplexní prenatální vyšetření do 14. týdne gravidity. Těhotné ženě je vystavena těhotenská průkazka, v níž je podrobně vypsán průběh prenatálních poraden a laboratorních či klinických vyšetření. Dále je klientce nabídnut

screening nejčastějších morfologických a chromozomálních vrozených vývojových vad plodu (Hájek et al., 2014).

Provádí se laboratorní vyšetření, a to stanovení krevní skupiny a Rh faktoru těhotné ženy, screening nepravidelných antierytrocytárních protilátek, krevní obraz, sérologické vyšetření ke zjištění přítomnosti HIV, HBsAg a protilátky proti syfilidě. Součástí vyšetření je také provedení odběru glykémie nalačno (Hájek, 2014). Calda et al. (2011) uvádějí, že ultrazvuková prenatalní diagnostika je základním pilířem prenatalní péče. Při vyšetření je nutné používat kvalitní ultrazvukové přístroje a toto vyšetření by měli provádět zkušení a vzdělaní sonografisté. Procházka et al. (2020) uvádí, že se ultrazvukové vyšetření provádí do 14. týdne gravidity, určuje se počet plodů, vitalita plodu, biometrie, při které je změřen rozměr temeno-kostrční délky plodu, výsledná hodnota určí dataci těhotenství a uvádí se v milimetrech. Další ultrazvukové vyšetření se dělá 20+0 až 22+0 týden gravidity, kdy se znovu určí počet a vitalita plodů, biometrie, kdy jsou měřeny parametry BPD (biparietálního průměru), HC (obvod hlavy), AC (obvod břicha) a FL (délka stehenní kosti) (Calda, 2011). Pokud v prvním trimestru dojde k nesouladu mezi výsledky biometrie plodu a datací gravidity podle CRL, je nutné zajistit adekvátní konzultaci gravidní ženy na specializovaném pracovišti (Procházka et al., 2020). Dále je důležité zjistit lokalizaci placenty, množství plodové vody a morfologii plodu (Roztočil et al., 2017).

Ve 24+0 až 28+0 týdnů gravidity se provádí dvoufázový screening OGTT (orálně glukózo-toleranční test). 1. fází tohoto vyšetření je odběr vzorku žilní krve u všech těhotných žen do 14. týdne gravidity a ve 2. fázi se odebere vzorek žilní krve ve 24. až 28. týdnů těhotenství (Procházka et al., 2020). Tento test se provádí těhotné ženě nalačno v ranních hodinách, žena musí být řádně poučena, že tři dny před provedením testu by se měla stravovat tak jako vždy, neměla by omezovat přísun sacharidů a měnit své stravovací návyky, den před testem by měla vyloučit nadměrnou fyzickou námahu (Andělová et al., 2015). Pokud se ženě při prvním odběru nalačno zjistí výsledek glykémie vyšší než 7,0 mmol/l, je jasně diagnostikován gestační diabetes a dále není nutné v OGTT pokračovat (Roztočil et al., 2017). Pokud se ukáže hodnota nižší než 7,0 mmol/l, je nutné tento test provést. Probíhá podáním zátěžové dávky cukru, což je 75 g glukózy rozpuštěné v 250 ml vody. Tento nápoj je nutno vypít do 5–10 minut. (Karen et al., 2020). Roztočil et al. (2017) uvádí fyziologické hodnoty u těhotných žen

nalačno 3,3–5,1 mmol/l, poté se za hodinu po zátěži glukózou odebere krev znovu a hodnota je 4,0–10,0 mmol/l, za další dvě hodiny po zátěži 3,3–8,5 mmol/l.

Profylaxe RhD aloimunizace u RhD negativních žen je zajištěna aplikací anti-D-
imunoglobulinu RhD všem negativním těhotným ženám v 27+1 až 28+0 týdnu gravidity (Procházka et al., 2020). V době 27. až 32. týdne gravidity se provádí laboratorní vyšetření k stanovení hodnot erytrocytů, leukocytů, trombocytů, hematokritu a hemoglobinu, serologické vyšetření HIV, HBsAg, protilátky proti syfilidě a druhý ultrazvukový screening plodu. Ten se zaměřuje hlavně na zjištění vrozených vývojových vad plodu, funkce fetoplacentární jednotky, biometrie plodu, lokalizace placenty a množství plodové vody (Procházka et al., 2020). 36. až 38. týden gravidity je ženám provedeno mikrobiologické vyšetření na detekci streptokoků skupiny B vaginorektálním stěrem, kdy jsou kultivační vzorky odebrány jednou sterilní výtěrovkou s transportním médiem z pochvy přes perineum do rekta (Hájek et al., 2014). Dále je proveden kardiokografický non-stress test od 40. týdne gravidity dle doporučeného postupu FIGO 2015 (Procházka et al., 2020). Ve 38. až 40. týdnu gravidity je také provedeno stomatologické vyšetření a vyšetření internistou včetně EKG (Roztočil et al., 2017).

1.1.2 Charakteristika rizikového těhotenství

Podle Roztočila et al. (2017) rizikové faktory posuzuje lékař v prenatalní poradně z anamnestických údajů, laboratorních a klinických výsledků. Pokud je ženě detekován nějaký rizikový faktor, těhotenství je bráno jako rizikové. Hájek et al. (2014) uvádějí demografické rizikové faktory, kam se řadí rodinná anamnéza (genetická zátěž), demografické faktory (věk pod 17 let či nad 35 let, výška pod 150 cm, multiparita nad 40 let – od posledního těhotenství méně než 1 rok), sociální faktory (drogová závislost, nízký sociálně-ekonomický status či nechtěné těhotenství), předchozí reprodukční komplikace (operace na děloze, sterilita, GDM, více než 2x UUT či AB), rizikové faktory v současné graviditě (vícečetné těhotenství, nepříznivá poloha plodu, vcestné lůžko, negativní Rh faktor, přítomnost bílkoviny v moči).

Jakýkoli neočekávaný zdravotní stav v těhotenství spojený se skutečným nebo potenciálním rizikem pro zdraví nebo pohodu matky či plodu je považován za rizikové těhotenství (Procházka, 2020). Ženy s komplikovaným těhotenstvím mohou vyžadovat změny životního stylu, léčebné režimy, technickou podporu, a dokonce i hospitalizaci (Holness, 2018).

Těhotná žena se zařadí do jedné ze tří skupin podle zhodnocených rizik ihned po vstupu do systému prenatální péče (Roztočil et al., 2017). Podle Roztočila et al. (2017) se řadí do tří skupin a to; skupiny s malým rizikem, se středním rizikem a ženy s vysokým rizikem. Wilhelmová (2021) rozděluje těhotné ženy pouze do dvou skupin. Do první z nich patří klientky s nízkým rizikem (Low risk), což jsou ženy bez rizikových faktorů v anamnéze a u nichž veškerá laboratorní a klinická vyšetření, která se provádí v průběhu gravidity, jsou v normě. Takové těhotenství tedy označuje jako fyziologické a prenatální péči může poskytovat sama porodní asistentka. Ve druhé skupině jsou těhotné ženy s definovaným rizikem (Risk Pregnancy), což znamená, že je anamnéza ženy zatížena rizikovými faktory nebo jde o laboratorní či klinické výsledky vyšetření, které jsou mimo rozmezí normy, a došlo k nějaké patologii. (Wilhelmová, 2021). Péči o těhotné ženy, které spadají do této skupiny, zajišťují výhradně lékaři ve spolupráci s porodní asistentkou (Wilhelmová, 2021). Podle Slezákové et. al. (2017) pokud je u ženy detekováno rizikové těhotenství, záleží na uvážení a doporučení četnosti návštěv v prenatální poradně obvodního gynekologa, který ženu monitoruje a poskytuje jí adekvátní péči vzhledem k jejímu zdravotnímu stavu.

1.1.3 Charakteristika patologického těhotenství

Za patologické těhotenství se považuje přítomnost patologických laboratorních či klinických výsledků, ty diagnostikují určitou patologii, ale není podmínkou mít v anamnéze rizikové faktory. Sem lze zařadit těhotné ženy, jejichž specifický problém definuje riziko již na počátku gravidity – toto těhotenství se značí jako patologické (Roztočil, 2017). Pařízek a Honzík (2015) udávají, že patologie v těhotenství nese velké riziko nejen pro ženu, ale i pro plod. Popisují, že u některých žen je zjištěna choroba již před těhotenstvím a v jeho průběhu může dojít k rozvinutí a zhoršení onemocnění, které má nepříznivé dopady na těhotnou ženu i plod. Hanáková et. al. (2010) mezi nepříznivé onemocnění řadí například cukrovku, některá plicní a kardiovaskulární onemocnění. Další choroby, které vznikly v průběhu gravidity, jsou například preeklampsie, těhotenská cukrovka apod. (Hanáková et al., 2010). U plodu se mohou objevit vrozené vývojové vady, stavy s poruchou výživy a projevy Rh-izoimunizace matky (Pařízek, 2015). Podle Gregora a Velemínského ml. (2013) vyžadují patologická těhotenství léčebnou péči a žena by měla docházet do specializovaných poraden pro riziková těhotenství. Tyto poradny jsou ženám s touto diagnózou přizpůsobeny. Dále se sem řadí některé nepravidelnosti, jako jsou například vícečetné těhotenství, nepravidelné uložení

plodu nebo nízko nasedající placenta (Hájek, 2014). Frekvence návštěv závisí na aktuálním stavu těhotné ženy (Unzeitig et al., 2015)

Ošetřující gynekolog rozhoduje o četnosti laboratorních a klinických vyšetření na základě závažnosti onemocnění, které ženu postihuje. Ke každé ženě s patologickým těhotenstvím se přistupuje individuálně (Gregora, Velemínský 2013). Ženy s patologickým těhotenstvím jsou více sledovány a jsou podrobeny častějším vyšetřením než ženy s fyziologickým těhotenstvím (Hájek et al., 2014).

1.2 Hypertenze

Dle kritérií WHO/ISH (World Health Organisation/International Society of Hypertension) z roku 1999 se vysoký krevní tlak považuje opakovaným naměřením zvýšené hodnoty krevního tlaku, a to tlaku systolického ≥ 140 mm Hg a diastolického ≥ 90 mm a to minimálně ve 2 ze 3 měření. (Journal of Hypertension, © 2023). Hypertenze vzniklá v první polovině těhotenství se označuje termínem chronická hypertenze a hypertenze vzniklá po 20. týdnu těhotenství se značí jako gestační hypertenze (Vlk et al. 2015). Dále Vlk et al. (2015) uvádí, že spojením gestační hypertenze a signifikantní proteinurie vzniká preeklampsie.

1.2.1 Chronická hypertenze

Arteriální hypertenze má vysokou prevalenci a je hlavním rizikovým faktorem pro rozvoj kardiovaskulárních onemocnění a také hlavním přispěvatelem k celosvětové nemocnosti a úmrtnosti, a proto představuje obrovskou socioekonomickou zátěž (Dolejšová, Filipovský, 2007). Přes velký pokrok ve vnímání, diagnostice a léčbě hypertenze je kontrola krevního tlaku nedostatečná u méně než poloviny pacientů s hypertenzí ($<140/90$ mm Hg). Tato diagnóza arteriální hypertenze začíná u většiny pacientů preventivním měřením krevního tlaku v ordinaci (Widimský a Widimský, 2014). Vlk et al. (2015) uvádí, že měření krevního tlaku mimo ordinaci je důležitým doplňkem, zejména k odmaskování syndromu bílého pláště. K dosažení správné cílové hodnoty krevního tlaku je k dispozici mnoho účinných antihypertenziv (Vlk et al. 2015). O kolik by se měl krevní tlak snížit, je v současnosti předmětem sporů, protože evropské a identické německé národní směrnice z roku 2013 doporučují cílový krevní tlak $<140/90$ mm Hg pro většinu pacientů. Nedávná studie SPRINT odhalila, že někteří pacienti mohou mít prospěch z ještě nižšího krevního tlaku (Wermelt et al., 2017). Podle kritérií z roku 1999 World Health Organization / International Society of Hypertension je u netěhotných pacientek arteriální hypertenze charakterizována opakovaným zvýšením systolického

tlaku nad 140 mm Hg a diastolického nad 90 mm Hg (Vlk et al., 2015). Aby došlo k potvrzení hypertenze, je nutné, aby se dvakrát ze tří měření opakoval nález vysokého krevního tlaku. Pokud je naměřena hodnota diastolického tlaku více než 110 mm Hg již při prvním měření, jedná se o jasné kritérium hypertenze a není třeba kontrolního měření. V tomto případě je nutná indikace antihypertenzní terapie (Vlk et al., 2015).

1.2.2 Gestační hypertenze

Procházka et. al. (2020) tvrdí, že gestační hypertenze typicky vzniká po 20. týdnu gestace a je charakterizována hypertenzí bez proteinurie; obvykle po skončení gravidity spontánně vymizí. Dochází ke zvýšení arteriálního krevního tlaku nad 140/90 mm Hg a tvoří heterogenní skupinu patologických jevů (Roztočil, 2017). Příčina vzniku gestační hypertenze není známá, vzácně se může rozvinout v chronickou hypertenzi v pozdějším životě ženy (Procházka et al., 2020). Tato choroba je závažná komplikace, která může v graviditě vzniknout a véde k mateřské mortalitě; frekvence tohoto onemocnění je asi 5–10 % (Janků, 2007). Roztočil (2017) uvádí, že obezita má velký podíl na superponovanou preeklampsii, přičemž dochází k nasedání na již existující chronickou hypertenzi v graviditě. Zhruba ve 12 % případů představuje superponovaná preeklampsie nasedající na preexistující arteriální hypertenzi (Janků, 2007).

1.3 Etiopatogeneze preeklampsie

Vlk et al. (2015) definuje preeklampsii jako multiorgánové onemocnění specifické pouze v graviditě s nejasnou etiologií. Charakterizuje se hypertenzí, která se objevuje po 20. týdnu těhotenství a je doprovázena proteinurií nad 300 mg bílkovin za den společně s výraznými otoky (Vlk et al., 2015). Celosvětově postihuje 2 až 8 % těhotenství a způsobuje významnou mateřskou a perinatální morbiditu a mortalitu (Ives et al., 2020). Preeklampsie predisponuje ženy v pozdějším věku ke kardiovaskulárním onemocněním (Filipek, 2018). Postihuje ve větší míře primipary než multipary. Dochází k orgánovým změnám; nejvýznamněji postihuje parenchymatózní orgány, jako jsou játra, mozek, ledviny, plíce, placenta či krevní systém (Slezáková et al., 2017). Syndrom začíná abnormální placentací s následným uvolněním antiangiogenních markerů. Mají za následek endoteliální dysfunkci, vazokonstrikci a imunitní dysregulaci, což může negativně ovlivnit mateřský orgánový systém a plod (Ives et al., 2020). Procházka et al. (2020) popisují preeklampsii jako primární poruchu funkce placenty, která vede k endoteliální dysfunkci a vazospasmu. Pojí se s difúzní placentární trombózou, s abnormální trofoblastickou invazí do endometria nebo se zánětlivou deciduální

vaskulopatií (Procházka et al., 2020). Roztočil et al. (2017) uvádí, že etiologie preeklampsie není známá, ale projevují se zde genetické a imunologické faktory. Prvotní porucha začíná v trofoblastu, který je hyperfundován, pokud dojde k nedostatečné invazi do spirálních arterií, s následným postižením nebo aktivací placentárních endotelií (Roztočil, 2017).

Preeklampsie se v současnosti definuje jako onemocnění abnormální placentace a endoteliální dysfunkce, rozvíjí se proto pouze v graviditě, kdy je nutná přítomnost placenty a ne plodu (Vlk et al., 2015). Za vznikem stojí tedy vadná činnost placenty, u níž dojde k nedostatečnému propojení cév s dělohou, a placenta tak není schopna zajistit dostatečný přísun kyslíku a živin z mateřské krve do fetálního oběhu (Slezáková et al. 2017). Onemocnění preeklampsie má nepříznivý vliv nejen na matku, ale i na plod, u kterého dochází k FGR a hypoxii (Hájek et al., 2014). Cévy nejsou schopny reagovat vazokonstrikčně na případnou přítomnost vazokonstrikčních působků a dochází k absenci hladkých svalových buněk. Tento stav se nazývá remodeling arterií, vzniká na konci prvního trimestru a končí kolem 18. až 20. týdne gestace (Vlk et al., 2015). Kvůli nedostatečné remodelaci děložních spirálních tepen, zásobujících placentu během časného těhotenství, dochází k omezení růstu plodu (Burton, 2018). Nedostatečný remodeling arterií a nedostatečná invaze trofoblastu jsou tedy významným okamžikem při vzniku preeklampsie (Vlk et al., 2015). Buněčný stres v placentárních tkáních indukuje výsledná malperfúze, což vede k selektivnímu potlačení syntézy proteinů a snížení buněčné proliferace (Burton, 2018). Cytotrofoblasty migrují nahoru cévami, nahrazují retrográdním způsobem mateřskou endoteliální výstelku a také se vkládají mezi buňky hladkého svalstva, které tvoří tunica media (Fisher, 2015). Vlk et al. (2015) dále uvádějí, že součástí generalizované zánětlivé odpovědi organismu je placentární ischemie, která vyplavuje indukovaně cirkulující faktory – tato odpověď zahrnuje nejen systém koagulace a složek komplementu, ale i intravaskulární leukocyty (Vlk et al., 2015). Vrozené anomálie pupečníku a tvaru placenty jsou jediné stavy související s placentou, které nejsou spojeny se špatným vývojem uteroplacentární cirkulace a jejichž dopad na růst plodu je omezený (Burton, 2018).

1.3.2 Symptomy preeklampsie

Procházka et al. (2020) řadí mezi hlavní příznaky preeklampsie hypertenzi, proteinurii a otoky – nejčastěji v oblasti končetin a obličeje. K dalším symptomům patří poruchy vizu (výpadky zorného pole, jiskření), bolesti hlavy, bolesti v oblasti epigastria

na podkladě zánětlivé infiltrace jaterní tkáně a napínání jaterní kapsuly, expandní nárůst hmotnosti na základě zvýšené prostupnosti cévní stěny a retenci tekutin a sodíku (Procházka et al., 2020). Slezáková et al. (2017) mezi symptomy preeklampsie řadí únavu, zvracení, zvýšené laboratorní hodnoty, například jaterní testy (ALT, AST), hypoalbuminemii a zvýšenou hladinu kreatininu v séru. Procházka et al. (2020) uvádí, že hodnota proteinurie nad 300 mg/den je odchýlená od normy a je chápána jako signifikantní pro preeklampsii. Těhotné ženě musí být alespoň dvakrát za sebou změřen krevní tlak o hodnotě, která je rovna nebo vyšší než 140/90 mm Hg, aby byla diagnostikována hypertenze (Gregora, Velemínský ml., 2013).

1.3.3 Rizikové faktory preeklampsie

Vlk et al. (2015) uvádí, že na základě identifikace rizikových faktorů lze v klinické praxi cíleně vytipovat těhotné ženy a předejít tak komplikacím, které s sebou toto onemocnění přináší. Následně je důležité včasné přizpůsobit perinatální péči a monitorovat těhotnou ženu dle aktuálního stavu (Vlk et al., 2015). Onemocnění preeklampsie je obecně považováno za komplikaci, která provází především mladé ženy při prvním těhotenství, avšak mateřská a perinatální morbidita i mortalita je vyšší u starších multipar (Roztočil, 2017). Mezi nejčastější rizikové faktory patří komorbidity matek, jako je chronické onemocnění ledvin, které je nejčastější příčinou sekundární hypertenze v těhotenství, či chronická hypertenze, při níž u žen může dojít k tzv. superponované preeklampsii (Phipps et al., 2019). Phipps et al. (2019) jako další rizikové faktory uvádí podíl dědičnosti v rodinné anamnéze s výskytem preeklampsie; třikrát vyšší prevalence je u vícečetných těhotenství, předchozí preeklampsii nebo intrauterinním omezení růstu plodu.

1.3.4 Diagnostika preeklampsie

Po 20. týdnu těhotenství lze v gynekologické poradně na základě získaných anamnestických údajů, laboratorních a klinických vyšetření diagnostikovat u těhotné ženy preeklampsii; toto rozhodnutí provede gynekolog (Gregora, Velemínský ml., 2011). Pro stanovení diagnózy jsou nutná diagnostická kritéria, a to hypertenze (140/90 mm Hg a vyšší) a proteinurie (300 mg/24 hodin a více), vyskytující se po 20. gestačním týdnem, edémy a přírůstek hmotnosti (Binder, 2020). Včasné vyhledání problému preeklampsie se provádí rutinně v poradně při každé návštěvě těhotné ženy, a to měřením krevního tlaku, vyšetřením moči pomocí lakmusových papírků a stanovením hmotnostního přírůstku (Gregora, Velemínský ml. 2011).

Predikce, diagnóza a prognóza preeklampsie závisí na opakovaném hodnocení žen se známými rizikovými faktory, včetně intenzivního sledování a hospitalizace (Schlembach, 2019). Binder (2020) také uvádí, že je doporučeno provést u identické skupiny rizikových těhotenství diagnostiku časných forem preeklampsie, stanovením poměru sFlt-1/PIGF mezi 20. až 34. gestačním týdnem. Vlk et al. (2015) uvádí, že se doporučuje při stanovení hypertenze či podezření na rozvoj preeklampsie provést laboratorní vyšetření, a to zejména krevní obraz, biochemický soubor (urea, kreatinin, mineralogram, kyselina močová, jaterní testy), hemokoagulační vyšetření, jejichž výsledky mohou pomoci ve stanovení diagnózy a prognózy onemocnění. V neposlední řadě je důležité sledovat bilanci tekutin, vyšetření očního pozadí, vitalitu a stav plodu v děloze, a to ultrazvukem, popřípadě kardiokografem (Vlk et al., 2015). Roztočil et al. (2017) dále uvádí, že při vyšetření očního pozadí jsou pro preeklampsii typické arteriolární vazokonstrikce, zářivý vzhled sítnice a znak křížení.

1.3.5 Prevence preeklampsie

Prevence je důležitou součástí péče o zdraví. Jedná se o soustavu opatření, která mají zabránit výskytu nemoci a také nemoci předcházet (Jelínková, 2014). Binder (2020) uvádí, že není známa žádná prevence preeklampsie. Oproti tomu Roztočil et al. (2017) uvádí, že ke snížení frekvence preeklampsie v těhotenství vedou spotřeba soli na spodní hranici, dieta obsahující více než 80 g bílkovin denně, příjem tekutin více než 2 litrů denně a relaxace formou odpočinku na levém boku v horizontální poloze. Vlk et al. (2020) poukazují na fakt, že není možná efektivní primární prevence, nýbrž sekundární, při níž se lékař snaží na základě anamnestických údajů a provedených testů určit míru rizika u těhotné ženy a zabránit tak rozvoji klinických příznaků. Výzkumníci prokázali, že nízké dávky aspirinu užívané denně po prvním trimestru mohou omezit rozvoj preeklampsie a snížit výskyt předčasných porodů (Fantasia, 2018).

Co se týče životního stylu a pohybového režimu, Vlk et al. (2015) popisují, že pravidelná tělesná aktivita a zvýšený přívod energie a proteinů u těhotných žen nemá nijak zásadní vliv na riziko rozvoje preeklampsie. Naopak je známo, že pokud je žena v klidu a dopřává si odpočinek, zvyšuje se uteroplacentární průtok, což je pro plod velmi významné. Hlavním cílem prevence jsou včasné odhalení příznaků a diagnostika preeklampsie, proto je nezbytně nutné, aby těhotná žena navštěvovala těhotenskou poradnu a byla řádně monitorována nejen ona, ale i plod (Binder, 2020). Vlk et al. (2015) uvádí, že snížení

příjmu potravin a redukce tělesné hmotnosti u obézních žen není doporučována, protože nevede ke snížení krevního tlaku v těhotenství, naopak může podpořit rozvoj FGR.

Ma'ayeh et al. (2020) z výzkumu vyvozuje, že se statiny ukázaly jako slibné pro prevenci preeklampsie na zvířecích modelech a při pilotních studiích na lidech, bez jakýchkoliv trendů nebo obav z bezpečnostních signálů nebo teratogenity. Použití metforminu si také získalo oblibu v experimentálních studiích, ale pozorování z randomizovaných klinických studií nebyla konzistentní v jeho užitečnosti jako možné intervence pro prevenci preeklampsie (Ma'ayeh et al., 2020). Vlk et al. (2015) uvádějí, že dlouho diskutovaným tématem bylo snížení množství soli v potravě, avšak z výzkumu vyplývá, že snížení množství soli nemá význam v prevenci preeklampsie. Co se týče antioxidantů, některé studie z konce minulého století se domnívaly, že podání vitamínu C a E nebo zvýšení příjmu zinku a selenu mohou u žen s diagnostikovaným vysokým rizikem hypertenze vést ke zlepšení funkce endotelu a ke snížení oxidativního stresu, ale závěry z dnešní doby neopravňují k podávání těchto vitamínů, protože pravděpodobně nesnižují oxidativní stres (Vlk et al., 2015). Hájek et al. (2014) poukazují na kyselinu acetylsalicylovou, která se podává v průběhu těhotenství za preventivním účelem, má antiagregační vlastnosti a její bezpečná dávka se pohybuje okolo 75 mg za den. Po podání kyseliny acetylsalicylové dochází ke snížení tvorby drobných intravaskulárních trombóz a endoteliálního poškození, což je společným znakem pro preeklampsii (Vlk et al., 2015). Podle Vlika et al. (2015) je tedy možné shrnout, že nízkodávková terapie kyselinou acetylsalicylovou, což je 80–150 mg denně, je efektivní metodou v redukci incidence preeklampsie, pokud je léčba zahájena před 16. gestačním týdnem.

1.3.6 Komplikace preeklampsie

Za závažnou komplikaci preeklampsie je považována eklampsie, která se projevuje záchvatem tonicko-klonických křečí, charakterizována svalovými záškuby až křečemi kosterního svalstva anebo poruchou vědomí až kómatem (Bartůněk et al., 2016). Eklamptický záchvat se vyskytuje převážně u nesprávně léčených žen nebo u žen, které nejsou sledované u svého gynekologa v průběhu těhotenství (Vlk et al., 2015). Incidence eklampsie záleží na kvalitě perinatální péče, mateřská mortalita se ve vyspělých zemích pohybuje okolo 1 % a perinatální mortalita kolem 5 až 10 % (Vlk et al., 2015). Tento záchvat má obvykle tři stádia: Fáze prodromů, která se vyznačuje neklidem, záškuby v obličeji, bolestí hlavy, nechutenstvím či zvracením, trvá zpravidla 15 až 20 sekund, tělo se stává postupně rigidním (Procházka, 2020). Další fází jsou tonické křeče, které

postihují žvýkácí svaly, svaly hrudníku, bránici a křeče zádových svalů (Vlk et al., 2015). Následně dochází k fázi klonických křečí, kdy se tělo zmítá v nekoordinovaných pohybech a může dojít ke ztrátě vědomí s následnou amnézií (ČGPS ČLS JEP, 2019). Eklampsie se objevuje nejen v těhotenství, ale i za porodu či 10 dní po porodu (ČGPS ČLS JEP, 2019).

Udává se, že patogeneze eklamptického záchvatu není dosud objasněna; uvažuje se, že přesvědčivý činitel vyvolávající postižení CNS je generalizovaný vazospasmus vedoucí k ischemii, fokální hypoxii a případnému ložiskovému krvácení (Vlk et al., 2015). Eklampsie ohrožuje na životě matku i plod, může způsobit stav těžké hypoxie, protože při eklamptickém záchvatu se těhotné ženě zpomaluje průtok krve placentou, což může mít fatální následky (Šeblová a Knor 2018). Šeblová a Knor (2018) dále uvádějí, že je důležité znát veškerá onemocnění, která ženu postihují, zejména pokud je postižena epilepsií, která se dá kvůli analogickým příznakům snadno zaměnit s eklampsií. Informaci, že žena trpí epilepsií, má zaznamenanou v těhotenské průkazce (Šeblová a Knor 2018). Pokud u ženy dojde k záchvatu, je důležité, aby porodní asistentka neprodleně poskytla první pomoc, a to tak, že odstraní veškeré předměty, které se kolem ženy nacházejí, aby nedošlo k možnému poranění (Kelnarová et al., 2012). Také musí být stále udržovány volné dýchací cesty, jsou aplikovány vysoké dávky magnezia-sulfátu, pokud dochází k opakovaným křečím, volí se benzodiazepin (ČGPS ČLS JEP, 2019). Jestliže probíhá porod, neodkladně se ukončí podle charakteru porodnické situace extrakcí kleštěmi nebo císařským řezem. Pokud však proběhl záchvat již před termínem porodu, je nezbytné těhotenství ukončit císařským řezem (Pařízek a Honzík, 2015). Hájek et al. (2014) poukazují také na důležitost aplikace kyslíku těhotné ženě a dále doporučují, ženu před ukončením těhotenství císařským řezem uložit na klidný a nerušený pokoj, aby se tak předešlo dalším záchvatům.

Další komplikací preeklampsie, která může nastat, je syndrom HELLP (rozpad červených krvinek, elevace jaterních enzymů, trombocytopenie), který vede k vazokonstrikci, ischemii a jaternímu poškození (Vlk et al., 2015). Vlk et al. (2015) také dále uvádějí, že dochází k podcenění prvních subjektivních příznaků těhotné ženy, což ovlivňuje rozpoznání této závažné komplikace. Pokud však nedojde během prvních 72 hodin po porodu ke zlepšení jaterních funkcí a elevaci počtů trombocytů, je tu možnost, že dojde k dekompenzaci a rozvine se multiorgánové selhání organismu, které může vést k DIC (diseminovaná intravaskulární koagulopatie), jež se charakterizuje jako syndrom

instravaskulární aktivace krevního srážení (Šimetka, 2014). Také při tomto onemocnění dochází k poškození plic, srdce, ledvin a centrální nervové soustavy (Procházka, 2020).

1.4 Úloha porodní asistentky u ženy s diagnózou preeklampsie

Úlohou porodní asistentky je být odpovědná a uznávaná profesionálka, která poskytuje péči, podporu, poradenství, pomoc a edukaci. International Confederation of Midwives (2017) definuje porodní asistentku jako osobu, která úspěšně dokončila vzdělávací program uznávaný v zemi, kde tuto potřebnou kvalifikaci, registraci či licenci získala, a opravňuje ji to k samostatnému výkonu povolání a poukazuje na její kompetence využití v praxi.

Preeklampsie je velmi vážná komplikace vzniklá v těhotenství, která ohrožuje matku i plod na životě, a je důležitá včasná diagnostika, popřípadě hospitalizace těhotné ženy při změně stavu onemocnění (Vlk et al., 2015). Pokud dojde k rozhodnutí o hospitalizaci, nejčastěji je žena hospitalizována na stanici rizikového těhotenství, kde porodní asistentka spolupracuje s lékařem a kde získávají anamnézu od těhotné ženy (Slezáková et al., 2017). Při příjmu je důležité shromáždit veškeré informace, které se těhotné ženy týkají. Zdrojem informací pro lékaře a porodní asistentku je těhotenská průkazka, popřípadě je nutné se ženy doptat, zda nedošlo ke změnám v anamnéze a jaký je její aktuální zdravotní stav (Velebil et al., 2013). Dále porodní asistentka seznamuje ženu s nemocničním řádem, s prostředím oddělení, edukuje ji o chodu oddělení a o klidovém režimu (Velebil et al., 2013). Je důležité ženu informovat a poučit o tom, jakým způsobem o ni bude porodní asistentka pečovat (Šimonová a Dušová, 2014). Porodní asistentka podle ordinace lékaře zajistí klidný pokoj, edukuje klientku o výživě či dietním omezení, pitném režimu, o hygieně a pravidelném vyprazdňování. Během dne porodní asistentka plní ordinace lékaře, hodnotí fyziologické funkce, zejména; krevní tlak, který je měřen 3x až 5x denně, hmotnost, množství, barvu a příměs v moči, pravidelnou stolici, otoky, bilance tekutin, zajímá se o bolest, zrakové poruchy a o to, jak se žena cítí (Šimonová a Dušová, 2014). Porodní asistentka klade důraz na to, aby žena veškeré zdravotní změny hlásila ošetřovatelskému personálu, je pacientce psychickou oporou a zajišťuje jí nerušený odpočinek během noci (Dušková, 2009). Také se zajímá o plod – provádí kontrolu kardiokografickým záznamem či stetoskopem dle ordinace lékaře. Provádí odběry krve a moči na laboratorní vyšetření, podává léky, zajímá se o celkový stav ženy, sleduje stav vědomí, účinky léků, zajišťuje žilní vstup, případně zavádí

permanentní močový katétr dle ordinace lékaře, změny zdravotního stavu neprodleně hlásí lékaři a vše pečlivě zaznamenává do dokumentace (Šimonová a Dušová, 2014).

Porodní asistentka pečuje o potřeby těhotných žen. Potřebu lze definovat jako stav nadbytku nebo nedostatku něčeho, co je pro člověka zcela důležité a podstatné, bez čeho se nemůže obejít či jehož odstranění je žádoucí (Dušová et. al. 2019). Lidské potřeby úzce souvisejí se zachováním a kvalitou života, jsou nutné a užitečné. Při jejich naplnění v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní dochází k vyrovnaní a obnovení rovnováhy organismu (Šamánková, 2011). I přesto, že všichni lidé mají podobné potřeby, každý je uspokojuje vlastním způsobem, protože každý člověk je individuální (Trachtová et. al., 2018). Naplnění jedné potřeby může mít také vliv na nasycení potřeby jiné; je to z toho důvodu, že jednotlivé potřeby se navzájem ovlivňují (Tomagová et. al., 2008). Podle Dušové et. al. (2019) porodní asistentka prostřednictvím ošetrovatelského procesu uskutečňuje uspokojení potřeb těhotné ženy.

Tato metoda dovoluje porodní asistence organizovaně a systematicky pečovat o těhotnou ženu, diagnostikovat a řešit aktuální i potencionální problémy žen v těhotenství, během porodu a po porodu. (Dušová et. al., 2019). Ošetrovatelský proces se dělí na pět částí, a sice posouzení potřeb, diagnostiku, plánování, realizaci a hodnocení. (Tóthová et. al., 2014). Umožňuje tak porodní asistentce zvolit co nejefektivnější způsob péče pro dosažení stanovených cílů a vyhodnotit splnění ošetrovatelských intervencí (Tóthová et. al., 2014). Cílem metody ošetrovatelského procesu je prevence, zmírnění problémů či jejich úplné odstranění v oblasti individuální péče (Kudlová, 2016). Pro zmírnění problému a zlepšení zdravotního stavu těhotné ženy je mimo jiné důležité dodržování léčebného režimu, ale také uspokojování potřeb těhotné ženy (Šamánková et al., 2017). Šamánková et al. (2017) také klade důraz na důležitost potřeby lásky, sounáležitosti a na potřeby biologické a fyzické. Porodní asistentky by měly přistupovat k ženě holistickým přístupem, zaměřit se na ni jako na komplexní bio-psycho-sociální a spirituální bytost, nejen na její jednotlivé části (Helus, 2018). Například koncept Marjory Gordon vychází z holistické a humanistické filozofie, zaměřující se na 12 oblastí funkčního vzorce zdraví (Mastiliaková, 2014). Každá tato oblast představuje složku zdraví, která může být buď funkční, nebo dysfunkční (Podrazilová et. al., 2016).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Cíl práce 1: Zjistit, jak vnímají porodní asistentky péči o těhotné ženy s diagnózou preeklampsie.

Cíl práce 2: Zjistit, jak se změnilы potřeby těhotných žen s diagnózou preeklampsie.

2.2 Výzkumné otázky

VO1: Jak vnímají porodní asistentky péči o těhotné ženy s diagnózou preeklampsie?

VO2: Jak se změnilы potřeby těhotných žen při poskytování péče?

3 Metodika

3.1 Metodika výzkumného šetření

Pro bakalářskou práci bylo použito kvalitativní výzkumné šetření za pomoci polostrukturovaných hloubkových rozhovorů s porodními asistentkami, pracujícími na gynekologicko-porodnickém oddělení, a s ženami, které mají osobní zkušenost s onemocněním preeklampsie a od jejichž porodu neuplynulo více než 1 rok. Za účelem rozhovorů byly předem připravené otázky, jež se lišily vzhledem k charakteru zkoumaných skupin. Porodní asistentky zodpověděly osm otázek, které byly během rozhovoru dále rozvinuty podotázkami (příloha 1). Ženy, které mají osobní zkušenost, zodpověděly otázek dvanáct (příloha 2). Rozhovory s porodními asistentkami a ženami se uskutečnily v průběhu května a června roku 2022 mimo zdravotnické zařízení. Před zahájením rozhovorů byly informantky i porodní asistentky obeznámeny s důvodem sběru dat a ubezpečeny, že jejich odpovědi jsou zcela anonymní. Pro zachování anonymity jsou ženy s jejich souhlasem označeny I 1 – I 8 a porodní asistentky PA 1 – PA 5. Ženy mající osobní zkušenost s onemocněním preeklampsie byly dotazovány v rámci rozhovoru na průběh péče, informovanost ze stran porodních asistentek a změny potřeb při poskytování péče. Všechny zjištěné informace byly v průběhu zapisovány, dále převedeny do textového editoru Microsoft Word a následně vytištěny. Byla provedena podrobná analýza shromážděných dat, která dále probíhala formou „tužka-papír“ (Švaříček, Šed'ová et al., 2014). Rozbor textu byl následně odlišen barevným provedením.

Získaná data byla poté uspořádána do určitých kategorií a z nich vyplývajících podkategorií s vybranými citacemi informantek.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Ve výzkumné části bakalářské práce byly zvoleny dva výzkumné soubory. První soubor tvořilo osm porodních asistentek z vybraných gynekologicko-porodnických oddělení, které souhlasily s rozhovorem. Z celkového počtu pěti informantek byly všechny vysokoškolsky vzdělané porodní asistentky. V zájmu zachování anonymity jsou v této bakalářské práci jednotlivé informantky nazývány PA 1, PA 2, PA 3, PA 4 a PA 5. Druhý výzkumný soubor tvořilo osm žen, které mají osobní zkušenost s onemocněním preeklampsie, od jejichž porodu neuplynulo více než 1 rok. Jednalo se o ženy v rozmezí věku od 23–31 let. Ženy dobrovolně souhlasily s poskytnutím rozhovoru a podáním informací k výzkumné části bakalářské práce. Kvůli zachování anonymity jsou tyto informantky nazývány I 1, I 2, I 3, I 4, I 5, I 6, I 7, a I 8.

4 Výsledky výzkumu

4.1 Kategorizace a analýza výsledků

Identifikační údaje informantek

Tabulka 1 Věk porodní asistentky, její nejvyšší dosažené vzdělání a délka praxe na gynekologicko-porodnickém oddělení.

PA	VĚK	NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ	DÉLKA PRAXE
PA 1	27 let	Vysokoškolské (Bc.)	4 roky
PA 2	28 let	Vyšší odborná škola (Bc.)	3,5 roku
PA 3	42 let	Vysokoškolské (Mgr.)	18 let
PA 4	37 let	Vysokoškolské (Bc.)	8 let
PA 5	35 let	Vysokoškolské (Bc.)	10 let

Zdroj: vlastní výzkum 2022 (PA – porodní asistentka, Bc. – bakalář, Mgr. – magistr)

Tabulka 1 popisuje informace o věku, nejvyšším dosaženém vzdělání a délky praxe porodních asistentek na gynekologicko-porodnických odděleních.

PA 1 je ve věku 27 let, jedná se o porodní asistentku s vysokoškolským vzděláním a s délkou praxe 4 roky.

PA 2 je ve věku 28 let, jedná se o porodní asistentku, která vystudovala vysokou školu, má bakalářský titul a v oboru porodní asistence pracovala 3,5 roku.

PA 3 je ve věku 42 let s vysokoškolským magisterským vzděláním a s délkou praxe 18 let.

PA 4 je ve věku 37 let, s vysokoškolským titulem a s délkou praxe 8 let.

PA 5 je ve věku 35 let, s vysokoškolským titulem a s délkou práce 10 let.

4.2 Vyhodnocení výzkumného šetření porodních asistentek

Na základě získaných dat byly stanoveny dvě hlavní kategorie. První kategorie „Péče porodní asistentky o ženu s preeklampsií“ má dvě podkategorie – „Monitorace“ a „Komunikace a edukace“. Druhá kategorie „Potřeby žen z pohledu porodních asistentek“ obsahuje dvě podkategorie – „Narušené potřeby“ a „Uspokojené potřeby“.

Tabulka 2 – přehled kategorií a podkategorií

KATEGORIE	PODKATEGORIE
PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY O ŽENU S PREEKLAMPSIÍ	Monitorace
	Komunikace a edukace
POTŘEBY ŽEN Z POHLEDU PORODNÍCH ASISTENTEK	Narušené potřeby těhotných žen
	Uspokojené potřeby těhotných žen

Zdroj: Vlastní

Kategorie 1 Péče porodní asistentky o ženy s preeklampsií

V této kategorii jsou sumarizována data „Péče porodních asistentek o ženy s preeklampsií“, zabývající se sledováním celkového zdravotního stavu ženy, monitorací krevního tlaku, kontrolou otoků, laboratorních vyšetření moči, klidového režimu, komunikací a ordinací lékaře. Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že všechny dotazované porodní asistentky (PA 1 – PA 5) se s onemocněním preeklampsie během své praxe na gynekologicko-porodnickém oddělení setkaly. Jak často pečovaly o ženy s diagnózou preeklampsie, dotazované porodní asistentky odpověděly rozdílně. Z jejich vyjádření lze vyvodit, že na vyšším specializovaném pracovišti se s těmito ženami setkávají častěji než na pracovišti regionálním.

Podkategorie 1 Monitorace

Ze získaných dat bylo jasně potvrzeno, že všechny dotazované porodní asistentky (PA 1 – PA 5) se shodly na zvýšeném sledování celkového stavu klientky a na monitoraci fyziologických funkcí, zejména krevního tlaku. Dále plní ordinace lékaře, provádějí pravidelně laboratorní vyšetření krve a moči, podávají léky na snížení krevního tlaku a otoků, kontrolují ozvy plodu pomocí doppleru a kardiokografu, provádějí ultrazvukové vyšetření, kontrolují hmotnost, sledují subjektivní pocity klientky, bolest hlavy, nauzeu, tlak v očích a poruchy vizu. Veškeré záznamy porodní asistentky zaznamenávají do dokumentace. PA 1 uvedla: *„Často ženy monitorujeme třikrát denně a hodnoty zapisujeme do dokumentace, ale když vidíme, že hodnota krevního tlaku u ženy je abnormálně vysoká než jindy, hned to hlásíme lékaři. Dbáme na to, aby při měření krevního tlaku ženy nemluvíly, a snažíme se ho měřit ve chvíli, kdy zrovna nedoběhly ze sprchy, nebo v době, kdy by byly nějak rozrušeny.“* Druhá porodní asistentka (PA 2) uvedla, že dodržuje čas monitorace krevního tlaku, ale zároveň se snaží přizpůsobit dennímu režimu klientky tak, aby ji to co nejméně stresovalo. Také uvedla, že je klíčové dodržovat klidový režim a zbytečně nevyrušovat klientky, pokud to není nezbytně nutné.

Dále všechny dotazované porodní asistentky uvedly, že další důležitou intervencí je sledování otoků. Otoky jsou vidět již na první pohled bez jakéhokoliv vyšetření a souvisí s retencí tekutin a náhlým přírůstkem na váze. Otoky pozorují nejčastěji v oblasti nohou a kotníků. Pokud u ženy dojde k náhlému příbytku na váze, je to další alarm, který porodní asistentky upozorní. K otokům u žen dochází též v oblasti prstů na ruce, jdou jim obtížně sundat prsteny nebo šperky a ženy také často uvádějí, že je brní konečky prstů. Dále PA 1, PA 2 a PA 4 uvedly, že ženy uklidňují tím, že otoky po porodu vymizí, a snaží se jim poradit, jak otoky co nejvíce zmírnit; například tím, že je užitečné dávat dolní končetiny do zvýšené polohy a omezit přísun soli. *„Dalším důležitým příznakem preeklampsie jsou otoky, a to hlavně na dolních končetinách. V některých případech jsou ty ženy opuchlé celé i třeba v obličeji nebo na prstech u ruky,“* odpověděla PA 4. Naopak PA 3 uvedla: *„Setkala jsem se ženou, která po dobu těhotenství neměla vůbec žádné otoky, a pak když přišla na kontrolu, byla jak „balón“ a sama uvedla, že otoky přišly z ničeho nic.“*

Porodní asistentky se ve výsledcích zmínily o laboratorních vyšetřeních krve a moči. Všechny porodní asistentky jasně potvrdily, že na základě ordinace lékaře v pravidelných intervalech odebírají těhotným ženám krev a moč na vyšetření. PA 2 odpověděla:

„Pravidelně nabíráme kontrolní odběry krve a moči, pokud má žena preeklampsii, vyjde jí v krvi zvýšená kyselina močová a v moči bílkovina, na závažnosti záleží podle toho, jak moc jsou ty hodnoty vysoký.“ Porodní asistentky (PA 1, PA 3 a PA 5) uvedly, že při pravidelném vyšetření biochemických parametrů se zaměřují zejména na proteinurii, hyperurikemii, dále provádějí sběr moči za 24 hodin, kde se stanoví hladina kreatininu v séru a moči. *„Klasicky provádíme sběr moči za 24 hodin, ženu poučíme o sběru a vysvětlíme důvod, proč tohle vyšetření provádíme, že potřebujeme zjistit, jaké jsou hodnoty, hladina bílkoviny atd.“* odpověděla PA 5. Porodní asistentky kladly důraz na důležitost tohoto vyšetření.

V souvislosti s monitorací žen s preeklampií se pouze jedna porodní asistentka (PA 3) zmínila o problematice vyprazdňování, zejména zácpy u žen s preeklampií. Dále uvedla, že těhotné ženy s touto diagnózou bývají hospitalizované dlouhodobě a v souvislosti s klidovým režimem dochází ke snížení peristaltiky střev, tudíž k zácpě. *„Těhotný mají stanovený klidový režim a je důležitý, aby zbytečně nikde necouraly a spíš jen ležely v posteli a odpočívaly, pak ale dochází k tomu, že mají zácpu, když furt jen vlastně leží.“*

Podkategorie 2 Edukace

V této podkategorii byla zařazena data týkající se edukace klientek s preeklampií. Všechny porodní asistentky považují edukaci klientky za klíčovou. Z výzkumného šetření vyplynulo, že porodní asistentky (PA 1 – PA 5) nejčastěji edukují těhotné ženy s preeklampií o klidovém režimu.

Porodní asistentky PA 3, PA 4 a PA 5 dále uvedly, že na všech pokojích mají žaluzie a poučují klientky, jak s nimi manipulovat, a doporučují jim, aby byly v tmavém prostředí, tudíž jim nabízejí možnost zcela zatahnout žaluzie, protože jak je známo, ženy s touto diagnózou jsou citlivé na světlo a náchylné na bolest hlavy, takže to vždy uvítají. Porodní asistentky také nosí takto nemocným ženám snídani, oběd a večeři přímo do pokoje, aby měly větší komfort a klid. *„Na oddělení poskytujeme k zapůjčení různé knihy, brožury a časopisy pro lepší relaxaci, je na to vyhrazen prostor, kde se nachází i pohodlná křesla, aby ženy nemusely jen ležet v posteli,“* uvedla PA 4. PA 5 řekla: *„Veškeré zdravotnické úkony se snažíme provádět v jeden určitý čas, abychom zamezily častému vcházení do pokoje. Potřebujeme, aby ženy co nejvíce odpočívaly a byly v klidu, nechceme je chodit rušit každou hodinu s léky nebo s injekcema.“* PA 1 dále zmínila, že je důležité, aby klientky tak často nesledovaly televizor nebo netrávily mnoho času

na telefonu. Často si pak totiž stěžují na bolest hlavy, která tím právě může být vyvolána. Porodní asistentky (PA 1, PA 2 a PA 4) se zmínily o edukaci klientek o důležitosti správné techniky sběru moče za 24 hod. Klientka má v koupelně na pokoji sběrnou nádobu, do které 24 hodin sbírá moč. Klientky jsou edukovány o postupu tohoto vyšetření a přesně dodržují pokyny, aby došlo ke správnému výsledku vyšetření. PA 1 odpověděla: *„Ženy edukujeme o sbírání moče do džbánu, jsou informovaný o dodržení postupu a pro jistotu se ujišťujeme, jestli nás pochopily.“*

V souvislosti s edukací se pouze porodní asistentka PA 3 zmínila o tom, že ženy, které jsou dlouhodobě hospitalizovány a mají klid na lůžku, často trpí zácpou. Dále uvedla, že klientky edukuje o defekačním reflexu, dodržování pitného režimu alespoň 2 litry denně, dále jim nabízí potraviny bohaté na vlákninu. *„Často ty ženy trápí zácpa, ale vzhledem k tomu, že musí mít klidový režim a ležet v posteli, není moc možností, proto jim alespoň nabízím tekutiny, různé kefíry, jogurty a informuju je o defekačním reflexu.“*

Kategorie 2 Potřeby žen z pohledu porodních asistentek

V této kategorii jsou shromážděna data týkající se potřeb hospitalizovaných žen s onemocněním preeklampsie z pohledu porodních asistentek. Na základě těchto získaných dat byly potřeby žen rozděleny do dvou podkategorií: „Narušené potřeby těhotných žen“ a „Uspokojené potřeby těhotných žen“.

Podkategorie 1 Narušené potřeby těhotných žen

Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že porodní asistentky (PA 1 – PA 5) se nejčastěji setkávají s narušením psychosociálních potřeb u těhotných žen hospitalizovaných na gynekologicko-porodnickém oddělení. Jako zásadní narušenou potřebu žen uvedly separaci od rodiny a blízkých. PA 1, PA 3 a PA 4 zmínily, že ženy bývají často smutné a plačtivé z důvodu omezeného kontaktu s rodinou. *„Často u nich vidím, že jsou smutný, chybí jim rodina, hlavně partner, často jsou to i ženy, který už doma nějaké dítě mají a o to těžší to pro ně je, být odloučený, taky se setkáváme s tím, že je to první zkušenost s tím, že jsou samy, odřízmuté od blízkých,“* uvedla PA 4. Porodní asistentka (PA 1) uvedla, že i přesto se tu snaží pro klientky být, komunikovat s nimi a být empatická, rodinu jim samozřejmě v tomhle směru vynahradiť nemůže, ale je schopná ženy do jisté míry odreagovat a přivést je na jiné myšlenky.

Všechny porodní asistentky (PA 1 – PA 5) zmínily, že těhotné ženy mají hlavně strach o své nenarozené dítě. Nejvíce pociťovaly obavu z absence srdeční akce plodu, zejména

při pravidelné kontrole, kdy porodní asistentky používaly stetoskop nebo doppler. „*Na poslech ozev používám jak klasickej stetoskop, tak doppler, raději mám doppler, protože samy můžou slyšet tlukot srdce svýho miminka a jsou potom víc v klidu, že je všechno v pořádku.*“

Jako další narušenou potřebu porodní asistentky uvedly omezení pohybového režimu v souvislosti s hospitalizací a následným klidovým režimem. Těhotné ženy nejsou zvyklé trávit celé dny na lůžku a mít omezený pohyb v rámci pokoje či stanice. PA 5 zmínila: „*Ženy s preeklampií jsou celkově limitovány, co se týče pohybu, také jim doporučujeme, aby měly zatažené žaluzie a aby omezily sledování televize.*“ „*Celkově mají omezený pohyb, jídlo jim nosíme přímo na pokoj, návštěvy mají taky na pokoji, většinu času tráví hlavně tam, dojdou si akorát tak do sprchy,*“ uvedla PA 2. Pouze jedna porodní asistentka PA 3 zdůraznila problematiku v oblasti vyprazdňování, zejména zácpy u žen s klidovým režimem. Dále uvedla, že je to problém, se kterým se často setkává. Pro mnohé ženy je to citlivé téma a stydí se o tom mluvit. Také se zmínila o tom, že ženy edukuje o správném stravování a o defekačním reflexu. „*Setkávám se s tím, že ženy trápí zácpa a stydí se o tom mluvit, proto je důležitá komunikace, situaci se snažím odlehčit a pro ženy je to potom snazší o tom mluvit.*“

Porodní asistentky (PA 2 a PA 4) se také zmínily o narušené potřebě spánku klientek. Uvedly, že se v praxi s touto problematikou setkávají zejména u žen, které jsou hospitalizované na standardním pokoji, který současně se sociálním zařízením sdílí společně s dalšími klientkami. Naopak klientky hospitalizované na nadstandardním pokoji si na tuto problematiku příliš nestěžují, jelikož mají větší soukromí a tím i pohodlnější spaní.

Porodní asistentky (PA 1 a PA 3) též uvedly, že těhotné ženy mají často narušenou potřebu sebevzdělání z důvodu dlouhodobé hospitalizace. Vlivem hospitalizace nemohou chodit do zaměstnání, věnovat se svým zájmům nebo se účastnit například předporodních kurzů. „*Spousta žen se tady nudí, chybí jim něco dělat, zajít si do společnosti, zacvičit si, chodit do práce, mnohdy ani nestihnou žádný z kurzů.*“ uvedla PA 1.

Podkategorie 2 Uspokojené potřeby těhotných žen

Z výzkumného šetření vyplynulo, že porodní asistentky (PA 1 – PA 5) považují za důležité uspokojení potřeb těhotných žen a shodují se v postupech péče o ženu s diagnózou preeklampsie. Dále uvádějí, že vzhledem k omezenému času a obloženosti

lůžek přistupují k ženám individuálně a snaží se co nejvíce saturovat jejich potřeby. Z rozhovorů bylo zjištěno, že vnímají edukaci žen za velmi zásadní, proto ženy informují o domácím řádu oddělení, režimových opatřeních, intervencích, dále se snaží být empatické, ohleduplné, být psychickou oporou a přistupovat ke každé klientce individuálně. *„Ženy informujeme o všech výkonech, co a proč jdeme dělat, edukujeme je o režimu, klidu na lůžku, když se jim něco nezdá nebo když ucítí nějakou změnu na svém zdravotním stavu, tak okamžitě hlásit.“* uvedla PA 3. Porodní asistentky nejčastěji využívají doppler při poslechu ozev plodu, aby tak umožnily ženám slyšet tlukot srdce plodu a snížily tím jejich obavy a strach. PA 1 doplnila: *„Když jdeme točit monitor nebo si poslechnout ozvy, cítí se v bezpečí, že je dítě v pořádku a že ho samy slyší, to je pro ně nejdůležitější, slyšet ty ozvy.“*

Dále porodní asistentky uvedly jako velmi zásadní kontakt s rodinou formou návštěv. Shodly se, že vnímají návštěvy jako velké pozitivum z pohledu psychosociálních potřeb klientek. Separace od rodiny je pro mnohé ženy velkou psychickou zátěží, proto se snaží vyhovět kontaktu s blízkými i mimo návštěvní hodiny. *„Co se týče návštěv, snažíme se ženám co nejvíce vyhovět i mimo návštěvní hodiny. Být se svými blízkými je v tomhle období velmi klíčový a důležitý.“*

Porodní asistentky (PA 1 – PA 5) uvedly, že hodnotí péči, která je poskytována těhotným ženám s diagnózou preeklampsie, jako adekvátní dle doporučených postupů. Na otázku, zda by něco změnily z pohledu péče, porodní asistentky odpověděly, že poskytovaná péče je dostačující. Z rozhovorů vyplynulo, že se žádná z porodních asistentek nezmínila o způsobu uspokojení potřeb v oblasti seberealizace, jako například organizace skupinových předporodních kurzů pro těhotné ženy, které se z důvodu hospitalizace nestihly zúčastnit žádných přípravných kurzů.

4.3 Vyhodnocení výzkumného šetření informantek

Polostrukturované rozhovory byly vedeny s informantkami ve věku 23–31 let. V Tabulce 3 jsou uvedeny základní identifikační údaje informantek, a to věk, nejvyšší dosažené vzdělání, rodinný stav a týden gravidity, ve kterém dotyčná informantka rodila.

Tabulka 3 – Identifikační údaje informantek

INFORMANTKY	VĚK	NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ	RODINNÝ STAV	TÝDEN GRAVIDITY – POROD
I 1	29 let	Vysokoškolské, Mgr.	svobodná	38+6
I 2	27 let	Vysokoškolské, Bc.	vdaná	30+2
I 3	26 let	Středoškolské, zakončené maturitní zkouškou	svobodná	37+1
I 4	25 let	Středoškolské, zakončené maturitní zkouškou	svobodná	37+2
I 5	25 let	Středoškolské, zakončené maturitní zkouškou	svobodná	30+6
I 6	26 let	Vysokoškolské, Bc.	vdaná	35+3
I 7	31 let	Vysokoškolské, Mgr.	vdaná	38+2
I 8	23 let	Středoškolské, zakončené maturitní zkouškou	svobodná	34+4

Zdroj: Vlastní výzkum 2022

Informantka 1 je žena ve věku 29 let, která dosáhla vysokoškolského vzdělání, je vdaná a porodila v 38+6 týdnu těhotenství.

Informantka 2 je ve věku 27 let, která dosáhla vysokoškolského vzdělání, je svobodná a porodila v 30+2 týdnu těhotenství.

Informantka 3 je žena ve věku 26 let, která dosáhla středoškolského vzdělání zakončeného maturitní zkouškou, je svobodná a porodila v 37+1 týdnu těhotenství.

Informantka 4 je žena ve věku 25 let, má středoškolské vzdělání zakončené maturitní zkouškou, je svobodná a porodila v 37+2 týdnu těhotenství.

Informantka 5 je žena ve věku 25 let, která má středoškolské vzdělání zakončené maturitní zkouškou, je svobodná a porodila ve 30+6 týdnu těhotenství.

Informantka 6 je vdaná žena ve věku 26 let, nejvyšší dokončené vzdělání je vysokoškolské, porodila v 35+3 týdnu těhotenství.

Informantka 7 je vdaná 31letá žena, která absolvovala vysokoškolské vzdělání a porodila v 38+2 týdnu těhotenství.

Informantka 8 je svobodná žena ve věku 23 let, která dosáhla středoškolského vzdělání zakončeného maturitní zkouškou, a porodila v 34+4 týdnu těhotenství.

Tabulka 4 – přehled kategorií a podkategorií

KATEGORIE	PODKATEGORIE
PRŮBĚH TĚHOTENSTVÍ	Prenatální péče
HOSPITALIZACE	Potřeby těhotných žen

Zdroj: Vlastní

Kategorie 1 Průběh těhotenství

Na podkladě získaných dat byla vytvořena první kategorie, do níž jsou zařazena data týkající se průběhu těhotenství. Výzkumné šetření prokázalo, že onemocnění preeklampsie u těhotných žen bylo vždy zjištěno v prenatální poradně. V této kategorii byla shrnuta data, zda informantky (I 1 – I 8) navštěvovaly prenatální poradnu a jakým způsobem jim bylo onemocnění diagnostikováno. Dále zde byla data zařazena do podkategorie „Prenatální péče“.

Podkategorie Prenatální péče

Ze získaných dat bylo potvrzeno, že všechny námi oslovené informantky navštěvovaly prenatální poradnu a byla jim prováděna pravidelná i nepravidelná vyšetření. Mezi ta pravidelná se řadí sběr anamnestických údajů a určení míry rizika onemocnění preeklampsie, měření krevního tlaku, chemické vyšetření moči pomocí lakmusových papírků, stanovení hmotnosti, zevní vyšetření a detekce známek vitality plodu. Všechny oslovené informantky shodně uvedly, že onemocnění preeklampsie jim bylo diagnostikováno při pravidelném vyšetření v prenatální poradně. Informantka (I 2) popisuje: „*V prenatální poradně mi provedli test z moči, ten mi vyšel špatně, potom mi naměřili vysoký tlak, a když mi odebrali krev, tak lékař řekl, že si mě nechají v nemocnici.*“ Informantka (I 3) uvedla: „*Pozorovala jsem otoky dolních končetin a při pravidelném vyšetření porodní asistentka naměřila třikrát za sebou vysoký krevní tlak.*“ I 4 byla hospitalizovaná na gynekologickém oddělení pro předčasnou děložní činnost a tam jí později byla diagnostikována preeklampsie: „*Byla jsem nakonec ráda, že mě hospitalizovali už dříve v těhotenství, byla jsem pořád pod kontrolou, porodní asistentky mi každý den měřily tlak, který se postupně zvyšoval. Kdybych nebyla pod takovým dohledem, mohlo to špatně skončit.*“ Oproti informantkám (I 1 – I 7) byla preeklampsie diagnostikována poslední informantce (I 8) již v prvním trimestru

těhotenství v souvislosti se zatížením anamnézy rizikovými faktory. Na základě této skutečnosti byl proveden screening preeklampsie.

Dle výzkumného šetření bylo dále zjištěno, že všechny dotazované informantky nebyly dostatečně edukovány o příznacích a rizicích onemocnění preeklampsie na jejich organismus a plod. Například informantka (I 1) uvedla: „*O preeklampsii jsem se dočetla na internetu, to jsem neměla dělat, protože mě to akorát vyděsilo.*“ I 2 vypověděla, že se cítila být málo informovaná o svém zdravotním stavu, měla pocit strachu a obav o své nenarozené dítě. „*Všichni kolem mě poskakovali, dělali různé testy, pořád mi odebírali krev, chodilo se na mě dívat hodně lékařů a nikdo mi pořádně nevysvětlil, co se děje.*“ I 3 řekla, že by ji předtím nikdy nenapadlo, že by ji mohlo něco takového postihnout v těhotenství, a dále uvedla, že si žádné informace na internetu raději nevyhledávala, aby nedošlo k prohloubení jejích obav. Nikdy o tomto onemocnění neslyšela a měla spíše strach z porodu než ze samotného těhotenství. I 5 uvedla: „*Nebyla jsem dostatečně informovaná od lékaře, bylo to sice mé druhé těhotenství, ale i přesto jsem se snažila vyhledat informace sama. O onemocnění preeklampsie jsem se dočetla na internetu.*“ Informantky I 7 a I 8 se zmínily, že si samy doma z vlastní iniciativy prováděly selfmonitoring krevního tlaku z důvodu pozitivní rodinné anamnézy. O onemocnění preeklampsie byly informovány od lékaře pouze částečně, byly nuceny si samy vyhledat podrobnější informace v odborné literatuře. I 7 uvedla: „*Lékař mi hned naordinoval Dopegyt, informace mi byly sděleny jen okrajově, vše jsem si musela zjišťovat sama, což jsem brala jako nevýhodu.*“ I 8 řekla: „*Odpovědi na mé otázky byly chabé, informace od lékaře mi byly sděleny částečně, pouze mi předepsal léky a další informace jsem si vyhledávala sama z knížek.*“

Kategorie 2 Spokojenost těhotných žen s poskytovanou péčí při hospitalizaci

Na základě vyhodnocení získaných dat z výzkumného šetření byla vytvořena druhá kategorie. Na otázku, jak byly spokojeny s péčí během hospitalizace, informantky odpověděly rozdílně, stejně tak se lišily i jejich potřeby. Jednalo se zejména o psychosociální potřeby. Tato data byla dále podkategorizována jako „Potřeby těhotných žen během hospitalizace“.

Podkategorie Potřeby těhotných žen během hospitalizace

V této podkategorii byla sumarizována data související s uspokojováním potřeb těhotných žen s diagnózou preeklampsie. V průběhu analýzy dat bylo zjištěno,

že nejčastěji řeší deficit psychosociálních potřeb. Informantka (I 1) řekla: „*Volnej čas jsem trávila aktivně už před těhotenstvím, ničím jsem se neomezovala, takže pro mě bylo fakt těžký být v nemocnici a nebýt v kontaktu s okolním světem a dodržovat řád oddělení, chtěla jsem být se svojí rodinou, trávit čas venku na statku, bála jsem se odejít z domova a nechat tam všechno. Věděla jsem, že je důležitý, abych byla hospitalizovaná, naštěstí mě porodní asistentky velmi podporovaly, snažily se zmírnit můj strach a obavy, byly fakt přátelský a chodily si za mnou povídat.*“ Během hospitalizace informantky I 2 nemohly být zčásti uspokojeny její sociální potřeby, neboť vzhledem k epidemiologické situaci jí nebyly umožněny návštěvy a blízký kontakt s jejím partnerem. „*V tý době byl zákaz návštěv a ani manžela za mnou nepustili. Sestry byly fakt nepříjemný a nechtěly ho ke mně pustit ani přes naše prosby. Už tak pro mě bylo těžký nebýt doma a nepomáhat manželovi s přípravou pokoje pro malýho, na to jsem se fakt těšila, a pak když ho ke mně nechtěly ani pustit, cítila jsem se fakt na dně, bylo toho moc.*“ Informantky I 3 a I 4 se shodly v tom, že měly potřebu být více se svým partnerem, než jim bylo v nemocnici umožněno. Informantka (I 5) uvedla: „*Měla jsem velký strach o svou starší dceru, nikdy jsme od sebe nebyly tak dlouho odloučené, stejně tak i od partnera.*“

Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že pouze tři informantky (I 6, I 7 a I 8) uvedly problém, který se týkal biologických potřeb. I 6 dlouhodobě dodržuje vegetariánskou dietu, proto nebyla spokojená se stravou v nemocnici, měla pocit hladu a díky tomu se cítila velmi slabá a bez energie. „*Všechno bylo super, až na to jídlo, to byl děs, ale vím, že sestřičky nemůžou za to, jak se u nich v nemocnici vaří. Rodina mi musela jídlo dovážet.*“ Naopak informantky I 1, I 2, I 3, I 4, I 5, I 7 a I 8 uvedly, že měly možnost využití mléčného baru, který se skládal z mléčných výrobků, dále jim bylo poskytnuto pečivo, ovoce, zelenina, cereálie apod. Tuto nabídku měly k dispozici po celou dobu hospitalizace. I 8 byla hospitalizována poprvé, což pro ni bylo velmi stresující a zdlouhavé. Také uvedla, že měla díky dlouhé hospitalizaci problémy s obstipací. „*Nejhorší z toho všeho pro mě byla zácpa, která mě trápila docela dost dlouhou dobu, a nic mi na to nezabíralo. Sestřičky mi řekly, ať hodně piju a jím nějaký jogurty a kefíry, který jsem nikdy předtím nejedla, na to jsem už vůbec neměla chuť, ale nakonec jsem jim byla moc vděčná, protože to bylo jediný, co mi na to pomohlo.*“

Oproti tomu se informantky I 1, I 2, I 3, I 4, I 5, I 6 a I 7 nezmínily o problematice spojené s vyprazdňováním. Ze všech dotazovaných žen pouze informantka I 7 uvedla deficit v oblasti spánku a odpočinku, zbylé informantky tento problém nezmiňovaly. I 7 dále

informovala o tom, že neměla možnost využití nadstandardního pokoje, což by mohlo zlepšit její spánkový deficit: „*Na pokoji jsem nebyla sama, takže jsem neměla skoro žádné soukromí a moc jsem toho nenaspala. Proto jsem si zažádala o nadstandardní pokoj, ale bylo mi řečeno, že jsou všechny obsazené, moc mě to zklamalo.*“

Dále z výzkumného šetření bylo zjištěno, že některé informantky (I 2, I 4, I 5 a I 6) pociťovaly deficit v oblasti sebevzdělání během dlouhodobé hospitalizace. Tyto ženy měly potřebu navštěvovat předporodní kurzy, ale nebylo jim to umožněno vzhledem k nečekané hospitalizaci. Informantka (I 2) uvedla, že v době vážné epidemiologické situace neměla možnost navštěvovat předporodní kurzy, byly jí nabídnuty pouze online kurzy, ale ty se jí zdály nevyhovující a málo přínosné, proto informace vyhledávala pouze přes sociální sítě nebo čerpala ze zkušeností od svých kamarádek. „*Byla jsem těhotná, zrovna když byl covid, takže jsme byli všichni zavřeni doma a nemohla jsem se účastnit žádných kurzů osobně, jen na nějakým online jsem byla, ale to není takový, pomáhaly mi kamarádky, dávaly mi rady a doporučily mi profily porodních asistentek na Instagramu.*“ Informantka (I 4) byla hospitalizovaná již ve 26. týdnu těhotenství, z toho důvodu se nestihla zúčastnit žádného předporodního kurzu, který měla v plánu navštívit. Chtěla být informovaná a připravená na porod a na péči o novorozence, přála si být v této oblasti více vzdělaná: „*Mrzelo mě, že jsem byla už tak brzo upoutaná na klidový režim a nemohla jsem se tak naplno věnovat těhotenství, chtěla jsem se zúčastnit kurzu, abych věděla, co mě čeká a na co se připravit.*“ I 5 uvedla, že m termín předporodního kurzu, ten bohužel nestihla, stejně tak tělocvik pro těhotné, kam měla v plánu chodit. Cítila se velmi deprimovaně a měla obavy z toho, že v tomhle směru není dostatečně informovaná a vzdělaná. Informantky (I 1, I 3, I 7 a I 8) naopak uvedly, že v oblasti sebevzdělání nepociťovaly deficit informací týkající se předporodního kurzu a péče o novorozence.

5 Diskuze

Tato bakalářská práce se zabývá tím, jak vnímají porodní asistentky péči o těhotné ženy s diagnózou preeklampsie. Dále se zabývá potřebami žen s touto diagnózou a také jak se změnily potřeby těhotných žen během hospitalizace. Dle Vlka et al., (2015) je preeklampsie multiorgánové onemocnění s nejasnou příčinou postihující pouze těhotné ženy. Onemocnění se projevuje nejčastěji po 20. týdnu těhotenství společně s hypertenzí, otoky a proteinurií nad 300mg/24 hodin.

Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že všechny dotazované porodní asistentky PA1, PA2, PA3, PA4 a PA5 jasně potvrdily sledování celkového stavu klientky s diagnózou preeklampsie za velmi důležité. Roztočil et al. (2017) uvádí, že je důležité sledovat celkový stav těhotné ženy s preeklampií v pravidelných intervalech, protože toto onemocnění má svá rizika a může ohrozit ženu i plod na životě. Je potěšující, že z našeho výzkumného šetření vyplynulo, že porodní asistentky plní ordinace lékaře a sledují následující parametry v pravidelných intervalech; hodnoty fyziologických funkcí, zejména krevního tlaku, který je měřen 3x až 5x denně, tělesnou hmotnost ženy, množství, barvu a příměsi v moči, pravidelnou stolici, otoky, bilanci tekutin, porodní asistentky se zajímají o bolest, zrakové poruchy a o to, jak se žena cítí. Všechny tyto úkony, které porodní asistentky provádí, zaznamenává do ošetrovatelské dokumentace a pracuje metodou ošetrovatelského procesu. Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že porodní asistentky vytváří individuální ošetrovatelský plán péče, který je zaměřený na potřeby těhotných žen a jejich saturace. Porodní asistentky se zaměřují na sledování fyziologických funkcí, otoků, vyprazdňování, spánku a odpočinku, stravování a klidového režimu. Porodní asistentka (PA4) považuje, že sledování celkového stavu těhotné ženy, za důležité kontrolu otoků a uvedla: *„Dalším důležitým příznakem preeklampsie jsou otoky. Hlavně na dolních končetinách, v některých případech jsou ty ženy opuchlé celé i třeba v obličeji nebo na prstech u ruky.“*

Ohledně problematiky vyprazdňování, zejména zácpy se zmínila pouze porodní asistentka (PA3) a uvedla, že zácpa u většiny žen vzniká v souvislosti s klidovým režimem, který přispívá ke snížené peristaltice střev. Můžeme se domnívat, že porodní asistentky sledují vyprazdňování těhotných žen zcela běžně, ale v danou chvíli porodní asistentky nenapadlo tuto problematiku zmínit. (Roztočil et al.,

2017) udávají, že u těhotných žen je riziko obstipace z důvodu snížené peristaltiky střev a dochází k růstu dělohy, ta následně utlačuje okolní orgány a venózní systém. Vylučování patří mezi základní biologické potřeby a je důležité, aby porodní asistentky pravidelně zaznamenávaly stolici do ošetrovatelské dokumentace. Ženy mohou mít problémy s vyprazdňováním, a proto by každá porodní asistentka měla umět pomoci s nácvikem defekačního reflexu. K udržování rovnováhy v organismu je zapotřebí uspokojení potřeby vyprazdňování, která patří mezi základní biologické potřeby (Trachtová et al., 2018). Porodní asistentka (PA3) se zmínila o tom, že edukuje těhotné ženy o nácviku defekačního reflexu. „Často ty ženy trápí zácpa, ale vzhledem k tomu, že musí mít klidový režim a ležet v posteli, není moc možností, proto jim alespoň nabízím tekutiny, různé kefíry, jogurty a informuji je o defekačním reflexu.“ Dále se zmiňuje o důležitosti konzumace potravin bohatých na vlákninu a dodržování pitného režimu, alespoň 2 litry tekutin denně. Jirásek (2006) jasně potvrzuje, že základem vytvoření podmíněného reflexu je trpělivé dodržování určitého neměnného pořádku nebo-li nácvik defekačního reflexu, což považuje jako nezbytnou součást celé léčby obstipace.

Dále se porodní asistentky PA1, PA2, PA3, PA4 a PA5 zmínily o důležitosti dodržování klidového režimu a dostatečného spánku a odpočinku. Kladou důraz na to, aby těhotné ženy s tímto onemocněním omezily sledování televizoru a mobilního telefonu. Z výzkumného šetření bylo jasně potvrzeno, že všechny oslovené porodní asistentky považují edukaci za klíčový aspekt ošetrovatelské péče. Porodní asistentky PA1, PA2, PA3, PA4 a PA5 nejčastěji edukují těhotné ženy o klidovém režimu. Špirudová (2015) poukazuje na důležitost edukace těhotných žen o klidovém režimu, neboť jeho porušením může dojít k zhoršení zdravotního stavu těhotné ženy. Porodní asistentky (PA3, PA4 a PA5) edukují těhotné ženy o dostatečném spánku a odpočinku, o využití okenních žaluzií k zatemnění pokoje, jelikož zvýšené osvětlení může mít negativní dopad na zdravotní stav těhotné ženy, vznik cefalgie a poruchy vizu. PA1 uvedla, že je zásadní, aby těhotné ženy omezily sledování telefonu a televizoru, z důvodu možného vzniku cefalgie. Roztočil et al., (2017) uvádí, že zavedení klidového režimu v horizontální poloze na levém boku je jeden z aspektů, který vede k zabránění celkového zhoršení stavu těhotné ženy.

Další činnost, kterou porodní asistentky popisovaly, co se týče v oblasti sledování je provádění odběrů moče a krve na laboratorní vyšetření v pravidelných intervalech dle ordinace lékaře a zaměřují se zejména na vyšetření biochemických parametrů a sběru moči za 24 hodin. Sledují výsledky vyšetření a v případě negativních výsledků následně informují lékaře. Procházka et. al (2020) uvádí, mezi základní laboratorní vyšetření krve se řadí vyšetření jaterních enzymů, ledvinových markerů, kyseliny močové a celkové bílkoviny, dále také krevní obraz a koagulační parametry, kam se řadí aPTT, Quick a hladina D – dimerů. Ke stanovení proteinurie je důležitý sběr moči za 24 hodin, hodnota přesahující 300mg/den je signifikantní pro onemocnění preeklampsie (Procházka et al., 2020). Dále se porodní asistentky (PA1, PA2 a PA4) zmínily o laboratorním vyšetření moče zvaném clearance kreatininu, kdy dochází ke sběru moče za 24 hodin. Porodní asistentky (PA1, PA2 a PA4) uvedly, že ženy edukují o důvodu sběru moče o jeho významu a zásadách správné techniky odběru. *„Ženy edukujeme o sbírání moči do džbánu, jsou informovaný o dodržení postupu a pro jistotu se ujišťujeme, jestli nás pochopily.“* řekla PA1. Navrátil et al., (2017) potvrzují, že pomocí 24hodinového sběru moče dochází ke stanovení clearance kreatininu. Jirkovský et al., (2012) zase poukazují na psychickou a fyzickou přípravu pacienta před vyšetřením biologického materiálu pomocí edukace o zásadách správného provedení sběru moče a jeho významu, tím dochází k eliminaci negativních pocitů.

V případě hospitalizace doléhá na těhotné ženy samota, pociťují stesk po rodině a blízkých. Ženám jsou během hospitalizace umožněny návštěvy pouze v určitém časovém rozmezí, který je potřeba dodržovat. Porodní asistentky se snaží ženám vyjít vstříc a myslet také na jejich psychosociální potřeby, být jim oporou a umožnit jim každodenní kontakt s rodinou. Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že porodní asistentky PA1, PA2, PA3, PA4 a PA5 uvedly, psychosociální potřebu těhotných žen jako zásadní narušenou potřebu. Dále PA1, PA3, PA4 uvedly, že těhotné ženy v průběhu hospitalizace bývají často smutné a plačtivé, z důvodu separace od rodiny a blízkých. Těhotné ženy jsou pod vlivem hormonů přecitlivělé, a proto vyžadují od svého partnera a rodiny projevy lásky a sounáležitosti (Dušová et. al., 2019). Lorenzová et al., (2021) poukazují na předporodní období vyznačující se napětím a zranitelností ženy. V tomto období většina žen cítí instinktivní potřebu hnízdění, přípravu prostoru a pomůcek pro novorozence, proto pro těhotné ženy

může být velmi frustrující tento čas trávit v nemocnici. Zároveň se porodní asistentky zmínily o snaze vyhovět ženám v přítomnosti partnera či rodiny i mimo návštěvní dobu. „*Snažíme se tu pro ně být, komunikovat s nimi a být empatické, ale rodinu jim v tomhle směru nejsme schopny nahradit. Pokud to jde, jsme schopny jim návštěvy umožnit co nejvíce*“ uvedla PA1. Porodní asistentky (PA1, PA2, PA3, PA4 a PA5) dále uvedly, že těhotné ženy pocítují strach a obavy o své nenarozené dítě. Při pravidelných kontrolách srdečních ozev plodu nejčastěji porodní asistentky používají doppler, při kterém mohou ženy slyšet tlukot srdce a dochází ke zmírnění strachu a obav u těhotných žen. Ke sledování srdečních ozev plodu v děloze slouží stetoskop nebo ultrazvukový doppler. Porodní asistentky (PA1, PA2, PA3, PA4 a PA5) dále uvedly, že je velmi výhodné využívat doppler, protože žena sama slyší ozvy plodu dítěte než při použití stetoskopu, je potřeba dodat ženám pocit jistoty a bezpečí a uklidnit je, že je všechno v pořádku.

Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že ženy negativně vnímaly, nemožnost se zúčastnit předporodních kurzů. Hudáková a Kopáčiková (2017) uvádí, že úkolem předporodních kurzů je připravit těhotnou ženu psychicky a fyzicky na průběh těhotenství, porodu, šestinedělí a poučit je o péči o novorozence. Porodní asistentky PA1, PA2, PA3, PA4 a PA5 uvedly, narušenou potřebu sebevzdělání u těhotných žen, která vzniká během hospitalizace. Tyto ženy nemají možnost navštěvovat předporodní kurzy a dochází tím k deficitu informací v oblasti těhotenství, porodu, šestinedělí a péče o novorozence. Oproti tomu, se žádná z porodních asistentek nezminila o způsobu uspokojení potřeb v oblasti sebevzdělání, jako je například organizace skupinových předporodních kurzů v nemocničním zařízení, poskytované hospitalizovaným těhotným ženám.

V další části výzkumného šetření jsme se dotazovaly informantek (I1, I2, I3, I4, I5, I6, I7 a I8), mající zkušenost s tímto onemocněním, jak jim bylo onemocnění preeklampsie diagnostikováno. Zajímalo nás, jakým způsobem bylo těhotným ženám diagnostikováno toto onemocnění. Informantkám I1, I2, I3, I5, I6, I7 a I8 bylo onemocnění preeklampsie diagnostikováno již v prenatální poradně a následně jim byla doporučena hospitalizace. „*V prenatální poradně mi provedli test z moči, ten mi vyšel špatně, potom mi naměřili vysoký tlak a když mi odebrali krev, tak lékař řekl, že si mě nechají v nemocnici.*“ uvedla I2. Pouze informantce I4 byla diagnostikována preeklampsie během hospitalizace na gynekologickém oddělení

pro předčasnou děložní činnost. Z rozhovorů bylo potvrzeno, že všechny oslovené informantky navštěvovaly prenatální poradnu, kde jim byla prováděna pravidelná i nepravidelná vyšetření. Mezi pravidelná vyšetření se řadí: aktualizace anamnestických údajů, stanovení hmotnostního přírůstku, měření krevního tlaku, chemická analýza moči a dále zevní vyšetření a detekce známek vitality plodu. Nepravidelná vyšetření zahrnují komplexní vyšetření žen a to: biochemické, hematologické a serologické vyšetření krve, ultrazvukový screening, vaginální vyšetření, GBS stěr a cytologické vyšetření (Zásady dispenzární péče v těhotenství, 2021). Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že všechny dotazované informantky I1, I2, I3, I4, I5, I6, I7 a I8, nebyly dostatečně informovány o příznacích, rizicích onemocnění preeklampsie a následných možných negativních vlivech na zdravotní stav ženy a plodu. Informantky uvedly, že jim nebyly poskytnuty veškeré informace týkající se tohoto onemocnění. Dotazy žen zdravotnický personál zodpověděl pouze částečně, a to mělo vliv na rostoucí obavy a strach o jejich nenarozené dítě. V informantkách toto jednání také vyvolalo velkou nedůvěru a nejistotu. Podle Dušové et al., (2019) hraje velkou roli informovanost o výkonech, které těhotná žena musí podstoupit, ale žena má možnost tyto výkony odmítnout, poté by měla být seznámena se všemi riziky, která mohou mít negativní následky na její organismus a plod. Informantky (I1, I4, I5) si chybějící informace vyhledávaly na internetu v odborných článcích. Dále informantky (I7 a I8) si zjišťovaly informace v odborné literatuře k rozšíření znalostí o daném onemocnění a možných rizicích. Oproti tomu informantky (I2, I3, I6) neměly potřebu si informace vyhledávat v dalších možných dostupných zdrojích z obav rostoucího strachu. Dle našeho názoru by se porodní asistentky měly vždy ujistit, zda jsou ženy dostatečně informovány, popřípadě zodpovědět všechny jejich dotazy a informovat lékaře.

Během hospitalizace významný deficit v oblasti biologických potřeb pocíťovaly informantky (I6 a I8). Informantka (I6) uvedla nespokojenost v souvislosti s nemocniční stravou vzhledem k její vegetariánské dietě. Dále zohlednila fakt, o vyhovění bezmasého jídla, ale přesto nebyla s jídlem spokojená, měla pocit hladu a rodina jí musela jídlo dovážet. Dále se informantka (I8) zmínila o problému s obstipací, který vznikl v souvislosti s dlouhodobou hospitalizací. Porodní asistentky jí nabízely tekutiny a mléčné výrobky, to bylo to jediné, co informantce pomohlo. Problém s obstipací v těhotenství potvrzují Roztočil et al., (2017) kde

uvádí, že vlivem progesteronu dochází k relaxaci hladkého svalstva gastrointestinálního traktu a dále se na vzniku obstipace podílí rostoucí děloha, která utlačuje okolní orgány. Ostatní informantky (I1, I2, I3, I4, I5 a I7) nepocitovaly významný deficit v oblasti biologických potřeb. Tyto těhotné ženy se více zaměřovaly na potřebu jistoty a bezpečí, potřebu lásky a sounáležitosti a potřebu informovanosti o jejich zdravotním stavu a zdraví nenarozeného dítěte. Dále z výzkumného šetření bylo zjištěno, že všechny informantky nejčastěji vnímají deficit v oblasti psychosociálních potřeb. Každé oddělení má svůj domácí řád oddělení, kde jsou mimo jiné stanoveny návštěvní hodiny, během kterých mohou pacienti trávit čas se svými blízkými. Informantky (I1 až I8) ze všeho nejvíce pocitovaly smutek a stesk po svém partnerovi a rodině. Informantka (I5) dodala, že měla velký strach nejen o své nenarozené dítě, ale i o svou dceru, od které nebyla nikdy odloučená na dobu během hospitalizace. Pro těhotnou ženu je důležité, aby cítila pocit lásky a sounáležitosti, především od svého partnera nebo blízké rodiny (Dušová et al., 2019). Oproti tomu informantka (I2) byla hospitalizovaná během pandemie Covid-19 a v tomto období byl z hygienických opatření stanoven zákaz návštěv ve všech nemocničních zařízeních. Toto období mělo pro informantku velký negativní dopad na její psychickou stránku, protože nařízením vlády ministra zdravotnictví byl vydán zákaz návštěv ve znění; „*Všem poskytovatelům zdravotnických služeb se s účinností od 28.března 2020 nařizuje zákaz návštěv pacientů v zdravotnických zařízeních ve kterých se poskytuje lůžková péče*“ (MZDR, 2020). Nebylo jí tedy umožněno setkávat se s partnerem a rodinou během hospitalizace, vzhledem k vládnímu nařízení, zdravotnický personál byl nucen dodržovat zásady epidemiologických opatření, a to mohlo vést k mnohým konfliktům. „*V té době byl zákaz návštěv a ani manžela za mnou nepustili. Sestry byly fakt nepříjemný a nechtěly ho ke mně pustit ani přes naše prosby. Už tak pro mě bylo těžký nebýt doma a nepomáhat manželovi s přípravou pokoje pro malýho, na to jsem se fakt těšila a pak když ho ke mně nechtěli ani pustit, cítila jsem se fakt na dně, bylo toho moc.*“ uvedla I2.

Dále bylo zjištěno, že informantky (I2, I4, I5 a I6) pocitovaly deficit v oblasti sebevzdělání. Vlivem hospitalizace, jim nebylo umožněno se fyzicky zúčastnit předporodního kurzu. I5 uvedla, že se cítila velmi deprimovaně z toho, že není dostatečně informovaná a chybí jí znalosti, které by se dozvěděla v předporodní

přípravě, porodu, šestinedělí a péči o novorozence. Tím se těhotným ženám prohloubil strach a nejistota vztahující se na samotný porod, šestinedělí a péči o novorozence.

Výsledkem výzkumného šetření se potvrdilo, že je důležité, aby těhotné ženy byly dostatečně informovány.

6 Závěr

Tato bakalářská práce se zabývá péčí o těhotné ženy s diagnózou preeklampsie a úlohou porodní asistentky. Práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a empirickou. V teoretické části je popsána charakteristika těhotenství, hypertenze, etiopatogeneze preeklampsie a úloha porodní asistentky u ženy s diagnózou preeklampsie. V empirické části této bakalářské práce jsme dosáhly stanovených cílů, pomocí kvalitativního výzkumného šetření. Naším cílem bylo zjistit, jak vnímají porodní asistentky péči o těhotné ženy s diagnózou preeklampsie a zjistit, jak se změnily potřeby těhotných žen s diagnózou preeklampsie. Pro výzkumné šetření byly stanoveny dva výzkumné soubory, tvořené porodními asistentkami pracujícími na gynekologicko – porodnickém oddělení a informantkami, mající osobní zkušenost s preeklampsií. První výzkumná otázka zkoumala, jak vnímají porodní asistentky péči o těhotné ženy s diagnózou preeklampsie. Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že porodní asistentky považují sledování celkového stavu těhotné ženy za velmi důležité. U žen sledují: fyziologické funkce, otoky, vyprazdňování, bilanci tekutin, spánek a odpočinek, srdeční ozvy plodu a dále plní ordinace lékaře. Veškeré tyto zjištěné údaje porodní asistentka zaznamenává do ošetrovatelské dokumentace. Oproti ostatním porodním asistentkám pouze porodní asistentka PA3 se zmínila o problematice vyprazdňování, zejména obstipace, která vzniká v souvislosti s dlouhodobou hospitalizací, klidovým režimem a změnou prostředí. Za další důležitý aspekt porodní asistentky považují edukaci. Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že porodní asistentky nejčastěji edukují ženy o klidovém režimu, omezení sledování televizoru a telefonu, signalizačním zařízení a dostatečném spánku a odpočinku. Dále bylo zjištěno, že pouze některé porodní asistentky edukují ženy o správné technice sběru moči za 24 hodin. Druhá výzkumná otázka zjišťovala, jak se změnily potřeby těhotných žen při poskytování péče během hospitalizace. Informantky I1, I2, I3, I4, I5, I6, I7 a I8 uvedly, že nejčastěji pociťují narušení psychosociálních potřeb, a to separaci od rodiny a blízkých, stesk a smutek a strach a obavy o své nenarozené dítě. Dále se informantka I7 zmínila o narušené potřebě spánku a odpočinku z důvodu dlouhodobé hospitalizace, změny prostředí a narušeného soukromí. Výzkumným šetřením bylo dále zjištěno, že informantky pociťovaly deficit informací v oblasti sebevzdělání z důvodu absence návštěv předporodních kurzů, vzhledem

k hospitalizaci. Informantka I2 uvedla, že vlivem předešlé pandemie Covid 19 neměla možnost navštěvovat předporodní kurzy a nebyly jí umožněny návštěvy s rodinou během hospitalizace, protože byl vyhlášen zákaz návštěv.

Výstupem této bakalářské práce může být seznámení s tímto onemocněním a výsledky této práce mohou být použity jako podklad pro odborné semináře a přednášky pro porodní asistentky.

6 Seznam použité literatury

- ANDĚLOVÁ K. et al., 2015. *Gestační diabetes mellitus*. Doporučený postup. Česká gynekologie. 2015;80(6):459-61. Dostupné také z: https://www.diab.cz/dokumenty/DP_GDM_2017.pdf
- BEHINOVÁ, M. et al., 2012. *Nová velká kniha o mateřství: Od početí do věku 3 let*. 3. vyd. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2816-5.
- BINDER, T., 2020. *Nemoci v těhotenství: a řešení vybraných závažných peripartálních stavů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2009-3.
- BURTON G., 2018. *Pathophysiology of placental-derived fetal growth restriction*. DOI: 10.1016/j.ajog.2017.11.577 Dostupné také z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29422210/>
- Česká gynekologická a porodnická společnost (ČGPS) České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČLS JEP) Sbírka doporučených postupů č. 6/2019
- DUŠOVÁ, B., MAREČKOVÁ, J., 2009. *Úvod k péči porodní asistentky o ženu s patologickým a rizikovým těhotenstvím*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Fakulta zdravotnických studií. ISBN 978-80-7368-663-5.
- FANTASIA C. H. et al., 2018. *Low-Dose Aspirin for the Prevention of Preeclampsia*. DOI: 10.1016/j.nwh.2017.12.002 Dostupné také z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29433703/>
- GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ, M., 2011. *Nová kniha o těhotenství a mateřství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3081-3
- GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ, M., 2013. *Čekáme dítětko*. 2. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3781-2
- HÁJEK, Z., ČECH, E., MARŠÁL, K., 2014. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4745-299.
- HÁJEK, Z., et al., 2004. *Rizikové a patologické těhotenství*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 80-247-0418-8.
- HÁJEK, Z., et al., 2004. *Rizikové a patologické těhotenství*. Vyd. 1. české. Praha: Grada. ISBN 80-247-0418-8.
- HELUS, Z., 2018. *Úvod do psychologie*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4675-3.
- HOLNESS N., 2018. *High-Risk pregnancy*. DOI: [10.1016/j.cnur.2018.01.010](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29779516/) Dostupné také z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29779516/>
- <http://www.gynekologiekolek.cz/prenatalni-pece-o-fyziologicke-tehotenstvi>

- JANKŮ, M.P., 2007. *Hypertenze v těhotenství*. Solen. 2007(2.), 91-95 s.
- JEKLOVÁ, A., TROJANOVÁ, B., 2004. *Ošetrovatelská péče o těhotnou, rodičku a šestinedělku s vybranými onemocněními*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-701-3411-9.
- JELÍNKOVÁ, I., 2014. *Klinická propedeutika pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5093-4.
- KELNAROVÁ, J., 2012. *První pomoc I: pro studenty zdravotnických oborů*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4199-4.
- KITTNAR, O., 2020. *Lékařská fyziologie*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1963-4.
- KOUDELKOVÁ, V., 2013. *Ošetrovatelská péče o ženy v šestinedělí*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-624-1.
- MA'AYEH M. et al., 2020. *Novel Interventions for the Prevention of Preeclampsia*
DOI: 10.1007/s11906-020-1026-8 Dostupné také z:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32052203/>
- PAŘÍZEK, A., 2015. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti*. Praha: Grada. ISBN 978-80-7492-215-2.
- PAŘÍZEK, A., HONZÍK, T., [2015]. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti*. 5. vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-213-8.
- PAŘÍZEK, A., HONZÍK, T., 2015. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti*. 5. vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-213-8.
- PHIPPS A. E. et al., 2019. *Pre-eclampsia: pathogenesis, novel diagnostics and therapie*. DOI: 10.1038/s41581-019-0119-6 Dostupné také z:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30792480/>
- PROCHÁZKA, M., 2020. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-618-4.
- ROZTOČIL, A., 2017. *Moderní porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. Jessenius. ISBN 978-80-247-5753-7.
- SCHLEMBACH D. et al., 2019. *Diagnostic utility of angiogenic biomarkers in pregnant women with suspected preeclampsia: a health economics review* DOI: 10.1016/j.preghy.2019.03.002 Dostupné také z:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31487652/>
- SKUTILOVÁ, V., 2016. *Jak na strach a úzkost v těhotenství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5469-7.

SLEZÁKOVÁ, L., et al., 2017. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0214-3.

ŠAMÁNKOVÁ, M. et al., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3223-7

ŠEBLOVÁ, J., KNOR, J., 2018. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. 2., doplněné a aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0596-0.

ŠIMETKA, O. et al., 2013. *Hellp syndrom: Porodnictví krok za krokem*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-361-9.

ŠIMONOVÁ, J., DUŠOVÁ, B., 2014. Ošetrovatelská péče o ženu s preeklampií. *Florence*. 2014(5), 25-29.

TRACHTOVÁ, E., et al., 2018. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu: Učební texty pro vyšší zdravotnické školy, bakalářské a magisterské studium, specializační studium sester*. 4. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-590-7.

UNZEITIG V. et al., 2015. *Zásady dispenzární péče ve fyziologickém těhotenství*. Doporučený postup. *Česká gynekologie*. 2015;80(6):456-8. Dostupné z: <https://www.porodniasistentky.info/wp-content/uploads/2016/08/p-2015-zasady-dispenzarni-pece-ve-fyziologickem-tehotenstvi.pdf>

VLK, R., et al., 2015. *Preeklampsie*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-460-9.

WERMELT A. J. et al., 2017. *Management of arterial hypertension* DOI: 10.1007/s00059-017-4574-1 Dostupné také z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28555286/>

WIDIMSKÝ, J., WIDIMSKÝ, J., 2014. *Hypertenze*. 4., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-811-5.

WRIGHT D. et al., 2019. *Aspirin delays the development of preeclampsia* DOI: 10.1016/j.ajog.2019.02.034 Dostupné také z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30797761/>

8 Přílohy

Seznam příloh:

Příloha 1 Otázky do rozhovoru pro porodní asistentky

Příloha 2 Otázky do rozhovoru pro informantky

Příloha 1 Seznam otázek k rozhovorům s porodními asistentkami

1. Kolik je Vám let?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Jaká je Vaše délka praxe na gynekologicko-porodnickém oddělení?
4. Jak probíhá péče o těhotnou ženu s diagnózou preeklampsie?
5. Popište, jak probíhá edukace těhotných žen?
6. Jak vnímáte sledování žen s diagnózou preeklampsie?
7. Jaké jsou potřeby těhotných žen s touto diagnózou během hospitalizace?
8. Co byste změnily z pohledu péče porodní asistentky?

Zdroj: Vlastní výzkum 2023

Příloha 2 Seznam otázek k rozhovorům s informantkami

1. Kolik Vám je let?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Jaký je Váš rodinný stav?
4. V jakém týdnu těhotenství jste porodila?
5. Jak často jste navštěvovala prenatální poradnu?
6. Jak Vám diagnostikovali onemocnění?
7. Jak jste byla spokojená s péčí v nemocnici?
8. O čem Vás zdravotnický personál edukoval?
9. Co vám chybělo v nemocnici?
10. Jak se změnila Vaše potřeby během hospitalizace?
11. Jak byly uspokojeny Vaše potřeby?

Zdroj: Vlastní výzkum 2023

9 Seznam zkratek

AB – abort

AC – abdominal circumference

Bc. – bakalář

CNS – centrální nervová soustava

CRL – crown rump length

FGR – fetal growth restriction

FIGO – International Federation of Gynecology and Obstetrics

FL – femur length

g – gram

GBS – β -hemolytický streptokok skupiny B

GDM – gestační diabetes mellitus

HbsAg – hepatitis B surface Antigen

HC – head circumference

hCG – choriový gonadotropin

HELLP syndrom – Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelets

HIV – Human Immunodeficiency Virus

I – informantka

Mgr. – magistr

mmHg – milimetr rtuťového sloupce

oGTT – orální glukózo toleranční test

PA – porodní asistentka

Rh faktor – Rhesus faktor

sFlt-1/PlGF – solubilní fms-like tyrosinkináza-1 / placentární růstový faktor

tt – týden těhotenství

UDOP – stetoskop doppler

UUT – umělé ukončení těhotenství

