



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

Bakalářská práce

Ošetrovatelská péče o ženy s anémií v šestinedělí

Vypracovala: Jindřiška Daňková

Vedoucí práce: PhDr. Drahomíra Filausová

České Budějovice 2015

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat vedoucí práce PhDr Drahomíře Filausové za ochotu a drahocenný čas, který mi věnovala.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval (a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených 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 – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich 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 kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 12. 8. 2015

Jindřiška Daňková

Abstrakt

Ošetrovatelská péče o ženy s anémií v šestinedělí

Šestinedělí začíná porodem novorozence a placenty. Toto období trvá 42 dnů. Tento čas je velmi náročné období v životě ženy. V ženském organismu dochází k mnoha změnám, které směřují k navrácení předporodního stavu organismu. Šestinedělí nemusí probíhat bez komplikací. Jednou z nich je krvácení. Krvácení považujeme za nadměrné, jestliže ztráta přesahuje 500 ml. Následkem krvácení může dojít k anémii. Anémii definujeme jako onemocnění, při němž je v krvi snížena hladina červeného krevního barviva, hemoglobinu a červených krvinek pod fyziologickou mez pro daný věk a pohlaví (Procházka a Procházková, 2003). Anémie se může projevit už v těhotenství, kdy se může jednat i o fyziologický jev, který je zapříčiněn nárůstem objemu cirkulující plazmy.

Ošetrovatelská péče o ženu s anémií v šestinedělí má svá specifika. Tato specifika se odvíjejí především od fyzických problémů, které anémii provází. Jedná se zejména o únavu a slabost, točení hlavy, ztrátu rovnováhy, hučení v uších, mžitky před očima, ztížené dýchání a změny dalších fyziologických funkcí. Ošetrovatelská péče prováděná porodní asistentkou se zaměřuje na kontrolu celkového stavu šestinedělky např. krvácení a hodnoty fyziologických funkcí. Péče dále zahrnuje případnou pomoc při vstávání po porodu, při hygieně a vyprazdňování. Mezi ošetrovatelské intervence patří i plnění ordinací lékaře, mezi které jsou zahrnuty např. odběry krve, podávání léků a krevních derivátů. Významnou součástí ošetrovatelské péče by měla být edukace porodní asistentkou o výživě, vyprazdňování, dodržování zásad bezpečného pohybu, správné hygieny atd.

Cílem bakalářské práce je zjistit neuspokojené potřeby žen v raném šestinedělí s anémií po porodu. K cíli byly stanoveny výzkumné otázky: Které potřeby jsou neuspokojené z pohledu žen (šestinedělek) s anémií po porodu? Které potřeby jsou prioritní z pohledu žen (šestinedělek) s anémií po porodu?

Pro získání dat bylo využito kvalitativní výzkumné šetření, metoda dotazování a technika hloubkového rozhovoru. Výzkumný soubor tvořilo 6 respondentek po spontánním porodu s diagnostikovanou anémií. Rozhovor byl prováděn třetí den

po porodu na ošetrovací jednotce šestinedělí a na konci šestinedělí. Rozhovory byly přepsány písemně a analyzovány metodou papír a tužka. Další metodou sběru dat byla analýza zdravotnické dokumentace se zaměřením na zjištění hodnot krevního obrazu a identifikačních údajů.

Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že ženy s anémií v šestinedělí mají nejčastěji problémy v uspokojování potřeb v oblasti dýchání a cirkulace, pohyb a hygiena, péče o novorozence. Z pohledu šestinedělek jako prioritní potřeba vychází pohyb a hygiena, péče o novorozence.

Jako nejčastější zdravotní problémy v oblasti dýchání a cirkulace udávaly respondentky točení hlavy při sedu a vstávání, hučení v uších a slabost, zatmění před očima. U některých z respondentek se objevilo ztížené dýchání, pocity mdloby, bušení srdce a změny krevního tlaku.

Co se týče pohybu a hygieny respondentky především vyjadřovaly strach z možného pádu. Další oblastí, kterou respondentky považovaly za prioritu, byla péče o novorozence. Ve většině případů první den po porodu péči o novorozence převzaly dětské sestry.

Terapie u žen s anémií v raném šestinedělí byla zaměřena na podávání přípravků s obsahem železa, vitamínů k podpoře krvevotvorby, infuzní terapii a podávání krevních derivátů. O možnostech léčby dostaly respondentky informace od lékaře i porodních asistentek, přičemž tyto informace považovaly za dostačující.

Výstupem bakalářské práce je edukační materiál pro začínající porodní asistentky zaměřený na ošetrovatelskou péči o ženy s anémií v šestinedělí.

Klíčová slova

Šestinedělí, anémie, porodní asistentka, ošetrovatelská péče, potřeby

Abstract

Nursing care for anaemic women during puerperium

Puerperium starts with the birth of the infant and passing of placenta. This period lasts 42 days and it is a very demanding time in a woman's life. The body undergoes many changes related to the organism returning to its state before pregnancy and is often not without complications. One is excessive bleeding, where by excessive we mean loss of over 500ml. One of possible consequences is anaemia, defined as an illness with lowered count of red blood colouring, haemoglobin, and red blood cells count under physiological level for given age and gender (Procházka and Procházková, 2003). Anaemia can appear already during pregnancy which can even be physiological as a consequence of increased volume of blood plasma.

Nursing care of women with anaemia during puerperium has its specifics, based mainly on the physical problems this illness exhibits. These are above all fatigue and weakness, drowsiness, loss of balance, buzzing in the ears, blurry vision, breathing difficulties and others. Nursing care conducted by midwife focuses on controlling the overall state of the mother, such as the bleeding and values of the physiological functions. The care further involves possible help with getting out of bed after giving birth, help with hygiene and passing. To nursing intervention belong also fulfilling doctor's orders such as drawing blood, administrating drugs and blood derivatives. A significant part of nursing care should also be giving information and educating on nutrition, passing, keeping to safe movement rules, correct hygiene and so on.

The aim of this work is to find unsatisfied needs of women in early stage of puerperium with anaemia after delivery. Research questions were stated for the aim: Which needs are not filled from the women's point of view? Which needs are prioritised for these women?

Qualitative research was used in order to gain data, in the form of in-depth interviews. The research group consisted of 6 respondents after physiological birth med diagnosed anaemia. Interviews were conducted third day after delivery and the end of the puerperium period in delivery ward. Interviews were transcribed and analysed by the paper and pen method. Another data collecting method used was analysis of nursing documentation focused on values of blood screen and identification data. The results of

this research show that anaemic women during puerperium most often suffer from problems with breathing and circulation, movement, hygiene and newborn care. From the women's point of view the priority lies with movement, hygiene and newborn care.

As the most frequent problems in the area of breathing and circulation the respondents named dizziness while sitting and standing up, buzzing in the ears, weakness and blurred vision. Some respondents also exhibited heavy breathing, and dizziness, throbbing and changes in blood pressure.

Regarding movement and hygiene respondents feared falls most of all. Another area the respondents prioritised was child care. In most cases newborns were on first day after delivery taken care of by paediatric nurses.

Therapy for women with anaemia during early puerperium was focused on iron supplements, vitamins for stimulating hematopoiesis, infusion therapy and supplying blood derivatives. Information about the given treatment was given to the respondents by both the doctor and the midwives, and found this information sufficient.

The output of this work is educational material for beginner midwives aimed at nursing care of anaemic women during puerperium.

Key Words

puerperium, anaemia, midwife, nursing care, needs

Obsah

ÚVOD.....	7
1 SOUČASNÝ STAV	8
1.1 Šestinedělí	8
1.1.1 Involuční změny pohlavních orgánů.....	8
1.1.2 Změny extragenitálních orgánů	10
1.2 Anémie v šestinedělí	12
1.2.1 Příčiny anémie	13
1.2.2 Příznaky anémie.....	14
1.2.3 Diagnostika anémie.....	15
1.2.4 Terapie anémie.....	16
1.3 Potřeby a ošetrovatelský proces u ženy s anémií	17
v šestinedělí.....	17
1.3.1 Potřeba výživy u ženy s anémií v šestinedělí	20
1.3.2 Potřeba dýchání u ženy s anémií	21
1.3.3 Potřeba pohybu u ženy s anémií v šestinedělí	22
1.3.4 Potřeba hygieny u ženy s anémií v šestinedělí	23
1.3.5 Potřeba spánku a odpočinku u ženy s anémií v šestinedělí.....	23
1.3.6 Potřeba vyprazdňování u ženy s anémií v šestinedělí.....	24
1.3.7 Potřeba jistoty a bezpečí u ženy s anémií v šestinedělí.....	25
2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	26
2.1 Cíl práce	26
2.2 Výzkumné otázky.....	26
3 METODIKA	27
3.1 Použitá metodika	27
3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku	27
4 VÝSLEDKY	28
4.1 Identifikační údaje respondentek a hodnoty krevního obrazu	28
4.2 Kategorizace výsledků rozhovorů	31
5 DISKUSE.....	42
6 ZÁVĚR.....	47
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	49
8 SEZNAM PŘÍLOH	54

ÚVOD

Šestinedělí je období začínající porodem novorozence a placenty. Toto období trvá 42 dnů. Dělíme je na časné (rané) trvající 7 dní po porodu a pozdní, které končí 42 dnem po porodu. Období šestinedělí je velmi náročné období v životě ženy. V ženském organismu dochází k mnoha změnám, které směřují k navrácení předporodního stavu organismu. Pokud probíhá šestinedělí bez komplikací, jedná se o šestinedělí pravidelné, v případě komplikací pak šestinedělí nepravidelné. Mezi nejčastější komplikace řadíme infekce, zvýšené krvácení, komplikované hojení episiotomie atd. Krvácení označujeme za nadměrné, jestliže ztráta přesahuje 500 ml. Podle příčiny, příznaků a léčby dělíme krvácení na časné a pozdní. Časné se projevuje do 24 hodin po porodu a pozdní do konce šestinedělí.

Následkem krvácení může dojít k anémii. Anémii definujeme jako onemocnění, při němž je v krvi snížena hladina červeného krevního barviva, hemoglobinu a červených krvinek pod fyziologickou mez pro daný věk a pohlaví (Procházka a Procházková, 2003). Anémie se může projevit už v těhotenství, kdy se může jednat i o fyziologický jev, který je zapříčiněn nárůstem objemu cirkulující plazmy.

Ošetrovatelská péče o ženu s anémií v šestinedělí má svá specifika. Tato specifika se odvíjejí především od fyzických problémů, které anémii provází. Jedná se zejména o únavu a slabost, točení hlavy, ztrátu rovnováhy, hučení v uších, mžitky před očima, ztížené dýchání a změny dalších fyziologických funkcí. Ošetrovatelská péče prováděná porodní asistentkou se zaměřuje na kontrolu celkového stavu šestinedělky např. krvácení a hodnoty fyziologických funkcí. Péče dále zahrnuje případnou pomoc při vstávání po porodu, při hygieně a vyprazdňování. Mezi ošetrovatelské intervence patří i plnění ordinací lékaře, mezi které jsou zahrnuty např. odběry krve, podávání léků a krevních derivátů. Významnou součástí ošetrovatelské péče by měla být edukace porodní asistentkou o výživě, vyprazdňování, dodržování zásad bezpečného pohybu, správné hygieny atd.

Toto téma bakalářské práce jsem si vybrala, protože pracuji jako porodní asistentka na gynekologicko-porodnickém oddělení a s touto problematikou se při své každodenní praxi setkávám.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Šestinedělí

Šestinedělí, puerperium, je období po ukončení těhotenství a porodu plodu a placenty, během kterého dochází ke dvěma skupinám změn. Jsou to jak změny involuční, během nichž se tělo šestinedělky dostává na funkčně a anatomicky předporodní úroveň, tak změny progresivní, při kterých dochází k rozvoji funkcí orgánů, jež byly mimo těhotenství v klidovém stavu. Jedná se především o nástup laktace a její průběh (Roztočil a kol., 2008).

Rané šestinedělí zahrnuje prvních sedm dní po porodu, zatímco pozdní šestinedělí je doba potřebná k involuci těhotenských změn pohlavních orgánů. Délka šestinedělí je 6 týdnů, což je 42 dní (Čech et al., 2006). Jestliže šestinedělí probíhá bez komplikací, hovoříme o šestinedělí pravidelném. O nepravidelném šestinedělí mluvíme v případě, kdy nastanou jakékoliv komplikace, jakými jsou např. infekce, zvýšené krvácení, špatné hojení poranění po porodu (Koudelková, 2013).

V těhotenství i při porodu dochází v organismu ženy ke změnám jak po fyzické, tak po psychické stránce. Tyto změny se během šestinedělí upravují do normálu. Vzhledem k jejich rozsáhlosti se však nikdy nevrátí do původního stavu jako před otěhotněním (Čech et al., 2006).

1.1.1 Involuční změny pohlavních orgánů

Jeden z orgánů, kde probíhají po porodu největší změny je děloha. V průběhu těhotenství je mnohonásobně zvětšena a váží až jeden kilogram. Na konci šestinedělí váží však už jen 80 gramů. Po vypuzení placenty dochází k hormonálním změnám, svraštění svalových vláken a zmenšení svalových buněk, jejichž počet se ale nemění. Retrahovaná děložní svalovina anemizuje kontrakcemi hladkého svalstva. V myometriu vzrůstá množství pojivové tkáně a elastinu. Přibližně během 14 dnů po porodu již děloha nepřesahuje malou pánev a do konce šestinedělí má normální velikost (Roztočil a kol., 2008). Po 6 týdnech je děloha jen o něco málo větší než před těhotenstvím (Čech et al., 2006).

V průběhu šestinedělí se mění především délka děložní štěrbiny, šířka je relativně stejná. Následkem zmenšeného obsahu dutiny děložní po vypuzení plodového vejce je v časném šestinedělí vyšší myometrální a intrauterinní tlak. Dochází k obnově děložní činnosti. Intenzita kontrakcí je vysoká a vnímána především u vícerodiček v prvních dnech po porodu jako porodní bolesti. Bolestivost se stupňuje při kojení vlivem vyplaveného oxytocinu z hypofýzy. Při správné involuci se děložní fundus snižuje od prvního poporodního dne od pupku přibližně o jeden prst za 24 hodin. Po týdnu fundus dosahuje 2-3 prsty nad horní okraj symfýzy a klesá do malé pánve. Průběh involuce dělohy může být komplikován či zpomalen protrahovaným porodem, u vícerodiček, po porodu dvojčat, polyhydramniem, přeplněným močovým měchýřem nebo plnými střevními kličkami (Čech et al., 2006).

Endometrium v děloze se během prvních dní diferencuje na dvě vrstvy. Povrchová vrstva odumírá, nekrotizuje a odchází z dělohy ve formě očištěk, lochií. Vnitřní vrstva endometria, která zůstává, se stává základem pro růst nového endometria, jež se během šestinedělí zcela obnoví (Roztočil a kol., 2008).

Z děložní dutiny odchází po porodu očišky, lochia, která obsahují krev, krevní sraženiny, tkáňový mok, nekrotické části deciduy, sekrety z děložního hrdla a pochvy. V prvních dnech po porodu jsou očišky červené, obsahující převážně krev, lochia rubra. Po 3-4 dnech ubývá krve, je více přítomen tkáňový sekret, jsou sangvinolentní, lochia fusca. Uzavírající se cévy způsobí, že očišky dostávají žlutavou barvu s převahou leukocytů, jsou seropurulentní, lochia flava. Po týdnu žlutá barva mizí, stejně tak erytrocyty a leukocyty, očišky jsou bělavé, lochia alba. Postupně se očišky mění v hlen, lochia mucosa. Lochia mají charakteristický nasládlý zápach a alkalickou reakci. Právě ta mění kyselé poševní prostředí a tím se očišky stávají dobrou živnou půdou pro bakterie (Čech et al., 2006).

V průběhu těhotenství dochází ke změnám i v cervixu. Dochází k nárůstu cervikální sliznice, v cervikálních žlázách pak dochází k hyperplazii. Po porodu se hlavně na povrchu děložního hrdla objevují menší poranění, lacerace a prokrvení tkání. Hojení a obnova cervikální tkáně začíná hned v prvních dnech po porodu a do konce prvního týdne je otok hrdla minimální a nekrvácí (Roztočil a kol., 2008).

Děložní hrdlo je po porodu ochablé, tenkostěnné. Postupně se uzavírá, na konci prvního týdne je prostupné pro prst. Vnitřní branka se uzavírá rychleji než zevní branka.

Na konci šestinedělí má hrdlo cylindrický tvar, zevní branka má tvar příčné štěrby. Kolposkopicky jsou na čípku patrné lacerace a reepitelizace trvá 6-12 týdnů (Roztočil a kol., 2008).

Dolní děložní segment se kontrahuje a retrahuje, na konci šestinedělí je formován do netěhotenského istmu. Po vaginálním porodu zůstává pochva méně pružná, má vyhlazené slizniční řasy, stěny poševní se snižují. Při prvním porodu dochází k porušení hymenu, carunculae hymenales se mění ve vroubkovité carunculae mirtyformes (Čech et al., 2006).

Změny na vejcovodech v těhotenství jsou také patrné, jsou charakterizovány úbytkem sliznice s řasinkovým epitelem a nárůstem tubární svaloviny. Po porodu se obnovuje řasinkový epitel. Po porodu vejcovody klesají z dutiny břišní zpět do malé pánve, svalové buňky se zmenšují a prosáknutí mizí. Vaječníky se také zmenšují a jsou uloženy v malé pánvi. Vše je ovlivněno hormonálními změnami (Roztočil a kol., 2008).

Po porodu se zmenšuje prokrvení zevních rodidel, mizí pigmentace, prosáknutí a eventuálně vzniklé varixy. Tonus svalů pánevního dna se obnovuje a svaly se vracejí do původní polohy. Elasticita břišní stěny a tonus přímých svalů se vrací, involuce trvá 6-7 týdnů. Poporodní poranění měkkých cest porodních se hojí dobře. Předpokladem hojení per primam u trhlín pochvy, vulvy a epiziotomie je správné ošetření a dostatečná hygiena ženy (Čech et al., 2006).

1.1.2 Změny extragenitálních orgánů

Po porodu je sliznice močového měchýře edematózní a překrvená. Měchýř je rozepjatý, nedokonale se vyprazdňuje a zbývá zde residuální moč. To může vést k infekci močových cest. Hypotonie a dilatace ureterů a ledvinných pánviček se po porodu vrací k normálu. Ledvinné funkce se navracejí do předporodního stavu do konce šestinedělí (Čech et al., 2006).

Vyprazdňování močového měchýře může být po porodu obtížné. K obnovení správné funkce močového měchýře a vyprazdňování pomáhá časně vstávání po porodu. To usnadní nástup funkcí orgánů v malé pánvi, močového měchýře a rekta. Eventuelně

je šestinedělce doporučeno rehabilitační cvičení na posílení močového měchýře, v případě potřeby lékař ordinuje i medikamentózní léčbu (Kobilková et al., 2005).

Dochází i ke kardiovaskulárním změnám. Po porodu klesá bránice, plíce se rozepínají, srdce zaujímá svou původní polohu a hemodynamické změny se vracejí k normálu během časného šestinedělí (Čech et al., 2006).

Během prvních dvou týdnů po porodu dochází k normalizaci střevní motility. Proto obstipace a nadýmání jsou v raném šestinedělí běžné. Snížený příjem tekutin za porodu, otoky, snížený břišní tonus a strach z bolesti vedou k oddalování první stolice. K normalizaci střevní motility dochází během prvních dvou týdnů po porodu (Roztočil a kol., 2008).

Po porodu je průměrný úbytek váhy 5 kg, v průběhu šestinedělí další 4 kg v důsledku ztráty vody a elektrolytů. Hladina glykémie se snižuje 2-3 den po porodu. Po porodu placenty dochází k výrazným změnám v endokrinním systému, které jsou způsobeny poklesem hladiny progesteronu, estrogenů a nárůstem hodnot prolaktinu. Hladina prolaktinu je závislá na frekvenci kojení. Snižováním prolaktinémie se aktivuje sekrece folikulostimulačního hormonu a luteinizačního hormonu. Do šesti týdnů po porodu dochází k normalizaci hodnot hormonů štítné žlázy a nadledvinek (Čech et al., 2006).

Objem krve, hodnoty erytrocytů a hematokritu závisí na krevní ztrátě během porodu, která je kompenzována aktivací kostní dřeně a vyplavením retikulocytů do krevního oběhu. Po porodu mírně stoupá počet leukocytů. Erytropoéza se obnovuje na konci šestinedělí. Po porodu rovněž stoupá počet trombocytů a jejich přilnavost. V rovnováze s koagulačními faktory je fibrinolytický systém, fibrinolytická aktivita po porodu vzrůstá. Zvýšené hodnoty fibrinogenu mohou po porodu přetrvávat týden i déle (Roztočil a kol., 2008).

V šestinedělí dochází ke kostním mineralizačním změnám v souvislosti s kojením a amenoreou. Nejvíce patrné změny jsou v oblasti krčku femuru. Demineralizace je dočasná, upravuje se do 18 měsíců. Rozestup přímých břišních svalů je způsoben zvýšeným napětím stěny břišní a nadměrným použitím břišního lisu při porodu (Kobilková et al., 2005).

Mléčná žláza se připravuje na laktaci v průběhu těhotenství. Po porodu je stimulem zahájení laktace pokles estrogenů a progesteronu. Intenzita tvorby mléka je

podmíněna kojením, tedy periferním drážděním bradavky sáním a tím zvýšeným výdejem oxytocinu a prolaktinu (Čech et al., 2006).

Již ve druhé polovině gravidity se v prsu tvoří kolostrum, jehož tvorba pokračuje ještě asi dva až čtyři dny po porodu. Funkci mléčné žlázy ovlivňuje kojenec svým sáním. Hypotalamus je nervovým drážděním informován a prostřednictvím oxytocinu zajišťuje kontrakci myoepiteliárních buněk mléčné žlázy (Kobilková et al., 2005).

1.2 Anémie v šestinedělí

Anémie, chudokrevnost, je onemocnění, při němž je v krvi snižená hladina červeného krevního barviva, hemoglobinu a červených krvinek, erytrocytů pod fyziologickou mez pro daný věk a pohlaví. To vede k omezení přenosu kyslíku, který je nezbytný pro všechny tkáně organismu (Procházka a Procházková, 2003).

Anémie se řadí mezi nejčastější onemocnění a údajně jí trpí až 30 % lidstva. Objevuje se jako základní onemocnění, anebo jako průvodní jev jiného onemocnění. Nejzávažnější jsou geneticky podmíněné choroby jako talasemie, srpkovitá anémie, sideropenická anémie nebo anémie u chronických onemocnění (Binder, Salaj a Vavřinková, 2004).

Ke krvácení při/po porodu může docházet z mnoha příčin. Mezi nejčastější předporodní krvácení patří předčasné odlučování lůžka, placenta praevia (vcestné lůžko). Příčinou krvácení v průběhu porodu může být ruptura dělohy, ruptura v oblasti děložního těla, v oblasti děložního istmu. Poporodní krvácení může být způsobeno retencí placenty, atonií děložní, placentou accreta, increta, percreta, krvácet může i poporodní poranění (Drábek, 2006). Krvácení může vést k alteraci celkového stavu rodičky spojeného s hemodynamickou nestabilitou, která může vyústit v hemoragický šok. Krvácení rodičky může rovněž zapříčinit syndrom mrtvého plodu, embolie plodovou vodou, akutní stenóza jater, preeklampsie, eklampsie, HELLP syndrom. Mezi nejzávažnější krvácení řadíme DIC (Binder, Salaj a Vavřinková, 2004). Tuto poruchu krevní srážlivosti řadíme mezi nejčastější příčiny úmrtí matek při porodu. Ke krvácení po porodu, v raném šestinedělí, může docházet i z jiných příčin. Mezi nejčastější patří residua post partum či infekce děložní dutiny. Závažnou komplikací v šestinedělí bývá koagulopatie (Macků a Čech, 2002).

Poporodní krvácení patří mezi hlavní příčinu mateřských úmrtí. Podle statistik WHO umírá na světě 600 000 žen ročně a z toho přibližně jedna čtvrtina v důsledku postpartální hemoragie (Křepelka, 2009). I v České republice stojí poporodní krvácení na prvním místě příčin mateřské úmrtnosti. Ke krvácení může dojít před, v průběhu i po porodu. Při spontánním porodu rodička ztratí během 24 hodin přibližně 500 ml krve, při porodu císařským řezem je tato průměrná ztráta kolem 1000 ml. Zdravá rodička je většinou schopna tolerovat ztrátu až do 1000 ml bez vážnějších komplikací a ohrožení celkového klinického stavu (Binder, 2013).

1.2.1 Příčiny anémie

V průběhu gravidity dochází v krvi těhotné ke změnám hemostázy. Dochází k vzestupu objemu cirkulující krve a modifikaci vzájemně mezi sebou působících faktorů hemostázy. Objem krve u těhotné mezi 32-34 týdnem je 3900 ml. Narůstá i objem masy červených krvinek a to přibližně o 250 ml. Koncentrace hemoglobinu, hematokritu a počet červených krvinek během gravidity klesá, což je způsobeno větším nárůstem cirkulující plazmy, než je nárůst počtu červených krvinek. Dochází i k fyziologické změně bílé řady, kdy celkový počet bílých krvinek vlivem těhotenství stoupá. Lymfocyty a monocyty zůstávají stále na stejné hodnotě. V těhotenství dochází také k mírnému poklesu trombocytů (Binder, Salaj a Vavřínková, 2004).

Fyziologické změny krevního obrazu a hemokoagulace jsou způsobeny adaptací organismu těhotné ženy na zvýšené metabolické nároky. Tyto změny slouží jako ochrana před potencionálním poškozením během těhotenství a při porodu (Bezdičková, 2007). Avšak některé změny v hemostáze, během gravidity, mohou vést k hematologickým problémům, jako jsou anémie, krvácení nebo tromboembolismus (Binder, Salaj a Vavřínková, 2004).

Klasifikace anémií vychází z patofyziologických nebo morfologických mechanismů. Obě hlediska se v klinické praxi používají společně. Morfologická klasifikace anémií vychází z hodnot objemu erytrocytů a množství hemoglobinu v 1 g erytrocytů. Mikrocytární hypochromní anémie je charakterizována nízkou hodnotou hemoglobinu. Mezi tyto anémie patří sideropénická anémie, talasemie

a anémie chronických chorob. Mezi normocytární normochromní anémie zahrnujeme dědičnou sférocystózu a akutní posthemoragickou anémií. Do skupiny makrocytárních anémií patří anémie z nedostatku vitamínu B₁₂, těhotenské megaloblastové anémie a anémie při hypothyreóze. Dle patofyziologické klasifikace rozlišujeme anémie z poruchy krve tvorby, anémie ze zvýšené destrukce erytrocytů a akutní posthemoragické anémie. Další příčinou anémie může být řada chorobných stavů vedoucích k sekundárním anémiím a anémiím chronických chorob (Procházka a Procházková, 2003).

1.2.2 Příznaky anémie

Mezi základní klinické příznaky anémie patří dušnost, zrychlené dýchání, únava, orgánové poruchy, bolesti hlavy a hučení v uších jako důsledek sníženého přísunu kyslíku. S hypovolemií a sníženým plasmatickým objemem souvisejí bledost a hypotenze, palpitace a tachykardie jako následek kardiovaskulární kompenzace. Příznaky chudokrevnosti závisí na rychlosti jejího vzniku. K příznakům se může přidat nechutenství, obtíže při polykání, hubnutí, zácpa nebo průjem, pálení jazyka a angulární stomatitis, známá jako popraskané ústní koutky. Vzniká-li anémie pomalu, nemocní se na ni postupně adaptují (Anémie, 2014).

Lidé s anémií trpí na opakované infekce a špatné hojení ran. Celkově bývá člověk s anémií podrážděnější nebo naopak propadá lhostejnosti až apatii. Při pokračující chudokrevnosti se stále snižuje tělesná výkonnost a mohou se přidat i známky srdečního selhávání. V extrémních případech může dojít až ke vzniku bezvědomí. K bizarnějším příznakům anémie patří piku a pagofagie. V prvním případě se jedná o nutkavé požívání hlíny, škrobu nebo papíru, ve druhém o polykání ledu. Oba tyto projevy jsou velmi typické pro chudokrevnost z nedostatku železa (Procházka a Procházková, 2003).

Sideropénická anémie, anémie z nedostatku železa, je nejčastější hematologickou komplikací v šestinedělí. Příčinou jsou zvýšené ztráty v podobě krvácení, nedostatečný přísun železa v potravě nebo zvýšená spotřeba železa v organismu při kojení. Diagnostikuje se stanovením zásob buněčného železa v krvi.

Negativní bilance se projeví v počátku onemocnění snížením feritinu jako prelatentní sideropénie. Koncentrace železa a hemoglobinu je ve fyziologických mezích. Při další progresi nemoci hladina železa klesá, hladina hemoglobinu je fyziologická, mluvíme o latentní sideropénii. Ve stadiu manifestní sideropénie se projeví i pokles hemoglobinu. Následky pro organismus jsou dalekosáhlé, zhoršení výkonnosti svalů, epiteliální změny a alterace funkcí trávicího traktu (Binder, 2012). WHO doporučuje u žen se sideropénií denní příjem 120-240 mg/den železa. Vhodné je podávání preparátů s postupným uvolňováním železa (Procházka a Procházková, 2003).

Anémie z nedostatku kyseliny listové vyvolává obraz megaloblastové anémie. Výskyt tohoto druhu anémie přímo souvisí s nutričním stavem ženy. Příjem folátů je ovlivněn skladbou potravy a jejím zpracováním. V šestinedělí je pak významným momentem laktace, která může vést k prohloubení deficitu folátů. Hladina kyseliny listové u kojících žen je oproti netěhotným ženám signifikantně nižší. K diagnostice napomáhá určení hladiny kyseliny listové v erytrocytech. Doporučená denní dávka kyseliny listové je 400-800 µg. Velmi vhodné jsou preparáty kombinující kyselinu listovou a železo (Binder, 2012).

1.2.3 Diagnostika anémie

K diagnostice anémie slouží anamnéza, klinické vyšetření lékařem a laboratorní vyšetření krve. V osobní anamnéze zjišťujeme stravovací návyky, přítomnost jiného interního onemocnění či užívání léků. Z gynekologické anamnézy zjišťujeme počet těhotenství a porodů, případných komplikací, intenzitu a charakter menstruace.

Ke klinickému vyšetření patří měření fyziologických funkcí, jako je krevní tlak a puls, tělesná teplota, kontrola očních spojivek a sliznice úst. Poslech srdce a plic, prohmatání břicha k vyšetření velikosti jater a sleziny. Následuje odběr krve na vyšetření krevního obrazu. Výsledek určí počet červených krvinek, jejich nezralých forem, hladinu krevního barviva hemoglobinu, objem červené krvinky a koncentraci hemoglobinu v ní obsaženém. Dalším vyšetřením krve stanovujeme hladinu železa v plazmě a vazebnou kapacitu transferinu, což je transportní forma železa a její vazebná kapacita určuje, kolik železa se může vstřebat. Ve většině případů toto vyšetření krve stačí k určení diagnózy

a její úspěšné léčbě (Anémie, 2014).

1.2.4 Terapie anémie

Léčba anémie závisí na její příčině. U anémie z nedostatku železa se podávají preparáty s obsahem tohoto prvku. Důležité je užívat železo nalačno, to znamená půl až celou hodinu před jídlem, nebo dvě hodiny po jídle. Není vhodné lék zapíjet mlékem. Je-li léčba železem úspěšná, měly by se sledované hodnoty normalizovat asi po 6-8 týdnech užívání. Celková doba léčby by měla trvat 3-4 měsíce pro doplnění zásob. Poté se provádí kontrolní odběr krevního obrazu. Při anémii z nedostatku vitamínu B12 či kyseliny listové se podává vitamín B12. Někdy je vhodná kombinace s železem. Závažná chudokrevnost způsobená krvácením se řeší krevními převody. Některé vzácnější typy anémií se léčí na specializovaných odděleních hematologie (Anémie, 2014).

Podáním transfuze je snaha o zvýšení koncentrace hemoglobinu a tím zvýšení oxygenační kapacity krve (Střítecký, 2009). Mezi podávané transfuzní přípravky řadíme: erytrocyty, plazmu, K – plazmu (klinické použití), erytrocyty z plné krve, trombocyty (Mikšová, Froňková a Zajíčková, 2006). Veškeré tyto transfuzní přípravky se musí uchovávat a přepravovat podle platných předpisů a doporučení. Porodní asistentka musí při podávání krevních derivátů dodržovat důležité zásady. Kontroluje identifikační údaje a krevní skupinu, šestinedělce měří fyziologické funkce před podáním, během a po podávání transfúze. Kontroluje označení krevní konzervy (název výrobku, identifikační číslo, krevní skupina a Rh faktor, množství transfúzního přípravku a datum expirace). Před podáním musí mít transfúzní přípravek teplotu místnosti, ve které bude podáván. Musí být podán šestinedělce nejpozději do 120 min po přinesení z transfúzní stanice a nesmí se skladovat v ledničce na oddělení. Po vykapání přípravku se vak i transfúzní set uchovává v ledničce pro biologický materiál po dobu 24 hod z důvodů možných potransfúzních reakcí na podanou krev. Porodní asistentka zaznamenává průběhu transfúze a hodnot fyziologických funkcí do dokumentace šestinedělky. Asistuje lékaři při křížové zkoušce a biologickém testu. Před transfúzí porodní asistentka informuje šestinedělku o nutnosti vyprázdnění

a zaujmutí vhodné polohy. Dále zkontroluje signalizační zařízení. V průběhu transfúze se stará o potřeby šestinedělky. Asistuje lékaři při podání transfúze a sleduje případné potransfúzní reakce: pyretická, oběhová, hemolytická, bakteriální, alergická a virová (Krišková, 2006).

Důležité je včas zajistit hemokoagulační vyšetření. Důležitou roli hraje i kvalita odběru. Podle výsledků vyšetření a závažnosti krvácení, následné anémie lékař zvolí postup terapie (Stříteský, 2009).

1.3 Potřeby a ošetrovatelský proces u ženy s anémií

v šestinedělí

Ošetrovatelská péče o člověka se opírá o ošetrovatelský proces. „Ošetrovatelský proces můžeme chápat ze dvou hledisek: jako myšlenkový postup sestry, spojený s určitým pojetím ošetrovatelství nebo jako způsob a organizaci práce při ošetrování nemocných lidí“ (Mellanová a kol., 2014, s. 64). Je to vlastně způsob péče, jakým sestra péči vykonává. Péče nesmí být intuitivní, ale je založena na upokojujání potřeb a řešení problémů. Celá tato péče musí být uvážená a organizovaná, důraz je kladen zejména na podporu a udržení zdraví. Ošetrovatelský proces je sérií plánovaných činností, které jsou zaměřeny k dosažení určitého výsledku. Je to metoda, při které je cílem změna zdravotního stavu pacienta a to tím, že ošetrovatelská péče je systematická a racionální a dochází v ní k propojení činností, které buď provádíme při ošetrovatelské péči sami, anebo i za aktivní spolupráce pacienta. Je to pětifázový proces. Jednotlivé fáze mají následující označení: Zhodnocení/posuzování, diagnostika, plánování, realizace, vyhodnocení (Tóthová a kol., 2014).

Zhodnocení/posuzování je první fází ošetrovatelského procesu. Jedná se o sběr dat, využívání metod k získávání informací, shromažďování objektivních a subjektivních údajů a k jejich uspořádání. Je to první krok k zhodnocení stavu pacienta. Porodní asistentka takto získá potřebné informace o pacientce, které využije k efektivní a plánované péči. Sesbírané údaje by měly být úplné a správné. Vždy se musí brát zřetel na možnost nepřesností v informacích. Sběr dat má být systematický a nepřetržitý, protože jedině tak jsou informace o pacientce stále aktuální, neboť její stav se může měnit. Všechny údaje jsou zaznamenávány do ošetrovatelské

dokumentace. V této fázi ošetrovatelského procesu je nejdůležitější neustálá aktivní spolupráce porodní asistentky s pacientkou. Sběr dat se provádí pozorováním a rozhovorem (Tóthová a kol., 2014).

Pro získání anamnézy používáme NANDA taxonomii II, která zahrnuje třináct specifických oblastí chování a projevů člověka: Podpora zdraví, Výživa, Vylučování a výměna, Aktivita/odpočinek, Vnímání, Vnímání sama sebe, Vztahy, Sexualita, Zvládání zátěže, Životní principy, Bezpečnost/ochrana, Komfort, Růst/vývoj (Herdman, 2013).

Diagnostika je druhou fází ošetrovatelského procesu, která následuje po ukončení zhodnocení zdravotního stavu pacientky. V této fázi má porodní asistentka za cíl určit zdravotní problémy pacientky a určit diagnózu. Porodní asistentka využívá analýzy, komunikace, rozlišuje podněty nebo data, která jsou důležitá, a hledá informace ke stanovení správné diagnózy. Je důležité, aby porodní asistentka i logicky uvažovala a předvíдалa možná rizika, která mohou nastat (Tóthová a kol., 2014).

Třetí fází ošetrovatelského procesu je plánování. Je to důležitá část celého procesu, protože zde si porodní asistentka vytyčí cíle, které jsou zaměřeny na pacientku. Porodní asistentka si naplánuje ošetrovatelskou strategii a postup, aby dosáhla stanovených cílů. Je nutné, aby si vytyčila priority, pořadí ošetrovatelských aktivit a řešení problémů pacientky. Na prvním místě jsou vždy problémy ohrožující život pacientky (Tóthová a kol., 2014).

Realizace, jako čtvrtá fáze ošetrovatelského procesu je prostorem, kde dochází k realizaci stanovených ošetrovatelských strategií v ošetrovatelském plánu. Dochází zde k opětovnému posouzení pacientky, k eventuální úpravě plánu péče a jeho organizaci, dále k přípravě jak prostředí, tak i pacientky, eventuálně rodiny, a k předvídání a předcházení komplikacím. Všechny ošetrovatelské zásahy se musí zdokumentovat, dokumentace o pacientce musí být vždy aktuální, úplná a přesná. Tím je chráněna jak pacientka, tak i porodní asistentka. Každá pacientka musí mít takovou péči, která odpovídá jejímu tělesnému i duševnímu stavu. To nejvíce pomáhá k dosažení očekávaných výsledků (Trachtová et al., 2013).

Vyhodnocení, pátá fáze ošetrovatelského procesu je vlastní hodnocení prováděné péče o pacientku. Zjišťujeme, zda a do jaké míry byly splněny cíle pacientky. Hodnocení se rozlišuje podle toho, kdy se provádí, tj. na termínované, průběžné

a závěrečné (Tóthová a kol., 2014).

Celý ošetrovatelský proces je zaměřený na uspokojování potřeb pacientů. Potřeba se dá označit jako něco, co je potřebné, užitečné, důležité pro život a k normálnímu fungování člověka, jednotlivce jako celku. Potřeba je základní formou motivace, která podněcuje a usměrňuje chování a činnosti člověka k dosažení cíle nebo uspokojení potřeby. Potřeby můžeme rozdělit na biologické, psychické, sociální a duchovní (Tomagová, Boriková a kol., 2008).

Americký psycholog Abraham H. Maslow (1908 – 1970) se touto problematikou zabýval a vytvořil teorii motivace, ze které vychází jeho hierarchická teorie potřeb. Maslow hierarchicky rozdělil systém do pěti skupin: fyziologické potřeby, potřeba jistoty a bezpečí, potřeba lásky a sounáležitosti, potřeba uznání, ocenění, sebeúcty, potřeba seberealizace, sebeaktualizace (Trachtová et al., 2013).

Fyziologické potřeby vyjadřují potřeby organismu, jež slouží k přežití. Člověk, jedinec, většinou dělá vše proto, aby uspokojil tyto potřeby, dříve než se stanou aktuálními. Patří sem uspokojování výživy, pohybu, spánku apod. Jestliže se stanou tyto potřeby aktuální, stávají se dominantními a tím ovlivňují celkové chování i jednání člověka (Tomagová, Boriková a kol., 2008).

Potřeba jistoty a bezpečí je potřeba, kdy se člověk chce vyvarovat nebezpečí a ohrožení. Je to vyjádření touhy po důvěře, spolehlivosti, žití bez strachu a úzkosti, stabilitě, apod. Když chybí v životě pořádek a řád, potřeba jistoty a bezpečí se dostává na první místo uspokojování potřeb (Trachtová et al., 2013).

Potřeba lásky a sounáležitosti je potřeba milovat a být milován, potřeba někam patřit. V situacích osamocení nebo opuštění se stává důležitou a vystupuje do popředí (Tomagová, Boriková a kol., 2008).

Potřeba uznání, ocenění, sebeúcty, přání výkonu, kompetence, důvěry z okolí a nezávislost, ale i touha po respektu druhých lidí, postavení a prestiže v sociální skupině jsou v životě velmi důležité. Při porušení těchto potřeb se projevuje jako snaha získat zpět ztracené sociální hodnoty (Trachtová et al., 2013).

Potřeba seberealizace, sebeaktualizace je potřebou realizovat své vlastní schopnosti, záměry a přesvědčení, že danou činnost dělám dobře. K těmto potřebám Maslow přiřadil i tzv. metapotřeby, potřeby růstu. Jsou to potřeby poznání, porozumění, jednoty, rovnováhy a harmonie, hravosti, autonomie, smysluplnosti apod. Tyto potřeby

nejsou tak naléhavé jako základní potřeby, ale jejich uspokojování posiluje člověka, pomáhají mu k radosti a štěstí. Jsou to možnosti, které člověku pomáhají k sebezdokonalování a uspokojují tak touhu přesáhnout sama sebe, hledání smyslu života (Trachtová et al., 2013).

V pojmenování a naplnění potřeb nemocného může existovat řada překážek. Proto musí ošetřovatelský personál při jejich zjišťování postupovat podle určitých pravidel. Při rozhovoru musí dodržovat obecné zásady (srozumitelnost, respekt k osobnosti, zdravotnímu stavu, ohled na vzdělání), musí umět naslouchat, respektovat autonomii jedince atd. (Šamánková a kol., 2011).

1.3.1 Potřeba výživy u ženy s anémií v šestinedělí

Výživa patří mezi biologické potřeby člověka, je důležitým předpokladem k udržování biologické homeostázy organismu, k zachování života. Příjmem potravy a pravidelným denním režimem člověk uspokojuje tuto potřebu dřív, než se stane aktuální. Přijímání potravy navozuje pocit spokojenosti. Emocionální stav člověka ovlivňuje příjem potravy. Výživu však přímo úměrně ovlivňují i sociálně-kulturní faktory, jako je etnická příslušnost, náboženství, životní styl nebo ekonomická situace (Trachtová et al., 2013).

Problémy ve výživě u ženy v šestinedělí s anémií souvisí především s nedostatečným příjmem železa, vitamínu B12 a kyseliny listové (Jeklová a Trojanová, 2004).

Porodní asistentka zhodnotí u šestinedělky stav výživy, stravovací návyky, vědomosti o nutričních potřebách a postoje k alternativním formám výživy např. vegetariánství (Gurková, Žiaková a Čáp, 2009). Na základě ordinace lékaře provede odběry krve, vyšetření krevního obrazu, eventuálně biochemické vyšetření hladiny železa a vitamínu B12 (Šafránková a Nejedlá, 2006b). Porodní asistentka dále zhodnotí známky dehydratace jako jsou suchá kůže, suché sliznice, snížený kožní tonus a celkový denní příjem tekutin (Mikšová, Froňková a Zajíčková, 2006b).

Pokud nemá žena jiná zdravotní omezení, podává porodní asistentka dle ordinace lékaře dietu základní (racionální) č. 3 (Mikšová, Froňková a Zajíčková, 2006a). Dieta by měla být obohacena o potraviny s vysokým obsahem železa (hovězí a jehněčí maso, ústřice, mušle, vejce, luštěniny, špenát, sušené ovoce, pšeničné otruby, mořské řasy, pivovarské kvasnice, melasa), vitamínu C ke zlepšení absorpce železa (ovoce, zelenina), vitamínu B₁₂ a kyseliny listové pro podporu krvetvorby (listová zelenina). Není-li možné zajistit dostatečný příjem výše uvedených vitamínů a minerálů ve stravě, podává porodní asistentka na základě ordinace lékaře železo, nejčastěji perorálně. Šestinedělku upozorní na vedlejší účinek podávaného léku, na možnost zácpy a na to, že není vhodné tento lék zapíjet mlékem (Jeklová a Trojanová, 2004). Vitamín B₁₂ podává intramuskulárně a kyselinu listovou ve formě dražé Acidum folicum (Šafránková a Nejedlá, 2006b).

Při riziku dehydratace porodní asistentka zajistí dostatečný pitný režim. Znamenává příjem tekutin včetně intravenózně podaných infúzí, léků a transfúzí. Sleduje výdej tekutin, eventuálně zvracení (Tomagová, Boriková a kol., 2008).

1.3.2 Potřeba dýchání u ženy s anémií

Dýchání je základní biologickou potřebou. Uspokojování potřeby kyslíku si neuvědomujeme, dýcháme automaticky. Jestliže není potřeba uspokojena, je šestinedělka ohrožena na životě. Dochází k výrazné odezvě jak fyzické, tak i psychické projevující úzkostí či strachem. (Trachtová et al., 2013) Anémie, její symptomy a důsledky mohou vážně ovlivnit potřebu dýchání ženy v šestinedělí (Tomagová, Boriková a kol., 2008).

Porodní asistentka zmapuje osobní anamnézu šestinedělky. Zaměří se na respirační onemocnění, kardiovaskulární potíže, anémie před těhotenstvím, ischemickou chorobu srdeční, a životní styl šestinedělky, zejména nikotinismus (Trachtová et al., 2013). Porodní asistentka hodnotí frekvenci, hloubku, rytmus dýchání a polohu, jež šestinedělka zaujímá při dýchání (Tomagová, Boriková a kol., 2008). Sleduje celkový stav šestinedělky, zaměří se na počet dechů za minutu a charakter dýchání při námaze (Mikšová, Froňková a Zajíčková, 2006a). Dech šestinedělky by měl být pravidelný -

normální počet dechů u dospělého člověka je 15 – 20 dechů za minutu. Porodní asistentka kontroluje případné změny polohy u šestinedělky, které volí k lepšímu dýchání (Šafránková a Nejedlá, 2006a). Dále sleduje barvu sliznic, nehtových lůžek, barvu rtů a při změnách informuje lékaře a plní jeho další ordinace. Také zajistí dostatečnou hydrataci, eventuálně zvlhčený vzduch v pokoji, dle ordinace lékaře lze i podávat kyslík (Mikšová, Froňková a Zajíčková, 2006a).

Na základě zjištěných parametrů porodní asistentka informuje lékaře, který rozhodne o dalším postupu léčby (Mikšová, Froňková a Zajíčková, 2006a).

1.3.3 Potřeba pohybu u ženy s anémií v šestinedělí

Pohyb je pro člověka celkově důležitý, zlepšuje zdravotní stav, chrání před nemocemi a zvyšuje výkonnost orgánů. U ženy s anémií v šestinedělí je důležitý hlavně při péči o novorozence, při sebeké. Pohyb uvolňuje duševní napětí, zlepšuje spánek a pohybovému aparátu napomáhá zpevnit se a vrátit se do normálu jako před těhotenstvím. Brání obezitě, vzniku úzkostných stavů a neuróz. Napomáhá k lepšímu prokrvení kůže, lepší pohyblivosti kloubů a ke zlepšení plicní ventilace. Pohybem se také dají navodit pozitivní emoce. Pohyb pro šestinedělku je navíc i prostředkem relaxace (Trachtová et al., 2013).

Je to vlastně biologická potřeba všech lidí, nejen žen po porodu. Schopnost se pohybovat je základním atributem života, je to základ nezávislosti. Ovlivňuje sebekoncepci a sebeúctu člověka, šestinedělky (Trachtová et al., 2013).

Pohyb ženy může být ovlivněn mnoha faktory, jakými jsou fyzické nebo psychické faktory. Porodní asistentka se u šestinedělky s anémií zaměří na anamnestické údaje a provede sesterské fyzikální vyšetření (Tomagová, Boriková a kol., 2008). Zhodnotí schopnost samostatného pohybu šestinedělky (Mikšová, Froňková a Zajíčková, 2006a).

Porodní asistentka poučí šestinedělku o pomoci při vstávání a signalizačním zařízením, vysvětlí možnost vzniku rizika pádu. Doprovází ženu do sprchy, poučí o hygieně, event. ženě pomůže. Kontroluje fyziologické funkce, zajistí dostatek tekutin a možnost odpočinku (Koudelková, 2013).

1.3.4 Potřeba hygieny u ženy s anémií v šestinedělí

Další biologickou potřebou je hygiena. Je to soubor pravidel důležitých k podpoře a ochraně zdraví. Hygiena je aktivitou k udržování osobní čistoty, napovídá o duševním světě člověka, náladě a o jeho psychických vlastnostech, spokojenosti. Je to péče o sebe sama, která je ovlivněna jak kulturními, tak sociálními a rodinnými faktory. Potřeba hygieny se vytváří postupně, už od nejútlejšího věku by si měl člověk osvojit hygienické návyky. Hygiena ovlivňuje i psychiku člověka, navozuje pozitivní emoce. V sociální rovině vytváří příjemné prostředí a stává se předpokladem pozitivních mezilidských vztahů (Trachtová et al., 2013).

Problémy s hygienou u ženy v šestinedělí s anémií mohou být způsobeny špatnou informovaností, sníženou pohyblivostí a vyčerpáním ženy po porodu, velkou krevní ztrátou (Koudelková, 2013). Porodní asistentka zhodnotí celkový stav ženy po porodu, schopnost udržovat osobní hygienu, její návyky při koupání a hygieně (Gurková, Žiaková a Čáp, 2009).

Porodní asistentka zajistí k lůžku signalizační zařízení, zajistí pomůcky k hygieně, připraví čisté osobní a ložní prádlo, pomáhá ženě s hygienou, jak u lůžka, tak i ve sprše. Snaží se o navození pocitu čistoty a pohody. Asistentka respektuje individuální zvyklosti ženy při hygieně, využívá její aktivní spolupráce (Mikšová, Froňková a Zajíčková, 2006a).

1.3.5 Potřeba spánku a odpočinku u ženy s anémií v šestinedělí

Spánek a odpočinek je důležitý pro zachování a udržení tělesného i duševního zdraví. Spánek je obranným mechanismem proti vyčerpání organismu. Má ochranný a regenerační význam. Podle Maslowa řadíme spánek mezi základní lidské potřeby. Odpočinek je celkově klid, relaxace, uvolnění stresu, napětí a úzkosti. Nemusí se odehrávat jen v klidu, nečinností, mezi odpočinek se dá zařadit procházka, četba, hudba či rekreační sport (Trachtová et al., 2013).

Spánek nebo odpočinek u šestinedělky s anémií může narušit mnoho faktorů. Mohou to být choroby v osobní anamnéze, emocionální stavy, které působí jak pozitivně, tak i negativně. Dále se na tom mohou podílet sociální faktory, jako je změna prostředí a změna zdravotního stavu, péče o dítě. I duchovní faktory mohou ženu

v šestinedělí velice ovlivňovat. Šestinedělka je v jiném prostředí, které také ovlivňuje její schopnost spánku nebo odpočinku (Tomagová, Boriková a kol., 2008). Porodní asistentka tedy musí zhodnotit u šestinedělky s anémií různé faktory, které ovlivňují její schopnost odpočinku a spánku. Také musí přihlídnout k věku šestinedělky, její osobní anamnéze, k prostředí ve kterém šestinedělka žije a k její duševní pohodě – zda netrpí úzkostí, strachem a dalšími negativními pocity, které by mohly ovlivnit kvalitu odpočinku a spánku (Mikšová, Froňková a Zajíčková, 2006a).

Porodní asistentka ženě v šestinedělí s anémií podá informace o chodu oddělení šestinedělí, pomůže šestinedělce zabezpečit podle možností soukromí a pohodlí.

Ve spolupráci s neonatologickým oddělením zajistí péči o novorozence. Dále pomůže s hygienou před spaním, upraví polohu na spaní, vyvětrá místnost, udělá přítmí (Tomagová, Boriková a kol., 2008).

1.3.6 Potřeba vyprazdňování u ženy s anémií v šestinedělí

Potřeba vyprazdňování je biologickou potřebou a podobně jako další potřeby je spojena s potřebami psychosociálními. Vyprazdňování zasahuje do intimní sféry pacientky, proto někdy o problémech s vyprazdňováním nechce mluvit. Dostatečné vyprázdnění navozuje pocit spokojenosti a naopak neuspokojení potřeby může vyvolat úzkost, strach či nervozitu. Může být doprovázeno i somatickými potížemi jako je nadýmání či bolest (Trachtová et al., 2013).

Problémy s vyprazdňováním u ženy v šestinedělí s anémií mohou být způsobeny porodem, poraněním při porodu, nedostatečnou aktivitou, ztrátou soukromí na ošetrovatelské jednotce šestinedělí, nedostatečným příjmem tekutin a příjmem potravin, podáváním léků (Tomagová, Boriková a kol., 2008). Porodní asistentka rozhovorem zjistí defekační návyky šestinedělky, potíže s nadýmáním, zácpou, pálením, řezáním při močení či inkontinencí. Kontroluje pravidelnost a dostatečnost močení, stolice, odchod plynů (Mikšová, Froňková a Zajíčková, 2006a).

Porodní asistentka šestinedělce zabezpečí soukromí a dostatečný čas na vyprázdnění. Při špatné pohyblivosti ženu doprovodí na toaletu nebo nabídne podložní mísu (Gurková, Žiaková a Čáp, 2009).

Porodní asistentka využívá různé stimuly na podporu močení (např. nechá téct vodu). Snaží se, aby šestinedělka byla uvolněná, bez nepříjemných fyzických a emočních pocitů. Při podezření na retenci moče po vymočení šestinedělku vycévkuje, odečte množství reziduální moče, informuje lékaře a podle jeho ordinace dále pokračuje ve sledování nebo podá léky (Mikšová, Froňková a Zajíčková, 2006a).

Také poučí ženu o nutnosti pravidelného vyprazdňování a odchodu plynů. Na základě ordinace lékaře porodní asistentka podává léky proti nadýmání, čípky pro snadnější odchod stolice (Gurková, Žiaková a Čáp, 2008).

1.3.7 Potřeba jistoty a bezpečí u ženy s anémií v šestinedělí

Hospitalizace nebo nemoc člověka je obvykle doprovázena nejistotou, pocitem strachu, úzkostí, stresem. Naopak jistota a bezpečí je potřebou vyvarovat se všem nežádoucím faktorům, které vyvolávají ohrožení a nebezpečí (Trachtová et al., 2013).

Šestinedělku s anémií ovlivňuje mnoho faktorů a to jak fyzických, tak i psychických. Patří sem věk, přidružené choroby, samotná anémie, obavy o sebe sama a samozřejmě o dítě. Toto vše ovlivňuje psychiku šestinedělky. Zvládání této zátěže je individuální, závisí i na trvání změn v oblasti zdraví a délky léčení či hospitalizace (Tomagová, Boriková a kol., 2008).

Porodní asistentka zhodnotí u šestinedělky vliv pobytu v nemocnici na psychiku ženy, případně vliv nové lékařské diagnózy anémie. K tomu použije rozhovor, kdy žena vedena otázkami porodní asistentky sama popíše potíže, neuspokojené potřeby jistoty a bezpečí. Další metodu, kterou porodní asistentka využívá, je pozorování. V tomto případě sleduje asistentka chování, případné změny nálad šestinedělky (Trachtová et al., 2013).

Porodní asistentka v klidném prostředí, v soukromí, vyslechne obavy šestinedělky, zodpoví případné otázky, zajistí informování ženy lékařem o lékařské diagnóze, podporuje sebevědomí šestinedělky, nabídne možnost pomoci, kterou žena aktivně může využít a zajistí signalizační zařízení. Porodní asistentka podle naléhavosti rozdělí problémy šestinedělky na části a navrhne postupné řešení a aktivně do řešení zapojí šestinedělku (Tomagová, Boriková a kol., 2008).

2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíl práce

Zjistit neuspokojené potřeby žen v raném šestinedělí s anémií po porodu.

2.2 Výzkumné otázky

Které potřeby jsou neuspokojené z pohledu žen (šestinedělek) s anémií po porodu?

Které potřeby jsou prioritní z pohledu žen (šestinedělek) s anémií po porodu?

3 METODIKA

3.1 Použitá metodika

Pro získání dat bylo využito kvalitativní výzkumné šetření. Tato metoda je specifická tím, že pracuje s malým souborem respondentů. Pro sběr dat byla využita metoda dotazování a technika hloubkového rozhovoru s respondentkami při hospitalizaci na ošetrovací jednotce šestinedělí.

Rozhovor pro klientky se skládal ze 17 otázek. Rozhovor byl prováděn třetí den po porodu na oddělení šestinedělí. Rozhovor probíhal podle předem připravených otázek (Příloha 2). Otázky se týkaly hlavně zdravotního stavu respondentek po porodu, jejich samostatnosti po porodu, pomoci porodních asistentek po porodu a informovanosti respondentek s diagnózou anemie. Vzhledem k ochotě a spolupráci respondentek jsme výzkum v některých otázkách mohli rozšířit i na konec šestinedělí. Rozhovor na konci šestinedělí probíhal telefonicky a byl zaměřen na léčbu anemie a samostatnost respondentek jak v péči o sebe, tak o dítě.

Získané informace od klientek byly zaznamenávány písemnou formou. Údaje byly podrobeny analýze metodou papír a tužka. Byly zpracovány technikou otevřeného kódování (Švaříček, Šed'ová a kol., 2007).

Další metodou sběru dat byla analýza zdravotnické dokumentace se zaměřením na zjištění hodnot krevního obrazu a identifikačních údajů (Příloha 1).

Výzkumné šetření probíhalo od prosince 2014 do dubna roku 2015.

3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

Výzkumný soubor tvořilo 6 žen po spontánním porodu s různým stupněm anémie na šestinedělí v Nemocnici České Budějovice a.s.. Výběr byl záměrný podle stanovených kritérií: stav po porodu a anémie v anamnéze jak v průběhu těhotenství a po porodu, tak vzniklá až po spontánním porodu.

4 VÝSLEDKY

4.1 Identifikační údaje respondentek a hodnoty krevního obrazu

Tabulka 1 Identifikační údaje

	Věk	Gravidita /parita	Prenatální péče	Způsob porodu	Nepravidelnosti porodu	Krevní ztráta	Začátek anemie v anamnéze
R1	34	11/7	nulová	spont. porod	krvácení v I.DP	400 ml	při příjmu k porodu
R2	24	1/1	od 12. tý	indukce porodu	retence kotydelonu, RCUI	600 ml	po porodu
R3	40	3/2	od 14. tý	spont. porod	bez komplikací	150 ml	32. týden gravidity
R4	29	2/2	od 10. tý	operativní porod	forceps Breus	400 ml	32. týden gravidity
R5	26	3/1	od 8. tý	operativní porod	RPT III	600 ml	po porodu
R6	25	1/1	od 8. tý	spont. porod	krvácení ve III. a IV. DP	1400 ml	po porodu

R1 je ve věku 34 let, po jedenácté těhotná, rodící po sedmé. Prenatální péče v této graviditě byla nulová, porod proběhl spontánně, krvácela v první době porodní. Krevní ztráta po porodu byla 400 ml (odhadem), anémie diagnostikována při přijetí k porodu.

R2 je ve věku 24 let, po prvé těhotná i rodící. Prenatální péči má od dvanáctého týdne gravidity, porod byl indukovaný, ve třetí době porodní retence kotydelonu, provedena revize dutiny děložní. Krevní ztráta po porodu byla 600 ml (odhadem), anemie diagnostikována po porodu.

R3 je ve věku 40 let, po třetí těhotná, rodící po druhé. Prenatální péče probíhala od 14.týdne gravidity, porod proběhl spontánně, bez komplikací. Krevní ztráta při porodu byla 150 ml (odhadem), anemie byla u respondentky diagnostikována ve 32.týdnu gravidity.

R4 je ve věku 29 let, po druhé těhotná i rodící. Prenatální péče probíhala od 10.týdne těhotenství, porod byl operativní, forceps Breus. Krevní ztráta 400 ml (odhadem), anemie byla diagnostikována ve 32.týdnu gravidity.

R5 je ve věku 26 let, po třetí těhotná, po prvé rodící. Prenatální péče byla od 8.týdne gravidity, porod byl operativní, RPT III. Krevní ztráta byla 600 ml (odhadem), anemie byla diagnostikována po porodu.

R6 je ve věku 25 let, po prvé těhotná i rodící. Prenatální péče probíhala od 8.týdne gravidity. Porod byl spontánní, krvácení ve III. a IV. době porodní. Krevní ztráta byla 1400 ml (odhadem)

Tabulka 2 Hodnoty krevního obrazu před porodem

	Leuko ($10^9/l$)	Ery ($10^{12}/l$)	Hbg (g/l)	Hct (l/l)	Trombo ($10^9/l$)
R1	19,0	3,93	71	0,250	192
R2	14,0	3,86	117	0,360	315
R3	11,9	3,07	97	0,271	267
R4	6,8	3,13	98	0,30	256
R5	10,2	3,03	94	0,313	266
R6	10,2	3,23	94	0,363	256

Tabulka 2 udává hodnoty krevního obrazu respondentek před porodem. Hodnoty leukocytů se pohybovaly 6,8-19 x $10^9/l$, erytrocyty jsou v hodnotách mezi 3,03-3,93 x $10^{12}/l$. Hodnoty hemoglobinu se pohybovaly mezi hodnotami 71-117 g/l, hodnoty hematokritu jsou od 0,250-0,363 l/l. Trombocyty měly hodnoty mezi 192-315 x $10^9/l$.

Tabulka 3 Hodnoty krevního obrazu 1.–2. den po porodu

	Leuko ($10^9/l$)	Ery ($10^{12}/l$)	Hgb (g/l)	Hct (l/l)	Trombo ($10^9/l$)
R1	8,5	2,69	51	0,170	222
R2	18,9	2,54	74	0,258	209
R3	14,0	3,04	95	0,280	249
R4	12,8	2,78	81	0,253	219
R5	14,8	3,05	95	0,280	239
R6	14,8	2,05	54	0,190	209

Tabulka 3 udává hodnoty krevního obrazu respondentek po porodu. Hodnoty leukocytů se pohybovaly od 8,5-18,9 x $10^9/l$, erytrocyty měly hodnoty mezi hodnotami 2,05-3,05 x $10^{12}/l$. Hodnoty hemoglobinu se pohybovaly od 51-95 g/l, hodnoty hematokritu byly od 0,170-0,280 l/l, hodnoty trombocytů byly mezi 209-249 x $10^9/l$.

Tabulka 4 Hodnoty krevního obrazu při propuštění, 4.-5.den po porodu

	Leuko ($10^9/l$)	Ery ($10^{12}/l$)	Hgb (g/l)	Hct (l/l)	Trombo ($10^9/l$)
R1	9,7	4,01	91	0,290	237
R2	12,6	3,5	87	0,283	284
R3	neodebráno	neodebráno	neodebráno	neodebráno	Neodebráno
R4	10,3	3,07	91	0,293	223
R5	neodebráno	neodebráno	neodebráno	neodebráno	Neodebráno
R6	11,3	3,58	91	0,290	231

Tabulka 4 udává hodnoty krevního obrazu respondentek při propuštění. Hodnoty leukocytů se pohybovaly mezi hodnotami 9,7-12,6 x $10^9/l$, hodnoty erytrocytů byly mezi 3,07-4,1 x $10^{12}/l$. Hemoglobin měl hodnoty mezi 87-91 g/l, hodnoty hematokritu pohybovaly v hodnotách mezi 0,283-0,293 l/l, trombocytů byly mezi 223-284 x $10^9/l$.

U R3 a R5 kontrolní krevní obraz při propuštění již nebyl odebrán.

4.2 Kategorizace výsledků rozhovorů

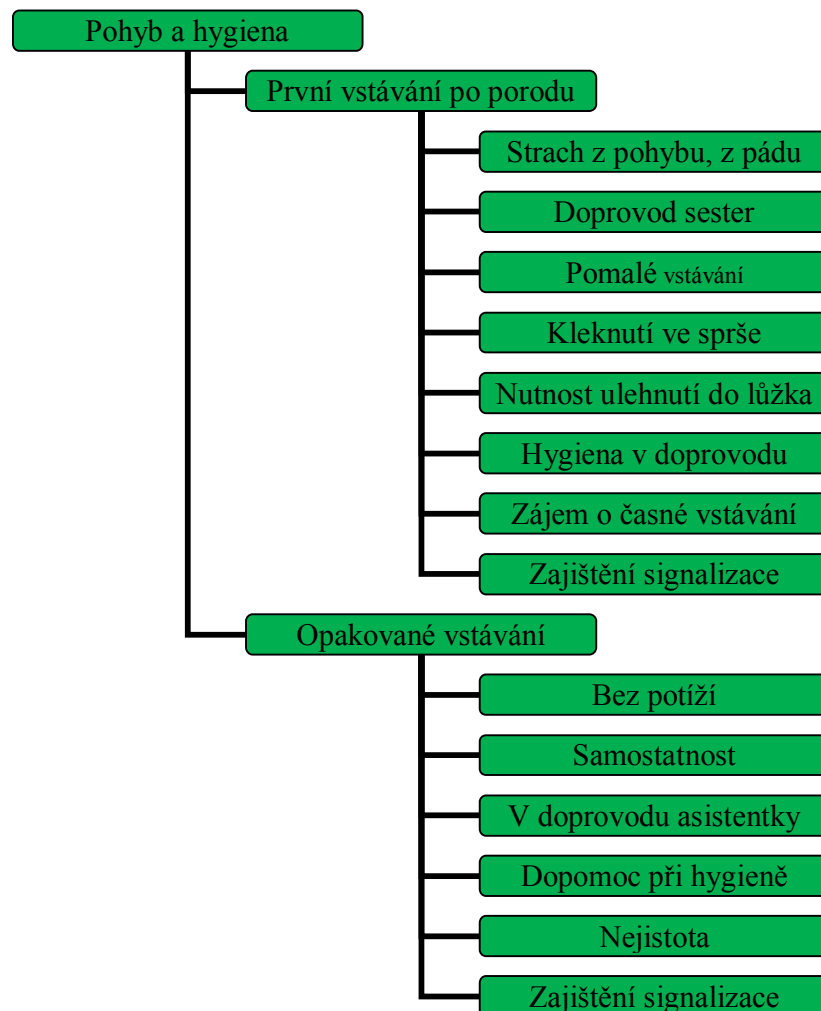
Na základě analýzy rozhovorů metodou tužka a papír byla vytvořena hlavní kategorie: Potřeby, která byla dále rozdělena na podkategorie Výživu, Dýchání a cirkulace, Pohyb a hygiena, Způsob léčby, Zdravotní stav, Zvládání péče o dítě, Hodnocení ošetrovatelské péče.

Kategorie Potřeby

Podkategorie Pohyb a hygiena

Pohyb a hygiena je důležitou součástí sebepéče šestinedělky, proto i část otázek byla zaměřena na tuto oblast potřeb. Výsledky jsou graficky znázorněny ve schématu 1.

Schéma 1 Podkategorie Pohyb a hygiena



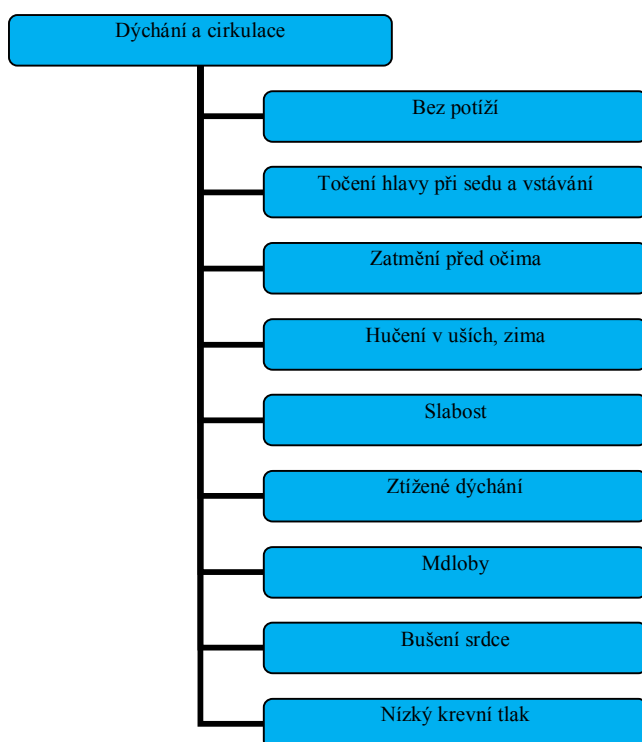
R1 neměla žádné potíže s pohybem, nepotřebovala pomoc porodní asistentky do sprchy, pomoc však proběhla na základě standardu ošetrovatelské péče. R1 řekla: „*Chtěla jsem vstávat hned, jak mě přivezli do postele na oddělení.*“ Dále uvedla, že jí porodní asistentka přinesla čistou košili, kalhotky, vložky a došla s ní do sprchy. K dalšímu vstávání doplnila: „*Ne, nic jsem nepotřebovala, bylo mi fajn, dětská sestra mi donesla holku a hned jsem kojila, potom jsem odešla na návštěvu do spojovačky.*“ R2 měla problémy s pohybem hned od prvního vstávání po porodu: „*Sestřička mě rychle uložila zpátky. Pak přišla za dvacet minut a zkusila to se mnou znovu. Poradila mi, ať si ve sprše kleknu na kolena, když se nebudu dobře cítit.*“ K pomoci s hygienou dodává: „*Asistentka mi hodně pomohla s hygienou a doslova mě dotáhla zpět do postele.*“ Ani při dalším vstávání se necítila dobře a potřebovala pomoc a doprovod porodní asistentky. Jak sama udává: „*Šla se mnou ještě 4x na toaletu a 2x do sprchy. Nebyla jsem si jistá, že to sama zvládnou. Měla jsem strach, že tam upadnu.*“ Dále využila informace o možnosti použití signalizace v případě potřeby. R3 vstávala 3 hodiny po porodu, porodní asistentka jí donesla jídlo a čaj. Dětská sestra přiložila novorozence k prsu, poté se již chtěla osprchovat a tak zazvonila na porodní asistentku. Vstávání po porodu proběhlo bez potíží a ani později již doprovod porodní asistentky nevyžadovala. R4 vstávala za 4 hodiny po porodu a udává: „*Vstávala jsem až na oddělení se sestřičkou, ptala se, jestli se cítím do sprchy hned po převezení ze sálu, ale to jsem se bála, vstala jsem až asi za 4 hodiny. Bála jsem se, že spadnu.*“ Při dalším vstávání, chtěla jít již sama, ale musela ve sprše použít signalizační zařízení a přivolat porodní asistentku z důvodu nevolnosti a slabosti. R5 rodila spontánně, po porodu ležela na gynekologické JIP, protože měla komplikace po porodu a velké poporodní poranění: „*Do sprchy jsem se těšila, protože jsem byla celá zpocená, ale zároveň jsem se cítila hodně unavená a nevěděla jsem, jestli do sprchy dojdu. Točila se mi hlava hned, jak jsem se na posteli posadila. Sestřičky se mě stále ptaly, jak se cítím, když jsem si u postele stoupla, motal se se mnou celý svět, příšerně mi bušilo srdce a tak mě sestry položily zpět do postele. Zkusila jsem potom vstát asi za dvě hodiny, sice se se mnou točil svět, ale osprchovala jsem se. Vše opět probíhalo v doprovodu sester. Sestřička mi řekla, že mám nižší tlak, tak musím vstávat opatrně, posadit se, chvíli sedět a pomalu vstávat aby se mi netočila hlava.* Druhý den již vstávala lépe a vše zvládala téměř samostatně. Byla upozorněna na možnost využití signalizace v případě nutnosti

doprovodu. Zkoušela sama jít na toaletu a večer se již vysprchovala sama. R6 rodila spontánně, ale pro velkou krevní ztrátu (1400 ml) byla přeložena z ošetrovací jednotky šestinedělí na gynekologickou JIP. Při prvním vstávání pociťovala velký strach z důvodu velkého krvácení. Udává: „*Hned po porodu jsem strašně krvácela, zavedli mi balón do dělohy, prý aby zastavili krvácení a nemuseli mi hned vzít dělohu.*“ Na první vstávání ji doprovázely dvě sestry, vstávala pomalu, hučelo jí v uších a bušilo srdce. Ve sprše klečela, při cestě do lůžka omdlela. I další vstávání si opakovaně vyžádalo doprovod dvou sester. Na JIP měla zákaz chodit sama, po přeložení na šestinedělí a vylepšení zdravotního stavu již doprovod porodní asistentkou využila jen jedenkrát a pak o sebe pečovala sama.

Podkategorie Dýchání a cirkulace

Limitující potíže u žen s anémií v šestinedělí se objevily u dýchacího a kardiovaskulárního systému. Podkategorie Dýchání a cirkulace je graficky znázorněna ve schématu 2.

Schéma 2 Podkategorie Dýchání a cirkulace

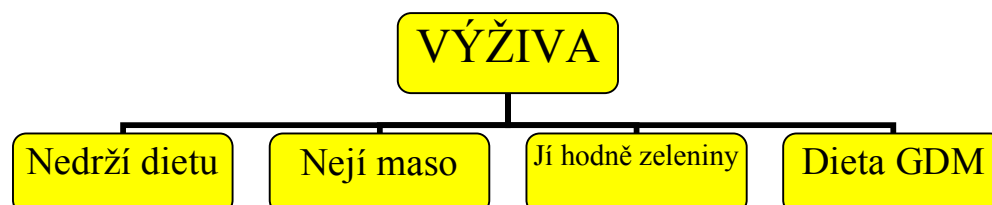


R1 neměla žádné dechové a oběhové potíže. Ostatní respondentky udávaly zdravotní problémy. R2 vyjmenovala následující potíže: „*Na poprvé jsem si jen stoupla k posteli, zatmělo se mi před očima, hučelo mi v uších a byla mi zima. Nebylo mi dobře, točila se mi hlava. Točení hlavy a mžitky před očima mi vadily nejvíc.*“ Podobné potíže udávala i R3, k jejich zlepšení došlo po ulehnutí do lůžka. R4 také udávala točení hlavy a slabost a navíc řekla: „*...nohy mě neposlouchaly, těžce se mi dýchalo*“, dále uvedla, že se bála vstávat z postele. R5 vyjmenovala další potíže: „*Točila se mi hlava, bušilo srdce a byla jsem unavená. Měla jsem pořád nízký tlak, musela jsem pomalu vstávat, aby se mi netočila hlava.*“ R6 si ztěžovala na pocity mdloby: „*Cestu zpátky do postele si nepamatuju, prý mě tam dotáhly sestřičky. Měla jsem tmu před očima.*“

Podkategorie výživa

Výživa je v léčbě anémie důležitou součástí, a proto i část rozhovoru s respondentkami byla zaměřena na kvalitu jejich stravování. Podkategorie Výživa je graficky znázorněna ve schématu 3.

Schéma 3 Podkategorie Výživa



Klientky R1, R3 nedrží žádnou dietu. R1 uvedla: „*Ne nic nedržím, sice jsem hubená, ale jím všechno.*“ R6 dodala: „*Jím všechno, maso i buchty.*“ R2 dává přednost drůbežímu masu a rybám, vepřové maso a vnitřnosti nekonzumuje vůbec, hovězí maso výjimečně. Jinak jí hodně zeleniny, luštěnin a ovoce. R4 se snaží dodržovat doporučenou dietu při anémii, na kterou ji upozornila spolupacientka: „*Nedržím žádnou dietu, mám prý teď jíst víc zelený zeleniny.*“ R5 před těhotenstvím žádnou dietu nedržela, ale v graviditě měla diagnostikovaný gestační diabetes melitus, takže dodržuje diabetickou dietu č.9. Dodává: „*A když za mnou byla doktorka Dohnalová, tak mi řekla,*

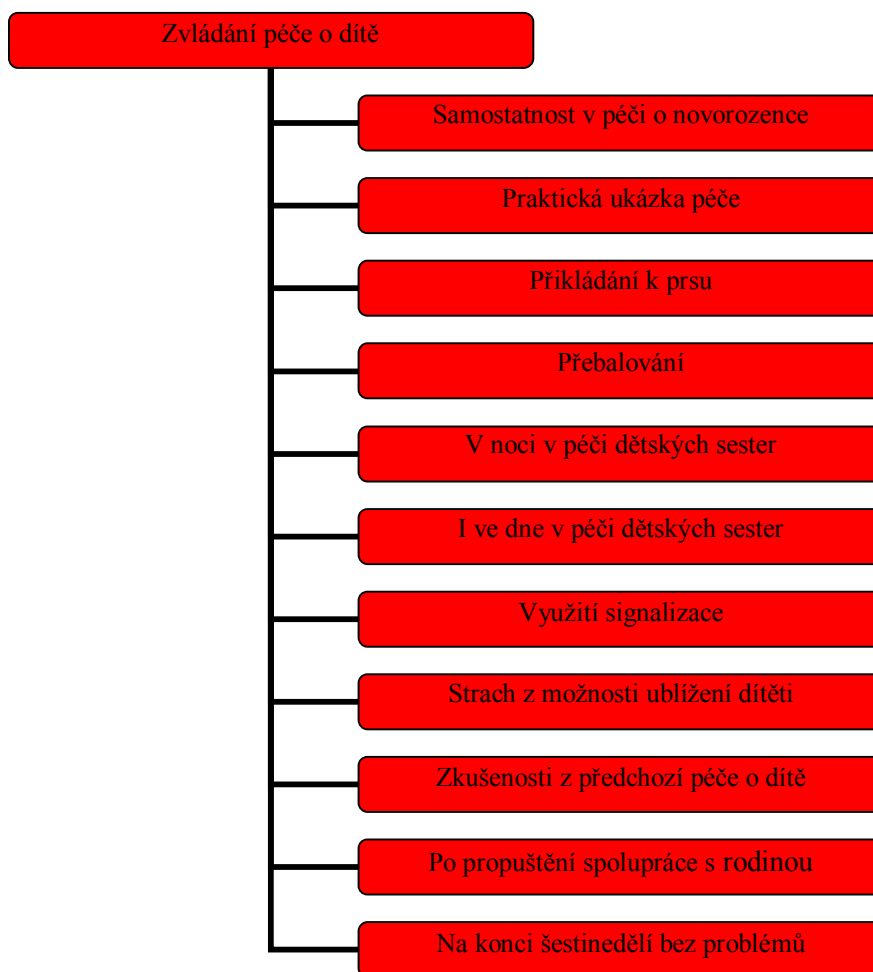
že po šestinedělí mám jít k ní zase na kontrolu. Mám hodně kojít a ještě aspoň trochu dodržovat dietu.“

Kategorie informovanost

Podkategorie Péče o dítě

Vzhledem k potížím, doprovázejících anémii, může být šestinedělka limitována nejen v sebezpečí, ale i v péči o dítě. Výsledky jsou graficky znázorněny ve schématu 4.

Schéma 4 Péče o dítě



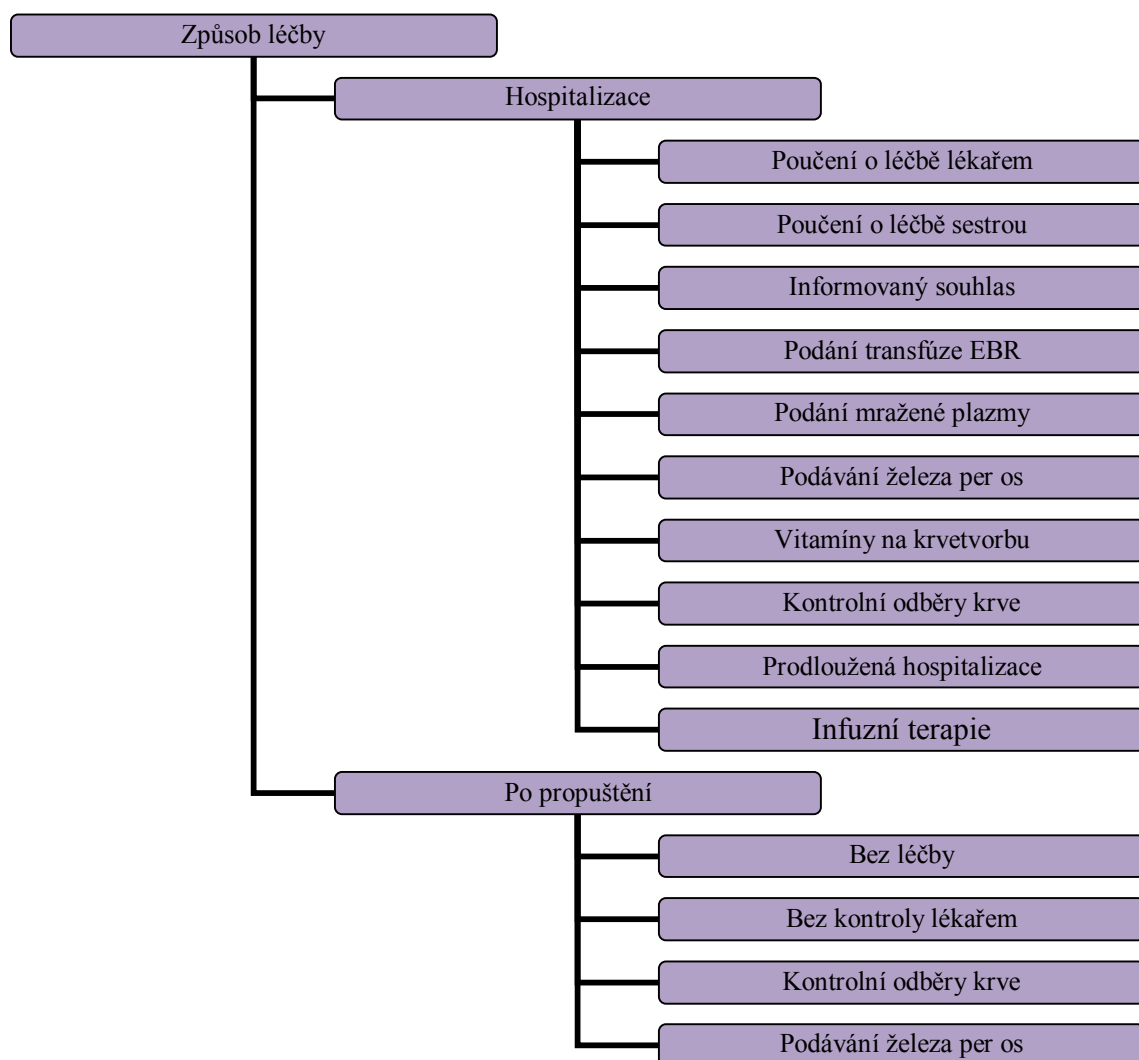
R1 zvládala péči o dítě dobře, protože rodila po sedmé, taktéž na konci šestinedělí problémy s péčí neměla. R2 uvedla: „*Dětské sestřičky mi ukázaly, jak budu pečovat*

o malého, ale chodily mi ho přikládat a přebalovaly ho. První noc po porodu ho měly u sebe. Další den už to bylo lepší, odpoledne jsem se sama začala starat o malého.“ V šestinedělí s péčí o dítě pomáhal manžel, babičky i kamarádky. R3 využila zkušenosti z předešlé péče o dítě, kterému je rok a půl. Na konci šestinedělí zvládala péči bez větších problémů a pomáhal jí také manžel. R4 péči o dítě zpočátku příliš nezvládala: „*První den to bylo špatný, pořád chodit na záchod a do sprchy a ještě mít u sebe malýho. Radši jsem poprosila dětský sestřičky, aby si ho nechaly u sebe. Druhý den to bylo lepší, měla jsem i malýho celý den u sebe, ale pořád jsem se cítila slabá a bála jsem se, jestli to zvládnou.*“ Na konci šestinedělí vše probíhalo bez problémů. R5 po přeložení z JIP na ošetrovatelskou jednotku šestinedělí měla novorozence u sebe, ale využívala signalizační zařízení k přivolání dětských sester, aby jí s veškerou péčí pomohly. Navíc se bála, že jí dítě upadne nebo mu něco udělá. Na konci šestinedělí žádnou pomoc nepotřebovala, vše zvládala sama. R6 přišla na oddělení šestinedělí až po dvou dnech a uvedla: „*Dětské sestry mi ukázaly péči o malou, daly mi zvonek. Na noc jsem dala malou na bečárnu.*“ Na konci šestinedělí vše zvládala, dítě bylo spavé a do péče byla zapojena i rodina.

Podkategorie Způsob léčby

Další oblast otázek byla zaměřena na léčbu anémie, informovanost respondentek o jejich zdravotním stavu a zdroj informací. Výsledky jsou graficky znázorněny ve schématu 5.

Schéma 5 Podkategorie Způsob léčby



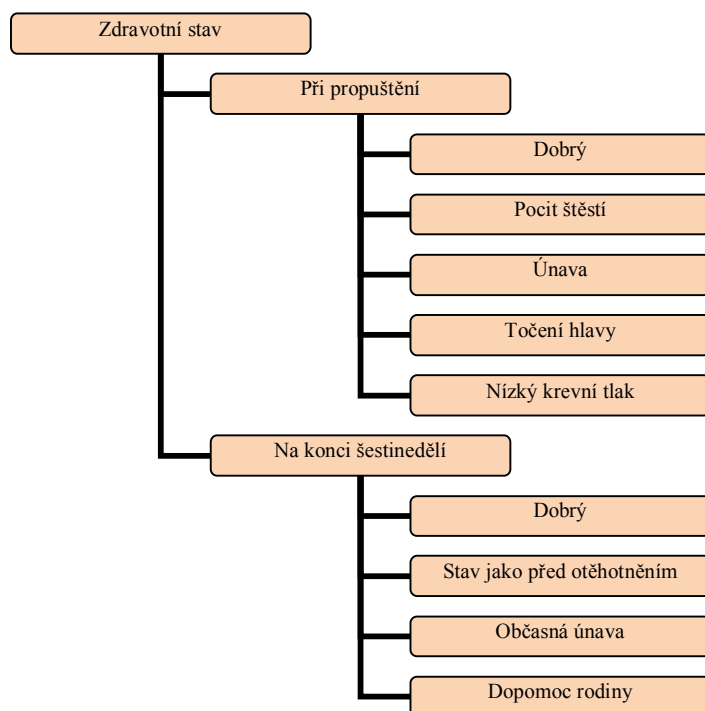
R1 neabsolvovala prenatální péči a uvedla: „Když jsem byla těhotná, nikam jsem nechodila, tak jsem se neléčila s ničím, když jsem přišla do porodnice, nabrali mi krev a dostala jsem železo, a když jsem šla domů, tak mi zase nabrali krev a dostala jsem tři krve. Domů jsem nešla.“ O způsobu léčby anémie R1 byla informována lékařem i sestrou: „Přišla za mnou sestra, že ta krev není v pořádku a lékař mi poví, co bude dál. Přišla doktorka, řekla, že mám anémii, protože jsem krvácela při porodu a předtím už výsledky byly na hranici, tak jestli souhlasím s transfúzí. Podepsala jsem papír, který mi dala přečíst a dali mi krve.“ Z důvodu anémie musela být prodloužena hospitalizace vzhledem k aplikaci transfúzí. Respondentka neabsolvovala žádnou další kontrolu, ani léčbu. R2 se s anémií před porodem neléčila, po porodu měla větší krevní ztrátu

(600 ml) a po kontrolním krevním obraze dostala transfúzi, jak sama uvádí: „*Ještě v den porodu mi nabrali krev a zeptali se mne, jestli souhlasím s transfúzí. Dostala jsem vykapat tři vaky. O transfúzi ji informovala lékařka, vše jí vysvětlila, zdůraznila bezpečnost transfúze. Léčba dále zahrnovala podávání železa a vitamíny na krvetvorbu. Na konci šestinedělí již respondentka anémií netrpěla a léčba byla ukončena. R3 trpěla anémií již v graviditě a v jejím průběhu užívala železo. Léčba železem pokračovala i v průběhu hospitalizace a bylo jí předepsáno i při propuštění. O anémii byla informována již obvodním gynekologem, informace si doplnila přečtením příbalového letáku u léku. Na základě uspokojujících výsledků kontrolního krevního obrazu na konci šestinedělí byla léčba železem ukončena. R4 měla již v graviditě prokázanou sideropenickou anémii a byla léčena Aktiferinem compositum. K další léčbě se vyjádřila: „*Hned po porodu mi dávali železo, druhý den mi nabrali krev a dostala jsem transfúzi. Na vizitu přišla doktorka a řekla mi to, že budu potřebovat doplnit krev, že mně budou kontrolovat a možná dostanu i transfúzi. Hospitalizace byla prodloužená o dva dny, nikoliv kvůli léčbě anémie, ale z důvodu problémů s kojením. Na konci šestinedělí již léky na anémii neužívala. R5 k léčbě dodala: „...*doktor mi řekl, že mám špatný krevní obraz a dostala jsem transfúzi. Po rozhovoru s doktorem jsem dostala přečíst a podepsat souhlas transfúzí, bylo mi řečeno, že se další den zkontroluje krev a uvidí se, co bude dál. Po kontrole jsem už dostávala jen tabletky železa.*“ Hospitalizace byla prodloužena o jeden den, na konci šestinedělí již žádné léky nebrala. R6 se před porodem s anémií neléčila, ale po porodu vzhledem k velké krevní ztrátě (1400 ml) byla léčba komplexní, dostávala léky s obsahem železa, kyselinou listovou, vitamín B12 a krevní deriváty. Respondentka uvedla: „*Na jipce mi hned vykapalo šest vaků s krví a plazma, ještě nějaké infúze na zavodnění. Dostávala jsem i tablety, železo. Informována byla lékařem na porodním sále a druhý den po kontrolních odběrech ji na ošetrovací jednotce JIP opět informoval lékař o indikaci transfúze. Anémie byla příčinou prodloužené hospitalizace. Léčba anémie pokračovala i po šestinedělí, respondentka užívala Aktiferin.***

Podkategorie Zdravotní stav

Podkategorie Zdravotní stav vznikla na základě analýzy dat zaměřených na potíže při propuštění. Dále nás zajímal zdravotní stav na konci šestinedělí. Výsledky jsou graficky znázorněny ve schématu 6.

Schéma 6 Podkategorie Zdravotní stav



R1 se cítila dobře, jak sama udává, nic jí nechybělo. Na konci šestinedělí si také na žádné potíže neztěžovala. R2 uvedla: „*Jak mi řekla paní doktorka, po transfúzi se mi udělalo mnohem lépe. Cítila jsem se dobře a šťastná, že všechno dobře dopadlo.*“

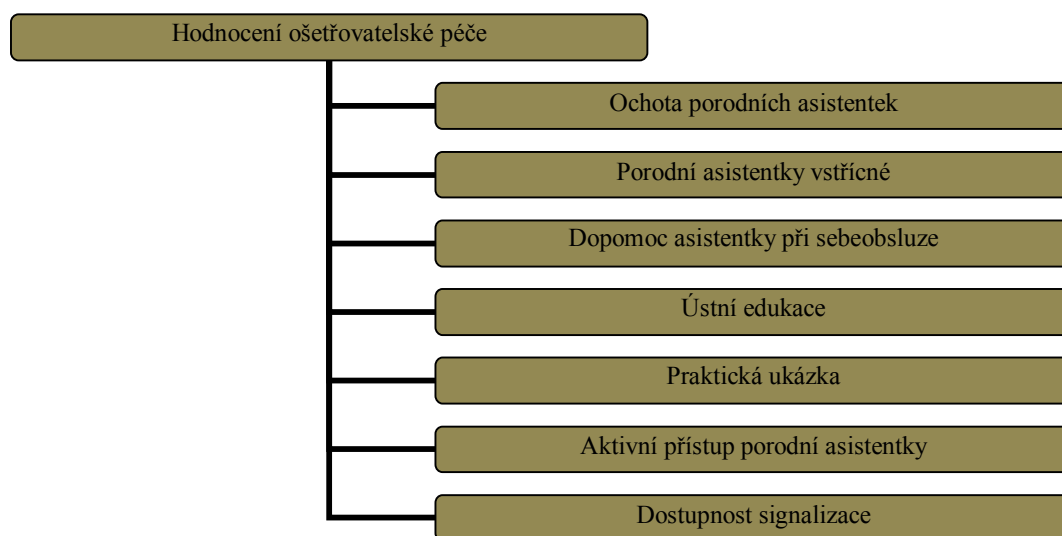
Na konci šestinedělí pociťovala únavu, ale přičítá to péči o dítě. Do péče se zapojil manžel babičky i kamarádky. R3 se cítila unavená, ale jinak dobře. Na začátku šestinedělí jí pomohla maminka a na konci šestinedělí stále pociťovala mírnou únavu, ale přikládala to péči o děti, domácnost a partnera. Jinak žádné potíže neměla. R4 neměla žádné potíže ani při propuštění, i na konci šestinedělí zvládala péči o sebe a dítě bez problémů. R5 k problémům dodává: „*Dobře, nic mi už nebylo. Těšila jsem se domů, přítel měl dovolenou a tak jsem věděla, že sama nebudu.*“ Na konci šestinedělí: „*To už mi bylo fajn, doma vše klapalo, ani jsem si nepřipadala jako po porodu.*“ R6 se cítila

při propuštění celkem dobře, jen měla stále nižší krevní tlak, a proto dodržovala rady sester a lékaře pomalu vstávat z lůžka, aby se jí nezatočila hlava. Na konci šestinedělí se cítila občas unavená a nízký tlak jí stále limitoval, ale zvykla si a další potíže neměla.

Podkategorie Hodnocení ošetrovatelské péče

V této podkategorii jsme se zaměřili na hodnocení poskytované péče ze strany porodních asistentek, formu a kvalitu edukace při hospitalizaci i propuštění. Výsledky jsou graficky znázorněny ve schématu 7.

Schéma 7 Podkategorie Hodnocení ošetrovatelské péče



R1 péči chválila: „Už jsem říkala, že byly moc hodné, když jsem nemohla vstát všechno mi donesly, jak malou, tak pití, jídlo. Když mi kapala krev a nemohla jsem jít do jídelny na oběd, oběd mi schovaly a potom ohřály. Pořád se chodily ptát, jak mi je a jestli něco nepotřebuju. Měla jsem celou dobu v nemocnici zvoneček, ale nezvonila jsem. Propouštěl mě doktor, dal mi recept na železo a řekl, že po šestinedělí mám jít na kontrolu ke svému doktorovi.“ R2 si také chválila dopomoc porodních asistentek, jejich aktivní přístup a empatii. Dokonce jí zajistily možnost návštěvy manžela na pokoji. O léčbě byla poučena lékařkou. R3 byla velmi spokojená s dopomocí porodních asistentek a s jejich ochotou vždy pomoci. Při propuštění jí edukovala lékařka, která ji informovala o důležitosti vybrat celé balení železa a porodní asistentka

jí edukovala o významu kontroly na konci šestinedělí u gynekologa. R4 byla spokojená, porodní asistentky jí vždy ochotně poradily. Při propuštění jí lékařka informovala o důležitosti kontroly po šestinedělí, vyzvednutí receptu na železo a nutnost jeho užívání železa. R5 uvedla k péči porodních asistentek: „*Byly moc hodné, jak na jipce, tak na oddělení. Když jsem něco nevěděla nebo jsem se něčeho bála, vždy mi to vysvětlily, ukázaly.* Při propuštění dostala recept na železo a byla poučena o jeho užívání. R6 byla také spokojená s péčí porodních asistentek a uvedla: „*Moc mi pomohly. Na jipce bych to bez nich nezvládla. Řekli mi, jak o sebe po porodu pečovat, pomáhaly mi ve sprše, utíraly nohy a záda. Dostala jsem zprávu pro gynekologa a praktika, kde bylo popsáno krvácení a recept na železo. V týdnu po propuštění jsem si měla dojít k praktikovi nechat změřit tlak a před koncem šestinedělí udělat odběr krve.*“

5 DISKUSE

Bakalářská práce je zaměřena na potřeby žen s různým stupněm anémie v šestinedělí a naší snahou bylo získat odpověď na výzkumné otázky: „Které potřeby jsou neuspokojené z pohledu žen (šestinedělek) s anémií po porodu?“ „Které potřeby jsou prioritní z pohledu žen (šestinedělek) s anémií po porodu?“

Anémie čili chudokrevnost je choroba, která je charakteristická snížením hemoglobinu a erytrocytů pod fyziologickou mez pro daný věk a pohlaví (Procházka a Procházková, 2003). Proto kritériem výběru výzkumného souboru byla potvrzená anémie v anamnéze na základě odběrů krevního obrazu. Před porodem byly hodnoty krevního obrazu ve vztahu k anémii následující: erytrocyty $3,03-3,93 \times 10^{12}/l$, hemoglobin 71-117 g/l, hematokrit 0,250-0,363 l/l. Po porodu došlo u všech respondentek k prohloubení deficitu uvedených hodnot krevního obrazu. Kotačková (2012) uvádí normální hodnoty krevního obrazu u dospělých žen: erytrocyty $3,54-5,18 \times 10^{12}/l$, hemoglobin 116-163 g/l a hematokrit 0,330-0,470 l/l.

Výzkumné šetření probíhalo na ošetrovací jednotce šestinedělí po porodu a pro rozšíření informací po dohodě s respondentkami i na konci šestinedělí v domácím prostředí.

Howyida et al. (2012) uvádějí, že v riziku anémie jsou všechny těhotné ženy, protože v těhotenství stoupá potřeba železa jak u matky, tak plodu. V našem výzkumném souboru měly potvrzenou anémii při příjmu k porodu tři respondentky.

Nejčastější hematologickou komplikací v šestinedělí je sideropénická anémie čili anémie z nedostatku železa. Příčinou jsou krevní ztráty při porodu způsobené krvácením, nedostatečný příjem železa v potravě nebo zvýšená spotřeba železa při kojení (Binder, 2012). Vyšší krevní ztráty byly příčinou vzniku anémie u třech respondentek (R2, R5 a R6). Krevní ztráty se pohybovaly mezi 150 – 1400 ml odhadem. V praxi se předpokládá krevní ztráta při spontánním porodu cca 150-200 ml a při porodu císařským řezem ztráta kolem 400 ml. Milman (2012) uvádí průměrnou ztrátu krve při spontánním porodu kolem 300 ml. Respondentka 6, která rodila spontánně, měla však ztrátu 1400 ml, což vedlo k nutnosti hospitalizace na JIP.

Přesné změření krevní ztráty při porodu však není zcela možné. Ke krevní ztrátě může docházet již v první době porodní, kdy žena špiní či slabě krvácí. Jak v první, tak

v druhé době porodní s krví může odcházet i odtékající plodová voda. V druhé době porodní se krev mísí s dezinfekcí, eventuálně močí či stolicí rodičky. Proto se krevní ztráta měří odhadem, což dle našeho názoru zvládne pouze zkušený porodník či porodní asistentka. Včasné rozpoznání a především co nejpřesnější odhad krevní ztráty jsou předpokladem pro vyřešení dané situace. Včasné zahájená léčba hypovolémie zamezí pravděpodobnému vzniku DIC. Úkolem porodnického týmu je diagnostikovat a následně zastavit krvácení (Pařízek et al., 2002).

V našem výzkumném šetření jsme se zaměřili na neuspokojené potřeby z pohledu šestinedělek spojené s anémií po porodu, a které jsou podle jejich názoru prioritní. Jako uvádí Křepelka (2009), mezi základní klinické příznaky anémie patří dušnost, zrychlené dýchání, únava, orgánové poruchy, bolesti hlavy a hučení v uších. Tyto příznaky jsou zapříčiněny snížením přísunu kyslíku. Dále s anémií může souviset bledost, nízký tlak krve, zrychlený puls a palpitace. K příznakům se může přidat průjem nebo zácpa a popraskané ústní koutky (Anémie, 2014).

V rozhovorech, otázkách, jsme se zaměřili na oblast pohybu a hygieny, dýchání a cirkulace a výživy.

Zjišťovali jsme pocity šestinedělek při vstávání a s tím související neuspokojené potřeby. Vzniklou oblast jsme nazvali Dýchání a cirkulace. R1 neuváděla žádné potíže. Jako nejčastější problémy související s dýcháním a cirkulací krve respondentky uváděly: točení hlavy, zatmění před očima, hučení v uších, pocity zimy, pocity slabosti, ztížené dýchání, mdloby, bušení srdce a nízký krevní tlak. Tyto uvedené problémy plně korespondují s odbornou literaturou (Anémie, 2014).

Výše uvedené potíže se dle našeho názoru odráží i při uspokojování dalších potřeb, jako je pohyb a hygiena. Úkolem porodní asistentky je především zhodnotit schopnost samostatného pohybu a sebepéče šestinedělky při provádění hygieny, vyprazdňování, v péči o dítě atd. (Tomagová, Boriková a kol., 2008) Z výsledků vyplynulo, že respondentky ve většině případů uváděly omezení při prvním vstávání, které standardně probíhá za asistence porodní asistentky. Většina našich respondentek však vyžadovala pomoc opakovaně. R2 potíže pociťovala hned při prvním pokusu při vstávání, kdy si sedla na lůžku a musela opět ulehnout. Vstávala s porodní asistentkou později. Řídila se její radou sprchovat se vkleče na kolenou. I při zpáteční cestě k lůžku potřebovala dopomoc porodní asistentky. Nejvíce však dopomoc

potřebovala respondentka R6, u které byla prokázána největší krevní ztráta. Uspokojení potřeby pohybu a hygieny považovaly respondentky za jednu z prioritních.

V oblasti výživy v souvislosti s anémií jsme zjišťovali stravovací zvyklosti respondentek a případnou speciální dietu.

Problémy ve výživě u žen v šestinedělí s anémií jsou zapříčiněny především nedostatkem železa v potravě, nedostatečným přísunem vitamínu B12 a kyseliny listové (Jeklová a Trojanová, 2004). V praxi doporučujeme zvýšit přísun listové zeleniny, červeného masa a jater. Železo obsahuje hlavně hovězí a jehněčí maso, je obsaženo i v darech moře (ústřice a mušle), ve vajíčkách, v luštěninách, ve špenátu. Rovněž velkým zdrojem železa je sušené ovoce, pšeničné otruby, mořské řasy, pivovarské kvasnice a melasa. Pro snadnější vstřebávání železa je důležitý zvýšený přísun vitamínu C, a proto je vhodné pravidelně jíst ovoce a zeleninu. V našem výzkumném souboru tři z respondentek (R1, R3 a R6) neužívaly žádnou speciální dietu, uváděly, že jí vše. R2 žádnou speciální dietu nedrží, ale ve stravě dává přednost drůbežímu masu a rybám, hovězí maso a vnitřnosti nekonzumuje. R5 měla naordinovanou dietu při gestačním diabetu. Pouze R4 byla informována o významu speciální výživy při anémii, bohužel však spolupacientkou, nikoliv porodní asistentkou a uvedla: „*Mám prý teď jíst víc zelený zeleniny.*“

Další oblastí našeho zájmu byla absolvovaná léčba anémie a míra informovanosti respondentek o dané problematice.

Léčba anémie se odvíjí od její příčiny. Při nedostatku železa se podávají léky s obsahem tohoto prvku (Anémie, 2014). Další množností léčby jak uvádí Stříteský (2009) je podání krevní transfúze, což vede ke zvýšení koncentrace hemoglobinu a tím lepšímu okysličení krve. V našem výzkumném souboru všechny respondentky užívaly preparáty s obsahem železa per os. U některých bylo přistoupeno i k podání krevní transfúze (R1, R2, R4 a R6). Každá respondentka byla informována o léčbě ošetřujícím lékařem a dvě získaly doplňující informace od porodní asistentky. R1 uvedla: „*Přišla za mnou sestra, že ta krev není v pořádku a lékař mi poví, co bude dál*“. R5 dodala: „*Když jsem přišla na šestinedělí, tak mi sestra přinesla tabletu a řekla, že je to železo, aby se mi po operaci vylepšil, myslím krevní obraz.*“ R1 a R6 musely být hospitalizovány delší dobu v souvislosti s anémií. Následovala léčba v šestinedělí, kdy všem respondentkám byla doporučena ošetřujícím lékařem kontrola krevního obrazu.

R1 se dále neléčila, protože nikam na kontrolu nešla. U ostatních léčba železem pokračovala až do konce šestinedělí, R6 užívala preparát s obsahem železa i po ukončení šestinedělí. V našem souboru byla informovanost respondentek před propuštěním mizivá, neboť informace se omezují pouze na vydání receptu a gynekologickou kontrolu po šestinedělí.

Další problémy se odrážely i v péči o dítě. Po ošetření na porodním sále, je novorozenec po dvou hodinách převezen na stanici fyziologických novorozenců a matka na ošetřující jednotku šestinedělí. Pokud to stav novorozence a matky dovolí, je novorozenec ošetřován v systému rooming-in. Tento systém zahrnuje pravidelný dohled dětské sestry. Matka musí být edukována v oblasti kojení, přebalování, koupání atd. (Machová a Tomášková, 2015). Z našeho pohledu však existuje řada situací, kdy tento systém nemůže být ihned po porodu v péči o novorozence uplatňován. Potíže doprovázející anémii mohou šestinedělku limitovat nejen v péči o sebe, ale i novorozence. Všem matkám byla prakticky předvedena základní péče o dítě, tedy přebalování, manipulace s novorozencem a kojení. R1 a R3 zvládaly péči bez problémů, vycházely ze zkušeností z předešlého mateřství. R2 a R4 péči první den po porodu zvládaly s obtížemi, využily tedy možnost nechat novorozence přes noc u dětských sester, které o ně pečovaly a vozily je matkám pouze ke kojení. Další dny již péči zvládaly lépe. R4 dodává: „*Ale pořád jsem se cítila slabá a bála jsem se, jestli to zvládnou.*“ R5 a R6 přišly na šestinedělí z JIP, kdy o novorozence mezitím pečovaly dětské sestry a vozily je k matkám pouze na kojení. R5 uvedla: „*...ale zvonila jsem jen kvůli malému, protože jsem ho nechtěla vyndávat sama z postýlky, neuměla jsem ho přebalit a nakojit. Bála jsem se, že mi třeba upadne, a nebo mu něco udělám.*“ V našem výzkumném souboru tuto oblast péče o novorozence při hospitalizaci považovaly respondentky za prioritní. Na konci šestinedělí neměly respondentky větší problémy s péčí o novorozence, některé ji zvládaly samy bez pomoci a některé využily pomoci manžela a rodiny.

Další podkategorií byl Zdravotní stav. Domníváme se, že aktuální zdravotní stav šestinedělky ovlivňuje schopnost uspokojovat své potřeby a potřeby novorozence. R1, R4 a R5 se při propuštění cítily dobře, tento stav přetrvával i na konci šestinedělí. Další dvě respondentky (R2 a R3) udávaly pocity únavy a to především při propuštění,

na konci šestinedělí se cítily lépe. Ke zdravotnímu stavu při propuštění R6 uvedla: „*Měla jsem pořád nízký tlak, musela jsem pomalu vstávat, aby se mi netočila hlava*“. Na konci šestinedělí pocítovala také únavu a stěžovala si na nízký tlak.

V neposlední řadě nás zajímalo, jak respondentky hodnotily poskytovanou ošetrovatelskou péči porodními asistentkami, protože tato oblast přímo souvisí s potřebou jistoty a bezpečí. Respondentky ve všech případech chválily přístup porodních asistentek, jejich zájem a profesionalitu. R2 vyjádřila svoji spokojenost následovně: „*Byly strašně ochotné, vše mi trpělivě vysvětlily a pomoc ve sprše byla nedocenitelná. Vše, co jsem potřebovala, mi připravily k ruce na stoleček, abych to měla na dosah. Chodily se často ptát, zda něco nepotřebuju, jak se cítím a jak krvácím. Dokonce domluvily s lékařkou i krátkou návštěvu manžela na pokoji.*“ Informace před propuštěním se týkaly pouze užívání preparátů s obsahem železa a nutnosti opakovaných kontrol u praktického lékaře či gynekologa. R6 bylo navíc doporučeno pravidelné sledování krevního tlaku u praktického lékaře.

6 ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá problematikou neuspokojených potřeb u žen trpících anémií v raném šestinedělí a na konci šestinedělí. Dále pak i prioritami v uspokojování potřeb z pohledu šestinedělek. Výzkumné šetření bylo kvalitativní, použita metoda dotazování, technika hloubkového rozhovoru. V první části výzkumného šetření jsme stanovili výzkumný cíl a výzkumné otázky. Cílem bylo zjistit neuspokojené potřeby žen v raném šestinedělí s anémií po porodu. K němu byly stanoveny výzkumné otázky: Které potřeby jsou neuspokojené z pohledu žen (šestinedělek) s anémií po porodu? Které potřeby jsou prioritní z pohledu žen (šestinedělek) s anémií po porodu?

Byly osloveny ženy po porodu s diagnózou anémie a s jejich ústním souhlasem byl proveden hloubkový rozhovor. Rozhovor pokračoval s respondentkami i na konci šestinedělí.

Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že ženy s anémií v šestinedělí mají nejčastěji problémy v uspokojování potřeb v oblasti dýchání a cirkulace, pohyb a hygiena, péče o novorozence. Z pohledu šestinedělek jako prioritní potřeba vychází pohyb a hygiena, péče o novorozence, což se shoduje i s předchozím zjištěním.

Jako nejčastější zdravotní problémy v oblasti dýchání a cirkulace udávaly respondentky točení hlavy při sedu a vstávání, hučení v uších a slabost, zatmění před očima. U respondentky R4 se objevilo ztížené dýchání. Respondentka R6 si ztěžovala na pocity mdloby a R5 na bušení srdce a změny krevního tlaku.

Co se týče pohybu a hygieny respondentky především vyjadřovaly strach z možného pádu, často vyžadovaly doprovod porodní asistentky do sprchy či na toaletu a dopomoc při hygieně. Ocenily zejména dostupnost signalizačního zařízení a empatický přístup porodních asistentek.

Další oblastí, kterou respondentky považovaly za prioritu, byla péče o novorozence. Ve většině případů první den po porodu péči o novorozence převzaly dětské sestry. Respondentky se obávaly, že by mohly dítěti ublížit a necítily se na zvládnutí péče o novorozence. Se zlepšujícím se zdravotním stavem se zvyšoval podíl této péče, až ji zvládaly zcela bez problémů.

Terapie u žen s anémií v raném šestinedělí byla zaměřena na podávání přípravků s obsahem železa, vitamínů k podpoře krvetvorby, infuzní terapii a podávání krevních derivátů. Ke způsobu léčby dostaly respondentky informace od lékaře a některé i od porodních asistentek, přičemž tyto informace považovaly za dostačující.

Respondentky ošetrovatelskou péčí a léčbu hodnotily kladně. Z jejich pohledu byly uspokojeny všechny potřeby. Nedostatky jsme objevily pouze v oblasti výživy, kdy byla nedostatečná edukace o doporučeném stravování při diagnóze anémie. Tuto potřebu však ženy nepovažovaly za neuspokojenou a ani se neobjevila v prioritách.

Výstupem bakalářské práce je edukační materiál pro začínající porodní asistentky zaměřený na ošetrovatelskou péči o ženy s anémií v šestinedělí.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Anémie (chudokrevnost), Online. [2014-11-25]. Dostupné z: www.lekarna.cz/text/anemie.

Bezdíčková Ludmila, 2007. Fyziologické změny krevního obrazu a hemokoagulace během těhotenství. Hematologické vyšetření v těhotenství. *Moderní babičtví: odborný časopis pro porodnictví a gynekologii*. 14 (7), s. 23-26. ISSN 1214-5572.

Binder Tomáš, Peter Salaj a Blanka Vávřinková, 2004. *Hematologické nemoci a poruchy v porodnictví a gynekologii*. Praha: Triton, 222 s. ISBN 80-7254-540-X.

Binder Tomáš, 2012. Vybrané hematologické poruchy a nemoci v průběhu těhotenství. *Moderní gynekologie a porodnictví: časopis pro postgraduální vzdělávání*. 21 (3), s. 233-251, ISSN 1211-1058.

Binder Tomáš, 2013. Peripartální krvácení. *Postgraduální medicína: odborný časopis pro lékaře*. 15. S. 564-572. ISSN 1212-4184.

Čech Evžen et al., 2006. *Porodnictví. 2. Přepřacované a dopl. Vydání*. Praha: Grada, 544 s. ISBN 80-247-1303-9.

Drábek Tomáš, 2006. Akutní stavy v porodnictví a okamžité postupy: postgraduální téma. *Referátový výběr z anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny*. Roč. 53, s. 231-239. ISSN 1212-3048.

Gurková Elena, Katarína Žiaková a Juraj Čáp, 2009. *Vybrané ošetrovatelské diagnózy v klinickej praxi*. Martin: Osveta, 242 s. ISBN 978-80-8063-308-0.

Herdman Heather, 2013. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2012-2014*. 1. České vydání, Praha: Grada, 550 s. ISBN 978-80-247-4328-8.

Howyida S. Abd ElHameed, Mohammed I. Aziza et Abd El Hammed T. Lamiaa, 2012. Effect of Nutritional Educational Guideline among Pregnant Women with Iron

Deficiency Anemia at Rural Areas in Kalyobia Governorate. *Life Science Journal*. 9 (2), pp. 1212-1217. ISSN 1097-8135.

Jeklová Alena a Blanka Trojanová, 2004. *Ošetrovatelská péče o těhotnou, rodičku a šestinedělku s vybranými onemocněními*. 1. Vydání, Brno: NCONZO, 52 s. ISBN 80-7013-411-9.

Kobilková Jitka et al., 2005. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. Vydání. Praha: Galén, 368 s. ISBN 80-7262-315-X.

Kotačková Lenka, 2012. *Krevní obraz*. Online. [2015-06-20]. Dostupné z: www.toplekar.cz/laboratorni-hodnoty/krevni-obraz.html.

Koudelková Vlasta, 2013. *Ošetrovatelská péče o ženy v šestinedělí*. 1. Vydání. Praha: Triton, 134 s. ISBN 978-80-7387-624-1.

Křišková Anna, 2006. *Ošetrovatelské techniky: metodika sesterských činností: učebnice pre fakulty ošetrovatelstva*. 2. Přepřacované a dopl. Vydání. Martin: Osveta, 779 s. ISBN 80-8063-202-2.

Křepelka Petr, 2009. Primární postpartální hemoragie. *Moderní babictví: odborný časopis pro porodnictví a gynekologii*. 17 (9), s. 12-23. ISSN 1214-5572.

Macků František a Evžen Čech, 2002. *Porodnictví*. 1. Vydání, Praha: Informatorium, 143 s. ISBN 80-86073-92-0.

Machová Alena a Jaroslava Tomášková, 2015. Práva matek na informace v souvislosti s péčí o novorozence – edukace sestrou. In: Rosková Lenka, *Lidská práva v proměnách času, sborník příspěvků*. S. 121-126. ISBN 978-80-7394-513-8.

Mellanová Alena, Věra Čechová a Marie Rozsypalová, 2014. *Speciální psychologie*. 5. Přepřacované vydání, Brno: NCONZO, 140 s. ISBN 978-80-7013-559-4.

Mikšová Zdeňka, Marie Froňková a Marie Zajíčková, 2006a. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 80-247-1442-6.

Mikšová Zdeňka, Marie Froňková a Marie Zajíčková, 2006b. *Kapitoly z ošetrovateľskej péče II*. 2. Aktualizované a dopl. Vydání. Praha: Grada. 171 s. ISBN 80-247-1443-4.

Milman Nils, 2012. Postpartum anemia II: prevention and treatment. *Anal of Hematology*. 91 (2), pp. 143-154. doi: 10.1007/s00277-011-1381-2.

Pařízek Antonín et al., 2002. *Porodnická analgérie a anestézie*. 1. Vydání, Praha: Grada, 535 s. ISBN 80-7169-969-1.

Procházka Martin a Procházková Jiřina, 2003. Anémie v těhotenství. *Praktická gynekologie: moderní časopis pro gynekology a porodníky*. 3 (3). S. 24-27. ISSN 1211-6645.

Roztočil Aleš a kol., 2008. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada, 405 s. ISBN 978-80-247-1941-2.

Slezáková Lenka a kol., 2011. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 1. Vydání. Praha: Grada, 269 s. ISBN 978-80-247-3373-9.

Stříteský Martin, 2009. Problematika krevních transfuzí v porodnictví. *Moderní gynekologie a porodnictví: časopis pro postgraduální vzdělávání*. 18 (4), s. 656-663, ISSN 1211-1058.

Šafránková Alena a Marie Nejedlá, 2006a. *Interní ošetrovatelství I*. 1. Vydání, Praha: Grada, 280 s. ISBN 80-247-1148-6.

Šafránková Alena a Marie Nejedlá, 2006b. *Interní ošetrovatelství II*. 1. Vydání. Praha: Grada, 211 s. ISBN 80-247-1777-8.

Šamánková a kol., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. 1. Vydání, Praha: Grada, 134 s. ISBN 978-80-247-3223-7.

Švaříček Roman, Klára Šedřová a kol., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. Vydání, Praha: Portál, 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

Tomagová Martina, Boriková Ivana a kol., 2008. *Potreby v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 196 s. ISBN 978-80-8063-270-0.

Tóthová Valérie a kol., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2. Aktualizované vydání. Praha: Triton, 225 s. ISBN 978-80-7387-785-9.

Trachtová Eva et al., 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském proces*. 3. Vydání. Brno: NCONZO, 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2.

Seznam použitých zkratk

DIC	Diseminovaná intravaskulární koagulace
DP	Doba porodní
ERY	Erytrocyty
HBG	Hemoglobin
HCT	Hematokrit
HELLP	Komplikace v graviditě, hemolýza, elevace jaterních enzymů v séru, pokles počtu trombocytů
KO	krevní obraz
LEUKO	Leukocyty
RPT	Ruptura
TROMBO	Trombocyty
WHO	Světová zdravotnická organizace

8 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Identifikační údaje respondentek ze zdravotnické dokumentace

Příloha 2 Otázky k rozhovoru

Příloha 3 Edukační materiál pro začínající porodní asistentky zaměřený na ošetrovatelskou péči o ženy s anémií v šestinedělí

Příloha 1 Identifikační údaje respondentek

Věk

Gravidita/parita

Prenatální péče

Způsob porodu

Nepravidelnosti porodu

Krevní ztráta

Začátek anémie v anamnéze

Hodnoty krevního obrazu před porodem

Hodnoty krevního obrazu 1-2 den po porodu

Hodnoty krevního obrazu při propuštění 4-5 den po porodu

Příloha 2 Otázky k rozhovoru

1. Kolik hodin po porodu proběhlo vaše první vstávání?
2. Jak jste se cítila při prvním vstávání po porodu?
3. Potřebovala jste i později doprovod – dopomoc porodní asistentky ve sprše či WC?
4. Jak jste zvládala na ošetrující jednotce šestinedělí péči o sebe a o dítě?
5. Jak časně po porodu a čím byla léčena vaše anémie?
6. Byla jste informována o zdravotním stavu a způsobu léčby anémie, kdo vás informoval a jakou formou?
7. Jaké potíže vás nejvíce limitovaly?
8. Byla anémie příčinou prodloužené hospitalizace?
9. Jak jste se cítila při propuštění z oddělení?
10. Jak hodnotíte pomoc ze strany porodních asistentek?
11. Dostala jste nějaká doporučení při propuštění a kdo vás informoval?
12. Držíte speciální dietu, máte nějaké zvláštní zvyky ve výživě?
13. Jak jste se cítila na konci šestinedělí?
14. Jak jste zvládala péči o sebe a dítě na konci šestinedělí?
15. Jaké potíže přetrvávaly z těch, které vás limitovaly při hospitalizaci?
16. Po propuštění z nemocnice do domácí péče, potřebovala jste ještě nějakou dopomoc?
17. Jak pokračuje vaše léčba anémie?

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O ŽENY S ANÉMIÍ V ŠESTINEDĚLÍ

Úvod

Šestinedělí začíná porodem novorozence a placenty. Toto období trvá 42 dnů. Tento čas je velmi náročné období v životě ženy. V ženském organismu dochází k mnoha změnám, které směřují k navrácení předporodního stavu organismu. Šestinedělí nemusí probíhat bez komplikací. Jednou z komplikací může být nadměrné krvácení. Krvácení považujeme za nadměrné, jestliže krevní ztráta po porodu přesahuje 500 ml. Následkem krvácení může dojít k anémii. Anémii definujeme jako onemocnění, při němž je v krvi snížena hladina červeného krevního barviva, hemoglobinu a červených krvinek pod fyziologickou mez pro daný věk a pohlaví (Procházka a Procházková, 2003). Anémie se může projevit už v těhotenství, kdy se může jednat i o fyziologický jev, který je zapříčiněn nárůstem objemu cirkulující plazmy.

Anémie v šestinedělí

Anémie se řadí mezi nejčastější onemocnění a údajně jí trpí až 30 % lidstva. Objevuje se jako základní onemocnění, anebo jako průvodní jev jiného onemocnění. Nejzávažnější jsou geneticky podmíněné choroby jako talasemie, srpkovitá anémie, sideropenická anémie nebo anémie u chronických onemocnění (Binder, Salaj a Vavřínková, 2004).

Ke krvácení při/po porodu může docházet z mnoha příčin. Mezi nejčastější předporodní krvácení patří předčasné odlučování lůžka, placenta praevia (vcestné lůžko). Příčinou krvácení v průběhu porodu může být ruptura dělohy, ruptura v oblasti děložního těla, v oblasti děložního istmu. Poporodní krvácení může být způsobeno retencí placenty, atonií děložní, placentou accreta, increta, percreta, krvácet může

i poporodní poranění (Drábek, 2006). Krvácení může vést k alteraci celkového stavu rodičky spojeného s hemodynamickou nestabilitou, která může vyústit v hemoragický šok. Krvácení rodičky může rovněž zapříčinit syndrom mrtvého plodu, může nastat i při embolii plodovou vodou, akutní stenóze jater, preeklampsii, eklampsii, HELLP syndromu. Mezi nejzávažnější krvácení řadíme DIC (Binder, Salaj a Vavřínková, 2004). Tuto poruchu krevní srážlivosti řadíme mezi nejčastější příčiny úmrtí matek při porodu. Ke krvácení po porodu, v raném šestinedělí, může docházet i z jiných příčin. Mezi nejčastější patří residua post partum či infekce děložní dutiny. Závažnou komplikací v šestinedělí bývá koagulopatie (Macků a Čech, 2002).

Příznaky anémie

Mezi základní klinické příznaky anémie patří dušnost, zrychlené dýchání, únava, orgánové poruchy, bolesti hlavy a hučení v uších jako důsledek sníženého přísunu kyslíku. S hypovolemií a sníženým plasmatickým objemem souvisejí bledost a hypotenze, palpitace a tachykardie jako následek kardiovaskulární kompenzace. Příznaky chudokrevnosti závisí na rychlosti jejího vzniku. K příznakům se může přidat nechutenství, obtíže při polykání, hubnutí, zácpa nebo průjem, pálení jazyka a angulární stomatitis, známá jako popraskané ústní koutky. Vzniká-li anémie pomalu, nemocní se na ni postupně adaptují (Anémie, 2014).

Diagnostika anémie

K diagnostice anémie slouží anamnéza, klinické vyšetření lékařem a laboratorní vyšetření krve. V osobní anamnéze zjišťujeme stravovací návyky, přítomnost jiného interního onemocnění či užívání léků. Z gynekologické anamnézy zjišťujeme počet těhotenství a porodů, případných komplikací, intenzitu a charakter menstruace.

Ke klinickému vyšetření patří měření fyziologických funkcí, jako je krevní tlak a puls, kontrola očních spojivek a sliznice úst. Poslech srdce a plic, prohmatání břicha k vyšetření velikosti jater a sleziny. Následuje odběr krve na vyšetření krevního obrazu. Výsledek určí počet červených krvinek, jejich nezralých forem, hladinu krevního barviva hemoglobinu, objem červené krvinky a koncentraci hemoglobinu v ní obsaženém. Dalším vyšetřením krve stanovujeme hladinu železa v plazmě a vazebnou

kapacitu transferinu, což je transportní forma železa a její vazebná kapacita určuje, kolik železa se může vstřebat. Ve většině případů toto vyšetření krve stačí k určení diagnózy a její úspěšné léčbě (Anémie, 2014).

Léčba anémie

Léčba anémie závisí na její příčině. U anémie z nedostatku železa se podávají preparáty s obsahem tohoto prvku. Je-li léčba železem úspěšná, měly by se sledované hodnoty normalizovat asi po 6-8 týdnech užívání. Celková doba léčby by měla trvat 3-4 měsíce pro doplnění zásob. Poté se provádí kontrolní odběr krevního obrazu. Při anémii z nedostatku vitamínu B12 či kyseliny listové se podává vitamín B12. Někdy je vhodná kombinace s železem. Závažná chudokrevnost způsobená krvácením se řeší krevními převody. Některé vzácnější typy anémií se léčí na specializovaných odděleních hematologie (Anémie, 2014).

Ošetrovatelská péče u ženy s anémií v šestinedělí

Pohyb a hygiena

Pohyb ženy může být ovlivněn mnoha faktory, jakými jsou fyzické nebo psychické faktory. Porodní asistentka se u šestinedělky s anémií zaměří na anamnestické údaje a provede sesterské fyzikální vyšetření (Tomagová, Boriková a kol., 2008). Zhodnotí schopnost samostatného pohybu šestinedělky (Mikšová, Froňková a Zajíčková, 2006a).

Porodní asistentka poučí šestinedělku o pomoci při vstávání a signalizačním zařízení, vysvětlí možnost vzniku rizika pádu. Doprovází ženu do sprchy, poučí o hygieně, event. ženě pomůže. Kontroluje fyziologické funkce, zajistí dostatek tekutin a možnost odpočinku (Koudelková, 2013).

Problémy s hygienou u ženy v šestinedělí s anémií mohou být způsobeny špatnou informovaností, sníženou pohyblivostí a vyčerpáním ženy po porodu, velkou krevní ztrátou (Koudelková, 2013). Porodní asistentka zhodnotí celkový stav ženy po porodu, schopnost udržovat osobní hygienu, její návyky při koupání a hygieně (Gurková, Žiaková a Čáp, 2009).

Porodní asistentka zajistí k lůžku signalizační zařízení, zajistí pomůcky k hygieně, připraví čisté osobní a ložní prádlo, pomáhá ženě s hygienou, jak u lůžka, tak i ve sprše. Snaží se o navození pocitu čistoty a pohody. Asistentka respektuje individuální zvyklosti ženy při hygieně, využívá její aktivní spolupráce (Mikšová, Froňková a Zajíčková, 2006a).

Dýchání a cirkulace

Porodní asistentka zmapuje osobní anamnézu šestinedělky. Zaměří se na respirační onemocnění, kardiovaskulární potíže, anémie před těhotenstvím, ischemickou chorobu srdeční, a životní styl šestinedělky, zejména nikotinismus (Trachtová et al., 2013). Porodní asistentka hodnotí frekvenci, hloubku, rytmus dýchání a polohu, jež šestinedělka zaujímá při dýchání (Tomagová, Boriková a kol., 2008). Sleduje celkový stav šestinedělky, zaměří se na počet dechů za minutu, hloubku dýchání a charakter dýchání při námaze (Mikšová, Froňková a Zajíčková, 2006a). Dech šestinedělky by měl být pravidelný - normální počet dechů u dospělého člověka je 15 – 20 dechů za minutu. Porodní asistentka kontroluje případné změny polohy u šestinedělky, které volí k lepšímu dýchání (Šafránková a Nejedlá, 2006a). Dále sleduje barvu sliznic, nehtových lůžek, barvu rtů a při změnách informuje lékaře a plní jeho další ordinace. Také zajistí dostatečnou hydrataci, eventuálně zvlhčený vzduch v pokoji, dle ordinace lékaře lze i podávat kyslík (Mikšová, Froňková a Zajíčková, 2006a).

Na základě zjištěných parametrů porodní asistentka informuje lékaře, který rozhodne o dalším postupu léčby (Mikšová, Froňková a Zajíčková, 2006a).

Výživa

Problémy ve výživě u ženy v šestinedělí s anémií souvisí především s nedostatečným příjmem železa, vitamínu B12 a kyseliny listové (Jeklová a Trojanová, 2004).

Porodní asistentka zhodnotí u šestinedělky stav výživy, stravovací návyky, vědomosti o nutričních potřebách a postoje k alternativním formám výživy např.

vegetariánství (Gurková, Žiaková a Čáp, 2009). Na základě ordinace lékaře provede odběry krve, vyšetření krevního obrazu, eventuálně biochemické vyšetření hladiny železa a vitamínu B12 (Šafránková a Nejedlá, 2006b). Porodní asistentka dále zhodnotí známky dehydratace, jako jsou suchá kůže, suché sliznice, snížený kožní tonus a celkový denní příjem tekutin (Mikšová, Froňková a Zajíčková, 2006b).

Pokud nemá žena jiná zdravotní omezení, podává porodní asistentka dle ordinace lékaře dietu základní (racionální) č. 3 (Mikšová, Froňková a Zajíčková, 2006a). Dieta by měla být obohacena o potraviny s vysokým obsahem železa (hovězí a jehněčí maso, ústřice, mušle, vejce, luštěniny, špenát, sušené ovoce, pšeničné otruby, mořské řasy, pivovarské kvasnice, melasa), vitamínu C ke zlepšení absorpce železa (ovoce, zelenina), vitamínu B 12 a kyseliny listové pro podporu krvetvorby (listová zelenina). Není-li možné zajistit dostatečný příjem výše uvedených vitamínů a minerálů ve stravě, podává porodní asistentka na základě ordinace lékaře železo, nejčastěji perorálně. Šestinedělku upozorní na vedlejší účinek podávaného léku, na možnost zácpy a na to, že není vhodné tento lék zapíjet mlékem (Jeklová a Trojanová, 2004). Vitamín B 12 podává intramuskulárně a kyselinu listovou ve formě dražé Acidum folicum (Šafránková a Nejedlá, 2006b).

Při riziku dehydratace porodní asistentka zajistí dostatečný pitný režim. Zaznamenává příjem tekutin včetně intravenózně podaných infúzí, léků a transfúzí. Sleduje výdej tekutin, eventuálně zvracení (Tomagová, Boriková a kol., 2008).

Vyprazdňování

Problémy s vyprazdňováním u ženy v šestinedělí s anémií mohou být způsobeny porodem, poraněním při porodu, nedostatečnou aktivitou, ztrátou soukromí na ošetrovatelské jednotce šestinedělí, nedostatečným příjmem tekutin a příjmem potravin, podáváním léků (Tomagová, Boriková a kol., 2008). Porodní asistentka rozhovorem zjistí defekační návyky šestinedělky, potíže s nadýmáním, zácpou, pálením, řezáním při močení či inkontinencí. Kontroluje pravidelnost a dostatečnost močení, stolice, odchod plynů (Mikšová, Froňková a Zajíčková, 2006a).

Porodní asistentka šestinedělce zabezpečí soukromí a dostatečný čas na vyprázdnění. Při špatné pohyblivosti ženu doprovodí na toaletu nebo nabídne podložní mísu (Gurková, Žiaková a Čáp, 2009).

Porodní asistentka využívá různé stimuly na podporu močení (např. nechá téct vodu). Snaží se, aby šestinedělka byla uvolněná, bez nepříjemných fyzických a emočních pocitů. Při podezření na retenci moče po vymočení šestinedělku vycévkuje, odečte množství reziduální moče, informuje lékaře a podle jeho ordinace podá léky (Mikšová, Froňková a Zajíčková, 2006a).

Také poučí ženu o nutnosti pravidelného vyprazdňování a odchodu plynů. Na základě ordinace lékaře porodní asistentka podává léky proti nadýmání, čípky pro snadnější odchod stolice (Gurková, Žiaková a Čáp, 2008).

Podávání léků a transfúze

Zásady podávání preparátů s obsahem železa, kyseliny listové a vitamínu B12

- ✓ užívat železo na lačno, tzn. ½ až celou hodinu před jídlem nebo 2 hodiny po jídle
- ✓ není vhodné zapíjet lék mlékem

Zásady podávání krevní transfúze

- ✓ Kontrola identifikačních údajů a krevní skupiny
- ✓ Měření fyziologických funkcí před podáním, během a po podávání transfúze
- ✓ Kontrola označení krevní konzervy (název výrobku, identifikační číslo, krevní skupina a Rh faktor, množství transfúzního přípravku a datum expirace)
- ✓ Transfúzní přípravek musí mít teplotu místnosti
- ✓ Podat šestinedělce transfúzní přípravek nejpozději do 120 min po přinesení z transfúzní stanice
- ✓ Transfúze se nesmí skladovat v ledničce na oddělení
- ✓ Po vykapání přípravku se vak i transfúzní set uchovává v ledničce pro biologický materiál po dobu 24 hod (reakce pacienta na podanou krev)
- ✓ Záznam průběhu transfúze a hodnot fyziologických funkcí do dokumentace
- ✓ Asistence lékaři při křížové zkoušce a biologickém testu
- ✓ Před transfúzi informace šestinedělce (poloha, vyprázdnění)
- ✓ Kontrola signalizačního zařízení
- ✓ Asistence při podání transfúze
- ✓ Sledování případných potransfúzních reakcí (pyretická, oběhová, hemolytická, bakteriální, alergická a virová)
- ✓ Při potížích ihned zastavit podávání transfúze, informovat lékaře

Použité zdroje

Binder Tomáš, Peter Salaj a Blanka Vávřinková, 2004. *Hematologické nemoci a poruchy v porodnictví a gynekologii*. Praha: Triton, 222 s. ISBN 80-7254-540-X.

Drábek Tomáš, 2006. Akutní stavy v porodnictví a okamžité postupy: postgraduální téma. *Referátový výběr z anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny*. Roč. 53, s. 231-239. ISSN 1212-3048.

Gurková Elena, Katarína Žiaková a Juraj Čáp, 2009. *Vybrané ošetrovateľské diagnózy v klinickej praxi*. Martin: Osveta, 242 s. ISBN 978-80-8063-308-0.

Jeklová Alena a Blanka Trojanová, 2004. *Ošetrovateľská péče o těhotnou, rodičku a šestinedělku s vybranými onemocněními*. 1. Vydání, Brno: NCONZO, 52 s. ISBN 80-7013-411-9.

Koudelková Vlasta, 2013. *Ošetrovateľská péče o ženy v šestinedělí*. 1. Vydání. Praha: Triton, 134 s. ISBN 978-80-7387-624-1.

Krišková Anna, 2006. *Ošetrovateľské techniky: metodika sesterských činností: učebnica pre fakultu ošetrovateľstva*. 2. Přepřacované a dopl. Vydání. Martin: Osveta, 779 s. ISBN 80-8063-202-2.

Anémie (chudokrevnost), Online. [2014-11-25]. Dostupné z: www.lekarna.cz/text/anemie.

Macků František a Evžen Čech, 2002. *Porodnictví*. 1. Vydání, Praha: Informatorium, 143 s. ISBN 80-86073-92-0.

Mikšová Zdeňka, Marie Froňková a Marie Zajíčková, 2006a. *Kapitoly z ošetrovateľské péče I*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 80-247-1442-6.

Procházka Martin a Procházková Jiřina, 2003. Anémie v těhotenství. *Praktická gynekologie: moderní časopis pro gynekology a porodníky*. 3 (3). S. 24-27. ISSN 1211-6645.

Šafránková Alena a Marie Nejedlá, 2006a. *Interní ošetrovatelství I*. 1. Vydání, Praha: Grada, 280 s. ISBN 80-247-1148-6.

Tomagová Martina, Boriková Ivana a kol., 2008. *Potreby v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 196 s. ISBN 978-80-8063-270-0.

Trachtová Eva et al., 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesy*. 3. Vydání. Brno: NCONZO, 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2.

