

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U ŽEN S GESTÓZOU

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí práce:

Mgr.Vlasta Koudelková

2007

Autor:

Ivana Kolpová

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Specifika ošetrovatelské péče u žen s gestózou“ vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v přiložené bibliografii.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. V platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích, dne 3.9.2007

.....

Podpis studenta

Poděkování:

Děkuji své vedoucí bakalářské práce Mgr. Vlastě Koudelkové za odborné vedení, za ochotu, za poskytnutí informací a cenných rad, které mi pomohly při zpracování bakalářské práce.

ABSTRACT

Pregnancy, delivery and puerperium represent a biological strain for a woman. A healthy woman, however, overcomes it without major problems. Many pregnant women even feel better in pregnancy than out of it. Sometimes, however, the woman's body cannot adapt to the new situation and therefore it overcomes the biological strain with exertion. In these women a group of symptoms develops, they are generally called gestosis. The gestoses are illnesses bound exclusively to the pregnancy and they require a specific nursing care.

The objective of this project was to establish whether women with gestosis require a specific nursing care, and whether pregnant women with gestosis need specific information about their illness.

The first hypothesis was proposed as follows: The women with gestosis need a specific nursing care. The second hypothesis says: Pregnant women with gestosis have sufficient information about their illness. The first hypothesis was confirmed by this research: the investigation has shown that women with gestosis require specific nursing care. The second hypothesis was also confirmed: pregnant women with gestosis have enough information about their illness.

The research was carried out with a quantitative method by means of questionnaires. The questionnaires were handed out at the departments of obstetrics and gynaecology in the Písek Hospital Písek, a.s., České Budějovice Hospital, a.s., Jindřichův Hradec Hospital a.s. in the period from January to July 2007. A total of 79 questionnaires were processed. The work will be used in the teaching at the South-Bohemian University and published on the Internet.

The objectives of this research were fulfilled. The specifics of the nursing care in women with gestosis were established, and also the information of pregnant women with gestosis about their illness.

The specifics of the nursing care in women with gestosis include the measurement and monitoring of the BP, oedemas, the regular weighing of the patients, the position on the left side is recommended, the midwife carries out various

examinations, she cares for the patient in the sphere of hygiene, emptying and mental health.

The majority of the women questioned (54 %) stated that they were adequately informed about their illness, 15 % thought that they were not sufficiently informed and 31 % did not know. In spite of the fact that the majority of the women (54 %) were sufficiently informed, which are somewhat more than a half, we think that the information should improve in the future - and this bachelor's thesis could contribute to this.

This bachelor's thesis could also serve as the study material for the next years of midwives, as education material for midwives in practice, and published on the Internet.

OBSAH

ÚVOD.....	8
1. SOUČASNÝ STAV	9
1.1 Rané gestózy	9
1.1.1. Ošetrovatelská péče	10
1.2 Pozdní gestózy	11
1.2.1 Predispoziční a rizikové faktory.....	12
1.2.2 Etiologie.....	12
1.2.3 Patofyziologie	13
1.2.4 Klasifikace	14
1.2.5 Diagnostická kritéria	14
1.2.6 Klinické příznaky a jejich závažnost.....	15
1.2.7 Indikace k ukončení těhotenství u preeklampsie	16
1.2.8 Specifika péče o ženu s preeklampsii	16
1.2.9 Terapie preeklampsie v těhotenství	18
1.2.10 Terapie preeklampsie za porodu	18
1.2.11 Terapie preeklampsie v šestinedělí	19
1.2.12 Komplikace preeklampsie	19
1.2.12.1 Encefalopatie.....	19
1.2.12.2 Eklampsie	20
1.2.12.2.1 Specifika péče o ženu s hrozícím eklamptickým záchvatem ...	21
1.2.12.2.2 Specifika péče o ženu při eklamptickém záchvatu.....	21
1.2.12.2.3 Terapie eklampsie	22
1.2.12.3 Respirační insuficience.....	23
1.2.12.4 Nefropatie	24
1.2.12.6 Hepatopatie – HELLP syndrom	24
1.2.12.6.1 Specifika ošetrovatelské péče o ženu s HELLP syndromem ..	25
1.2.12.6.2 Terapie HELLP syndromu	26
1.2.12.5 Poruchy hemostázy – DIC	26
1.2.12.6.1 Specifika péče o ženu s DIC	27

1.2.12.6.2 Terapie DIC	27
1.3 Edukace pacientek s gestózami	28
1.4 Potřeby člověka	29
1.4.1 Klasifikace potřeb.....	30
1.4.2 Hierarchie potřeb podle Abrahama Maslowa.....	31
1.4.3 Potřeby hospitalizovaných těhotných žen s gestózami v nemoci.....	32
1.4.4 Úloha zdravotnického personálu při naplňování potřeb	33
1.5 Ošetrovatelský proces na oddělení rizikového těhotenství – model Oremové	34
2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY.....	37
2.1 Cíle práce.....	37
2.2 Hypotézy	37
3. METODIKA.....	38
3.1 Použitá metoda	38
3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku	38
4. VÝSLEDKY	39
4.1 Analýza výsledků z dotazování porodních asistentek	39
4.2 Analýza výsledků z dotazování nastávajících maminek	55
5. DISKUZE	72
6. ZÁVĚR	80
7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	81
8. KLÍČOVÁ SLOVA.....	85
9. PŘÍLOHY	86

ÚVOD

Těhotenství, porod a šestinedělí představují pro ženu biologickou zátěž. Zdravá žena ji však překonává bez větších problémů. Mnohé těhotné se často cítí v těhotenství dokonce lépe než mimo ně. Někdy se však organismus ženy nedokáže na novou situaci adaptovat, a proto překonává biologickou zátěž – těhotenství – námahou. U těchto žen se objevují poruchy v oblasti látkové výměny, neurohumorálních korelací i v oblasti nervové soustavy. Vzniká skupina příznaků, která se souhrnně nazývá gestózy. Gestózy se vyskytují v návaznosti na těhotenství, a proto se s nimi nemůžeme potkat u ženy, která by nebyla těhotná.

Hypertenze, která je jedním z příznaků gestóz, může být závažnou komplikací těhotenství, a proto je důležitá včasná diagnostika. Na etiologii hypertenze záleží prognóza matky i plodu. Její zařazení je důležité k dalšímu průběhu gravidity, způsobu vedení porodu, terapii a prevenci.

1. SOUČASNÝ STAV

Choroby související s graviditou jsou charakteristické tím, že se vyskytují jen v době těhotenství a v krátkém období po těhotenství. Označujeme je pojmem gestózy. Rozlišujeme rané gestózy a pozdní gestózy. Rané gestózy začínají v prvním trimestru těhotenství a ustupují po 16. – 20. týdnu těhotenství. Pozdní gestózy dříve EPH gestózy nebo toxémie se začínají projevovat až ve druhé polovině těhotenství. Charakteristické jsou pro ně edémy, proteinurie a hypertenze, proto se nejdříve označovaly jako EPH-gestózy. Tento název se již nepoužívá, protože nevystihuje různorodost a stupeň onemocnění (8).

Toxémie se používala dlouho v anglosaské terminologii vycházející z nepodložené teorie o jakési otravě organismu. Teprve v roce 1972 komise americké gynekologicko-porodnické společnosti rozhodla o nové terminologii platící dodnes. „Používá termíny – preeklampsie střední a těžká, eklampsie, chronická (esenciální) hypertenze, chronická hypertenze se superponovanou preeklampií a těhotenská hypertenze (tranzitorní)“ (4, s. 255).

1.1 Rané gestózy

Vomitus matutinus-emetus gravidarum, čímž je nazývána nauzea a ranní zvracení, které komplikují cca 70 % všech těhotenství. Nejčastěji se s ním můžeme setkat mezi 4.–8. týdnem a může pokračovat až do 14.-16. týdne gravidity. Při tomto onemocnění dochází ke snížení tělesné hmotnosti a narušuje aktivitu těhotné. Příčiny nejsou známy, pravděpodobně to způsobuje relaxace hladkých svalů a žaludku nebo vliv steroidních hormonů (4).

Projevuje se většinou ráno a nalačno, jakmile žena vstává. Jsou to nejčastěji krátkodobé a přechodné obtíže. Doporučuje se snídaně vleže a vstávání po krátkém klidu na lůžku. Léčba je jen podpůrná, těhotná potřebuje hlavně psychologickou podporu. Je třeba se vyhýbat jídlům, které podporují nauzeu, jíst častěji, ale v menších dávkách (4, 19).

Dalším onemocněním patřícím do raných gestóz je hyperemesis gravidarum. Hyperemesis gravidarum je zhoubné, nadměrné zvracení, které souvisí se ztrátou tělesné hmotnosti, dehydratací a rozvratem iontů. V popředí se vyskytuje dráždění vegetativní nervové soustavy, především nervu vagu. Pokud zvracení pokračuje, je těhotná vysílena, ve zvracích se nachází krev. Žena pociťuje bolest v oblasti hltanu a jícnu, rychle hubne, je apatická, má suché rty, pocit žízně. Z laboratorních vyšetření zjišťujeme oligurii, v moči bílkovinu, aceton a žlučová barviva. Většinou jde o poruchu jaterní funkce, hlavně detoxifikační činnosti. Jaterní testy jsou často zvýšené. Takový stav už označujeme jako hyperemesis gravidarum maligna. Pokud by se jaterní testy a ledvinné funkce dále zhoršovaly, nebylo by jiné řešení, než těhotenství ukončit. V terapii doporučujeme antiemetika a parenterální výživu (4).

Těhotenské slinění,ptyalismus může doprovázet ostatní formy raných gestóz nebo se vyskytovat samostatně. Ptyalismus není vázán jen na první 3-4 měsíce, ale často je dokonce po celou dobu gestace. Při nadměrném slinění se doporučují uklidňující prostředky, časté výplachy dutiny ústní odvarem z heřmánku (19, 23).

Ve všech případech těhotenského zvracení je potřeba hospitalizace. Zvracení v těhotenství nesmíme podceňovat, neboť se může nebezpečně vystupňovat. Velmi důležitá je anamnéza a diferenciální rozlišení, protože zvracení může imitovat náhlou příhodu břišní. Při zvracení je nutné zajistit dobrou životosprávu. Jídlo podávat častěji a po malých dávkách, popřípadě parenterálně, někdy jsou vhodné studené nápoje (19).

1.1.1 Ošetrovatelská péče

Důležitá je prevence, která je v pravomoci ambulantní porodní asistentky u gynekologa. Porodní asistentka by každou těhotnou měla edukovat o správné životosprávě. Při hospitalizaci se nasazuje dieta č.2 s přídavkem ovoce a bílkovin a porodní asistentka dohlíží na to, v jaké míře ji pacientka přijímá.

Důraz se klade na dostatečný příjem tekutin, především minerálek, provádí se bilance tekutin. Sestra plní ordinace lékaře, sleduje frekvenci zvracení, barvu a konzistenci zvratků. Pacientce se pravidelně sleduje hmotnost. U těžších forem je nutný

přísný klid na lůžku a od toho se odvíjí další ošetrovatelská péče jako je hygiena na lůžku a vyprazdňování. Potřeba hygieny je individuální a také osobní záležitost, porodní asistentka musí dbát na stud a soukromí. Musí ženě vysvětlit, že jí chce pomoci. Provádí se hygiena na lůžku po domluvě s pacientkou. Porodní asistentka jí podá pomůcky, co všechno bude potřebovat a co jí možnosti dovolí, může provést hygienu sama a dále jí porodní asistentka pomůže. Péče o vyprazdňování je též důležitá, pokud má žena přísný klid na lůžku, může u ženy vzniknout porucha vyprazdňování a to zejména zácpa. Porodní asistentka o ženu pečuje, podává jí mísu a stará se o hygienu po vyprázdnění. Důležité je, aby měla žena při vyprazdňování dostatečné soukromí. U hospitalizované ženy je důležité uspokojit potřebu dostatečného spánku, aby byla žena odpočatá. Je na porodní asistentce, aby zajistila v noci klid na oddělení a aby byl pokoj před spaním vyvětráný (29).

Důležitý je i psychologický přístup k pacientce a empatie. Žena potřebuje uspokojovat nejen biologické potřeby, ale také psychické, sociální a spirituální potřeby. Lze proto zajistit návštěvy blízkých, u věřící pacientky je možné zajistit kněze a konání bohoslužeb, neboť dnešní nemocnice mají i své kaple (19, 29).

1.2 Pozdní gestózy

Pozdní gestóza neboli preeklampsie je závažné onemocnění, které se váže na trofoblast a podílí se na zvýšení mateřské a perinatální mortality i morbidity, a také na zvýšení prematurity a intrauterinní růstové retardace. Při tomto pro těhotenství specifickém onemocnění dochází k multiorgánovému poškození organismu, které postihuje zejména vitálně důležité parenchymatózní orgány jako jsou ledviny, játra, mozek, plíce, placenta, krevetvorný systém a cévy (10).

„Preeklampsie je definována jako těhotenstvím podmíněná hypertenze s proteinurií a případně edémy po 20. týdnu gravidity. Před 20. týdnem gravidity se můžeme s hypertenzí setkat u hydatiformní moly či u neimunologického hydropsu plodu“ (10, s. 95).

Vyskytuje se častěji u primigravid (10-15 %) než u multigravid (5-8 %) (18).

1.2.1 Predispoziční a rizikové faktory

Mezi predispoziční a rizikové faktory preeklampsie můžeme zařadit mnohočetné těhotenství, chronickou hypertenzi, chronická renální onemocnění, diabetes mellitus, onemocnění pojiva, dále Body mass index > 30 , celková malnutrice, těhotenství u ženy mladší než 18 let, těhotenství u ženy starší než 35 let nebo pokud se preeklampsie vyskytne již v předchozí graviditě. Mezi predispoziční a rizikové faktory patří také hydatiformní mola, non-imunní hydrops plodu, hydropická placenta a abnormální placentace (1).

1.2.2 Etiologie

Etiologie není zcela prokázána, existuje několik hypotéz jejího vzniku.

Hypotéza uteroplacentární ischémie vychází z teorie poruchy syntézy adhezivních molekul cytotrofoblastu, což má pak za následek nedostatečnou invazi trofoblastu do děložních spirálních artérií. Jejich průsvit pak zůstane úzký a následně se sníží uteroplacentární perfúze. Uteroplacentární ischemie má pak za následek hypoxické poškození endotelu a následně se mohou spustit intravaskulární hemokoagulační pochody. Uvolněné toxické látky a regulační faktory pak mohou poškodit nejen plod, ale i matku (1).

Další hypotézou je hypotéza porušené imunologické adaptace, která je postavena na skutečnosti, že fetoplacentární jednotka je tolerovaný štěp, který obsahuje otcovské antigeny. Díky poruše imunologické tolerance dojde ke zpomalení invaze trofoblastu do myometria. V placentě dojde k aktivaci leukocytů, které pak způsobí uvolnění elastáz do plasmy a poškození endotelu.

Genetická hypotéza vychází z pozorování, že těžké preeklampsie a eklampsie mají familiární tendenci. Zatímco v běžné populaci se vyskytuje preeklampsie okolo 5 %, u dcer matek, které toto onemocnění prodělaly, stoupá riziko na 22 %, u sester dokonce na 39 % (1).

Další hypotéza je o lipoproteinech s nízkou denzitou a aktivitě albuminu potlačující toxicitu. Vychází ze zjištění vyšší toxicity séra preeklamptických matek pro endotelové buňky a z faktu, že tyto pacientky mají vyšší koncentrace triglyceridů a lipoproteinů s nízkou denzitou (VLDL) v plazmě. Následkem vazby volných mastných kyselin se snižuje antitoxická aktivita plazmatického albuminu. VLDL poté může poškodit endotel cév.

Poslední hypotéza je o působení kyslíkových radikálů, která nepopírá možnost účasti genetických či imunologických faktorů a hlouběji rozebírá mechanismy poškození na úrovni uteroplacentární cirkulace i celého organismu matky. Dokáže vysvětlit metabolické mechanismy provázející preeklampsii (např. zvýšení hladiny kyseliny močové). Z této teorie vychází možnost použití nového markeru použitelného v monitorování preeklampsie – malonyldialdehydu (MDA) vznikající jako produkt peroxidace lipidů (1).

1.2.3 Patofyziologie

„Preeklampsie se vyvíjí pozvolna po týdny až měsíce – hypertenze a proteinurie jsou poměrně pozdními projevy“ (12, s. 31).

Z dosud nedostatečně objasněných příčin dochází u preeklampsie k invazi trofoblastu do spirálních arterií. Vzniká periferní vazokonstrikce, snižuje se volum plazmy, dojde k hemokoncentraci a v důsledku těchto změn se snižuje tepový a minutový objem. Dochází k hypoperfuzi důležitých orgánů, zejména ledvin, jater, placenty, dělohy a mozku (12).

U ledvin hypoxie působí morfologické poškození glomerulů, endoteliózu, tvorbu endotelinů, paravazální hemorrhagie, snížení glomerulární filtrace. Porucha funkce ledvin může prohlubovat až k jejich selhání. Výrazná proteinurie je jednou z faktorů vzniku tkáňových edémů a jednou z příčin snížení koloidně osmotického tlaku plazmy (12).

U jater dochází k endotelióze, tvorbě endotelinů, hemorhagii, hepatopatii, která může vyústit až v HELLP syndrom. Následkem poškození jater dochází k poruchám hemokoagulace.

V placentě a děloze také dochází ke snížení perfuze, čímž je negativně ovlivňován plod.

Příčinou tvorby otoků je kromě proteinurie a hypoproteinémie i zvýšení tabulární resorpce, retence NaCl a vody za spolupůsobení aldosteronu a reninu.

Stoupá periferní vazokonstrikce a vytváří se hemokoncentrace. Stoupá zátěž levé srdeční komory. Minutový objem krve se oproti fyziologickému těhotenství snižuje. Stoupá plicní arteriální tlak a může se vyvinout nekardiogenní plicní edém z poruchy permeability kapilár. K jeho vzniku přispívá též snížený osmotický tlak plazmy (12). „Nekardiogenní plicní otok se vyvíjí asi ve 3 % těžkých forem preeklamsií, a to v 70-80 % v poporodním období“ (12, s. 31).

1.2.4 Klasifikace

V roce 1972 Americká škola porodníků a gynekologů (ACOG) zvolila pro pozdní gestózu název preeklampsie a klasifikuje ji jako hypertenzi, vznikající ve druhé polovině těhotenství provázenou proteinurií. Zda jsou či nejsou edémy, to není pro zařazení podstatné (10).

„Správné zařazení hypertenze je předpokladem pro další rozhodování o průběhu gravidity, způsobu vedení porodu, terapii a prevenci. Vzhledem k nejednotné nomenklatuře je doporučováno respektovat upravenou klasifikaci, kterou u nás zavedl Vedra a v roce 1990 Americká národní skupina pro výchovný program vysokého krevního tlaku“ (10, s. 97, příloha 3).

1.2.5 Diagnostická kritéria

Hypertenze je nejčastějším hlavním příznakem preeklampsie. Většinou se vyskytuje až po 20. týdnu gravidity. Za hypertenzi považujeme krevní tlak 140/90 a vyšší při dvou měřeních v rozmezí nejméně 6 hodin (neplatí pro těžké hypertenze).

Fyziologická proteinurie v graviditě je do 300 mg/24 hodin. Vyšší proteinurie u preeklampsie vzniká v souvislosti s poškozením glomerulů a snížením zpětné resorpce proteinů v tubulech.

Edémy vznikají při vazokonstrikci, při přesunu plazmy do tkání. Prvními příznaky bývají oteklé nártý a kotníky, nárůst hmotnosti, který může být prvním varovným znamením preeklampsie. Varovným signálem jsou otoky po ránu, například v oblasti obličeje, rukou a kolen. V tomto případě by ženy měla ihned navštívit svého gynekologa (10, 20).

Charakteristické pro preeklampsii jsou v laboratorním vyšetření: vzestup hladiny kyseliny močové (nad 320 mmol/l), vzestup hladiny kreatininu (nad 88 μ mol/l), hypoalbuminemie a pokles poměru albumin : globulin, trombocytopenie (pod 150 000/ml) (5).

Vyšetření sledovaná u těhotných žen s preeklampií při hospitalizaci (Příloha 4) (10).

1.2.6 Klinické příznaky a jejich závažnost

Jedním z klinických příznaků se jako první objevuje cefalea, která bývá v důsledku systémového poškození endotelu a manifestuje se také v CNS za přítomnosti vazospasmu.

Jako další příznak se může objevit epigastrická bolest, která může signalizovat zvýšené napětí jaterního pouzdra, které je způsobené subkapsulárními petechiemi, periportálními hemoragiemi, ischemickými infarkty, vznikem fibrinových trombů v jaterní mikrocirkulaci, v nejhorších případech rupturou subkapsulárního hematomu nebo rupturou jater. Bolest může vyzařovat i z pravého hypochondria.

K příznakům pozdních gestóz patří i poruchy vize, k nimž dochází následkem skotomů a fotofobie.

Změny na očním pozadí jako jsou vazospasmus a zvýšená periferní cévní rezistence, mají vliv na vzniku těhotenské hypertenzní retinopatie, edému papily a někdy dokonce ablace retiny.

Za přijatelný se považuje přírůstek hmotnosti těhotné ženy do 500 gramů za týden, a celkový hmotnostní přírůstek by se měl pohybovat okolo 12 kilogramů. Rychlejší přírůstek hmotnosti obvykle doprovází retenci tekutin a vznik edémů (1).

1.2.7 Indikace k ukončení těhotenství u preeklampsie

Indikace k ukončení těhotenství indukcí nebo císařským řezem se rozdělují ze strany matky nebo plodu.

Mezi indikace ze strany matky patří těžká preeklampsie, kdy se TK zvyšuje bez ohledu na hospitalizaci, klid na lůžku a intenzivní parenterální terapii; iniciální prodromy eklampsie jako je bolest hlavy, bolest v epigastriu či v pravém hypochondriu, poruchy vidění, zvracení, hyperreflexie; iniciální či rozvinuté stadium plicního edému, zvyšující se proteinurie, vzestup jaterních enzymů, stoupající hladina kyseliny močové v séru či kreatininu, abrupce placenty, příznaky rozvoje DIC, trombocytopenie, HELLP syndrom, závažná těhotenská retinopatie, po stabilizaci eklamptického záchvatu, či v následném kómatu .

K indikacím ze strany plodu se řadí známky ohrožení plodu – akutní či chronická hypoxie; známky IUGR plodu (10).

1.2.8 Specifika péče o ženu s preeklampsii

Ženy s touto diagnózou bývají hospitalizované. Při hospitalizaci mají klidový pohybový režim, jelikož při námaze protéká krev kosterním svalstvem a není jí nazbyt pro životně důležité orgány a pro placentu. Doporučuje se poloha laterální na levém boku, která napomáhá průtoku krve placentou a tím vede ke zvýšení glomerulární filtrace a dále ke zvýšení diurézy a snížení hmotnosti. Většinou ženy nemají žádné dietní opatření, jen se doporučuje těhotenská strava – dostatek ovoce, zeleniny, vlákniny, bílkovin. Omezování soli se nedoporučuje, protože by mohlo dojít k ještě většímu snížení objemu kolující tekutiny v cévním řečišti (13).

Mezi další specifika ošetrovateľskej péče o ženy s preeklampií patrí sledování krevního tlaku nejméně třikrát až pětkrát denně, měření je závislé na ordinaci lékaře.

Pokud vznikají edémy dochází k poklesu objemu tekutin v krevním řečišti neboli hypovolémii. Mezi prvními projevy si žena všimne náhlého zvýšení tělesné hmotnosti, později už otoky zpozoruje. Závažným ukazatelem jsou otoky v horní polovině těla. Ženy je popisují jako opuchlost obličeje nebo zařezávající se prsteny. Závažným ukazatelem je tzv. dolíčkování, což znamená, že po zatlačení oteklého místa zůstane dolíček, nejčastěji to bývá na dolních končetinách. Otoky se po porodu ztrácí. Porodní asistentka pozoruje a popisuje dynamiku změn. Pravidelně ženu váží, nejlépe před snídání, na stejné váze ve stejném oblečení. Sleduje lokalizaci otoku, hloubku dolíčku, zabarvení a teplotu. Mezi nejobjektivnější metodu měření otoků zařazujeme měření krejčovským metrem na stále stejném místě.

Další specifika ošetrovateľskej péče vedou porodní asistentku ke zjištění proteinurie. Proteinurie vzniká jako následek poškození ledvin z nedostatečného prokrvení. Přítomnost a množství bílkoviny v moči se sleduje pomocí diagnostických papírků nebo se vzorek moči posílá do biochemické laboratoře. Porodní asistentka musí poučit ženu o důkladné hygieně genitálu před odběrem středního proudu, nejlépe ranní moči, aby nebyl výsledek zkreslen případným vaginálním výtokem (13).

Často se vyšetřuje oční pozadí. Úkolem porodní asistentky je včas aplikovat jednu kapku (gtt) mydriatika do každého oka na rozkapání očí, aby bylo možné provést vyšetření očního pozadí.

Porodní asistentka dále sleduje bilanci tekutin, kdy poučí ženu o zapisování příjmu všech tekutin a připočítá k tomu případné infuze. Musí zajistit včasný odběr biologického materiálu. Sleduje stav plodu na CTG záznamu. Monitorování plodu se provádí pravidelně vždy podle ordinace lékaře. Podává ordinované léky a sleduje jejich nežádoucí účinky (13).

Pokud žena nemá přísný klid na lůžku, ale jen klid na lůžku, provádí si hygienu sama a pečuje i o vyprazdňování sama. Pokud má žena přísný klid na lůžku, pečuje o hygienu i o vyprazdňování porodní asistentka.

Je nutné pečovat i o psychologické, sociální a spirituální potřeby. Ženě někdy stačí, když si s ní porodní asistentka chvíli popovídá, necítí se být tak sama. Je potřeba zajistit návštěvy blízkých, aby měla žena kontakt se svojí rodinou (29).

1.2.9 Terapie preeklampsie v těhotenství

Při terapii preeklampsie se léčí hypertenze při zajištění dobré placentární perfúze. Dále je důležitá prevence křečí, vyrovnaná bilance tekutin, antihypertenzní a antikonvulzivní terapie a včasné ukončení gravidity. Je nutné pravidelně sledovat stav matky a funkce fetoplacentární jednotky (1, 10).

Hlavním důvodem antihypertenzní terapie je prevence komplikací ze strany matky (nitrolební krvácení, srdeční selhání, abrupce placenty) při dobrém průtoku krve placentou. Lékem první volby při terapii lehké preeklampsie zůstává stále ještě Metyldopa (Dopegyt), která má ale pomalý nástup účinku. Dále se ale stále více užívají kardioselektivní beta-blokátory bez vnitřní sympatomimetické aktivity – u nás Metoprolol (Vasocardin). Dále je možno používat i blokátory kalciových kanálů, především antagonisty kalcia nifedipinového typu I. generace, jejichž zástupcem je Nifedipin (Cordipin), který je vhodný především pro akutní potřebu snížení TK.

Při antihypertenzní léčbě těžké preeklampsie je užíván pro akutní stavy s nutností rychlého poklesu krevního tlaku Dihydralazin (Nepresol), méně často pak Labetalol (Trandate).

U těžké preeklampsie se zahajuje léčba profylaxí antikonvulzivy. Mezi antikonvulziva se řadí Magnesium sulfuricum a benzodiazepiny (Apaurin) (10).

1.2.10 Terapie preeklampsie za porodu

Terapie preeklampsie za porodu se neliší od terapie preeklampsie v těhotenství. Je kladen důraz na antihypertenzní a antikonvulzivní terapii. Dle způsobu vedení porodu je nutné zajistit kontinuální monitorování stavu plodu. Doporučuje se

miniheparinizace z důvodu prevence tromboembolických komplikací, a to až do stabilizace stavu (1).

Po porodu placenty je vždy nutné připojit revizi dutiny děložní, aby se důkladně vybavily částechy trofoblastu, na něž je toto onemocnění vázáno.

Jako prevence tromboembolických komplikací je doporučena miniheparinizace, podána před porodem a dále po 24 hodinách do stabilizace stavu (10).

1.2.11 Terapie preeklampsie v šestinedělí

Po porodu se obvykle postupně snižuje TK a dochází ke stabilizaci stavu. Medikamentózní antihypertenzní léčba bývá postupně snižována a dle hodnot TK popřípadě vysazena. Antikonvulzivní terapie Magnéziem by měla pokračovat do 48 hodin po porodu.

Propuštění ženy je možné až po stabilizaci jejího stavu. Je však nutná následná dispenzarizace. Za 6 týdnů po porodu by měla žena podstoupit kompletní vyšetření internistou – nefrologem, za 6 měsíců vyšetření renálních funkcí (1).

1.2.12 Komplikace preeklampsie

Nejzávažnější komplikace preeklampsie se vyvíjejí v mozku, v plicích, v ledvinách. Bývají postiženy i játra a dochází k poruše hemostázy. Ze specificky porodnických komplikací se nejčastěji objevuje abrupce placenty. Mezi nejčastější komplikace, které jsou dále popsány patří encefalopatie, eklampsie, respirační insuficience, nefropatie, hepatopatie – HELLP syndrom, poruchy hemostázy - DIC (12).

1.2.12.1 Encefalopatie

Patologicko-anatomické známky mozkového krvácení se vyskytují asi v 60 % všech probíhajících případů. U těžké preeklampsie se magnetickou rezonancí zjistí abnormální nález se specifickými ložisky uloženými hluboko v bílé hmotě. U eklampsie

lze touto metodou prokázat mnohočetné léze v šedé i bílé hmotě, edém kůry a krvácení a léze bazálních ganglií (12).

1.2.12.2 Eklampsie

Eklampsie je nejzávažnější komplikace preeklampsie charakterizovaná záchvatem tonicko-klonických křečí navazujícím na předchozí těžkou preeklampsii či může vzniknout náhle bez předchozích prodromů, která může ohrozit život matky i plodu. Může vypuknout ke konci těhotenství, v průběhu porodu či po porodu (1, 20).

Velmi vzácný je komatózní stav bez stádia křečí nazývaný eclampsia sine eclampsia, kde po prudkých bolestech hlavy následuje bezvědomí.

Příčinou eklampsie je nedostatečně léčená nebo vůbec neléčená preeklampsie (1).

Záchvat má 4 fáze: fáze prodromů, tonických křečí, klonických křečí a kóma.

Fáze prodromů je krátká a projevuje se drobnými záškuby obličejového svalstva, které připomínají chvění kolem očí, víček a úst. Záškuby se pak dále rozšiřují na horní končetiny (15).

Fáze tonických křečí může nastat již bez předchozího stádia prodromů. Tonické křeče postihují svaly hlavy, krku, hrudníku, břicha a horní končetiny. Žena ztrácí vědomí, nedýchá, hlava je zakloněná, trup je obloukovitě prohnutý, paže jsou přitaženy k hrudníku v „boxerském“ postavení. Žena je cyanotická nejprve v oblasti obličeje, postupuje na krk a trup. Fáze tonických křečí trvá asi půl minuty (18).

Fáze klonických křečí je charakterizována nekoordinovanými pohyby celého těla, žena chrčivě dýchá, je cyanotická, u úst má pěnu, někdy krvavou, pokud si poranila jazyk kousáním. Tato fáze trvá několik minut a pak žena upadá do kómatu (18).

Při fázi eklamptického kómatu žena upadá do hlubokého bezvědomí. Cyanóza přechází na celé tělo. Zornice jsou mydriatické, dochází k hyporeflexii, k hlubokému dýchání. Po probuzení má žena úplnou amnézii. Eklamptické kóma může trvat půl hodiny až hodinu i více. Nenásleduje-li správná léčba, může dojít k opakování záchvatu a nahromadění křečových period tzv. status eclampticus (10, 15).

Počet záchvatů udává zpravidla i prognózu. Čím se záchvatů vyskytuje více, tím je stav závažnější (15).

1.2.12.2.1 Specifika péče o ženu s hrozícím eklamptickým záchvatem

Je nutné, aby žena dodržovala klid na lůžku v laterální poloze na levém boku. Mělo by se jí zajistit tiché, klidné prostředí s tlumeným světlem, protože vyvolávajícím momentem pro vznik záchvatu může být záblesk, smýknutí lůžkem nebo silný zvuk. Doporučuje se omezení návštěv na jednu osobu po dobu asi 10 minut.

Je dobré si zajistit žílu zavedením intravenózního katétru a udržování jeho průchodnosti. Dále se doporučuje zavést permanentní močový katétr napojený na sběrný sáček pro kontrolu diurézy moči a zaznamenávat bilance tekutin. Porodní asistentka pečuje o průchodnost permanentního katétru a prevenci infekce, monitoruje vitální funkce ženy po 15 minutách a stav plodu většinou kontinuálně pomocí kardiotorografie. Lékař provádí kontroly pomocí ultrazvuku s dopplerem. Je nutné si připravit kyslík. Porodní asistentka zajišťuje hygienickou péči, péči o vyprázdnění, spánek a odpočinek.

Porodní asistentka uklidňuje pacientku a je jí pořád na blízku, nejen pro psychickou podporu, kterou žena v tomto stavu potřebuje, ale také proto, kdyby nastal eklamptický záchvat, aby mohla co nejdříve zasáhnout a informovat lékaře o zhoršení zdravotního stavu ženy (13).

1.2.12.2.2 Specifika péče o ženu při eklamptickém záchvatu

Hlavním úkolem porodní asistentky při eklamptickém záchvatu je zabránit zranění a obnovit zásobování plodu i matky kyslíkem. K tomu přispívá snaha udržet ženu v poloze na levém boku, při poruchách dýchání se provádí intubace ženy, která usnadní dýchání i odsávání sekretů a aplikaci kyslíku. Pokud žena nemá poruchy dýchání, dává se do úst „zakusovátko“ (dřevěná lopatka obalená mulem či gumového

klínu) jako prevence pokousání jazyka. Dále je nutné monitorování ozev plodu, sledovat postup porodu a aplikovat ordinované léky (13).

Při záchvatu porodní asistentka asistuje lékaři, dbá, aby se pacientka nezranila, personál se chová tiše a snaží se zachovat šero. Porodní asistentka zavede močový permanentní katétr. Po záchvatu pacientku kontroluje, nevzdaluje se, měří fyziologické funkce, kontroluje ozvy i celkový stav pacientky. Vše zapisuje do dekurzu. Stále ženu uklidňuje, ale důležitá je hlavně její přítomnost i to ženu psychicky uklidňuje.

K první pomoci při eklamptickém záchvatu má být na porodním sále pohotovostní balíček, který obsahuje obalenou špachtli pro prevenci poranění dutiny ústní, vzduchovod, Diazepam, který sestra aplikuje v dávce 5–10 mg intravenózně, MgSO_4 4–6 g/5 min., který se aplikuje rovněž intravenózně. Je nutno zavést nasogastrickou sondu pro prevenci aspirace, permanentní katétr na odvod moči a aplikovat pacientce kyslík. Porodní asistentka nejprve zajistí žíly zavedením periferních kanyl a zavolá lékaře. Záchvat tonicko-klonických křečí je jistou indikací k ukončení těhotenství císařským řezem (19).

Porodní asistentka zajišťuje hygienickou péči, péči o dutinu ústní, péči o močení nebo permanentní katétr. Sleduje celkový stav ženy a plní ordinace lékaře (13).

1.2.12.2.3 Terapie eklampsie

Při řešení eklamptického záchvatu spolupracuje porodník s anesteziologem. Je důležité udržet průchodnost dýchacích cest a dobrou oxygenaci, dále podání antikonvulzivní, antihypertenzní terapie a po rychlé stabilizaci vitálních funkcí ukončit těhotenství, protože těhotná je ohrožena udušením z křeče žvýkacího svalstva a zapadlým jazykem s možnou aspirací žaludečního obsahu při křeči bránice.

Postup při eklamptickém záchvatu začíná zajištěním dýchacích cest, aplikací kyslíku, pro prevenci poranění jazyka se dává mezi zuby gumový špalík či ovázaná špachtle mulem, následuje zajištění žilních přístupů zavedením periferních kanyl, aplikace MgSO_4 4-6 g/5 min. intravenózně, podává se Seduxen (Valium) 5-10 mg rovněž intravenózně, eventuálně opakovaně; dále se podává antihypertenzní terapie, kdy

se podá infuze s Nepresolem, zavede se pacientce močový permanentní katétr, dále nasogastrická sonda, je nutno zajistit temnou místnost, kontinuálně ženu i plod monitorovat a podle zdravotního stavu ženy i plodu event. ukončit těhotenství (10).

Neukončí-li se gravidita ihned, hrozí nebezpečí opakování záchvatu pro těhotnou (aspirace, krvácení do CNS). Proto po stabilizaci celkového stavu se gravidita ihned ukončuje císařským řezem (i v kómatu).

Po ukončení těhotenství a zvládnutí akutního stavu je žena sledována několik dnů na jednotce intenzivní péče, kde se pokračuje jak v antikonvulzivní, tak antihypertenzní terapii při monitorování základních životních funkcí.

Mezi nejzávažnější pro stav mateřského organismu patří eklampsie vzniklá po porodu (10).

1.2.12.3 Respirační insuficience

Jako komplikace preeklampsie může dojít k alveolární hypoventilaci, která vzniká na podkladě mozkových komplikací. Porucha v poměru ventilace a perfuze a také venózní zkratové prokrvení plic jsou u preeklampsie vyvolány nejčastěji nekardiogenním plicním edémem ze zvýšené cévní propustnosti. Respirační insuficience se může vystupňovat až k srdeční zástavě (12).

Léčbou respirační insuficience je oxygenoterapie, která má za cíl dosáhnout saturace kyslíku více než 90 % a PaO₂ nad 8 kPa, aniž by došlo ke zvýšení PaCO₂. Oxygenoterapie se provádí kyslíkovými brýlemi, nosním katétrem nebo obličejovou maskou. Další léčbou je umělá plicní ventilace s cílem zajistit alveolární ventilaci při uchování průchodnosti dýchacích cest. Porodní asistentka v rámci prováděné oxygenoterapie kontroluje správné uložení nosního katétru, kyslíkových brýlí a dodržování vhodné délky oxygenoterapie (14).

1.2.12.4 Nefropatie

Ledvinné komplikace jsou velmi časté. Mírné formy poškození však po porodu úplně vymizí. Vážnější poškození ledvin značí proteinurie $\geq 5\text{g}/24\text{ hod.}$, vyšší hladina kreatininu v séru $\geq 125\text{ }\mu\text{mol/l}$, pokles glomerulární filtrace, snížení filtrační frakce zejména ve skupině nemocných s velkou proteinurií.

Nefropatie může přejít až v selhání ledvin, které se vyvíjí na podkladě primární léze glomerulů a tubulů v důsledku vasokonstrikce a hypoxie, a na podkladě komplikací v jiných orgánech, jež vyvolávají prerenální zatížení. Selhání se může kombinovat s hepatopatií, eventuálně s encefalopatií (12). Terapie dle konkrétní nefropatie.

1.2.12.5 Hepatopatie – HELLP

HELLP syndrom je jednou z nejzávažnějších forem preeklampsie. Může mít vážné zdravotní následky pro těhotnou ženu i pro plod. Mezi nejvážnější komplikace se řadí u matky selhání ledvin, těžká porucha krevní srážlivosti a předčasné odloučení lůžka. Plod může být ohrožen následkem nedostatečného přísunu kyslíku, může být ohrožen jeho růst a vývoj. Dochází k vysrážení krve, která v játrech způsobuje zvýšení jaterních enzymů. Vysrážením krve klesá hladina destiček a zároveň dochází k rozpadu červených krvinek, které se rozbíjí o sraženiny. Typický laboratorní nález je hemolýza (H-hemolysis), zvýšení jaterních testů (EL- elevated liver enzymes) a pokles koncentrace krevních destiček (LP-low platelet count), což vysvětluje i název HELLP syndrom, poněvadž je složen v angličtině z jednotlivých písmen. Syndrom poprvé popsal v roce 1982 Weinstein. Patří sem i případy bez hemolýzy (ELLP syndrom) nebo bez poklesu počtu trombocytů (HEL syndrom) (3, 11, 25, 31).

HELLP syndrom se vyskytuje stejně jako preeklampsie na konci II. a III. trimestru. Může vzniknout až po porodu. Vrchol intenzity nemoci bývá nejčastěji 24 – 48 hodin po porodu (3, 11, 12).

Klinické projevy jsou shodné jako u preeklampsie, ale jsou odlišně vyjádřeny v čase, pořadí nástupu i síle. Hlavním příznakem je epigastrická bolest nebo bolest

v pravém hypogastriu a pravé podklíčkové krajině. Bolesti provázejí nauzea a zvracení. Někdy může být postižen i pankreas a bolesti jdou do zad a jsou mnohem silnější. Dále se přidává bolest hlavy, malátnost, únava. U 50 % případů nejsou žádné varovné klinické příznaky. U většiny případů se vyvine hypertenze a proteinurie závažnějšího stupně. Zákeřnost HELLP syndromu spočívá v tom, že od prodromálních příznaků do plného rozvoje uplyne velmi krátký časový úsek, někdy jen 48 hodin (3).

V průběhu HELLP syndromu se mohou objevit další komplikace jako je plicní edém, akutní selhání ledvin, ascites, abrupce placenty, ruptura subkapsulárního hematomu jater, DIC, eklampsie, IUGR plodu, hypoxie plodu, úmrtí matky (4).

1.2.21.5.1 Specifika ošetrovatelské péče o ženu s HELLP syndromem

Ženu s podezřením na HELLP syndrom je nutné hospitalizovat na pracovišti, kde je možná péče jak o ženu, tak i o novorozence (Perinatologická centra). Při léčbě HELLP syndromu je důležitý klid na lůžku, aplikace krystaloidů a albuminu, a sledování laboratorních testů. Do 34. týdne gravidity je nutné udělat indukci plicní zralosti plodu. K indukci plicní zralosti plodu se používá buď Betametazon 14 mg i.m. dvě dávky během 48 hodin, nebo Dexametazon 8 mg po 6 nebo 12 hodinách, celkem čtyři dávky. Pokud dojde ke zhoršení stavu rodičky či plodu je indikováno ukončení těhotenství císařským řezem v celkové intubační anestézii, protože aplikace lokálního anestetika je spojena s možností krvácení v místě vpichu (10, 13).

Porodní asistentka dohlíží na stav pacientky, všechny změny zaznamenává do dokumentace a hlásí lékaři. Pečuje o močový permanentní katétr, o vyprazdňování a pomáhá ženě s hygienickou péčí. Snaží se udržet klid na oddělení, aby mohla pacientka odpočívat. Ženu uklidňuje, je jí psychickou podporou. Pokud to stav ženy dovolí, lze zajistit ženě návštěvu blízké osoby (29).

1.2.12.5.2 Terapie HELLP syndromu

V léčbě HELLP syndromu je důležitá intenzivní spolupráce porodníka s internistou, neonatologem a anesteziologem.

Ke konzervativnímu léčení se přistupuje za předpokladu stabilního stavu matky, fetální nezralosti, chybí-li známky intrauterinní asfyxie, vyloučení DICu a je-li k dispozici porodnická, anesteziologická a neonatologická JIP.

Konzervativní postup zahrnuje stabilizaci stavu matky vzhledem k preeklampsii a k HELLP syndromu. Podávají se antihypertenziva dle krevního tlaku pacientky, $MgSO_4$, krevní deriváty, kortikoidy k indukci plicní zralosti plodu, může se provádět plazmaferéza, je vhodné podávat hepatoprotektivní dietu i hepatoprotektivní léky (12).

Mezi indikace k ukončení gravidity patří zejména známky rozvíjejícího se obrazu diseminované intravaskulární koagulace, abrupce placenty, eklampsie a hypoxie plodu (4).

1.2.12.6 Poruchy hemostázy – DIC - Diseminovaná trombocytopenická purpura

Koagulační komplikace nebývají u preeklampsie časté, ale prognosticky závažné. Může se objevit diseminovaná intravaskulární koagulace (DIC), tromboembolická nemoc a trombotická trombocytopenická purpura (12).

DIC patří mezi nejzávažnější a nejčastější život ohrožující komplikace. Diseminovaná intravaskulární koagulace je získaný rozvrat hemokoagulační rovnováhy charakterizovaný nekontrolovanou generací trombinové aktivity a dysregulací plazminové aktivity. Dochází k systémovému poškození endotelu, krevních destiček a rozvratu v plazmatickém koagulačním systému. Preeklampsie je jednou z příčin spouštějící DIC v graviditě (3,10).

Klinické příznaky jsou závislé na typu primárního onemocnění, rozsahu postižení a časovém průběhu – tempu koagulační konzumpce (3).

DIC má 4 stádia. První stádium je klinicky němé s hyperkoagulací. Druhé stádium přechází do hypokoagulace, krvácení z vpichů, chabá koagulace, trombózy

v mikrocirkulaci. Ve třetím stádiu je hypokoagulace s masivní fibrinolýzou, dochází k masivnímu krvácení z rány. Ve čtvrtém stádiu dochází až k orgánovému selhání v důsledku mikrotrombóz (4).

1.2.12.6.1 Specifika péče o ženu s DIC

Porodní asistentka plní ordinace lékaře, zajistí žílu k doplnění objemu cirkulace, objedná krev, podnikne opatření ke komplexní léčbě šoku, asistuje při operačních výkonech k zástavě krvácení. V průběhu léčby nabírá krev k laboratornímu vyšetření, podle kterého určí lékař další postup. Žena má klid na lůžku. Dále dohlíží porodní asistentka na stav pacientky, všechny změny zaznamenává do dokumentace a hlásí lékaři. Pečuje o močový permanentní katétr, o vyprazdňování a pomáhá ženě s hygienickou péčí. Ženu uklidňuje, je jí psychickou podporou. Pokud to stav ženy dovolí, lze zajistit ženě návštěvu blízké osoby (4, 29).

1.2.12.6.2 Terapie DIC

Při terapii DICu je důležitá identifikace a terapie primárního onemocnění, bez toho jsou všechny léčebné postupy neúspěšné. Vedle týmu porodníků a porodních asistentek se musí léčby účastnit též hematolog, internista a anesteziolog. Zásadou léčby je odstranit vyvolávající příčinu, regulovat generalizovanou trombinovou aktivitu a udržet homeostázu ve sféře koagulačního systému. (3, 10).

Preeklampsie vyvolává akutní formu DIC.

V terapii akutního syndromu DIC se rozlišují obecná terapeutická opatření, sanující celkový stav pacientky a speciální, které jsou zaměřena na kauzální terapii vlastní poruchy koagulace.

Mezi obecná opatření se řadí komplexní léčba šoku, doplnění objemu cirkulace, úprava vnitřního prostředí, širokospektrá antibiotika, operační výkony k zástavě krvácení.

Mezi speciální opatření patří podávání Heparinu – bolus 2500 jednotek, pak se pokračuje infuzí maximálně do 10 000 j./24 hod; Fibrinogenu 4–6 g v infuzi pak podle aktuálních hodnot; podání Antitrombinu III 500–1000 j. i.v. bolus, dále podle klinického nálezu laboratorních výsledků; mražená plazma 3 transfúzní jednotky čerstvé krve. U IV. stádia DIC se aplikuje inaktivátor kalikrein ke snížení fibrinolýzy – Trasylol (Antilyzin) 200 000–400 000 j. v infuzi výhradně podle indikace hematologa.

V průběhu terapie se průběžně kontrolují laboratorní testy ke stanovení dalšího postupu (4).

1.3 Edukace pacientek s gestózami

Edukace je celoživotní rozvíjení osobnosti pomocí působení formálních výchovných institucí a neformálního prostředí. Cílem edukace je osvojení si nových poznatků, získání nových zručností a vědomostí. Je třeba si uvědomit, že se informace na pacientku řítí ze všech stran. Ne vždy však umí pacientka s takto získanými informacemi správně zacházet. Edukace je nepostradatelnou součástí léčby pacientky. Poučená pacientka bývá dobře spolupracující pacientka (7).

Edukace musí být jednoduchá, aby pacientka pochopila, co jí chceme sdělit, citlivá dle emocionálního stavu pacienta a informace by se měly opakovat, aby si je pacientka lépe pamatovala. K edukaci má být specificky připravené prostředí, aby pacientku nijak nerozptylovalo – správné osvětlení, teplota a bezhlučnost. Je nutné zajistit intimitu. Jazyk edukace má být jednoduchý, srozumitelný, přiměřený vzdělání a intelektu. Porodní asistentka by měla edukovat od základního k podrobnému a od jednoduchého ke složitému. Dále by měla být edukace názorná (7, 31).

Můžeme edukovat pomocí různých metod. Metody edukace jsou individuální, kam se řadí rozhovor a konzultace, metody skupinového působení, kam spadá diskuze, přednáška a beseda a metody hromadného působení, kam můžeme zařadit noviny, rozhlas, televize a různá centra podpory zdraví (7).

Je dobré edukovat nejen ženu samotnou, ale i její rodinu, aby se jí mohla během nemoci přizpůsobit. Nejlepší formou edukace pro celou rodinu by byla přednáška

s diskuzí na konci. A pro ženu samotnou by bylo dobré přidat ještě rozhovor, kde by mohla žena vyjádřit své pocity a myšlenky bez ostychu před ostatními a nebo udělat besedu pro ženy s gestózou, kde by si mohli ženy sdělit navzájem své pocity a zkušenosti (7).

Žena s gestózou by měla být edukována od porodní asistentky v oblasti výživy, pohybového režimu, polohy na lůžku, celkové životosprávy a o prováděných vyšetřeních. Informace by neměly být všechny najednou, ale postupně, aby si to žena pamatovala. Porodní asistentka by měla dát pacientce prostor na otázky, aby se žena mohla zeptat, co jí zajímá (13).

1.4 Potřeby člověka

Lidské potřeby jsou nezbytné, prospěšné a velmi úzce souvisí s kvalitou a zachováním našeho života (27).

Každý člověk má jedinečné vlastnosti a potřeby. Lidské potřeby jsou určeny společenskými podmínkami života, jejich vývoj vychází z podmínek života, je určován společenskými vztahy a místem, které určitý člověk v soustavě těchto vztahů zaujímá (9).

Potřeby člověka vyplývají buď z nedostatku nebo přebytku něčeho. Cílem lidské snahy je uspokojování potřeb. Neuspokojené potřeby mají za následek neklid, strach, pocity ohrožení a narušení jednoty organismu (24).

Potřebami se rozumí vlastnosti organismu, které mu dávají podnět k vyhledávání podmínek nezbytných k životu a vyhýbání se podmínkám, které by ho poškodily (24).

„Potřeba je stav nedostatku nebo nadbytku něčeho zcela konkrétního a pro člověka jednoznačně důležitého“ (33, s. 32).

Potřeba je stav odchylky od normy, kterou si určuje sám člověk, po které touží, která mu vyhovuje a kterou sám pro sebe považuje za nejlepší.

Nastalou potřebu doprovází celkové napětí a snaha co nejdříve, co nejlépe potřeby uspokojit. Člověk začne jednat a vyvine konkrétní činnost, aby dosáhl uspokojení potřeby (33).

Každý jedinec vyjadřuje a uspokojuje potřeby svým originálním způsobem, určitý způsob motivovaného chování se projevuje zcela individuálně. Všichni lidé mají stejné potřeby, každý jim však přikládá vlastní důležitost a uspokojuje je vlastním způsobem. Lidské potřeby se vyvíjejí a kultivují odlišně v průběhu života (29).

Pravidelné a plynulé naplňování potřeb přináší pocit klidu a štěstí. Opakované a dlouhodobé nenaplňování naopak vede k nesouladu a neshodám, mění chování jedince a poškozuje ho. Nenaplnění potřeby postihne občas každého. Jednotliví lidé se od sebe ale liší schopností snášet rozdíly mezi skutečností a vlastním přáním (33).

Typickým znakem moderního ošetřovatelství je cílené hodnocení a uspokojování potřeb zdravého a nemocného člověka, které se realizuje přes ošetřovatelský proces (29).

1.4.1 Klasifikace potřeb

Pojem potřeba vyjadřuje jednak nedostatky biologické, jako je nedostatek jídla nebo odpočinku, a jednak nedostatky v sociálním životě člověka, jako potřeba lásky nebo zázemí. Některé sociální potřeby mají biologický základ (29).

Potřeby člověka mohou být členěny z několika pohledů.

Podle významu pro život můžeme potřeby rozdělit na primární (základní) a sekundární (vyšší) potřeby. Uspokojování primárních potřeb je nezbytné pro zachování samotného života, jedná se o potřeby biologické, jako je dostatek vzduchu a potravy, dostatečný spánek a odpočinek. Mezi základní potřeby můžeme zařadit i potřebu bezpečí. Naplnění potřeb sekundárních pak činí život pestřejší a příjemnější. Přináší do života obohacení, uspokojení, seberealizaci, potřebu společenských interakcí a lásky, potřebu kulturnosti.

Podle obsahu můžeme potřeby rozčlenit na fyziologické, psychické, sociální a spirituální. Potřeby fyziologické jsou potřebami základními, jsou synonymem

k potřebám primárním. Potřeby psychické vycházejí z individuálního vnímání okolního světa, ze schopnosti a síly vnímat a zpracovávat podněty k našemu jednání a chování. Jedná se o potřeby uspokojování vývoje osobnosti, potřebu jistoty a bezpečí, potřebu orientovat se v okolí, potřebu s okolím komunikovat a být s ním v interakci, potřebu milovat a být milován. Potřeby sociální jsou potřebami dostatku informací o sobě a okolním světě, potřeby péče o zdraví, ekonomického zajištění, potřeby sounáležitosti s určitou lidskou skupinou. Jsou naplňovány aktivitou a prožitky. Potřeby spirituální se týkají oblasti duchovního života a religiozity. Jsou to potřeby týkající se víry a vyznání (27).

1.4.2 Hierarchie potřeb podle Abrahama Maslowa

Humanista a psycholog A. Maslow se zabýval problematikou lidských potřeb a motivacemi které vedou k jejich naplnění (27).

Maslow vytvořil teorii motivace, ze které vychází později jeho hierarchická teorie potřeb. Dle Maslowa má každý jedinec individuální systém motivů, který je vzestupně uspořádán, protože některé z motivů jsou silnější než jiné a některé z těch silných jsou nejsilnější. Jeho model zahrnuje fyziologické i psychologické potřeby, které hodnotí podle jejich významu pro přežití jednotlivce (29).

Maslowových pět kategorií úrovní potřeb a jejich hierarchické uspořádání zahrnuje fyziologické potřeby, potřeby jistoty a bezpečí, potřebu lásky a příslušnosti, potřebu sebeúcty a seberealizace.

Lidé po celý svůj život usilují o zabezpečení svých potřeb na všech úrovních. Dominantní potřeby na jednotlivých úrovních se ale mohou lišit v průběhu života. Lidé se v průběhu života stále mění a vyvíjejí se. Pokud se lidská potřeba uspokojí, člověk si ji dále neuvědomuje. Potřeby se mohou splnit úplně, částečně, nebo se nemusí splnit vůbec. Člověk se většinou svým konáním snaží vytrvale svoje potřeby uspokojovat.

Mezi základní fyziologické potřeby Maslow zařazuje vzduch, potravu, vodu, přístřeší, odpočinek a spánek, činnost a udržování teploty. Jsou to potřeby nezbytné pro zachování života. Osoba která nemá delší čas tyto potřeby uspokojeny, zaměřuje na

jejich saturaci veškeré své úsilí. Když člověk dosáhne splnění fyziologických potřeb, objevuje se potřeba bezpečí v jeho prostředí. Tato potřeba má dvě stránky: fyzikální a psychologickou. Osoba chce být v bezpečí a cítit se v bezpečí, fyzickém i citovém. Třetí úroveň potřeb, potřeba lásky, náklonnosti a příslušnosti se vynořuje, pokud jsou uspokojeny dvě předchozí. Potřeba lásky zahrnuje její poskytování i přijímání. Mezi potřeby příslušnosti patří dosáhnoutí místa ve skupině, založení rodiny. Čtvrtou úrovní je potřeba úcty a ocenění. Člověk potřebuje sebeúctu stejně jako ocenění od druhých. Pokud se uspokojí potřeba ocenění, člověk usiluje o seberealizaci. V ní si jedinec uvědomuje svůj plný potenciál, svůj život řídí sám, je autonomní (16).

1.4.3 Potřeby hospitalizovaných těhotných žen s gestózami v nemoci

Těhotné ženy přichází do zdravotnického zařízení za účelem diagnostiky nebo léčby onemocnění. Společným zájmem nemocných pacientek i zdravotníků je návrat ke zdraví. Pro uzdravení nemocných pacientek je třeba vedle dodržování léčebného režimu i uspokojování základních fyzických potřeb. Na uzdravovací proces má příznivý vliv i dobrá psychická pohoda nemocné ženy. Vedle biologických potřeb by měly mít nemocné satureovány i potřeby jistoty a bezpečí, sociálního kontaktu, úcty, dále potřeby estetické a poznávací. Neměli bychom také zapomínat na potřeby spirituální (29).

V době nemoci jsou u člověka zachovány v plné míře dosavadní somatické potřeby. Změny nastávají tam, kde se některé z potřeb stávají více naléhavými, mění se podmínky a způsob jejich saturace. Nemocné je nedávají najevo obvyklým způsobem, případně je dávat najevo se jim nechce nebo to neumí.

K významným změnám dochází hlavně v oblasti psychických a sociálních potřeb.

Nemocné jsou díky nemoci vytrženy ze svého sociálního i materiálního prostředí, mají porušené denní rytmy a zvyklosti, musí používat nové vzorce chování. Dostávají se do situací, které se zcela vymykají jejich dosavadnímu životnímu stylu. Jejich dosavadní jistoty jsou ohroženy a ony samy se začínají cítit také ohroženy.

Pro každého člověka je nemoc těžkou situací, ve které potřebuje pomoc (33).

Posouzení uspokojení biologických potřeb je většinou objektivní, ale může být i subjektivní pro nemocné pacientky. Posouzení, zda byla saturována potřeba psychologická je hodnocením subjektivním, objektivně ji lze těžko posoudit.

Na uspokojování potřeb člověka má vliv celá řada faktorů, patří mezi ně nemoc a okolnosti, za kterých nemoc vzniká, individualita člověka, mezilidské vztahy i vývojové stádium člověka (29).

1.4.4 Úloha zdravotnického personálu při naplňování potřeb

Léčebná i ošetrovatelská péče musí být zaměřena na uspokojování všech primárních i sekundárních potřeb v plném rozsahu, tak jak je klientky prezentují a jsou schopné je přijmout (28).

Důležité je nalezení cesty ve vztahu ke klientce, která je základem porozumění jejím potřebám i jejich následného naplnění. Zdravotnický personál by měl chápat pacientku jako holistickou bytost, jako bytost bio-psycho-sociální a spirituální. Měl by také dobře znát potřeby člověka, aby mohl být správně veden k jejich pochopení a uspokojení.

Potřeby pacientek by měly být uspokojovány postupně, v pořadí podle důležitosti, kterou jim klientka přikládá. Vždy, pokud je to možné, by měly být řešeny nejdříve problémy s prioritním významem pro klientku (29).

Prioritou ošetrovatelské péče by mělo být uspokojování potřeby jistoty, bezpečí a nezávislosti nemocného. Další prioritou je podpora terapeutických procesů, do nichž by měl být klient aktivně zapojován. Pro naplnění těchto cílů je dobré požádat o spolupráci i klientčinu rodinu. Pacientky by měly mít dostatek adekvátních informací o své nemoci a její léčbě. Nejistota a nedostatek informací brání naplňování primárních i sekundárních potřeb (28).

1.5 Ošetrovatelský proces na oddělení rizikového těhotenství – model Oremové

Ošetrovatelský proces je základem ošetrovatelské péče, účinnou metodou usnadňující klinické rozhodování a řešení problematických situací.

Ošetrovatelský proces vyžaduje systematické shromažďování údajů o pacientkách a jejich problémech (anamnéza), rozpoznání problému (diagnostika), plánování, realizaci a hodnocení. Všechny jmenované činnosti, spolu úzce souvisejí a vytváří neustálý koloběh myšlení a jednání (6).

Nejvhodnější model na oddělení rizikového těhotenství je koncepční model Oremové, který je založen na deficitu sebepéče. Cílem tohoto modelu je dosažení sebepéče u klientky tak, aby dosáhla optimálního zdravotního stavu a pomoc klientce s deficitem sebepéče (Příloha 5).

Sebepéče je zaměřena na 6 základních oblastí. První oblast zahrnuje dostatečný a pravidelný příjem potravy, vody a vzduchu. Druhá oblast se zaměřuje na uspokojivé funkce vylučování moči, stolice a potu. Do třetí oblasti spadá rovnoměrné rozložení činnosti a odpočinku. Čtvrtá oblast se zabývá rovnováhou mezi samotou a společenskou interakcí. Do páté oblasti se zahrnuje rovnováha mezi bezpečím, jistotou a hrozícím nebezpečím. Šestá oblast se zabývá normálním bytím, existencí a blahem (tendence přizpůsobení se normě) (2).

Pokud je klient soběstačný, provádí sebepéči sám prostřednictvím vlastního chování a činností, jež vedou k dosažení pohody a zdraví. Pomoc prostřednictvím ošetrovatelské péče potřebuje, pokud dojde k deficitu sebepéče. Deficit sebepéče se dle Oremové může vztahovat ke změnám ve fyzické struktuře, ve fyziologických funkcích a v chování člověka. Schéma modelu (Příloha 5).

Ošetrovatelské zásahy u tohoto modelu vychází z 5 všeobecných způsobů, které jsou: vykonat za někoho, vést, podporovat, poskytovat prostředí pro rozvoj a učit (2).

Jádrem modelu jsou koncepty, které se řadí do 6 skupin. Za prvé jsou to požadavky na péči o sebe sama, které se dělí ještě dále na univerzální, vývojové a terapeutické požadavky. Do univerzálních požadavků spadá šest oblastí sebepéče popsaných výše. Vývojové požadavky jsou potřeby spojené s růstem, nynější životní

fází a její přechod do fáze následující, krizové situace nebo události, které naruší růst a vývoj jedince. Terapeutické požadavky obsahují vědomosti o diagnostických, léčebných, rehabilitačních postupech a život s trvalými projevy nemoci.

Druhý koncept se zabývá schopností starat se sama o sebe, kdy jedinec má vrozené a získané schopnosti starat se o sebe sama, musí být schopen regulovat své chování, odhadnout přiměřené aktivity, je schopný sebeřízení.

Třetí koncept se zaměřuje na sebepečí, kdy člověk vykonává konkrétní chování, které realizuje ve prospěch své existence, zdravého vývoje a zdraví.

Čtvrtý koncept se zabývá deficitem sebepečí, který nastává v situaci, kde jsou vztahy mezi působením péče o sebe a požadavky neadekvátní. A to je důvod na poskytnutí ošetřovatelské péče.

Pátý koncept zahrnuje ošetřovatelské činnosti. Ošetřování vykonávají sestry, které jsou oprávněné a schopné tuto činnost vykonávat. Mezi faktory ovlivňující ošetřování patří zdravotní stav, věk, vývojové období, pohlaví a životní zkušenosti. Ošetřovatelské činnosti obsahují aktivity zaměřené na péči a aktivity zaměřené na péči o sebe.

Šestý koncept obsahuje ošetřovatelské systémy, které se dále dělí na podpůrně-výchovný ošetřovatelský systém, částečně kompenzující ošetřovatelský systém a úplně kompenzující ošetřovatelský systém. V podpůrně-výchovném ošetřovatelském systému jsou činnosti sestry zaměřeny na dosažení sebezaopatření a regulaci činnosti sebezaopatření. V částečně kompenzujícím ošetřovatelském systému jsou činnosti sestry: vykonávat sebezaopatřovatelské činnosti, kompenzovat sebezaopatřovatelské omezení nemocných, pomáhat nemocným, jak je to nevyhnutelné, regulovat činnosti sebezaopatřování, dále má určené činnosti i pacient, kam patří vykonávání sebezaopatřovatelské činnosti, regulace činnosti sebezaopatřování a akceptace péče a pomoc ze strany ošetřujících sester. Činnosti sester v úplně kompenzujícím ošetřovatelském systému jsou dosažení terapeutických sebezaopatření nemocných, kompenzace neschopnosti nemocných vykonávat sebezaopatření a podpora a výchova nemocného klienta (26).

Výsledkem ošetrovatelských činností je dosažení optimální úrovně klientovy sebedpěče (2).

2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíle práce

Cíl 1

Zjistit, zda ženy s gestózou potřebují specifickou ošetrovatelskou péči.

Cíl 2

Zjistit informovanost žen s gestózou o svém onemocnění

2.2 Hypotézy

Hypotéza 1

Ženy s gestózou potřebují specifickou ošetrovatelskou péči.

Hypotéza 2

Těhotné ženy s gestózou mají informace o svém onemocnění.

3. METODIKA

3.1 Použitá metoda

Pro získání potřebných dat k dané problematice bylo použito kvantitativního výzkumu technikou dotazníků. Byly použity dva druhy dotazníků. Jeden je určen porodním asistentkám. Obsahuje 19 otázek. Přičemž první 4 otázky jsou identifikační, další otázky se vztahují na specifika ošetrovatelské péče .

Druhý dotazník je určen těhotným ženám s gestózou. Obsahuje 23 otázek. I zde byly v úvodu použity 3 identifikační otázky. Další otázka zjišťuje, na jakém oddělení jsou ženy s gestózou hospitalizované. Další část položek zkoumá, jak jsou ženy informované o svém onemocnění a zásadách životosprávy.

V obou dotaznících byly využity polootevřené a uzavřené otázky, u některých bylo možno označit více odpovědí. V dotazníku pro těhotné ženy s gestózou byly použity tzv. filtrační otázky, proto bychom chtěli upozornit, že v každé popisce grafu je uveden počet respondentů.

Získaná data byly uloženy a vyhodnoceny graficky v programu Microsoft Excel.

3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

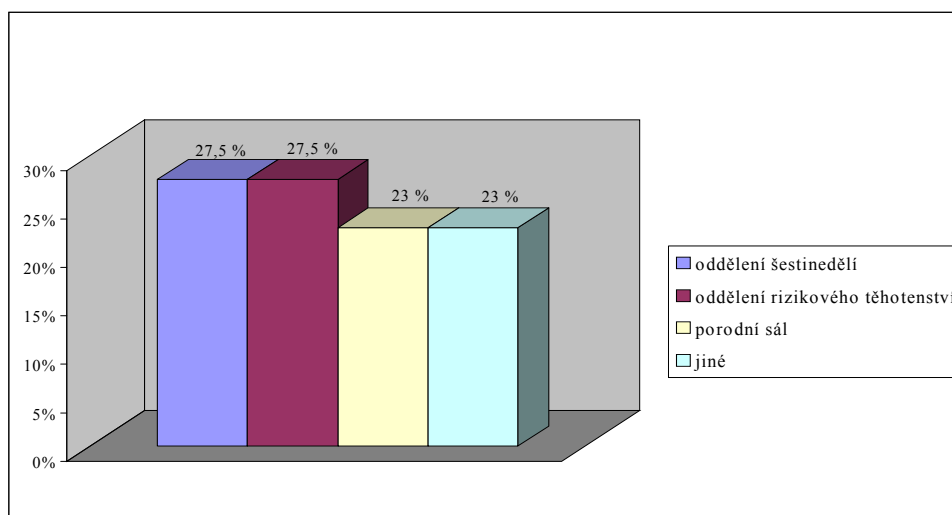
Jeden výzkumný soubor je tvořen porodními asistentkami z nemocnice Písek, a.s., České Budějovice, a.s., Jindřichův Hradec, a.s. Bylo rozdáno celkem 60 dotazníků, vrátilo se 41 dotazníků. Návratnost činila 68,3 %. Z toho 1 dotazník musel být pro neúplnost vyřazen, tudíž bylo zpracováno 40 dotazníků.

Druhým výzkumným vzorkem jsou těhotné ženy s gestózou hospitalizované v nemocnici Písek, a.s. a České Budějovice, a.s. Těm bylo rozdáno 50 dotazníků, vrátilo se 42 dotazníků. Návratnost činila 84 %. Z toho 3 dotazníky musely být pro neúplnost vyřazeny, tudíž bylo zpracováno 39 dotazníků. Sběr dat k této práci probíhal od ledna do července roku 2007. Celkový počet respondentek činil 79 (100 %).

4. VÝSLEDKY

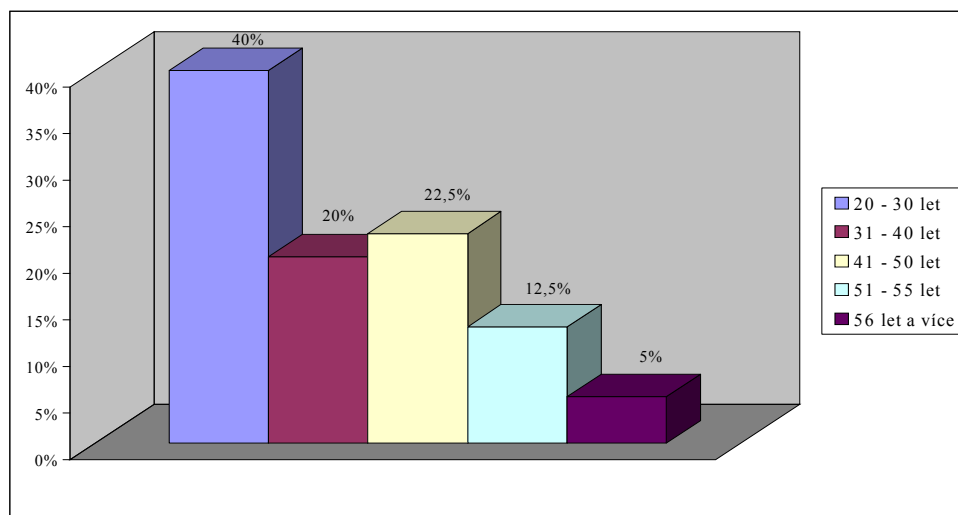
4.1 Analýza výsledků z dotazování porodních asistentek

Graf 1 Současné pracoviště respondentek



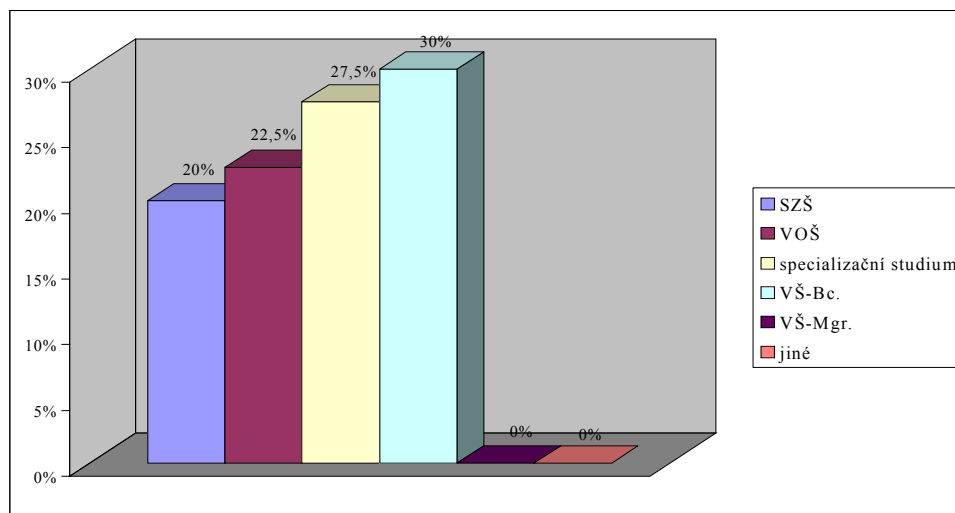
Výsledky jsou ze souboru 40 (100 %) respondentek. 11 (27,5 %) dotázaných žen pracovalo na oddělení šestinedělí, na oddělení rizikového těhotenství též 11 (27,5 %) respondentek, 9 (22,5 %) porodních asistentek bylo z porodního sálu a možnost na jiném oddělení vyplnilo 9 (22,5 %) dotázaných žen, které pracovaly na gynekologickém oddělení.

Graf 2 Věk respondentek



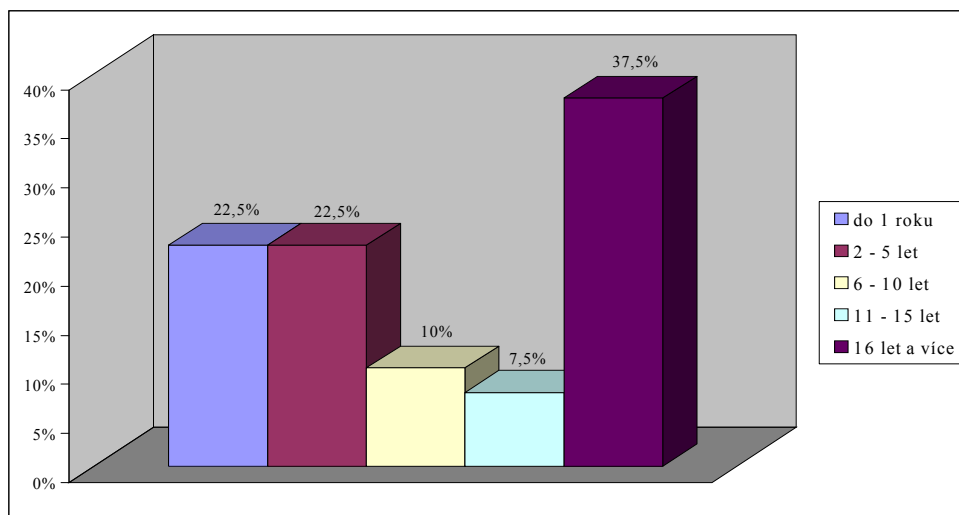
16 (40 %) dotázaných žen bylo ve věku 20 až 30 let, v rozmezí 31 až 40 let odpovědělo 8 (20 %) respondentek, 9 (22,5 %) dotázaných žen tvoří věkovou skupinu 41 až 50 let, ve věkovém rozmezí 51 až 55 let odpovědělo 5 (12,5 %) porodních asistentek a 2 (5 %) respondentky byly ve věku nad 56 let.

Graf 3 Vzdělání respondentek



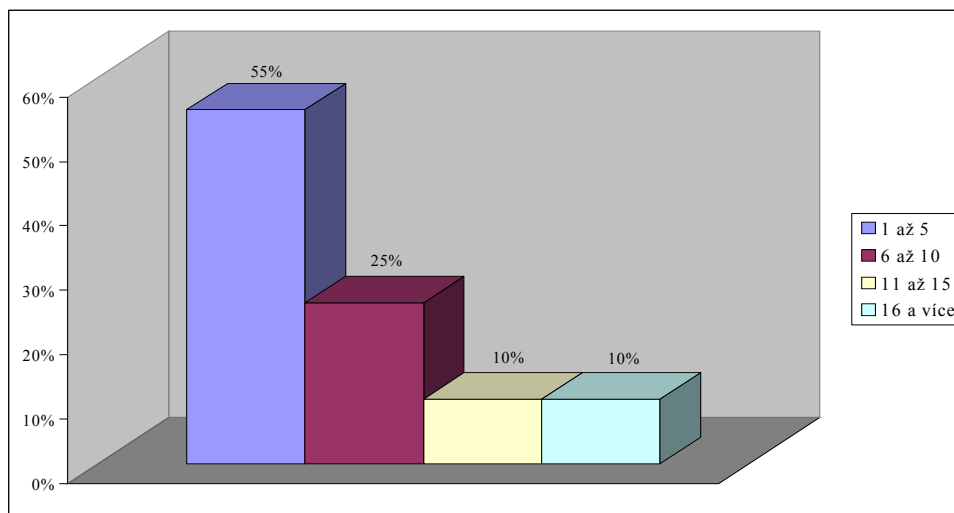
8 (20 %) respondentek má středoškolské vzdělání ukončené maturitní zkouškou, 9 (22,5 %) porodních asistentek má vyšší odborné vzdělání, 11 (27,5 %) žen má specializační studium, 12 (30 %) respondentek má dosaženo bakalářského studia, žádná z respondentek nedosáhla magisterského studia a žádná z dotazovaných nevyplnila možnost „jiné“.

Graf 4 Délka praxe porodních asistentek



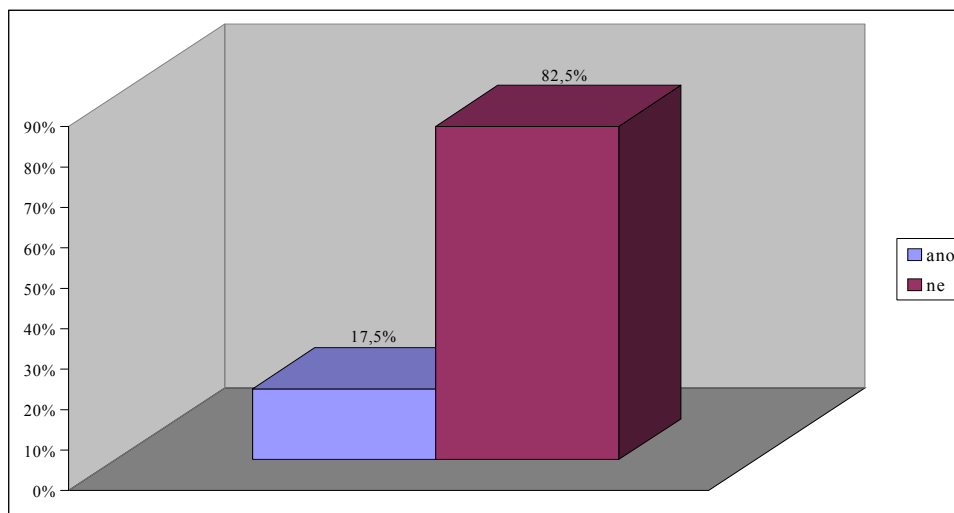
9 (22,5 %) respondentek udalo, že jejich délka praxe je do 1 roku, 9 (22,5 %) odpovědělo 2 až 5 let, 4 (10 %) porodní asistentky mají praxi 6 až 10 let, u 3 (7,5 %) dotázaných žen je délka praxe 11 až 15 let a 15 (37,5 %) respondentek má délku praxe déle než 16 let.

Graf 5 Četnost žen hospitalizovaných na gyn. por. oddělení za jeden měsíc



22 (55 %) porodních asistentek odpovědělo, že je u nich na oddělení hospitalizováno za měsíc 1 až 5 těhotných žen s gestózou, 10 (25 %) respondentek udalo 6 až 10, 4 (10 %) dotázané ženy vybraly možnost 11 až 15 a 4 (10 %) udaly více jak 16 těhotných žen s gestózou za měsíc.

Graf 6 Speciální dieta u ženy s gestózou



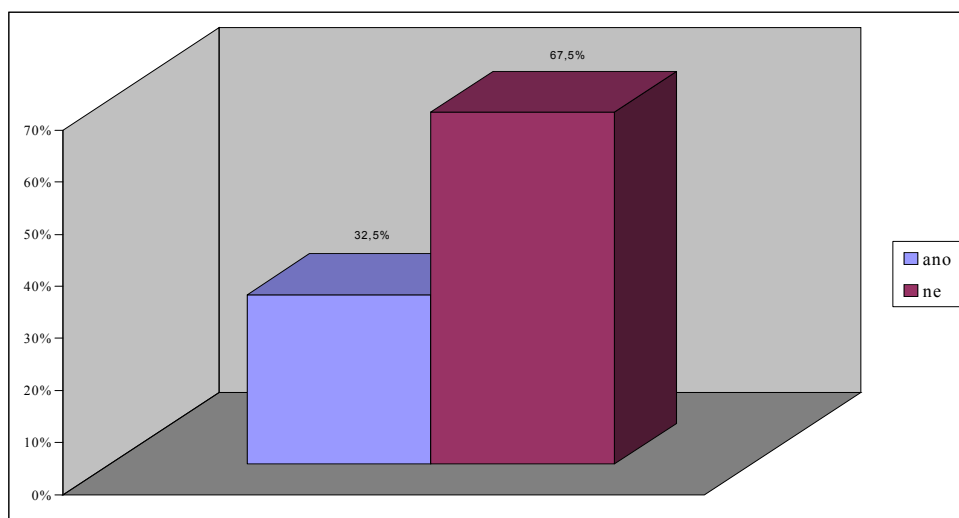
Podle 7 (17,5 %) respondentek mají ženy s gestózou speciální dietu, podle 33 (82,5 %) porodních asistentek ženy s gestózou speciální dietu nemají.

Tabulka 1 Rozdělení diety dle onemocnění

Onemocnění	D č. 2	D č. 4	D č.10	D č.11
Hyperemesis gravidarum	3	4	-	-
Hypertenze	2	-	5	-
Preeklampsie	6	-	-	1

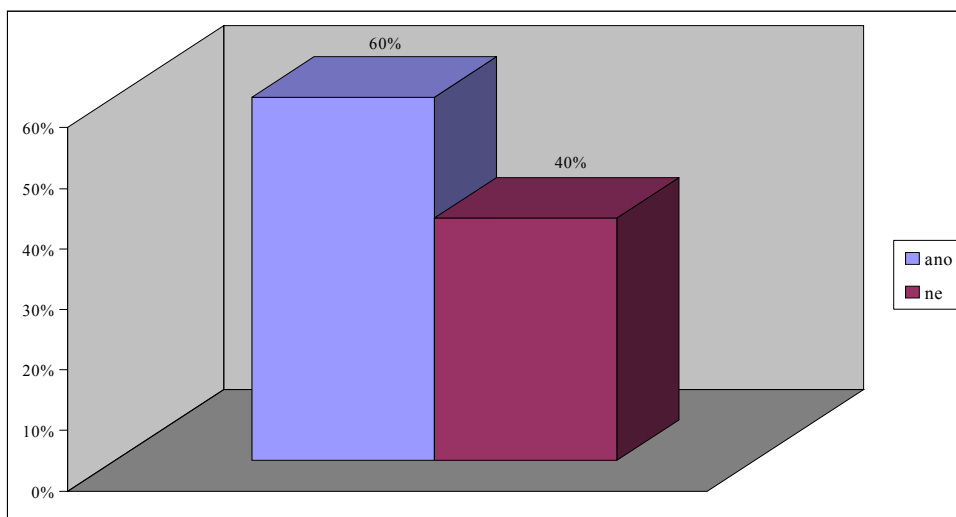
7 respondentek si myslelo, že ženy s gestózou mají speciální dietu a proto doplnily jakou. U hyperemesis gravidarum si myslí 3 ženy, že se dává dieta č.2 – šetřící, a 4 ženy dieta č. 4 – s omezením tuků. U hypertenze by dávaly 2 respondentky dietu č.2 – šetřící a 5 porodních asistentek dietu č.10 – neslanou. U preeklampsie se podle 6 porodních asistentek dává dieta č.2 šetřící a podle 1 respondentky dieta č.11 – výživná.

Graf 7 Měření bilance tekutin



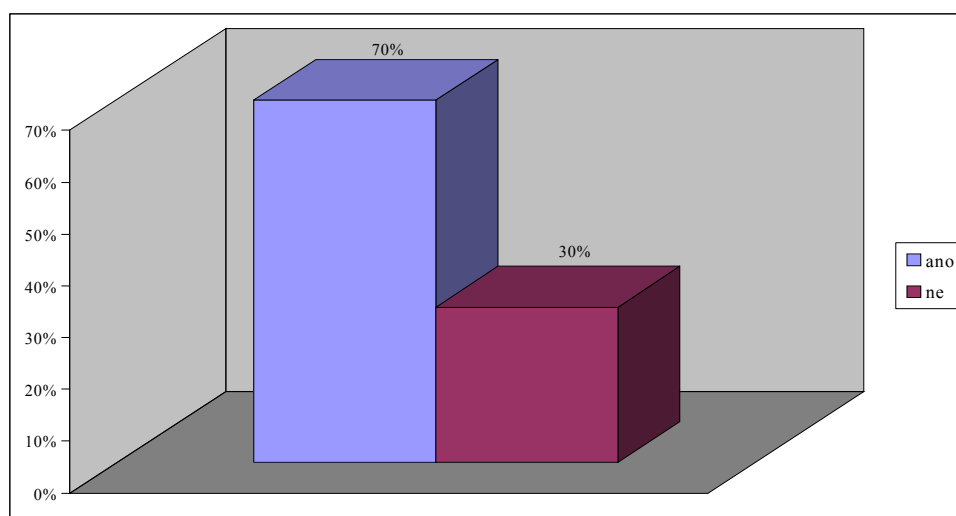
13 (32,5 %) respondentek odpovědělo, že u žen s gestózou měří bilanci tekutin pravidelně a 27 (67,5 %) dotázaných porodních asistentek odpovědělo, že bilanci tekutin u žen s gestózou pravidelně neměří.

Graf 8 Vyšetření moče (clearance creatininu)



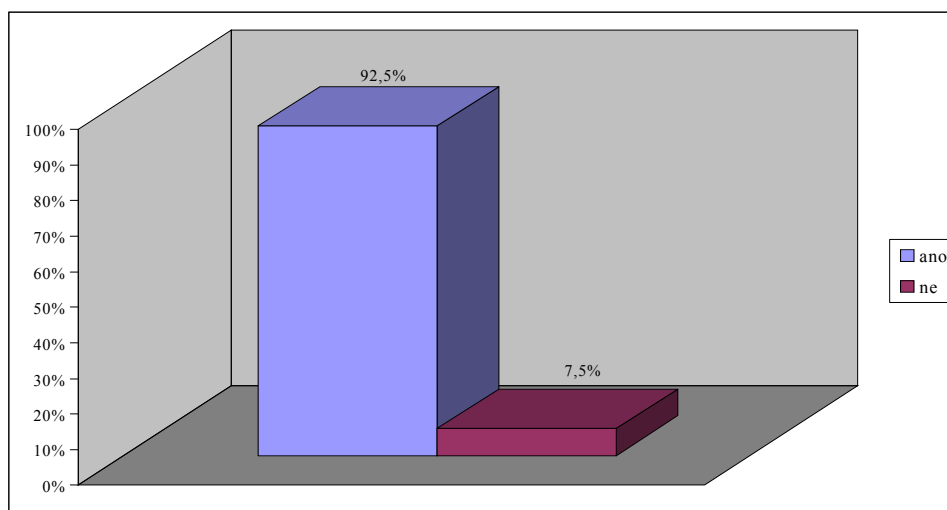
24 (60 %) respondentek provádí vyšetření clearance creatininu, 16 (40 %) porodních asistentek toto vyšetření neprovádí.

Graf 9 Pravidelné orientační vyšetření moči indikačním papírkem na proteinurii



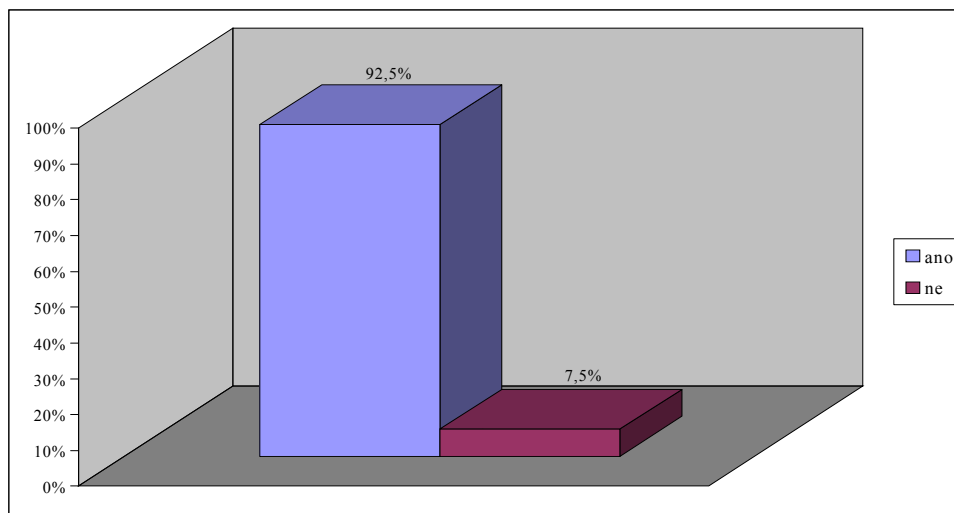
28 (70 %) dotázaných žen provádí orientační vyšetření moči indikačním papírkem na proteinurii pravidelně, 12 (30 %) respondentek toto vyšetření pravidelně neprovádí.

Graf 10 Pravidelné vyšetření UZ plodu na gyn. por. oddělení



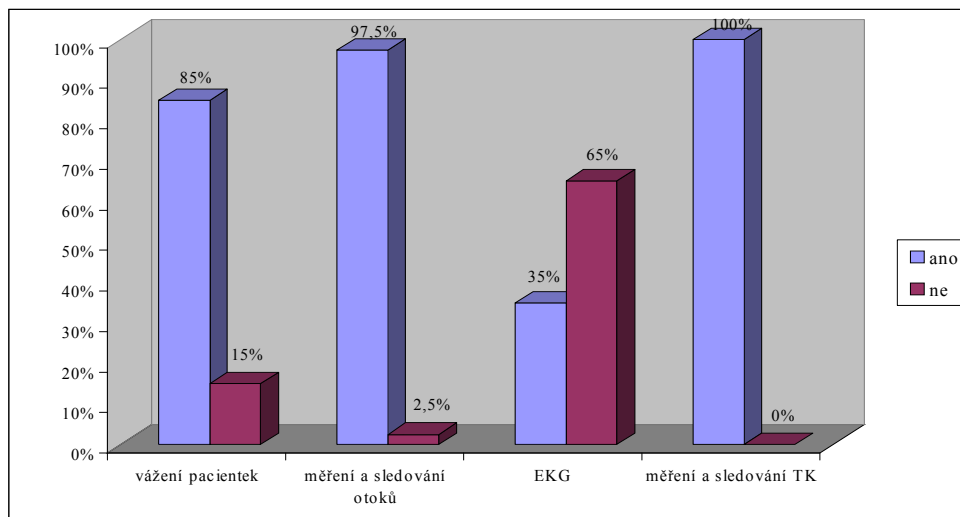
37 (92,5 %) dotazovaných porodních asistentek odpovědělo, že UZ plodu se provádí pravidelně a 3 (7,5 %) respondentky udaly, že se UZ plodu neprovádí pravidelně.

Graf 11 Pravidelné vaginální vyšetření na gyn.por. oddělení



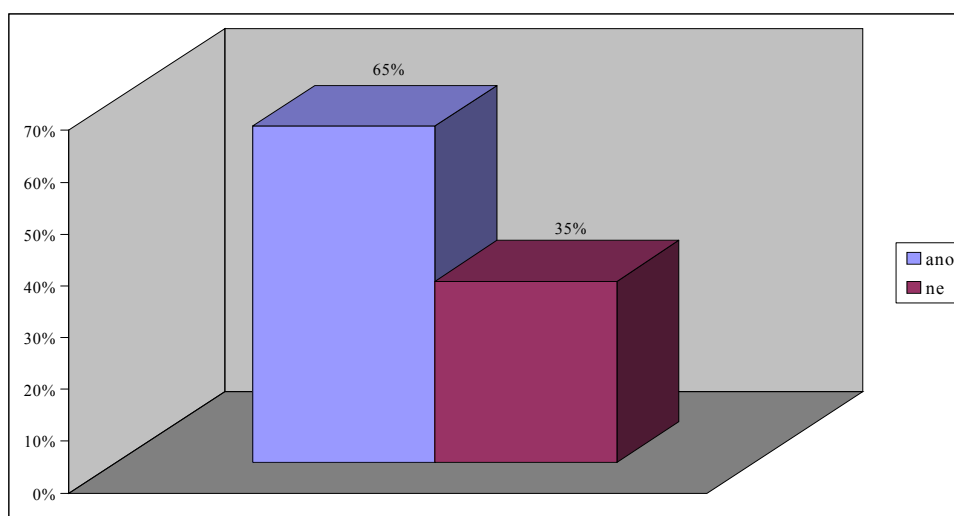
Vaginální vyšetření u žen s gestózou se provádí na gynekologicko porodnickém oddělení pravidelně, udalo 37 (92,5 %) porodních asistentek a 3 (7,5 %) respondentky odpověděly, že se neprovádí pravidelně.

Graf 12 Pravidelná sledování v ošetrovatelské péči u žen gestózou



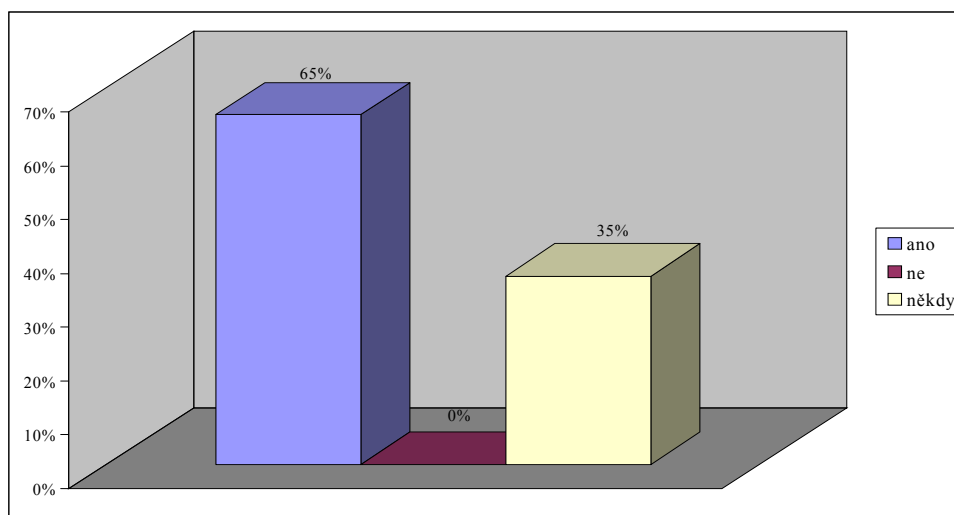
Pravidelně váží pacientky 34 (85 %) respondentek a 6 (15 %) odpovědělo, že ne. Otoky měří a sleduje pravidelně 39 (97,5 %) porodních asistentek, 1 (2,5 %) udala odpověď „ne“. EKG pravidelně kontroluje 14 (35 %) dotázaných žen, 26 (65 %) respondentek EKG pravidelně neprovádí. TK měří a sleduje 40 (100 %) porodních asistentek, žádná si nevybrala možnost „ne“.

Graf 13 Poloha na levém boku podle mínění porodní asistentky



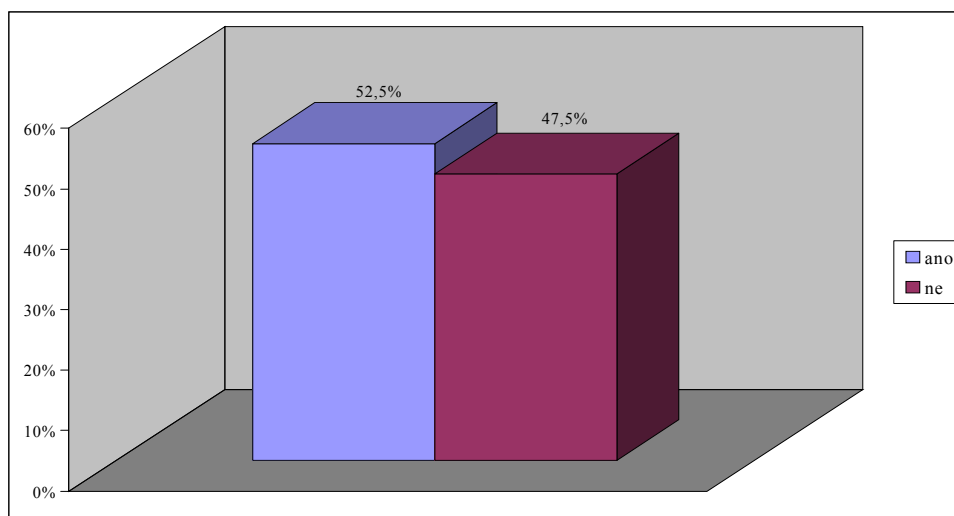
26 (65 %) porodních asistentek si myslí, že je doporučována poloha u žen s hypertenzí spíše na levém boku, podle 14 (35 %) dotázaných žen není tato poloha u žen s gestózou doporučována.

Graf 14 Dodržování naordinovaného klidu na lůžku podle názoru porodních asistentek



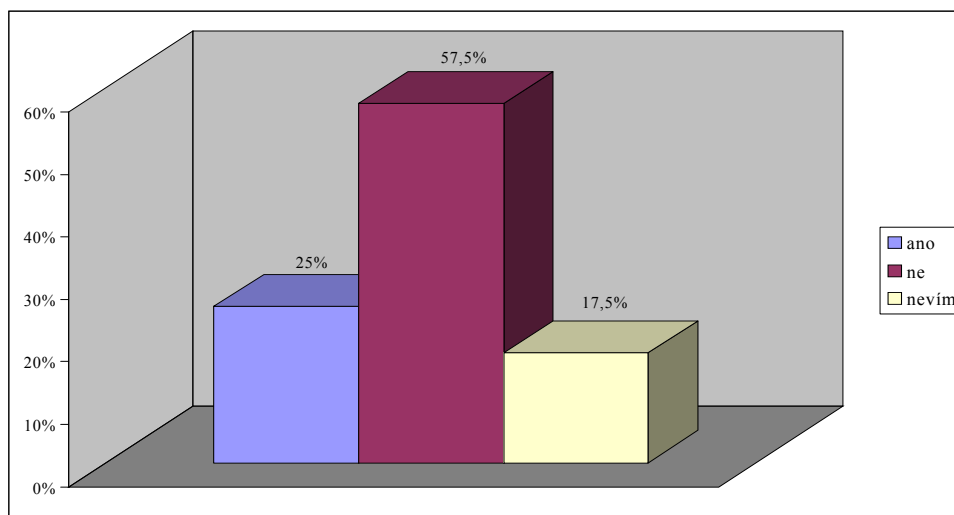
26 (65 %) respondentek si myslí, že ženy s gestózou, které mají naordinovaný klid na lůžku jej dodržují, 14 (35 %) dotázaných žen udalo, že někdy a možnost „ne“ nebyla využita vůbec.

Graf 15 Vyšetření očního pozadí u hypertenze na gyn. por. oddělení



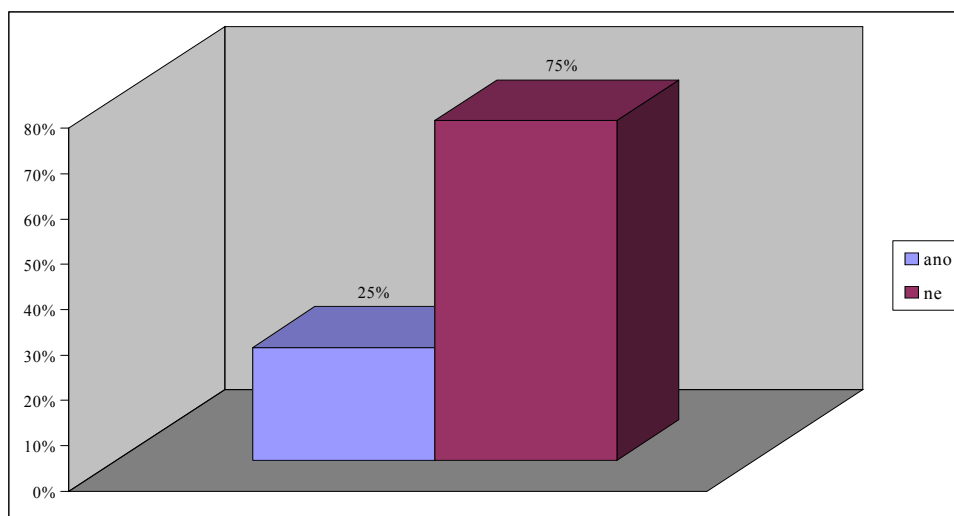
Vyšetření očního pozadí u pacientek s hypertenzí na gynekologicko porodnickém oddělení se provádí u 21 (52,5 %) respondentek, 19 (47,5 %) porodních asistentek udalo, že se neprovádí.

Graf 16 Edukační program pro ženy s gestózou na gyn. por. oddělení



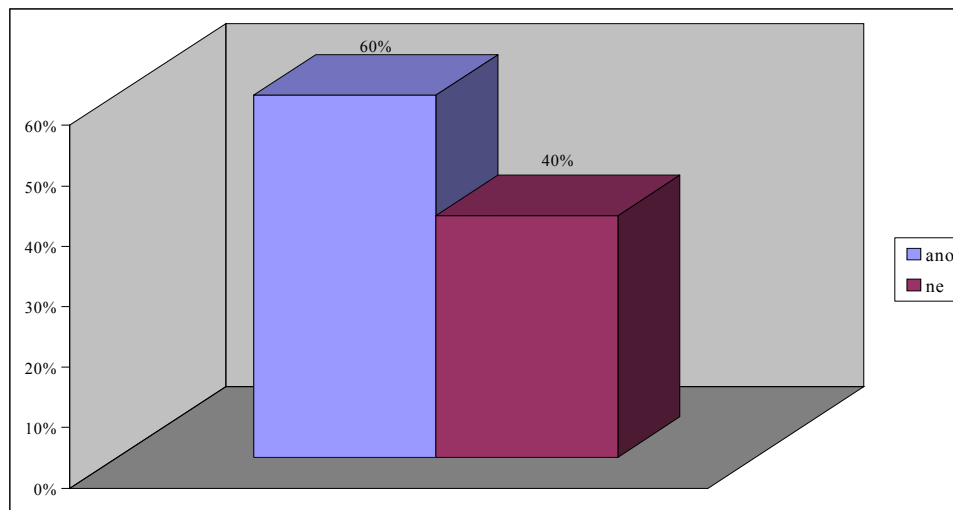
10 (25 %) porodních asistentek má na gynekologicko porodnickém oddělení edukační program pro ženy s gestózou, 23 (57,5 %) respondentek ne a 7 (17,5 %) žen neví.

Graf 17 Aktivace pacientek s gestózou ve volném čase na gyn. por. oddělení



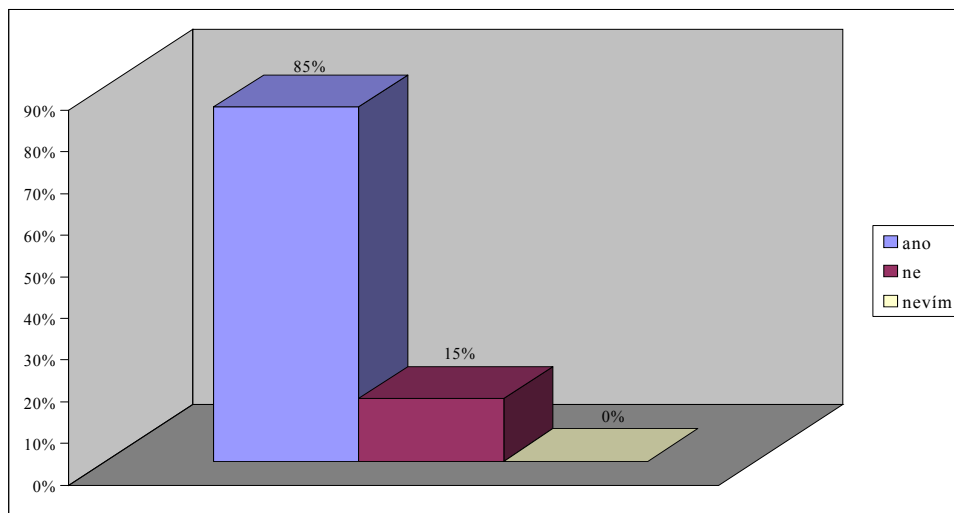
10 (25 %) porodních asistentek aktivuje na gynekologicko porodnickém oddělení ženy s gestózou ve volném čase, 30 (75 %) respondentek ženy s gestózou ve volném čase neaktivuje.

Graf 18 Náročnost ošetrovateľskej péče o ženy s gestózou ve srovnání s ostatními pacientkami podle mínění porodních asistentek.



24 (60 %) porodních asistentek si myslí, že ošetrovateľská péče o ženy s gestózou je ve srovnání s péčí o ostatní pacientky náročnejší, 16 (40 %) respondentek si myslí, že tato péče není náročnejší než o ostatní pacientky.

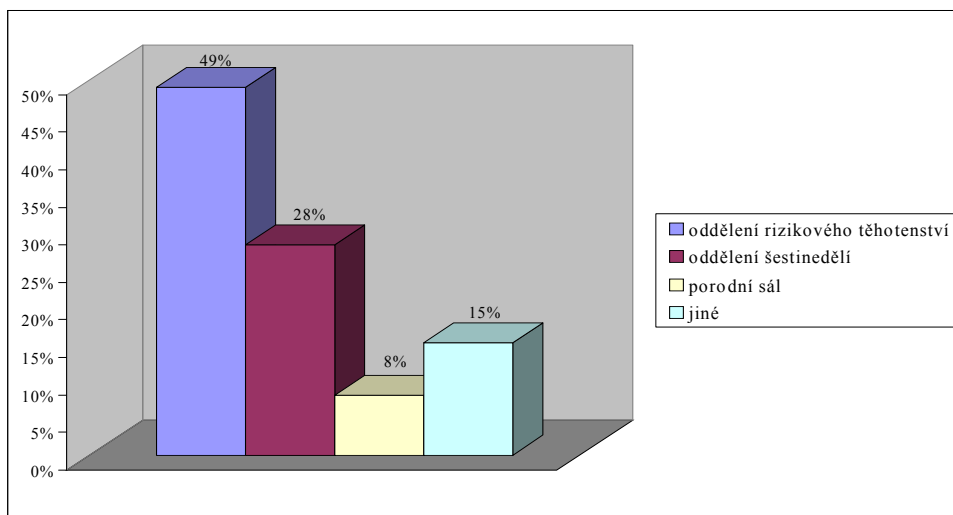
Graf 19 Nutnost specifické ošetrovatelské péče o ženy s gestózou z pohledu porodních asistentek.



Podle 34 (85 %) respondentek vyžadují ženy s gestózou specifickou ošetrovatelskou péči, podle 6 (15 %) dotázaných porodních asistentek ji nepotřebují a možnost „nevím“ si nevybrala žádná z dotázaných.

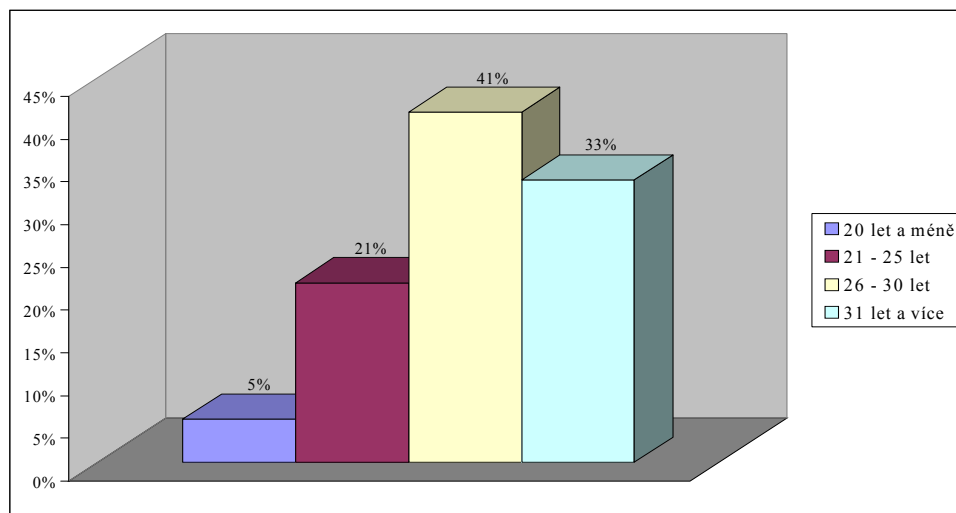
4.2 Analýza výsledků z dotazování nastávajících maminek

Graf 20 Hospitalizace těhotných žen s gestózou na různých odděleních



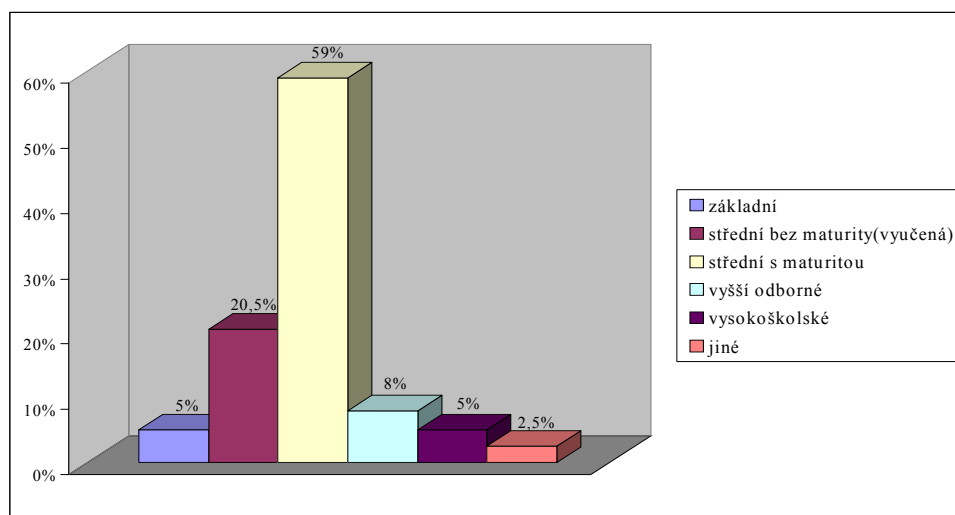
Výsledky jsou ze souboru 39 (100 %) žen. 19 (49 %) respondentek bylo hospitalizováno na oddělení rizikového těhotenství, 11 (28 %) na oddělení šestinedělí, 3 (8 %) na porodním sále a 6 (15 %) žen využilo možnost „jiné“ a všechny doplnily gynekologické oddělení.

Graf 21 Věk respondentek



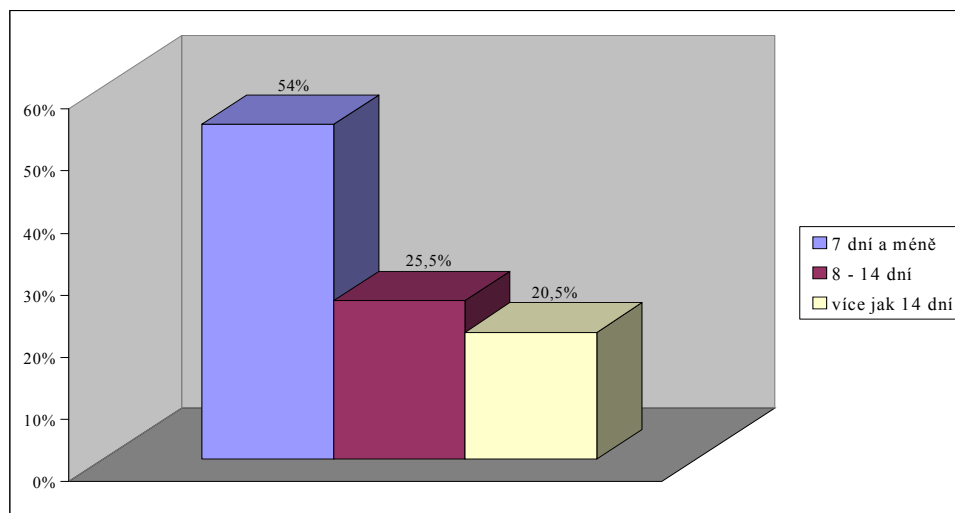
2 (5 %) dotázané ženy byly ve věku 20 let a méně, v rozmezí 21 až 25 let bylo 8 (21 %) respondentek, 16 (41 %) žen tvoří věkovou skupinu 26 až 30 let, ve věku 31 let a více bylo 13 (33 %) těhotných žen.

Graf 22 Vzdělání respondentek



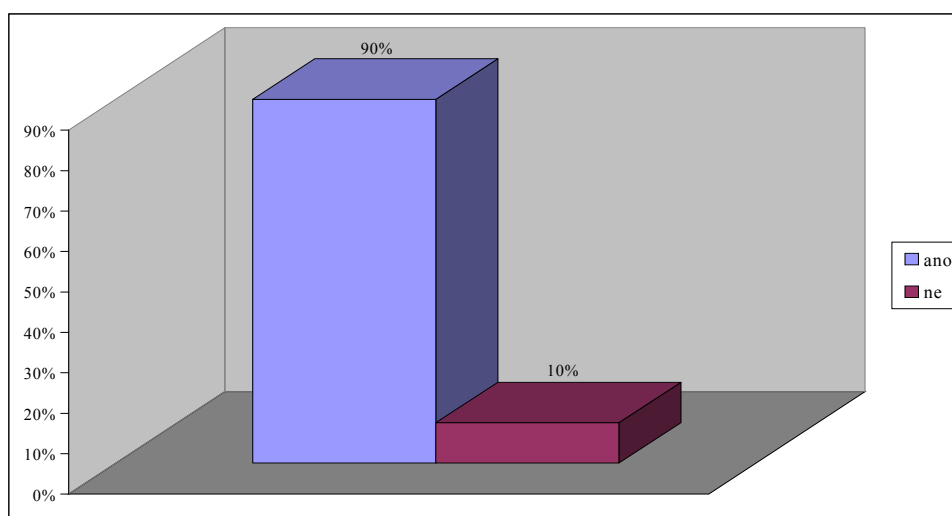
2 (5 %) respondentky mají základní vzdělání, 8 (20,5 %) dotázaných žen má středoškolské vzdělání bez maturity, 23 (59 %) žen ukončilo středoškolské vzdělání maturitní zkouškou, vyššího odborného vzdělání dosáhly 3 (8 %) ženy, vysokoškolské vzdělání mají 2 (5 %) respondentky a 1 (2,5 %) žena vyplnila možnost „jiné“ – specializační studium.

Graf 23 Délka hospitalizace těhotných žen s gestózou



21 (54 %) respondentek bylo hospitalizováno 7 dní a méně, 10 (25,5 %) žen 8 až 14 dní, u 8 (20,5 %) těhotných žen trvala hospitalizace déle než 14 dní.

Graf 24 Znalost svojí diagnózy podle vyjádření respondentek



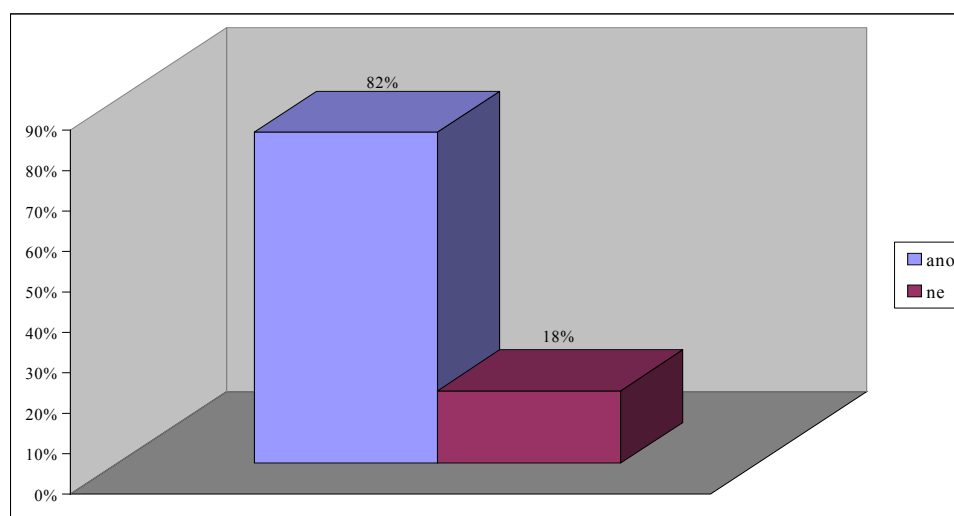
35 (90 %) dotázaných žen vědělo s jakou diagnózou jsou hospitalizovány a 4 (10 %) respondentky to nevěděly.

Tabulka 2 Upřesnění znalostí o své diagnóze

Diagnóza	Počet odpovědí
Hypertenze	11
Preeklampsie	7
Nevolnosti	7
Hypertenze, otoky DK	5
Hypertenze, ↑ jaterní testy	3
Hypertenze, proteinurie	1
Hypertenze, zánět ledvin	1
Proteinurie, ↑ jaterní testy	1

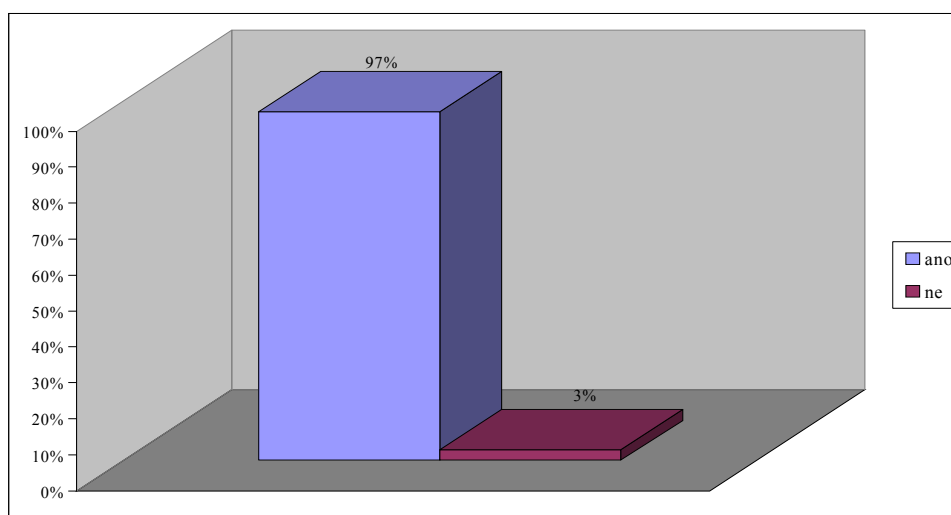
11 žen mělo samotnou hypertenzi, 7 dotázaných žen odpovědělo preeklampsii, 7 těhotných žen nevolnosti, 5 respondentek hypertenzi a otoky DK, 3 ženy hypertenzi a zvýšené jaterní testy, 1 respondentka měla hypertenzi a proteinurii, 1 žena udala hypertenzi a zánět ledvin a 1 těhotná žena odpověděla proteinurií a zvýšené jaterní testy.

Graf 25 Informovanost žen o svém onemocnění již před hospitalizací



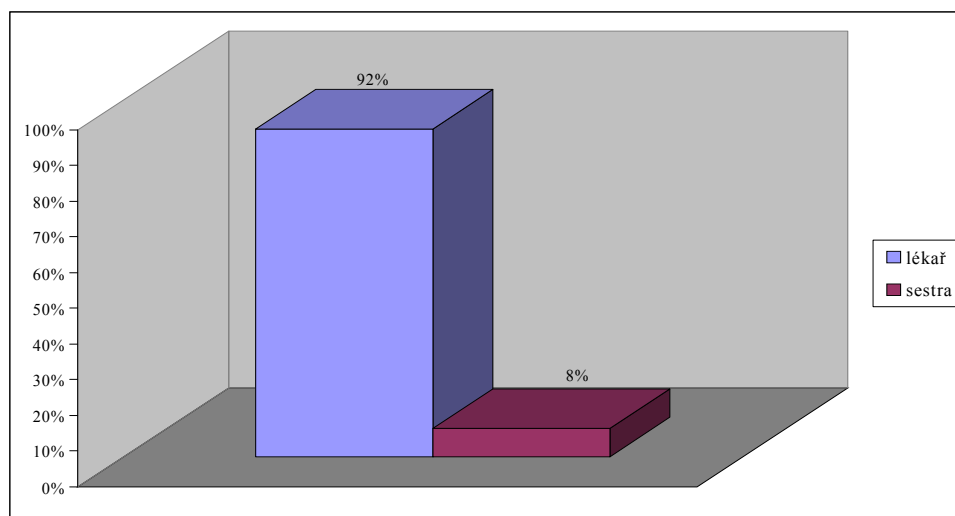
Před hospitalizací bylo informováno o svém onemocnění 32 (82 %) respondentek, 7 (18 %) dotázaných žen nebylo informováno o svém onemocnění před přijetím do nemocnice.

Graf 26 Podávané informace na oddělení ženám o jejich zdravotním stavu



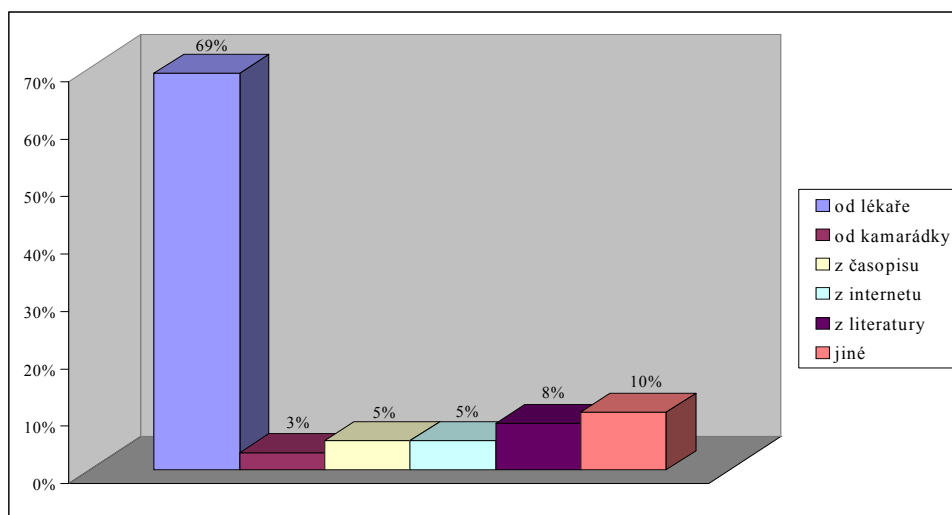
Informace na oddělení o zdravotním stavu byly poskytnuty 38 (97 %) respondentkám, 1 (3 %) žena nebyla o svém zdravotním stavu na oddělení informována.

Graf 27 Poskytovatelé informací



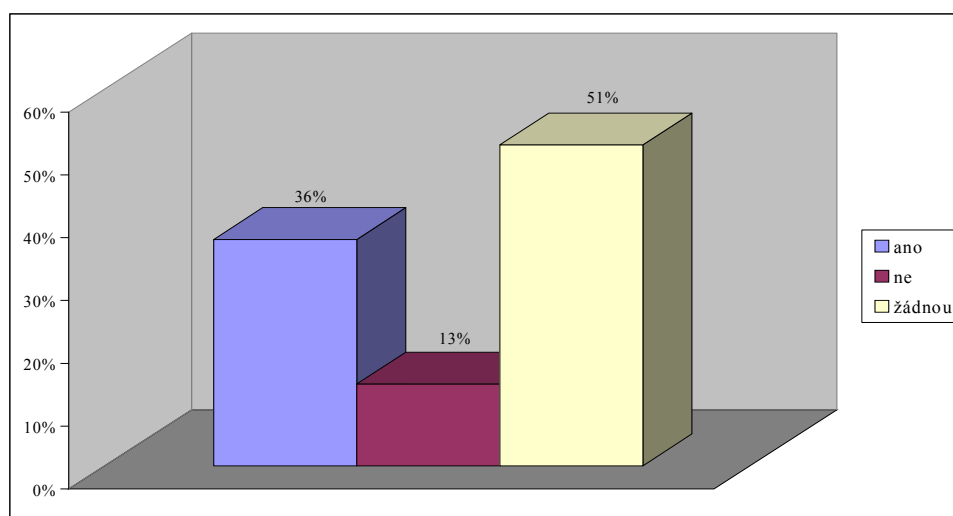
Z 38 (100 %) žen. Informace o zdravotním stavu poskytl 35 (92 %) ženám lékař, 3 (8 %) respondentky byly informovány o svém zdravotním stavu od sestry.

Graf 28 Zdroje prvních informací o svém onemocnění



27 (69%) respondentek se poprvé dozvědělo o svém onemocnění od lékaře, 1 (3 %) od kamarádky, 2 (5 %) ženy z časopisu, 2 (5 %) z internetu, 3 (8 %) z literatury, 4 (10 %) označily odpověď „jiné“, z čehož 2 doplnily z TV a 2 ženy doplnily subjektivní pocity.

Graf 29 Znalost dietního opatření



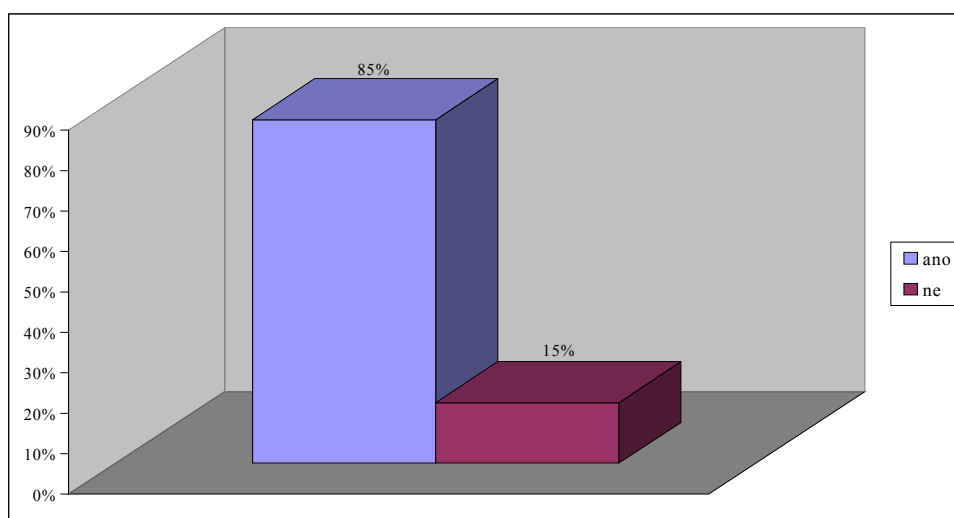
14 (36 %) dotázaných žen ví jakou má dietu, 5 (13 %) respondentek neví jaké má dietní opatření a 20 (51 %) žen nemá žádnou dietu.

Tabulka 3 Upřesnění znalostí o své dietě

Diety	Počet odpovědí
2	5
9	4
10	3
4	2

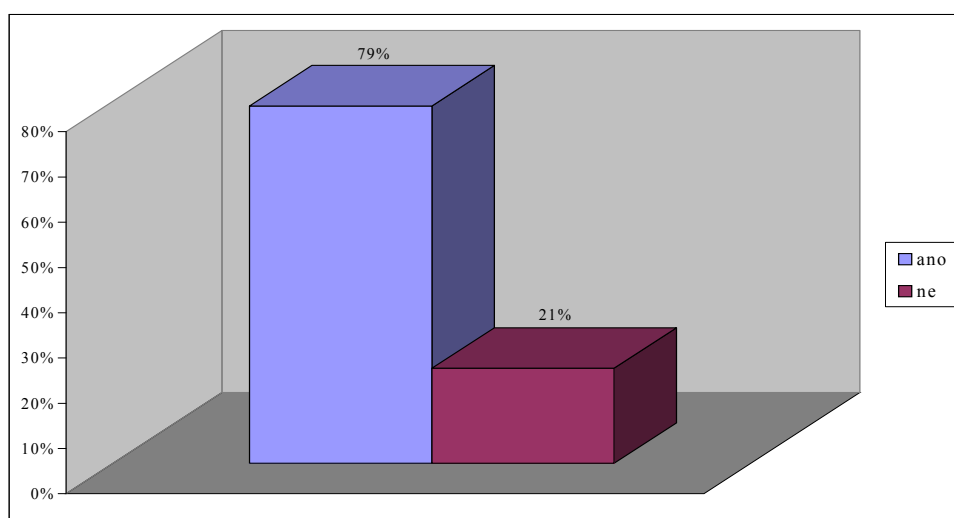
5 žen odpovědělo, že má dietu č.2 – šetřící, 4 ženy udaly dietu č.9 – diabetickou, 3 respondentky měly dietu č.10 – neslanou a 2 dotázané ženy měly dietu č.4 - s omezením tuků.

Graf 30 Informace o vhodných potravinách při onemocnění gestózou



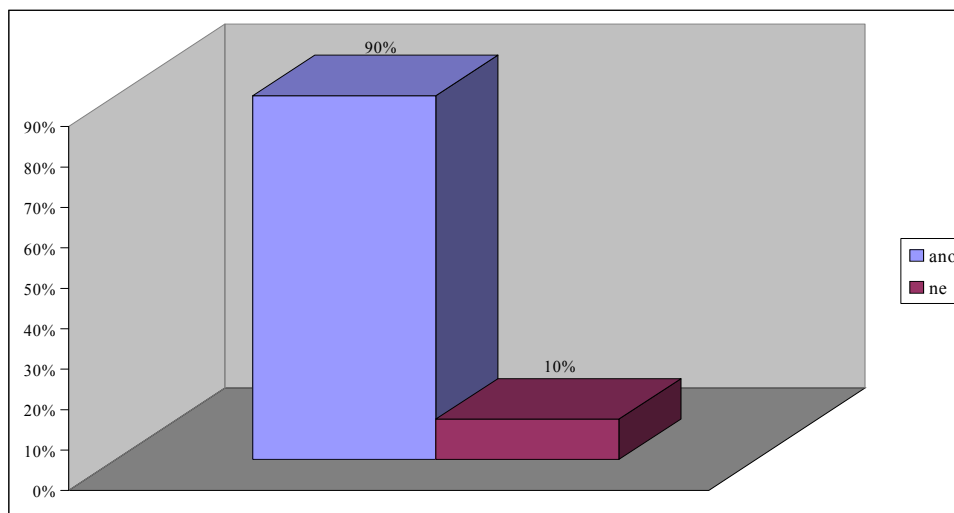
33 (85 %) respondentek má informace o vhodných potravinách při onemocnění, které mohou konzumovat, 6 (15 %) žen tyto informace nemá.

Graf 31 Dodržování dietního opatření



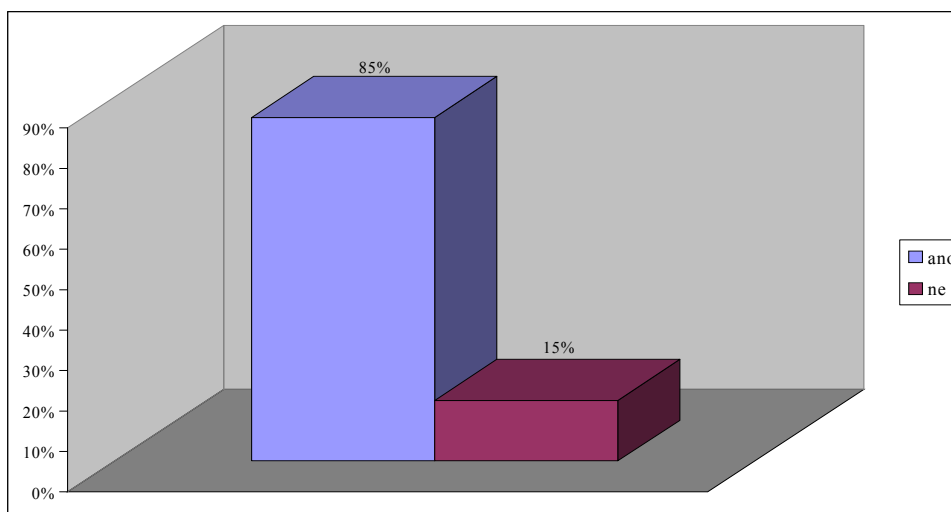
Z 19 (100 %) žen. 15 (79 %) respondentek dodržuje dietní opatření, 4 (21 %) ženy udaly, že dietní opatření nedodržují.

Graf 32 Znalost množství tekutin v mililitrech na den



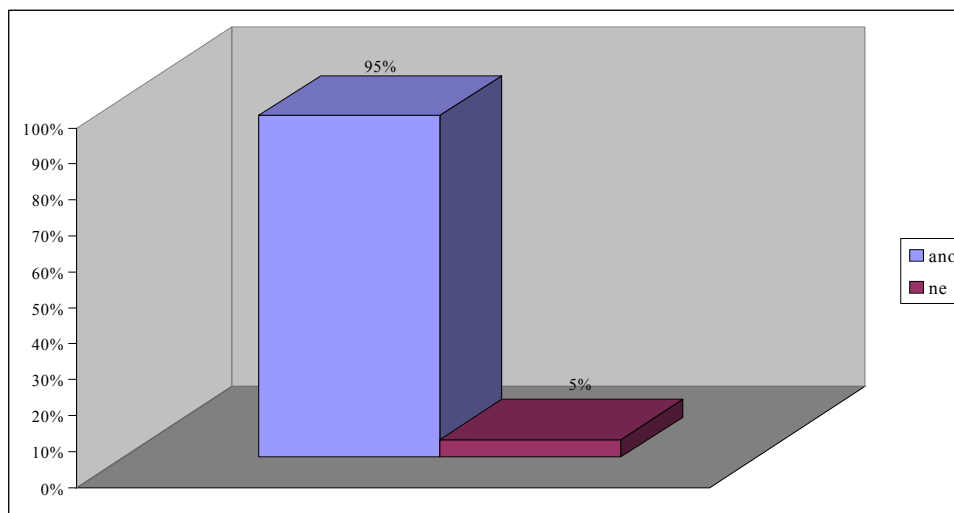
35 (90 %) žen odpovědělo, že ví kolik ml tekutin mají za den vypít, 4 (10 %) respondentky to neví.

Graf 33 Informace o vhodných nápojích při onemocnění



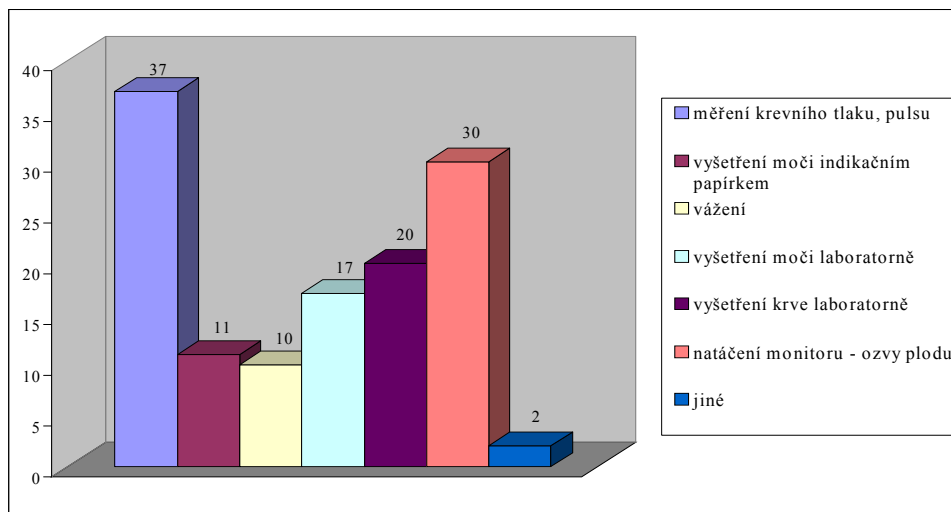
33 (85 %) dotázaných žen je informováno o vhodných nápojích při onemocnění, které mohou pít, 6 (15 %) respondentek tyto informace nemá.

Graf 34 Informace o prováděných vyšetřeních



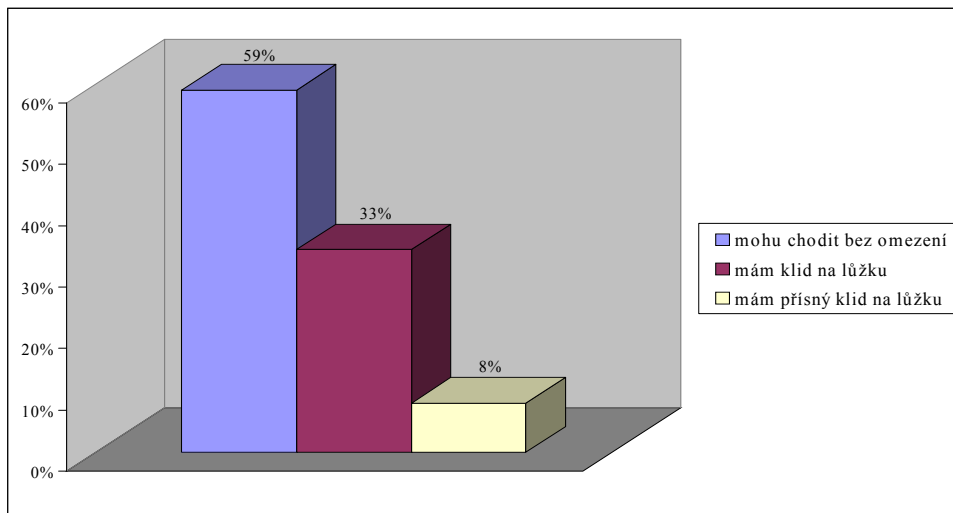
7 (95 %) respondentek je informováno o vyšetřeních, které se u nich na oddělení provádějí, 2 (5 %) ženy informace o vyšetřeních prováděných u nich na odděleních nemá.

Graf 35 Vyšetření prováděná pravidelně



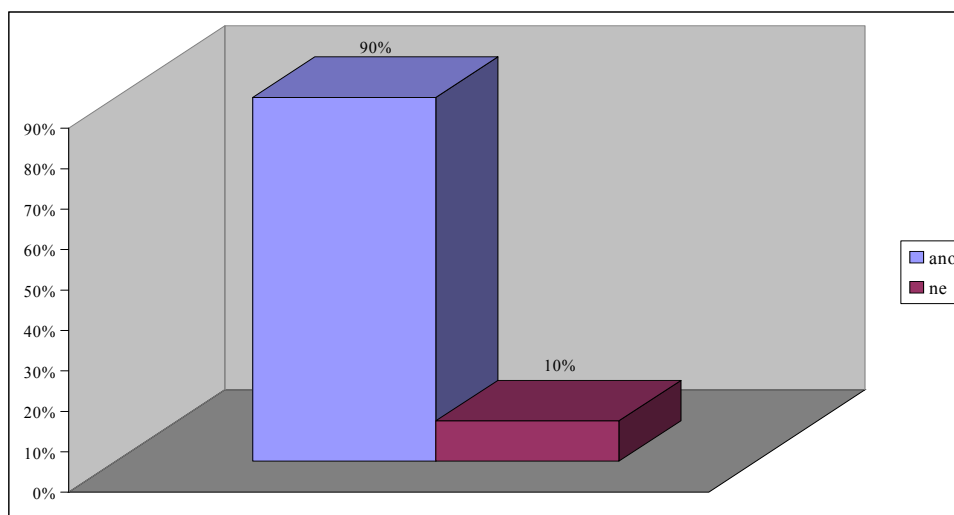
Tady mohly respondentky označit více odpovědí. Graf zobrazuje četnost odpovědí. Nejčastější byla odpověď měření krevního tlaku, pulsu, kterou označilo 37 respondentek, dále natáčení monitoru, poslech ozev, kterou si vybralo 30 žen, 20 dotázaných žen si vybralo vyšetření krve laboratorně, 17 respondentek vyšetření moči laboratorně, 11 dotázaných žen označilo možnost vyšetření moči indikačním papírkem, 10 žen si vybralo odpověď vážení a 2 respondentky odpověděly do možnosti jiné měření tělesné teploty.

Graf 36 Pohybový režim na oddělení



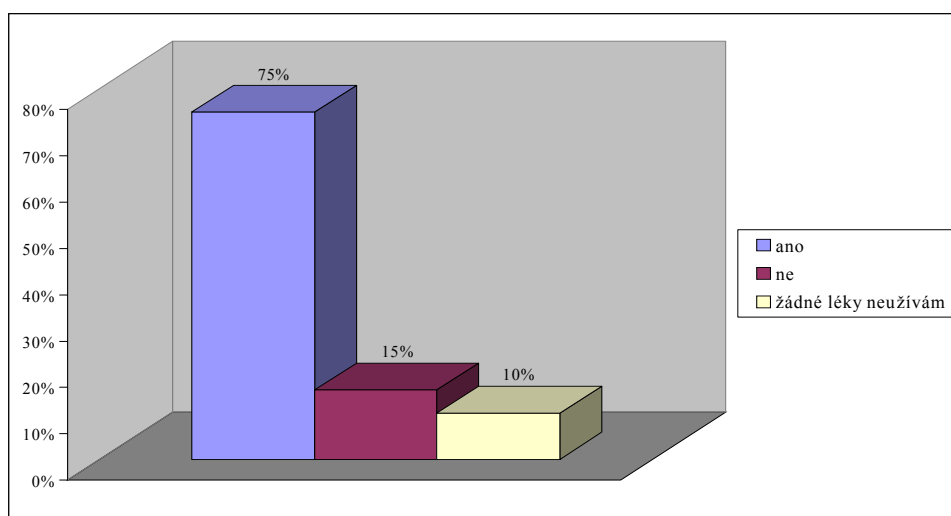
23 (59 %) respondentek může chodit bez omezení, 13 (33 %) dotázaných odpovědělo, že mají klid na lůžku a 3 (8 %) těhotné mají přísný klid na lůžku.

Graf 37 Dodržování pohybového režimu na oddělení



35 (90 %) dotázaných žen dodržuje pohybový režim na oddělení a 4 (10 %) respondenty odpověděly, že pohybový režim nedodržují.

Graf 38 Znalost užívaných léků při léčbě



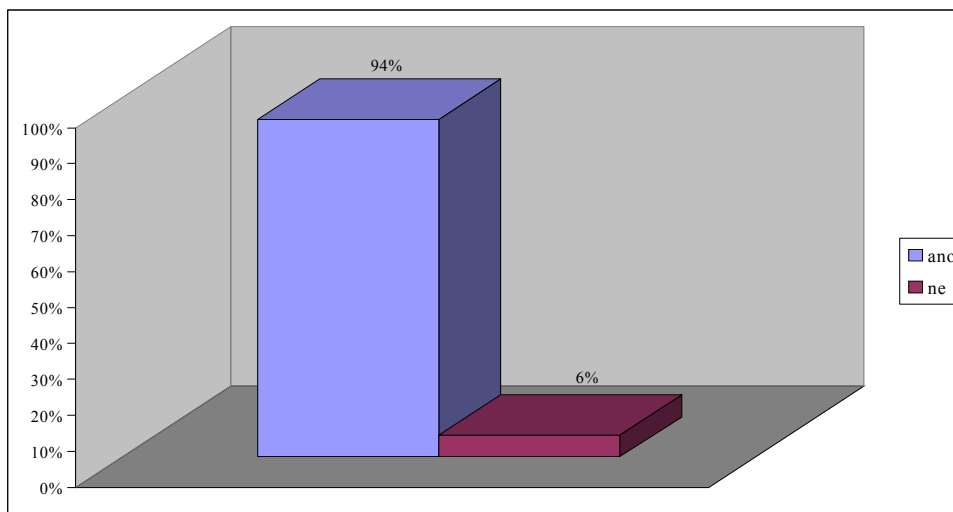
29 (75 %) respondentek ví jaké užívají léky ke své léčbě, 6 (15 %) žen neví jaké léky užívají a 4 (10 %) dotázané ženy žádné léky neužívají.

Tabulka 4 Největší četnost užívaných léků

	Léky	Počet odpovědí		Léky	Počet odpovědí
1.	Dopegyt	20	9.	Essentiale	2
2.	Vasocardin	5	10.	Detralex	1
3.	MgSO ₄	3	11.	KCl	1
4.	Kyselina listová	3	12.	Augmentin	1
5.	Gynipral	3	13.	Fraxiparin	1
6.	Sorbifer	2	14.	Dithiaden	1
7.	Aktiferin	2	15.	Mamavit	1
8.	Jód	2			

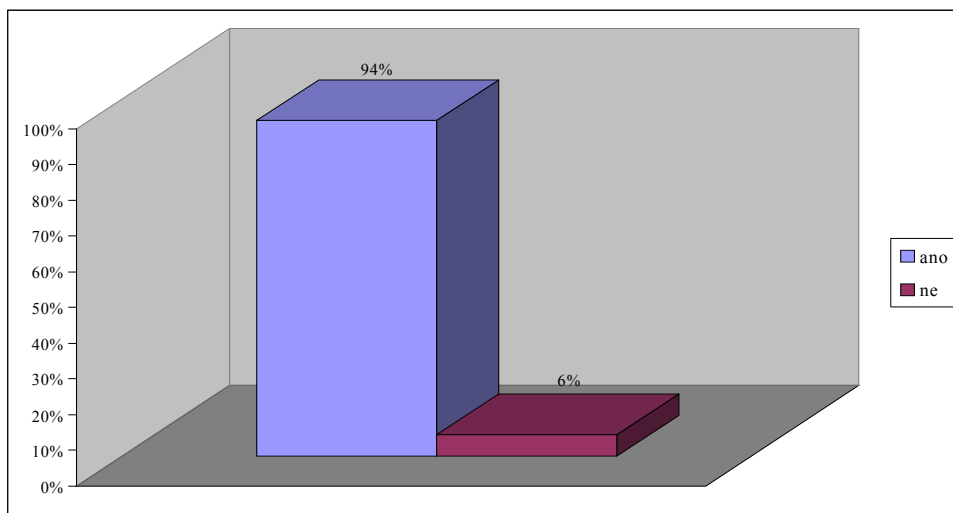
20 dotázaných žen užívalo Dopegyt, 5 respondentek Vasocardin, 3 ženy MgSO₄, 3 dotázané ženy udaly kyselinu listovou, 3 Gynipral, 2 Sorbifer, 2 Aktiferin, 2 Jód, 2 Essentiale, 1 Detralex, 1 KCl, 1 Augmentin, 1 Fraxiparin, 1 Dithiaden a 1 žena užívala Mamavit.

Graf 39 Pravidelné užívání léků při léčbě



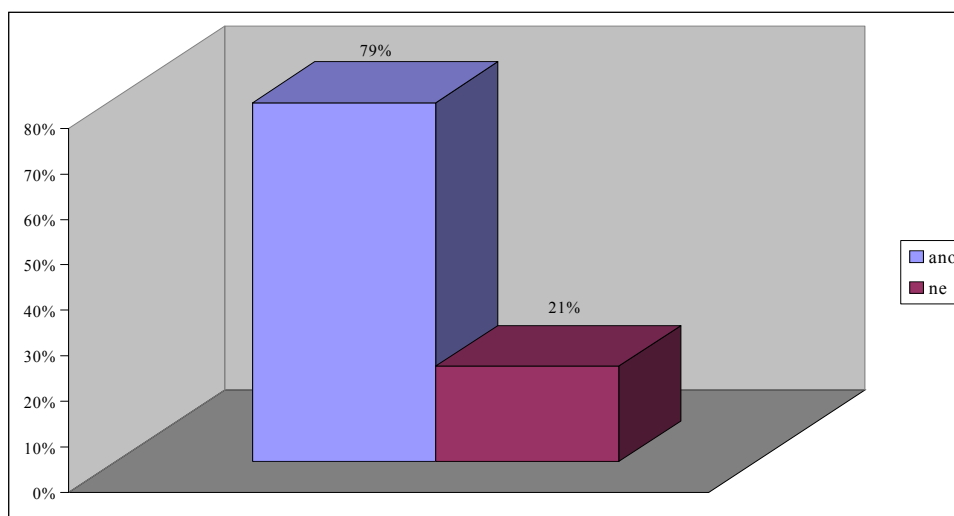
Z 35 (100%) žen. 33 (94 %) respondentek užívá léky při léčbě pravidelně, 2 (6 %) ženy léky pravidelně neužívají.

Graf 40 Znalost indikace léků



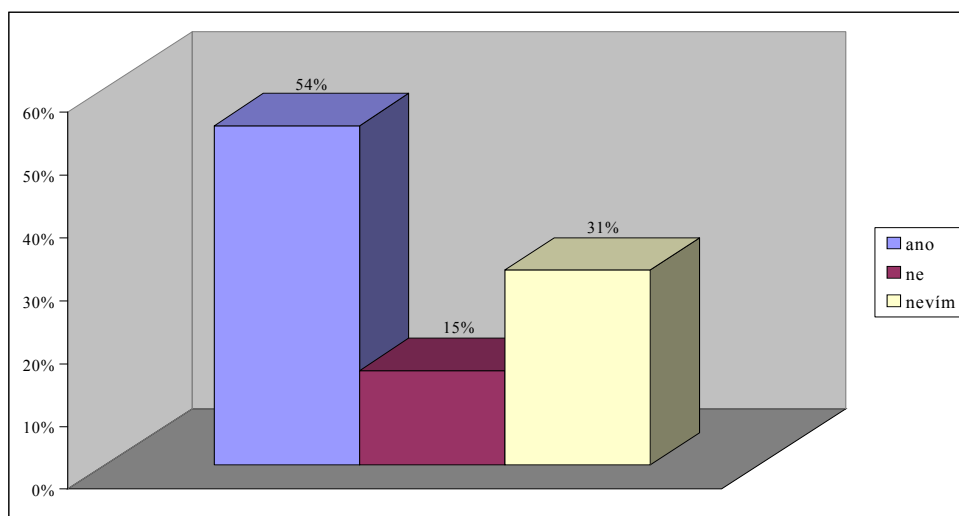
Z 35 (100 %) žen. 33 (94 %) žen ví, na co léky užívají a 2 (6 %) dotázané ženy neví, na co užívají léky.

Graf 41 Informace o dodržování správné životosprávy při léčbě



31 (79 %) respondentek má informace o dodržování správné životosprávy i po propuštění domů, 8 (21 %) žen informováno o dodržování správné životosprávy není.

Graf 42 Dostatek informací o svém onemocnění podle vyjádření respondentek



21 (54 %) respondentek si myslí, že má dostatek informací o svém onemocnění, 6 (15 %) žen se domnívá, že nemá dostatek informací o svém onemocnění a 12 (31 %) žen neví, zda jsou dostatečně informovány o svém onemocnění.

5. DISKUZE

Cílem výzkumné části bakalářské práce bylo zjistit, zda ženy s gestózou potřebují specifickou ošetrovatelskou péči a informovanost žen s gestózou o svém onemocnění. Na základě výsledků pak potvrdit či vyvrátit stanovené hypotézy.

Výzkumný vzorek pro bakalářskou práci tvořily porodní asistentky z nemocnice Písek, a.s., České Budějovice, a.s., Jindřichův Hradec, a.s. a těhotné ženy s gestózou hospitalizované v nemocnici Písek, a.s. a České Budějovice, a.s.

K výzkumu byla použita metoda sběru dat pomocí dotazníku, díky které je možno získat poměrně velký výzkumný vzorek za krátké časové období.

V diskuzi se zamýšlíme nad výsledky výzkumu, porovnáváme je s teoretickými poznatky, výzkumným šetřením a svým názorem.

První okruh grafů sloužil k identifikaci respondentek – porodních asistentek, byly zaměřeny na pracoviště respondentek (graf 1), na věk (graf 2), vzdělání respondentek (graf 3) a délku praxe (graf 4). 27,5 % respondentek pracovalo na oddělení šestinedělí, 27,5 % na oddělení rizikového těhotenství, na porodním sále pracovalo 22,5 % porodních asistentek a 22,5 % respondentek na gynekologickém oddělení. 40 % respondentek bylo ve věku 20 až 30 let, 20 % ve věku 31 až 40 let, 22,5 % ve věku 41 až 50 let, 12,5 % ve věku 51 až 55 let, 5 % respondentek ve věku 56 let a více. 20 % respondentek má střední vzdělání ukončené maturitní zkouškou, 22,5 % vyšší odborné vzdělání, 27,5 % má specializační studium a 30 % respondentek absolvovalo vysokou školu - bakalářské studium. 22,5 % respondentek má délku praxe do 1 roku, 22,5 % respondentek odpovědělo, že jejich délka praxe je 2 až 5 let, 10 % udalo 6 až 10 let, 7,5 % má praxi 11 až 15 let a 37,5 % respondentek má délku praxe 16 let a více.

Další okruh grafů se vztahuje k hypotéze 1. Graf 5 zobrazuje četnost hospitalizovaných žen s gestózou za jeden měsíc na gynekologicko porodnickém oddělení. 55 % porodních asistentek odpovědělo, že je u nich hospitalizováno 1 až 5 žen za měsíc, u 25 % respondentek je to 6 až 10 žen, 10 % udalo 11 až 15 žen a 10 % 16 a více žen za měsíc.

Graf 6 znázorňuje, zda ženy s gestózou mají speciální dietu a tabulka 1 zobrazuje rozdělení diety dle onemocnění. 70 % respondentek odpovědělo ne a 30 % označilo odpověď ano. To znamená, že porodní asistentky se domnívají, že ženy s gestózou nemají speciální dietu, což se neshoduje s Michalíčkovou, která píše, že se při hospitalizaci u raných gestóz nasazuje dieta č. 2 s přidavkem ovoce a bílkovin (19). Ale shoduje se to s Janků, který udává, že při léčbě preeklampsie není žádná speciální dieta, ale jen lehká a nedráždivá bez podstatného omezování soli – tatáž jako při fyziologickém těhotenství (12). Tabulka 1 zobrazuje odpovědi porodních asistentek, které si myslí, že ženy s gestózou mají speciální dietu, a přiřazují to k onemocnění. 5 respondentek si myslí, že ženy s hypertenzí mají dietu č.10 - neslanou, ale to se neshoduje s Jeklovou, která píše ve své knize, že omezování soli se nedoporučuje, protože by mohlo dojít k ještě většímu snížení objemu kolující tekutiny v cévním řečišti (13).

Graf 7 uvádí, zda porodní asistentky měří u žen s gestózou bilanci tekutin pravidelně. 32,5 % odpovědělo ano a 67,5 % udalo, odpověď ne. Z toho vyplývá, že porodní asistentky neměří bilanci tekutin pravidelně, což je v rozporu s Čechem, který uvádí, že bilance tekutin se u žen s preeklampií měří denně (4).

Zda se provádí na gynekologicko porodnických odděleních vyšetření clearance creatininu ukazuje graf 8. 60 % porodních asistentek udalo, že se u nich na oddělení provádí a 40 % odpovědělo ne. To se shoduje s Čechem, který píše, že se vyšetření clearance creatininu provádí 1krát týdně (4).

Graf 9 zobrazuje zda porodní asistentky provádí u žen s gestózou pravidelné orientační vyšetření moči indikačním papírkem na přítomnost ketonů. 70 % respondentek označilo odpověď ano a 30 % udalo ne. Z toho je tedy zřejmé, že porodní asistentky provádí orientační vyšetření moči indikačním papírkem na přítomnost ketonů, což plně souhlasí s výrokem Eliášové, která udává, že se toto vyšetření má při hospitalizaci provádět denně, tedy pravidelně (8).

Graf 10 se vztahoval k pravidelnému provádění UZ plodu. 92,5 % respondentek udalo, že se UZ plodu provádí pravidelně a 7,5 % odpovědělo, že ne. Z toho vyplývá, že se UZ plodu provádí pravidelně, což potvrzuje výrok Leifera, který píše, že se provádí

opakovaně ultrazvuková vyšetření, neboť se tím včas zjistí překážky růstu nebo snižování objemu amniové tekutiny (17).

Graf 11 se zabývá problematikou, zda se na gynekologicko porodnických oddělení u žen s gestózou provádí pravidelně vaginální vyšetření. Z výsledků vyplývá, že u 92,5 % porodních asistentek se na oddělení toto vyšetření provádí pravidelně, jen 2 (7,5 %) respondentky udaly odpověď ne. Je tedy zřejmé, že se toto vyšetření provádí pravidelně, což je podle našeho názoru správně, jelikož se včas zjistí změny, ale na druhou stranu by se nemělo provádět často, protože by mohlo dojít k zanesení infekce.

Graf 12 se zaměřuje na další sledování ošetrovatelské péče, kam jsme zařadili vážení pacientek, měření a sledování otoků, EKG, měření a sledování krevního tlaku. Největší procentní zastoupení mělo měření a sledování tlaku, kdy odpověď byla kladná ve 100 %. Na měření a sledování otoků kladně odpovědělo 97,5 %, tedy jen jedna (2,5 %) žena udala odpověď ne. 85 % porodních asistentek označilo odpověď ano na vážení pacientek. Záporná odpověď převládala u EKG vyšetření, kterou označilo 65 % respondentek. To se shoduje, až na výjimku EKG, s Hájkem, který píše, že se provádí u žen s gestózou měření a sledování TK, měření a sledování edémů, kontrola hmotnosti pacientek a i vyšetření EKG (10).

Graf 13 se zabývá problémem, zda je ženám s gestózou doporučována poloha spíše na levém boku. 65 % porodních asistentek se domnívá, že je tato poloha ženám doporučována, 35 % dotázaných žen udalo odpověď ne. To se shoduje s Roztočilem, Leiferem i Janků, kteří udávají, že se doporučuje poloha na levém boku, a je to proto, aby došlo k vyloučení působení tlaku zvětšené dělohy na dolní dutou žílu, tj. ke zlepšení hemodynamických poměrů (12, 17, 25).

Graf 14 ukazuje domnění porodních asistentek, zda ženy s gestózou dodržují klid na lůžku, pokud ho mají naordinovaný. 65 % porodních asistentek se domnívá, že ženy naordinovaný klid dodržují, 35 % si myslí, že někdy. To můžeme porovnat s výsledky z dotazníku pro těhotné ženy s gestózou, kde jsme jim položili otázku, zda dodržují naordinovaný pohybový režim, kde 90 % žen odpovědělo kladně a jen 10 % záporně. Z toho vyplývá, že ženy dodržují naordinovaný pohybový režim a více než polovina asistentek se domnívalo správně.

Následující graf 15 ukazuje, zda se na gynekologicko porodnických odděleních provádí u pacientek s hypertenzí vyšetření očního pozadí. 52,5 % porodních asistentek odpovědělo ano a 47,5 % respondentek udalo odpověď ne. Dalo by se říci, že je skoro polovina názoru, že se toto vyšetření u nich na oddělení provádí a polovina je názoru opačného. Podle Čecha se toto vyšetření provádí při hospitalizaci těhotných žen s gestózou jednou za 2 týdny (4).

Graf 16 znázorňuje, jestli mají porodní asistentky pro ženy s gestózou edukační program. Jen 25 % respondentek má edukační program, 57,5 % ho nemá a 17,5 % dotázaných porodních asistentek neví, zda mají edukační program pro ženy s gestózou. Podle našeho názoru, se domníváme, že by bylo dobré, aby všechny porodní asistentky měly edukační program pro ženy s gestózou, že 25 % je málo. Ženy by se více dozvěděly o svém onemocnění, o zásadách životosprávy a o tom, jak se mají při své léčbě chovat.

Graf 17 ukazuje, jestli porodní asistentky aktivují pacientky s gestózou ve volném čase. 25 % porodních asistentek pacientky aktivuje a 75 % je neaktivuje. Vyplývá z toho, že většina porodních asistentek ženy s gestózou neaktivuje. Ale pokud má žena klid na lůžku, nudí se, může se stát, že žena nedodrží předepsané činnosti, protože má nepříjemný pocit z nudy, jak píše Leifer (17). A proto, by porodní asistentka měla se ženou alespoň probrat některé činnosti, kterými by se žena mohla v klidu na lůžku zabývat.

Graf 18 znázorňuje názor porodních asistentek, jestli je ošetrovatelská péče o ženy s gestózou ve srovnání s péčí o ostatní pacientky náročnější. 60 % porodních asistentek si myslí, že je tato péče náročnější a 40 % si to nemyslí. Podle našeho názoru je tato péče ve srovnání s péčí o ostatní pacientky náročnější díky specifické ošetrovatelské péči, kterou tyto ženy potřebují, jak vyplývá i z grafu 19, který ukazuje, zda ženy s gestózou vyžadují specifickou ošetrovatelskou péči, kdy 85 % porodních asistentek odpovědělo ano a jen 15 % označilo odpověď, že specifickou péči nepotřebují.

Z odpovědí porodních asistentek vyplývají specifika ošetrovatelské péče u žen s gestózou, kam se zařazuje sledování a měření TK, otoků, pravidelné vážení pacientek,

doporučuje se poloha na levém boku, porodní asistentka provádí různá vyšetření, pečuje o klientku v oblasti hygieny, vyprazdňování a psychiky.

Druhý okruh grafů sloužil k identifikaci respondentek – nastávajících maminek, které byly zaměřeny na oddělení, kde byly ženy hospitalizované (graf 20), na věk (graf 21), vzdělání respondentek (graf 22) a délku hospitalizace (graf 23). 49 % respondentek bylo hospitalizováno na oddělení rizikového těhotenství, 28 % na oddělení šestinedělí, na porodním sále 8 % žen, 15 % respondentek na gynekologickém oddělení. 5 % respondentek bylo ve věku 20 let a méně, 21 % ve věku 21 až 25 let, 41 % ve věku 26 až 30 let, 33 % ve věku 31 let a více. 5 % respondentek má základní vzdělání, 20,5 % střední vzdělání bez maturity (vyučená), 59 % střední vzdělání ukončené maturitní zkouškou, 8 % vyšší odborné vzdělání, 5 % absolvovalo vysokou školu, 1 (2,5 %) žena má specializační studium. 54 % respondentek bylo hospitalizováno 7 dní a méně, 25,5 % respondentek odpovědělo, že jejich hospitalizace trvala 8 až 14 dní, 20,5 % udalo více jak 14 dní.

Další okruh grafů se vztahuje k hypotéze 2. Grafy 24 a 25 ukazují, jak jsou ženy informované o své diagnóze, jestli ví s jakou diagnózou jsou hospitalizované a zda byly ženy informovány o svém onemocnění již před přijetím do nemocnice. 90 % žen zná svoji diagnózu, 10 % žen svoji diagnózu nezná. 82 % žen bylo informováno o svém onemocnění již před přijetím do nemocnice, ale 18 % nikoliv. Z toho vyplývá, že většina žen (90 %) je o svojí diagnóze informovaná, což se shoduje s Úmluvou o lidských právech a biomedicině, kde se píše, že každý je oprávněn znát veškeré informace shromažďované o jeho zdravotním stavu, z čehož vyplývá, že každý má právo znát svoji diagnózu (30).

Následující grafy se vztahují i k informacím o zdravotním stavu na oddělení, tak kdo jim tyto informace poskytl a odkud se poprvé dozvěděly o svém onemocnění (graf 26, 27, 28). 97 % ženám byly poskytnuty informace o jejich zdravotním stavu a 1 (3 %) žena nebyla informována vůbec. V 92 % byly ženy informovány od lékaře a 3 (8 %) ženy informovala sestra. Až na 3 případy, kde informovala o zdravotním stavu sestra, se to shoduje s Vondráčkem, který píše, že ošetřující lékař má informovat pacienta o jeho zdravotním stavu a před každým diagnostickým nebo léčebným zákrokem (32). 69 %

žen se poprvé dozvědělo o svém onemocnění od lékaře, 1 (3%) žena od kamarádky, 2 (5 %) z časopisu, 2 (5 %) z internetu, 3 (8 %) z literatury, 2 (5 %) ženy z televize a 2 (5 %) ženy měly subjektivní pocity. Z toho vyplývá, že ve většině případů, se poprvé o svém onemocnění dozví ženy od lékaře, ostatní možnosti měly malé procentní zastoupení.

Další okruh grafů znázorňuje, jestli ženy ví jakou mají dietu, zda mají informace o vhodných potravinách a zda dodržují dietní opatření (graf 29, 30, 31). 51 % žen žádnou dietu nemělo, 36 % žen vědělo, jakou má dietu a 13 % žen nevědělo, jakou má dietu. O vhodných potravinách při léčbě bylo informováno 85 % žen. Dietní opatření dodržovalo 79 % žen. Z toho vyplývá, že většina žen (Pokud sečteme ženy, které věděly, že žádnou dietu nemají a ženy, které věděly jakou dietu mají, dojdeme k 87 %.) je o svém dietním opatření informována a také většina (79 %) žen dietní opatření dodržuje, a proto můžeme říci, že informovanost o dietním opatření je dobrá, ale ještě by se měla zlepšit, protože dieta patří k léčbě a ženy by pak podle našeho názoru více dodržovaly dietní opatření, pokud by věděly, že tím přispívají ke své léčbě.

Graf 32 a 33 uvádí informovanost žen o množství tekutin, které mají za den vypít a informovanost o vhodných nápojích. 90 % žen je o množství tekutin na den informováno a 10 % žen tyto informace nemá. 85 % žen je informováno o vhodných nápojích při léčbě a 15 % žen tyto informace nemá. Z toho vyplývá, že většina žen je o nápojích a jejich množství informována, ale přesto si myslíme, že by se tato informovanost mohla ještě více zlepšit, protože stejně tak jako dieta i tekutiny napomáhají k léčbě.

Informace o vyšetřeních, které jsou u žen na gynekologicko porodnickém oddělení prováděné znázorňuje graf 34. 95 % žen je o vyšetřeních u ní prováděných informováno a 2 (5 %) ženy tyto informace nemají. Na informace, které jsou u pacientky prováděné, má žena právo, jelikož je to dáno v právech pacientů (22).

Graf 35 ukazuje jaká vyšetření porodní asistentky u žen s gestózou provádějí. Největší zastoupení 37 odpovědí ze 39 mělo měření krevního tlaku a pulsu stejně jako v dotazníku pro porodní asistentky, které odpověděly, že měří krevní tlak ve 100 %. Dále následovalo natáčení monitoru – poslouchání ozev, kdy tuto možnost označilo 30 žen, vyšetření krve laboratorně prováděly porodní asistentky u 20 dotázaných žen,

vyšetření moči laboratorně mělo vyšetřováno 17 žen, vyšetření moči indikačním papírkem podstupovalo 11 žen, 10 žen bylo váženo, což se moc neshoduje s odpověďmi u porodních asistentek, kde 34 (85 %) porodních asistentek udalo, že pacientky váží. 2 ženy doplnily ještě měření teploty.

Graf 36 se zaměřuje na pohybový režim. 59 % žen může chodit bez omezení, 33 % žen má klid na lůžku a 8 % žen má přísný klid na lůžku. Což se moc neshoduje s tím, že ženám s gestózou se doporučuje klid na lůžku, jak píše ve své knize Leifer (17).

Z grafu 37 vyplývá jestli ženy dodržují pohybový režim. 90 % žen pohybový režim dodržuje, 10 % označilo možnost ne. Z výsledků vyplývá, že ženy dodržují pohybový režim a proto se domníváme, že porodní asistentka se snaží ženě objasnit význam klidu na lůžku a najít způsob, jak ji ke klidu na lůžku přimět, jak píše Leifer (17).

Další skupina grafů se týká léků (graf 38, 39, 40). Zjišťovali jsme informovanost žen o lécích, které užívají. 74 % žen ví jaké léky užívá, 15 % žen označilo odpověď ne a 10 % žen žádné léky při léčbě neužívá. Dále jestli léky užívají pravidelně. 94 % žen označilo odpověď ano a 6 % respondentek odpovědělo ne. A zda ženy ví, na co léky užívají. 94 % žen ví na co léky užívají a 6 % neví na co léky užívají. Dle našeho názoru by měly všechny ženy vědět jaké užívají léky a na co. V tabulce 4 je přehled nejužívanějších léků, nejčastěji užívaný lék u žen s gestózu je Dopegyt, který napsalo 20 žen. To souhlasí s Hájkem, který píše, že Dopegyt je lékem první volby při léčbě lehké preeklampsie (10).

Graf 41 se zabývá informovaností žen o dodržování zásad správné životosprávy i po propuštění z oddělení. 79 % žen tyto informace má, 21 % informováno není. Můžeme tedy říci, že většina žen (79 %) je informována o dodržování zásad správné životosprávy i po propuštění z oddělení a tedy ví, jak se mají doma chovat a co mají dodržovat.

Poslední graf 42 zobrazuje názor žen na dostatek informací o svém onemocnění. 54 % žen si myslí, že jsou dostatečně informovány, 15 % nejsou dostatečně informovány a 31 % neví zda mají dostatek informací. Touto otázkou se nám potvrdila

2. hypotéza, že ženy jsou dostatečně informovány o svém onemocnění, přesto 54 % informovaných žen je málo a informovanost, by se měla do budoucna zlepšit.

6. ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, zda ženy s gestózou potřebují specifickou ošetrovatelskou péči a informovanost žen s gestózou o svém onemocnění. K dosažení cílů byly stanoveny dvě hypotézy. První hypotéza byla stanovená, že ženy s gestózou potřebují specifickou ošetrovatelskou péči a druhá hypotéza byla, že těhotné ženy s gestózou mají informace o svém onemocnění.

Výsledky výzkumu potvrdily první hypotézu, kdy většina porodních asistentek (85 %) odpověděla, že ženy s gestózou vyžadují specifickou ošetrovatelskou péči. Mezi specifika ošetrovatelské péče u žen s gestózou se zařazuje sledování a měření TK, otoků, pravidelné vážení pacientek, doporučuje se poloha na levém boku, porodní asistentka provádí různá vyšetření, pečuje o klientku v oblasti hygieny, vyprazdňování a psychiky.

Druhá hypotéza byla též potvrzena. Kdy většina (54 %) žen si myslí, že má dostatek informací o svém onemocnění. I když byla tato hypotéza potvrzena, bylo dostatečně informováno jen málo žen přes polovinu, a proto se domníváme, že by se informovanost těhotných žen s gestózou o jejich onemocnění měla do budoucnosti zlepšit, k čemuž by mohla pomoci i tato bakalářská práce.

Práce o ženy s gestózou je náročná, ale porodní asistentka se musí soustředit i na uspokojování potřeb, aby nedošlo v důsledků neuspokojení potřeb ke zhoršení zdravotního stavu a aby péče o ženu byla celistvá.

Tato bakalářská práce by mohla posloužit ke zvýšení informovanosti těhotných žen s gestózou, jako studijní materiál pro další ročníky porodních asistentek i jako edukační materiál pro porodní asistentky již v praxi. Dále by tato práce mohla sloužit ke zlepšení péče o ženy s gestózou na oddělení rizikového těhotenství. Výsledky bakalářské práce mohou být také nabídnuty k prezentování v rámci odborných seminářů a publikovány na internetu.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ADÁMKOVÁ, V a kol. *Arteriální hypertenze mladých, těhotných a dětí*, 1. vyd. Praha: Jiří Flégl – Vega, 2005. 67 s. ISBN 80-903186-9-X
2. ARCHALOUSOVÁ, A. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*, 1. vyd. Hradec Králové: Nucleus HK. 2003. 99 s. ISBN 80-86225-33-X
3. BINDER, T. SALAJ, P. VAVŘINKOVÁ, B. *Hematologické nemoci a poruchy v porodnictví a gynekologii*, 1. vyd. Praha: TRITON, 2004. 222 s. ISBN 80-7254-540-X
4. ČECH, E. a kol. *Porodnictví*, 2. vyd. Praha: Grada Publishing, spol.s.r.o., 2006. 544 s. ISBN 80-247-1303-9
5. ČEPICKÝ, P. KURZOVÁ, H. *Gynekologie a porodnictví v ordinaci praktického lékaře*, 1.vyd. Praha: Karolinum, 2003. 174 s. ISBN: 80-246-0677-1
6. DOENGES, M. E. MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*, 2. vyd. Praha: Grada Publishing. 2001. 568 s. ISBN 80-247-0242-8
7. DRAXLEROVÁ, M. *Možnosti využití zásad edukační činnosti sestry v primární péči*. Bakalářská práce. České Budějovice: ZSF JČU, 2007. 77 s.
8. ELIAŠOVÁ, A. a kol. *Pôrodnické ošetrovatel'stvo*, 1. vyd. Martin: Osveta, 2000. 111 s. ISBN: 80-8063-053-4
9. FARKAŠOVÁ, Dana, a kol. *Ošetrovatel'stvo teória*, 1. vyd. Martin: Osveta. 2005. 215 s. ISBN 80 – 8063 – 182 – 4

10. HÁJEK, Z a kol. *Rizikové a patologické těhotenství*, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 444 s. ISBN 80-247-0418-8
11. CHMEL, R. *Otázky a odpovědi o porodu*, 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 116 s. ISBN 80-247-1124-9).
12. JANKŮ, K. *Hypertenze v těhotenství*, 1. vyd. Brno: IDVPZ, 1998. 170 s. ISBN 80-7013-254-X
13. JEKLOVÁ, A. TROJANOVÁ, B. *Ošetrovatelská péče o těhotnou, rodičku a šestinedělku s vybranými onemocněními*, 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. 52 s. ISBN: 80-7013-411-9
14. KLENER, P. a kol. *Vnitřní lékařství II*, 1. vyd. Praha: Informatorium, 2001. 225 s. ISBN: 80-86073-76-9
15. KOBILKOVÁ, J. a kol. *Základy gynekologie a porodnictví*, 1.vyd. Praha: Galén, 2005. 368 s. ISBN: 80-7262-315-X
16. KOZIEROVÁ, B. a kol. *Ošetrovatel'stvo: koncepcia, ošetrovatel'ský proces a praxe I*. Martin: Osveta. 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0
17. LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Přel. O. Flégr. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a s., 2004. 988 s. ISBN: 80-247-0668-7
18. MACKŮ, F. ČECH, E. *Porodnictví pro střední zdravotnické školy*, 1.vyd. Praha: Informatorium, 2002. 143 s. ISBN: 80-86073-92-0

19. MICHALÍČKOVÁ, R. *Těhotenské gestózy* (online) Dostupné z:
<http://sestra.cz/scripts/detail.php?id=278265>, [cit. 6.3.2006]
20. MIKULANDOVÁ, M. *Těhotenství a porod*, 1. vyd. Brno: Computer Press,a.s. ,
2004. 160 s. ISBN: 80-251-0205-X
21. PAŘÍZEK, A. *Kniha o těhotenství @ porodu*, 2. vyd. Praha: Galén, 2005. 414 s.
ISBN: 80-7262-411-3
22. Práva pacientů. (online) Dostupné z: <http://www.ftn.cz/index.php?id=2235>, [cit.
27.7.2007]
23. Rané (časné) gestózy. (online) Dostupné z:
<http://www.porodnice.cz/default.asp?rubrika=1&podrubrika=152>, [cit. 11.2. 2007]
24. ROZSYPALOVÁ, M. STAŇKOVÁ, M. a kol. *Ošetrovatelství I/1*. 2. vyd. Praha:
Informatorium. 1999. 234 s. ISBN 80-86073-39-4
25. ROZTOČIL, A. a kol. *Porodnictví*, 1. vyd. Brno. IDVPZ, 2001. 333 s. ISBN 80-
7013-339-2
26. SEDLÁKOVÁ, G. *Koncepční model Oremové*. ZSF JČU v ČB, přednáška,
2.3.2005
27. ŠAMÁNKOVÁ, M. A kol. *Základy ošetrovatelství pro studující lékařských fakult
I. a 2. díl*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 2002. 274 s. ISBN 80 – 246 – 0477 – 9
28. ŠAMÁNKOVÁ, M. *Základy ošetrovatelství*, 1.vyd, Praha: Karolinum, 2006, 353 s,
ISBN: 80-246-1091-4

29. TRACHTOVÁ, E., FOJTOVÁ, G., MASTILIAKOVÁ, D. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně. 2001. 186 s. ISBN 80 – 7013 – 324 – 4
30. Úmluva o lidských právech a biomedicíně. (online) Dostupné z: http://juristic.zcu.cz/dostal/docs/UB_cj.htm, [cit. 27.8.2007]
31. VOJTÍŠKOVÁ, J. *Kompetence všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře* (online) Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/med/2006/02/12.pdf>, [cit. 26.8.2007]
32. VONDRÁČEK, L. Kvalifikované poučení pacienta. (online). Dostupné z: http://www.medicina.cz/odborne/clanek.dss?s_id=5636&s_ts=39173,7951851852, [cit. 29.7.2007]
33. VUČKOVÁ, J. *Ošetrovatelství - I*. 1. vyd. Praha: Fortuna. 1996. 72 s. ISBN 80 – 7168 – 151 – 2
34. ZÁHUMENSKÝ, J. Preeklampsie. *Máma a já*. Praha: 2007, roč. 2, č. 4, s. 14-16. ISSN 1801-8769
35. ZWINGER, A. a kol. *Porodnictví*, 1.vyd. Praha: Galén, 2004. 532 s. ISBN: 80-7262-257-9

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Gestóza

Preeklampsie

Hypertenze

HELLP syndrom

Porodní asistentka

Specifická péče

Potřeby

9. PŘÍLOHY

Příloha 1 *Dotazník pro porodní asistentky*

Příloha 2 *Dotazník pro maminky*

Příloha 3 *Klasifikace preeklampsie*

Příloha 4 *Vyšetření sledovaná u těhotné s preeklampsii při hospitalizaci*

Příloha 5 *Schéma modelu Oremové*

Příloha 6 *Ošetrovatelská dokumentace dle Oremové*

Příloha 1 *Dotazník pro porodní asistentky*

Vážená porodní asistentko,

jmenuji se Ivana Kolpová, jsem studentkou 3. ročníku denního studia Zdravotně sociální fakulty Jihočeské Univerzity v Českých Budějovicích, obor Porodní asistentka. Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku, který mi poslouží k vypracování závěrečné bakalářské práce, na téma Specifika ošetrovatelské péče u žen s gestózou. Dotazník je zcela **anonymní** a Vámi vyplněné údaje nebudou nikde zveřejněny. Odpovědi zakroužkujte nebo doplňte.

Předem Vám děkuji za Váš vynaložený čas, Ivana Kolpová

1) Na jakém oddělení pracujete?

- a) oddělení šestinedělí
- b) oddělení rizikového těhotenství
- c) porodní sál
- d) jiné (doplňte).....

2) Kolik Vám je let?

- a) 20 až 30 let
- b) 31 až 40 let
- c) 41 až 50 let
- d) 51 až 55 let
- e) 56 let a více

3) Jaké máte ukončené vzdělání?

- a) SZŠ
- b) VOŠ
- c) specializační studium
- d) VŠ – Bc.
- e) VŠ – Mgr.
- f) jiné (doplňte).....

4) Kolik let pracujete v oboru?

- a) do 1 roku
- b) 2 – 5 let
- c) 6 – 10 let
- d) 11 – 15 let
- e) 16 let a více

5) Kolik žen s gestózou je podle Vás hospitalizováno na Vašem oddělení za měsíc?

- a) 1 až 5
- b) 6 až 10
- c) 11 až 15
- d) 16 a více

6) Mají ženy s gestózou speciální dietu?

- a) ano – hyperemesis gravidarum (doplňte):.....
 - Hypertenze (doplňte):.....
 - Preeklampsie (doplňte):.....
 - Jiné:.....
- b) ne

7) Měříte u žen s gestózou bilanci tekutin pravidelně?

- a) ano
- b) ne

8) Provádí se u Vás clearance creatininu?

- a) ano
- b) ne

9) Provádíte u žen s gestózou pravidelné orientační vyšetření moči indikačním papírkem?

- a) ano
- b) ne

10) Provádí se pravidelně UZ plodu?

- a) ano
- b) ne

11) Provádí se u Vás u žen s gestózou pravidelné vaginální vyšetření?

- a) ano**
- b) ne

12) Součástí ošetrovatelské péče jsou další sledování, provádíte je pravidelně?

- | | | |
|----------------------------|--------|-------|
| - vážení pacientek | a) ano | b) ne |
| - měření a sledování otoků | a) ano | b) ne |
| - EKG | a) ano | b) ne |
| - měření a sledování TK | a) ano | b) ne |

13) Je doporučována těmto ženám poloha spíše na levém boku?

- a) ano
- b) ne

14) V případě, že mají ženy s gestózou naordinovaný klid na lůžku, dodržují jej?

- a) ano
- b) ne
- c) někdy

15) Provádí se u Vás u pacientek s hypertenzí vyšetření očního pozadí?

- a) ano
- b) ne

16) Máte edukační program pro ženy s gestózou?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

17) Aktivujete pacientky s gestózou ve volném čase?

a) ano

b) ne

18) Je ošetrovatelská péče o ženy s gestózou ve srovnání s péčí o ostatní pacientky náročnější?

a) ano

b) ne

19) Vyžadují podle Vás ženy s gestózou specifickou ošetrovatelskou péči?

a) ano

b) ne

c) nevím

Příloha 2 Dotazník pro maminky

Milá maminko,

jmenuji se Ivana Kolpová, jsem studentkou 3. ročníku denního studia Zdravotně sociální fakulty Jihočeské Univerzity v Českých Budějovicích, obor Porodní asistentka. Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku, který mi poslouží k vypracování závěrečné bakalářské práce, na téma Specifika ošetrovatelské péče u žen s gestózou. Dotazník je zcela **anonymní** a Vámi vyplněné údaje nebudou nikde zveřejněny. Odpovědi zakroužkujte nebo doplňte.

Předem Vám děkuji za Váš vynaložený čas, Ivana Kolpová

1) Na jakém oddělení vyplňujete tento dotazník?

- a) oddělení rizikového těhotenství
- b) oddělení šestinedělí
- c) porodní sál
- d) jiné (doplňte).....

2) Kolik je Vám let?

- a) 20 let a méně
- b) 21 až 25 let
- c) 26 až 30 let
- d) 31 let a více

3) Jaké máte nejvyšší vzdělání?

- a) základní
- b) střední bez maturity (vyučená)
- c) střední s maturitou
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské
- f) jiné (doplňte).....

4) Jak dlouho jste na oddělení hospitalizována?

- a) 7 dní a méně
- b) 8 - 14dní
- c) více jak 14 dní (doplňte).....

5) Víte s jakou diagnózou jste hospitalizována?

- a) ano (doplňte).....
- b) ne

6) Měla jste informace o svém onemocnění již před přijetím do nemocnice?

- a) ano
- b) ne

7) Byly Vám poskytnuty informace na oddělení o Vašem zdravotním stavu?

- a) ano
- b) ne

Pokud jste odpověděla ne, přejděte na otázku č. 9.

8) Kdo Vám tyto informace poskytl?

- a) lékař
- b) sestra

9) Odkud jste se poprvé dozvěděla o svém onemocnění?

- a) od lékaře
- b) od kamarádky
- c) z časopisu
- d) z internetu
- e) z literatury
- f) jiné (doplňte).....

10) Víte jakou máte dietu?

- a) ano (doplňte).....
- b) ne

11) Máte informace o potravinách, které můžete konzumovat?

- a) ano
- b) ne

12) Dodržujete dietní opatření?

- a) ano
- b) ne

13) Víte kolik ml tekutin máte za den vypít?

- a) ano
- b) ne

14) Máte informace o nápojích, které můžete pít?

- a) ano
- b) ne

15) Máte informace o vyšetřeních, které Vám na oddělení provádějí?

- a) ano
- b) ne

16) Jaká vyšetření u Vás sestřičky provádějí pravidelně? (můžete zaškrtnout více možností)

- a) měření krevního tlaku, pulsu
- b) vyšetření moči indikačním papírkem
- c) vážení
- d) vyšetření moči laboratorně
- e) vyšetření krve laboratorně
- f) natáčení monitoru – ozvy plodu
- g) jiné (doplňte).....

17) Jaký máte pohybový režim?

- a) mohu chodit bez omezení
- b) mám klid na lůžku
- c) mám přísný klid na lůžku

18) Dodržujete pohybový režim?

- a) ano
- b) ne

19) Víte jaké užíváte léky?

- a) ano (doplňte).....
- b) ne
- c) žádné léky neužívám

Pokud jste odpověděla za c) přejděte na otázku č.22

20) Užíváte léky pravidelně?

- a) ano
- b) ne

21) Víte na co léky užíváte?

- a) ano
- b) ne

22) Máte informace o dodržování zásad správné životosprávy i po propuštění z oddělení?

- a) ano
- b) ne

23) Myslíte si, že máte dostatek informací o svém onemocnění?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

Příloha 3 *Klasifikace preeklampsie podle Vedry a Americké národní skupiny pro výchovný program vysokého krevního tlaku*

I. Preeklampsie	Vznik hypertenze s proteinurií event. edémy v graviditě
1. Mírná	Pokud nejsou symptomy těžké preeklampsie
2. Těžká	TK v klidu > 160/110 Proteinurie > 5g/24 hodin Oligurie < 400ml/24 hodin Epigastrická bolest či bolest v pravém hypochondriu Cefalea Poruchy vizu Plicní edém, cyanóza
II. Eklampsie	Konvulzivní stav
III. Chronická hypertenze přecházející těhotenství	Trvalá hypertenze před 20. týdnem gravidity (není-li zároveň mola hidytidos), či trvalá hypertenze po 6. týdnu po porodu
IV. Preeklampsie superpnovaná na chronickou hypertenzi	Preeklampsie nasedající na chronickou hypertenzi
V. Přechodná – tranzitorní hypertenze	Objeví se v těhotenství po 20. týdnu, vymizí pře porodem či do 10 dnů po porodu (nejspíše latentní esenciální hypertenze)
VI. Neklasifikovaná hypertenze	Hypertenze zjištěná při jednom vyšetření v těhotenství

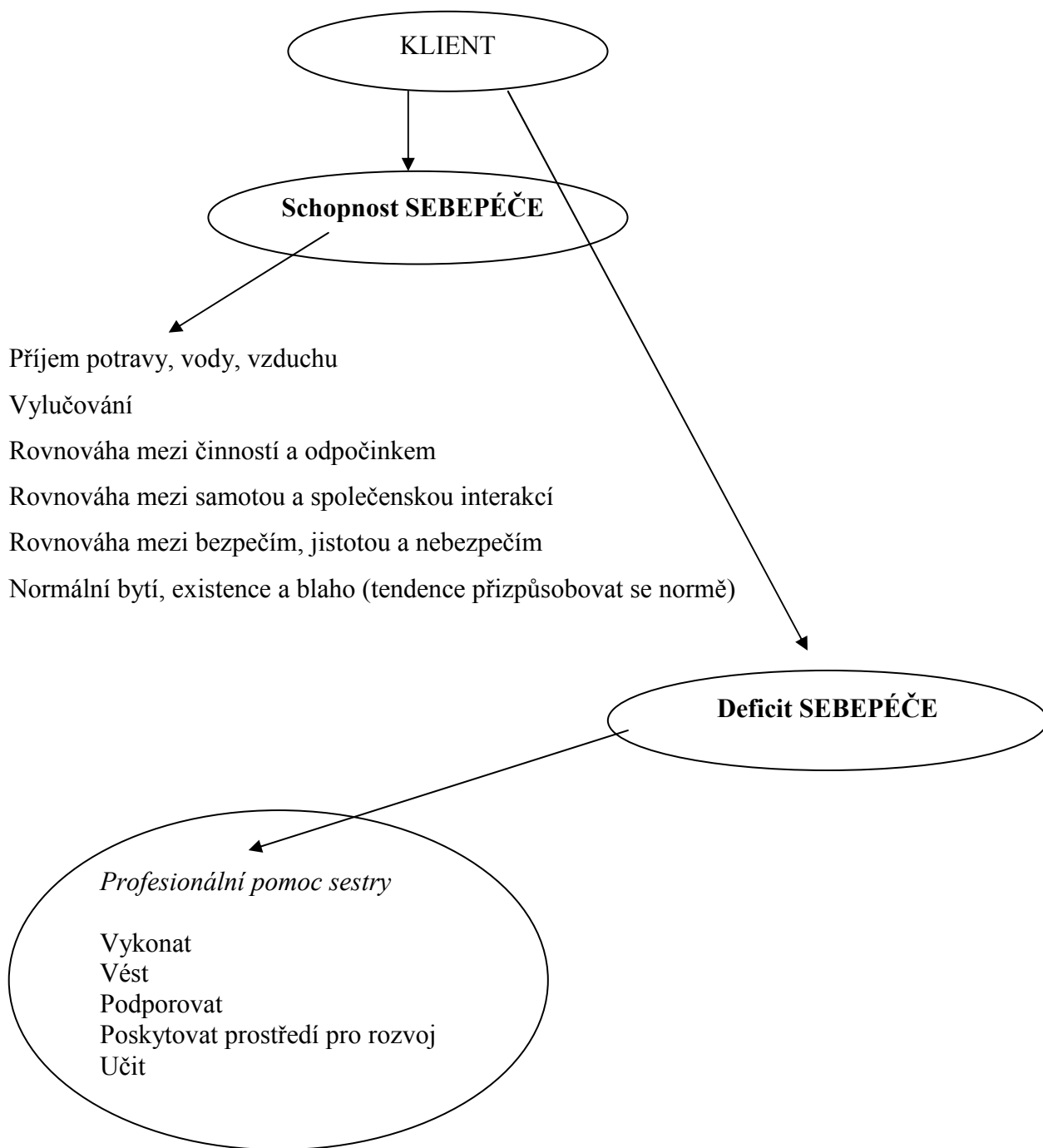
Zdroj: HÁJEK, Z a kol. *Rizikové a patologické těhotenství*, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 444 s. ISBN 80-247-0418-8

Příloha 4 *Vyšetření sledovaná u těhotné s preeklampií při hospitalizaci*

Vyšetření
TK
Krevní obraz a trombocyty
Kyselina močová, kreatinin
Močovina, ionty v séru
Albumin, globulin v séru
Jaterní testy
Glykemický profil
Hemokoagulační vyšetření (AT III, fibrinogen, Quick, event. C, S protein)
Mg, Ca v séru (při léčbě)
LD
Clearance kreatininu
Kvantitativní proteinurie
Mikroalbuminurie
Moč + sediment
Příjem + výdej tekutin
Edémy
Hmotnost pacientky
Oční pozadí
EKG
Event. sonografie břišních orgánů
Event. kys. vanilmandlová

Zdroj: HÁJEK, Z a kol. *Rizikové a patologické těhotenství*, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 444 s. ISBN 80-247-0418-8

Příloha 5 Schéma modelu Oremové



Zdroj: ARCHALOUSOVÁ, A. *Přehled vybraných ošetřovatelských modelů*, 1. vyd.
Hradec Králové: Nucleus HK. 2003. 99 s. ISBN 80-86225-33-X

Příloha 6 Ošetrovatelská dokumentace dle Oremové

**OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE
OŠETŘOVATELSKÝ PROCES DLE OREMOVÉ**

Sběr informací

Iniciály:..... ročník narození:..... oddělení:.....
Oslovení ženy:..... Její lékař:.....
Pojišťovna:.....
Nemocná byla seznámena s „Právy pacientů“: ☐ ano ☐ ne
Informace klientce poskytl: ☐ lékař: ☐ ano ☐ ne ☐ sestra: ☐ ano ☐ ne ☐ jiné:.....

Zdravotní odchylky vyžadující podporu v sebepěči

Lékařská diagnóza (důvod k přijetí):.....
Sesterská anamnéza se vztahem k současnosti:
Osobní:.....
Jak žena vnímá přijetí: ☐ reaguje negativně ☐ nekomunikuje ☐ je plačtivá ☐ má strach
☐ pocituje úzkost ☐ je nervózní ☐ jiné:.....
Krvácení: ano ☐ ne špinění: ano ☐ ne bolest: ne ☐ ano: lokalizace:.....
Kontrakce: ☐ ne ☐ ano: ☐ nepravidelné ☐ pravidelné: po kolika minutách:.....
☐ slabé ☐ silné ☐ tlaky pohyby plodu: cítí ☐ necítí: od kdy:.....
Rozměry pánevní: dist. bisp:..... dist. bicrist:..... dist. bitroch:..... kon. exter:.....
Zevní vyšetření:.....
.....
.....

Vnitřní vyšetření: nález:.....
Odtok plodové vody: ☐ ne ☐ ano: v kolik hodin:..... Temeschváry: pozitivní ☐ negativní
Dirupce plodové vody: ☐ ne ☐ ano: barva: ☐ průzračná ☐ zkalená ☐ zelená ☐ se smolkou
CTG: ne ☐ ano: hodnocení křivky:.....
Frekvence ozev plodu:..... za minutu
UZ: neproveden ☐ proveden: nález:.....
.....
Alergie: ☐ ne ☐ ano: na co:.....
Krevní skupina a Rh faktor:..... transfúze: ne ☐ ano: kdy:..... reakce: ☐ ano ☐ ne

Rodinná:

Stav: vdaná ☐ svobodná ☐ rozvedená ☐ vdova
Klientka si přeje si kontakt na nejbližší příbuzné: ne ☐ ano: ☐ manžel ☐ dcera ☐ syn ☐ bratr
☐ sestra ☐ jiné:.....
Jak rodina vnímá přijetí do nemocnice: ☐ jsou lhostejní ☐ mají zájem ☐ chtějí více informací ☐ chtějí
klientku doprovázet ☐ jiné:.....

Sociální:

Zaměstnána: ano: druh zaměstnání:.....
ne: bez práce ☐ MD ☐ invalidní důchod ☐ starobní důchod ☐ jiné:.....
Přijetí: ☐ první ☐ druhé ☐ opakované ☐ přeložena z:.....

Zdravotní:

Operace: ☐ne ☐ano: kdy:.....druh operace:.....
Úraz: ☐ne ☐ano: kdy:.....druh úrazu:.....

Běžné dětské choroby: ☐ne ☐ano: jaké:.....
Jiná onemocnění: ☐ne ☐ano: ☐DM:: typ diabetu:..... ☐tuberkulóza ☐lues
☐AIDS ☐hypertenze ☐varixy DK ☐jiné:
Užívání léků: ☐ne ☐ano: jaké:.....

Dieta:.....

Den pobytu:.....

Kouření: ☐ne ☐ano: kolik cigaret:denně alkohol: ☐ano ☐ne drogy: ☐ano ☐ne

Předoperační vyšetření: ☐ne ☐ano

Pooperační den:operační rána se hojí: ☐per primam ☐per secundam

Způsob ošetřování OP rány:.....

Jiné převazy: ☐ne ☐ano: jaké:.....

Bolest: ☐ne ☐ano

Kdy to bolí: ☐ráno ☐večer ☐stále ☐po pohybu ☐po převazu ☐jiné:.....

Charakter bolesti: ☐tupá ☐ostrá ☐bodavá ☐kolikovitá ☐vystřelující ☐svíravá ☐pálivá

☐křížové ☐břišní ☐jiné:.....

Stupnice:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Co bolest zmírňuje, odstraňuje: ☐opiáty ☐analgetika ☐spinální anestézie ☐epidurální anestézie
☐poloha ☐masáže ☐hydroterapie ☐aromaterapie ☐jiné:.....

Bandáže: ☐ano ☐ne

Pohybový režim: ☐chodící ☐klid na lůžku ☐přísný klid na lůžku

Soběstačnost: ☐úplná ☐částečná pomoc ☐úplná pomoc ☐úroveň soběstačnosti: 0 1 2 3 4 5

Kompenzační pomůcky: ☐ne ☐ano: jaké:.....

Koupele: ☐ne ☐ano: jaké:.....

Jak pociťuje žena svoje potíže vzhledem k současnému stavu: ☐je nervózní ☐je klidná

☐důvěřuje zdravotníkům ☐jiné:.....

První dojem, který žena udělala na sestru: ☐je čistá ☐je klidná ☐je neupravená

☐neklidná ☐neposlouchá ☐zanedbaná ☐úzkostlivá ☐má strach ☐mlčí ☐je uzavřená

☐je z ní cítit alkohol ☐jiné:.....

Zrak: ☐vidí dobře ☐krátkozrakost: kolik dioptrií: P:.....L:..... oko

☐dalekozrakost: kolik dioptrií: P:.....L:.....oko ☐strabismus: ☐ano ☐ne

☐zbytky zraku ☐nevidomá ☐operace: ☐ne ☐ano: druh: P – L oko.....

Brýle: ☐ne ☐ano Čočky: ☐ne ☐ano: kolik dioptrií: P:.....L:.....oko

Chrup: ☐zubní protéza ☐horní ☐dolní ☐obě ☐vlastní chrup ☐můstek

Stav kůže: ☐suchá ☐olupující se ☐otoky ☐napjatá ☐vyrážka ☐eroze ☐jiné:.....

Nehty: ☐ulámané ☐třepí se ☐pěstěné ☐čisté ☐špinavé ☐jiné:.....

Vlasy: ☐čisté ☐mastné ☐suché ☐lámající se ☐roztřepené ☐vši ☐pěstěné ☐jiné:.....

Doba hygienické péče: ☐ráno ☐večer ☐během dne ☐podle potřeby ☐1x za den

☐1x za 2 dny ☐1x za 3 dny ☐1x za týden ☐nemýje se ☐jiné:.....

Způsob: ☐koupel ve vaně ☐sprchování ☐omývání se žínkou u umyvadla ☐umývání se v lůžku

☐jiné:.....

Terapeutické požadavky

A. UNIVERZÁLNÍ POŽADANKY SEBEPÉČE

Základní životní funkce:

Dýchání: počet dechů:.....min.			☐ pravidelné	☐ nepravidelné	☐ apnoické pauzy
Kašel: ☐ ne ☐ ano: ☐ suchý ☐ dráždivý ☐ vlhký ☐ vykašlává					
☐ vzhled sputa:.....			☐ jiné:.....		
Puls: počet:.....min.			☐ pravidelný	☐ nepravidelný	☐ mělký ☐ plný ☐ nitkovitý
Krevní tlak:mmHg			TT:.....°C		
Výška:.....cm		Váha:.....kg		BMI index.....	

Příjem potravy:Kolikrát:.....za den ☐pravidelnost ☐nepravidelnost☐celá porce ☐½ porce ☐¼ porce ☐polévka ☐zákusek ☐ovoce ☐zeleninaChuť k jídlu: ☐ano ☐ne: důvod:.....

Oblíbené jídlo:.....

Neoblíbené jídlo:.....

Forma stravy: ☐tekutá ☐kašovitá ☐normální konzistenceSchopnost najíst se sama: ☐ano ☐ne: ☐s úplnou pomocí ☐s částečnou pomocíZpůsob výživy: ☐NG sonda ☐enterální sonda ☐PEG sonda ☐lineární dávkovač☐jiné:.....Péče o sondu: ☐ne ☐ano: způsob:.....Vzhled pacientky: ☐obézní ☐kachektická ☐štíhlá ☐plnoštíhlá ☐normálníDyspeptické potíže: ☐ne ☐ano: ☐pálení žáhy ☐nauzea ☐řihání ☐zvracení ☐jiné:**Schopnost sebezpečí:**☐úplná ☐s částečnou pomocí ☐s úplnou pomocí ☐musí se učit ☐musí se vést☐jiné:.....**Aktuální a potenciační deficit a jeho příčina:****Ošetřovatelský systém:**☐podpůrně výchovný ☐částečně kompenzující ☐celkově kompenzující**Tekutiny:**

Množství tekutin:..... za 24 hod.

Oblíbené tekutiny: ☐voda ☐minerálka ☐mléko ☐čaj ☐pivo ☐káva ☐alkohol☐jiné:.....Neoblíbené tekutiny: ☐voda ☐minerálka ☐mléko ☐čaj ☐pivo ☐káva ☐alkohol☐jiné:.....Pocit žízně: ☐ano ☐ne ☐občasStav sliznic: ☐vlhké ☐suché ☐prokrvené ☐bledéZměny na sliznici: ☐eroze ☐afity ☐povlaky ☐jiné:.....Kožní turgor: ☐snížený ☐normální ☐dehydratace ☐jiné:.....Pocení: ☐ne ☐ano: ☐zvýšené ☐návaly ☐fyzilogické poceníOtoky: ☐ne ☐ano: kde: ☐prsty ☐kotníky ☐lýtka ☐celé končetiny ☐obličej ☐jiné:.....**Schopnost sebezpečí:**☐úplná ☐s částečnou pomocí ☐s úplnou pomocí ☐musí se učit ☐musí se vést☐jiné:.....**Aktuální a potenciační deficit a jeho příčina:****Ošetřovatelský systém:**☐podpůrně výchovný ☐částečně kompenzující ☐celkově kompenzující

Dýchání:Dušnost: ☐ne ☐ano: ☐klidová ☐námahováPomůcky k dýchání: ☐kyslíkové brýle ☐kyslíková maska ☐kapesní inhalátor ☐jiné:.....Podávání kyslíku: ☐ne ☐ano: kolik:.....l/min. inhalace: ☐ne ☐ano: druh:.....Odsávání: ☐ne ☐ano: jak často:.....Rehabilitace dýchacích cest: ☐ano ☐neBolest při dýchání: ☐ne ☐ano: kdy:.....kde:.....**Schopnost sebezpečí:**☐ úplná ☐ s částečnou pomocí ☐ s úplnou pomocí ☐ musí se učit ☐ musí se vést☐ jiné:.....**Aktuální a potencionální deficit a jeho příčina:****Ošetrovatelský systém:**☐ podpůrně výchovný ☐ částečně kompenzující ☐ celkově kompenzující**Vylučování:****Vyprazdňování moče:**

Spontánní: častost:/24 h. množství:...../24 h. barva:.....

Příměsi: ☐krev ☐hnis ☐žluč. barviva ☐bílkovina ☐jiné:.....Vyšetření moči indikačním papírkem: ☐ano ☐nePotíže při močení: ne ano: řezání pálení svědění ☐bolest ☐noční močení ☐jiné:.....Inkontinence: ☐ano ☐ne vložky: ☐ano ☐ne plenkové kalhotky: ☐ano ☐neMočový katétr: ☐ne ☐ano: číslo katétru:datum poslední katetrizace:.....Urostomie: ☐ne ☐ano: ošetrování: ☐sestrou plně ☐sestrou částečně ☐pacientka sama**Schopnost sebezpečí:**☐ úplná ☐ s částečnou pomocí ☐ s úplnou pomocí ☐ musí se učit ☐ musí se vést☐ jiné:.....**Aktuální a potencionální deficit a jeho příčina:****Ošetrovatelský systém:**☐ podpůrně výchovný ☐ částečně kompenzující ☐ celkově kompenzující**Vyprazdňování stolice:**☐WC - sama ☐WC s pomocí ☐na lůžku – podložní mísa ☐přenosné WC☐spont.: vyprazdňování: ☐pravidelné: ☐ne ☐ano: za kolik dní:.....☐nepravidelné: ☐ne ☐ano:.....dníBarva: ☐hnědá ☐acholická ☐žlutá ☐zelená ☐jiná:.....Příměsi: ☐ne ☐ano: ☐len ☐krev ☐nestrávené zbytky ☐jiné:.....Konzistence: formovaná ☐průjmovitá ☐vodnatá ☐stříkavá ☐bobkovitá ☐skybalaprůjem ☐zácpaUžívání projímadel: ☐ne ☐ano: jak často:.....jaká:.....Stomie: ☐ne ☐ano: kde:.....průměr:.....cm

Pomoc při ošetření: ☐ ne ☐ ano: ☐ částečně sestrou ☐ sestra sama ☐ pacientka sama

Schopnost sebepěče:

☐ úplná ☐ s částečnou pomocí ☐ s úplnou pomocí ☐ musí se učit ☐ musí se vést

☐ jiné:

Aktuální a potencionální deficit a jeho příčina:

Ošetřovatelský systém:

☐ podpůrně výchovný ☐ částečně kompenzující ☐ celkově kompenzující

Spánek, odpočinek:

Kolik hodin spíte?

V kolik hodin chodíte spát?: 21.00 ☐ 22.00 ☐ 23.00 ☐ 24.00 ☐ jiné:

Po probuzení se cítíte: ☐ odpočínutá ☐ unavená

Spíte celou noc: ☐ ano ☐ ne: budíte se v noci budíte se brzy ráno ☐ jiné:

Spánkové fenomény: spánková inverze noční běs ☐ náměsíčnost chrápání ☐ jiné:

Užívání hypnotik: ☐ ne ano: jaké:

Spánkové rituály: ☐ ne ano: jaké:

Odpočinek přes den: ☐ pasivní: aktivní:

Forma relaxace přes den: čtení ☐ procházka v přírodě ☐ poslouchání hudby sport

jiné:

Faktory bránící tělesné aktivitě: ☐ bolest svalová atrofie kontraktury ☐ svalové křeče

dušnost ☐ nezáměr o těl. aktivitu ☐ jiné:

Aktivní cvičení: ne ano: pravidelné nepravidelné

Biologický rytmus: lepší/horší část dne: ☐ ráno ☐ dopoledně ☐ v poledne ☐ odpoledne

večer ☐ jiné:

Schopnost sebepěče:

☐ úplná ☐ s částečnou pomocí ☐ s úplnou pomocí ☐ musí se učit ☐ musí se vést

☐ jiné:

Aktuální a potencionální deficit a jeho příčina:

Ošetřovatelský systém:

☐ podpůrně výchovný ☐ částečně kompenzující ☐ celkově kompenzující

Samota a společenská interakce:

Jste: ☐ samotář ☐ společenský typ ☐ extrovert ☐ introvert optimista ☐ pesimista

☐ jiné:

Komunikace:

Dělá vám problémy komunikovat s cizími lidmi? ☐ ne ☐ ano ☐ někdy ☐ často

Vědomí: ☐ jasné ☐ zastřené ☐ somnolence sopor ☐ bezvědomí ☐ GCS: bodů

Orientace: ☐ plně orientovaná: ☐ osobou ☐ místem časem

částečně orientovaná: ☐ osobou ☐ místem časem dezorientovaná

Projevy: ☐ agresivita ☐ neklid ☐ apatie ☐ zmatenost ☐ deprese jiné:

Řeč: ☐ plynulá ☐ zadržávání ☐ koktavost ☐ rozbíhavost ☐ nemá ☐ jiné:.....
Hlas: ☐ přiměřený ☐ hluchý ☐ tichý ☐ šeptavý ☐ jiné:.....
Oční kontakt: ☐ udrží ☐ vyhýbá se očnímu kontaktu ☐ jiné:.....
Cítí omezení v době nemoci: ☐ ne ☐ ano: jaké:.....
Adaptace na cizí prostředí: ☐ dobrá ☐ špatná
Narušení společenského kontaktu: ☐ ne ☐ ano: jak:.....

Schopnost sebezpečí:

☐ úplná ☐ s částečnou pomocí ☐ s úplnou pomocí ☐ musí se učit ☐ musí se vést
☐ jiné:.....

Aktuální a potenciační deficit a jeho příčina:

Ošetřovatelský systém:

☐ podpůrně výchovný ☐ částečně kompenzující ☐ celkově kompenzující

Jistota, bezpečí:

Rodina, přátelé, vztahy : ☐ má přátele ☐ nemá přátele ☐ je sama ☐ má manžela ☐ druhu
je vdova ☐ má rodiče ☐ má děti ☐ jiné:.....
Bydlení: ☐ má svůj vlastní ☐ byt ☐ dům ☐ bydlí u rodičů ☐ v podnájmu ☐ je bezdomovec
bydlí v sociálním zařízení: v jakém:.....
jiné:.....
Předpokládá se kontakt se sociální pracovníci: ☐ ano ☐ ne
Má vědomosti, dovednosti a informace potřebné pro průběžnou sebezpečí po propuštění:
ano ☐ ne ☐ částečně
Požadovaná pomoc po propuštění: ☐ ne ☐ částečná ☐ ano
Formy pomoci: ☐ rodina ☐ primární péče ☐ obvodní sestra ☐ domácí lékař ☐ komunitní péče
Agentury domácí péče ☐ Hospicová péče ☐ pečovatelská služba ☐ sociální pracovník
jiné:.....

Schopnost sebezpečí:

☐ úplná ☐ s částečnou pomocí ☐ s úplnou pomocí ☐ musí se učit ☐ musí se vést
☐ jiné:.....

Aktuální a potenciační deficit a jeho příčina:

Ošetřovatelský systém:

☐ podpůrně výchovný ☐ částečně kompenzující ☐ celkově kompenzující

Bytí, existence, blaho:

Náboženské vyznání: ☐ ne ☐ ano: jaká církev:.....
Máte možnost v nemocnici vyznávat víru: ano ☐ ne: proč:.....
Chcete zajistit: kněze ☐ pastora ☐ jiné:.....
Cítíte omezení kvůli své víře: ano ☐ ne ☐ někdy
Máte nějaká přání ohledně víry: ne ☐ ano: jaká:.....

Jaké životní hodnoty mají pro Vás význam:.....
Jste spokojena se svým životem? ano ☐ ne: proč:.....
Máte obavy z budoucnosti? ☐ ne ☐ ano ☐ někdy
Jak zvládáte stresové situace: ☐ sama ☐ s manželem ☐ s druhem ☐ s přítelkyní ☐ s matkou
jiné:.....

Schopnost sebepěče:

☐ úplná ☐ s částečnou pomocí ☐ s úplnou pomocí ☐ musí se učit ☐ musí se vést
☐ jiné:.....

Aktuální a potencionální deficit a jeho příčina:

Ošetřovatelský systém:

☐ podpůrně výchovný ☐ částečně kompenzující ☐ celkově kompenzující

B. VÝVOJOVÉ POŽADAVKY SEBEPÉČE

Životní změny, odchylky růstu a vývoje:

Odchylky v růstu: ne ☐ ano: jaké:.....
Odchylky ve vývoji: ne ☐ ano: jaké:.....
Životní změny v poslední době: ne ☐ ano: jaké:.....
Traumatická událost v poslední době: ☐ ne ☐ ano: jaká:.....
Důležité změny zdravotního stavu za poslední rok: ne ☐ ano: jaké:.....

Sexualita:

menstruace: ☐ pravidelná: cyklus po kolika dnech:..... doba trvání:.....dny
nepravidelná ☐ krvácení: ☐ normální ☐ slabé ☐ silné
Antikoncepce: ne ☐ ano: druh:.....
Vaginální výtok: ☐ ne ☐ ano: vzhled:.....
Porody: ne ☐ první těhotenství ☐ ano: počet:.....
Těhotenství po IVF: ☐ ne ☐ ano: plod: ☐ jeden ☐ dva ☐ tři
Těhotenství fyziologicky vzniklé: ☐ ne ☐ ano: plody: ☐ jeden ☐ dva ☐ tři
Šestinedělí: ☐ bez komplikací ☐ s komplikacemi:.....
Kojení: ne ☐ ano: jak dlouho:.....
Potraty: ne ☐ ano: kolik:.....samovolný ☐ interrupce ☐ miniinterrupce
Komplikace: ☐ ne ☐ ano: jaké:.....
Klimaktérium: ne ☐ ano: od kdy:.....
Substituční terapie: ☐ ne ☐ ano: od kdy:.....jaká:.....

Schopnost sebepěče:

☐ úplná ☐ s částečnou pomocí ☐ s úplnou pomocí ☐ musí se učit ☐ musí se vést
☐ jiné:.....

Aktuální a potencionální deficit a jeho příčina:

Ošetřovatelský systém:

☐ podpůrně výchovný ☐ částečně kompenzující ☐ celkově kompenzující

C. TERAPEUTICKÉ POŽADAVKY SEBEPÉČE

Téma edukace:

zdravotní stav léčebný režim RHB ☐ následná péče trvalé následky ☐ péče o stomii
aplikace inzulínu ☐ inkontinence péče v pooperačním stavu ☐ dietní opatření
sexualita po hysterectomii ☐ lázeňská léčba ☐ antikoagulační terapie jiné:.....
.....

Datum edukace:

Kdo edukoval + podpis:

Edukace rodiny: ☐ ne ☐ ano: kdo se z rodiny

zúčastnil:.....

Datum edukace:

Kdo edukoval + podpis:

Používané metody:

ústně ☐ písemně ☐ video ☐ televize ☐ audio nácvik počítač ☐ internet ☐ CD
jiné:.....

Datum edukace:

Kdo edukoval + podpis:

Reakce klientky:

plně chápe ☐ ptá se ☐ odmítá edukaci ☐ diskutuje ☐ nesouhlasí ☐ nerozumí
nutné opakovat ☐ nelze provést nemá zájem ☐ obtěžuje jí to ☐ jiné:.....
.....

Datum edukace:

Kdo edukoval + podpis:

Komunikační bariéry:

jazyková psychická ☐ fyzická hluchota ☐ hluchoněmost ☐ jiné:.....
.....

Datum edukace:

Kdo edukoval + podpis:

Doplňující údaje (event. výsledky a konziliární vyšetření, dokreslující diagnózy):

Zdroj: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta