

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Obtíže gastrointestinálního traktu v graviditě

bakalářská práce

Autor práce: Lucie Blahotová, DiS.

Studijní program: Porodní asistence

Studijní obor: Porodní asistentka

Vedoucí práce: PhDr. Drahomíra Filausová

Datum odevzdání práce: 06. 05. 2014

Abstrakt

Základní teoretická východiska

Bakalářská práce se zabývá gastrointestinálními obtížemi v těhotenství. Těhotné ženy nejčastěji obtěžuje pálení žáhy, nadměrné slinění, nauzea, zvracení, nadýmání a zácpa. Obtíže GIT v těhotenství zapříčiňují změny v těhotenském organismu. K těmto změnám patří zvýšená hladina progesteronu, estrogeneru, hCG a v neposlední řadě rostoucí děloha. V těle těhotné ženy dochází k relaxaci hladké svaloviny, snížení peristaltiky střev a motility žaludku, zadržování vody, proliferaci slinných žláz, změně metabolismu glukózy a citlivosti na inzulín. Rostoucí děloha pak způsobuje vysoký stav bránice, změnu polohy žaludku a střev, zvýšení nitrobřišního tlaku a tlak na venózní systém. Souhrou všech těchto faktorů dochází často k výše zmíněným GIT obtížím.

V dnešní době je známo mnoho způsobů, jak těhotenským obtížím GIT předcházet nebo je alespoň zmírnit. Edukace v oblasti zdravého životního stylu včetně zdravé výživy a vhodné pohybové aktivity může těhotným ženám od GIT potíží ulevit. Je vhodné volit dobře stravitelné, nekořeněné potraviny, které nejlépe upravujeme vařením ve vodě nebo na páře, pokud se nekonzumují zasyrova. Do jídelníčku těhotné ženy by se mělo zařadit alespoň pět porcí ovoce a zeleniny každý den a doplnit je 2 - 3 litry neperlivé a neslazené vody. Pokud těhotnou ženu trápí některá z obtíží GIT, měla by se skladba potravin upravit právě podle jejích příznaků. Pravidelná pohybová aktivita také pomáhá předcházet a zmírňovat prožívání GIT obtíží v těhotenství. Pokud jsou projevy potíží GIT výrazné a nedaří se je konzervativně eliminovat, jsou k dostání různé přípravky a léky ať na předpis nebo volně prodejné, které se mohou užívat i v těhotenství. Vzhledem k častému výskytu obtíží GIT v těhotenství by měla umět porodní asistentka těhotnou ženu vhodně edukovat .

Cíl práce

Tato bakalářská práce má za úkol zjistit, jaké obtíže GIT těhotné ženy sužují nejčastěji. Dalším cílem práce bylo zmapovat, jak těhotné ženy řeší obtíže

gastrointestinálního traktu a kdo jim poskytuje účinnou pomoc při těchto potížích. Dále tato bakalářská práce zjišťuje, jaké ošetrovatelské intervence porodní asistentky doporučují těhotným ženám. Bakalářská práce odhaluje nedostatky v informovanosti těhotných žen o možnostech prevence GIT obtíží v těhotenství a jejich možném řešení nebo alespoň jejich zmírnění, ačkoliv práce ukazuje na dobrou teoretickou připravenost porodních asistentek ohledně řešení GIT obtíží.

Použité metody

V teoretické části bakalářské práce jsou shrnuty dosavadní teoretické poznatky týkající se tématu práce. Všechny použité zdroje jsou uvedeny v seznamu bibliografických citací.

Praktická část práce je postavena na kvalitativním výzkumu, na kterém se podílelo 7 těhotných žen a 5 porodních asistentek. Kvalitativní šetření proběhlo v červnu roku 2013 formou individuálně vedených rozhovorů (viz příloha 1 a 2). Rozhovory se řídily předem stanovenými otázkami, ale i přesto měly respondentky možnost své odpovědi rozšířit i mimo rámec dané otázky. Proto se jednalo o polostrukturované rozhovory. Rozhovor se skládal z části motivační, ve které byly respondentky seznámeny s tématem a účelem rozhovoru, a ve které všechny respondentky souhlasily s pokračováním rozhovoru. Další částí byly předem vytyčené otázky týkající se obtíží GIT v těhotenství. Po těchto otázkách následovaly otázky zaměřené na identifikační údaje respondentek. Odpovědi respondentek byly zaznamenávány písemnou formou, analyzovány metodou tužka, papír a později byly transkripovány do příslušných tabulek pomocí programu MS Excel.

Výsledky

Všechny těhotné ženy se shodly, že pálení žáhy patří k nejčastějším obtížím trávicího traktu v těhotenství. 5 těhotných žen (R3, R4, R5, R6, R7) také trápily nevolnosti, pocity na zvracení. Zácpa, nechutenství, bolest při vyprazdňování, nadýmání a zvracení zmínila vždy jen jedna nebo dvě těhotné respondentky. Závažnými

těhotenskými obtížemi GIT jako je například hyperemesis gravidarum netrpěla ani jedna dotazovaná těhotná žena.

Na dotazy ohledně řešení obtíží GIT v těhotenství byly odpovědi těhotných respondentek velmi stručné. Každá z možností volby (dietní opatření, pravidelné stravování, mléčné výrobky, pohyb, zvýšený pitný režim, antacida) byla těhotnými respondentkami v rozhovorech označena pouze jednou, maximálně dvakrát.

Na výzkumnou otázku „Jaké ošetrovatelské intervence doporučují porodní asistentky k edukaci těhotných žen s gastrointestinálními obtížemi?“ byla porodními asistentkami navržena například dietní opatření, dostatečný pitný režim, pohybová aktivita.

Po zmapování situace bylo zjištěno, že ženy vyhledávají odbornou pomoc jen velmi málo. Nejvyhledávanějším zdrojem pro získávání informací je s převahou internet. Ženy ho s velkou pravděpodobností upřednostňují z důvodu rychlé dostupnosti a v neposlední řadě z důvodu obav a ostychu před odborníky. Avšak po rozhovorech s porodními asistentkami bylo zřejmé, že tyto obavy jsou zcela zbytečné, neboť každá z dotazovaných porodních asistentek je erudovaná v dané problematice a ochotná veškeré informace všem těhotným ženám ochotně poskytnout. Z rozhovorů s porodními asistentkami také vyplynulo, že je nedostatek informativních materiálů, které by těhotným ženám mohly poskytnout.

Závěr

V těhotenství jsou obtíže GIT velmi častou komplikací. Nejčastěji si těhotné ženy stěžují na pálení žáhy a nevolnosti s pocity na zvracení, které patří k těm méně závažným komplikacím GIT v těhotenství. Takové potíže GIT jsou natolik časté, že jsou obecně vnímány jako příznaky těhotenství. Ačkoliv jsou považovány za normální projevy těhotenství, žena jimi nemusí trpět. Dnes je známo mnoho způsobů prevence, řešení, nebo alespoň možností zmírnění takových obtíží. Porodní asistentky jsou podle kvalitativního výzkumu erudované o edukaci v oblasti obtíží GIT, ale i přesto těhotné ženy nevědí, jak své obtíže řešit. Proto je důležité se v rámci prenatální péče přímo těhotných žen vyptávat na obtíže GIT a pobízet je k tomu, aby se nestyděly porodní

asistentky ptát a své obtíže jí svěřovat. Dále by bylo vhodné rozšířit dnes nedostatečné množství informačních materiálů pro těhotné o obtížích GIT. Proto jsem takovou informativní brožuru vytvořila (viz. Příloha 3) a vynasnažím se, aby byla těhotným ženám v rámci primární péče k dispozici.

Klíčová slova

Gastrointestinální trakt, těhotenství, porodní asistentka, těhotná žena.

Abstract

The basic theoretical themes

This bachelor thesis deals with gastrointestinal difficulties during pregnancy. To the most common illnesses belong heartburn, excessive salivation, nausea, vomiting, flatulence and constipation. The GIT difficulties in pregnancy cause the changes in a pregnant organism. The increasing level of progesterone, oestrogen, HCG and last but not least the growing uterus. In the body of a pregnant woman comes to relaxation of smooth muscle, decreasing of intestine peristalsis and stomach motility, water retention, proliferation of salivary glands, changes in glucose metabolism and insulin sensitivity. The growing uterus causes the high level of diaphragm, the change of stomach position and intestine, the increase of interior stomach pressure and pressure at venous system. Combination of the above mentioned factors can often lead to the previously mentioned difficulties.

Nowadays there exist many ways, how to avoid or at least moderate the GIT difficulties during pregnancy. Education in the field of healthy lifestyle together with healthy diet and appropriate motion activities can relieve pregnant women from GIT difficulties. It is suitable to choose easily digestible, spicy less food, which is either cooked in water or steamed, if not eaten in raw state. In the diet of a pregnant woman there should be at least 5 pieces of fruit or vegetables every day. The right water intake should be about 2 -3 litres of still unsweetened water. If the pregnant woman suffers from some of the GIT difficulties, the food schedule should be modified according to her symptoms. The regular motion activity also helps preventing or moderating GIT difficulties in pregnancy. If there are long lasting GIT problems, that we are unable to eliminate, we can use a variety of medicaments either on prescription or free available on the market. Because of a relatively high occurrence of GIT difficulties in pregnancy, the midwife should educate the pregnant woman in the most suitable way.

The goals of the thesis

The bachelor thesis targets on the most frequent GIT difficulties of pregnant women. For the second target it was important to map, how the women solve the GIT difficulties and who helps them dealing with these above mentioned problems efficiently. Moreover this thesis deals with the amount of midwives' interventions offered to pregnant women. The bachelor thesis reveals the insufficiency and lack of information of pregnant women, the possibility of prevention in connection with GIT difficulties and its possible solution or at least moderation. On the other side the thesis shows a good theoretical readiness of midwives in the field of GIT difficulties.

The applied methods

In the theoretical part there are involved up-to-date theoretical findings connected to the topic of the theses. All mentioned sources are presented in the list of bibliographical quotations.

The practical part is based on the quantity-quality research work, in which 7 pregnant women and 5 midwives took part. This research work was carried out in June 2013 in the form of individual leading dialogues (see Annex 1 and 2). The dialogues were examined in beforehand formulated questions, nevertheless the respondents were allowed to extend their responds. From this point of view the semi-standardized dialogues were used throughout the research work. The dialogue was consisted of the motivation part, where the respondents were introduced with the topic of the research work as well as with the aims of the dialogue. In the second part the questions connected to the GIT difficulties were in the centre of attention. Afterwards the questions focused on the identification facts were released. The respondents' responds were recorded with help of voice recorder and soon afterwards written into the computer. Later on all the collected facts were categorized into appropriate charts with help of MS Excel programme.

The outcomes

All the pregnant women agreed on the fact that the heartburn belongs to the most unpleasant difficulties during pregnancy. Five of five pregnant women suffered also from nausea or vomiting feelings. Flatulence and constipation were mentioned by one or two pregnant respondents. Not even one pregnant respondent suffered from serious GIT difficulties such as hyperemesis gravidarum.

The responses of respondents on questions related to GIT difficulties were very brief. The possible answers such as diet measures, regular eating habits, dairy products, motion, increasing water intake, antacid were marked just once or twice.

For the research question “What nursing interventions do midwives recommend to pregnant women with gastrointestinal difficulties?” diet measurements, satisfactory fluid intake, movement activities were suggested by the midwives.

After the survey it was found out that women are looking for professional help very occasionally. The most preferable source for collecting information is definitely the internet. It is probably because of the wide availability and last but not least due to fear and shyness before specialists. Nevertheless after the dialogues with the midwives it was evident that their fears are useless because each of the respondent midwives is knowledgeable in the stated issue and at the same time ready to provide all pregnant women with help and advice.

The conclusion

The GIT difficulties in pregnancy are a very frequent complication. The women complain very often about heartburn, nausea or vomiting feeling, which belong to the less serious complications in the field of GIT in pregnancy. The above mentioned problems are so frequent, that they are generally viewed as symptoms of pregnancy. Although they are taken as normal symptoms of pregnancy, the women don't have to suffer from them. Nowadays there exist a variety of prevention, solution, or at least moderation of such problems. The midwives are according to the research well-educated enough in the field of GIT difficulties. Nevertheless the pregnant women don't often know how to solve their problems. That is why; it is very important to ask

pregnant women for their potential GIT difficulties and try to force them not to be shy to reveal their fears and worries to their midwives. It will be of great importance to broadcast the today insufficient amount of information materials for pregnant women about the GIT difficulties. That is the reason, why I have created an information booklet (see Annex 3). My intention is to offer this material for pregnant women to help them go through their pregnancy as smoothly as possible.

Key words

Gastrointestinal tract, pregnancy, midwife, pregnant woman.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 06. 05. 2014

.....

Lucie Blahotová, DiS.

Poděkování

Ráda bych poděkovala PhDr. Drahomíře Filausové za trpělivost při konzultacích a za bezpočet cenných rad a připomínek k mé bakalářské práci.

Zvláštní dík patří všem respondentkám, které ochotně odpovídaly na mé otázky v našich rozhovorech.

Dále bych chtěla poděkovat své rodině za podporu psychickou i finanční po celou dobu studia.

OBSAH

Abstrakt	2
Abstract	6
Obsah	12
Seznam použitých zkratk	14
Úvod	15
1 SOUČASNÝ STAV	16
1.1 Změny těhotenského organismu vyvolávající potíže gastrointestinálního traktu	16
1.2 Obecné příčiny potíží GIT v těhotenství.....	18
1.3 Nejčastější obtíže gastrointestinálního traktu vyvolané těhotenstvím	18
1.3.1 <i>Ptyalismus gravidarum</i>	19
1.3.2 <i>Pyrosis gravidarum</i>	20
1.3.3 <i>Vomitus matutinus</i>	21
1.3.4 <i>Emesis gravidarum</i>	21
1.3.5 <i>Hyperemesis gravidarum</i>	23
1.3.6 <i>Hyperemesis maligna</i>	24
1.3.7 <i>Cholestasis intrahepatica gravidarum</i>	25
1.3.8 <i>Morbus Sheehan II</i>	26
1.3.9 <i>Cholelithiasis</i>	27
1.3.10 <i>Obstipace</i>	28
1.3.11 <i>Ileus e graviditate</i>	29
1.3.12 <i>Meteorismus a flatulence</i>	30
1.3.13 <i>Hemoroidy</i>	30
1.3.14 <i>Fissura ani a pruritus ani</i>	31
1.4 Edukační činnost a intervence porodní asistentky při obtížích GIT v těhotenství	32
1.4.1 <i>Edukace o zásadách výživy při obtížích GIT v těhotenství</i>	32
1.4.2 <i>Edukace o zásadách cvičení při střevních obtížích v těhotenství</i>	33

1.4.3	<i>Intervence porodní asistentky při působení nadměrného stresu jako vyvolávajícího faktoru těhotenských nevolností a zvracení</i>	34
2	CÍLE PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY	37
2.1	Cíle práce	37
2.2	Výzkumné otázky	37
3	METODIKA	38
3.1	Charakteristika zkoumaného souboru	38
4	VÝSLEDKY	40
5	DISKUZE	52
6	ZÁVĚR	58
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	60
8	PŘÍLOHY	63
	Příloha 1	63
	Příloha 2	64
	Příloha 3	65

Seznam použitých zkratk

DIC- diseminovaná intravaskulární koagulopatie

GIT- gastrointestinální trakt- trávicí trakt

hCG- lidský choriogonadotropin

STD- nemoci přenášené pohlavním stykem

Úvod

Tato bakalářská práce se zabývá obtížemi gastrointestinálního traktu (dále jen GIT) těhotných žen, které přímo s těhotenstvím souvisejí. Toto téma jsem si vybrala, protože mám několikaletou praxi v oboru gastroenterologie a tudíž své zkušenosti mohu uplatnit v péči o těhotné ženy, které potížemi GIT trpí tak často, že se takové projevy staly všeobecně uznávanými příznaky těhotenství. V teoretické části shrnuji dostupné a nejnovější vědecké poznatky dané problematiky. Jsem toho názoru, že je v odborné literatuře dostatek informací o příčinách, příznacích a také prevenci většiny obtíží GIT v těhotenství. Vystává tedy otázka, jaká je praxe. Jakými obtížemi GIT těhotné ženy opravdu trpí nejčastěji a ve kterém trimestru těhotenství? A jsou-li informovány o prevenci obtíží GIT a jejich případném řešení? Jaký mají těhotné ženy zdroj informací, jaké metody řešení, prevenci těhotné ženy využívají a které jim doporučují porodní asistentky?

Tato bakalářská práce zahrnuje kvalitativní výzkum vedený se 7 těhotnými ženami a 5 porodními asistentkami.

Motto: „Život je plamen, který stále dohořívá, ale pokaždé vzplane, když se narodí dítě.“

(George Bernard Shaw)

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Změny těhotenského organismu vyvolávající potíže gastrointestinálního traktu

Obtíže gastrointestinálního traktu v těhotenství mohou být projevem onemocnění, které přímo s těhotenstvím nesouvisí. Častěji se však jedná o sekundární projevy gravidity. Takové potíže pak začínají na podkladě těhotenských změn (Hájek, 2004, s. 125).

Těhotenství v mateřském organismu vyvolává řadu změn- růst tkání, retenci tekutin, relaxaci hladkého svalstva a všeobecné funkční přizpůsobení (Čech, 2006, s. 45).

S obtížemi gastrointestinálního traktu nejvíce souvisí relaxace hladké svaloviny a retence tekutin. Obtíže GIT v těhotenství jsou způsobeny zvýšenou hladinou progesteronu. V prvních týdnech těhotenství produkuje progesteron corpus luteum graviditatis a ke konci prvního trimestru tuto funkci přebírá placenta. Relaxaci hladké svaloviny dochází ke snížení peristaltiky střev, motility žaludku, pomalému vyprazdňování žaludku a funkce sfinkteru kardie je nedostatečná (Roztočil, 2001, s. 87; Martius, 1997, s. 65).

Progesteron také způsobuje hypotonii žlučníku a žlučových cest. Dále je zvýšený reziduální objem žlučníku a dochází ke změnám v metabolismu tuků. Například se

zvyšuje hladina cholesterolu, triacylglycerolu a snižuje se množství žlučových kyselin (Roztočil, 2001, s. 185).

Progesteron má také natriuretický účinek. Aby nedocházelo k velkým ztrátám vody a minerálů, je tento jeho efekt kompenzován zvýšenou tvorbou reninu a angiotenzinu. V konečném důsledku se pak zvyšuje zpětná reabsorpce sodíku a vody v tlustém střevě (Čech, 2006, s. 48; Kment, 2003, s. 23).

Zvýšená hladina progesteronu tedy vede ke vzniku pálení žáhy, zácpy, střevní neprůchodnosti, nadýmání, plynatosti, zánětu žlučníku, žlučnickové koliky a tak dále.

Estrogeny ve většině produkované placentou pak způsobují zvýšenou produkci slin, protože pod jejich působením proliferují slinné žlázy. Zapřičiňují tak vznik ptyalismu. Estrogeny také zvyšují retenci vody (Slezáková, 2011, s. 136; Kment, 2003, s. 23).

Některé těhotenské nepříjemnosti gastrointestinálního traktu, jako jsou těhotenské nevolnosti a zvracení, jsou také připisovány vlivu hCG, který produkuje cytotrofoblast a později placenta. Ovlivňuje metabolismus glukózy a snižuje citlivost na inzulin. Pod vlivem hCG dochází ke zvýšení uvolňování volných mastných kyselin z tukové tkáně a stimulaci funkce štítné žlázy (Slezáková, 2011, s. 136; Kment, 2003, s. 23- 24).

Produkce výše zmiňovaných hormonů se během gravidity mění. Hladina progesteronu po druhém týdnu gravidity pozvolna stoupá, maximálních hodnot dosahuje ve 36. týdnu těhotenství. Hladina estrogenu stoupá od 4. týdne těhotenství a prvního maxima dosahuje ve 24. týdnu a druhého maxima v období porodu. Humánní choriový gonadotropin stoupá ve 4. týdnu a dosahuje maxima ve 12. týdnu, poté jeho produkce rychle klesá (Kment, 2003, s. 24). Proto se některé obtíže GIT vyskytují typicky v určitém období. Například vomitus matutinus, který mimo jiné způsobuje zvýšená hladina hCG, se většinou po 14. týdnu těhotenství již nevyskytuje (Čech, 2006, s. 254).

Dalším faktorem prohlubující komplikace gastrointestinálního traktu je zvětšující se děloha, která mění polohu žaludku a střev, vysoký stav bránice a stoupající nitrobršišní tlak. Rostoucí děloha působí zvýšený tlak na venózní systém. Tyto topografické změny se podílejí na vzniku pyrózy, hemoroidů, obstipace a vzácně mechanického ilea (Roztočil, 2001, s. 91).

1.2 Obecné příčiny potíží GIT v těhotenství

Mezi obecné příčiny potíží trávicího systému v graviditě řadíme nesprávnou výživu, nedostatek pohybové aktivity, psychogenní faktory, jako je nadměrný stres a jiná, například endokrinní onemocnění (Dušová, 2009, s. 10).

Psychogenní vlivy jsou velmi podstatnou skupinou způsobující těhotenské nevolnosti a zvracení. Podle Ratislavové (2008, s. 17) je těhotenství jednou z vývojových krizí v životě ženy. Jedná se o období, během kterého žena prožívá spoustu ambivalentních pocitů. Prožívá šťastné pocity z očekávání nového člena rodiny a naopak také obavy z budoucí mateřské role. Během gravidity mohou vyvstat staré nedořešené konflikty, především s matkou. „Potlačené psychické problémy mohou vytvářet tlak v psychice a mít podíl na vzniku některých potíží v průběhu těhotenství.“ (Ratislavová, 2008, s. 17).

Ratislavová (2008, s. 39) přímo pojmenovává psychické příčiny těhotenských nevolností a zvracení: „Z psychologických příčin se uvažuje o hysterické, nezralé osobnosti silně závislé na matce, nestabilitě, infantilitě, nevědomém odmítání mateřství a feminity, ambivalentním postoji k těhotenství. Jiné teorie hledají příčinu v neschopnosti vyrovnání se se zvýšenou zátěží a stresem.“ Tuto teorii potvrzuje i Roztočil (2001, s. 167), který uvádí, že: „Často bývají přidruženy psychogenní faktory, zejména strach z gravidity, nechtěná gravidita, podvědomé odmítání těhotenství apod.“ Stejně tak Dušová (2009, s. 10) mezi příčinami raných gestóz zmiňuje sklon k neurózám, labilní povahu ženy, obavy o těhotenství, nechtěnou graviditu a strach z těhotenství.

1.3 Nejčastější obtíže gastrointestinálního traktu vyvolané těhotenstvím

Nejčastějšími stížnostmi těhotných žen spojenými s trávicím traktem jsou zajisté pyróza, ptyalismus, vomitus matutinus, emesis gravidarum a obstipace, které se

poměrně úspěšně řeší ambulantně. Závažnějšími stavy vyvolanými těhotenstvím jsou hyperemesis gravidarum, hyperemesis maligna, které již vyžadují hospitalizaci

Přesná příčina těchto potíží není zatím objasněna, ale vznikají v kontextu s výše zmíněnými fyzickými i psychickými změnami mateřského organismu.

1.3.1 Ptyalismus gravidarum

Nadměrné slinění patří k méně častým potížím komplikující těhotenství. Těhotná si na zvýšené slinění začíná stěžovat na počátku gravidity a nejvíce ji trápí kolem třetího měsíce těhotenství. Během jednoho dne může žena slinami vyloučit až 1 litr tekutin. Samotné slinění nijak závažně neovlivňuje celkový stav těhotné, ale výrazně ji obtěžuje. Může být spojeno s těhotenským zvracením (Roztočil, 2001, s. 167; Hájek, 2004, s. 125).

Většinou se neřeší lékařským zásahem, protože často stačí, když se žena řídí radami porodní asistentky, které jsou zmíněné v následujícím odstavci. V některých těžších případech je ale indikována psychoterapie, malé dávky atropinu a papaverinu v čípcích, (Hájek, 2004, s. 125). Další možností je symptomatická léčba pomocí adstringencí, které snižují produkci slin (Roztočil, 2001, s. 167).

Intervence porodní asistentky u těhotné s ptyalismem spočívají především v edukační činnosti. Některé těhotné klientky s nadměrnou produkcí slin, omezují příjem tekutin, což může vést až k dehydrataci jejich organismu. Proto porodní asistentka zdůrazňuje důležitost dostatečného pitného režimu. Dále doporučuje vhodné stravovací návyky, například zvýšení příjmu ovoce a zeleniny. Kromě toho zdůrazňuje jíst častěji v menších dávkách a mít neustále připravené tekutiny. Je vhodné omezit mléčné výrobky. Při ptyalismu těhotným ženám pomáhá máta, cucání tvrdých bonbónů, žvýkání žvýkaček. Na trhu jsou také dostupné čaje, zubní pasty a ústní vody s adstringentním účinkem (Murkoffová, 2004, s. 122).

1.3.2. *Pyrosis gravidarum*

Pálení žáhy obtěžuje až dvě třetiny těhotných žen. Klientky popisují pálivou bolest za sternem, v epigastriu, krku, hrdle a někdy i v zádech. Většinou potíže začínají po jídle, při zvedání břemen před tělem a po předklonu, například zavazování bot („znamení střevíce“). Pyróza se u těhotných žen vyskytuje bez hyperaciditidy žaludku, jak tomu bývá v ostatních případech. I přesto jim pomáhají klasická antacida snižující kyselost žaludečního obsahu (Čech, 2006, s. 268; Mařatka, 2007, s. 48 - 49).

Mezi praktické rady porodní asistentky patří poučení o tom, že by se žena měla snažit nepřibývat příliš rychle na váze. V těhotenství rostoucí děloha způsobuje změnu polohy žaludku a nadměrná hmotnost vysunutí žaludku přispívá. Takto změněné postavení žaludku pak vede k refluxu žaludečního obsahu do jícnu. Oděv má být volný, v žádném případě nemá být těsný v oblasti pasu a břicha, protože těsný pas, který tlačí v oblasti žaludku, může refluxu žaludečního obsahu do jícnu napomáhat.

Porodní asistentka doporučuje pravidelný přísun menších a častějších porcí stravy. Potravu má klientka jíst velmi pomalu, každé sousto pečlivě rozkousat. Stravu by měla přijímat vždy ve zvýšené poloze. Je vhodné vyřadit jídla kořeněná, ostrá, smažená, tučná a také uzeniny. Mezi další poživatiny zhoršující pálení žáhy, kterým by se klientka měla vyhnout, patří čokoláda, káva, alkohol, perlivé nápoje, máta peprná, kyselá a čerstvá kynutá pečivo (Murkoffová, 2004, s. 143- 144).

Žvýkání žvýkaček bez cukru podporuje tvorbu slin, ty patří k ochranným mechanismům při fyziologickém gastroezofageálním refluxu. Jako další přirozenou ochranu před podrážděním sliznice jícnu může těhotná využít tuky, jak radí Mařatka (2007, s. 50): „Nejprostším fyziologickým prostředkem jsou nativní tuky, nejlépe jedlý olej nebo máslo. Lžička oleje požitá mimo jídlo pokryje sliznici jícnu ochrannou vrstvou a potlačí sekrece kyseliny.“

Žena by měla mít také na mysli, že ke vzniku pyrózy napomáhá kouření, a tak by se měla snažit zcela nekouřit. Dále porodní asistentka ženě doporučí, aby se vyhýbala předklonům. Klientce může pomoci spánek se zvýšenou hlavou nebo v poloze na boku

a vypít sklenici mléka před spaním (Murkoffová, 2004, s. 143- 144; Mikulandová, 2004, s. 29; Holubová, 2013, s. 213).

1.3.3 Vomitus matutinus

Jedná se o naprosto přirozený stav, který postihuje až 70 % těhotných. Zvracení přichází ráno, bez předcházejícího pocitu nevolnosti a bez vyvolávajícího podnětu. Během dne pak ženu zvracení neobtěžuje. Po 14. - 16. týdnu těhotenství tyto potíže většinou odezní (Roztočil, 2001, s. 166; Slezáková, 2011, s. 202).

Zpravidla není nutné řešit vomitus matutinus medikamentózně. V tomto případě je velmi důležitá edukační činnost porodní asistentky. I přesto některé ženy volí léčbu pomocí homeopatických preparátů. Mezi volně prodejná homeopatika doporučovaná při zvracení patří Ipeca 9 CH. Fait (2011, s. 199) ho doporučuje v kombinaci se Sepia 9 CH.

Porodní asistentka klientce poradí, aby večer před spaním snědla druhou večeři složenou z bílkovin a složitých sacharidů (celozrnné pečivo, jogurt). A ráno než žena vstane (20 min. před), by měla sníst porci sacharidů (sušenku, hrst rozinek, rýžové nebo pšeničné chlebičky), nebo vypít skleničku Coca-Coly. Je vhodné mít i v noci při ruce připravenou malou svačinu (Murkoffová, 2004, s. 121- 122; Mikulandová, 2004, s. 37-38).

1.3.4 Emesis gravidarum

Emesis gravidarum je pojmenováním pro nauzeu a zvracení v těhotenství, které postihují těhotné ženy od 6. týdne těhotenství, netrvalí však většinou déle než do 14.-16. týdne gestace (Hájek, 2004, s. 125). Častěji touto komplikací trpí prvorodičky oproti

vícerodičkám. Stejně tak si na emesis gravidarum více stěžují těhotné s vícečetnou graviditou a molou hydatidosou (Dušová, 2009, s. 11).

Nauzea a zvracení mohou být vyvolány například chuťovými a pachovými podněty, které se objevují i několikrát denně, nejčastěji v ranních hodinách. Laboratorní hodnoty ale nejsou změněny a nedochází k úbytku hmotnosti (Roztočil, 2001, s. 166).

Výjimečně může při prudkém zvracení dojít k laceraci sliznice ezofagogastrické junkce, kvůli které se pak objevuje prudké krvácení. Tento stav se nazývá Malloryho - Weissův syndrom (Kment, 2003, s. 25).

Při emesis gravidarum lékař předepisuje malé dávky valia, Pyridoxin a eventuálně Prothazin (Čech, 2006, s. 254; Hájek, 2004, s. 125).

Ženy, které si oblíbily homeopatickou léčbu, volí preparáty s názvy Sepia, Pulsatilla, Nux Vomica a například Ignatia (Moskowitz, 2008, s. 152- 156).

U těhotenského zvracení je velmi důležitá úprava skladby stravy. Proto je edukace v péči porodní asistentky o těhotnou ženu trpící emesis gravidarum velice významná. Strava by měla být nedráždivá. Klientka by ji měla přijímat v menších dávkách, ale častěji během dne. Jídlo by nemělo být příliš ohřáté, preferována je vlažná úprava. Tekutiny by měla klientka přijímat mezi jídly, nezapíjet jednotlivá sousta.

Dle Murkoffové (2004, s. 121) zabraňuje pocitu na zvracení a zvracení potrava bohatá na bílkoviny a sacharidy. Porodní asistentka klade důraz na doplnění ztracených tekutin jako prevenci dehydratace. Těhotné ženě může doporučit mléčné koktejly, ovocné a zeleninové šťávy, polévky a vývary. Pokud u ženy právě tekutiny vyvolávají zvracení, pak jí doporučí tuhou stravu, která však obsahuje velké množství vody. Takovými složkami potravy jsou například syrová zelenina a ovoce (meloun, citrusové plody). Lze zvážit doporučení vitaminových preparátů určených těhotným ženám po domluvě s ošetřujícím lékařem (Mikulandová, 2004, s. 31; Čepický, 2011, s. 14- 15).

Porodní asistentka ženě poradí, aby se při výběru jídel řídila především svými chutěmi. Je lepší jíst dříve, než těhotná žena pocítí, že má hlad. Měla by nosit neustále u sebe malé svačiny například sušené ovoce, sušenky. Malé a časté porce jídla během dne zabraňují poklesu glykémie a předcházejí pocitu nevolnosti (Murkoffová, 2004, s. 121- 122; Mikulandová, 2004, s. 37- 38).

Porodní asistentka by měla zdůraznit důležitost dostatku odpočinku, relaxace. Murkoffová (2004, s. 122) potvrzuje, že na vznik nevolnosti a zvracení se významně podílí fyzické a psychické vyčerpání. Je zapotřebí zapojit nejužší rodinu do denních činností ženy, především pokud se stará o jiné potomky. Těhotná žena má být co nejvíce v klidu, její denní harmonogram má probíhat velice plynule a být prokládán momenty relaxace. Murkoffová (2004, s. 122) se dokonce zmiňuje o akupresurních náramcích jako prevenci těhotenských zvracení: „Asi dva a půl centimetru široké elastické pásky, které se nosí na obou zápěstích, stlačují akupresurní body na vnitřní straně zápěstí a často zmírňují nevolnosti.“

Porodní asistentka klientce vysvětlí, že pravidelná hygiena dutiny ústní pomocí svěží zubní pasty a ústní vody zmírní četnost návalů na zvracení a zároveň předchází poškození zubů kyselostí žaludečního obsahu.

V neposlední řadě musí porodní asistentka těhotnou ženu seznámit s příznaky, které by pro ni měly být alarmující a měly by ji přivést k lékaři. Dále ženu poučí, aby se vyhýbala jídlům a pachům, které u ní zvracení vyvolávají. Některé těhotné ženy mají dobré zkušenosti se zázvorem. Je možné zakoupit sušený zázvor, zázvorové bonbony, zázvorová lízátká, nebo si připravit čaj z čerstvého zázvoru.

1.3.5 Hyperemesis gravidarum

Ke zmiňovaným vyvolávajícím faktorům v kapitole č. 1.1 se u této rané gestózy připojuje dráždění nervu vagu. Při hyperemesis gravidarum těhotná žena zvrací 5 - 10 krát za den, především v prvním trimestru gravidity. Zvracení výrazně narušuje příjem potravy, vede k úbytku na váze (o 5 kg, nebo 5 % výchozí hmotnosti), dehydrataci a k laboratornímu nálezů ketolátek a bílkovin v moči, rozvratu iontového prostředí, zvýšení transamináz, žlučových barviv a acetonu. Dále dochází k poklesu krevního tlaku, zvýšení srdeční frekvence a dochází ke snížení denní diurézy. Postihuje 1 ženu z 200 těhotných (Roztočil, 2001, s. 167; Hájek, 2004, s. 125).

Vzhledem k těmto vážným dopadům na ženský organismus je nutná hospitalizace. Důležité je dodržovat klid na lůžku, podávají se antiemetika, polyvitaminozní preparáty (např. GS Mamavit, Centrum Materna, Elasti- Q vitamins & minerals). Ženě je podávána infuzní terapie k rehydrataci a obnovení homeostázy, a pokud nelze přijímat pevnou stravu, tak je indikovaná parenterální výživa (Hájek, 2004, s. 125; Roztočil, 2001, s. 167).

U této komplikace a dalších, během kterých je nutná hospitalizace ženy, se uplatňuje komplexní a individualizovaná ošetrovatelská péče poskytovaná metodou ošetrovatelského procesu. Taková ošetrovatelská péče zahrnuje uspokojování bazálních potřeb (hygiena, výživa, vyprazdňování) a pokračuje až k uspokojení vyšších lidských potřeb. Porodní asistentka dbá u ženy na dodržování klidu na lůžku. Snaží se vybrat klidný, menší, dobře větratelný pokoj. Je vhodná zatemněná místnost s omezením návštěv. Toaleta s koupelnou by měly být v blízkosti klientky. Každých 15 minut klientka polkne lžičku studené vody. Podávaná strava by neměla být ani studená, ani příliš teplá. Pokud se ženě při myšlence na jídlo dělá nevolno, porodní asistentka jídlo odnese a nabídne jej těhotné ženě později. Některým ženám pomáhá přikládání teplých obkladů na žaludek (Dušová, 2009, s. 13).

Péče lékaře a porodních asistentek ke klientkám s touto komplikací by měla být nanejvýš pečující. Vzhledem k možným psychickým příčinám onemocnění by měl jejich přístup napodobovat mateřskou péči (Ratislavová, 2008, s. 39).

1.3.6 Hyperemesis maligna

Hyperemesis maligna je nejvíce vystupňovanou a zhoubnou formou těhotenského zvracení. Žena zvrací mnohokrát denně bez závislosti na jídle (Dušová, 2009, s. 13). Kment (2003, s. 32) o této komplikaci v těhotenství uvádí: „Její výskyt je obvykle v 10. týdnu gravidity u mladé obézní ženy, nadměrně slinící nekuřačky, během jejího prvního těhotenství, zvláště očekává-li dvojčata.“

Dochází k poruše detoxikační funkce jater, která se projevuje stále se zvyšujícími hodnotami jaterních testů a bilirubinu, je zvýšený hematokrit, prohlubuje se hyponatremie, hypokalemie, hypochloremie. Těhotná žena je dehydratovaná, slabá, vyčerpaná a apatická. Hmotnostní úbytek je velmi výrazný. Postupně se snižují ledvinné funkce a dochází k metabolickému rozvratu organismu těhotné ženy. Dalšími známkami této závažné komplikace jsou foetor ex ore, exsikosis (vysušená kůže), zvýšená teplota, ikterus (Čech, 2006, s. 255; Hájek, 2004, s. 125).

Dodnes není známa přesná příčina, která hyperemesis malignu vyvolává. Jistý vliv mají příčiny endokrinní a fyziologické, významný vliv se také připisuje psychogenním faktorům. Tuto teorii podporuje fakt, že během válek a nedostatku potravy se tato komplikace v těhotenství nevyskytuje vzhledem k tomu, že těhotné ženy jsou konfrontovány s mnohem závažnějšími problémy (Kment, 2003, s. 32; Ratislavová, 2008, s. 39).

V léčbě se uplatňuje parenterální výživa nahrazující perorální stravu, infuzní terapie pro rehydrataci a úpravu vnitřního prostředí, antiemetika, antacida a anticholinergika. Pokud ani intenzivní terapie nevede ke zlepšení stavu, je nutné těhotenství ukončit. Jsou totiž známy případy, kdy žena trpící hyperemesis maligna zemřela na hepatorenální selhání, nebo interkurentní bronchopneumonii (Hájek, 2004, s. 125; Roztočil, 2001, s. 167).

1.3.7 Cholestasis intrahepatica gravidarum

Toto benigní onemocnění podmíněné graviditou se vyskytuje ve frekvenci 1: 1000 - 7: 1000 porodů. Jedná se zřejmě o estrogen-dependentní onemocnění, proto může postihovat také ženy užívající hormonální antikoncepci. Častější výskyt je vázán na přítomnost této choroby v rodinné linii. Dochází k poruše vylučování žlučových kyselin a konjugovaného bilirubinu. Nejčastěji se vyskytuje až v posledním trimestru těhotenství. Po porodu rychle odeznívá. Může probíhat asymptomaticky, anebo se projevuje svěděním kůže. Pruritus gravidarum, které začíná nejprve na ploskách nohou,

dlaních a na kůži břicha, je způsobeno ukládáním žlučových barviv v kůži. Ikterus, tmavší moč a světlejší stolice jsou dalšími projevy cholestázy. Onemocnění také může provázet tlak v nadbřišku, nauzea, průjem, nespavost, únava a psychické poruchy. (Roztočil, 2001, s. 182)

Z laboratorního vyšetření na těhotenskou cholestázu ukazuje hyperbilirubinemie, zvýšení alkalické fosfatázy, transamináz a cholesterolu, také přítomnost žlučových barviv v moči. Při bioptickém vyšetření jaterní tkáně se nalézají v jaterních i Kupferových buňkách žlučový pigment a ve žlučových kapilárách jsou žlučové tromby.

Následkem cholestázy dochází k nedostatečnému vstřebávání vitamínu K, což může mít za následek krvácivé poruchy (Roztočil, 2001, s. 182; Čech, 2006, s. 269 - 270). Kromě toho „plod je ohrožen předčasným porodem (až v 50 %), intrauterinní růstovou retardací (až v 20 - 30 %). Perinatální úmrtnost je zvýšená.“ (Roztočil, 2001, s. 182)

Lékařské intervence zahrnují tělesný klid, jaterní dietu, infuzní terapii, polyvitaminózní a hepatoprotetické preparáty, antipruriginóza, antihistaminika, hypnotika, látky snižující vstřebávání žlučových kyselin ze střeva, vitamín K, Prednison u těžkých stavů. Pokud onemocnění i přes všechny tyto zákroky progreduje, je nutné těhotenství ukončit (Roztočil, 2001, s. 182; Čech, 2006, s. 169).

1.3.8 Morbus Sheehan II

Akutní těhotenská steatóza jater je velmi zhoubným jaterním onemocněním. Úmrtnost matky a plodu je vysoká (75 %). Onemocnění začíná nespecificky a pomalu. Klientka trpí únavou, bolestí hlavy, nauzeou, nechutenstvím, zvracením. Někdy se připojuje deprese, letargie, apatie, následuje bolest v epigastriu, v zádech, horečka, křečovitě a psychotické stavy, světlá stolice a tmavá moč, ikterus, kožní a slizniční krvácení, hemateméza, meléna a DIC (Čech, 2006, s. 169; Čepický, 2003, s. 125).

„Dochází k porodu mrtvého plodu, stav se zhoršuje, nastupují vysoké horečky, acidóza, anurie a pacientka upadá do kómatu.“ (Roztočil, 2001, s. 182).

V laboratorním vyšetření zjistíme vysokou leukocytózu, bilirubin a vysoké hladiny transamináz, zvýrazněné hodnoty urey, kreatininu a draslíku signalizují selhávání ledvinných funkcí. K potvrzení diagnózy je nutné histologické vyšetření jaterní tkáně.

Morbus Sheehan je velmi závažný stav, který si vynucuje ukončení těhotenství. Parenterálně se klientce podává glukóza, plazmatické bílkoviny a srážecí faktory. Zahajuje se léčba DIC a počínajícího renálního selhání. Dalšími medikamenty, které se ženě podávají, jsou hepatoprotektiva a kortikoidy (Roztočil, 2001, s. 182).

1.3.9 Cholelithiasis

Těhotenství může také podmínit vznik cholelithiasis. V prvním těhotenství se mohou začít tvořit žlučnickové kameny, které se ale v tomto těhotenství nemusí projevit. A v následujících těhotenstvích, u obézních a starších žen propukne cholelithiasa se všemi svými příznaky. U většiny žen jsou ale žlučnickové konkrementy přítomny již před těhotenstvím. Tím, že v těhotenství žlučník zvětšuje svůj obsah, může onemocnění probíhat asymptomaticky a začne se manifestovat až v šestinedělí. Řeší se až po projevu symptomů (Roztočil, 2001, s. 186).

Možností volby je symptomatická terapie pomocí analgo- spasmolytik, nebo laparoskopická cholecystektomie (Martius, 1997: str. 135). „Je-li těhotenství blízko termínu, operujeme společně s chirurgem. Po provedení císařského řezu při jedné narkóze provede chirurg cholecystektomii s revizí žlučových cest.“ (Čech, 2006, s. 270).

Pokud se žlučnickové kameny zaklíní ve žlučových cestách, vzniká biliární kolika. Projevuje se typickými příznaky jako mimo těhotenství. Klientku sužuje křečovitá bolest pod pravým žeberním obloukem nebo pod processus xiphoideus, která o se dostavuje většinou po tučném jídle a může vystřelovat pod pravou lopatku. Dalšími provázejícími příznaky jsou říhání, plynatost, nauzea a zvracení. Léčbou je klid na

lůžku, dieta, hydratace a aplikace spasmolytik a choleritik. Definitivní léčba se stanovuje až po porodu, po řádné diagnostice (Roztočil, 2001, s. 186).

1.3.10 Obstipace

Obstipace vzniká v důsledku zvýšené hladiny progesteronu a snížené hladiny stimulačního gastrointestinálního hormonu již na počátku těhotenství a trvá většinou až do jeho ukončení. K jejím příčinám se také připojuje nedostatek tekutin, vlákniny, pohybu a zadržování stolice (Roztočil, 2001, s. 179; Hájek, 2004, s. 125 - 126). O obstipaci mluvíme, pokud se žena nevyprázdňuje déle jak tři dny, nebo při nesnadném vyprazdňování. Klientky podle klinických příznaků rozdělujeme do dvou skupin. První skupina příznaků čítá sníženou frekvenci stolic za týden. Do druhé skupiny patří bolestivé a těžké vyprazdňování při normální frekvenci stolic. Těhotné klientky se se svými obtížemi většinou řadí do první skupiny, i když si mohou také stěžovat na bolesti břicha. (Lukáš: 2005, s. 102 - 103; Lukáš, 2003, s. 62) Na vzniku obstipace se také mohou podílet některé léky, například antianemika, antacida, sedativa, hypnotika, opiáty a nadměrné užívání projímadel. Klientka se vyprazdňuje jednou za 3 - 5 dní. Stolica je velmi tuhá a způsobuje místní poranění konečníku (Němeček, 2007, s. 51).

V medikamentózní léčbě používáme šetrné přípravky změkčující stolicí a stimulační stěnu konečníku- glycerinové čípky, laktulózu, méně pak syntetická projímadla Guttalax, Laxygal (Hájek, 2004, s. 125 - 126; Roztočil, 2001, s. 179).

V prevenci a léčbě zácpy má opět porodní asistentka nezastupitelnou roli v oblasti edukace. Mezi základní zásady v prevenci obstipace patří vynechání z jídelníčku bílého pečiva, bílé rýže a zvýšení příjmu potravin s vysokým obsahem vlákniny, kterými jsou tmavé pečivo, ovoce a zelenina, luštěniny, vločky, brambory ve slupce. Těhotná žena potřebuje přibližně 25- 30g vlákniny za den. Potraviny s vysokým obsahem vlákniny se do příjmu klientky mají zařazovat pomalu, aby na ně organismus nereagoval plynatostí. Další možností je také jitrocel blešníkový neboli psyllium, který je velice účinný v boji se zácpou, protože obsahuje velké množství rozpustné i nerozpustné vlákniny.

Těhotná žena by se ale rozhodně měla vyhýbat příliš vysokým dávkám tohoto přípravku, protože by tak mohla naopak ke vzniku zácpy přispět (Murkoffová, 2004, s. 161).

Porodní asistentka ženu poučí o zvýšeném příjmu tekutin nejlépe minerálních vod, jako je karlovarská voda a ovocné šťávy. Klientce je vysvětleno, jak nacvičit pravidelný defekační rituál. Každé ráno se žena nasnídá a pokusí se o vyprázdnění (Gregora, 2011, s. 21; Holubová, 2013, s. 219).

Zácpě může klientka také předcházet vhodnou tělesnou aktivitou. Procvičování břišního dýchání a provádění cviků břišního dýchání s připojením sklápění nohou stimuluje pohyb střev. Na toaletě je vhodná poloha v mírném předklonu s podloženými dolními končetinami. Takto se klientka při vyprazdňování nejvíce přiblíží nepřirozenější poloze pro defekaci, kterou je sezení „na bobku“. Tato pozice usnadňuje vyprázdnění. Klientka by neměla příliš dlouho tlačit. Při neúspěchu by měla vyčkat do dalšího nucení na stolicí, aby nedocházelo k nechtěnému oslabování svalů pánevního dna (Dumoulin, 2006, s. 41 - 43).

1.3.11 Ileus e graviditate

Jedná se o mechanickou střevní neprůchodnost vznikající v graviditě. Těhotenství může přispět ke vzniku strangulačního ilea a volvulu střev. Po zánětlivých procesech v malé pánvi, například po appendicitidě se tvoří srůsty, které rostoucí děloha elevuje. Takto vznikají podmínky pro vznik strangulačního ilea. Rostoucí děloha mění polohu střev také může zapříčinit volvulus. Tento ileózní stav související pouze s graviditou, je velice vzácná komplikace, která se vyskytuje v poměru 1: 3600 - 1: 66000 porodů (Čepický, 2003, s. 114; Roztočil, 2001, s. 180).

Lékař nejprve volí úpravu vnitřního prostředí. Klientku hydratuje, upravuje iontový rozvrat. Při zavedení nasogastrické sondy se klientce odsává žaludeční obsah. Pokud je zapotřebí stav chirurgicky řešit, těhotenství se ukončuje (Čech, 2006, s. 311 - 312; Roztočil, 2001, s. 180).

1.3.12 Meteorismus a flatulence

Meteorismem nazýváme stav, kdy je obsah plynu ve střevních kličkách zvýšený. Tyto plyny se do střev dostávají jejich spolýkáním a také se vytváří při metabolických procesech, (Holubová, 2013: str. 60). Klientka má rozepjatou břišní stěnu. Trpí tlakem a bolestí v břiše (Mařatka, 2007, s. 72).

Při flatulenci ženu obtěžuje zvýšený odchod střevních plynů (Holubová, 2013, s. 60). Jeho vznik je ovlivněn výživou a fyzickou pohybovou aktivitou.

Meteorismus a flatulence se často navzájem doprovázejí (Mařatka, 2007, s. 72). Porodní asistentka těhotné ženě nabídne rady, které vedou ke zmírnění potíží. V těchto situacích například pomáhá jíst jídla pomalu, velice dobře rozžvýkávat jednotlivá sousta, nehltat. Porodní asistentka klientce zdůrazní, že si má vybírat lehká a stravitelná jídla, neměla by jíst ve spěchu, měla by si udělat na jídlo čas. Těhotná žena také může vysledovat, které konkrétní potraviny pro ni mají nadýmavý účinek a těm se vyhýbat (Murkoffová, 2004, s. 163).

1.3.13 Hemoroidy

Vznik hemoroidů je v těhotenství způsoben snížením tonu hladké svaloviny ve stěně cév a změnou oběhových poměrů v malé pánvi při zvyšujícím se tlaku v břišní dutině (Kment, 2003, s. 121). Název pochází z řeckého slovo „haimorrhoides“ a znamená prýštění krve. Jedná se v podstatě o varikózní rozšíření žilních pletení řitního otvoru. Hemoroidy se manifestují jako modravé zduření kolem análního otvoru, svěděním, pálením a bolestí znepríjemňující sezení. Často dochází ke krvácení po stolici, podle kterého dostaly své označení (Kment, 2003, s. 80; Dahlke, 2006, s. 174 - 175).

Hemoroidy se rozdělují na zevní a vnitřní hemoroidy. „Zevní hemoroidy vycházejí z plexus hemoroidealis externus, který leží pod kůží řiti, kaudálně od linea dentata.“ (Kment, 2003, s. 80). Konzervativní terapií zevních hemoroidů jsou ledové obklady,

sedací koupele v odvaru z dubové kůry, heřmánku, antihemoroidalia s protizánětlivým účinkem (Faktu, Aviril H, Ketazon H) a mírná laxantiva jako je laktulóza. Při krvácení se používají čípky, které aktivují hemokoagulaci například Spofax. Při prolapsu hemoroidů je možné je digitálně reponovat (Čech, 2006, s. 269). Závažnou komplikací zevních hemoroidů je akutní trombóza, která se řeší chirurgicky.

Vnitřní hemoroidy se léčí konzervativně. Během těhotenství je možno podávat léky v čípkové formě například Aviril H, Procto- Glyvenol, Ketazon H a Factu (Kment, 2003, s. 81; Slezáková, 2011, s. 203). Komplikací vnitřních hemoroidů je opět akutní trombóza a krvácení z městku. Při těchto stavech je zapotřebí přistoupit k chirurgickému ošetření v krátkodobé anestezii (Kment, 2003, s. 81).

Porodní asistentka těhotné poradí v péči o pravidelnou stolicí pomocí dostatečného pitného režimu, dostatku vlákniny, pohybové aktivity a nácviku defekačního reflexu. Klientka by měla být seznámena s nutností dodržování pečlivé a pravidelné hygieny konečníku, vodou bez mýdla. Po užití toalety porodní asistentka těhotné ženě doporučí použití neparfémovaného vlhčeného toaletního papíru (Kment, 2003, s. 81; Slezáková, 2011, s. 203).

1.3.14 Fissura ani a pruritus ani

Fissura ani vzniká nejčastěji na podkladě zánětu anu jako následek tromboflebitidy hemoroidu. „Vzniká bolestivá, nehojící se ragáda nebo vřidek.“ (Roztočil, 2001: str. 181). Konzervativní terapie zde není účinná, a proto se volí chirurgický zákrok- divulze a excize (Roztočil, 2001, s. 181).

Pruritus ani v těhotenství nejčastěji provází klidné hemoroidy, nebo tromboflebitidu hemoroidů. Další příčinou svědění může být infekce, STD, mykózy, oxyuriázy, diabetes mellitus, kožní alergické reakce a psychoneurózy. Řešení této komplikace spočívá v odstranění vyvolávající příčiny, aplikací antihistaminik, sedativ, kortikoidů, anestetik. Doporučovány jsou i sedací koupele v Jarishově roztoku (Roztočil, 2001, s. 181).

1.4 Edukační činnost a intervence porodní asistentky při obtížích GIT v těhotenství

Důležitým úkolem porodní asistentky při řešení obtíží GIT v těhotenství je správná edukace klientek o dodržování správné výživy v těhotenství. Edukační proces je analogií ošetrovatelského procesu a skládá se z pěti na sebe navazujících a opakujících se fází.

První fází je počáteční pedagogická diagnostika. V této fázi porodní asistentka zjistí, ve které oblasti je zapotřebí klientku edukovat a také zjistí úroveň jejich dosavadních znalostí, na které porodní asistentka svou edukací naváže.

Druhou fází je projektování, během kterého porodní asistentka vytyčí cíle edukačního procesu, zvolí metody edukace, pomůcky a naplánuje místo, čas.

Následuje třetí fáze, kterou je realizace edukace. Samotná realizace edukace vždy začíná motivací klientky k tomu, aby nové informace přijala a následně je aplikovala. Část realizace, při které klientku seznamujeme s novými poznatky, se nazývá expozice. Na expozici musí navazovat fixace. Tou je opakování a praktické vyzkoušení nově naučeného.

Po fázi realizace následuje čtvrtá fáze edukačního procesu, upevnění a prohlubování učiva. Tato fáze je velmi důležitá pro uložení vědomostí do dlouhodobé paměti klientky.

Poslední fází edukace je zpětná vazba, při které porodní asistentka hodnotí výsledky edukace a dává klientce možnost k doplňujícím otázkám (Juřeníková, 2010, s. 21 - 22).

1.4.1 Edukace o zásadách výživy při obtížích GIT v těhotenství

Dodržování následujících pravidel výživy v těhotenství je prevencí vzniku obtíží GIT, ale také zabraňuje jejich zhoršení, nebo může vést ke zlepšení klientčina stavu.

Murkoffová (2004, s. 83 - 90) se zmiňuje o několika pravidlech zdravé výživy v těhotenství. Těhotná žena se má soustředit na každé sousto, které hodlá sníst. U každé jednotlivé porce má přemýšlet, jestli je pro její plod vhodná, či nikoliv. Žena má vybírat kvalitní, nutričně plnohodnotné potraviny a nikdy by neměla hladovět. Těhotné ženě doporučujeme řídit se zásadami zdravé výživy, potravinovou pyramidou, vyhýbat se cukrovinkám a nahrazovat je syrovým ovocem a zeleninou. Ke svému kalorickému příjmu by měla přidat pouhých 300 kcal denně, později maximálně 500 kcal (na 11 300 kJ). Těhotná žena by měla přijímat tři porce bílkovin za den, dohromady 60- 75g. Nejvhodnější zdroje bílkovin jsou mléčné výrobky, díky bohatému obsahu vápníku. Potřebné denní množství vápníku se totiž v těhotenství zvyšuje na 1200 mg. Během dne by si žena měla dopřát tři a více porcí potravin bohatých na vitamín C. (Murkoffová, 2004, s. 87 - 96)

Jako prevence GIT obtíží slouží vyšší příjem vlákniny. Důležitým zdrojem vlákniny a složitých sacharidů jsou celozrnné obiloviny. Tuky by měly tvořit 30 % energetického příjmu těhotné ženy. Obsah soli by se měl snížit. Pitný režim by měl být tvořen alespoň 2 litry tekutin denně, který by měl být tvořen nejlépe doplňovat pramenitou, neperlivou vodou (Murkoffová, 2004, s. 87 - 96; Čech, 2006, s. 75).

U většiny obtíží gastrointestinálního traktu se doporučuje dieta s vysokým podílem vlákniny. Do ženina jídelníčku se nejprve zařazuje jemná vláknina, kterou obsahuje například listová zelenina, loupaná rajčata, vařená mrkev, syrové ovoce. Později se přidává tužší vláknina, jako jsou ovesné a kukuřičné vločky, otruby. Takto se trávicí systém postupně zatěžuje a klientka sleduje snášenlivost jednotlivých potravin bohatých na vlákninu. K takovéto dietě patří také mléčné výrobky. Nedoporučuje se smažené, kořeněné a nadýmavé potraviny (Mařatka, 2007, s. 143; Holubová, 2013, s. 219).

1.4.2 Edukace o zásadách cvičení při střevních obtížích v těhotenství

K tomu, aby těhotná klientka efektivně předcházela střevním obtížím (zácpa, plynatost, nadýmání) v těhotenství, nebo je zmírnila, je důležitá pravidelná fyzická

aktivita a to nejlépe pod vedením fyzioterapeuta. Cvičení by mělo probíhat každý den ve stejnou denní dobu. Přibližně hodinu před cvičením by klientka měla pojmít lehkou svačinu s jednou dávkou syrového ovoce či zeleniny. Během cvičení je vhodné klientce neustále připomínat dostatečný pitný režim. I během cvičební sestavy by klientka neměla hladovět (Hanlon, 2007, s. 23).

Pokud těhotná žena před otěhotněním necvičila, měla by během prvních tří měsíců těhotenství ze svého cvičebního programu vynechat kardiovaskulární cvičení. Během těchto tří měsíců si její tělo začíná zvykat na pravidelnou fyzickou aktivitu. Od 13. týdne těhotenství se zařazuje kardiovaskulární cvičení. Od 13. – 29. týdne těhotenství žena cvičí ve frekvenci maximálně třikrát týdně a od 36. týdne těhotenství se četnost cvičení snižuje na frekvenci dvakrát týdně. Tempo cvičení by mělo být maximálně střední. To znamená, že během cvičení je klientka schopna rozhovoru. Jeden cvičební program trvá maximálně 40 minut. Upřednostňujeme lehčí aerobní aktivitu (Dumoulin, 2006, s. 95).

1.4.3 Intervence porodní asistentky při působení nadměrného stresu jako vyvolávajícího faktoru těhotenských nevolností a zvracení

Stres je prastará reakce organismu, která nás aktivizuje a připravuje náš organismus pro boj nebo útek. V dnešní době jsou však obě tyto reakce potlačovány, každý jedinec musí regulovat své chování, a tak nevyužité zvýšené hladiny katecholaminů, kortikosteroidů a glukokortikoidů mají nepříznivé následky pro náš organismus. Výsledkem jsou behaviorální příznaky stresu, jako jsou nespavost nebo nadměrná spavost, nepozornost, změny stravovacích návyků apod. Dalšími příznaky jsou psychické příznaky například prudké změny nálad, podrážděnost, únava a emocionální zmrazení a v neposlední řadě fyzické příznaky například ztuhlost šíje, bolesti hlavy, palpitace a kromě jiných právě obtíže gastrointestinálního traktu v těhotenství, konkrétně těhotenská zvracení (Křivohlavý, 2003, s. 181; Roztočil, 2001, s. 167).

V pojmosloví stresu rozlišujeme eustres- dobře prožívaný stres, který nás vede například ke zlepšení životních podmínek apod. V druhém případě se jedná o takzvaný distres se zmiňovanými nepříznivými dopady na naše zdraví (Křivohlavý, 2003, s. 170).

Porodní asistentka by měla znát základní praktiky zvládnání stresu a vysvětlit klientce jednotlivé kroky. Strategie řešení stresových situací dělíme do dvou skupin. Nejlepším způsobem boje proti stresu je odstranit stresory. Druhá skupina obsahuje metody posilování našich schopností zvládat stresové situace. K takovým možnostem patří relaxace během procházky a soustředění se na pravidelné a klidné dýchání. Při těchto činnostech se má klientka naprosto odpoutat od starostí, snažit se vůbec na nic nemyslet, pouze být. Dalším důležitým krokem ke zvládnání stresu je ventilace prožívaných emocí. Klientka má veškeré své starosti a pocity verbalizovat. Tato ventilace má zabránit kumulaci klientčinych problémů a umožní těhotné pojmenovat problém a nalézt společné objektivní řešení situace pomocí někoho nezúčastněného (Křivohlavý, 2003, s. 170).

Ve stresových situacích je důležité dbát na pravidelný, dostatečný spánkový režim. Další rady zahrnují relaxační koupel, aromaterapii, masáž a věnování se svým koníčkům, například cvičení (jóga), tanec, plavání (Murkoffová, 2004, s. 129 - 131).

Autogenní trénink je relaxační technikou, ke které patří dechová cvičení a cvičení koncentrace. „Dechová cvičení a cvičení koncentrace uvolňují ducha i tělo a pomáhají uchovávat energii na dobu, kdy jí bude zapotřebí; podporují schopnost soustředit se na určitý úkol a uvědomovat si vlastní tělo.“ (Murkoffová, 2004, s. 197).

Pokud je ženino zaměstnání zdrojem stresových situací, které mohou její potíže vyvolávat či zhoršovat, nebo pokud ženu obtíže gastrointestinálního traktu omezují v jejích denních aktivitách, měla by využít možnosti, které nám náš právní řád naskýtá. Můžeme tak docílit absolutního odstranění stresorů vedoucích k těhotenským nevolnostem a zvracení. Porodní asistentka musí znát možná řešení ženina pracovního zařazení a pracovních podmínek v těhotenství. Stejně musí umět informovat klientky o podmínkách finančního zabezpečení v nemoci, těhotenství a mateřství (Seemanová, 2011, s. 7 - 15).

Pokud se ženě po všech našich snahách neulevuje, je na místě vyhledat pomoc psychologa.

2 CÍLE PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit nejčastější obtíže gastrointestinálního traktu těhotných žen.

Cíl 2: Zmapovat, jak těhotné ženy řeší obtíže gastrointestinálního traktu a kdo jim poskytuje účinnou pomoc při těchto potížích.

Cíl 3: Zjistit, jaké ošetrovatelské intervence porodní asistentky doporučují těhotným ženám.

2.2 Výzkumné otázky

VO 1: Na které obtíže gastrointestinálního traktu si těhotné ženy nejčastěji stěžují?

VO 2: Jaké nejčastější postupy těhotné ženy využívají při obtížích gastrointestinálního traktu v těhotenství?

VO 3: Kdo těhotným ženám s obtížemi gastrointestinálního traktu podává rady?

VO 4: Jaké ošetrovatelské intervence doporučují porodní asistentky při edukaci těhotných žen s gastrointestinálními obtížemi?

3 METODIKA

Praktickou částí bakalářské práce je kvalitativní výzkum.

„Kvalitativní výzkum pracuje s malým souborem respondentů bez nároků na statistickou reprezentativnost.“ (Bártlová et al., 2005, s. 15) Jedná se o systematický proces se subjektivním přístupem k respondentům. Používá se nejčastěji k popisu a interpretaci životních zkušeností.

Na základě předem vytyčených cílů a z nich vyplývajících výzkumných otázek bylo předem vytvořeno 8 otázek pro těhotné ženy a 7 otázek pro porodní asistentky.

Informace byly od respondentek získávány formou polostrukturovaného rozhovoru, který byl zaznamenáván písemnou formou. Polostrukturovaný rozhovor se řídí předem stanovenými otázkami, ale dává prostor respondentkám vyjádřit se k otázkám mimo jejich určený rámec. Rozhovory se konaly individuálně s každou respondentkou zvlášť a to v červnu roku 2013. Každý rozhovor začínal motivačním úvodem, ve kterém byly respondentky seznámeny s významem rozhovoru a během kterého souhlasily, že se výzkumu zúčastní. Dále respondentkám byly pokládány předem připravené otázky týkající se obtíží GIT a na závěr otázky pro získání identifikačních údajů. Každá respondentka byla označena číslem, takzvaným identifikátorem. Po získání všech potřebných dat a jejich analýze formou tužka, papír, byly odpovědi transkripovány do jednotlivých tabulek pomocí MS Excel ve formě absolutních četností (Hrach, 2011, s. 8). V tabulkách jsou použity znaky 1 a 0, přičemž 1 znamená, že respondentka o tématu hovořila a 0 vyjadřuje, že dotazovaná žena o tématu nehovořila. Poté byly jednotlivé otázky rozděleny do jednotlivých kategorií a podkategorií.

3.1 Charakteristika zkoumaného souboru

Pro tuto bakalářskou práci byly vytvořeny 2 soubory.

Prvním souborem bylo 7 těhotných žen. 5 těhotných žen bylo těhotných poprvé a 2 těhotné ženy podruhé nebo vícekrát. 2 těhotné ženy byly ve II. trimestru těhotenství a 5 těhotných žen ve III. trimestru. Těhotné ženy pocházejí z okresu Teplice a byly osloveny v rámci natáčení CTG záznamu nebo sepisování porodopisu v rámci prenatální péče poskytované v ambulanci při porodnici v nemocnici Teplice.

Druhým souborem bylo 5 porodních asistentek. 3 porodní asistentky pracují v gynekologicko- porodnické ambulanci, ve které působí 6, 10 a 25 let. Jedna z porodních asistentek působí v ambulanci praktického gynekologa a zároveň pracuje na porodním sále. Tato porodní asistentka má 9 - ti letou praxi. Poslední porodní asistentka pracuje na oddělení rizikového těhotenství s praxí dlouhou 4 roky. Tyto porodní asistentky jsou rozdílného vzdělání. 2 mají vysokou školu, 2 střední školu a 1 porodní asistentka vystudovala vyšší odbornou školu. Rozhovory s porodními asistentkami byly vedeny v jejich pracovním prostředí po pracovní době.

4 VÝSLEDKY

Identifikační údaje respondentek.

Tab. 1 Identifikační údaje těhotných respondentek

Respondentka	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	Celkem
I. trim	0	0	0	0	0	0	0	0
II. trim	0	0	0	0	0	1	1	2
III. trim	1	1	1	1	1	0	0	5
Primipara	0	0	1	1	1	1	1	5
Multipara	1	1	0	0	0	0	0	2

Tabulka č. 1 popisuje stádium gravidity těhotných respondentek v době rozhovoru. R1, R2, R3, R4, R5 jsou ve III. trimestru gravidity. R6 a R7 ve II. trimestru gravidity. 2 ženy ze 7 byly ve II. trimestru a 5 ze 7 ve III. trimestru.

R1 a R2 jsou těhotné podruhé a vícekrát. R3, R4, R5, R6, R7 jsou těhotné poprvé. 5 žen ze 7 byly prvorodičky, 2 ze 7 víceroďičky.

Tab. 2 Identifikační údaje porodních asistentek

Respondentka	R1	R2	R3	R4	R5
Pozice	Odd. RT	Amb.+PS	Amb.	Amb.	Amb.
Vzdělání	VŠ	SŠ	VŠ	VOŠ	SŠ
Délka praxe*	4	9	6	10	25

*délka praxe je udávána v letech, VŠ – vysokoškolské vzdělání, SŠ – středoškolské vzdělání, VOŠ – vyšší odborné vzdělání

Všech pět oslovených respondentek, jsou registrované porodní asistentky pracující ve zdravotnických zařízeních. R1 má vysokoškolské vzdělání s titulem bakalář a je zaměstnána na lůžkovém oddělení rizikového těhotenství po dobu čtyř let. R2 vystudovala nástavbové studium na ženskou sestru s maturitou. Pracuje na částečný úvazek v porodnické ambulanci a částečně i na porodním sále, toho času devátým rokem. R3 je vysokoškolsky vzdělaná PA s titulem Mgr., která pracuje v soukromé gynekologicko – porodnické ambulanci po dobu šesti let. R4 vystudovala vyšší odbornou školu, je diplomovanou specialistkou a zaměstnána v gynekologicko – porodnické ambulanci deset let. R5 je porodní asistentka s nejdelší praxí v gynekologicko – porodnické ambulanci, kde po vystudování střední školy pracuje již dvacet pět let. Původně pracovala v nemocniční ambulanci a posledních deset let je zaměstnána v ambulanci soukromé.

1. Kategorie - Nejčastější obtíže těhotných žen

1.1 Podkategorie – Nejčastější obtíže GIT těhotných žen podle těhotných respondentek

Tab. 3 Nejčastější obtíže GIT těhotných žen

Respondentka	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	Celkem
Bolesti při vyprazdňování	0	0	0	0	1	0	0	1
Nadýmání	1	0	0	0	0	0	0	1
Nauzea	0	0	1	1	1	1	1	5
Nechutenství	1	0	0	0	0	0	0	1
Pálení žáhy	1	1	1	1	1	1	1	7
Zácpa	0	1	0	1	0	0	0	2
Zvracení	0	0	1	0	0	0	0	1

Tato tabulka popisuje nejčastější obtíže GIT těhotných žen. R1 uvedla: „Nejvíc mě obtěžuje nafouklé břicho. Taky už nemám na nic chuť a skoro furt mě pálí žáha.“ R2 pociťuje pálení žáhy a trpí zácpou. „V každém těhotenství trpím pálení žáhy a vím, že mi nic nepomůže, už jsem snad vyzkoušela všechno.“ R3 si postěžovala na nauzeu, pálení žáhy a zvracení. R4 sdělila: „Kolikrát nechci ani vylézt z postele, protože se vzбудím a už mi je špatně. Během dne mě pak pálí žáha a o zácpě ani nemluví.“ R5 si kromě na nechutenství v I. trimestru a momentální pálení žáhy stěžuje na bolest při vyprazdňování, způsobenou zřejmě hemoroidy. R6 řekla: „Teď už mi je fajn, ale na začátku mi bývalo nevolno. Občas mě jenom pálí žáha, ale to nic není.“ R7 mluvila o nevolnostech v raném těhotenství a občasném pálení žáhy.

Jako nejčastější obtíže GIT v těhotenství 1 žena označila bolest při vyprazdňování (R5), 1 nadýmání (R1), 5 nauzeu (R3, R4, R5, R6, R7), 1 nechutenství (R1), 7 pálení žáhy, 2 zácpu (R2, R4), 1 zvracení (R3).

1.2 Podkategorie – Nejčastější obtíže GIT těhotných žen podle porodních asistentek

Tab. 4 Nejčastější obtíže GIT těhotných žen

Respondentka	R1	R2	R3	R4	R5	Celkem
Hemoroidy	1	0	0	0	1	2
Nauzea	0	1	0	0	1	2
Pálení žáhy	1	1	1	1	1	5
Zácpa	0	1	0	0	1	2
Zvracení	1	1	1	1	1	5

Jako nejčastější obtíže GIT, na které si klientky stěžují, jsou podle porodních asistentek pálení žáhy a zvracení. R1 řekla: „Myslím, že není těhotná žena, kterou by netrápilo pálení žáhy. Často si mi také klientky stěžují na zvracení a hemoroidy.“ R2 mluvila o nauzeu, pálení žáhy, zácpě a zvracení. R3 potvrdila: „Úplně nejčastěji slýchávám stížnosti na pálení žáhy. V začátku těhotenství pak naše pacientky hodně zvrací.“ R4 zmínila zvracení a pálení žáhy. R5 uvedla: „To je různé. Jedna těhotná může trpět nauzeou a zvracením, druhá má štěstí a není jí nic. Pálení žáhy, zácpa a hemoroidy jsou také hodně časté.“

2. Kategorie - Řešení těhotenských obtíží

2.1 Podkategorie - Odpovědi těhotných respondentek

Tab. 5 Řešení zmíněných obtíží

Respondentka	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	Celkem
Antacida	0	1	0	0	0	0	0	1
Dietní opatření	1	1	0	0	0	0	0	2
Mléčné výrobky	1	0	1	0	0	0	0	2
Pohyb	0	1	0	0	1	0	0	2
Pravidelné stravování	1	0	0	1	0	0	0	2
Zvýšený pitný režim	0	0	0	0	1	0	0	1

Na doplňující otázku, jak zmíněné potíže řeší, odpověděla R1: „Snažím se jíst to, co mě určitě nenadýmá a kupuji si hodně ovoce a zeleniny. Jím pravidelně, a když mě pálí žába, zkusím ji zchladit mlékem nebo jogurtem.“ R2 uvedla: „Snažím se jíst méně, ale častěji, občas si vezmu Renie. Taky chodím na cvičení pro těhule.“ R3 zařadila do svého jídelníčku více mléčných výrobků. R4 se snaží více dbát na pravidelné stravování. R5 sdělila: „Jediné, co jsem změnila je, že piju víc a snažím se chodit na procházky.“ R6 i R7 tvrdí, že nezkouší žádná opatření proti GIT obtížím. 1 žena volí antacida (R2), 2 dietní opatření (R1, R2), 2 mléčné výrobky (R1, R3), 2 pohyb (R2, R5), 2 pravidelné stravování (R1, R4), 1 zvýšený pitný režim (R5).

2.2 Podkategorie – Doporučení porodních asistentek při Hemoroidech

Tab. 6 Doporučení PA při hemoroidech

Respondentka	R1	R2	R3	R4	R5	Celkem
Dietní opatření	1	1	1	1	1	5
Faktu čípky	1	0	1	0	1	3
Pitný režim	1	1	1	1	1	5

V doporučeních proti hemoroidům se všechny respondentky shodly na konzervativním přístupu léčby - dietní opatření a dostatečný pitný režim. 3 respondentky ještě doporučují Faktu čípky, případně mast k zevnímu použití. R1 uvedla: „Když probíráme s těhulkama hemoroidy, zdůrazňuji zdravé stravování s dostatkem vlákniny, hodně tekutin a eventuálně factu čípky.“ R2 také mluvila o pitném režimu a dietním opatření. R3 těhotným ženám doporučuje kromě pitného režimu a dietním opatřením také factu čípky. R4 sdělila: „Ženám poradím více pít a jíst více ovoce a zeleninu kvůli vláknině.“ R5 řekla: „Celé těhotenství ženám opakuji, aby hodně pily a vhodně se stravovaly. Když se pak stěžují na hemoroidy, řeknu jim, ať to řeknou lékaři a předpokládám, že jim předepíše čípky nebo mast.“

2.3 Podkategorie - Doporučení porodních asistentek při nauze

Tab. 7 Doporučení PA těhotným ženám při nauze

Respondentka	R1	R2	R3	R4	R5	Celkem
Dietní opatření	1	1	1	1	1	5
Pravidelné stravování	1	1	0	0	0	2
Zázvorová lízátka	1	0	1	0	0	2

Při pocitu na zvracení R1 doporučuje dietní opatření, pravidelné stravování a zázvorová lízátka. R2 uvedla: “Při nauze si každá těhotná žena musí najít, co jí pomáhá. Podle zpětné vazby našich těhotných žen hodně pomáhá omezit porce jídel, ale

přijímat nedráždivou stravu častěji během dne.“ R3 řekla: „Těhotné ženy musejí dbát na zásady zdravé výživy. Některým ženám pomáhá zázvor. Několik našich těhotných klientek si oblíbilo zázvorová lízátka nebo bonbony.“ R4 i R5 doporučuje těhotným ženám dietní opatření. Všechny respondentky ženám doporučují upravit jídelníček. 2 respondentky se shodují na pravidelném stravování a menších porcích během celého dne. 2 respondentky ještě nabízí zázvorová lízátka, popř. podobné doplňkové produkty z lékárny.

2.4 Podkategorie - Doporučení porodních asistentek při pyróze

Tab. 8 Doporučení PA při pyróze

Respondentka	R1	R2	R3	R4	R5	Celkem
Antacida	1	1	1	1	1	5
Dietní opatření	1	1	1	1	1	5

Na otázku na doporučení porodních asistentek při pyróze R1 odpověděla: „Na pálení žáhy ženě vyjmenuju mléčné výrobky, které by ženy měly preferovat a kyselé potraviny, které by naopak jíst neměla. Také jí doporučím poradit se v lékárně o dostupných antacidech.“ R2 doporučuje dietní opatření a antacida. R3 uvedla: „Já jim doporučuji zázvorová lízátka, pít jen čistou vodu bez bublinek, nejíst citrusové ovoce, při pálení žáhy užívat nějaké vhodné antacidum, nejíst dráždivá a kořeněná jídla a pít studené nápoje.“ R4 stejně jako R5 také zmiňují dietní opatření a antacida. Jako prevenci pálení žáhy všechny respondentky doporučují dietní opatření, vhodnou nedráždivou stravu a jako akutní pomoc volně prodejná antacida pro těhotné.

2.5 Podkategorie - Doporučení porodních asistentek při zácpě

Tab. 9 Doporučení PA při zácpě

Respondentka	R1	R2	R3	R4	R5	Celkem
Glycerinové čípky	1	0	0	0	1	2
Pitný režim	1	1	1	1	1	5
Pohyb	0	1	1	1	0	3

Na dotaz ohledně prevence zácpy R1 odpověděla: „Těhotné ženy často málo pijí, takže je upozorním na zvýšení pitného režimu. Potom si mohou koupit glycerinové čípky.“ R2 sdělila: „Pokud se chce těhotná žena vyhnout zácpě, musí více pít a hlavně se pohybovat.“ R3 řekla: „Vždycky si vzpomenu na sebe a radím těhotným, co pomohlo mě. Určitě cvičení a hodně tekutin.“ R4 řekla: „Těhotné maminy často sedí v čekárně více než hodinu a k pití s sebou nic nemají. Na dostatečný a především pravidelný přísun vody upozorňuji všechny naše těhotné.“ R5 ženám radí zvýšit pitný režim a nácvik pravidelné defekace pomocí glycerinových čípků. Při problémech se zácpou všechny respondentky odkazují na dostatečný pitný režim. 3 respondentky upozorňují na vhodnou pohybovou aktivitu, kterou podle nich většina těhotných zcela postrádá.

2.6 Podkategorie - Doporučení porodních asistentek při zvracení

Tab. 10 Doporučení PA při zvracení

Respondentka	R1	R2	R3	R4	R5	Celkem
Dietní opatření	1	1	1	1	1	5
Kostky ledu	1	0	0	0	0	1
Pravidelné stravování	1	1	1	1	1	5

Co se týče edukace na téma zvracení R1 říká: „Těhotná žena musí jíst jen to, co u ní zvracení nevyvolává, ale i při zvracení se musí přemluvit a jíst pravidelně. Někomu se uleví, když si nechá v ústech rozpouštět kousky ledu.“ R2, R3 s těhotnou ženou

probírají dietní opatření a pravidelné stravování. R4 sdělila: „To, že je vhodné, aby se ženino stravování řídilo zásadami zdravé výživy a aby jedla méně a častěji zmiňuji vždycky, nejen při zvracení.“ R5 řekla: „Málokdy ženě pomůže pravidelná a zdravá strava, i když jim to poradím. Pokud se nejedná o zvracení, kdy žena není schopna jíst a hubne, tak to musí přestat. Uklidňuji je, že to brzy zmizí.“ Všechny respondentky se shodly na dietních opatřeních a pravidelném stravování. 1 respondentka navíc zmiňuje možnost cucání kostek ledu. R3 k tématu dodává: „Samozřejmě pokud se potíže zhoršují nebo neustupují, obracíme se na lékaře, který je kompetentní k dalšímu řešení jejich obtíží, k dalšímu doporučení.“

3. Kategorie - Zdroje informací těhotných respondentek

Tab. 11 Preferované osoby, zdroje pro získávání informací o řešení obtíží

Respondentka	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	Celkem
Internet	1	1	0	1	1	0	1	5
Kamarádka	0	1	0	1	0	0	0	2
Lékař	0	0	1	0	0	0	0	1
PA	0	0	0	0	1	1	0	2
Rodina	0	1	0	0	0	0	0	1

Na otázku, kdo těhotným ženám poskytuje účinnou pomoc při jejich obtížích, odpověděla R1 řekla: „Rozhodně internet, protože informace najdu poměrně rychle, myslím, že se tam dají sehnat i názory odborníků. Navíc všechno můžu porovnat s ostatními těhulkami v různých diskuzích.“ R2 uvedla: „Když něco potřebuju vědět, podívám se na net, nebo to proberu s kamarádkou a mamkou.“ R3 sdělila: „Nebojím se zeptat doktora. Víím, že spousta řečí na internetu nebo mezi lidma jsou akorát pověry.“ R4 si chodí pro radu opět na internet nebo za kamarádkou. R5 uvedla: „Pravidelně brouzdám po internetu, tam jsem už našla spoustu rad a vychytávek, ale vždycky si je ověřím u sestřičky v ordinaci.“ R6 řekla: „Hodně se ptám porodní asistentky“. R7

získává informace pouze z internetu. 5 žen ze 7 uvedlo, že pomoc získává z internetu (R1, R2, R4, R5, R7). 2 ženám ze 7 radí kamarádka (R2, R4), 1 ze 7 lékař (R3), 2 ze 7 porodní asistentka (R5, R6), 1 ze 7 rodina (R2).

4. Kategorie - Stádium gravidity při pociťování potíží

Tab. 12 Stádium gravidity při pociťování obtíží

Respondentka	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	Celkem
I. trim	0	0	1	1	1	1	1	5
II. trim	0	1	1	0	0	0	0	2
III. trim	1	1	1	1	1	0	0	5

Při otázce, v jakém trimestru gravidity ženy pociťovaly své potíže nejintenzivněji R1 odpověděla: „Určitě až teď ke konci.“ R2 řekla: „Na začátku jsem vůbec nepociťovala, že jsem těhotná, ale jak rostlo břicho, tak se vše zhoršovalo.“ R3 řekla: „Sestři, že se mě vůbec ptáte. Já nemůžu mít nic bez problémů. Celý těhotenství jsem si fakt užila- nevolnost, zvracení, nevolnost, zvracení a tak dále.“ R4 trpěla nauzeou na počátku těhotenství a ke konci přišla zácpa a pálení žáhy. R5 sdělila: „Já měla klid jen ve II. trimestru, to jsem si opravdu užívala.“ R6 i R7 se v odpovědích shodly, že nejvíce obtíže pociťovaly v I. trimestru těhotenství. 5 žen ze 7 odpovědělo, že v prvním trimestru (R3, R5, R6, R7). 2 ze 7 žen označily druhý trimestr (R2, R3), 5 ze 7 třetí trimestr (R1, R2, R3, R5).

5. Kategorie - Aktivní zájem PA o GIT obtíže těhotných žen

Tab. 13 Aktivní zájem PA o GIT obtíže těhotných žen

Respondentka	R1	R2	R3	R4	R5	Celkem
Zájem o obtíže těhotných žen	1	1	1	1	1	5
Zájem o obtíže GIT těhotných žen	0	1	1	0	0	2

Při dotazování na téma aktivního zájmu porodních asistentek o ženy, všechny porodní asistentky potvrzují, že se těhotných klientek vyptávají na jakékoliv obtíže. Konkrétní dotazování na obtíže gastrointestinálního traktu bylo zmíněno jen dvěma z nich (R2, R3). R2 řekla: „Ano, při každé návštěvě poradny se ptám na konkrétní potíže, jako je právě nauzea, zvracení, potíže s vyprazdňováním.“ a R3 odpověděla: „Při každé návštěvě těhotné se ptám na zvracení, nebo pálení žáhy, ostatní obtíže asi nezmiňuju“.

6. Kategorie - Dostupný informační materiál podle porodních asistentek

Tab. 14 Dostupný informační materiál

Respondentka	R1	R2	R3	R4	R5	Celkem
Reklamní letáky farmaceutických firem	1	1	0	1	0	3
Reklamní letáky	1	1	0	0	0	2
Edukační brožury o GIT obtížích	0	0	0	0	0	0

Na dotaz ohledně dostupnosti informačních materiálů určených pro těhotné, R1 odpověděla: „Často nám nosí reprezentantky farmaceutických firem různé letáky.“ R2 sdělila: „Mám občas po ruce nějaký letáček, tak to těhotným hned dám.“ R3: „Nemám nic, co bych těhotným ženám mohla dát pročíst.“ R4 uvedla: „Jeden čas jsme měly na nástěnce letáček, nejsem si jistá, ale myslím, že to bylo od Rennie.“ R5 řekla: „Ještě

jsem neviděla žádný letáček o těchto problémech, který by byl pro těhotné ženy.“
 3 porodní asistentky si vzpomněly na reklamní leták farmaceutické firmy (R1, R2, R4).
 2 respondentky znají jiný reklamní leták (R1, R2), ale žádná porodní asistentka se
 nesečkala s žádnou edukační brožurou s validními informacemi. Musí vycházet ze svých
 znalostí a zkušeností. R2 doslova říká: „Snažím se klientky uklidnit, že většina obtíží je
 zejména v I. trimestru těhotenství běžná a postupně vymizí.“

Tab. 15 Seznam kategorií

Kategorie	Název
1. Kategorie	Nejčastější obtíže GIT těhotných žen
2. Kategorie	Řešení těhotenských obtíží
3. Kategorie	Zdroje informací těhotných respondentek
4. Kategorie	Stádium gravidity při pociťování obtíží
5. Kategorie	Aktivní zájem PA o obtíže těhotných žen
6. Kategorie	Dostupný informační materiál

5 DISKUZE

Tato bakalářská práce se zabývá potížemi gastrointestinálního traktu, kterými trpí ženy v těhotenství. Bakalářská práce zahrnuje kvalitativní výzkum, který je zaměřen na dvě skupiny respondentek. První skupinou jsou těhotné ženy, od kterých bylo zjišťováno, jaké potíže GIT těhotné ženy trápí nejčastěji, kdo při jejich obtížích ženám nejefektivněji poradí a jaké řešení těchto potíží ženy volí. Na kvalitativním výzkumu se podílelo 7 těhotných žen.

Druhou skupinou respondentek byly porodní asistentky, které odpovídaly na otázku, co těhotným ženám radí při jejich obtížích. Soubor tvořilo 5 porodních asistentek.

V těhotenství prochází organismus ženy mnoha změnami, které často vedou ke vzniku obtíží gastrointestinálního traktu. Nejčastěji se jedná o pálení žáhy, ptyalismus, vomitus matutinus, emesis gravidarum a obstipaci. Tyto nepříjemné komplikace těhotenství lze většinou řešit ambulantně. Závažnějšími stavy spojené s těhotenstvím jsou hyperemesis gravidarum a hyperemesis maligna, během kterých je nutné pečovat o těhotnou ženu během hospitalizace. (Hrbková, 2011, s. 33)

Výsledky kvalitativního výzkumu potvrdily, že těhotné ženy trápí těhotenské potíže GIT často. Nejkritičtějším obdobím těhotenství, ve kterém těhotné ženy potíže trápí nejvíce, je I. trimestr. I. trimestr označily za nejintenzivnější na výskyt obtíží 4 těhotné ženy (R3, R5, R6, R7). V odborné literatuře tento fakt vysvětluje stádium velkých hormonálních změn s maximálními hodnotami hCG. Hladina hCG dosahuje maxima ve 12. týdnu těhotenství. To objasňuje, proč se vomitus matutinus po 14. týdnu těhotenství téměř nevyskytuje. (Kment, 2003, s. 24; Čech, 2006, s. 254). II. trimestr je podle těhotných respondentek nejklidnějším obdobím těhotenství. Obtíže GIT ve II. trimestru zmínily jen 2 těhotné ženy (R2, R3). Ve III. trimestru se obtíže opět zvýrazňují. Toto období trpěly obtížemi 4 těhotné respondentky (R1, R2, R3, R5). Zhoršení potíží ve III. trimestru zřejmě zapříčiňuje rostoucí děloha a maximální hladiny progesteronu a estrogeneru. Vysoké hladiny progesteronu způsobují relaxaci hladké svaloviny. To vede

ke snížení peristaltiky střev, motility žaludku, zpomalení vyprazdňování žaludku a nedostatečné funkci sfinkteru kardie. Mezi další účinky progesteronu podílející se na vzniku obtíží patří hypotonie žlučníku a žlučových cest a například změny v metabolismu tuků, především cholesterolu. Estrogeny způsobují zvýšenou produkci slin a zvyšují retenci vody. Zvětšující se děloha způsobuje topografické změny polohy žaludku a střev, vysoký stav bránice a dochází ke zvyšování nitrobřišního tlaku. Stejně tak velká děloha zvyšuje tlak působící na venózní systém. Z těchto příčin se ve III. trimestru prohlubují potíže s hemeroidy, obstipací a pálením žáhy. (Kment, 2003, s. 24). V rozhovorech s těhotnými ženami pouze 1 těhotná respondentka (R4) neměla žádné potíže v celé délce těhotenství.

První výzkumná otázka se zaměřovala na nejčastější obtíže GIT v těhotenství. Všechny těhotné respondentky potvrdily, že je obtěžuje pyróza. Například těhotná respondentka R2 doslova říká: „V každém těhotenství trpím pálením žáhy a vím, že mi nic nepomůže, už jsem snad vyzkoušela všechno.“ Stejně tak všechny porodní asistentky mluvily o pálení žáhy jako o častých potížích těhotných žen. „Úplně nejčastěji slýchávám stížnosti na pálení žáhy.“, uvádí porodní asistentka R3. Kment (2003, str. 36) vysoký výskyt pyrózy v těhotenství potvrzuje: „Pyróza se objevuje v těhotenství u více než 50 % žen a symptomy, které jsou ve vztahu ke kyselému refluxu, mají v průběhu těhotenství zhoršující se tendenci.“ Kment (2003, str. 36) také dodává, že 25 % těhotných žen trpí pyrózou každý den. Stejně tak všechny ženy podílející se na průzkumu bakalářské práce Šponerové (2012, s. 50) potvrdily, že je v těhotenství trápí pálení žáhy a to nejčastěji v prvním a třetím trimestru gravidity.

Druhou nejčastější obtíží GIT těhotných žen je podle těhotných respondentek nevolnost. O nevolnosti mluvilo 5 těhotných žen (R3, R4, R5, R6, R7). V tom se ale rozcházejí odpovědi porodních asistentek, protože ony jako druhou nejčastější potíž GIT v těhotenství uvádějí zvracení. O zvracení mluvilo 5 porodních asistentek. Ale o nauzei mluvily pouze 2 asistentky (R2, R5). Například porodní asistentka R3 řekla: „V začátku těhotenství naše pacientky hodně zvrací.“ Odborná literatura potvrzuje častý výskyt těhotenské nauzey i zvracení. Například Hájek píše, že nauzea a zvracení se vyskytuje v začátku gravidity v 50- 90 %, později se výskyt snižuje na 30- 55 %.

(Hájek, 2004, s. 125) Stejně tak Čepický (2003, s. 112) uvádí, že nauzea a zvracení postihuje 50- 90 % těhotných žen a dodává, že vzhledem k takto častému výskytu se tyto obtíže považují za normální projevy a dokonce i příznaky těhotenství. Kment (2003, s. 31- 32) tyto výsledky opět potvrzuje a připojuje informaci, že hyperemesis je tak málo častou komplikací těhotenství, že se její výskyt udává v rozmezí od 0,3- 2 %. Těhotné respondentky nemají žádné zkušenosti s tak závažnou komplikací těhotenství, což všem současným výzkumům odpovídá.

Třetí nejčastější potíží GIT je podle těhotných respondentek zácpa, kterou zmiňovaly 2 respondentky (R2, R4). O zácpě mluvily také 2 porodní asistentky (R2, R5). R5 říká: „Těhotné si mi občas stěžují na zácpu, zvláště pokud měly podobné problémy dříve, tak v těhotenství se snad vždycky prohloubí.“ Kment (2003, s. 26) k výskytu zácpy uvádí: „ Asi 40 % gravidních žen trpí zácpou, která se projevuje převážně v prvním a v třetím trimestru gravidity.“ Nejčastější obtíže GIT v těhotenství jsou pálení žáhy, nauzea a zvracení, zácpa.

Další otázky se týkaly řešení těhotenských obtíží GIT, které těhotné respondentky volí a které porodní asistentky doporučují. Těhotné respondentky nejčastěji mluvily o dietním opatření, zařazení mléčných výrobků do jídelníčku, pravidelném stravování a pohybu. Tyto způsoby prevence a zmírňování obtíží volí vždy pouze 2 těhotné ženy. Například těhotná respondentka R1 říká: „Snažím se jíst to, co mě určitě nenadýmá a kupuji si hodně ovoce a zeleniny. Jím pravidelně, a když mě pálí žáha, zkusím ji zchladit mlékem nebo jogurtem.“ Ostatní způsoby řešení uvedla vždy pouze 1 těhotná žena, jednalo se o antacida a zvýšení pitného režimu. Zdá se, že vzhledem k četnosti těhotenských potíží GIT těhotné ženy volí jejich řešení minimálně. Mezi obecné zásady prevence obtíží gastrointestinálního traktu v těhotenství patří dodržování zásad zdravé výživy a pravidelná pohybová aktivita. V literatuře se těhotným ženám doporučuje, aby se řídily pravidly zdravé výživy. Skladba potravin by měla kopírovat potravinovou pyramidu. Denní příjem se zvyšuje pouze o 300 kcal, později maximálně o 500 kcal. Těhotná žena by se měla vyhýbat smaženým, pečeným, uzeným a kořeněným jídlům a preferovat jídla vařená nebo syrová. Během dne by těhotná žena měla sníst alespoň 5 porcí syrového ovoce a zeleniny a další potraviny obsahující vysoký obsah vitaminů

a vlákniny. Takový jídelníček by pak měla doplnit minimálně 2 litry tekutin, nejlépe pramenité vody (Murkoffová, 2004, s. 87- 96).

Další metodou prevence obtíží těhotných žen je pravidelné cvičení. Těhotná žena by si na pohybovou aktivitu měla zvykat postupně. Kardiovaskulární cvičení se zařazuje do cvičebního programu ženy až po 13. týdnu těhotenství. Intenzita cvičení by měla být taková, že je těhotná žena během cvičení schopná rozhovoru. Podmínkou pro fyzické aktivity těhotných žen je samozřejmě souhlas jejich gynekologa a vedení cvičebních lekcí nejlépe fyzioterapeutem.

Mezi otázky pro porodní asistentky byl zařazen dotaz, zda se porodní asistentky ptají na potíže svých těhotných klientek. Je zapotřebí, aby porodní asistentka pokládala konkrétní otázky na těhotenské potíže. Takové dotazy odhalují těhotenské obtíže, se kterými by se jinak těhotné ženy možná nesevěřily a umožní tak porodním asistentkám podat klientkám cílené informace důležité pro prevenci a zmírňování potíží těhotných žen. 5 porodních asistentek aktivně pátrá po jakýchkoliv těhotenských obtížích a 2 porodní asistentky (R2, R3) se žen ptají konkrétně na obtíže GIT. Při jednotlivých potížích těhotným ženám poskytují konkrétní rady. Například při pálení žáhy 5 porodních asistentek doporučuje svým klientkám dietní opatření a volně prodejná antacida. Murkoffová při pyróze v těhotenství doporučuje přísun menších a častějších porcí stravy. Každé sousto má těhotná žena pečlivě rozžvýkat, jíst pomalu. Jíst by měla vždy vzpřímená, neležet. Dále Murkoffová (2004, s. 143- 144) zmiňuje potraviny zhoršující pálení žáhy. Těmi jsou například čokoláda, káva, alkohol, perlivé nápoje, kyselé potraviny a čerstvé pečivo.

Při nauze 5 porodních asistentek radí dietní opatření a 2 asistentky pravidelné stravování (R1, R2) a zázvor (R1, R3). Proti těhotenskému zvracení radí 5 porodních asistentek dietní opatření a pravidelné stravování a 1 asistentka (R1) cucání kostek ledu. Takovou pomoc uvádí R1: „Těhotná žena musí jíst jen to, co u ní zvracení nevyvolává, ale i při zvracení se musí přemluvit a jíst pravidelně. Někomu se uleví, když si nechá v ústech rozpouštět kousky ledu.“ Mezi rady, které lze najít v literatuře patří sníst před spaním druhou večeři skládající se z bílkovin a složitých cukrů. Ráno před vstáváním by měla těhotná žena sníst porci sacharidů, například v podobě sušenky (Mikulandová,

20044, s. 37- 38). Pokud těhotná žena zvrací několikrát denně, je důležité, aby dostatečně doplňovala ztracené tekutiny. Pít by měla mezi jídly, ale nezapíjet jednotlivá sousta. Při výběru jídel by měla těhotná klientka dbát na to, aby se skládala z kvalitních bílkovin a složitých sacharidů a zároveň by se měla řídit svými chutěmi. Těhotná žena by měla jíst raději dříve, než až když pocítí hlad. Malé svačiny a tekutiny by měla mít stále při sobě.

Kromě správného a pravidelného stravování je důležité dbát na dostatečný spánek a relaxaci. Murkoffová (2004, s. 122) potvrzuje, že se na vzniku nevolnosti a zvracení výrazně podílí fyzické a psychické vyčerpání.

Pokud si těhotná žena stěžuje na hemoroidy, tak 5 porodních asistentek ženě doporučí dietní opatření a zvýšit pitný režim. 3 asistentky (R1, R3, R5) Factu čípky nebo mast. Mezi rady poskytované porodní asistentkou patří zvýšení pitného režimu, příjmu vlákniny a nácvik pravidelného defekačního reflexu. Slezáková zdůrazňuje důležitost dodržování pečlivé hygieny konečníku vodou bez mýdla, doporučuje používat vlhčený neparfémovaný toaletní papír (Slezáková, 2011, s. 203). Medikamentózní terapii doporučuje Kment (2003, s. 81), těhotná klientka může používat Aviril H, Procto- Glyevnol, Ketazon H a nebo již zmíněné Factu.

Pokud těhotnou ženu trápí zácpa, tak 5 porodních asistentek doporučuje zvýšit pitný režim, 3 asistentky pohyb (R2, R3, R4) a 2 asistentky (R1, R5) glycerinové čípky. Těhotné ženě by mohl pomoci příjem ovocných šťáv a minerálních vod. Z jídelníčku by těhotná žena měla vynechat bílé pečivo, bílou rýži a zvýšit příjem vlákniny (Murkoffová, 2004, s. 161). Důležitou součástí prevence zácpy je pravidelná pohybová aktivita. (Dumoulin, 2006, s. 41). Mezi další užitečné rady patří nácvik defekačního rituálu, kdy by se měla těhotná žena naučit vyprazdňovat pravidelně každý den ráno. Medikamentózní pomocí mohou být těhotné ženě glycerinové čípky, laktulóza nebo syntetická projímadla jako je například Guttalax, která by ale měla být až tou poslední volbou. (Hájek, 2004, s. 125)

Třetí výzkumnou otázkou bylo zjistit, kdo těhotným ženám podává rady při řešení jejich obtíží. Pokud těhotné ženy vyhledávají informace o možnostech řešení obtíží GIT v těhotenství, 5 těhotných žen (R1, R2, R4, R5, R7) hledá na internetu, 2 těhotné ženy

se obrací na porodní asistentku (R5, R6) nebo kamarádku (R2, R4) a 1 těhotná pak lékaře (R3) nebo člena rodiny (R2). Na internetu těhotné ženy jistě najdou spoustu informací, často se zde ale setkají s omyly šířenými laickou společností. Z rozhovorů s porodními asistentkami může být vyvozeno, že porodní asistentka je erudovaná v oblasti prevence těhotenských obtíží a je připravená těhotné ženě podat správnou radu, která je individuálně volená právě pro konkrétní těhotnou klientku. Ohledně jiného informačního zdroje je podle porodních asistentek velký nedostatek informačních letáků nebo brožur, které by svým klientkám mohly poskytnout. 3 porodní asistentky (R1, R2, R4) se během své praxe setkaly s letáky farmaceutických firem týkající se potíží GIT a 2 porodní asistentky (R1, R2) si vzpomněly na jiné reklamní letáky týkající se stejného tématu. Avšak ani jedna porodní asistentka nemá k dispozici žádný materiál, který by těhotným ženám poskytoval validní informace o způsobech boje proti potížím GIT.

Dnes známe mnoho způsobů, jak takovým nepříjemným projevům předcházet, nebo je alespoň zmírnit. Jedná se o metody, které jsou všem ženám snadno dostupné. Je ale důležité, aby těhotné ženy takové informace získaly. A právě v tomto ohledu je péče porodní asistentky bohužel stále nedostatečná. Ačkoliv mají porodní asistentky dostatečnou znalost prevence obtíží GIT, těhotné ženy s ní nejsou obeznámeny. Podle mého názoru je to dáno chyběním edukačních materiálů pro těhotné ženy s radami ohledně boje proti potížím v těhotenství a také hlavně nedostatkem času pro edukační činnost porodních asistentek během jejich péče o těhotné ženy.

Jedním z mnoha řešení této situace je vytvořit edukační materiál, který by se stal praktickým zdrojem informací pro těhotné ženy, jak obtížím gastrointestinálního traktu předcházet a jejich příznaky potlačovat. Proto jsem v rámci této bakalářské práce takovou brožuru vytvořila (viz příloha 3). V brožuře mohou těhotné ženy nalézt vhodné rady a ošetrovatelské intervence týkající se jejich obtíží se zažívacím traktem. Obsah je zaměřen na pálení žáhy, pocity na zvracení, zvracení a zácpu. Pro snadnou orientaci těhotných žen v dané problematice je brožura barevně a graficky zpracována. Bude vynaložena veškerá snaha a úsilí pro její distribuci do gynekologicko-porodnických ambulancí v teplickém okrese.

6 ZÁVĚR

Obtíže gastrointestinálního traktu provází těhotné ženy téměř každodenně, nejčastěji pak během I. a III. trimestru těhotenství. Prvním cílem bakalářské práce bylo zjistit, nejčastější obtíže gastrointestinálního traktu těhotných žen. Z rozhovorů s těhotnými ženami a porodními asistentkami lze v porovnání s odbornou literaturou shrnout, že nejčastěji těhotné ženy trpí pálením žáhy, nauzeou a zvracením a zácpou.

Druhým cílem bylo zmapovat, jak těhotné ženy řeší obtíže gastrointestinálního traktu a kdo jim poskytuje účinnou pomoc při těchto potížích. Pokud těhotné ženy chtějí aktivně řešit své obtíže, volí dietní opatření, pravidelné stravování a pravidelnou pohybovou aktivitu. Jsou to dobře zvolené změny, ale zmínila je malá část tázaných těhotných žen. Těhotné ženy nejsou obeznámeny s možnostmi prevence jejich potíží, a proto je neuplatňují dostatečně. Z rozhovorů s nimi vyplývá, že rady vyhledávají na internetu a málokterá těhotná žena požádá o radu porodní asistentku, nebo lékaře. Zároveň však porodní asistentky v rozhovorech vyjádřily svůj zájem o obtíže svých klientek a dokázaly, že jsou schopné těhotné ženě konkrétně odpovědět na jejich dotazy.

Třetím cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaké ošetrovatelské intervence porodní asistentky doporučují těhotným ženám. Porodní asistentky doporučují těhotným ženám kromě dodržování obecných zásad zdravé výživy a pravidelné pohybové aktivity také konkrétní rady k jednotlivým obtížím těhotných žen. Například zařazení do jídelníčku potravin bohaté na obsah vlákniny, zvýšit pitný režim, vynechat bílé pečivo i rýži a nahradit je tmavým pečivem. Těhotné ženě poradí vynechat zcela čokoládu, kávu, alkohol i kyselá, kořeněná, smažená, pečená, uzená jídla a doporučí jí potraviny syrové nebo vařené. Porodní asistentky také informují o volně dostupných lécích, které těhotné ženě mohou ulevit.

Obtíže gastrointestinálního traktu provázejí těhotné ženy v takové míře, že jsou počítány mezi příznaky upozorňující nás na možné těhotenství. Trpí jimi tedy většina žen a také téměř po celou dobu gestace. I přesto nejsou těhotné ženy informovány v dostatečné míře, jak takovým potížím předcházet, zmírňovat, nebo je zcela odstranit. Jako zdroj informací volí zejména internet, kde vedle užitečných rad nacházejí

tradované mýty o těhotenství. Tato bakalářská práce dokazuje, že je velké množství dostupných možností prevence a řešení, a že porodní asistentka je připravená těhotnou ženu o jejich vhodném praktikování poučit.

Možným řešením je jistě transformace primární péče o těhotné ženy v rámci těhotenských poraden. V některých zemích již dobře funguje komunitní péče o těhotné ženy s fyziologickým těhotenstvím, kterou poskytuje samostatná porodní asistentka. Tato komunitní porodní asistentka má na své klientky mnohem více času, který věnuje mimo jiné veškeré edukační činnosti. Úzká spolupráce s těhotnými klientkami poskytuje porodní asistentce mnohem obširnější znalost klientčiny anamnézy, a proto porodní asistentce umožňuje poskytovat více individualizovanou a cílenou péči o svěřené klientky.

Kompetence porodní asistentky ukotvené v české legislativě takovou péči umožňují. Vše nasvědčuje tomu, že se dosavadní systém péče o těhotné ženy v České Republice mění právě tímto směrem a porodním asistentkám se otevírají nové možnosti pro uplatnění jejich edukační role, která je v péči o zdraví velmi důležitá a bohužel doposud často opomíjená. A právě edukace je v oblasti obtíží GIT v těhotenství klíčovým bodem, jak těhotným ženám efektivně jejich těhotenství zlehčit, aby jej mohly prožít kvalitně.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. HÁJEK, Zdeněk et al. *Rizikové a patologické těhotenství*. Praha: Grada, 2004. 443 s. ISBN: 80- 247- 0418- 8.
2. ČECH, Evžen et al. *Porodnictví*. 2. vydání. Praha: Grada, 2006. 544 s. ISBN: 978- 80- 247- 1303- 8.
3. ROZTOČIL, Aleš et al. *Porodnictví*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. 333 s. ISBN: 80- 7013- 339- 2.
4. MARTIUS Gerhard et al. *Gynekologie a porodnictví*. Martin: Osveta, 1997. 648 s. ISBN: 80- 88824- 56- 7.
5. KMENT, Milan et al. *Choroby gastrointestinálního traktu v graviditě*. Praha: Triton, 2003. 182 s. ISBN: 80- 7254- 447- 0.
6. SLEZÁKOVÁ, Lenka et al. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada, 2011. 269 s. ISBN: 978- 80- 247- 3373- 9.
7. DUŠOVÁ, Bohdana a MAREČKOVÁ, Jana. *Úvod k péči porodní asistentky o ženu s patologickým a rizikovým těhotenstvím*. Ostrava: Universitas ostraviensis, 2009. 233 s. ISBN: 978- 80- 7368- 611- 6.
8. RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: AREA, 2008. 105 s. ISBN: 978- 80- 254- 2186- 4.
9. MURKOFFOVÁ, Heidi, EISENBERGOVÁ, Arlene a HATHWAYOVÁ, Sandee. *Co čekat v radostném očekávání*. Praha: Slovart, 2004. 595 s. ISBN: 80- 7209- 457- 2.
10. MAŘATKA, Zdeněk. *Trávicí obtíže v lékařské praxi*. Praha: Galén, 2007. 163 s. ISBN: 978- 80- 7262- 472- 0.
11. MIKULANDOVÁ, Magdalena. *Těhotenství a porod: Průvodce české ženy od početí do šestinedělí*. Brno: Computer Press, 2004. 162 s. ISBN: 80- 251- 0205- X.

12. HOLUBOVÁ, Adéla, NOVOTNÁ, Helena, MAREČKOVÁ, Jana et al. *Ošetrovatelská péče v gastroenterologii a hepatologii*. Praha: Mladá fronta, 2013. Edice sestra. 267 s. ISBN: 978- 80- 204- 2806- 6.
13. FAIT, Tomáš a SLÍVA, Jiří et al. *Volně prodejné přípravky v gynekologii: Podrobný průvodce pro lékaře a farmaceuty*. Praha: Maxdorf, 2011. 266 s. ISBN: 978- 80- 7345- 250- 6.
14. MOSKOWITZ, Richard. *Homeopatie pro těhotenství a porod*. Praha: Alternativa, 2008. 299 s. ISBN: 978- 80- 96936- 05- 5.
15. ČEPICKÝ, Pavel a ČERNÁ, Marcela. *Jak odpovídat na otázky o těhotenství, porodu a péči o novorozence*. Praha: Levret, 2011. 90 s. ISBN: 978- 80- 87070- 50- 5.
16. ČEPICKÝ, Pavel a KURZOVÁ Hana. *Gynekologie a porodnictví v ordinaci praktického lékaře*. Praha: Karolinum, 2003. 174 s. ISBN: 80- 246- 0677- 1.
17. LUKÁŠ, Karel et al. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2005. 197 s. ISBN: 80- 247- 1283- 0.
18. LUKÁŠ, Karel et al. *Funkční poruchy trávicího traktu*. Praha: Grada, 2003. 288 s. ISBN: 80- 247- 0296- 7.
19. NĚMEČEK, Zdeněk. Je obstipace jen opomíjenou banalitou? *Sestra*. Praha: Mladá fronta a. s., 29. 8. 2007, 9/ 2007, str. 51. ISSN: 1210- 0404.
20. GREGORA, Martin a VELEMÍNSKÝ, Miloš ml. *Nová kniha o těhotenství a mateřství*. Praha: Grada, 2011. 240 s. ISBN: 978- 80- 247- 3081- 3.
21. DUMOULIN, Chantale. *Cvičíme v těhotenství: Názorný popis cviků a praktické rady*. Praha: Portál, 2006. 100 s. ISBN: 80- 7367- 078- X.
22. DAHLKE, Rüdiger a HÖBL, Robert. *Jak odstranit potíže s trávením*. Olomouc: Fontána, 2006. 221 s. ISBN: 80- 7336- 271- 6.
23. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010. 80 s. ISBN: 978- 80- 247- 2171- 2.
24. HANLON, Thomas W. *Fit pro dva: Oficiální YMCA průvodce těhotenským cvičením s Thomasem W. Hanlonem*. Praha: Triton, 2007. 169 s. ISBN: 978- 80- 7254- 924- 5.

25. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 2. vydání. Praha: Portál, 2003. 279 s. ISBN: 80- 7178- 774- 4.
26. SEEMANOVÁ, Jana. *Nebojujte s úřady a zaměstnavateli: průvodce pro rodiče*. Praha: APERIO, 2011. 80 s. ISBN: 978- 80- 903087- 9- 4.
27. HRACH, Karel. *Základy biostatiky s využitím Excelu*. Ústí nad Labem: Univerzita Jana Evangelisty Purkyně, 2011. Edice Studijní opory projektu Posilování kompetencí vysokoškolských pracovníků pro rozvoj konkurenceschopnosti vysokého školství v Ústeckém kraji. 48 s. ISBN: 978- 80- 7414- 398- 4.
28. BÁRTLOVÁ, Sylva, SADÍLEK, Petr a TÓTHOVÁ, Valérie. *Výzkum a ošetrovatelství*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 175 s. ISBN: 80- 7013- 416- X.
29. VOKURKA, Martin a HUGO, Jan et al. *Praktický slovník medicíny*. 7. vydání. Praha: Maxdorf, 2004. 490 s. ISBN: 80- 7345- 009- 7.
30. ŠPONEROVÁ, Kristýna. *Změny v organismu ženy během fyziologického těhotenství*. Brno, 2012. 70 s. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. PhDr. Radka Wilhelmová.

8 PŘÍLOHY

Příloha 1

Koncept rozhovoru- porodní asistentky

1. Pozice
2. Délka praxe
3. Vzdělání
4. Stalo se Vám někdy, že se na Vás obrátila těhotná klientka s prosbou o radu, co se týče obtíží gastrointestinálního traktu? S jakými obtížemi se na Vás klientky nejčastěji obrací?
5. Zajímáte se o to, zda Vaše klientky trápí nějaké zažívací obtíže?
6. Jaké možnosti úlevy od gastrointestinálních obtíží klientkám doporučujete?
7. Co se týče edukace o gastrointestinálních obtížích, co klientkám můžete nabídnout (letáčky, brožurky)?

Příloha 2

Koncept rozhovoru- těhotné ženy

1. Jaké obtíže trávicího ústrojí jste během těhotenství pociťovala nebo pociťujete?
2. Jak jste zmiňované obtíže řešila?
3. Kdo Vám s Vašimi obtížemi pomáhal, kdo Vám poradil co dělat?
4. V jakém trimestru, týdnu těhotenství byly Vaše obtíže nejvýraznější?
5. V jakém týdnu těhotenství jste?
6. Po kolikáté jste těhotná?
7. Věděla jste o obtížích GIT, a co jste pro to dělala preventivně?
8. Jaký vnímáte rozdíl v poskytování rad týkajících se GIT obtíží od porodní asistentky a od lékaře?

Příloha 3

Informativně-edukační brožura pro těhotné ženy



PÁLENÍ ŽÁHY

Příčinou pálení žáhy (pyróza) je návrat žaludečního obsahu zpět do jícnu, tzv. gastroezofageální reflux.

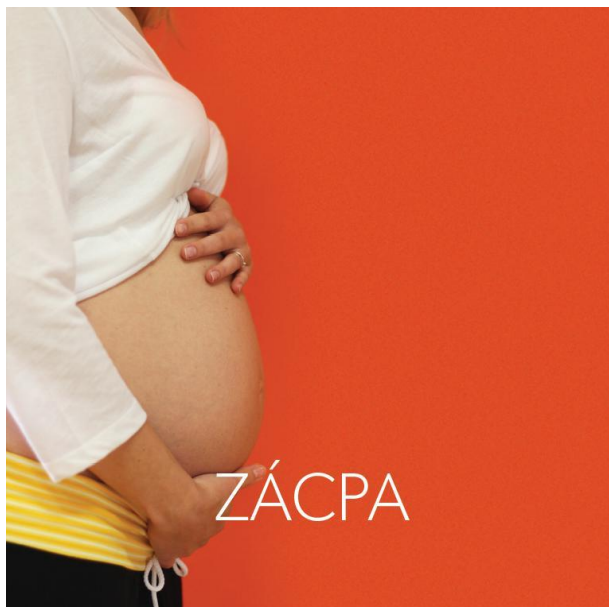
Nejlépejší prevencí je vyvarování se sladkých, kyselých a příliš mastných, kořeněných jídel, kávy a již tak v těhotenství nevhodnému alkoholu. Doporučuje se zůstat po každém jídle ve vzpřímené poloze nebo v polosedě, protože se pálení žáhy může v leže zhoršovat. Měla byste upřednostňovat malé porce jídla několikrát denně, před jednorázovým příjmem velké porce. Při léčbě pálení žáhy se užívá Rennie, Talcid a Maalox*.



POCITY NA ZVRACENÍ, ZVRACENÍ

Příčina těchto v těhotenství běžných obtíží se připisuje hormonálnímu změně. Doporučuje se požití malého množství jídla, např. piškotů, sušiček s čajem hned ráno, ještě před tím než vstanete a vyvarování se chuti a vůni, které ve Vás nevolnosti vyvolávají. Můžete popíjet mátový a heřmánkový čaj. Dopřejte si dostatek spánku a pohyb na čerstvém vzduchu.

Pokud pracujete, měl by zaměstnavatel brát ohledy na Váš aktuální stav a omluvit náhlé návaly nevolnosti. Z medikamentů a potravinových doplňků jsou pak vhodná lžátka Gravipop, zázvorový čaj a zázvorový sirup, Avioplant tbl., bonbony Gin Gins original a vitamín B6 – Pyridoxin*.



ZÁCPA

Stav, kdy je frekvence vyprazdňování stolice nižší než 3x týdně, nebo je vyprazdňování obtížné, je považován za zácpu. Společně se zácpou se mohou vyskytovat bolesti břicha a hlavy, pocity únavy a zvýšená plynatost.

Pro prevenci zácpy je vhodný dostatek pohybu několikrát do týdne a dostatečný pitný režim - až 3l tekutin denně. Masáže břicha pomáhají ke zlepšení střevní peristaltiky. Soustředte se na vhodnou techniku masáže. Začíná se v oblasti pravého podbříšku směrem vzhůru, poté vodorovně k levému podžebří a pak zpět dolů až do levého podbříšku, ve směru hodinových ručiček.

Brožura byla vytvořena jako součást bakalářské práce s názvem:
„Obtíže gastrointestinálního traktu v graviditě“ v závěru studia porodní asistence na ZSF JCU v Českých budějovicích.

Autor: Lucie Blahotová, DiS.

Vydáno: 2013

* Veškeré léky a doplňky stravy uvedené v této brožuře konzultujte se svým ošetřujícím lékařem, nebo lékárníkem.