

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Ošetrovatelská péče o ženu s hyperstimulačním syndromem

Bakalářská práce

Autor: Šrámková Veronika

Vedoucí práce: Maříková Soukupová Judita, Mgr.

Datum odevzdání práce: 6.5.2010

Nursing care of women with ovarian hyperstimulation syndrome

During the past few decades, the occurrence of couples unable to conceive in the natural way, whether by the fault of the man or the woman, has been on the increase. In those cases, help is provided by medical science, with assisted reproduction methods, which over the past decades have overcome the limits of clinical experiments and have become routine practice in the treatment of unvoluntarily childless couples or marriages. In view of the steadily growing efficiency of those methods assisted reproduction is an increasingly frequent indication, specifically in the form of in vitro fertilization. Another step was the introduction of infertility treatment by oocyte donation. Both these methods involve the stimulation of ovaries, which may lead to various complications, such as ovarian hyperstimulation syndrome provoked by excessive ovary stimulation. As a result, the capillaries become excessively permeable for the liquid, which penetrates into the enterocoele sac and causes various clinical and laboratory complications.

Nursing care is indispensable for such women patients. Midwives should know about all potential complications of assisted reproduction, they should have an individual approach to the patients and show empathy for women in whom a complication has appeared, as such women are experiencing a psychically demanding situation and midwives are of great support to them during hospitalisation.

The aims, hypotheses and answers were ascertained by a qualitative survey carried out by non-standardized interviews of women who underwent ovarian hyperstimulation, and by a quantitative survey based on anonymous questionnaires distributed among midwives. All the aims, hypotheses and questions I set myself have been confirmed.

My work could be used as information material for women undergoing artificial fertilization, for midwives working with those women and for students who would like to concern themselves with this issue.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Ošetrovatelská péče o ženu s hyperstimulačním syndromem 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 elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 6.5.2010

.....

podpis studenta

Chtěla bych tímto poděkovat všem, kteří mi pomáhali s psaním mé bakalářské práce a především mojí rodině za psychickou podporu.

Obsah

Úvod.....	3
1. Současný stav.....	4
1.1 Pohled na neplodnost v dnešní době.....	4
1.2 Příčiny neplodnosti.....	4
1.3 Definice a rozdělení neplodnosti.....	5
1.4 Rizikové faktory neplodnosti u žen.....	6
1.5 Rizikové faktory neplodnosti u mužů.....	6
1.6 Poruchy plodnosti u žen.....	7
1.7 Poruchy plodnosti u muže.....	10
1.8 Vyšetřovací metody.....	11
1.8.1. Vyšetření muže.....	11
1.8.2 Vyšetření ženy.....	12
1.9 Léčba.....	13
1.9.1 Úloha porodní asistentky v péči o ženu s neplodností	13
1.10 Asistovaná reprodukce.....	14
1.10.1 Metody asistované reprodukce.....	14
1.10.1.1 Metody asistované reprodukce nezávislé na stimulaci ovulace.....	14
1.10.1.2 Metody asistované reprodukce s podporou růstu více folikulů.....	14
1.10.2. Komplikace asistované reprodukce.....	16
1.11 Ovariální hyperstimulační syndrom.....	17
1.11.1 Klasifikace ovariálního hyperstimulačního syndromu.....	18
1.11.2 Klinické rysy komplikací ovariálního hyperstimulačního syndromu a jejich diagnostika.....	19
1.11.3 Diagnostika ovariálního hyperstimulačního syndromu.....	20
1.11.4 Rizikové faktory vzniku ovariálního hyperstimulačního syndromu.....	21
1.11.5 Léčba.....	22
1.11.6 Prevence ovariálního hyperstimulačního syndromu.....	24
1.11.7 Úloha porodní asistentky v péči o ženu s ovariálním hyperstimulačním syndromem.....	24

2. Cíle, hypotézy a výzkumné otázky.....	26
2.1 Cíle práce.....	26
2.2 Předpokládané hypotézy.....	26
2.3 Výzkumné otázky.....	26
3. Metodika.....	28
3.1 Charakteristika výzkumného souboru.....	29
4. Výsledky výzkumu.....	30
4.1 Grafy.....	30
4.2 Rozhovory.....	50
4.2.1 <i>Rozhovor 1</i>	50
4.2.2 <i>Rozhovor 2</i>	51
4.2.3 <i>Rozhovor 3</i>	51
4.2.4 <i>Rozhovor 4</i>	52
4.2.5 <i>Rozhovor 5</i>	53
4.2.6 <i>Rozhovor 6</i>	53
4.3 Výsledná tabulka rozhovorů.....	55
5. Diskuze.....	60
6. Závěr.....	67
7. Seznam použitých zdrojů.....	70
8. Klíčová slova.....	73
9. Přílohy	

Úvod

Během posledních desetiletí přibývá stále více párů, kterým se nedaří počít potomka přirozenou cestou, ať je již překážka na straně muže či ženy. V těchto případech jsou zde možnosti lékařské vědy a s ní i metody asistované reprodukce, které v posledních desetiletích opustila rámeček klinických experimentů a stala se rutinním postupem při terapii nedobrovolně bezdětných párů či manželství. Vzhledem ke stálému zvyšování efektivity těchto metod se rozšiřují indikace asistované reprodukce, především in vitro fertilizace. Dalším krokem bylo zavedení léčby neplodnosti pomocí darovaných oocytů. Obě tyto metody souvisejí se stimulací vaječnicků a tím může docházet i k řadě komplikací, mezi které patří i ovarialní hyperstimulační syndrom, který je právě následkem nadměrné stimulace vaječnicků. Dochází k nadměrné propustnosti kapilár pro tekutinu, která se dostává do dutiny břišní a způsobuje řadu klinických i laboratorních komplikací.

Ošetřovatelství má v péči o tyto ženy nezastupitelné místo. Porodní asistentky by měly znát problematiku všech možných komplikací metod asistované reprodukce, individuálně a s empatií přistupovat k ženám, u kterých vznikla jakákoliv komplikace, jelikož pro tyto ženy je tato situace psychicky náročná a během hospitalizace jsou pro ně porodní asistentky velkou oporou.

Téma „Ošetřovatelská péče o ženy s ovarialním hyperstimulačním syndromem“ jsem si vybrala nejen pro to, že mě zajímají metody a komplikace asistované reprodukce, jelikož při mém povolání přicházím stále více do styku se ženami, které tyto metody podstoupily, ale také proto, že já sama jsem se stala dárkyní oocytů a po jejich odběru u mě vznikl ovarialní hyperstimulační syndrom.

1. Současný stav

1.1 Pohled na neplodnost v dnešní době

Neplodnost je brána jako nemoc 21. století a je v dnešní době aktuálním problémem, který trápí a bude trápit stále více partnerských dvojic na celém světě. Pro většinu párů je největším problémem smířit se s ní a přijmout ji. Za neplodný se považuje pár, kdy k otěhotnění nedojde ani po jednom roce pravidelného nechráněného pohlavního styku.(25,26)

Dnes je zhruba 15 % párů v reprodukčním věku, kterým se nedaří i po mnoha letech marných pokusů, počít vlastního potomka přirozenou cestou. Za posledních 30 let se zvýšil počet dvojic, které nemohou mít děti zhruba o 10 %.(25,24)

Podle odhadů má každý pátý pár v reprodukčním věku problémy s otěhotněním. Příčina neplodnosti je u obou pohlaví stejná, je to 40 % u mužů a 40 % u žen. 20 % může být kombinací obou pohlaví.(25,24)

1.2 Příčiny neplodnosti u nás a ve světě

Neschopnost počít dítě může mít spoustu příčin. Dříve se příčina neplodnosti hledala výhradně u žen, dnes již partneři většinou chápou, že se na neschopnosti počít mohou podílet oba současně.(26,16)

Jedním z rizikových faktorů, který má vliv na stále se zvyšující procenta neplodnosti je i fakt, že mnohé ženy plánují své první dítě ve vyšším věku, než tomu bylo dříve. Věnují se studiu, kariéře a to, že tikají tzv. biologické hodiny, zjistí až tehdy, kdy je již pozdě. Po 30. roce života totiž šance na otěhotnění začíná pomalu klesat a po 35. roce dokonce velice strmě. Také muž postupem času stárne a spermatogeneze se často s přibývajícím věkem zhoršuje.(26,16)

Dalším vlivem může být např. psychologický faktor: stres, přepracovanost, nervové vyčerpání, také obezita nebo naopak podvýživa. Tyto faktory působí jak u žen, tak i u mužů. Svoji úlohu každopádně sehrává i negativní vliv zevního prostředí, jako je znečištěné ovzduší, toxické vlivy, životní styl, kouření, drogy, alkohol atd. Toto způsobuje zhoršení nepříznivé situace nejen u žen, ale v poslední době se zvyšují

procenta mužů se zhoršenými parametry spermioqramu. To vše má za následek, že výskyt této problematiky neustále stoupá. Z 50 % je příčina neplodnosti onemocnění ženských rozmnožovacích orgánů, z 35 % je to příčina onemocnění mužských rozmnožovacích orgánů, z 5 % jsou to méně obvyklé příčiny a z 10 % jsou příčiny nezjistitelné.(26)

Důležité je, že zásluhou nových metod umělého oplodnění tzv. asistované reprodukce (metody IVF), je dána v dnešní době šance i partnerským dvojicím, které nemohli mít dříve vlastní děti. Techniky umělého oplození se staly dnes standardně dostupné nejenom u nás, ale i v rozvojových zemích. Nejzásadnějším vědeckým objevem v posledních desetiletích je nepochybně objev oplození vajíčka spermií mimo tělo ženy „in vitro“ a následný přenos embrya do děložní dutiny. Prvním dítětem narozeným touto metodou byla Lousie Brownová narozená roku 1978 a to po prvním úspěšném oplodnění „in vitro“, ženy s neprůchodností vejcovodů. Stalo se tak v Anglii a průkopníky byli gynekolog Patrik Steptoe spolu s biologem Robertem Edwardsem. Faktem je, že k tomuto úspěchu vedla dlouhá cesta výzkumů, pokusů a spolupráce. U nás se asistovaná reprodukce začala vyvíjet v 80. letech, ale k jejímu rozvoji dochází až po roce 1990. Jedním z průkopníků byl u nás MUDr. Karel Řežábek - vedoucí lékař Centra asistované reprodukce v Praze. Jak zásadní význam mají tyto metody, o tom svědčí i skutečnost, že v naší republice jsou skoro 3 % narozených dětí počatých tímto způsobem. Asistovaná reprodukce se neustále vyvíjí, jsou dostupné stále dokonalejší techniky, laboratorní vybavení a účinnější hormonální přípravky. To vše se podílí na zlepšující se úspěšnosti léčebných metod tak, že většina neplodných párů po léčbě je schopna otěhotnět a přivést na svět své dítě (26,17).

1.3 Definice a rozdělení neplodnosti

Neplodnost je definována jako neschopnost početí potomka od jednoho roku nechráněného pohlavního styku nebo jako neschopnost udržení těhotenství do termínu porodu. (5)

Neplodnost rozdělujeme na primární a sekundární. Pod pojem primární neplodnost zařazujeme páry, kterým se nikdy nepodařilo otěhotnět. Páry, kterým se

nedaří počít dítě ani po roce nechráněného pohlavního styku, by měly vyhledat lékařskou pomoc a ženy po 35. roce s nepravidelným menstruačním cyklem by měly vyhledat lékařskou pomoc ještě dříve.(5)

Sekundární neplodnost je neschopnost počít dítě po předchozím otěhotnění a to i v případě je-li ukončeno porodem, interrupcí či potratem. U některých párů se může objevit primární i sekundární neplodnost. Pokud se páru podařilo počít dítě, nezajišťuje to plodnost do budoucna. Některé páry mohou zjistit neplodnost až při pokusu o druhé dítě.(5)

1.4 Rizikové faktory neplodnosti u žen

Jako první spadá mezi rizikové faktory kouření, které může způsobovat mimoděložní těhotenství, snižuje ženskou plodnost ovlivněním hormonální hladiny a znesnadňuje uhnízdění oplozeného vajíčka. Dále alkohol, který má vliv na ovulaci a transport vajíčka. U žen, které mají extrémní fyzickou zátěž nebo drží přísné diety, může dojít k vymizení ovulace. Prvotní příčinou neplodnosti jsou pohlavně přenosné nemoci. Infekce, které se neléčí, mohou přejít v pánevní zánětlivou nemoc, která vede ke vzniku srůstů v pánevní oblasti a poškození vejcovodů. Nejhorší následky zanechává chlamydiová infekce, která se může rozvinout právě ve výše zmiňované pánevní zánětlivou nemoc. Při dlouhodobém stresu může dojít k ovlivnění hladiny hormonů a tím k narušení ovulace. Při akutním stresu hrozí riziko anovulace až úplné vymizení menstruace.(5)

1.5 Rizikové faktory neplodnosti u mužů

U mužů je velké riziko poranění v oblasti mužských genitálií. Může dojít k ovlivnění tvorby spermatu a porušení transportu spermií z varlete do ejakulačního vývodu. U poranění míchy může dojít k ovlivnění ejakulace. Stejně jako u žen sem patří rizikové neléčení chlamydiové infekce, která může vést ke zjizvení močové trubice. U kuřáků mají častěji spermie neobvyklý tvar a mohou nést genetické poruchy více než u nekuřáků. Další příčinou je užívání tvrdých drog, které vede ke snížení plodnosti. Také kouření marihuany může ovlivnit plodnost, kdy dochází k poklesu hladiny

hormonů a omezení tvorby testosteronu, což má za následek impotenci a úbytek spermií. V neposlední řadě sauny, horké vany, vířivky a vysoké teploty také negativně ovlivňují tvorbu spermií a tím i mužskou plodnost. Při stresu může být ovlivňována hladina hormonu LH, který kontroluje funkci varlat. Může docházet ke snížení počtu spermií či poruše jejich funkce.(5)

1.6 Poruchy plodnosti u žen

„Fertilizace“ oocyty a vývoj těhotenství je výsledkem složitých dějů, jejichž patologické odchylky a vzájemná kombinace mohou být důvodem neplodnosti. Bouřlivý rozvoj znalostí o lidské reprodukci v posledních dvaceti letech způsobil, že dnes lze diagnostikovat většinu příčin poruch plodnosti (str.128,3).“

Ovariální faktor

Patří mezi nejčastější příčiny neplodnosti 25 - 40%. Vyznačuje se porušenou činností vaječnicků, přičemž dochází k omezení nebo zastavení tvorby oocytů. Anovulaci provází často i nepravidelnost menstruačního cyklu. K základním vyšetřovacím metodám patří měření bazální teploty, ultrazvukové vyšetření, hormonální vyšetření, cytologické vyšetření, vyšetření poševního a cervikálního sekretu a biopsie endometria.(3)

Příčinou poruchy činnosti vaječnicků je primární dysfunkce, při které nastává porucha přímo ve vaječnicích. U sekundární dysfunkce nastává porucha v nadřazených regulačních centrech na ose CNS-hypotalamus-hypofýza-ovarium. Spadá sem hypotalamo-hypofyzární insuficience, která může být způsobena nádorem, lékovou interferencí či hypoprolaktinemií. Dále poruchy štítné žlázy, což je hypothyreóza a hyperthyreóza. Mezi poruchy funkce nadledvin, patří insuficience nadledvin a hyperadrenalismus. Dalšími příčinami poruchy činnosti vaječnicků jsou psychické poruchy, extrémní zátěž, poruchy metabolismu a výživy.(3)

Při terapii ovariálního faktoru se užívá indukce ovulace antiestrogeny (Klomidencitrát, Tamoxifen), které působí na úpravu funkce hypotalamické dysfunkce. Léčba gonadotropiny je účinná v 85% případů, ale je nutné pečlivé monitorování

ultrazvukovou folikulometrií, jelikož zde hrozí riziko vzniku ovariálního hyperstimulačního syndromu. V léčbě ovariálního faktoru se ještě mohou použít antagonisté dopaminu a glukokortikoidy(3).

Tuboperitoneální faktor

Na druhém místě příčiny neplodnosti je porucha funkce vejcovodů zánětlivým procesem či srůsty v oblasti vaječníků. Příčinou jsou vývojové anomálie vejcovodů, poškození vejcovodu zánětem způsobeného sexuálně přenosnými chorobami, endometrióza, iatrogenní příčiny jako jsou operace v oblasti malé pánve, záněty způsobené např. nitroděložním tělískem, endokrinní nebo neurovegetativní poruchy a trvání těhotenství (3).

Mezi vyšetřovací metody patří hysterosalpingografie rtg kontrastní látkou k zjištění průchodnosti vejcovodů, diagnostická laparoskopie, komplexní diagnostická laparoskopie, ultrazvuková salpingografie a tuboskopie s falloskopií pro endoskopické vyšetření ústí vejcovodu (3).

Konzervativní léčba spočívá v aplikaci 20 – 40 ml fyziologického roztoku se širokospektrými antibiotiky a kortikoidy, též nazývané jako hydrotubace do dutiny děložní. Při chirurgické léčbě se odstraní vyvolávající příčina a žena je zařazena do programu IVF (3).

Endometrióza

Pro neustále se zvyšující procento výskytu u neplodných žen, je endometrióza uváděna jako samostatný faktor sterility. Pro diagnostiku se využívá laparoskopie s biopsií podezřelých ložisek. Rozlišujeme 4 stádia závažnosti onemocnění: minimální, lehké, střední a těžké a to podle postižení peritonea, vejcovodů a vaječníků (3).

Při léčbě se využívá medikamentózně navozená pseudogavidita progestiny a nebo pseudomenopauza. Chirurgická léčba se provádí laparoskopicky, kdy se rozrušují srůsty, provádí se excize a elektrokoagace ložisek a odstraňují ovariální cysty (3).

Děložní faktor

Nejčastěji sem patří anatomické odchylky dělohy, způsobené vrozenými vývojovými vadami. Dále pak rozsáhlá myomatóza na děloze, poškození děložní dutiny intaruterinními výkony, endometrióza a adenomyosis. Metodami diagnostiky je hysterosalpingografie, biopsie endometria, ultrazvukové vyšetření, laparoskopie a hysteroskopie (3).

Děložní hypoplazie, protizánětlivé změny, adenomyosis a myxomatóza se léčí hormonálně. Vývojové anomálie a myomy se odstraňují operativně (3).

Cervikální faktor

Při anatomických poruchách v děloze, po prodělaných zánětech nebo při změnách složení hlenu dochází k poruše funkce cervikálního hlenu. Příčinou může být chronická endocervitida spadající pod sexuálně přenosné choroby způsobená chlamydiovou infekcí, porucha ovariální činnosti způsobující nedostatečnou tvorbu a složení cervikálního hlenu, anatomické poruchy děložního hrdla či antispermatozoidní látky v hlenu (3).

Při léčbě podáváme celkově antibiotika nebo chemoterapeutika, estrogeny, gonadotropiny. U anatomických poruch se provádí chirurgická korekce (3).

Poševní faktor

Příčinou poševního faktoru mohou být vývojové anomálie spojené s ostatními anomáliemi genitálu nebo záněty pochvy. Anomálie se řeší chirurgickou léčbou. U zánětů podáváme místní a celková antibiotika dle vyvolávající příčiny (3).

Imunologický faktor

Proto, aby vůbec mohlo dojít k oplození a vývoji těhotenství, musí správně fungovat imunitní systém spojený s endokrinní regulací výběrem dominantního folikulu. Příčinou jsou antispermatozoidní izoprotilátky u ženy v cervikálním hlenu a u muže antispermatozoidní autoprottilátky (3).

Kondomová terapie zabraňuje styku antigenu s imunokompetentními buňkami. Užívá se většinou 6-12 měsíců. Při imunopresivní terapii se podávají kortikoidy

k eliminaci nebo omezení tvorby antispermatozoidních protilátek. Lokálně se mohou podat hydrokortizony na děložní hrdlo (3).

Psychogenní faktor

Do psychogenního faktoru můžeme zařadit bolest při pohlavním styku, chybějící libido, frigidita, anorgasmie nebo vaginismus. Jako léčba se využívají metody psychoterapie (3).

Infertilita

Tento termín se užívá u žen, které mohou otěhotnět bez problémů, ale potratí nebo dojde k předčasnému porodu. Primární fertilita se vyskytuje u žen, které opakovaně potrací nebo u nich dochází k předčasným porodům a dosud neporodily životaschopný plod. O sekundární fertilitě hovoříme u žen, které porodily jeden životaschopný plod a od té doby dochází k opakovaným ztrátám těhotenství. Příčina může být ze strany plodu, kdy u 40% jde o chromosomální aberace. Příčiny ze strany matky jsou gynekologické, často související s poruchou endometria či myometria záněty, nádory atd. Celková onemocnění způsobující infertilitu jsou endokrinopatie, latentní infekce (toxoplazmóza, listerióza, rubeola, herpes virus), Rh inkompatibilita, podvýživa a hypovitaminóza a zevní prostředí (3).

Mezi vyšetřovací metody spadá sběr anamnestických dat, celkové gynekologické vyšetření, genetické vyšetření u obou partnerů, hormonální vyšetření ženy, vyšetření latentních infekcí a vyšetření u partnera, jako je spermioqram a imunologické vyšetření (3).

Léčba se vztahuje k vyvolávající příčině. Chirurgicky se řeší vrozené vývojové vady dělohy, insuficience hrdla děložního, děložní myomatózy (3).

1.7 Poruchy plodnosti u muže

Porucha plodnosti u muže je způsobena neschopností pohlavního styku, způsobené poruchami erekce, libida či ejakulace nebo neschopností oplození, která je způsobena poruchou spermiogeneze a poruchou transportu spermií (3,19).

Přesná příčina poruch je těžko stanovitelná. U poruch tvorby spermií může jít o genetické poruchy jako je hermafroditismus, syndrom testikulární feminizace, Klinefelterův syndrom atd. Porucha transportu spermií je většinou způsobena stenózou vývodných cest, která může být vrozená, zapříčiněná traumatem, zánětem nebo nádorem. Ejakulaci ovlivňuje celkové onemocnění, psychické poruchy či poškození míchy (3,19).

U vyšetření se v první řadě zaměřujeme na anamnézu, poté následuje základní vyšetření anatomických poměrů. Provádí se spermioqram biochemické vyšetření seminální tekutiny, hormonální vyšetření, vyšetření protilátek proti spermiím, genetické vyšetření, biopsie varlat a postkoitální test hodnotící interakci spermií a ovulačního hlenu (3,19).

1.8 Vyšetřovací metody

U neplodného páru vyšetřujeme vždy oba partnery po roce pravidelného pohlavního styku bez vzniku oplodnění (4).

1.8.1 Vyšetření muže

Jako při každém vyšetření se nejdříve zaměříme na anamnézu, kdy zjišťujeme, zda neproběhly nějaké operace na genitáliích, jako je hernie, hydrokéla, hypospadie a epispadie. Dále se ptáme na virová onemocnění, pohlavní choroby, mozkové a cévní onemocnění, zevní vlivy aj. (3).

Základní vyšetření anatomických poměrů následuje ihned po odebrání anamnézy a zjištění sexuální aktivity. Je nutné vyšetřit penis, varlata a prostatu (3).

Vyšetření semene tzv. spermioqram je základním vyšetřením plodnosti muže. Jedná o mikroskopické vyšetření vzorku spermatu získaného masturbací po krátké 2-4 denní pohlavní abstinenci. Vyhodnocuje se počet spermií v jenom mililitru, jejich pohyblivost a tvar. Normální hodnota je 20 mil/ml spermií. Minimálně 75% by jich mělo být živých. Pohyblivost se hodnotí podle McLeodovy škály v rozmezí od 0 - 4: Pro normální hodnotu spermioqramu by měl být stupeň pohyblivosti větší než 2 a alespoň 25 % z nich musí mít 3 až 4 stupeň pohyblivosti spermií. Mezi nepravidelné hodnoty, které můžeme vyšetřit, patří oligozoospermie, což je nižší počet spermií než je

stanovená norma. Jako astenozoospermie je hodnocená snížená pohyblivost spermií. Menší počet a snížená pohyblivost spermií se nazývá oligoastenozoospermie. Teratozoospermie je normální počet tvarově nevyhovujících spermií: Spermie, které jsou tvarově neodpovídající normě a zároveň jsou méně pohyblivé se, nazývají astenoteratozoospermie. Dále můžeme nacházet spermie v menším počtu, tvarově neodpovídající normě a jejich pohyblivost je významně omezená. Tento nález nazýváme oligoastenoteratozoospermie. Mrtvé spermie ve spermatu se označují termínem nekrospermie. Jako aspermie je označována nepřítomnost spermií v ejakulátu (22,18).

K dalším vyšetřovacím metodám, vedoucím k objasnění příčiny mužské neplodnosti, patří například vyšetření moči odhalující záněty močových cest či předstojné žlázy. Další metodou je imunologické vyšetření, vyšetření hormonálních hladin a někdy je nutno provést i biopsii varlete (14).

1.8.2 Vyšetření ženy

K průkazu ovulace slouží několik metod jako je: měření bazální teploty, kdy je nutné provádět měření vždy ráno po probuzení a pokaždé na stejném místě (v ústech, v konečníku nebo v pochvě). Dále měření hladiny progesteronu, které se provádí odběrem vzorku krve v polovině luteální fáze tzv. druhé fáze. Hladina hormonu je ukazatelem průběhu ovulace. Při ovulaci dochází působením progesteronu ve druhé části cyklu v endometriu ke změnám, které lze spolehlivě odhalit histologickým vyšetřením sliznice dutiny děložní. U ultrazvukového vyšetření se provádí vyšetření vaječníků, u nichž hodnotíme velikost dominantního folikulu a endometrium, u kterého hodnotíme jeho výšku a charakter. Pokud nedojde k vzestupu luteinizačního hormonu, nenastane ovulace. Proto se provádí vyšetření hladiny luteinizačního hormonu pomocí speciálních testovacích proužků k vyšetření první ranní moči. Vyšetření průchodnosti vejcovodů je možno provádět laparoskopicky pomocí optiky přes řez v břišní stěně. Současně s laparoskopickým vyšetřením se provádí hysteroskopie, při které se zavádí optický přístroj do děložní dutiny. Hysterosalpingografie je vyšetření, kdy se sleduje průchodnost vejcovodů pomocí speciální fluorescenční nebo rentgen kontrastní látky, která se pacientce zavádí přes vaginu. Do dalších vyšetřovacích metod můžeme

zahrnout stanovení hladin folikulostimulačního hormonu (FSH), estradiolu, luteinizačního hormonu (LH), případně prolaktinu, dále imunologické vyšetření k vyloučení stavu přítomnosti protilátek proti spermiím a genetické vyšetření (15,4,19).

1.9 Léčba

Pokud je jakákoliv léčba vyvolávající příčiny neplodnosti neúspěšná, volíme jako nejvhodnější terapii metodu asistované reprodukce (5).

1.9.1 Úloha porodní asistentky v péči o ženu s neplodností

V ambulanci

Po příchodu klientky na ambulanci edukuje porodní asistentka ženu o vhodné technice pohlavního styku a o správném postupu při měření bazální teploty. Vysvětlí klientce podstatu diagnostických a léčebných výkonů v rámci její kompetence. Připraví ženu na vyšetření, která lze provést na ambulanci. Snaží se o psychickou a emoční podporu klientky. Komunikuje s klientkou o problémech v partnerském životě. Sleduje nežádoucí účinky hormonální terapie. Pokud je to nutné, vysvětlí klientce možnosti adopce dítěte (8,23).

Při hospitalizaci

Při hospitalizaci klientky na gynekologické oddělení, provede porodní asistentka řádný příjem, zkompletuje předoperační vyšetření, připraví klientku k vyšetření či případnému operačnímu výkonu. Edukuje ženu o průběhu pooperačního období a následné rehabilitaci. Dále se porodní asistentka zaměřuje na to, zda klientka porozuměla vysvětlení lékaře o svém zdravotním stavu. Snaží se odpovídat na všechny otázky ze strany klientky. Ubezpečí klientku, že změny nálad a deprese jsou způsobené hormonální léčbou a jsou běžným vedlejším účinkem této léčby. Upozorní klientku, že se po této fázi léčby objevují poměrně často narušené partnerské vztahy a je tedy důležitá včasná komunikace s partnerem o těchto problémech. Pokud to stav klientky vyžaduje, může jí porodní asistentka navrhnout rozhovor s psychologem. V případě, že léčba neplodnosti není úspěšná, vysvětlí porodní asistentka klientce možnosti adopce (8,23).

1.10 Asistovaná reprodukce

Je označení pro lékařské postupy a metody, při kterých dochází k manipulaci se zárodečnými buňkami nebo s embryi, včetně jejich uchovávání, a to za účelem léčby neplodnosti ženy nebo muže (26).

1.10.1 Metody asistované reprodukce

„Metody asistované reprodukce zahrnují celou řadu moderních technologických postupů, při kterých jsou vajíčka odebírána z vaječníku, oplodněná mimo ženské tělo a potom zavedena do dělohy (str.44,5).“ „Z endokrinního hlediska lze metody asistované reprodukce rozdělit na dva základní typy (str.298,4).“

1.10.1.1 Metody asistované reprodukce nezávislé na stimulaci ovulace

Arteficiální inseminace spočívá ve vpravení spermií do pohlavního ústrojí ženy. Můžeme využít dárcovství spermií od manžela či anonymního dárce. Pokud žena nemá porušenou ovulaci, není třeba podávat nějaké léky, jinak podáváme hCG pro snadné stanovení termínu ovulace (4).

1.10.1.2 Metody asistované reprodukce s podporou růstu více folikulů

In Vitro Fertilizace a embryotransfer

Jde o odběr vajíčka, které se laboratorně ošetří, oplodní se ve zkumavce, sleduje se jeho vývoj a následně se vpraví do dělohy. Pro úspěšnost metody se vpravují do dělohy 2 - 3 embrya. Indikace k IVF je neprůchodnost vaječníků. Úspěšnost této metody závisí na věku ženy, u darovaných oocytů je podstatný věk dárkyně (21,18,4).

Intracytoplasmic sperm injection

Je injekce jedné spermie přímo do vajíčka. Pro provedení této metody nám stačí několik desítek spermií v ejakulátu. ICIS se využívá u poruch mužské plodnosti s výrazně sníženým počtem spermií v ejakulátu (21,4).

Intrauteriní inseminace

Metoda, kdy se spermie vpraví přímo do dělohy pacientky. Využívá se nejčastěji u párů, kde muž vlastní funkční spermie a žena nemá zjevné příčiny neplodnosti (32).

Asistovaný hatching

Principem této metody je šetrné otevření obalu zona pellucida laserem. Cílem je zvýšit šanci na uchycení embrya v děloze. Lékař může tuto metodu doporučit klientce s opticky silným obalem embrya, ženě nad 35. let nebo klientce, u které nedošlo k dosažení těhotenství ani po transferu kvalitních embryí (21).

Genetické vyšetření embrya (PGD)

Vyšetření se provádí před transferem do dělohy. Má za úkol vyloučit případné vady a abnormality. Provádí se u žen vyššího věku, při chromozomální poruše některého z rodičů, při porodu dítěte s vývojovou vadou nebo opakovaných potratech (29).

Kryokonzervace

Užívá se při zisku více než tří embryí, která nelze přenést pro riziko vícečetného těhotenství, u pacientky na základě laparoskopického nálezu pro riziko mimoděložního těhotenství, u ženy s OHSS nebo u pacientek před radioterapií nebo chemoterapií. Je možné „zmrazit“ zygoty nebo embrya těsně po oplození ve stadiu 2 až 8 buněk nebo později ve stadiu blastocysty po 5 až 7 denní kultivaci. Nejběžnějším kryoprotektivem je 1,2 - propandiol v kombinaci se sérem a sacharózou. Postupným a pomalým zamrazováním se teplota vzorků dostává na -100°C až -180°C . Poté jsou vzorky uchovány v kontejnerech s tekutým dusíkem. K přežití embryí po zamrazení a rozmrazení dochází v 60 až 80 %. Implantace embrya pak závisí na kvalitě embrya po rozmrazení. Úspěšnost těhotenství se zamrazenými embryi je přibližně stejná jako při standardním IVF (4).

1.10.2 Komplikace asistované reprodukce

Léčbou neplodnosti rozumíme celý proces vedoucí k narození zdravého dítěte. Z tohoto pohledu jsou komplikací všechny problémy vzniklé při vyšetření, při aplikaci léků, při invazních léčebných postupech i během celé následné gravidity. Vyjmenované komplikace léčby neplodnosti jsou většinou zcela vzácné. Běžně se můžeme setkat s mnohočetným těhotenstvím, mimoděložním těhotenstvím, poraněním mimo dutinu děložní a ovariálním hyperstimulačním syndromem (29,33,31).

Mnohočetné těhotenství

Při stimulaci ovaríí dochází často ke zrání několika folikulů. Proto se v metodice IVF užívá transfer několika embryí do dělohy pro její větší úspěšnost. Čím více embryí se do dělohy vpraví, tím větší je riziko mnohočetného těhotenství. Mnohočetné těhotenství je pro ženu více rizikové a často dochází k předčasným porodům. Při IVF se snažíme mnohočetné těhotenství předejít opatrnou stimulací v cyklu non-IVF a transferujeme maximálně 1 - 2 embrya. Při výskytu trojčetného či vícečetného těhotenství je nutné zvážit možnost provedení selektivní redukce na maximálně dvojčetné těhotenství. Redukce se provádí na konci prvního trimestru. Při tomto výkonu dochází ke snížení počtu vyvíjejících se plodů na požadované dva až jeden (4,6,21).

Mimoděložní těhotenství

U léčby neplodnosti vzniká častěji než v normální populaci, jelikož dochází k poškození vejcovodů a tím k snadnější nidaci embrya před vstupem do dělohy. Je třeba dávat pozor při transferu více embryí na to, že by se jedno mohlo uhnízdit ve vejcovodu a jedno v děloze. Proto i průkaz nitroděložního těhotenství na ultrazvuku není vždy stoprocentní. K léčbě se využívá laparoskopická salpingektomie. U současné intrauteriní gravidity s operací vyškrabáváme, jelikož může dojít ke spontánnímu zániku těhotenství mimo dutinu děložní (4,21,33,32).

Poranění mimo dutinu děložní

K poranění dochází při každém odběru, protože jehla proniká přes klenby při každém odběru a plica lata uteri. Při těchto poraněních jsou komplikace vyjíměčné. Důležité je, abychom se vyhnuli střevním kličkám a velkým cévám viditelným

na ultrazvuku. Nejčastěji dochází k arteriálnímu krvácení z klenby poševní do pochvy. K jeho zástavě využíváme vazokonstrikční látky či minutovou kompresi tamponem. Pokud nedojde k zastavení, místo opíchneme křížovým stehem (29,26,24).

1.11 Ovariální hyperstimulační syndrom

Ovariální hyperstimulační syndrom (OHSS) je nejzávažnější komplikace u žen zařazených do programu in vitro fertilizace. Jde o komplikaci související s kontrolovanou stimulací ovarií. Hyperstimulace je nutný krok k získání více než jednoho oocyta pro in vitro fertilizaci a embryotransfer, ale u predisponovaných žen se může vymknout kontrole. Plná manifestace syndromu se rozvíjí až po ovulaci (nebo po odsátí oocyta), avšak známky předpokládající ovariální hyperstimulační syndrom mohou být patrné už ve stimulační fázi cyklu. Ovariální hyperstimulační syndrom se vyznačuje širokým spektrem klinických projevů začínajících obvykle jako pocit břišního nadmutí způsobeného zvětšením vaječnicků. Dále se projevuje bolestí v epigastriu, hemokoncentrací a přesunem intravaskulárních tekutin do třetího prostoru s tvorbou ascitu, hydrothoraxem, někdy perikardiálním výpotkem, objevuje se leukocytóza, oligurie. Je zde riziko trombózy a patologických hodnot jaterních testů. Všechny příznaky jsou způsobeny především zvýšenou cévní propustností. U plně rozvinutého kritického ovariálního hyperstimulačního syndromu, může dojít k alteraci celkového stavu pacientky. Patofyziologie ovariálního hyperstimulačního syndromu není zcela jasná. Současné poznatky poukazují především na zvýšenou propustnost cév a tvorbou ascitu. I přes to, že je ve hře více teorií, definitivní patofyziologický mechanismus vzniku a rozvoje ovariálního hyperstimulačního syndromu je i nadále předmětem výzkumu. Nejzávažnější klinická forma ovariálního hyperstimulačního syndromu se vyskytuje u 1% až 6% ze stimulovaných ovariálních cyklů, zatímco v mírné formě se vyskytuje v 0,1% - 4% případů (10,12,28,30).

1.11.1 Klasifikace ovariálního hyperstimulačního syndromu

Při posuzování stupně závažnosti ovariálního hyperstimulačního syndromu lze užít několik druhů hodnocení dle Rabaua, Golana či Navota (13).

Klasifikace dle Rabaua pochází z roku 1976. Rozděluje ovariální hyperstimulační syndrom na mírný stupeň, kdy jsou jen laboratorní známky ovariálního hyperstimulačního syndromu a ovaria do 5x5 cm. Střední stupeň je charakteristický distenzí břicha a velikostí ovarií do 12x12 cm. U závažného stavu je již ascitest či hydrotorax, ovaria jsou větší jak 12x12 cm a objevují se hemokontrace s poruchou koagulace (13).

Klasifikace dle Golana je z roku 1987. U mírného stupně ovariálního hyperstimulačního syndromu jsou ovaria do 10 cm, je přítomna abdominální distenze, nauzea, zvracení a průjem. Střední stupeň vykazuje navíc známky ascitu na ultrazvuku, ovaria jsou větší jak 10 cm. Těžký stupeň je charakteristický klinickými známkami ascitu či hydrotoraxu, ovaria jsou nad 12 cm, je přítomna hemokontrace, hyperkoaguace, objevují se poruchy elektrolytového metabolismu, oligurie až počínající renální selhání (13).

Klasifikace dle Navota je z roku 1992. Dělí ovariální hyperstimulační syndrom na mírný stupeň, kdy se objevuje pocit nadmutí břicha, nauzea, distenze břicha a velikost ovarií pod 5 cm. Střední stupeň je charakterizován zvracením, bolestí břicha, známky ascitu na ultrazvuku, hematokrit je nad 41%, leukocyty nad 10 mil/ml a ovaria zvětšená nad 5 cm. Při závažném stupni ovariálního hyperstimulačního syndromu jsou ovaria různě zvětšená, je přítomen masivní ascitest, hydrotorax, oligurie, jaterní disfunkce, anasarka, hodnota hematokritu je nad 45%, leukocyty nad 15mil/ml a kreatinin je více jak 100-150 mmol/l. Navot přidal k hodnocení hyperstimulačního syndromu ještě jeden stupeň a to stupeň kritický, kdy ovaria jsou různě zvětšená, je přítomen excesivní ascitest eventuelně hydrotorax, hypoxémie, perikardiální výpotek, oligurie až anurie, dochází k renálnímu selhání, jsou zde tromboembolické známky a syndrom dechové tísně. Hodnota hematokritu je nad 55%, leukocytů nad 25 mil/ml, kreatinin je zvýšen nad 160 mmol/l (13,29,24).

1.11.2 Klinické rysy komplikací ovariálního hyperstimulačního syndromu a jejich diagnostika

Společným patofyziologickým jmenovatelem ovariálního hyperstimulačního syndromu je zvýšená propustnost kapilár, která vede k úniku tekutiny z cév do extravazálního prostoru, především do dutiny břišní, do pohrudničního prostoru, vzácněji do perikardiální dutiny. Další problémy vznikají z hemokoncentrace a orgánové hypoperfuze (20).

Větší výpotky se projevují klinicky především dušností, která je jedním z prvních příznaků poukazujících na závažný stav. Ascites může být někdy až monstrózních rozměrů. Velký objem ovaríí a vysoká poloha bránice při ascitu mají za následek dušnost. Výrazný ascites se dá stanovit fyzikálním vyšetřením, standardní postup je monitorace ultrazvukem, který přináší informaci o stavu ovaríí. Dušnost může být způsobena i pleurálním či perikardiálním výpotkem, který se prokazuje echokardiograficky. Pokud je perikardiální výpotek prokázán při rozvinutém ovariálním hyperstimulačním syndromu, je nutné pacientku dále sledovat, jelikož jedinou možnou léčbou je drenáž perikardiálního výpotku. Při diagnóze dušnosti musíme myslet také na plicní embolizaci (20).

Žilní trombóza při otocích, hemokoncentraci a útlaku dolní duté žíly ascitem jsou časté. Drobné embolizace mohou uniknout pozornosti, příznaky menší embolie či dokonce submasivní embolizace mohou být skryty v dřívější dušnosti z jiných příčin. Hemokoncentrace vzniká pronikáním tělních tekutin do tkáně nebo do tělních dutin zvyšuje riziko intravaskulární trombózy i bez větší změny hodnot srážecích parametrů. V tomto případě může jít i o tepenné trombózy (20).

Hypotenze při hypovolémii může mít za následek závažnou sníženou perfuzi orgánů a může dojít až k oběhovému šoku. Orgánová hypoxie často končí jako orgánové selhání projevující se oligurií až anurií, selháním jaterních funkcí, respiračním selháním při embolizaci do plic eventuelně při akutním syndromu dechové tísně. Diagnostika takových komplikací je samozřejmě především laboratorní záležitostí (20)

1.11.3 Diagnostika ovariálního hyperstimulačního syndromu

Prvním krokem v diagnostice je anamnéza, kdy se ptáme na léčbu neplodnosti a typy podaných léků během ovariální stimulace. Dalším diagnostickým ukazatelem jsou klinické známky ovariálního hyperstimulačního syndromu, kdy klientka přichází pro bolesti břicha a dyspnoi. Febrilie není příznakem ovariálního hyperstimulačního syndromu. Při ultrazvukovém vyšetření je patrné zvětšení ovarií s mnoha cystami a ascitest. Laboratorně je zvýšen hematokrit a často mírná leukocytóza. Ovariální hyperstimulační syndrom přichází nejdříve za 2 – 3 dny po odběru oocytů nebo po ovulaci. Většinou se objevuje později po nidaci plodového vejce, obvykle týden po vulaci nebo punkci folikulů pro in vitro fertilizaci. V každém případě musíme myslet i na možnost ruptury cysty, nitrobršního krvácení, torzi adnex, adnexitidu či pelvoperitonitidu (26,29).

Diferenciální diagnóza

V případě ovariálního tumoru je zde odlišná anamnéza. U infekce po odběru oocytů se objevuje febrilie, není přítomna hemokoncentrace. Ovaria mohou být zvětšená, ale projevuje se to již 1. nebo 2. den po odběru oocytů. „Diferenciálně diagnosticky nutno myslet na to, že ne každá pacientka s obtížemi po stimulaci přichází s ovariálním hyperstimulačním syndromem a nepřirázovat tedy tuto diagnózu automaticky (str.18,26).“ K odlišení pomůže anamnéza, protože pokud bylo při stimulaci méně, jak 5 folikulů, je pravděpodobnost ovariálního hyperstimulačního malá. Počet folikulů klientka zná z centra reprodukční medicíny nebo se zde dají zjistit telefonicky. Vyloučit nelze ani přidružení jiné závažné choroby s ovariálním hyperstimulačním syndromem, jako je apendicitida či perforace duodenálního vředu (29).

1.11.4 Rizikové faktory vzniku ovariálního hyperstimulačního syndromu

Věk pacientky

„ Na základě provedených analýz je patrné, že jednu z klíčových rolí při vzniku OHSS hraje věk pacientky. Statisticky častější výskyt ovariálního hyperstimulačního syndromu byl zaznamenán u pacientek do 30 let věku. Jedná se zpravidla o pacientky, které přivádí do centra pro léčbu neplodnosti existence andrologického faktoru neplodnosti u partnera. Naproti tomu výskyt OHSS, především jeho klinicky závažnějších forem, je nižší u pacientek nad 30 let (str.7,13).“

Délka menstruačního

Za další významný faktor rizika vzniku ovariálního hyperstimulačního syndromu lze považovat charakter menstruačního cyklu. Rozbory zaměřené na délku menstruačního cyklu prokázaly u pacientek s oligomenoreo častější výskyt klinicky závažných forem ovariálního hyperstimulačního syndromu. Vliv normální délky menstruačního cyklu nebyl statisticky prokázán (13).

Faktor neplodnosti

Na základě výzkumu z dat byl prokázán statisticky vyšší výskyt ovariálního hyperstimulačního syndromu v případě imunologického faktoru neplodnosti. Vyšší výskyt ovariálního hyperstimulačního syndromu byl zaznamenán i u případů mužského faktoru neplodnosti klasifikovaného dle platných kritérií WHO (13).

Výskyt ovariálního hyperstimulačního syndromu v anamnéze

Výskytu ovariálního hyperstimulačního syndromu v anamnéze u předchozích cyklů je dalším významným faktorem ovlivňujícím strategii léčby neplodného páru. Jestliže se u ženy vyskytl ovariální hyperstimulační syndrom již v předchozích léčebných cyklech, je zde vyšší riziko jeho opakovaného rozvoje (13).

Typ stimulačního protokolu

Při užívání antiestrogenů, močových gonadotropinů, folikulostimulačního hormonu nebo jejich vzájemné kombinace, zaznamenáváme u klientek nižší výskyt ovariálního hyperstimulačního syndromu (13).

Celková dávka gonadotropinů

„S rozvojem hyperstimulačního syndromu úzce souvisí i celková použitá dávka gonadotropních hormonů v průběhu stimulace folikulogeneze. Při analýzách souboru byl zaznamenán statisticky nižší výskyt ovariálního hyperstimulačního syndromu v léčebných protokolech, kde celková dávka gonadotropních hormonů nepřekročila 975 IU. Při dávkování gonadotropinů nad 1 125 IU je riziko vzniku klinicky závažných forem ovariálního hyperstimulačního syndromu vyšší (str.8,13).“

Ve většině léčebných cyklů je tato dávka pravidelně překračována. V takovém případě hovoříme o řízené nebo kontrolované hyperstimulaci, která má zásadní význam na zhodnocení ostatních rizikových faktorů a adekvátní monitorování průběhu stimulace (13).

1.11.5 Léčba

Jelikož je vznik ovariálního hyperstimulačního syndromu nejasné etiologie, je jeho léčba symptomatická a spočívá v potlačování příznaků způsobených poruchou propustnosti kapilár. Lehký stupeň ovariálního hyperstimulačního syndromu odezní ve většině případů spontánně, těžký stupeň vyžaduje hospitalizaci a sledování klientky. Ovariální hyperstimulační syndrom odezní téměř vždy do 2-3 týdnů. Cílem péče o klientku je důležité převést ji přes období příznaků až do spontánního ústupu ovariálního hyperstimulačního syndromu, bez vzniku komplikací a snahou o neohrožení současně probíhajícího těhotenství (29).

Přínosné léčebné postupy

Mírný a střední stupeň ovariálního hyperstimulačního syndromu nevyžaduje hospitalizaci. Podle toho jaké má klientka zaměstnání, převedeme ji do pracovní

neschopnosti a doporučíme jí klid na lůžku. Poučíme jí o tom, že příznaky samovolně odezní. Pokud by se tak nestalo, dostaví se na kontrolu nebo přímo k hospitalizaci (29).

Těžký stupeň ovariaálního hyperstimulačního syndromu vyžaduje hospitalizaci ve specializovaném zařízení. Na začátku provedeme ultrazvukové vyšetření oblasti malé pánve, vyšetření krevního obrazu, transamináz, urey, kreatininu, celkové bílkoviny, koagulačních parametrů, tělesné váhy a obvod břicha. 1 - 2x týdně opakujeme kontroly krevních parametrů. Každý den sledujeme tělesnou váhu, příjem a výdej tekutin a měříme obvod břicha. Pokud je přítomna výrazná oligurie, můžeme stanovit clearance kreatininu. „Od 12. dne po ovulaci či odběru oocytů sledujeme dynamiku hCG.“ Denně zapisujeme do chorobopisu, kolikátý den cyklu se klientka nachází. Jako prevenci trombózy aplikujeme heparin či nízkomolekulární hepariny. Sledujeme rané příznaky trombóz a eventuelně upravujeme dávku heparinu. Je nutné, aby klientka dostatečně během dne pila, pokud to není možné, podáváme infuzní roztoky, které by neměly obsahovat kalium, kdyby došlo k dalšímu úniku tekutiny do třetího prostoru. Podávání infuzí by mělo být rovnoměrně rozložené do celého dne. Můžeme podávat antiemetika na nevolnost a analgetika na úlevu do bolesti. Klientka má předepsanou dietu s bílkovinnými přídávky. Při případném vzestupu transamináz podáváme hepatoprotektiva. Pokud dojde k nadměrnému rozpětí břicha, vypustíme část ascitu vaginálně nebo transabdominálně punkční jehlou pod kontrolou ultrazvukem, většinou 1 až 2 litry (29).

Léčebné postupy s nejistým efektem

„Podávání albuminu podle některých prací zlepšuje průběh ovariaálního hyperstimulačního syndromu, podle jiných nemá efekt a hrozí riziko závažnějších komplikací. Vzhledem k dobré propustnosti cév pro proteiny však nelze mnoho doufat ve výrazné onkotické působení podaného albuminu a následné zpětné vstřebání ascitu do cévního řečiště (str.583,29).“

U zavedené intravenózní kanyly je riziko vzniku flebitidy, která je u hyperkoagulačního stavu nebezpečná (29).

Zbytečné či škodlivé postupy

Pokud nemáme podezření na komplikace vzniklé s punkcí ascitu, neprovádíme operaci. Při současně probíhajícím těhotenství nepodáváme watrfarin. U ovariálního hyperstimulačního syndromu je absolutní kontraindikace diuretik, jelikož by jejich podání zhoršilo hypovolemii a hemokonztraci. Příliš časté sledování velikosti ovaríí ultrazvukem je zbytečné, jelikož velikost nejde určit přesně a neplynou z ní žádné změny v terapeutickém postupu (29).

1.11.6 Prevence ovariálního stimulačního syndromu

Znalost rizikových faktorů je velice důležitá, zvláště v kombinaci s nízkým věkem. Jestliže klientka spadá do rizikové kategorie, je třeba upravit stimulační protokol tak, aby se začínalo s nižší než obvyklou dávkou klomifenu nebo gonadotropinů a postupně se tato dávka zvyšovala podle růstu folikulů a hladiny estradiolu v krvi. Před každou stimulací je doporučeno provést kompletní fyzikální a gynekologické vyšetření, ultrazvuk dělohy a ovaríí a vyšetření estradiolu a gonadotropinů. Pokud klientka vykazuje časné známky ovariálního hyperstimulačního syndromu během stimulace, je nutné upravit medikaci tak, aby hladina estradiolu zůstávala na stejné hodnotě, ale nedošlo k jejímu poklesu. Pokud se známky ovariálního hyperstimulačního syndromu objeví dříve, než folikuly dosáhnou 14 mm, je dobré uvážit přerušení cyklu. Když se stav stále zhoršuje, přeruší se všechna medikace a denně se sleduje velikost folikulu a hladina estradiolu. Je-li patrný ovariální hyperstimulační syndrom, provedeme kryokonzervaci všech embryí a transferujeme je v dalším cyklu (29,20).

1.11.7 Úloha porodní asistentky v péči o ženu s ovariálním hyperstimulačním syndromem

Při ambulantní léčbě

U mírného stupně ovariálního hyperstimulačního syndromu porodní asistentka poučí klientku o nutnosti vyloučení namáhavého cvičení nebo výkonu. Snaží se klientku uklidnit a povzbudit. Vysvětlí klientce možnosti užívání analgetik k úlevě od bolestí. Poučí klientku o symptomech zhoršování ovariálního hyperstimulačního syndromu (2).

U středního a těžkého stupně porodní asistentka asistuje lékaři při fyzikálním vyšetření klientky, u abdominální ultrazvukového vyšetření k vyloučení ascitu, odebere krev na stanovení elektrolytů a hematokritu. Edukuje klientku o nutnosti minimalizace fyzické aktivity, důležitosti pít nejméně 1000 ml tekutin denně a provádí měření příjmu a výdeje tekutin. Vysvětlí klientce, že zhoršení symptomů vede k okamžitému opětovnému fyzikálnímu, laboratornímu a ultrazvukovému vyšetření a vážné úvaze o hospitalizaci (2).

Při hospitalizaci

Při příchodu klientky na specializované pracoviště provede porodní asistentka administrativní příjem a uloží klientku na pokoj. Každý den měří u klientky příjem a výdej tekutin po 4 hodinách, denně asistuje lékaři u fyzikálního vyšetření. Klientku váží a měří jí obvod břicha. Denně provádí odběr krve na stanovení hladiny leukocytů, hematokritu, elektrolytů a na provedení jaterních testů podle potřeby. Jako prevenci trombózy obleče porodní asistentka klientce podpůrné punčochy a aplikuje Heparin 5000 j. 2x denně s.c. Dále porodní asistentka plní každodenní ordinace lékaře a snaží se o psychickou podporu klientky (2).

2. Cíle práce, hypotézy a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1 Zjistit, zda jsou ženy při umělém oplození informovány o riziku vzniku hyperstimulačního syndromu

Cíl 2 Zjistit, zda ženy při umělém oplození z pohledu porodních asistentek znají projevy hyperstimulačního syndromu

Cíl 3 Zjistit, zda jsou ženy při umělém oplození informovány o komplikacích spojených s hyperstimulačním syndromem

Cíl 4 Zjistit, zda je vznik hyperstimulačního syndromu spojený s věkovou kategorií žen 30. - 35. let

Cíl 5 Zjistit, specifika ošetrovatelské péče o ženy s hyperstimulačním syndromem

2.2 Předpokládané hypotézy

Hypotéza 1 Ženy jsou při umělém oplození informovány o vzniku hyperstimulačního syndromu.

Hypotéza 2 Z pohledu porodních asistentek ženy znají projevy hyperstimulačního syndromu.

Hypotéza 3 Ženy při umělém oplození jsou informovány o komplikacích spojených s hyperstimulačním syndromem.

Hypotéza 4 Vznik hyperstimulačního syndromu není spojen s věkovou hranicí 30. - 35.let.

Hypotéza 5 Specifikem ošetrovatelské péče u žen s hyperstimulačním syndromem je sledování dechových obtíží spojených se vznikem ascitu.

2.3 Výzkumné otázky

Otázka 1 Jsou ženy informovány o celé problematice hyperstimulačního syndromu?

Otázka 2 Jsou ženy upozorněny při umělém oplození na možné komplikace u hyperstimulačního syndromu?

Otázka 3 Co činí ženám s hyperstimulačním syndromem největší problémy při poskytování ošetrovatelské péče?

Otázka 4 Jaké nedostatky se objevují z pohledu žen v ošetrovatelské péči?

3. Metodika

Pro výzkumné šetření byl zvolen kvantitativní výzkum proveden pomocí dotazníků, kde výzkumným souborem byly porodní asistentky pracující na oddělení operační gynekologie, konzervativní gynekologie, na gynekologické ambulanci ve Fakultní nemocnici v Plzni a nemocnici České Budějovice a.s. a v centrech asistované reprodukce v Plzni a v Českých Budějovicích. Dotazníků bylo rozdáno 80 (100%) s návratností 100%. Kvalitativní výzkum byl proveden nestandardizovaným rozhovorem, kde výzkumným souborem bylo šest žen, které prodělaly ovariální hyperstimulační syndrom. Dále byla data sbírána z dokumentace. Výzkum probíhal v období od 1.1.2010 do 1.4.2010

3.1 Charakteristika výzkumného souboru

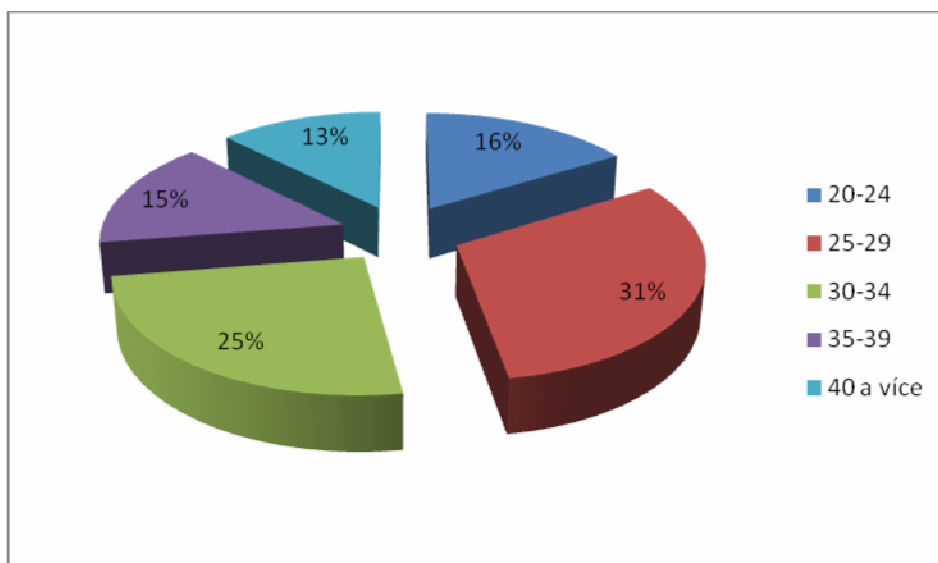
Výzkumným souborem bylo šest žen po umělém oplození, které byly hospitalizovány v Nemocnici České Budějovice a.s., Fakultní nemocnici Plzeň a docházející do center IVF v Českých Budějovicích a v Plzni. Výsledky výzkumu jsou zpracovány v souhrnné tabulce. Dalším výzkumným souborem byly porodní asistentky pracující na oddělení operační gynekologie, konzervativní gynekologie, na gynekologické ambulanci ve Fakultní nemocnici v Plzni a nemocnici České Budějovice a.s. a v centrech asistované reprodukce v Plzni a v Českých Budějovicích. Velikost výzkumného souboru tvořilo 80 porodních asistentek, z toho 27 porodních asistentek pracuje na oddělení operační gynekologie v nemocnici České Budějovice a.s. a ve Fakultní nemocnici Plzeň. 27 porodních asistentek pracuje v institutu asistované reprodukce v Plzni a v Českých Budějovicích. 26 porodních asistentek pracuje na jiném oddělení nemocnice České Budějovice a.s. a na jiném oddělení Fakultní nemocnice v Plzni. Výsledky výzkumu jsou zpracovány v grafech s procentuálním vyjádřením.

4. Výsledky výzkumu

4.1 Grafy

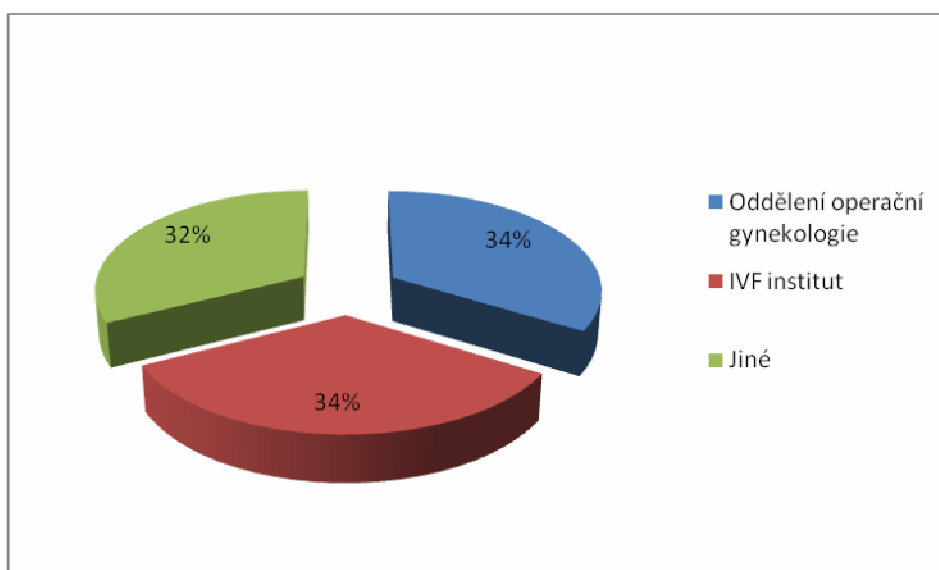
Výsledky kvantitativního výzkumu jsou shrnuty v následujících grafech.

Graf 1 Věk respondentek



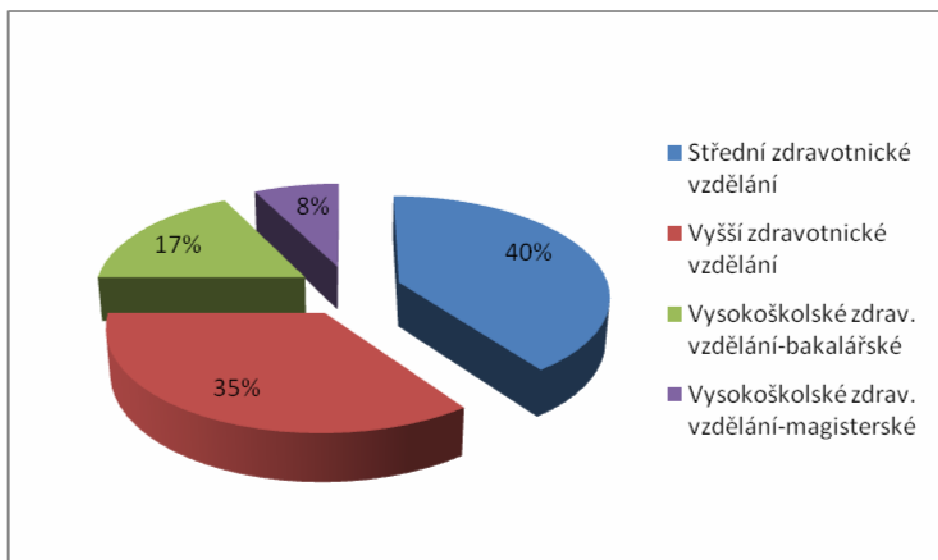
Z celkového počtu dotazovaných 100% (80) porodních asistentek jich pracuje na daném oddělení 16% (13) ve věku 20-24 let. 31% (25) porodních asistentek je ve věku 25-29 let. Ve věku 30-34 let je 25% (20) porodních asistentek. 35-39 let je 15% (12) porodních asistentkám. Nejméně 13% (10) porodních asistentek je ve věku 40 a více let.

Graf 2 Pracoviště respondentek



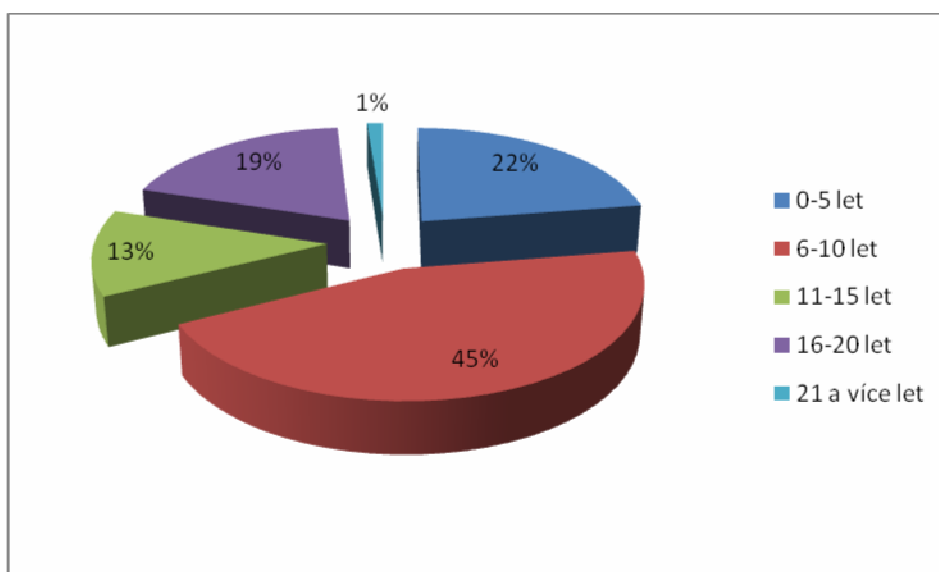
Ze všech dotazovaných 100% (80) porodních asistentek pracuje 34% (27) porodních asistentek na oddělení operační gynekologie v nemocnici České Budějovice a.s. a ve Fakultní nemocnici Plzeň. 34% (27) dotazovaných porodních asistentek pracuje v institutu asistované reprodukce v Plzni a v Českých Budějovicích. 32% (26) dotazovaných porodních asistentek pracuje na jiném oddělení nemocnice České Budějovice a.s. a na jiném oddělení Fakultní nemocnice v Plzni.

Graf 3 Vzdělání respondentek



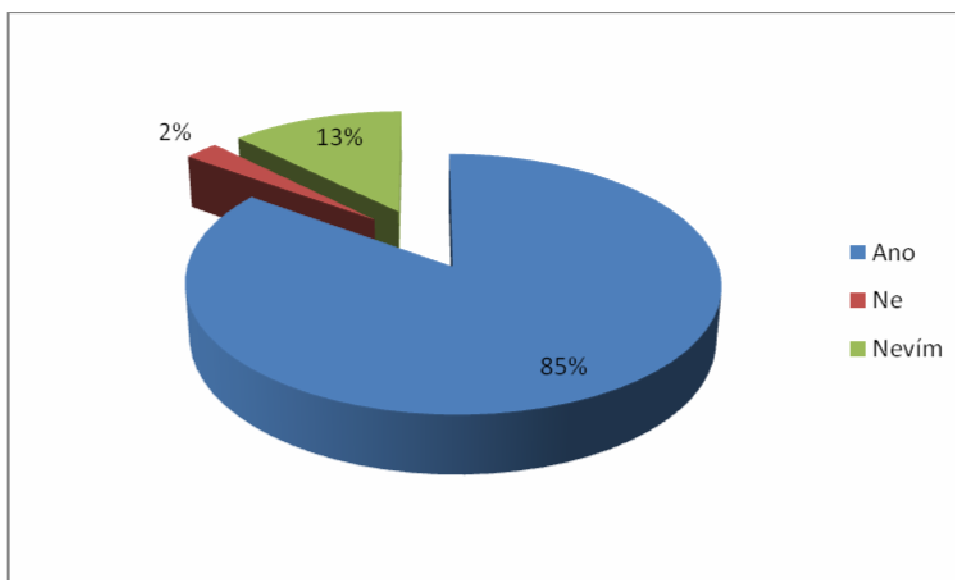
Z celkového počtu porodních asistentek 100% (80) má 40% (32) vystudovanou střední zdravotnickou školu. 35% (28) porodních asistentek má vyšší odborné vzdělání. Bakalářský titul má 17% (14) dotazovaných porodních asistentek. 8% (6) má magisterský titul.

Graf 4 Délka praxe porodních asistentek na daném pracovišti



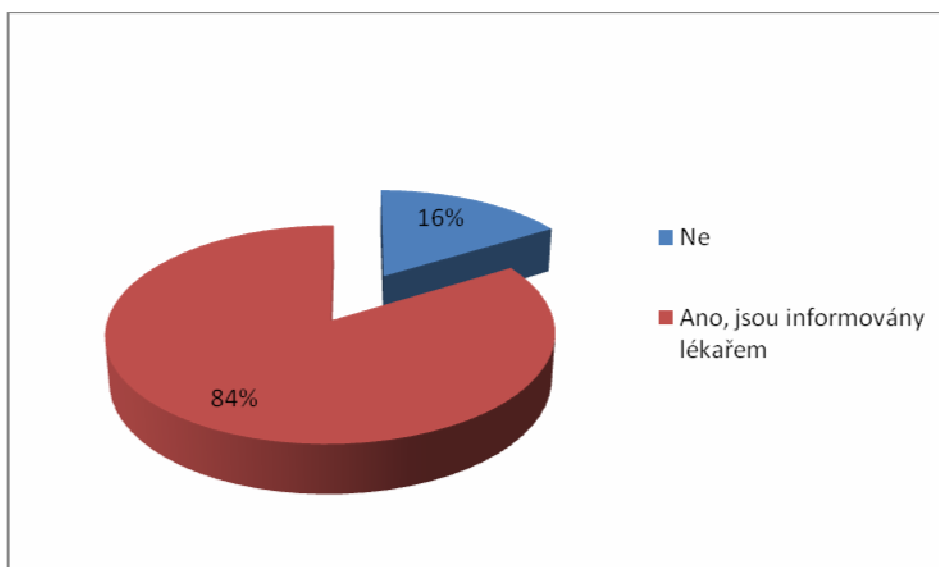
Z celé skupiny dotazovaných porodních asistentek pracuje 0-5 let na daném oddělení 22% (18) porodních asistentek. 45% (36) porodních asistentek pracuje na daném oddělení 6-10 let. 11-15 let pracuje na daném oddělení 13% (10) porodních asistentek. 16-20 let pracuje na daném oddělení 19% (15) porodních asistentek. Více jak 21 let pracuje na daném oddělení jen 1% (1) porodní asistentka.

Graf 5 Informovanost žen o riziku vzniku ovariálního hyperstimulačního syndromu při umělém oplození



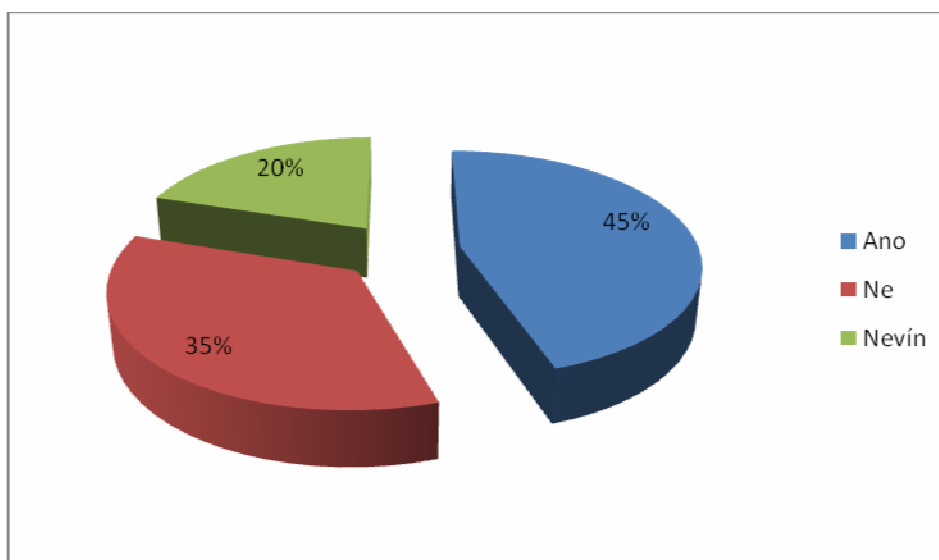
Z celkového množství dotazovaných porodních asistentek odpovědělo 85% (68), že ženy jsou při umělém oplození informovány o riziku vzniku ovariálního hyperstimulačního syndromu. 2% (2) porodních asistentek odpověděla, že ženy nejsou informovány při umělém oplození o riziku vzniku ovariálního hyperstimulačního syndromu. 13% (10) porodních asistentek odpovědělo, že neví, zda jsou ženy informovány o riziku vzniku ovariálního hyperstimulačního syndromu.

Graf 6 Informovanost žen o problematice ovariálního hyperstimulačního syndromu



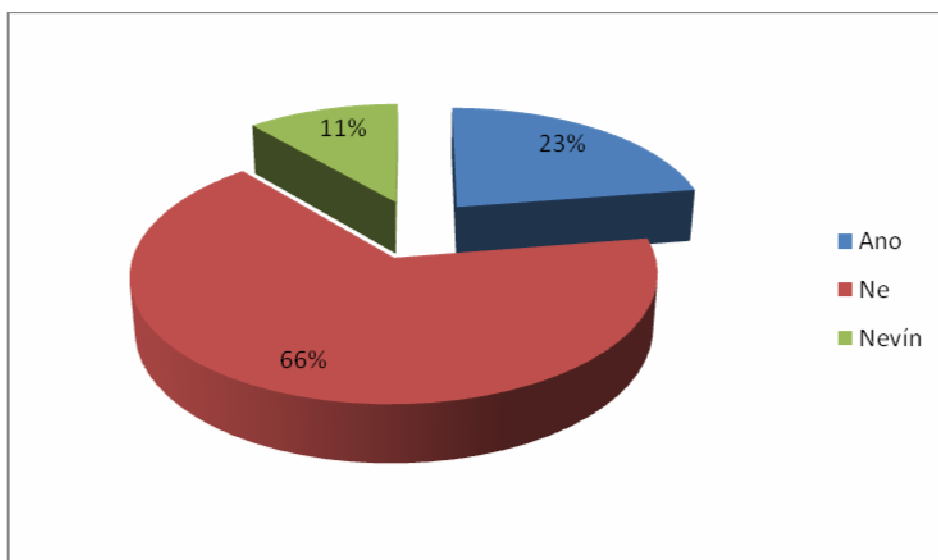
Z mnou oslovené skupiny dotazovaných porodních asistentek 84% (67) odpovědělo, že ženy mají od lékaře informace o problematice ovariálního hyperstimulačního syndromu. 16% (13) porodních asistentek odpovědělo, že ženy nemají informace o problematice ovariálního hyperstimulačního syndromu.

Graf 7 Informovanost žen o komplikacích ovariálního hyperstimulačního syndromu



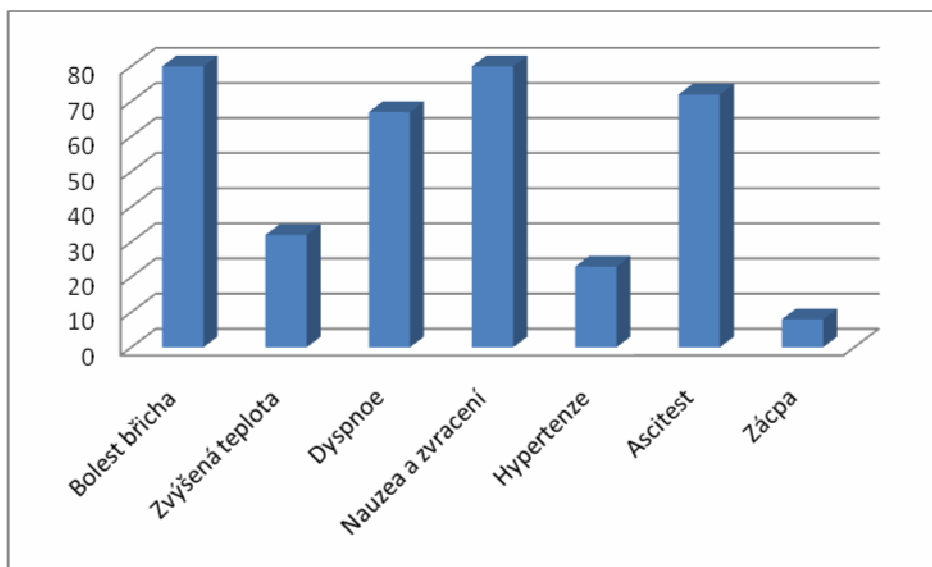
Z celkového počtu dotazovaných 100% (80) porodních asistentek jich 45% (36) odpovědělo, že ženy jsou informované o komplikacích ovariálního hyperstimulačního syndromu. 35% (28) porodních asistentek odpovědělo, že ženy nemají informace o komplikacích ovariálního hyperstimulačního syndromu. 20% (16) porodních asistentek neví, zda jsou ženy informovány o komplikacích ovariálního hyperstimulačního syndromu.

Graf 8 Souvislost vzniku ovariálního hyperstimulačního syndromu s věkem 30-35 let



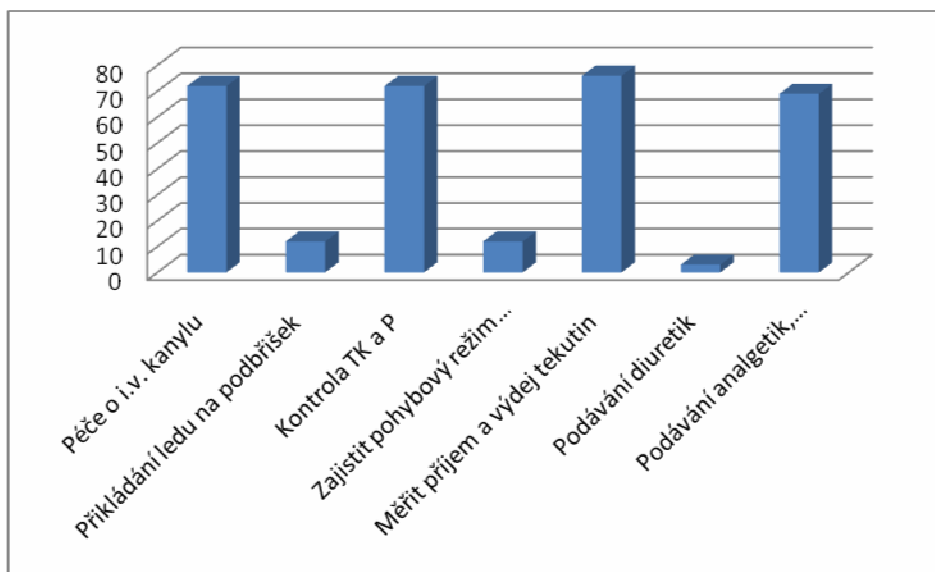
Z celkového množství dotazovaných porodních asistentek odpovědělo 66% (53), že vznik ovariálního hyperstimulačního syndromu není spojen s věkovou hranicí 30-35 let. 23% (18) porodních asistentek si myslí, že vznik ovariálního hyperstimulačního syndromu je spojen s věkovou hranicí 30-35 let. 11% (9) porodních asistentek neví, zda je vznik ovariálního hyperstimulačního syndromu spojen s věkovou hranicí 30-35 let.

Graf 9 Projevy ovariálního hyperstimulačního syndromu



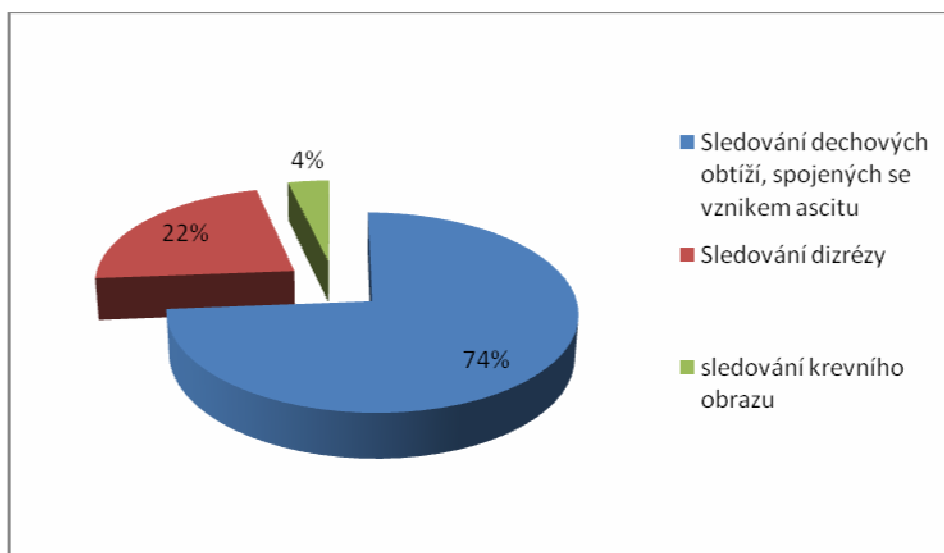
100% (80) dotazovaných porodních asistentek mělo možnost více odpovědí. Z celkového počtu 362 odpovědí odpovědělo 80 porodních asistentek, že projevem ovariálního hyperstimulačního syndromu je bolest břicha. 32 porodních asistentek odpovědělo, že projevem ovariálního hyperstimulačního syndromu je zvýšená teplota. Dyspnoi, jako projev ovariálního hyperstimulačního syndromu, označilo 67 porodních asistentek. Nausea a zvracení byly označeny 80 porodními asistentkami. 23 porodních asistentek označilo jako projev ovariálního hyperstimulačního syndromu hypertenzi. Ascitese označilo 72 porodních asistentek a 8 porodních asistentek uvedlo jako projev ovariálního hyperstimulačního syndromu zácpu.

Graf 10 Péče o ženu s ovariálním hyperstimulačním syndromem



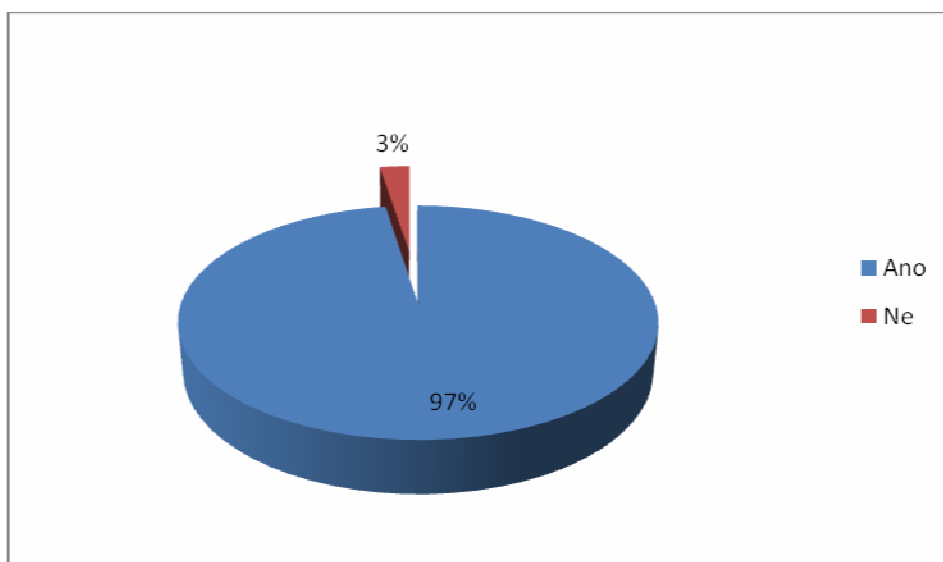
100% (80) porodních asistentek mělo možnost více odpovědí. Z celkového počtu 316 odpovědí odpovědělo 72 porodních asistentek, že u ženy musí pečovat o i.v. kanylu. 12 porodních asistentek označilo, přikládání ledu na podbříšek jako ošetrovatelský úkon u ženy s ovariálním hyperstimulačním syndromem. Kontrolu tlaku krve a pulsu označilo 72 porodních asistentek. 12 porodních asistentek označilo jako ošetrovatelský úkon zajištění pohybového režimu pacientky. 76 porodních asistentek označilo měření příjmu a výdeje tekutin jako ošetrovatelský úkon u žen s ovariálním hyperstimulačním syndromem. Podávání diuretik označily 3 porodní asistentky. Podávání analgetik a miniheparinizace jako ošetrovatelský úkon, označilo 69 porodních asistentek.

Graf 11 Nejčastější ošetrovatelské výkony u ženy s ovariálním hyperstimulačním syndromem



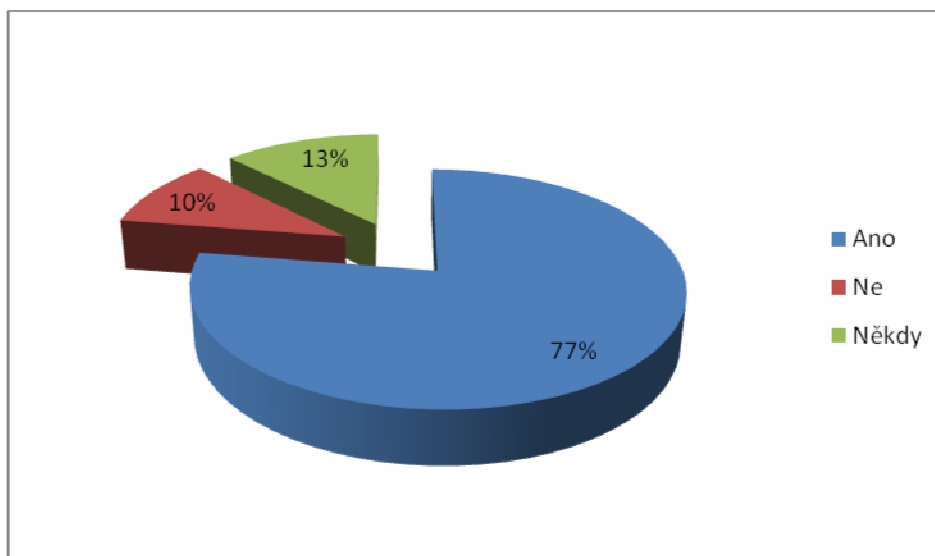
Z celé skupiny dotazovaných porodních asistentek odpovědělo 74% (59), že nejčastějším ošetrovatelským výkonem je sledování dechových obtíží spojených se vznikem ascitu. 22% (18) porodních asistentek odpovědělo, že nejčastějším ošetrovatelským výkonem je sledování diurézy. A podle 4% (3) porodních asistentek je nejčastějším ošetrovatelským výkonem sledování krevního obrazu.

Graf 12 Zachovávání intimity a soukromí při ošetřování žen s ovariálním hyperstimulačním syndromem



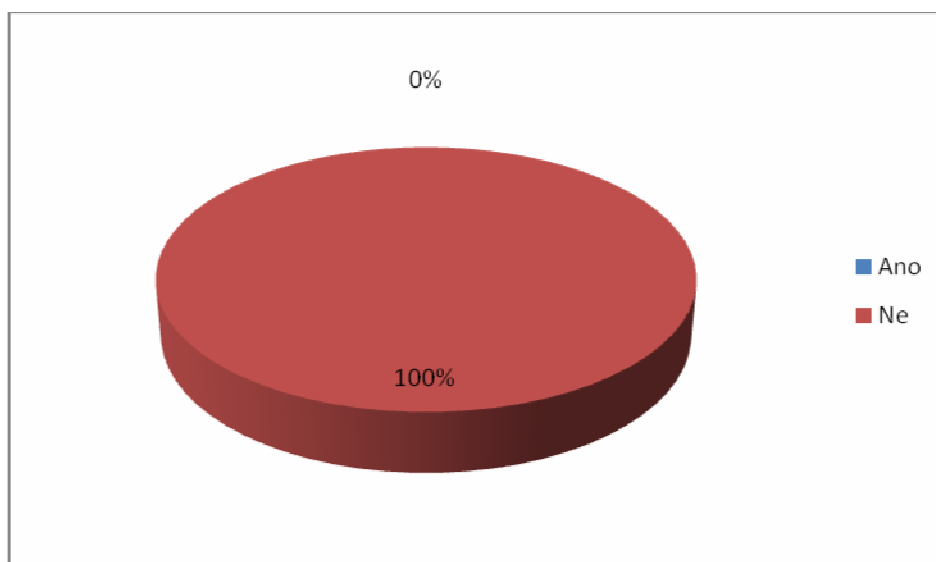
Ze všech dotazovaných porodních asistentek odpovědělo 97% (78), že na jejich pracovišti je zachovávána intimita a soukromí při ošetřování žen s ovariálním hyperstimulačním syndromem. V 3% (2) případech odpověděly porodní asistentky, že není na jejich pracovišti zachovávána intimita soukromí při ošetřování žen s ovariálním hyperstimulačním syndromem.

Graf 13 Užívání standardů při péči o ženy s hyperstimulačním syndromem



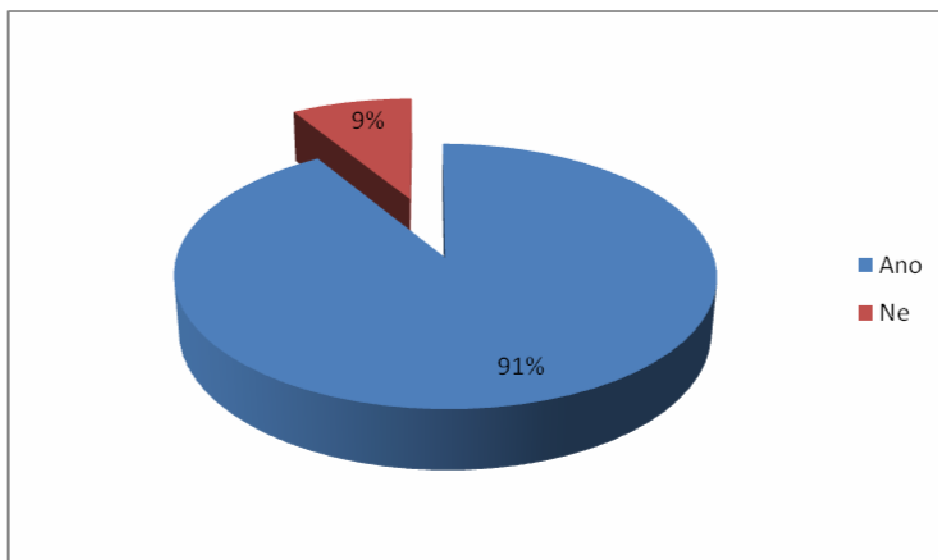
Ze skupiny dotazovaných porodních asistentek potvrdilo užívání standardů 77% (62) porodních asistentek. 10% (8) porodních asistentek tvrdí, že standardy ošetrovatelské péče na jejich oddělení neužívají. 13% (10) porodních asistentek potvrzuje užívání standardů jen někdy.

Graf 14 Výhrady ke standardům ošetrovatelské péče o ženu s ovariálním hyperstimulačním syndromem



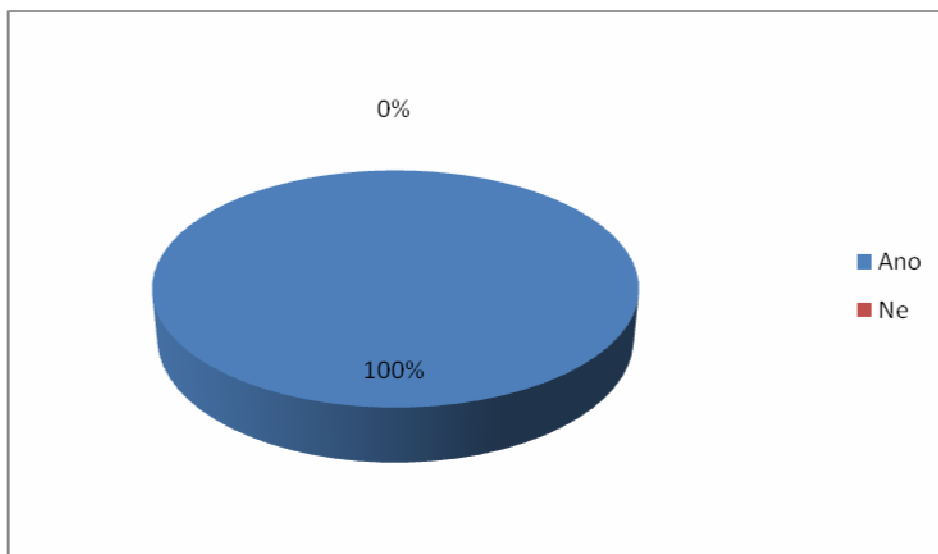
Z celé skupiny dotazovaných 100% (80) porodních asistentek nemá ani jedna výhrady k užívání standardů ošetrovatelské péče o ženu s hyperstimulačním syndromem.

Graf 15 Ošetrovatelské péče podle ošetrovatelského procesu



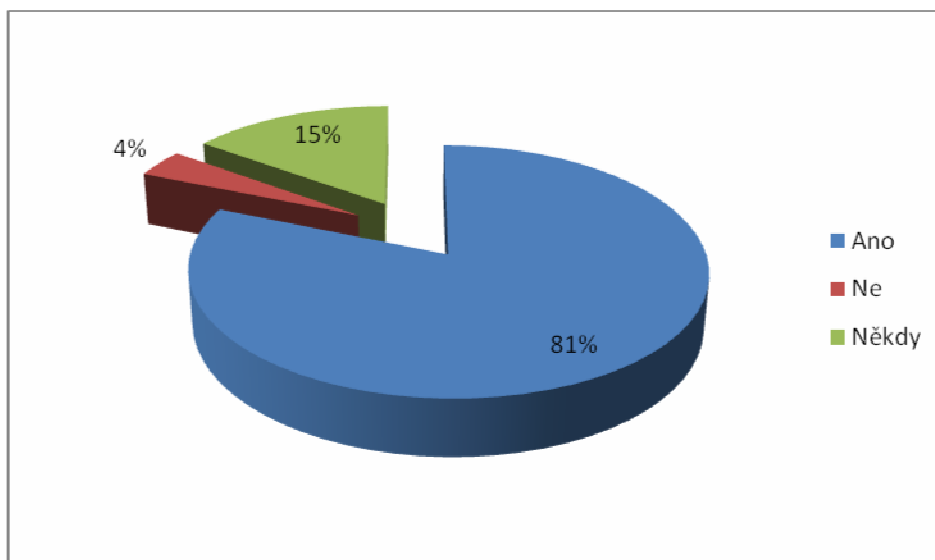
Z 100% (80) dotazovaných porodních asistentek potvrdilo 91% (73) , že na jejich pracovišti probíhá péče podle ošetrovatelského procesu. 9% (7) porodních asistentek tvrdí, že na jejich pracovišti neprobíhá ošetrovatelská péče formou ošetrovatelského procesu.

Graf 16 Užívání vlastní ošetrovatelské dokumentace



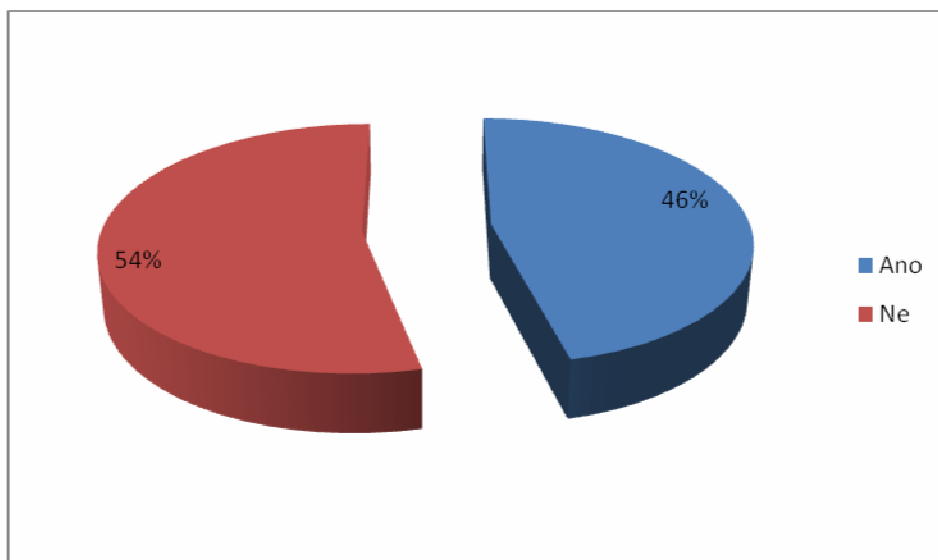
Ze všech dotazovaných porodních asistentek jich 100% (80) potvrdilo užívání vlastní dokumentace na jejich pracovišti.

Graf 17 Usnadnění péče pomocí ošetrovatelského procesu



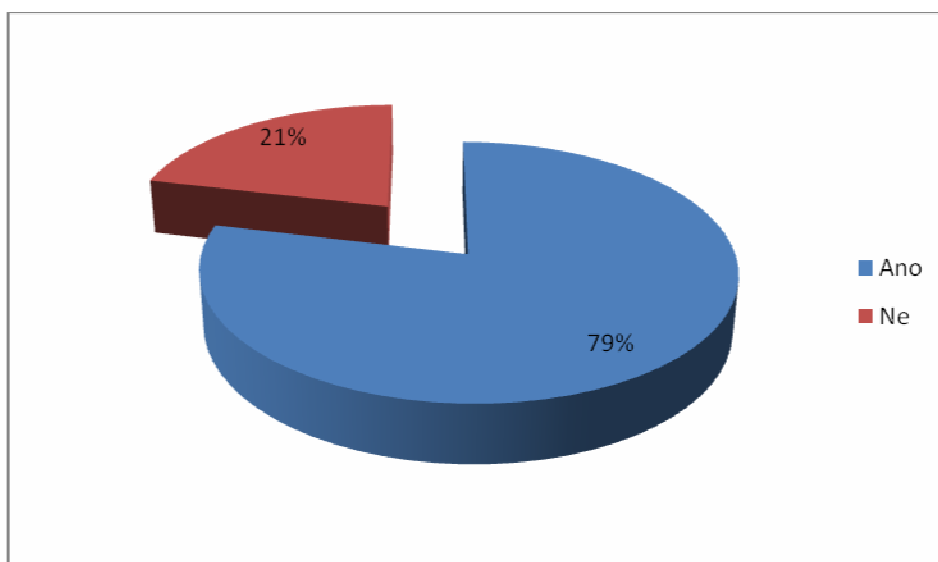
Z celkového počtu dotazovaných porodních asistentek odpovědělo 81% (65) porodních asistentek, že jim péči ošetrovatelský proces usnadňuje. 4% (3) porodních asistentek si myslí, že ošetrovatelský proces péči neusnadňuje. 15% (12) porodních asistentek tvrdí, že péči ošetrovatelský usnadňuje jen v některých případech.

Graf 18 Množství personálu na provádění ošetrovatelského procesu



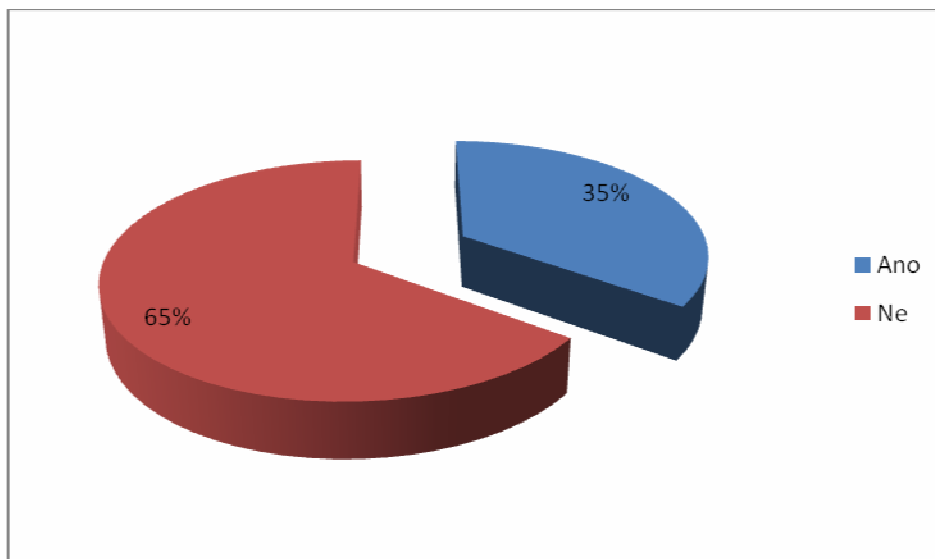
Z celkového množství dotazovaných porodních asistentek 46% (37) odpovědělo, že na jejich oddělení je dostatečné množství personálu na provádění ošetrovatelského procesu. 54% (43) porodních asistentek odpovědělo, že není dostatečné množství personálu na jejich oddělení na provádění ošetrovatelského procesu.

Graf 19 Vedení statistiky na pracovišti o počtu žen s ovariálním hyperstimulačním syndromem



Z mnou oslovené skupiny dotazovaných porodních asistentek 79% (63) potvrzuje vedení statistiky o počtu žen s ovariálním hyperstimulačním syndromem na jejich pracovišti. 21% (17) porodních asistentek odpovědělo, že na jejich pracovišti se nevede statistika o počtu žen s ovariálním hyperstimulačním syndromem.

Graf 20 Psychická náročnost péče o ženu s ovariálním hyperstimulačním syndromem



Z počtu dotazovaných 100% (80) porodních asistentek 35% (28) udává, že pro ně péče o ženu s ovariálním hyperstimulačním syndromem byla psychicky náročná. 65% (52) porodních asistentek odpovědělo, že pro ně péče o ženu s ovariálním hyperstimulačním syndromem nebyla psychicky náročná.

4.2. Rozhovory

Výsledky kvalitativního výzkumu jsou shrnuty v závěrečné tabulce 1 za následujícími rozhovory.

4.2.1 Rozhovor 1

30-ti letá paní Jana má vyšší odborné vzdělání a pracuje jako zdravotní sestra. Žije s manželem a pětiletou dcerou v rodinném domě v malé vsi nedaleko Českých Budějovic. Po roce a půl marného snažení otěhotnět, se s manželem nechali vyšetřit. Bohužel jim byla diagnostikována porucha plodnosti. Pro metodu asistované reprodukce se rozhodli, protože chtěli vlastní miminko a adopci brali jako poslední možnost. O komplikacích, které mohou vzniknout při metodách asistované reprodukce, byla klientka informována, ale moc nad nimi nepřemýšlela. Touha po miminku byla silnější, než jakékoliv obavy. Komplikace po stimulaci se u paní projevila bolestí břicha, nevolností a na ultrazvuku byla vidět volná tekutina v dutině břišní. První příznaky se začaly objevovat již ke konci stimulace. Klientka byla informována o problematice ovariálního hyperstimulačního syndromu jejím ošetřujícím lékařem v centru asistované reprodukce ihned, co se u ní projeví první symptomy. Bylo jí i vysvětleno, jaké mohou v jejím případě nastat komplikace. Klientce diagnostikovali třetí stupeň ovariálního hyperstimulačního syndromu. Na oddělení operační gynekologie byla klientka hospitalizována deset dní. Vznik ovariálního hyperstimulačního syndromu byl pro ni zatěžující, ale spíše po fyzické stránce. Během hospitalizace klientka nesouhlasila s léčebnými postupy. Léky, které jí byly podávány, byly podle ní naprosto nevhodné. Jako zdravotní sestra si nastudovala o této problematice vše a o podávání a účincích léků ví z praxe. Po 4 dnech hospitalizace podepsala revers, nechala se převézt jinam, kde o ni bylo postaráno naprosto odlišně, a s lékaři se shodla o nevhodnosti léčebných postupů v předchozí nemocnici. Při poskytování ošetrovatelské péče během první hospitalizace žádná ze sester nebrala ohledy na její pohodlí a potřeby. Měla velké bolesti, nemohla sedět a pořádně ani ležet, ale všem to přišlo hrozně divné a nesmyslné. I po této zkušenosti by klientka podstoupila asistovanou reprodukci znovu, ale má již dvě děti a to jí stačí.

4.2.2 Rozhovor 2

28-ti letá slečna Petra vystudovala obchodní akademii. Žije se svým partnerem ve městě v panelovém domě. Ráda sportuje, cestuje a od svých deseti let závodně tančí. Klientka nemá ještě žádné děti, jelikož doposud žila jen tancováním a myšlenkami na založení rodiny se nezabývala. Nyní si našla přítele, s kterým se již rok pokouší počít potomka. Vzhledem k tomu, že neúspěšně, vyhledali pomoc lékaře. Po absolvování vyšetření, jim bylo řečeno, že jediná šance, jak mít dítě, je podstoupit metodu asistované reprodukce. Klientka byla informována o komplikacích, které mohou vzniknout v souvislosti s asistovanou reprodukcí. Komplikace se projevila po několika dnech po stimulaci křečemi v břiše. Když křeče neustávaly, vyhledala lékařskou pomoc. Informace o problematice ovariálního hyperstimulačního syndromu poskytl klientce lékař v gynekologické ambulanci. Byl jí diagnostikován první stupeň ovariálního hyperstimulačního syndromu. Hospitalizace u této klientky nebyla nutná. Léčba probíhala jen ambulantně. Vznik ovariálního hyperstimulačního syndromu byl pro klientku psychicky náročný, jelikož si moc přála miminko a pořád myslela na to, že se jí nepodaří dítě donosit. Potíže se u klientky objevily o víkendu. Musela proto na gynekologickou ambulanci, kde přístup lékaře nebyl tak osobní jako v centru, kde má svého ošetřujícího lékaře, který svoji klientku zná. Jediný výkon, který činil klientce problémy, byla aplikace injekcí. Zda by se mělo při ošetřovatelské péči něco více sledovat, nedokáže klientka posoudit. Pokud by klientka chtěla mít ještě jedno dítě, uvažovala by spíše o adopci

4.2.3 Rozhovor 3

Paní Anně je 35 let. Má vystudovanou střední průmyslovou školu s dvouletou nástavbou. S manželem a dcerou žije na vsi v rodinném domě. Pracuje jako vedoucí rodinné firmy. Klientce se při snaze o druhé dítěte stále nedařilo otěhotnět, a tak se s manželem nechali vyšetřit. To že nemohou počít dítě ji ani tolik v jejím věku nepřekvapilo. Na doporučení lékaře se rozhodli podstoupit umělé oplození. Informace o vzniku komplikací spojených s asistovanou reprodukcí poskytl klientce lékař hned při první návštěvě i IVF centru. Vznik komplikace se u klientky projevil nevolností,

křečemi v břiše a po několika dnech začala pozorovat zvětšování břicha. Přesný čas vzniku komplikací nedokáže klientka určit. Lékař v IVF centru informoval klientku o problematice ovariálního hyperstimulačního syndromu, ale pak si o tom povídala ještě se sestřičkou. Ptala se na věci, kterým nerozuměla. Klientce byl diagnostikován střední stupeň ovariálního hyperstimulačního syndromu. Lékař chtěl klientku odeslat k hospitalizaci, ale odmítla a zůstala v domácím léčení. Píchala si injekce proti srážení krve a snažila se odpočívat. Klientka uvádí, že tato situace byla psychicky náročná, jelikož se její stav po několika dnech zhoršil. Dostala informace o komplikacích spojených s ovariálním hyperstimulačním syndromem, ale přesto do nemocnice nenastoupila. Myslí si, že nemocniční prostředí by jejímu stavu neprospělo. Asistovanou reprodukci už určitě podstoupit nechce. Není to kvůli tomuto problému, ale již není nejmladší a dvě děti jí bohatě stačí.

4.2.4 Rozhovor 4

Paní Daniele je 28 let. Je vyučená cukrářka momentálně bez zaměstnání. S manželem jsou spolu rok a zatím žádné dítě nemají. Než dostaví dům, žijí u rodičů. Od svých 15. let měla často gynekologické problémy. Její lékař ji upozorňoval, že díky tomu by se mohlo stát, že bude mít problém s otěhotněním. Klientka si chtěla nejdříve pořídit potomka pomocí adopce, ale na žádost manžela se rozhodla podstoupit asistovanou reprodukci. O komplikacích spojených s asistovanou reprodukcí byla obeznámena, ale nemyslela si, že jí se to přihodí. Bolest břicha se objevila druhý den po odběru vajíček. O problematice ovariálního hyperstimulačního syndromu byla klientka informována jejím ošetřujícím lékařem z centra asistované reprodukce. Na začátku jí byl diagnostikován jen mírný stupeň ovariálního hyperstimulačního syndromu, ale asi týden po embryotransferu se její stav natolik zhoršil, že musela být hospitalizovaná. Po dvou dnech dokonce natolik, že byla převezena na JIP, kde ležela tři dny. Celková hospitalizace trvala osm dní. Pro klientku byla tato situace velice psychicky náročná. Měla strach, že přijde o miminko. Během hospitalizace informoval lékař klientku o možných komplikacích spojených s ovariálním hyperstimulačním syndromem. Pobyt v nemocnici byl pro klientku v takovém stresu nepříjemný, neboť nevěděla, zda vše

dobře dopadne. Nepříjemný výkon byla pro ni punkce ascitu. Zatím nepřemýšlela o dalším dítěti, takže neví, zda by podstoupila asistovanou reprodukci znovu.

4.2.5 Rozhovor 5

Paní Lucii je 32 let. Má vystudovanou vysokou školu obor ekonomika podnikání. Je již dvakrát rozvedená a nemá ještě žádné děti. Žije sama v rodinném domě. Klientka děti mít může, ale nenašla vhodného partnera, tudíž se rozhodla, že se nechá uměle oplodnit od neznámého dárce. Není už nejmladší a čekat na toho pravého partnera se jí nechce. Lékař klientku podrobně seznámil s možnými komplikacemi, které s sebou přináší asistovaná reprodukce. První den po odběru oocytů se u klientky objevily neustávající bolesti břicha, a tak se rozhodla navštívit lékaře, který ji diagnostikoval střední stupeň ovariálního hyperstimulačního syndromu. Byla přijata do nemocnice na čtyři dny, aby lékaři měli průběh jejího stavu pod dohledem. Psychicky náročné to bylo pro klientku hlavně do té doby, než lékař pacientku uklidnil a podrobně jí vysvětlil celou problematiku hyperstimulačního syndromu. Při hospitalizaci nebyl přístup sester v dané nemocnici zrovna empatický, ale když věděla, že hospitalizace nebude trvat dlouho, tak na to nemyslela. Domnívá se, že sestry by se měly naučit chovat lépe k maminkám v takovéto situaci. Klientka by asistovanou reprodukci znovu nepodstoupila.

4.2.6 Rozhovor 6

30-ti letá slečna Jiřina žije se svým přítelem v rodinném domě nedaleko Plzně. Vyučila se prodavačkou a poslední dva roky pracovala jako pečovatelka v agentuře domácí péče. Dva roky se s přítelem snažili o miminko, ale marně. Proto vyhledali lékařskou pomoc. Asistovanou reprodukci volili jako jedinou a nejlepší možnost, jak mít svého potomka. Lékařka v centru asistované reprodukce klientce vše jasně vysvětlila hned při první návštěvě a objasnila jí všechna možná rizika, která jsou s tím spojená. Jeden maximálně dva dny po stimulaci nastaly u klientky komplikace projevující se napětím břicha, které přecházelo v trvalou křeč. Ihned při příchodu k lékaři byla informována o problematice ovariálního hyperstimulačního syndromu.

Diagnostikován jí byl mírný až střední stupeň, ale obešlo se to bez hospitalizace. Jediná věc, která klientce vadila, bylo každodenní dojíždění na kontroly. O dalším dítěti zatím nepřemýšlela, ale pokud to nepůjde přirozenou cestou, určitě zvolí znovu metodu asistované reprodukce.

4.3 Výsledky rozhovorů respondentek

Tabulka 1 Souhrn výsledků rozhovoru respondentek

	Rozhovor 1	Rozhovor 2	Rozhovor 3	Rozhovor 4	Rozhovor 5	Rozhovor 6
Počet dětí respondentek	1 (dcera)	žádné	1 (dcera)	žádné	žádné	Žádné
Zjištění neplodnosti	Rok a půl	1 rok	Při snaze o druhé dítě	Gynekologické problémy od 15. let	Dítě mít může, ale chce být svobodná matka	2 roky
Rozhodnutí pro asistovanou reprodukci	Vlastní dítě	Doporučení lékaře	Doporučení lékaře	Na žádost manžela	Dítě chce pomocí asistované reprodukce	Vlastní dítě
Informace o komplikacích asistované reprodukce	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
Projev komplikace	Bolest břicha, nevolnost, volná tekutina v dutině břišní viditelná na USG	Křeče v břiše	Nevolnost, křeče, nafouklé břicho, volná tekutina v dutině břišní viditelná na USG	Bolest břicha, ascitest	Bolest břicha, volná tekutina v dutině břišní viditelná na USG	Napětí v břiše přecházející v křeče
Délka projevu potíží po stimulaci	Ke konci stimulace	Dva dny po odběru oocytů	Neví	Druhý den po odběru oocytů	První den po odběru oocytů	Jeden až dva dny po stimulaci
Informace o problematice OHSS*	Ano	Ano, ale jen zběžně	Ano	Ano	Ano	Ano
Kdo podal informace o problematice OHSS	Lékař v IVF centru	Lékař v ambulanci	Lékař v IVF centru a sestra	Lékař v IVF centru	Lékař v nemocnici	Lékař

	Rozhovor 1	Rozhovor 2	Rozhovor 3	Rozhovor 4	Rozhovor 5	Rozhovor 6
Stupeň OHSS	Těžký stupeň	Mírný stupeň	Střední stupeň	Mírný a těžký stupeň	Střední stupeň	Mírný až střední stupeň
Hospitalizace	Ano, oddělení operační gynekologie	Ne, jen ambulantní léčba	Ne	Ano, oddělení operační gynekologie	Ano, oddělení konzervativní gynekologie	Ne, jen ambulantní léčba
Délka hospitalizace	10 dní	Nebyla hospitalizována	Nebyla hospitalizována	8 dní	4 dny	Nebyla hospitalizována
Psychická náročnost	Ne	Ano občas	Ano	Ano	Ano	Ano
Informovanost o komplikacích OHSS	Ano	Ne	Ano	Ano	Ano, ale jen okrajově	Ano
Projev komplikace OHSS	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne
Problém při poskytování oše. péče	Ano, špatný léčebný postup, nevhodné léky	Ano, nevhodný přístup lékaře na ambulanci	Ne	Ne	Ano, špatný přístup sester	Více personálu pro lepší přístup k pacientům
Nepříjemné výkony	Ne	Aplikace injekcí	Ne	Punkce ascitu	Ne	Každodenní kontrola
Co více sledovat při oše. péči	Více empatie od sester	Lepší přístup lékařů	Nevím	Nevím	Lepší přístup nemocničního personálu	Neví
Znovu AR**	Ano	Nevím	Ne	Nevím	Ne	Ano

* OHSS-ovariální hyperstimulační syndrom

**AR-asistovaná reprodukce

Z šesti dotazovaných žen měly v době vzniku ovariálního hyperstimulačního syndromu dvě respondentky (R1, R3) jedno dítě. Zbylé respondentky (R2, R4, R5, R6) neměly v té době žádné.

Na otázku neplodnosti odpověděla jedna respondentka (R1), že o dítě se s manželem snažili rok a půl. Poté jim byla diagnostikována neplodnost. Respondentka (R2) uvedla, že o dítě se pokoušeli rok. Třetí respondentce (R3) se nepodařilo otěhotnět při snaze o druhé dítě. Čtvrtá respondentka (R4) měla od 15 let gynekologické potíže, které způsobily neplodnost. Pátá respondentka (R5) mít děti může, ale nemá přítele, tak počala dítě pomocí asistované reprodukce. Šestá respondentka (R6) se snažila otěhotnět dva roky.

Pro asistovanou reprodukci se dvě respondentky (R1, R6) rozhodly pro to, že chtěly mít vlastní dítě. Dvěma respondentkám (R2, R3) byla asistované reprodukce doporučena lékařem. Čtvrtá respondentka (R4) dávala přednost adopci, ale na přání manžela podstoupila asistovanou reprodukci. Pátá respondentka (R5) chce dítě od anonymního dárce a pomocí metody asistované reprodukce.

Všechny respondentky (R1, R2, R3, R4, R5, R6) byly informovány o možném vzniku komplikací vzniklých při metodách asistované reprodukce.

Ovariální hyperstimulační syndrom se u tří (R1, R4, R5) projevil bolestí břicha. Křeče se objevily u tří respondentek (R2, R3, R5). U dvou respondentek (R1, R3) byla mezi příznaky nevolnost. Volná tekutina v dutině břišní viditelná na ultrazvuku, byla prokázána u tří respondentek (R1, R3, R4). U jedné (R4) se objevil ascit. Na nafouklé břicho si stěžovala jedna respondentka (R3).

Komplikace se u jedné respondentky (R1) objevily ke konci stimulace. U dvou respondentek (R2, R4) se objevily komplikace druhý den po odběru oocytů. Třetí (R3) respondentka si nevzpomíná a dvě respondentky (R5, R6) uvádějí, že komplikace se projeví první den po stimulaci.

Informace o problematice ovariálního hyperstimulačního syndromu dostaly všechny respondentky (R1, R2, R3, R4, R5, R6).

Čtyři respondentky (R1, R3, R4, R6) informoval o problematice ovariálního hyperstimulačního syndromu lékař v centru asistované reprodukce, k tomu ještě jednu respondentku (R3) porodní asistentka. Jednu respondentku (R2) informoval lékař na ambulanci. Pátou respondentku (R5) informoval lékař v nemocnici při příjmu.

Na otázku závažnosti ovariálního hyperstimulačního syndromu odpověděly tři respondentky (R1, R3, R5), že prodělaly střední stupeň ovariálního hyperstimulačního syndromu. Tři respondentky (R2, R4, R6) prodělaly mírný stupeň ovariálního hyperstimulačního syndromu, z toho jedné respondentce (R4) přešel do těžkého a druhé (R6) do středního stupně.

Dvě respondentky (R1, R4) byly hospitalizované na oddělení operační gynekologie, z toho jedna (R4) později na JIP. Na oddělení konzervativní gynekologie byla hospitalizována jedna respondentka (R5). Tři respondentky (R2, R3, R6) se léčily ambulantně.

První respondentka (R1) byla hospitalizována deset dní. Čtvrtá respondentka (R4) byla hospitalizována osm dní. Pátá respondentka (R5) byla hospitalizována čtyři dny.

Průběh a léčba ovariálního hyperstimulačního syndromu nebyl psychicky náročný pro jednu respondentku (R1). Pro ostatní respondentky (R2, R3, R4, R5, R6) byla léčba a průběh onemocnění psychicky náročná.

O komplikacích ovariálního hyperstimulačního syndromu byly informovány čtyři respondentky (R1, R3, R4, R6). Jedna respondentka (R2) ne a druhá respondentka (R5) jen okrajově.

U žádné z respondentek (R1, R2, R3, R4, R5, R6) se neprojevil komplikace ovariálního hyperstimulačního syndromu.

Jako problém ošetrovatelské péče udaly čtyři respondentky (R1, R2, R5, R6) nevhodné chování nemocničního personálu. U dvou respondentek (R3, R4) nenastal problém při poskytování ošetrovatelské péče.

Tři respondentky (R1, R3, R5) uvedly, že žádný z výkonů, který jim byl prováděn, jim nečinil žádný problém. Jedné respondentce (R4) byla nepříjemná punkce

ascitu. Druhé respondentce (R2) vadila aplikace injekcí. Šesté respondentce (R6) nevyhovovalo každodenní dojíždění na kontroly.

Na otázku, zda by se mělo při ošetrovatelské péči něco více sledovat, uvedly tři respondentky (R1, R2, R5), že jediné co by se mělo více sledovat, je přístup nemocničního personálu k pacientkám s těmito problémy. Tři respondentky (R3, R4, R6) uvedly, že to nemohou posoudit, jelikož nejsou zdravotníci.

Asistovanou reprodukci by znovu podstoupily dvě respondentky (R1, R6). Dvě respondentky (R3, R5) by již asistovanou reprodukci nepodstoupily a dvě respondentky (R4, R4) o tom zatím ještě nepřemýšlely, takže neví.

5. Diskuze

V dnešní době je asistovaná reprodukce stále více vyzdvihována v souvislosti s léčbou neplodnosti. Je také provázena mnoha komplikacemi, mezi které patří i ovariální hyperstimulační syndrom. Cílem mé práce, bylo zjistit, zda jsou ženy dostatečně informovány o jeho problematice a komplikacích. Dále jsem zjišťovala, zda jsou nějaká specifika ošetrovatelské péče a jestli se objevují nedostatky při poskytování této péče.

Bylo provedeno výzkumné šetření formou kvalitativního sběru dat pomocí rozhovoru se šesti ženami, které prodělaly ovariální hyperstimulační syndrom a kvantitativní sběr dat, který byl proveden formou dotazníku, rozdaném porodním asistentkám pracujícím na odděleních, kde se starají o ženy s ovariálním hyperstimulačním syndromem v nemocnici České Budějovice a.s., ve Fakultní nemocnici Plzeň, v centru asistované reprodukce v Plzni a Českých Budějovicích.

Dotazník pro porodní asistentky obsahoval 20 otázek, kdy první čtyři otázky měly identifikační charakter. Otázky byly zaměřeny na věk, pracoviště, nejvyšší dosažené vzdělání a na délku praxe dotazovaných porodních asistentek na daném oddělení.

Na otázku 5, zda jsou ženy při umělém oplození informovány o riziku vzniku ovariálního hyperstimulačního syndromu, odpověděla nadpoloviční většina dotazovaných porodních asistentek, že ženy jsou při umělém oplození informovány o riziku vzniku ovariálního hyperstimulačního syndromu. Dle mého úsudku je to tak správně. Ženy by měly mít veškeré dostupné informace o všech možných rizicích metod umělého oplození.

Z otázky 6 vyplynulo, že při umělém oplození jsou informace o problematice ovariálního hyperstimulačního syndromu ženám podávány. Ve většině případů tyto informace podává lékař, což bylo předpokládáno.

Graf 7 poukazuje na to, zda ženy vědí o možných komplikacích spojených s ovariálním hyperstimulačním syndromem. 45% porodních asistentek odpovědělo, že ženy jsou informovány o komplikacích ovariálního hyperstimulačního syndromu. 35% porodních asistentek odpovědělo, že ženy nemají informace o komplikacích ovariálního

hyperstimulačního syndromu. 20% porodních asistentek neví, zda jsou ženy poučeny o komplikacích ovariálního hyperstimulačního syndromu. Dle mého názoru by měly být všechny ženy informovány o vzniku možných komplikací a rizik souvisejících s umělým oplozením.

V grafu 8 je znázorněna souvislost vzniku ovariálního hyperstimulačního syndromu s věkem 30-35 let. Většina (66%) porodních asistentek uvedla, že není spojitost mezi věkem a vznikem ovariálního hyperstimulačního syndromu. V časopise Praktická gynekologie číslo 4/2004 (13) je uváděn výzkum lékařů z Gynekologicko – porodnické kliniky LF MU Brno ve spolupráci s Fakultou elektrotechniky a informatiky VŠB Ostrava. Z jejich výzkumu vyplývá, že častější výskyt ovariálního hyperstimulačního syndromu je u klientek s věkem do 30 let (příloha 3).

Na otázku 9, jaké jsou klinické projevy ovariálního hyperstimulačního syndromu, odpověděla většina porodních asistentek, že ovariální hyperstimulační syndrom se projevuje bolestí břicha, nauzeou, zvracením, ascitem a dispnoí, což uvádí i literatura. Porodní asistentky, které se tak často nesetkávají na svém oddělení se ženami s ovariálním hyperstimulačním syndromem, uvedly, že projevy jsou teplota a zácpa. Všechny tyto projevy jsou uváděny v knize Základy gynekologické endokrinologie (4).

Graf č. 10 poukazuje na péči o ženy s ovariálním hyperstimulačním syndromem. Porodní asistentky měly možnost více odpovědí. Z celkového počtu 316 odpovědí odpovědělo 72 porodních asistentek, že u ženy musí pečovat o i.v. kanylu. 12 porodních asistentek označilo, přikládání ledu na podbříšek, jako ošetrovatelský úkon u ženy s ovariálním hyperstimulačním syndromem. Kontrolu tlaku krve a pulsu označilo 72 porodních asistentek. 12 porodních asistentek označilo jako ošetrovatelský úkon zajištění pohybového režimu pacientky. 76 porodních asistentek označilo měření příjmu a výdeje tekutin jako ošetrovatelský úkon u žen s ovariálním hyperstimulačním syndromem. Podávání diuretik označily 3 porodní asistentky. Podávání analgetik a miniheparinizace jako ošetrovatelský úkon označilo 69 porodních asistentek. U této otázky mě nejvíce překvapilo, když tři porodní asistentky uvedly, že podávají při péči o ženu s ovariálním hyperstimulačním syndromem diuretika i přes to, že v literatuře je

uváděno, že podávání diuretik je přísně kontraindikováno. Tuto skutečnost je uváděna v časopise *Moderní gynekologie a porodnictví* č. 4/2002.(29)

U otázky 11 uvedlo 74% porodních asistentek jako nejčastější ošetrovatelský výkon u žen s ovariálním hyperstimulačním syndromem sledování dechových obtíží spojených se vznikem ascitu. Tato skutečnost byla zaznamenána v časopisu *Florenc* č. 6-7.(2)

Na 12. otázku odpověděla naprostá většina porodních asistentek, že je zachovávána intimita a soukromí na jejich pracovišti při ošetrovatelské péči o ženy s ovariálním hyperstimulačním syndromem. Překvapilo mě, že dvě porodní asistentky uvedly, že na jejich pracovišti není zachovávána intimita a soukromí těchto žen.

Užívání standardů ošetrovatelské péče o ženy s ovariálním hyperstimulačním syndromem uvedla v otázce 13 nadpoloviční většina porodních asistentek. Dle mého názoru by mělo být užíváno standardů ošetrovatelské péče na všech oddělení.

Graf 14 poukazuje na výhrady k užívání standardů ošetrovatelské péče o ženy s ovariálním hyperstimulačním syndromem. Zajímavé je, že všechny porodní asistentky uvedly, že nemají výhrady k užívání standardů ošetrovatelské péče. Nemyslím si, že byly tyto odpovědi pravdivé, jelikož tato otázka byla vypisovací a porodní asistentky se patrně nechtěly touto otázkou déle zabývat. Na jednom oddělení mi také bylo řečeno, že by si nedovolily napsat jakékoliv výhrady, neboť ty by se mohly donést k vedení oddělení, které by z toho vyvodilo patřičné důsledky.

U otázky 15 potvrdilo užívání ošetrovatelského procesu 91% porodních asistentek, což není překvapující, jelikož se ošetrovatelský proces používá na většině zdravotnických pracovišť.

Na otázku 16 uvedly všechny porodní asistentky, že na jejich oddělení užívají vlastní ošetrovatelskou dokumentaci, což odpovídá dnešnímu ošetrovatelskému standardu.

Na 17. otázku odpovědělo 81% porodních asistentek, že jim péči ošetrovatelský proces usnadňuje. 4% porodních asistentek si myslí, že ošetrovatelský proces péči neusnadňuje. 15% porodních asistentek tvrdí, že péči ošetrovatelský proces usnadňuje pouze v některých případech.

Na otázku 18 o množství personálu na pracovišti pro realizaci ošetrovatelského procesu, uvedlo z celkového počtu dotazovaných porodních asistentek 46%, že na jejich oddělení je dostatečné množství personálu na provádění ošetrovatelského procesu. 54% porodních asistentek odpovědělo, že není dostatečné množství personálu na jejich oddělení na provádění ošetrovatelského procesu. Z mého pohledu je na některých pracovištích nedostatek personálu pro provádění ošetrovatelského procesu.

Vedení statistiky na pracovišti o počtu žen s ovariálním hyperstimulačním syndromem v otázce 19 potvrdila většina porodních asistentek. Při psaní této práce jsem se zajímala o to, zda se vedou statistiky v daných nemocnicích o ošetrování žen s ovariálním hyperstimulačním syndromem a ve všech nemocnicích mi bylo potvrzeno, že ano, ale jelikož nejsem lékař a nemám patřičné oprávnění, nedovolili mi do statistik nahlédnout.

Na otázku 20, zda byla péče o ženy s ovariálním hyperstimulačním syndromem pro porodní asistentky psychicky náročná, odpovědělo 35% dotazovaných porodních asistentek, že ano. Domnívám se, že pokud budou porodní asistentky tuto péči vnímat jako psychicky náročnou, jsou ohroženy syndromem vyhoření.

Další částí výzkumu bylo kvalitativní šetření, kterého se účastnilo šest respondentek. Výsledky rozhovorů byly zpracovány v tabulce 1.

Ze šesti respondentek jen dvě již měly jedno dítě v době vzniku ovariálního hyperstimulačního syndromu.

Na otázku neplodnosti odpověděly tři (R1, R2, R6) respondentky, že neplodnost jim byla diagnostikována v rozmezí jednoho až dvou let snahy o početí potomka. V tomto případě si myslím, že záleží na obvodním gynekologovi, kdy se začne u klientky zabývat otázkou neplodnosti. Jedna (R3) žena uvádí, že jí se nepodařilo otěhotnět při snaze o druhé dítě. Paní je 35 let. Podle knihy Rizikové a patologické těhotenství (11) je tento věk již rizikový pro vznik těhotenství, a tak lze předpokládat vznik komplikací při snaze otěhotnět. Další respondentka (R4) uvedla, že měla do 15 let časté gynekologické obtíže, které ji v pozdějším věku nedovolily počít dítě, a tak musela podstoupit asistovanou reprodukci. Kniha Gynekologie (3) uvádí, že časté

záněty mohou způsobit neplodnost. Poslední respondentka (R5) podstoupila asistovanou reprodukci proto, že chtěla mít dítě a nenašla vhodného partnera. Nevím, zda je toto v České Republice možné a na to, kde paní zákrok podstoupila, jsem se nezeptala.

Proč se respondentky rozhodly podstoupit asistovanou reprodukci, odpověděli tři (R1, R5, R6), že chtějí mít vlastní dítě. Dvě respondentky (R2,R3) uvedly, že se tak rozhodly, protože jim to doporučil lékař jako nejvhodnější řešení a jedna respondentka (R4) vážně uvažovala o adopci, ale manžel si přál mít vlastní dítě a proto podstoupila asistovanou reprodukci. Dle mého názoru je na každém páru, jakou metodu si zvolí, aby mohli počít vlastní dítě. V dnešní době, je ale podle mě nejlepší metoda asistované reprodukce. U adopce je riziko, že se jednou potomek bude zajímat o své pravé rodiče a pro ty současné by to mohlo být psychicky náročné.

Všechny respondentky (R1, R2, R3, R4, R5, R6) byly informovány o vzniku možných komplikací v souvislosti s metodami asistované reprodukce, mezi které patří i ovariální hyperstimulační syndrom. Z mého pohledu je to tak správně. Než žena podstoupí jakýkoliv zákrok, měla by být informována o všech možných komplikacích, které by mohly vzniknout v souvislosti se zákrokem.

Ovariální hyperstimulační syndrom se u tří respondentek (R1, R4, R5) projevil bolestí břicha. Křeče se objevily u tří respondentek (R2, R3, R5). U dvou respondentek (R1, R3) byla mezi příznaky nevolnost. Volná tekutina v dutině břišní, viditelná na ultrazvuku, byla prokázána u tří respondentek (R1, R3, R4). U jedné (R4) se objevil ascitest. Na nafouklé břicho si stěžovala jedna respondentka (R3). Tento výsledek výzkumu pro mě nebyl překvapivý, jelikož všechny příznaky uváděné respondentkami, jsou popisovány v literatuře. Na otázku, kdy se objevily komplikace, odpověděla jedna respondentka (R1), že ke vzniku komplikací došlo ke konci stimulace. Dvě respondentky (R2, R4) udávají vznik komplikací druhý den po odběru oocytů. Třetí (R3) respondentka si nevzpomíná a další dvě respondentky (R5, R6) uvádějí, že komplikace se projeví první den po stimulaci. Dle mého názoru je vznik komplikací u každé ženy individuální a nelze určit, jak která žena bude na stimulaci reagovat.

Informace o problematice ovariálního hyperstimulačního syndromu byly podány všem respondentkám (R1, R2, R3, R4, R5, R6). Informovat ženy o problematice jejich onemocnění, je podle mě důležité. Takže odpovědi na tuto otázku nebyly překvapující.

Čtyřem respondentkám (R1, R3, R4, R5) byly výše uvedené informace podány lékařem v IVF centru, k tomu jedné (R3) podala dodatečné informace ještě sestra. Respondentce 2 (R2) byly podány informace lékařem na ambulanci a respondentce 5 (R5) podal informace lékař v nemocnici při hospitalizaci. U těchto výsledků záleží na tom, na kterého lékaře se respondentky obrátily se vzniklými obtížemi.

Na otázku závažnosti ovariálního hyperstimulačního syndromu odpověděly tři respondentky (R1, R3, R5), že prodělaly střední stupeň ovariálního hyperstimulačního syndromu. Tři respondentky (R2, R4, R6) prodělaly mírný stupeň ovariálního hyperstimulačního syndromu, z toho jedné respondentce (R4) přešel do těžkého a druhé (R6) do středního stupně. Tyto výsledky nejsou překvapující, jelikož zmíněné stupně závažnosti jsou popisovány v knize Asistovaná reprodukce (26).

Dvě respondentky (R1, R4) byly hospitalizované na oddělení operační gynekologie, z toho jedna (R4) později na JIP. Na oddělení konzervativní gynekologie, byla hospitalizována jedna respondentka (R5). Tři respondentky (R2, R3, R6) se léčily ambulantně. Pokud je žena hospitalizována, tak dle mého názoru je na zvyklosti nemocnice, na které oddělení ženu přijmou.

Délku hospitalizace uvádí jedna respondentka (R1) deset dní, další respondentka (R4) osm dní a v posledním případě uvádí respondentka (R5) délku hospitalizace čtyři dny. Usuzuji, že v tomto případě je to hodně individuální. Záleží na závažnosti ovariálního hyperstimulačního syndromu a na tom, jak která žena reaguje na léčbu.

Psychicky náročné bylo toto onemocnění pro pět respondentek (R2, R3, R4, R5, R6), což není překvapující.

O komplikacích, které mohou vzniknout v souvislosti se vznikem ovariálního hyperstimulačního syndromu, bylo informováno pět respondentek (R1, R3, R4, R5, R6) z toho jedna (R5) jen okrajově, což si nemyslím, že je správné, jelikož by měla každá klientka mít dostatečné informace o svém onemocnění. To samé si myslím

u respondentky 5 (R5), která udává, že nebyla informována o vzniku možných komplikací.

Ani u jedné z respondentek (R1, R2, R3, R4, R5, R6) se neprojevyly komplikace.

Na otázku zda se vyskytly nějaké problémy při poskytování ošetrovatelské péče, odpověděly tři respondentky (R1, R2, R5, R6), že jim nevyhovoval přístup nemocničního personálu. Toto nemohu posoudit, jelikož jsem neviděla to, jak sestry či lékaři ke klientkám přistupují a ženy v této situaci mohou být více citlivé, a tak se jim může zdát přístup personálu nevhodný. Zbylé dvě respondentky (R3, R4) neuvedly vznik problémů.

Jako nepříjemné výkony byla udána aplikace injekcí (R2), punkce ascitu (R4) a každodenní dojíždění na kontroly (R6). U této otázky jsem byla mile překvapena, že tak málo respondentek udalo nějaké nepříjemné výkony. Myslela jsem si, že léčba ovariálního hyperstimulačního syndromu pro ně bude více nepříjemná.

Při dotazu na to, zda by se mělo při ošetrovatelské péči něco více sledovat, uvedly tři respondentky (R1, R2, R5), že jediné co by se mělo více sledovat, je přístup nemocničního personálu k pacientkám s těmito problémy. Tři respondentky (R3, R4, R6) uvedly, že to nemohou posoudit, jelikož nejsou zdravotníci. Dle mého názoru byly ženy ovlivněny psychickou zátěží, která byla vyvolána jejich onemocněním, ale jak jsem již uvedla, nemohu to posoudit, jelikož jsem nebyla svědkem přístupu nemocničního personálu k dotazovaným ženám.

Na otázku zda by ženy podstoupily znovu asistovanou reprodukci, odpověděly dvě respondentky (R1, R6) ano, dvě respondentky (R3, R5) ne a zbylé dvě respondentky (R2, R4) neví. Záleží na každé ženě, jak se po této zkušenosti rozhodne, a také na tom, zda chtějí mít ještě nějaké děti.

6. Závěr

Téma mé práce bylo zaměřeno na ošetrovatelskou péči o ženy s ovariálním hyperstimulačním syndromem. Bylo stanoveno pět cílů: Zjistit, zda jsou ženy při umělém oplození informovány o riziku vzniku hyperstimulačního syndromu a zda jsou informovány o komplikacích spojených s hyperstimulačním syndromem. Dále jsem zjišťovala, zda ženy z pohledu porodních asistentek znají projevy hyperstimulačního syndromu. Čtvrtým cílem bylo zjistit, zda je vznik hyperstimulačního syndromu spojený s věkovou kategorií žen 30. - 35. let a posledním cílem bylo zjistit, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o ženy s hyperstimulačním syndromem.

Cíle, hypotézy a výzkumné otázky byly zjišťovány pomocí kvalitativního výzkumu prováděného nestandardizovaným rozhovorem a kvantitativním výzkumem pomocí anonymních dotazníků.

Tři cíle byly společné pro kvalitativní i kvantitativní výzkum. Prvním společným cílem bylo zjistit, zda jsou ženy informovány při umělém oplození o riziku vzniku hyperstimulačního syndromu. Hypotéza 1, že ženy jsou při umělém oplození informovány o riziku vzniku hyperstimulačního syndromu, byla potvrzena dotazovanými porodními asistentkami. Potvrzena byla i výzkumná otázka 1 dotazovanými ženami: Jsou ženy informovány o celé problematice hyperstimulačního syndromu? Na tuto skutečnost poukazuje graf 5 a výsledná tabulka 1. Druhým společným cílem bylo zjistit, zda jsou ženy při umělém oplození informovány o komplikacích spojených s hyperstimulačním syndromem. Byla potvrzena hypotéza 3 dotázanými porodními asistentkami, že ženy jsou při umělém oplození informovány o komplikacích spojených s hyperstimulačním syndromem a byla potvrzena i výzkumná otázka 2 v kvalitativním výzkumu: Jsou ženy upozorněny při umělém oplození na možné komplikace u hyperstimulačního syndromu? Výsledky tohoto cíle jsou znázorněny v grafu 7 a výsledné tabulce 1. Posledním společným cílem a to třetím bylo zjistit specifika ošetrovatelské péče o ženu s hyperstimulačním syndromem. Hypotéza 5, že specifikem v ošetrovatelské péči o ženu s hyperstimulačním syndromem, je sledování dechových obtíží spojených se vznikem ascitu, byla potvrzena dotazovanými porodními asistentkami. Tato skutečnost je zaznamenána v grafu 11. K tomuto cíli byly

stanoveny ještě dvě výzkumné otázky v kvalitativním výzkumu Otázka 3: Co činí ženám s hyperstimulačním syndromem největší problémy při poskytování ošetrovatelské péče? Dále otázka 4: Jaké nedostatky se objevují z pohledu žen v ošetrovatelské péči? Jako největší problém při poskytování ošetrovatelské péče byl označen nevhodný přístup nemocničního personálu. Jako nedostatky ošetrovatelské péče bylo označeno to samé, tj. nevhodný přístup nemocničního personálu.

U kvantitativního výzkumu byly stanoveny další dva cíle. Prvním cílem bylo zjistit, zda ženy při umělém oplození z pohledu porodních asistentek znají projevy hyperstimulačního syndromu. Byla potvrzena hypotéza 2, že ženy z pohledu porodních asistentek znají projevy hyperstimulačního syndromu, na což poukazuje graf 6.

Druhým cílem bylo zjistit, zda je vznik ovariálního hyperstimulačního syndromu spojen s věkovou kategorií žen 30 – 35 let. Hypotéza 4, že vznik hyperstimulačního syndromu není spojen s věkovou kategorií žen 30 - 35 let byla potvrzena. Tato skutečnost je zaznamenána v grafu 8 a v příloze 3.

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že ženy podstupující umělé oplození vědí o možných komplikacích, které mohou vzniknout. Dále vyplynulo, že porodní asistentky znají problematiku ovariálního hyperstimulačního syndromu a vědí jak pečovat o ženy s ovariálním hyperstimulačním syndromem. V posledním případě byl vyzdvihován nevhodný přístup nemocničního personálu.

Z výzkumných otázek vyplynuly následující hypotézy:

Hypotéza 1: Ženy jsou informovány o celé problematice hyperstimulačního syndromu.

Hypotéza 2: Ženy jsou upozorněny při umělém oplození na možné komplikace u hyperstimulačního syndromu.

Hypotéza 3: Ženám s hyperstimulačním syndromem při poskytování ošetrovatelské péče činí největší problémy nevhodný přístup nemocničního personálu.

Hypotéza 4 : V ošetrovatelské péči je pro ženy největším nedostatkem nevhodný přístup nemocničního personálu.

Do budoucna by se informovanost neplodných párů i porodních asistentek měla ještě více zlepšit, jelikož bude stále více přibývat párů, kterým jako jediná možnost početí vlastního potomka bude nabízena asistovaná reprodukce a tím se

bude i zvyšovat frekvence vzniku komplikací a rizik s tím spojených. Ošetrovatelská péče o ženy s hyperstimulačním syndromem se měla rozhodně zlepšit, jelikož pro neplodné páry je vznik této komplikace psychicky náročný.

Moje práce by mohla být použita jako informační materiál pro ženy podstupující umělé oplození, pro porodní asistentky pracující s těmito ženami a pro studenty, kteří by se chtěli touto problematikou zabývat. Výsledky výzkumu mohou posloužit ke zlepšení péče jak u žen podstupující umělé oplození, tak u žen s ovariálním hyperstimulačním syndromem,

7. Seznam použitých zdrojů

1. BÁRTLOVÁ, S. et al. *Výzkum v ošetrovatelství*. 2.přepřac. a dopl. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských oborů, 2008. 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2.
2. BILINOVÁ, J. *Ovariální hyperstimulační syndrom*. In Florenc, Praha: Galén, 2006. roč. 2. č. 7-8. s. 47. ISSN 1801-464X.
3. CITTERBART, K. et al. *Gynekologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. 278 s. ISBN 80-7262-094-0.
4. CIBULA, D. et al. *Základy gynekologické endokrinologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 344 s. ISBN 80-247-0236-3.
5. DOHERTY, M. *Léčba neplodnosti podrobný rádce neplodným párům*. 1. vyd. Brno: Computer press, 2006. 121 s. ISBN 80-251-0771-X.
6. *Doporučené postupy v asistované reprodukci*. [online] 06/2008 [cit. 2010-03-07] dostupnéz: <http://www.eshre.com/01/MyDocuments/Good_clinical_treatment_ESHRE_position_paper_CZECH.pdf>
7. DOSTÁL, J. *Etické a právní aspekty asistované reprodukce: Situace ve státech přijatých do Evropské unie v roce 2004*. 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2007. 170 s. ISBN 978-80-244-1700-4.
8. ELIÁŠOVÁ, A. *Porodná asistencia I: Fyziológia*. Martin: Osveta, 2008. 103 s. ISBN 978-80-8063-261-8.
9. FARKAŠOVÁ, D. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. čes. vyd. Martin: Osveta, 2006. 87 s. ISBN 80-8063-229-4.
10. GOVANNI, P. et. al. *Changes in vascular endothelial growth factor levels and the risk of ovarian hyperstimulation syndrome in women enrolled in an in vitro fertilization program*. In *Fertility and Sterility*. U.S.A.: American Society for Reproductive Medicine 2001, vol. 70. no. 3. pages 560-564. 0015-0282.

11. HÁJEK, Z. et al. *Rizikové a patologické těhotenství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 443 s. ISBN 80-247-0418-8.
12. HUDEČEK, R. *Ovariální hyperstimulační syndrom v programu asistované reprodukce - analýza rizikových faktorů pomocí systému pro dolování znalostí z databází*. [online] 07/2006 [cit.2010-04-08] dostupné z: <http://is.muni.cz/th/77349/lf_d/disertace_text.pdf>
13. HUDEČEK, R. et al. *Rizikové faktory ovariálního hyperstimulačního syndromu v programu asistované reprodukce*. In *Praktická gynekologie*. Brno: Medica Publishing Consulting s.r.o, 2004. č. 4. s. 6-12. ISSN 1211-6645.
14. KOČÍ, K. *Vyšetření muže*. [online] 2009 [cti. 2010-03-12] dostupné z: <<http://www.neplodnost.org/vysetreni-muze.html>>
15. KOČÍ, K. *Vyšetření muže*. [online] 2009 [cti. 2010-03-12] dostupné z: <<http://www.neplodnost.org/vysetreni-zeny.html>>
16. KONEČNÁ, H. *Na cestě za dítětem: dvě malá křídla*. 2.vyd. Praha: Galén, 2009. 296 s. ISBN 978-80-7262-591-8.
17. KONEČNÁ, H. *Reprodukční zdraví 2006*. 1.vyd. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2006. 35 s. ISBN 80-7040-855-3.
18. KORYNTOVÁ, D. *Sterilita pro porodní asistentky*. In *Moderní babičství 1*. Praha: Levret, 2003. č. 1. s 6-13. ISBN 80-903183-5-5.
19. KUDELA, M. et al. *Základy gynekologie a porodnictví pro posluchače lékařské fakulty*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2008. 273 s. ISBN 978-80-244-1975-6.
20. MAREK, D. *Ovariální hyperstimulační syndrom- Soubor interních komplikací u gynekologických pacientek podstupující IVF*. [online] 08/2003 [cit. 2010-04-01] dostupné z:<<http://www.solen.cz/pdfs/int/2003/08/03.pdf>>
21. MRÁZEK, M. *Léčba neplodnosti – In vitro fertilizace*. [online] [cit. 2010-03-10] dostupné z: <<http://www.anamneza.cz/moduly/clanek.php3?id=664&sekce=23>>

22. *Stanovení spermogramu.*[online] 15.10.2008 [cti. 2010-03-12] dostupné z :
<<http://www.lekari-online.cz/lecba-neplodnosti/zakroky/spermogram>>
23. REPKOVÁ, A. et al. *Gynekologické ošetrovatel'stvo*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. 138 s. ISBN 80-8063-236-7.
24. *Rizika a komplikace léčby*. FN Plzeň a institut reprodukční medicíny [online] 2007 [cti. 2010-03-07] dostupné z: <<http://www.fertilizace.cz/rizika.html>>
25. ŘEZÁČOVÁ, J. *Asistovaná reprodukce v léčbě neplodnosti*. In *Moderní babictví* 8. Praha: Levret, 2005. č. 12. s 18-23. ISSN 1214-5572.
26. ŘEŽÁBEK, K. *Asistovaná reprodukce: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf, 2008. 112 s. ISBN 978-80-7345-154-7.
27. ŘEŽÁBEK, K. *Léčba neplodnosti*. 3.aktualiz. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004.120 s. ISBN 80-247-1010-2
28. ŘEŽÁBEK, K. et al. *Hladiny PAPP-A ve folikulární tekutině a krvi pacientek stimulovaných k IVF s hrozícím ovariálním hyperstimulačním syndromem*. Česká gynekologie. Česká lékařská společnost J.E. Purkyně, 2009. roč. 74. č. 2. s. 80-84. ISSN 1210-7832.
29. ŘEŽÁBEK, K. *Komplikace léčby sterility*. In *Moderní gynekologie a porodnictví*. Praha: Levret, 2002. roč. 11. č. 4. s. 580-504. ISSN 1211-1058.
30. SOBEK, A. ml. et al. *Věk žen podstupujících léčbu neplodnosti roste*. In *Česká gynekologie*. Česká lékařská společnost J.E. Purkyně, 2008. roč. 73. č. 4. ISSN 1210-7832.
31. SCOCCIA, B. *Seznámení pacientek s riziky asistované reprodukce*. [online] 27.3.2007 [cti. 2010-03-09] <<http://www.tribune.cz/clanek/10328>>
32. TEXL, P. *Rizika IVF*. [online] [cti. 2010-03-01] dostupné z:
<<http://www.sanatoriumhelios.cz/index.php?lang=cs&menu=15&page=12407>>
33. VETRUBA, P. *Jaká jsou rizika asistované reprodukce?*[online] [cti. 2010-03-01] dostupné z :<<http://www.ivfbrno.cz/info.asp?ivf=23>>

8. Klíčová slova

Asistovaná reprodukce

Komplikace asistované reprodukce

Nepłodnost

Ošetřovatelská péče

Ovariální hyperstimulační syndrom

9. Přílohy

Příloha 1 - Dotazník pro porodní asistentky

Příloha 2 - Otázky z rozhovoru s respondentkami

Příloha 3 - Tabulka: Věk pacientky a riziko vzniku OHSS

Příloha 1 Dotazník

1. Kolik je Vám let?

- a) 20-24
- b) 25-29
- c) 30-34
- d) 35-39
- e) 40 a více

2. Jaké je Vaše pracoviště?

- a) Oddělení operační gynekologie
- b) IVF institut
- c) Jiné

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Střední zdravotnické vzdělání
- b) Vyšší zdravotnické vzdělání
- c) Vysokoškolské zdravotnické vzdělání-bakalářské
- d) Vysokoškolské zdravotnické vzdělání-magisterské

4. Jak dlouho na tomto oddělení pracujete?

- a) 0-5 let
- b) 6-10 let
- c) 11-15 let
- d) 16-20 let
- e) 21 a více let

5. Myslíte si, že jsou ženy při umělém oplození informovány o riziku vzniku hyperstimulačního syndromu?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

6. Jsou ženy informovány o problematice hyperstimulačního syndromu?

- a) Ano, jsou informovány lékařem
- b) Ne

7. Vědí ženy o možných komplikacích spojených s hyperstimulačním syndromem?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

8. Myslíte si, že vznik hyperstimulačního syndromu je spojen s věkovou hranicí 30-35. let?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

9. Jaké jsou klinické projevy hyperstimulačního syndromu?(více odpovědí)

- a) Bolest břicha
- b) Zvýšená tělesná teplota
- c) Dyspnoe
- d) Nausea a zvracení
- e) Hypertenze
- f) Ascitesta
- g) Zácpa

10. Jak pečujete o ženu s hyperstimulačním syndromem? (více odpovědí)

- a) Péče o i.v. kanylu
- b) Přikládání ledu na podbřišek
- c) Kontrola TK a P
- d) Zajistit pohybový režim pacientky
- e) Měřit příjem a výdej tekutin
- f) Podávání diuretik
- g) Podávání analgetik,miniheparinizace

11. Jaká jsou nejčastější ošetrovatelské výkony u žen s hyperstimulačním syndromem?

- a) Sledování dechových obtíží spojených se vznikem ascitu
- b) Sledování diurézy
- c) Sledování krevního obrazu

12. Je zachovávána intimita a soukromí při ošetřování žen s hyperstimulačním syndromem na vašem pracovišti?

- a) Ano
- b) Ne

13. Užíváte standardy ošetrovatelské péče o ženy s hyperstimulačním syndromem?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Někdy

14. a) Pokud používáte standardy ošetrovatelské péče., máte k nim výhrady?

- a) Ano
- b) Ne

b) Pokud ano, jaké? Doplňte:.....

15. Probíhá péče o ženy na Vašem pracovišti formou ošetrovatelského procesu?

- a) Ano
- b) Ne

16. Používáte vlastní ošetrovatelskou dokumentaci?

- a) Ano
- b) Ne

17. Usnadňuje Vám ošetrovatelský proces péči o klientky?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Někdy

18. Je na Vašem pracovišti potřebné množství personálu na provádění ošetrovatelského procesu?

- a) Ano
- b) Ne

19. Vede se na Vašem pracovišti statistika o množství žen s hyperstimulačním syndromem?

a) Ano

b) Ne

20. Byla pro Vás péče o ženu s hyperstimulačním syndromem psychicky náročná?

a) Ano

b) Ne

Příloha 2 Rozhovor s respondentkami

Otázky pro respondentky

1. Jak jste zjistila, že nemůžete otěhotnět?
2. Proč jste se rozhodla pro metodu asistované reprodukce?
3. Byla jste informována o komplikacích, které mohou vzniknout při asistované reprodukci?
4. Jak se u Vás projevila komplikace spojená se stimulací?
5. Za jak dlouho po stimulaci se projevila tato komplikace?
6. Když Vám byl diagnostikován ovariální hyperstimulační syndrom, byla jste informována o jeho problematice?
7. Kdo Vás o této problematice informoval?
8. Jaký stupeň ovariálního hyperstimulačního syndromu Vám byl diagnostikován?
9. Byla jste hospitalizována?
10. Pokud ano, jak dlouho?
11. Byla tato situace pro Vás psychicky náročná?
12. Byla jste seznámena s možnými komplikacemi ovariálního hyperstimulačního syndromu?
13. Projevila se u Vás po léčbě nějaká komplikace?
14. Vyskytl se u Vás nějaký problém při poskytování ošetrovatelské péče? Jaký?
15. Byl u Vás prováděn nějaký výkon, který Vám činil problémy?
16. Myslíte si, že by se při ošetrovatelské péči mělo něco více sledovat?
17. Podstoupila byste po této zkušenosti znovu umělé oplození?

Příloha 3 Věk pacientky a riziko vzniku OHSS

Stupeň OHSS	Věk ACETN (++)	Věk ACETN (--)
mírný	N.S.	N.S.
střední	< 30 let	> 35 let
těžký	< 30 let	> 30 let
kritický	< 30 let	> 30 let

Praktická gynekologie. Brno: Medica Publishing Consulting s.r.o, 2004. č. 4. s. 6-12.
ISSN 1211-6645