

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2025

Andrea Kučerová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Kardiovaskulární onemocnění v těhotenství a za porodu

Andrea Kučerová

2025

Bakalářská práce

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2023/2024

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Andrea Kučerová**
Osobní číslo: **Z22029**
Studijní program: **B0913P360036 Porodní asistence**
Téma práce: **Kardiovaskulární onemocnění v těhotenství a za porodu**
Téma práce anglicky: **Cardiovascular disease during pregnancy and childbirth**
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence, perioperační péče a zdravotně sociální péče**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace průzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

Literatura dle doporučení vedoucího závěrečné práce.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Eliška Myšíková**
Katedra klinických oborů

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2023**
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2025**

doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA v.r.
děkan

L.S.

Mgr. Helena Poláčková v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 3. března 2025

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Kardiovaskulární onemocnění v těhotenství a za porodu jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 30. 4. 2025

Andrea Kučerová v.r.

PODĚKOVÁNÍ

Velké poděkování patří Mgr. Elišce Myšíkové za ochotu, pomoc, odborné rady a péči, jakou věnovala mé bakalářské práci. Současně děkuji Mgr. Jitce Ryšavé za ochotu a čas, jež věnovala odborné jazykové korektuře této práce. Poděkování patří také mé rodině a přátelům, jejichž podpora a motivace byla nedílnou součástí studia.

ANOTACE

Kardiovaskulární onemocnění tvoří značnou část onemocnění v dnešní populaci. Jelikož dochází k nárůstu počtu kardiovaskulárních onemocnění, je potřeba, abychom postiženým těhotným ženám nebo ženám u porodu dokázali poskytnout adekvátní péči. Práce je rozdělena na teoretickou a průzkumnou část. Teoretická část se zabývá popisem fyziologických změn hemodynamiky v těhotenství, popisem srdce, charakteristikou určitých kardiovaskulárních onemocnění a riziky a prevencí vzniku možných komplikací. Průzkumná část je zaměřena na poznatky jednotlivých žen, u kterých bylo nebo je diagnostikováno kardiovaskulární onemocnění. Pro průzkum byla zvolena metoda rozhovoru.

KLÍČOVÁ SLOVA

Onemocnění, srdce, kardiologie, speciální péče

TITLE

Cardiovascular disease during pregnancy and childbirth

ANNOTATION

Cardiovascular diseases constitute a significant part of the diseases in today's population. Since the number of cardiovascular diseases is increasing, it is necessary to be able to provide adequate care to affected pregnant women or women in labor. The work is divided into theoretical and exploratory parts. The theoretical part deals with the description of physiological changes in hemodynamics during pregnancy, description of the heart, characteristics of certain cardiovascular diseases and risks and prevention of possible complications. The exploratory part focuses on the knowledge of individual women who have been or are diagnosed with cardiovascular disease. The interview method was chosen for the survey.

KEYWORDS

Disease, heart, cardiology, special care

OBSAH

Úvod.....	10
1 Cíl práce.....	11
2 Fyziologické těhotenství	12
2.1 Změny krevního oběhu	12
3 Kardiovaskulární systém.....	13
3.1 Srdce	13
3.2 Kardiovaskulární onemocnění	13
3.2.1 Klasifikace kardiovaskulárních onemocnění	13
3.2.2 Charakteristika vybraných onemocnění.....	14
4 Průzkumná část	26
4.1 Cíle průzkumné části	26
4.2 Metodika průzkumu	26
4.3 Průzkumný vzorek	27
4.4 Zpracování dat	27
5 Prezentace výsledků.....	28
5.1 Výsledky otevřeného kódování	28
6 Diskuze	51
7 Závěr	57
8 Použitá literatura	59
9 Přílohy.....	67

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 - Axiální kódování – fenomén <i>Sdělení diagnózy</i> (Zdroj: Vlastní)	51
Obrázek 2 - Axiální kódování – fenomén <i>Chování personálu</i> (Zdroj: Vlastní)	54
Tabulka 1 - Otevřené kódování	28

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ICHS	Ischemická choroba srdeční
TK	Krevní tlak
KVO	Kardiovaskulární onemocnění
KV	Kardiovaskulární
EKG	Elektrokardiogram
i.v.	Intravenózní podání
AIM	Akutní infarkt myokardu
NAP	Nestabilní angina pectoris
TEN	Tromboembolická nemoc
RTG	Rentgen
UZ	Ultrazvuk
AFE	Amniotic Fluid Embolism
s.c.	Subkutánně
S.C.	Sectio Caesarea
HŽT	Hluboká žilní trombóza
p.o.	Perorální podání
NSS	Náhlá srdeční smrt
CMP	Cévní mozková příhoda
ASS	Akutní srdeční selhání
ChSS	Chronické srdeční selhání

ÚVOD

Těhotenství představuje pro ženu období významných fyziologických změn, které ovlivňují mnoho aspektů jejího zdraví, včetně kardiovaskulárního systému. Během tohoto období dochází k řadě adaptačních změn v kardiovaskulární dynamice, které mají za cíl zajistit optimální prokrvení nejen matky, ale i plodu. Tyto změny, mezi něž patří zvýšení objemu krve, změny v hemodynamice a hormonálních hladinách, mohou u některých žen vést k rozvoji nebo zhoršení již existujících kardiovaskulárních onemocnění. Kardiovaskulární onemocnění v těhotenství a během porodu tedy představují pro matku i pro plod významné zdravotní riziko, které může mít dlouhodobé následky (Roztočil, A. et al., 2017, s. 105-110).

Kardiovaskulární onemocnění v těhotenství nejsou častým jevem, avšak v posledních desetiletích, vzhledem ke změnám v demografické struktuře populace, jako je pozdější věk matek či vyšší prevalence chronických onemocnění, jejich výskyt roste. V roce 1990 byl například věk prvorodiček přibližně 22,4 let. V roce 2019 se věk prvorodiček vyšplhal na 28,4 let (Český statistický úřad, 2019).

Mezi nejběžnější kardiovaskulární problémy, které se mohou v těhotenství objevit, patří hypertenze, preeklampsie, kardiomyopatie nebo arytmie. Hypertenze se u těhotných žen vyskytuje přibližně v 10 %, preeklampsie mezi 4 - 6 % a eklampsie v 0,05 % (ČGPS, 2019). Výskyt kardiomyopatie je poměrně vzácný, ale přesto se jedná o život ohrožující onemocnění, jehož incidence se pohybuje od 1 : 1 300 do 1 : 15 000 těhotenství (Karafiátová, L. et al., 2017). Podíl kardiovaskulárních onemocnění v těhotenství, které zapříčiní úmrtí matky, činí až 15 %. Tyto stavy mohou výrazně komplikovat průběh těhotenství, zvýšit riziko předčasného porodu, oslabit zdraví matky a dokonce ohrozit život plodu (Bulava, 2017, s. 15).

Tato bakalářská práce se zaměří na problematiku kardiovaskulárních onemocnění, která mohou vzniknout nebo se zhoršit během těhotenství a porodu, a to jak z pohledu fyziologických změn, tak i z pohledu diagnózy, prevence a léčby. Cílem práce je poskytnout komplexní přehled o této problematice a zdůraznit význam včasné diagnostiky a adekvátní péče, která může významně přispět k úspěšnému průběhu těhotenství a porodu a minimalizovat rizika pro matku i dítě.

1 CÍL PRÁCE

Teoretické cíle

Popsat fyziologické změny kardiovaskulárního systému v těhotenství.

Popsat vliv vybraných kardiovaskulárních onemocnění na průběh fyziologického těhotenství a porod.

Průzkumné cíle

Popsat postup diagnostiky kardiovaskulárních onemocnění a jejich rizika.

Zjistit psychické rozpoložení žen s diagnostikovaným kardiovaskulárním onemocněním.

Zmapovat možnosti péče ve specializovaných centrech.

2 FYZIOLOGICKÉ TĚHOTENSTVÍ

Určení, zdali se jedná či nejedná o fyziologické těhotenství, se v průběhu let měnilo. Dříve se těhotenství rozdělovalo do tří kategorií. První z nich bylo fyziologické těhotenství, tedy těhotenství bez zatížené rodinné anamnézy rizikovými faktory a s normálními výsledky klinických a laboratorních vyšetření. Druhá kategorie nesla označení rizikové těhotenství, kdy se v rodinné anamnéze vyskytovaly rizikové faktory, ale výsledky klinických a laboratorních vyšetření vyšly v normohodnotách. Poslední kategorií se vyznačovalo patologické těhotenství, které mohlo i nemuselo být zatíženo rizikovými faktory v anamnéze rodičky, ale výsledky klinických a laboratorních testů vyšly jako patologické. Nově se těhotenství rozděluje do dvou kategorií a to na tzv. low risk pregnancy a risk pregnancy (Gregora, Velemínský, 2017, s. 42).

2.1 Změny krevního oběhu

Během gravidity se v ženském organismu zvyšuje celkový objem krve, plazmy a erytrocytů. Změny se udávají proto, aby docházelo ke správnému krevnímu zásobení placenty a zvětšené dělohy. V důsledku zvětšeného objemu plazmy bývají nižší hladiny hemoglobinu. Zároveň je pozorována zvýšená krevní srážlivost, proto je těhotenství bráno jako prokoagulační stav. Tento stav vzniká primárně jako prevence proti krvácení z dělohy při a po samotném porodu. Zvětšení objemu krve i plazmy si ženské tělo vytváří preventivně z důvodu možné krevní ztráty při porodu (Procházka, M. et al., 2020, s. 193).

Celkový minutový výdej srdce stoupá přibližně o 40 %, srdeční tep matky o 10 až 15 %. Srdce matky také mění své umístění, a to v důsledku změny polohy bránice, která svou polohu mění v důsledku rostoucí dělohy. Celkový stav ženy a změny krevního oběhu také závisí na poloze ženy ve spánku nebo například při odpočinku. Pokud těhotná žena leží na zádech nebo na pravém boku, zvětšená děloha utlačuje dolní dutou žílu a snižuje tak návrat žilní krve a následně i srdeční výdej (Procházka, M. et al., 2020, s. 193).

3 KARDIOVASKULÁRNÍ SYSTÉM

Kardiovaskulární systém je část oběhového systému, díky kterému v lidském těle cirkuluje krev. Pod jiným názvem srdečně-cévní systém se skládá ze srdce a krevních cév. Kromě toho obsahuje také lymfatický neboli mízní systém, jenž má za úkol odvádět z lidského těla odpadní látky a toxiny. Hlavní úkol kardiovaskulárního systému spočívá v transportu kyslíku, oxidu uhličitého, živin a hormonů do různých částí a orgánů lidského těla (NZIP, 2024).

3.1 Srdce

Srdce je dutý orgán tvořený primárně svalem nazývaným myokard, který svou aktivitou zajišťuje pohyb krve v cévách a je též odpovědný za srdeční tlukot. Nachází se uložené za hrudní kostí mezi plícemi a kolem sebe má ochranný vazivový vak nazývaný osrdečník, též perikard. Povrch srdce dále chrání vazivový osrdečník zvaný epikard na vnějším povrchu a na vnitřním povrchu srdce ještě čtvrtá srdeční vrstva s názvem endokard. Mezi zmíněnými blanami tvořenými vazivem se nachází štěrbina, kterou vyplňuje malé množství tzv. perikardální tekutiny, jejímž hlavním cílem je snižovat tření a usnadnit srdeční pohyby, tedy jeho kontraktilitu a relaxaci. Hmotnost srdce se pohybuje mezi 250 - 300 gramy, přičemž vyšší hmotnost má srdce fyzicky aktivních jedinců, například sportovců. Za jednu minutu je srdce schopné stáhnout se až 90krát a během čtyřiaadvaceti hodin je tak schopné přečerpat až 7 000 litrů krve (Bulava, 2017, s. 30).

3.2 Kardiovaskulární onemocnění

Za kardiovaskulární onemocnění je bráno takové onemocnění, které ovlivňuje srdce a krevní cévy (Roztočil, A. et al., 2017, s. 265).

3.2.1 Klasifikace kardiovaskulárních onemocnění

Aby se mohlo dané kardiovaskulární onemocnění léčit, je velmi důležité ho nejdříve správně diagnostikovat. Diagnostika daného onemocnění slouží i k posouzení závažnosti onemocnění a stavu nemocného. Využívají se různá klasifikační schémata, která jsou užívána pro posouzení závažnosti onemocnění, nikoliv však pro posouzení nebo určení jeho prognózy. Nejčastěji se klasifikační schémata zaobírají dušností pacienta, některé klasifikace doplňují rentgenové snímky (Špinarová, M. et al., 2015).

NYHA klasifikace

New York Heart Association (příloha A) je nejvyužívanější klasifikace pro posouzení dušnosti u srdečního selhání. Zaměřuje se především na subjektivní potíže nemocného, jeho dušnost a palpitaci, hodnotí míru funkčního postižení a schopnost postiženého jedince snést fyzickou zátěž. Rozdělena je do čtyř řádů (Špinarová, M. et al., 2015; American Heart Association, 2023; New York Heart Association, 2016).

Forresterova klasifikace

Forresterova klasifikace se zabývá klinickými projevy na pacientovi a hodnotí jeho hemodynamické parametry. Také využívá rentgenové snímky k posouzení plicního měštnání. Tato klasifikace je upřednostňována k užití pro nově vzniklá akutní srdeční selhání (Špinarová, M. et al., 2015).

Killipova klasifikace

Klasifikace je založena primárně na klinických projevech a doplněna rentgenovým snímkem plicního měštnání. Klasifikace je rozdělena do čtyř stupňů, stejně tak klinické příznaky u pacientů (Špinarová, M. et al., 2015).

3.2.2 Charakteristika vybraných onemocnění

Následující kapitola se bude věnovat vybraným kardiovaskulárním onemocněním (dále jen „KVO“), jejich projevy, důsledky a možné prevenci. Nejedná se o všechna KVO, ale pouze o nejčastější typy onemocnění, se kterými je možné se v porodnictví i v běžném životě setkat.

Arteriální hypertenze

Významnou roli v mnoha KVO hraje právě krevní tlak (dále jen „TK“). Arteriální hypertenze se vyznačuje opakovaně zvýšenými hodnotami TK, systolického nad hodnotu 140 mmHg, diastolického nad 90 mmHg. Tyto hodnoty jsou platné převážně pro dospělé jedince, pro děti jsou používána jiná kritéria a klasifikace (Wermelt, 2017).

Arteriální hypertenze tvoří rizikový faktor pro mnoho dalších onemocnění, u kterých může být i jejich spouštěčem. V dnešní populaci její výskyt prudce stoupá, a až u 90 % postižených jedinců se nedá zjistit, co stálo za jejím vznikem. V takovém případě je hovořeno o primární neboli esenciální hypertenzi. Pokud se u pacienta vyskytuje hypertenze v důsledku jiného onemocnění, tedy pokud se hypertenze vyskytne až po výskytu jiného onemocnění či se změnou

stavu, jedná se o sekundární hypertenzi. Takovými stavy je myšleno například těhotenství (Bulava, 2017, s. 85; Mrowka, 2017).

Mezi nejčastější příznaky arteriální hypertenze patří bušení srdce, neurčité tlaky na hrudi, únava, krvácení ze sliznic a bolesti hlavy. Častěji je onemocnění bezpříznakové a diagnostikováno až ve stadiu, kdy dochází k poškození jednotlivých orgánů a komplikacím. K včasné diagnóze a zahájení vhodné léčby přitom stačí nepodceňovat preventivní prohlídky u obvodních lékařů (Bulava, 2017, s. 87; Jordan, J. et al., 2018).

V důsledku arteriální hypertenze dochází k poškození mozku, srdce, cév, ledvin a sítnic. U srdečního poškození se jedná zejména o hypertrofii levé komory, která svým zvětšením reaguje na dlouhodobé vysoké tlakové přetížení. Neřešené přetížení může vyústit v únavu srdečního svalu s následnou levokomorovou srdeční slabostí. Ledviny, které jsou taktéž vystaveny dlouhodobému tlakovému přetížení, reagují degenerativní proměnou glomerulů s následnou renální insuficiencí. Mozek ohrožuje především cévní mozková příhoda (dále jen „CMP“) v důsledku možného rizika vzniku aterosklerózy či aneurysmatu, u kterého může dojít k intracerebrálnímu krvácení. Cévy obecně bývají postiženy aterosklerózou. Dle Světové zdravotnické organizace souvisí až 54 % CMP a 47 % ischemických chorob srdečních s vysokým krevním tlakem (Bulava, 2017, s. 88; Ott, Schmieder, 2021; WHO, 2021).

V těhotenství se rozděluje hypertenze dle období jejího výskytu. Tato informace je důležitá i pro řešení vhodného postupu v léčbě. Pokud klientka měla diagnostikovanou hypertenzi již před otěhotněním, jedná se o preexistující hypertenzi, jestliže se TK zvýšil až v těhotenství, je hypertenze označována jako gestační. Hypertenze se také může vyskytnout až po 20. týdnu těhotenství, kdy nese název preexistující hypertenze s narubovanou gestační hypertenzí. U tohoto stavu se ještě vyskytuje tzv. proteinurie, tedy přítomnost bílkoviny v moči, jejíž hodnoty jsou vyšší než 0,3 g za 24 hodin (Bulava, 2017, s. 90-91).

Hodnoty pro diagnostiku hypertenze se u těhotných a netěhotných téměř neliší. Velkým rizikem zůstávají ale hodnoty systolického tlaku > 160 mmHg a diastolického tlaku > 110 mmHg. V případě, kdy jsou takto vysoké hodnoty TK navíc spojené s proteinurií, je tento stav nazýván preeklampsií (Wermelt, 2017).

Za léčbu gestační hypertenze je brán porod, z nefarmakologických možností klid na lůžku a dostatečný odpočinek. Pokud by byla volena cesta pomocí farmak, je nejčastěji užíván nifedipin, labetalol a methyldopa. Optimální léčbou ovšem stále zůstává snaha o normalizaci

hodnot TK a snaha zamezit či omezit co nejvíce rizikových faktorů, tedy upravit životní styl, dostatečně odpočívat a omezit příjem soli na 5 - 6 g za den (Nemocnice Na Homolce, 2024).

Ischemické choroby srdeční

Ischemické choroby srdeční (dále jen „ICHS“) souvisí přibližně s 50 % veškerých úmrtí. Společně s arteriální hypertenzí obsazují první dvě příčky nejčastějších a nejzávažnějších kardiovaskulárních (dále jen „KV“) onemocnění (Severino, P. et al., 2020).

Ischemické choroby srdeční jsou důsledkem onemocnění tepen. Při onemocnění zvaném ateroskleróza je céva chronicky poškozena kumulací tuků. Tato kumulace následně zužuje průměr cévy vznikajícími pláty. Pláty mohou díky ukládání vápníku postupem času kalcifikovat, proto se v některých případech v souvislosti s tímto onemocněním vyskytuje pojem „kornatění tepen“. Tyto tepny utváří kolem lidského srdce útvar podobný věnci a proto nesou pojmenování věnčité. Při jejich ucpání není srdeční sval dostatečně prokrvován a zásobován živinami, což má za následek odumření neprokrvené části svalu, která je nahrazena jizvou. Čím více částí myokardu nahradí jizvy, tím hůře srdce funguje (Nemocnice Na Homolce, 2024; NZIP, 2024).

Nejčastějšími příznaky ICHS bývá bolest na hrudi. Může mít charakter řezavé, tupé či pálivé bolesti. Tento stav bolestivosti je nazýván angina pectoris (FNHK, 2024).

ICHS mají akutní a stabilní formy. Pro laickou veřejnost jsou ve většině případů známější formy akutní (Bulava, 2017, s. 95-97).

Akutní koronární syndromy

Do akutních koronárních syndromů patří nestabilní angina pectoris (dále jen „NAP“) a akutní infarkt myokardu (dále jen „AIM“). Rozdíl mezi nimi spočívá v konečné nekróze srdečního svalu. U AIM dochází k ucpání věnčité cévy, což vede k nekróze a odumření části nebo celého svalu. U NAP také dochází k uzavření cévy, krevní průtok v ní ale zůstává pro srdeční sval dostatečný a nedochází tedy k jeho nekróze (Bulava, 2017, s. 98).

AIM vzniká převážně na podkladě aterosklerózy. Aterosklerotický plát velmi často v cévě praskne, vytvoří krevní sraženinu a danou cévu ucpe. Projeví se silnou bolestivostí na hrudi, která přetrvává až několik minut a může vystřelovat do horních končetin. Postižený jedinec bývá opocení, dušný a vyděšený (Nemocnice Na Homolce, 2024).

V některých případech může AIM proběhnout zcela bezbolestně, individuálně například u diabetiků (Bulava, 2017, s. 100.).

Diagnóza se skládá z fyziologického vyšetření a natočení 12svodového elektrokardiogramu (dále jen „EKG“). Dalším neméně důležitým vyšetřením je katetrizační vyšetření, při kterém lékaři pomocí katetrů a kontrastní látky zobrazují koronární tepny a zkoumají jejich průchodnost (Nemocnice Na Homolce, 2024).

Dle lokalizace postižené tepny je znám infarkt spodní, boční, zadní nebo přední srdeční stěny. Další rozlišení dle stupně zasáhnutí srdeční stěny je netransmulární, tedy postižení svalu do určité hloubky, a transmularní, které zasahuje celý sval srdce. Z možných komplikací se může vyskytnout porucha srdečního rytmu, kardiogenní šok, ruptura srdeční stěny až smrt postiženého jedince. Primárním cílem lékařů u AIM zůstává obnovení průtoku krve v postižené tepně. U nás k tomu lékaři nejčastěji provádí tzv. koronární angioplastiku, při které se cévním systémem vsune do zuženého místa balonek, díky jehož následnému nafouknutí se postižené místo v tepně rozšíří. Aby postižené místo v tepně zůstalo rozšířené, aplikuje lékař tzv. koronární stent, jenž plní funkci výstuže (IKEM, 2024; Krajská nemocnice Liberec, 2024).

U těhotných žen se AIM vyskytuje ve velmi vzácných případech, incidence se odhaduje na 0,6 - 1 případ na 10 000 těhotenství, úmrtnost je odhadována na 5 - 37 %. Častěji bývá AIM v graviditě pozorován u starších rodiček, které dosáhly 35 let věku, věk rodiček tedy také patří mezi rizikové faktory KVO. Vyšším rizikem jsou i ženy, jež prodělaly infarkt ještě před graviditou. U takových žen bývá doporučováno plánovat graviditu minimálně rok poté, co dokončí léčbu. V 7,3 % případů, kdy došlo k postižení těhotné ženy infarktem, došlo k jejímu úmrtí. Pokud infarkt proběhl u již gravidní ženy, které se blíží termínu porodu, doporučuje se porod odsunout o 2 až 3 týdny. Oddálením porodu dostává srdce možnost alespoň částečné regenerace a snižuje se tak výskyt možných komplikací při porodu. Vedení porodu vaginálně po proběhlém AIM je možné, vždy ale záleží na stavu matky a především na stavu plodu. Doporučuje se vynechání aplikace oxytocinu, aby se předešlo křečovitému stahům v koronárním řečišti. Pro léčbu AIM v průběhu porodu se doporučuje aplikace betablokátorů, blokátorů vápníkového kanálu a intravenózní (dále jen „i.v.“) aplikace nitroglycerinu (Výtisková, T. et al., 2016).

Tromboembolická nemoc

Označení tromboembolická nemoc (dále jen „TEN“) nese název pro dvě onemocnění spadající pod jedno označení, plicní embolii a hlubokou žilní trombózu. Incidence TEN se pohybuje

okolo 100 až 200 případů na 100 000 obyvatel, u gravidních žen výskyt stoupá a setkat se s onemocněním je tak možné až 5krát častěji. S počtem výskytu postižených TEN patří onemocnění mezi tři nejčastější KV onemocnění. Na vzniku onemocnění se během gravidity podílí řada faktorů. Patří mezi ně hemodynamické změny v ženském těle, které přicházejí se samotnou graviditou, změny v krevní srážlivosti, a roli zde hrají i hormony, kdy zvýšená hladina estrogenů může způsobit vyšší krevní srážlivost a snížit tonus cév, které tak mohou napomáhat ke vzniku tzv. stáz. Často se projevují při úrazech na dolních končetinách, v 90 % se jedná o postižení levé dolní končetiny, můžeme jej ale spojit i s užíváním hormonální antikoncepce či s výskytem infekcí. Aby krevní sraženina, neboli trombus, mohla vzniknout, musí být cévní stěna poškozena, postižený jedinec mívá sklon k větší krevní srážlivosti a krevní tok musí být v cévě blokován, aby vznikla stáza oběhu (Bulava, 2017, s. 207; Procházka, M. et al., 2020, s. 257).

V graviditě se riziko vzniku navíc zvyšuje s rostoucí dělohou, která utlačuje dolní dutou žílu a pánevní žíly, čímž může způsobit blokádu vedoucí ke stáze krve (Mannová, J. et al., 2017, s. 93-100).

Léčba TEN spočívá v aplikaci či užívání látek, které krevní sraženinu rozpustí a zabrání vzniku dalších. I u těhotných zůstávají první volbou látky nadroparin a enoxaparin, které jsou obsaženy v lécích Fraxiparine a Clexane. Tyto látky se v rámci prevence a profylaxe mohou podávat ženám po celou dobu gravidity a šestinedělí (Procházka, M. et al., 2020, s. 366-367).

Hluboká žilní trombóza

Hlavní nebezpečí hluboké žilní trombózy (dále jen „HŽT“) tkví v její schopnosti postoupit až do stadia plicní embolie. Typickými projevy jsou bolest, otok a změna barvy kůže v místě trombu. Pokud se objeví i dušnost či pocitová tachykardie, jedná se o plicní embolii. V těhotenství se více sledují především prvorodičky, rodičky vyššího věku a rodičky s infekčními komplikacemi, specifickou skupinu tvoří rodičky s výskytem TEN v anamnéze, u kterých je téměř 100 % šance výskytu onemocnění i během těhotenství. HŽT se častěji vyskytuje v poporodním období a šestinedělí. Diagnostika je stanovena primárně na základě klinických projevů doplněná ultrazvukovým vyšetřením. Léčba by měla být zahájena co nejdříve, v podstatě už u prvních příznaků, které žena pocítí a zaznamená. Využívá se aplikace nízkomolekulárních heparinů a farmak k tlumení případné bolesti (Procházka, M. et al., 2020, s. 257, 366-367).

Aplikace Warfarinu per os (dále jen „p.o.“), který také funguje jako antikoagulancium, je kontraindikována během celé gravidity, protože jeho účinky mohou způsobovat vrozené vývojové vady, poruchu vývoje kostí či krvácení do mozku plodu. Matka navíc může být ohrožena vznikem kožních nektróz (IKEM, 2024; Procházka, M.et al., 2020, s. 258).

Plicní embolie

Plicní embolie patří ve většině případů ke smrtelnému onemocnění, při kterém je ucpána plicnice, tedy tepna, která přivádí do plic odkysličenou krev. Ucpána může být trombem, kostní dřeví, tukem, u potápěčů i vzduchem a u těhotných při porodu plodovou vodou s jejími částicemi. Jelikož nejčastější způsob, jakým se plicnice ucpe, je vmetení trombu, jsou jako riziková pacienti bráni lidé s trombózami žil na dolních končetinách. U těhotných se riziko TEN zvyšuje 5 - 7krát (Mannová, J. et al., 2017; IKEM, 2024).

U většiny pacientů postižených plicní embolií je typická náhlá dušnost a bolest v oblasti hrudníku, kterou mnozí mohou zaměnit s infarktem. Méně často dochází k výraznějšímu kašli či ztrátě vědomí, mezi následky ovšem velmi často patří úmrtí. Diagnostika se opírá primárně o klinické projevy, výsledky laboratorních testů, přítomné rizikové faktory, EKG a rentgenový snímek (dále jen „RTG“) oblasti hrudníku. Někdy je vhodné provést i ultrazvuk (dále jen „UZ“), díky němuž mohou být detekovány krevní sraženiny v žilách dolních končetin. V léčbě užívá postižený jedinec léčiva, jež mají za cíl předejít vzniku trombu snížením srážlivosti krve. Příkladem je heparin užívaný subkutánně (dále jen „s.c.“) nebo Warfarin užívaný p.o. (IKEM, 2024; Nemocnice Na Homolce, 2024).

V průběhu porodu může dojít k ucpání plicnice plodovou vodou, lanugem či smolkou. Incidence se pohybuje okolo 0,26 na 100 000 těhotenství. Pro embolii plodovou vodou (dále jen „AFE“) není známa žádná prevence ani možnost jejího předpovězení, proto je řazena a označována jako nejzávažnější a nejčastější způsob mateřského úmrtí v souvislosti s porodem. Při embolizaci plodovou vodou se plodová voda nebo v ní obsažené lanugo či smolka dostanou do krevního oběhu rodičky. V něm je aktivován imunitní systém rodičky a jejího organismu, jež jako svou odpověď může spustit zánětlivou reakci. Příznaky proniknutí částic plodové vody do organismu ženy se mohou objevit po 2 - 4 hodinách. V akutní fázi této porodní komplikace způsobí plodová voda a v ní obsažené částice stažení či zužení cév, které volně pokračuje v plicní hypertenzi a zhoršování funkčnosti srdce. Celý proces může skončit až akutním infarktem myokardu. Většina postižených rodiček ale umírá na vznik plicního edému doprovázeným tzv. bronchospasmem, kdy se rodička nedokáže nadechnout. Případná léčba

závisí především na včasné diagnostice a rychlém a správném postupu zdravotnického personálu. Řešením také může být využití mimotělního oběhu, kardiopulmonárního bypassu či tzv. rekuperace krve rodičky (Černý, A. et al., 2014; Greer, O. et al., 2023).

Peripartální kardiomyopatie

Kardiomyopatie je onemocnění srdce, které není následkem vrozené srdeční vady, vysokého krevního tlaku či ischemických chorob srdečních. Jedná se o poškození srdečního svalu po strukturální a poté i po funkční stránce, kvůli kterému může dojít k srdečnímu selhání či arytmiím. Typickým znakem bývají tlustší stěny srdečních komor (Nemocnice Na Homolce, 2024; Binder, 2020, s. 73).

Kardiomyopatie snižuje rezervy v kardiovaskulárním systému a spolu se změnami krevního oběhu, které s sebou přináší například těhotenství, může způsobit řadu komplikací. Doporučuje se proto úzká spolupráce genetika, kardiologa, porodníka, neonatologa a případně anesteziologa. K hemodynamickým změnám u sníženého srdečního výdeje patří například i snížený průtok krve placentou, a to může mít negativní dopady na vývoj plodu v děloze (Binder, 2020, s. 74; Karafiátová, L. et al., 2017).

Incidence peripartální kardiomyopatie je přibližně 1 případ na 4 000 porodů. Do nejrizikovější skupiny patří ženy a rodičky s jakýmkoliv kardiovaskulárním onemocněním, protože jejich srdce hůře reaguje na hematologické změny během těhotenství. Projeví se dušností, kašlem, otoky dolních končetin, zvýšenou únavou či celkovou slabostí. Příznaky jsou velmi podobné těm, které postihují i zdravé ženy bez jakéhokoliv KV onemocnění. Diagnostice může pomoci přítomnost arytmií a pocitových palpitací, které žena udává. Dbá se tedy především na klinické příznaky, užívána ale bývá i magnetická rezonance a echokardiografie. Vyloučena musí být přítomnost preeklampsie, AIM a AFE. Léčba využívá multioborové spolupráce, ve které je zohledněn stav matky a plodu. V souvislosti se stářím gravidity jsou navrhovány rozdílné léčebné postupy, u rodiček s nestabílním krevním oběhem je vždy indikován předčasný porod, na stáří gravidity a plodu nesejde (Binder, 2020, s. 77).

Pokud to stav ženy a plodu dovolí, může být porod veden vaginálně. V ostatních případech volí lékaři porod cestou císařského řezu (dále jen „S.C.“). Do budoucna se s každým dalším těhotenstvím zvyšuje riziko potratu či předčasného porodu. Také se výrazně zhorší funkce levé srdeční komory, což může mít za následek srdeční selhání a to až v 50 % případů. Vývoj srdeční komory bývá sledován až šest měsíců po porodu (Binder, 2020, s. 78; Karafiátová, L. et al., 2017).

Disekce aorty

Disekce znamená odtržení jedné ze stěn vystýlající vnitřní stěnu aorty. V tomto případě se jedná o natržení intimy silou krevního proudu, kdy se krev dostane mezi další vrstvy vystýlající tepnu. Častěji se disekce projeví u již nemocné nebo oslabené aorty, například u aorty s aneurysmaty. Onemocnění patří do život ohrožujících stavů vyžadujících okamžitý lékařský zásah. Disekce navazuje ve většině případů na předchozí onemocnění hrudní aorty zvané výduť. Onemocnění je vhodné léčit před tím, než dojde k samotné disekci, která může postihnout aortu po celé její délce a pokračovat i do jejích větví, a je mnohdy neslučitelná se životem. Projeví se velmi silnou prudkou bolestí v oblasti hrudníku, jež může vystřelovat i mezi lopatky. Pro lokalizaci bolesti bývá zaměňována za AIM. Za nejhlavnější příčinu a rizikový faktor jsou považovány vysoké hodnoty krevního tlaku, které se během léčby lékaři snaží normalizovat. V téměř všech případech je léčbou akutní neodkladná operace, kde se lékaři zaměří na místo ruptury aorty, které vyjmou a nahradí protézou, aby zamezili krvácení a minimalizovali riziko většího odtržení aorty. Většina postižených pacientů se ale do rukou lékařů nedostane (FNHK, 2024; IKEM, 2024).

Incidence disekce v těhotenství se pohybuje okolo 4 %. I tato procenta ale spojuje vysoká mortalita. Nejčastěji se disekce projeví ve třetím trimestru gravidity, kdy se často těhotenství ukončuje cestou S.C. Roli zde hraje také mezioborová spolupráce porodníka, kardiochirurga, neonatologa a anesteziologa (Meng, X. et al., 2021).

Chlopenní vady srdce

Chlopenní vada srdce znamená zhoršení funkčnosti srdce a jeho následné přetěžování. Každou ze srdečních chlopní může postihnout její zužení či naopak přílišné rozšíření, čímž se pozmění prokrvení srdce, což může mít v konečném důsledku vliv i na celý oběhový systém těla. Velmi často se tak děje z důvodu infekce nebo poranění, u postarších jedinců se může jednat o opotřebením chlopní věkem (IKEM, 2024; Kardiologie na Bulovce, 2024).

Vada či vady srdečních chlopní zůstávají po dlouhou dobu asymptomatické a projeví se až při významně oslabeném srdci po mnoha letech. Mezi nejzákladnější příznak patří poslechově srdeční šelest, dušnost, menší fyzická výkonnost či porucha srdečního rytmu, jakou je například arytmie. Nebezpečí u chlopenních vad mohou představovat krevní sraženiny. Ty vznikají v kumulující se krvi, která nemohla být kvůli poškozené chlopni správně vypuzena. Krevním proudem se sraženina může unášet a způsobit například cévní mozkovou příhodu. Diagnostika onemocnění chlopně může proběhnout i pouhým poslechem, kdy bude slyšitelný šelest,

pro jeho potvrzení je auskultace doplněna i aspekci pomocí ultrazvuku, na kterém lékař vidí pohyb chlopní v živém obrazu. Díky UZ je navíc lékař schopen změřit rychlost, jakou v srdci proudí krev a jakým směrem je krev vypuzována či zdali se vrací a dochází k tzv. regurgitaci (IKEM, 2024; Kardiologie na Bulovce, 2024).

Léčba se odvíjí od stupně srdečního postižení, tedy dle toho, jak moc je pacient ohrožen na životě. Někdy postačí změna životního stylu, jindy je zapotřebí užívat vhodná farmaka ovlivňující případné změny srdečního rytmu. Nejzávažnější postižení srdečních chlopní je řešeno chirurgicky buď plastikou nebo kompletním vyměněním chlopně za novou. V některých případech může u zúžené chlopně být volena léčba pomocí malých katetrů, tzv. valvuloplastika, nebo léčba pomocí bioprotézy, tedy chlopně například z hovězího perikardu nebo pomocí chlopně mechanické. Obě varianty mají své výhody i nevýhody, které lékař musí postiženému pacientovi sdělit, probrat jiné možnosti a zmínit i rizika či životnost dané chlopně (Nemocnice Na Homolce, 2024).

V těhotenství hraje důležitou roli péče ještě před početím, protože chlopenní vady mají významný počet nemocnosti a úmrtnosti. Při příchodu ženy s již zjištěnou chlopenní vadou je snaha vadu korigovat před otěhotněním a během gravidity ženu pečlivě sledovat. Pokud se vada vyskytne u již gravidní ženy, dochází k významnějšímu sledování gravidity a stavu plodu. Důležitá je opět mezioborová spolupráce, v tomto případě především mezi porodníkem a kardiologem. Obecně platí, že graviditu lépe snáší rodičky s regurgitačním postižením. Velmi specifickou skupinu tvoří ženy po operaci chlopně, kdy může být ženě těhotenství silně nedoporučováno, a to především v případech, pokud je funkce a výkonnost levé srdeční komory značně snížena. Při plánování gravidity proto může lékař ženě doporučit podstoupení zátěžového testu. Kontroly probíhají u postižených těhotných přibližně jednou za měsíc a základním vyšetřením je vždy echokardiografie. Pokud se v těhotenství vyskytne u ženy stenóza a dochází k městnání krve v libovolné srdeční dutině, doporučuje se ženám restrikce tekutin a případně léčba pomocí diuretik. Mezi nejčastější komplikace ve spojitosti chlopenních vad a gravidity patří vznik krevních sraženin, zvýšená krvácivost, abort, předčasný porod plodu či insuficience placenty s následným postižením plodu. V extrémních případech může dojít k úmrtí matky i plodu (Linhartová, 2018).

Srdeční stenóza

Stenóza značí zúžení chlopně, která není schopna dostatečného rozevření a ponechání krevnímu proudu volný průběh. Krev se v důsledku toho kumuluje v některé z krevních dutin před chlopní

a chlopeň poté hypertrofuje. Nejčastěji stenóza postihuje chlopeň aortální mezi levou srdeční komorou a aortou a chlopeň mitrální mezi komorou a síní v levé polovině srdce. U postižení aortální chlopně musí srdce pracovat více, aby bylo do krevního oběhu vypuzeno dostatečné množství okysličené krve. Zvýšenou námahou srdce je poté postižení aortální chlopně po nějaký čas kompenzováno až do doby, kdy krevní průtok v postiženém místě klesne na čtvrtinu původního průtoku. Pokud je stenózou postižena chlopeň mitrální, obrací se směr toku krve nazpět. Okysličená krev tedy vtéká zpět do plic (NZIP, 2024; IKEM, 2024).

Srdeční regurgitace

Regurgitace znamená srdeční nedomykavost, při které se srdeční chlopeň nedokonale uzavře. Krev není vypuzena všechna a vrací se do místa, odkud byla původně vypuzena. Následkem zpětného toku krve může dojít až k srdečnímu selhání, protože srdeční dutina, do které se krev vrací, je přetěžována. Nejčastěji se vyskytuje regurgitace aortální a mitrální chlopně (FNHK, 2024; IKEM, 2024).

Srdeční selhání

Srdce a jeho fungování jsou velice promyšlené mechanismy, které zajišťují správné fungování těla a jeho zásobování krví, kyslíkem a živinami. Při zvýšené fyzické výkonnosti dokáže například srdce zvýšit svůj minutový výdej až 5krát. Pokud dojde k poruše těchto mechanismů a správné funkčnosti, není srdce schopné plnit svou funkci a vhánět tak potřebný objem krve do těla. Tato neschopnost nese označení srdeční selhání. Taková porucha funkce má za následek nedostatečné prokrvení a okysličení celého organismu a zároveň se krev může hromadit před postiženou srdeční částí (NZIP, 2024; Kardiologie Na Bulovce, 2024; Nemocnice Na Homolce, 2024).

Při diagnostice lékaři provádí rozbor anamnézy, fyzikální vyšetření, provedou EKG a RTG snímek k určení plicního městnání. Vhodné je provedení i UZ s živým obrazem. Léčba zahrnuje diety, úpravu životního stylu, zvýšení fyzické zátěže, farmakoterapii a v neposlední řadě i chirurgické zákroky jako například koronární by-pass nebo operaci chlopní. Z nefarmakologických metod je vhodné zmínit i aplikaci kardiostimulátoru či defibrilátoru. Veškerá léčba by se měla plánovat dle subjektivních pocitů postiženého pacienta (IKEM, 2024).

Dle průběhu a nástupu srdečního selhání je onemocnění rozdělováno na akutní a chronické, dle postižení srdce na levostranné a pravostranné. Akutní selhání srdce (dále jen „ASS“)

má rychlou progresi a postiženému jedinci při něm jde o život. Mezi stavy zapříčiňující ASS patří AIM, plicní embolie či srdeční arytmie, díky čemuž se krev nemůže dostat do nebo z plic. Oproti tomu chronické srdeční selhání (dále jen „ChSS“) je stav, kdy doba selhávání trvá minimálně tři měsíce. Mnohdy může být bezpříznakové po několik měsíců až let a následně se vyvinout jako akutní selhání. Při ChSS dochází k poklesu minutového srdečního výdeje a díky tomu není tělo dostatečně zásobováno. V průběhu těhotenství může diagnostika srdečního selhání představovat problém hlavně kvůli příznakům, které jsou velmi často přisuzovány graviditě jako takové (Krejčí, 2018; NZIP, 2024).

Co ale může u gravidních žen poukazovat na srdeční selhání je například auskultace chrůpků na plicích či viditelně zvýšená náplň krčních žil. Léčba závisí primárně na stavu těhotné ženy, vždy je ale co největší snaha se vyhnout léčivům s teratogenními účinky, které mohou vážně poškodit plod. Užívají se betablokátory jako metoprolol, labetalol a bisoprolol. U podávání těchto látek je sledován stav plodu, který může být ohrožen nízkou porodní hmotností, bradykardií, hypotenzí nebo hypoglykemií. Při podávání diuretik na úlevu od otoků může vzniknout oligohydramnion, proto jsou diuretika podávána s rozvahou a opatrností. Každá žena plánující graviditu při srdečním selhávání by měla absolvovat vyšetření kardiologem a zvážit možná rizika pro sebe i pro plod. Pokud kardiolog graviditu schválí, je zapotřebí upravit dosavadní terapii a pečlivě ženu během těhotenství sledovat. Mezioborová spolupráce kardiologa, porodníka, neonatologa a anesteziologa je v tomto případě nezbytná (Pažourková, Polczková, 2022).

Náhlá srdeční smrt

Přirozená smrt postiženého jedince, která přichází velmi nečekaně, a to i pokud byl postižen jedinec, který byl posledních 24 hodin bez známek jakýchkoliv potíží, nebo se jeho potíže v poslední hodině od jejich výskytu rapidně zhoršovaly. Mezi obtíže patří dušnost, bolest na hrudi či pocitová palpitace. Velmi často se u náhlé srdeční smrti vyskytuje ztráta vědomí postiženého jedince (IKEM, 2024).

Incidence onemocnění se pohybuje okolo 1 případu na 100 000 obyvatel za 1 rok, u mužů je přitom riziko 4krát vyšší než u žen. Nejčastější příčinou náhlé srdeční smrti (dále jen „NSS“) je srdeční arytmie, především fibrilace srdečních komor, při které srdeční komory přestávají správně pracovat a dochází k jejich rychlým a neuspořádaným pohybům, kdy krev nemůže být správně vypuzována, a další KVO jako například kardiomyopatie nebo vrozené srdeční vady, kterými jedinec trpí v rámci dědičnosti. Častý výskyt NSS je pozorován u vykonávání fyzické

aktivity či sportu, u starších jedinců v rámci ICHS (Mikolášková, M. et al., 2015, s. 106-111; Nemocnice na Homolce, 2024; IKEM, 2024).

Diagnostikovat NSS není úplně jednoduché, protože náhlá srdeční smrt se objevuje i u zcela bezpříznakových jedinců, kteří nemají ani záznam o prodělaném kardiovaskulárním onemocnění ve své anamnéze. Riziko výskytu náhlé smrti srdeční stoupá u kuřáků, a to až o 50 %. Další rizikovou skupinou jsou lidé s KV onemocněním ve své anamnéze, a pokud se jedná o onemocnění s hereditárním výskytem. V léčbě u jedince postiženého náhlou srdeční smrtí je sledován hlavně čas, protože zde každá minuta může mít fatální následky pro postiženého, především pro těhotné ženy, u kterých může dojít k postižení plodu či k jeho intrauterinnímu úmrtí. U každého postiženého jedince musí být zahájena kardiopulmonální resuscitace, informován systém rychlé pomoci a případně použit přenosný defibrilátor (Adámková, 2017; IKEM, 2024).

NSS také představuje významné riziko pro těhotnou ženu i pro plod. U žen, kde hrozí výskyt NSS, bývá doporučováno genetické vyšetření. Také může být zvažováno podstoupení tzv. katetrizační ablace, při které je odstraněna část srdečního svalu, která způsobuje změnu srdečního rytmu a ohrožuje tak ženu vznikem srdečních arytmií. Žena by také měla být obeznámena s veškerými riziky, která mohou nastat během těhotenství i během porodu. Patří mezi ně nízká porodní hmotnost plodu, riziko předčasného porodu a je zde vyšší riziko intrauterinního úmrtí plodu v děloze. Těhotenství bývá ve většině případů ukončováno císařským řezem. Při podávání medikací a farmak je nutné znát možné nežádoucí účinky pro matku i plod. Obecně jsou užívány betablokátory metoprolol, bisoprolol a blokátory vápníkového kanálu. Kromě možnosti podstoupení katetrizační ablace je možnost elektrické kardioverze. Tento výkon by měl zamezit nebo přerušit srdeční arytmiu, a je zcela bezpečné jej provádět v jakémkoliv trimestru, neboť nezpůsobuje žádné závažné vedlejší komplikace. Dalším výkonem je zavedení implantátu nazývaného kardioverter defibrilátor, jež je také užíván k léčbě srdečních arytmií. Vhodné je jeho zavedení před těhotenstvím nebo u těhotenství, které je starší jak osm týdnů, vždy pod ultrazvukovou kontrolou (IKEM, 2024; Lábrová, 2022).

4 PRŮZKUMNÁ ČÁST

Průzkumná část je vedena pomocí kvalitativního výzkumu problematiky kardiovaskulárních onemocnění u těhotných žen před porodem a žen krátce po porodu. Je zde popsána metodika sběru dat, popis průzkumného vzorku a výsledky dat provedeného výzkumu.

4.1 Cíle průzkumné části

Popsat postup diagnostiky kardiovaskulárních onemocnění a jejich rizika.

Zjistit psychické rozpoložení žen s diagnostikovaným kardiovaskulárním onemocněním.

Zmapovat možnosti péče ve specializovaných centrech.

4.2 Metodika průzkumu

Průzkum k bakalářské práci byl prováděn metodou kvalitativního výzkumu za pomoci polostrukturovaného rozhovoru (příloha D), který umožňuje libovolné pořadí pokládání otázek a změny ve znění jednotlivých otázek. Výzkumu předcházelo udělení souhlasu jednotlivých zdravotnických zařízení se souhlasem vedení klinik a ředitelstvím zařízení. Pro ujištění srozumitelnosti byl proveden pilotní průzkum formou prvního rozhovoru, díky kterému byla odhalena drobná nedorozumění s jejich následným přeformulováním do srozumitelné formy. Sběr dat probíhal od začátku září 2024 do konce prosince 2024.

Před začátkem rozhovoru s danou respondentkou proběhlo představení se respondentce s následným představením práce a jejího účelu a role respondentky v ní. Byla vysvětlena pravidla GDPR se současným prohlášením o smazání veškerých dat z mobilní aplikace Diktafon po jejich přepsání do MS Office a po přepsání dat do bakalářské práce i z MS Office.

Za metodu analýzy byla zvolena metoda zakotvené teorie – analýza a interpretace dat pomocí kódování (Hendl, 2012). V této metodě výzkumník sbírá data tak dlouho, dokud nedojde k jejich nasycení, tedy opakování odpovědí od respondentů, které výzkumníkovi nepřinesou nové poznatky. Skládá se ze tří navazujících fází počínající otevřeným kódováním. Při otevřeném kódování výzkumník pročítá své poznámky získané z rozhovorů s respondenty a třídí je do malých segmentů, které popíše slovem či frází, jež daný segment identifikuje. Následuje tzv. kategorizace, ve které jsou jednotlivé pojmy seskupovány dle svého významu. Následuje fáze kódování axiálního, ve kterém jsou údaje znovu uspořádány vytvářením spojení mezi kategoriemi. Pro lepší přehlednost vztahů Hendl (2012) doporučuje užití tzv. obecného kódovacího paradigmatu: příčinné podmínky – fenomén – kontext – intervenující podmínky – strategie jednání – následek. Závěrečnou fází tvoří kódování selektivní, ve kterém dochází

ke zformulování příběhu, při kterém je určena tzv. centrální kategorie, jež prochází celým výzkumem.

Po představení byla účast na rozhovoru čtyřikrát odmítnuta. Zbylé rozhovory probíhaly po ústním souhlasu se zpracováním dat v intimním a klidném prostředí přibližně 15 až 20 minut. Nejdelší rozhovor trval 32 minut, nejkratší 12 minut. Pro zachování anonymity jsou respondentky označeny čísly 1 až 15. Po přepsání rozhovorů proběhla obsahová analýza, ke které byla využita metoda otevřeného kódování s užitím barevných zvýrazňovačů. Následně byly kódy zařazeny do jednotlivých kategorií.

4.3 Průzkumný vzorek

Průzkumný vzorek byl složen z těhotných žen před porodem a z žen krátce po porodu s diagnostikovaným kardiovaskulárním onemocněním, které však bylo s graviditou slučitelné, a nebylo indikováno její ukončení. Výběr probíhal za užití metody „*Sněhové koule*“, kdy výzkumník osloví několik málo respondentů, díky jejichž následnému doporučení je výzkumník odkazován k dalším osobám (Sociologický ústav AV ČR, 2018). Vzorek (příloha C) obsahuje 15 žen ve fertilním věku, jejichž gravidita přesáhla 24 týdnů nebo jsou minimálně 24 hodin po porodu. Každá respondentka byla předem obeznámena se svou rolí ve výzkumu bakalářské práce a během rozhovoru jej mohla kdykoliv ukončit.

4.4 Zpracování dat

Otázky rozhovorů jsou pokládány tak, aby pomohly pochopit problematiku onemocnění kardiovaskulárního systému a jejich dopad na dosavadní život a psychické rozpoložení ženy. Rozhovory byly nahrávány na mobilní aplikaci Diktafon a zpracovány do písemné podoby a do spisovné formy českého jazyka. Výzkumná data byla analyzována otevřeným kódováním pomocí barevných zvýrazňovačů a papíru.

5 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

5.1 Výsledky otevřeného kódování

Tabulka 1 vyobrazuje jednotlivé kategorie a kódy, jež vznikly během otevřeného kódování. Jednotlivé kódy jsou doplněny jejich četností a vybranými úryvky z prováděných rozhovorů s respondentkami. U každé transkripce je uvedena zkratka, např. R1, jež uvádí, se kterou respondentkou je daná část textu spojena. Otevřeným kódováním vzniklo 15 kategorií a 65 kódů.

Tabulka 1 - Otevřené kódování

OTÁZKA Č. 1 KATEGORIE: ŽIVOTNÍ STYL	ČETNOST VÝSKYTU KÓDU	VYBRANÉ TRANSKRIPCE ROZHovorŮ
STRES ZE ZAMĚSTNÁNÍ	9	<p>„ ..., celý den prosedím na jednom místě, poslouchám opakující se pípání, jekot, křik, ... a do toho se dohaduji s lidmi, kteří přišli pro něco ve slevě, ale už je to vyprodané. ... ” (R4)</p> <p>„ ..., běžně jsem v práci nachodila tak třicet tisíc kroků, takže když přijdu domů, jsem ráda, že se můžu vyvalit na gauč a nic nedělat. ... ” (R13)</p> <p>„ ..., jsme neustále pod tlakem, ze všech stran přichází stres a šéfové tomu svým nadáváním dodají vždycky korunku, ... ” (R3)</p>
ČAS	10	<p>„ ..., děláte na směny, máte za týden pětkrát dvanáctihodinovou službu, kde se staráte o staré lidi, a do toho vám volá vlastní máma, která si teď hned nutně potřebuje povídat a říct vám, co měla k obědu. Já na tohle ve své práci opravdu nemám čas. ” (R5)</p> <p>„ ..., nepamatuji si, kdy jsem si naposledy ve volný den sedla a dala nohy nahoru. Buďto člověk uklízí,</p>

		<p><i>nebo musí na nákup, na kontroly, sháníte vybavu, hlídáte si, co jíte, ...” (R14)</i></p> <p><i>„Potřebovala bych více času na vstřebání faktu, že moje těhotenství není fyziologické, a že je dost velká šance císařského řezu.” (R6)</i></p> <p><i>„ ..., strašně moc času jsem strávila vyhledáváním informací ohledně mého onemocnění, a co všechno mně vlastně hrozí, ...” (R8)</i></p>
FYZICKÁ AKTIVITA	9	<p><i>„ ..., před otěhotněním jsem sportovala hodně, pro mě to bylo odreagování od lidí a všeho negativního, vyplaví se vám endorfiny, vyčistíte si hlavu, máte dobrý pocit, protože jste pro sebe něco udělala, ...” (R1)</i></p> <p><i>„My máme doma psa, co potřebuje hodně pohybu, takže i díky němu jsem se kolikrát zvedla z gauče a šla běhat nebo se s ním jen projít, ...” (R4)</i></p> <p><i>„ ..., při poměrně velkých bolestech zad jsem volila cestu plavání. Ráno v bazénu téměř nikdo není a máte tak takový ten svůj klid, držíte si svoje tempo, můžete se vydýchat, jak dlouho chcete, ...” (R2)</i></p> <p><i>„ ..., svoje emoce jsem dřív řešila buď poměrně velkým přejídáním, nebo procházkou venku se psem. Teď v tomhle stavu jsem radši volila ty procházky, abych nevypadala jak vyvržený vorvaň za chvíli, ...” (R11)</i></p>
FINANCE	7	<p><i>„ ..., koukáte po tom levnějším a třeba i méně bezpečnějším vybavení, protože jinak byste celý zbytek měsíce jedla chleba se solí, ...” (R7)</i></p>

		<p>„ ..., výše mateřské u nás je k smíchu, z toho mám pravidelně dojíždět na smluvené termíny kontrol? Z toho mám vybavit byt, krmit nás a připravit se na příchod potomka?“ (R15)</p> <p>„ ..., kolikrát jdete a koukáte po těch levnějších potravinách nebo dokonce náhražkách, protože ty pro vás lepší jsou samozřejmě za dvojnásobek, někdy i trojnásobek ceny, ... ” (R10)</p> <p>„ ..., trochu mě zaskočilo, že pokud si v kavárně řeknete o bezkofeinovou kávu, dostanete účet s přírůžkou dvacet korun, ... ” (R8)</p>
ALKOHOL	8	<p>„ ..., člověk si občas večer dal skleničku nebo dvě, ale v těhotenství jsem striktně vynechávala, ... ” (R9)</p> <p>„ ..., potřebovala jsem mít pocit, že zase někam patřím, tak jsem pozvala pár kamarádů na skleničku. Oni měli alkoholické nápoje a já samozřejmě nealko, ale zase jsem někam patřila. Kolik přátel by asi přišlo, kdybych je pozvala na malinovou limonádu, že? ... ” (R6)</p> <p>„ ..., v těhotenství jsem se napila asi dvakrát nebo třikrát, to se fakt nedalo zvládnout. Ale byl to jen jeden nebo dva loky, víc ne, ... ” (R12)</p>
TABÁKOVÉ VÝROBKY	11	<p>„ ..., se vším se dá skoncovat, pokud to tak opravdu chcete. Já byla před těhotenstvím velký kuřák, ale na doporučení lékařů jsem snižovala dávky, co to šlo, až jsem skončila úplně bez cigaret, ... ” (R8)</p> <p>„ ..., celé těhotenství kouřím, ale jen elektronické cigarety. Kouřím už docela dlouho a ta chuť mi zkrátka chyběla, ... ” (R12)</p>

		<p>„ ..., v dnešní době je hrozný problém najít místo, kde si jako těhotná můžete opravdu říct, že je to nekuřácké prostředí, ani na autobusové zastávce, ... ” (R13)</p> <p>„ ..., kolikrát jdete na procházku a lidi, co potkáte cestou, vám ještě jak naschvál ten cigaretový kouř fouknou pod nos, ... ” (R5)</p>
<p>OTÁZKA Č. 2</p> <p>KATEGORIE: ZDROJE</p>	<p>ČETNOST VÝSKYTU KÓDU</p>	<p>VYBRANÉ TRANSKRIPCE ROZHOVORŮ</p>
<p>LÉKAŘ PRAKTICKÝ</p>	<p>4</p>	<p>„ ..., při přestupu od pediatra do péče obvodního lékaře pro dospělé mě lékařka poslouchala pomocí fonendoskopu, a poslechově tam diagnostikovala šelest. Koukala jsem na ni asi dost vyděšeně, protože mi řekla, že mě pošle na další vyšetření, ale jinak že se nemusím ničeho bát, ... ” (R9)</p> <p>„ ..., chodila jsem k ní pravidelně na kontroly a při každé z nich mi o mém onemocnění řekla něco více, ... ” (R15)</p>
<p>LÉKAŘ GYNEKOLOG</p>	<p>5</p>	<p>„ ..., při každé návštěvě v prenatalní poradně se mě lékař ptal na něco nového skrze onemocnění, chtěl vidět zprávy od kardiologa a bylo vidět, že s postupem souhlasí. Dokonce se mě i ptal, jestli všemu rozumím a případně nebyl problém mi něco detailněji popsat, ... ” (R10)</p> <p>„ ..., byla jsem v péči pouze gynekologa a na informovanost si nemůžu stěžovat. Věděla jsem, co se s mým tělem děje, byla jsem obeznámena s možnými riziky a komplikacemi, docela mi</p>

		<p><i>pomohla i přítomnost porodní asistentky, která mi řekla, že takové onemocnění nemusí hned znamenat operativní porod, ...” (R4)</i></p> <p><i>„ ..., na kardiologii jsem nedocházela, gynekolog si mě nechal ve své péči a já mu ve všem naprosto důvěřovala. Nechtěla jsem brouzdat na internetu, takže jsem se se vším, co mě trápilo, obrátila na něj, ...” (R14)</i></p>
LÉKAŘ KARDIOLOG	6	<p><i>„ ..., po stanovení diagnózy jsem nevěděla, jak s tím vším naložit, kardiolog mi dělal podporu jak v informovanosti, tak v psychickém zvládnání, ...” (R11)</i></p> <p><i>„ ..., ohledně takového onemocnění ještě někdo hledá informace na internetu?” (R1)</i></p> <p><i>„ ..., kardiolog by měl být expertem v oboru, takže jsem veškeré informace chtěla slyšet z jeho úst, ...” (R2)</i></p> <p><i>„ ..., samozřejmě to člověku nedá a kouká se na různé internetové stránky a odkazy nebo videa, ale primárně jsem měla tu důvěru v kardiologovi, ...” (R3)</i></p>
INTERNET	13	<p><i>„ ..., při každé návštěvě buď gynekologa, nebo kardiologa jsem měla pocit, že bych oba lékaře zdržovala, jako kdyby spěchali domů a bylo jim jedno, že tam mají někoho, kdo není ze zdravotnického prostředí a o tom onemocnění neví nic, takže jsem své večery trávila vyhledáváním webových stránek, na kterých onemocnění popisují pomocí docela hezkých obrázků, ...” (R13)</i></p>

		<p>„ ..., člověk může sbírat informace od lékařů, ale těm nemůžete volat, kdy se vám zachce, internet je dostupný vždy a všude, pro mě ideální volba hledání informací, když mě zrovna něco napadne, ... ” (R6)</p> <p>„ ..., pokaždé, když jsem měla potřebu se lékařů na něco zeptat, přišel mi můj dotaz jako hloupý, tím pádem jsem i já vypadala nebo zněla jako hloupá, na internetu je to všechno anonymní a s jakýmsi závojem, pod který nikdo nevidí, ... ” (R4)</p>
<p style="text-align: center;">ODBORNÁ LITERATURA</p>	<p style="text-align: center;">6</p>	<p>„ ..., jsem asi stará škola, ale když mi lékař doporučil spíše literaturu ve formě knížek a odborných časopisů, měla jsem z toho docela radost, na internetu píše, kdo chce, co chce, zatímco v těch knížkách to muselo projít přes nějakého odborníka, ... ” (R11)</p> <p>„ ..., dostala jsem doporučení na jednu knížku, ve které byla popsána všechna onemocnění srdce. Když mi ji v knihovně přinesli, byla taková malinkatá, člověk by si řekl, že v tom nikdy nenajde, co potřebuje, ... ” (R15)</p> <p>„ ..., knížky jsou podceňovaná věc, nedokážu si představit, že bych skoro celé těhotenství seděla za počítačem a hledala něco, co mi řekne víc o mém onemocnění. U mě jsou knížky prostě první volbou, když něco hledám, ... ” (R5)</p>

OTÁZKA Č. 2 KATEGORIE: PŘÍZNAKY	ČETNOST VÝSKYTU KÓDU	VYBRANÉ TRANSKRIPCE ROZHOVORŮ
DUŠNOST	3	<p>„ ..., jdete i třeba jen do schodů a nemůžete se dodechnout, jako by vám něco svíralo plíce a nepustilo je, ... ” (R9)</p> <p>„ ..., dechově mi dávaly zabrat i obyčejné procházky se psem, stačil i malý kopeček, ... ” (R15)</p>
POCENÍ	3	<p>„ ..., já se za celé těhotenství sprchovala víc, než kdy jindy ve svém životě, ... ” (R11)</p> <p>„ ..., úplně jako byste vylezla ze sauny, nebo jako návaly, když je vám zle, ... ” (R14)</p> <p>„ ..., po každém výběhu jsem mohla ten pot z oblečení skoro ždímat, ... ” (R1)</p>
SNÍŽENÁ VÝKONNOST	2	<p>„ ..., hodně je to znát na tom výkonu, to, co jsem před těhotenstvím uběhla za pár minut, mi během těhotenství trvalo mnohem déle, ... ” (R9)</p> <p>„ ..., celkově únava celého těla, hlava mi jela, tam mi myšlenky lítaly jedna za druhou, ale zvednout jednu nohu a pak druhou pro mě byl hrozný problém, ... ” (R10)</p>
PALPITACE	2	<p>„ ..., občas mi dokonce přišlo, jak kdyby mi mělo srdce z té hrudi vyskočit, ... ” (R11)</p> <p>„ ..., popsala bych to asi jako dost nepříjemné zrychlení, kdy už mě napadaly myšlenky typu, že mám infarkt, arytmií nebo tak něco, ... ” (R15)</p>
ÚNAVA	7	<p>„ ..., nemohla jsem nic dodělat na jeden zátah, padaly mi oči, jen jsem si přečetla jednu nebo dvě stránky knížky, doma jsem místo nákupu a úklidu</p>

		<p><i>zvolila postel, jinak bych usnula za pochodu, ...”</i> (R8)</p> <p><i>„ ..., únava celého těla, v noci nespíte už jen z principu, že jste těhotná, a k tomu se přidá únava ze stresu a celkově z toho, že nemáte fyziologické těhotenství, ...”</i> (R7)</p> <p><i>„ ..., připadala jsem si jako kočka, co spí šestnáct hodin denně, a když už jsem se probudila a došla si třeba do sprchy nebo pro jídlo, tak jsem mohla jít rovnou spát znovu, ...”</i> (R2)</p>
ZÁVRATĚ	5	<p><i>„ ..., pociťovala jsem to trochu jinak než závratě z jídla nebo z velkého množství alkoholu, tohle bylo, jako kdybyste šla běhat, ale neměla žádnou fyzickou, ...”</i> (R15)</p> <p><i>„ ..., často mě jakákoliv aktivita nakopávala, stála jsem opřená o strom a šíleně se mi točila hlava, ...”</i> (R11)</p>
MIGRÉNY	3	<p><i>„ ..., snad nikdy jsem si nevzala jediný prášek na bolest hlavy a v těhotenství chodila jedna migréna za druhou...”</i> (R6)</p> <p><i>„ ..., dost mě omezovaly časté migrény, já při nich i zvracela a viděla rozmazaně, ...”</i> (R8)</p>
OTÁZKA Č. 2 KATEGORIE: SDĚLENÍ DIAGNÓZY	ČETNOST VÝSKYTU KÓDU	VYBRANÉ TRANSKRIPCE ROZHovorŮ
PŘED GRAVIDITOU	7	<p><i>„ ..., diagnózu srdečního onemocnění jsem si vyslechla již při přechodu od dětské doktorky k obvodní a asi to pro mě bylo lepší, protože jsem dopředu věděla, že s tím budu moci spontánně</i></p>

		<p><i>otěhotnět i porodit, byla jsem s tím onemocněním srovnaná a přijala ho, ...” (R9)</i></p> <p><i>„ ..., vzpomínám si na svoje emoce při prvotním podezření na moje onemocnění, vím, že jsem volala příteli a brečela mu do telefonu, že se mnou něco je a že jsem nemocný kardiak, dneska už se tomu i zasmějeme, ...” (R15)</i></p>
V PRŮBĚHU GRAVIDITY	8	<p><i>„ ..., šok a strach, ale ne o sebe, jako spíš o to dítě. Najednou ve vás projede taková vlna všech myšlenek, kterou se snažíte zahnat s tím, že jste přeci v péči lékařů, chodíte na pravidelné prohlídky a vyšetření, jste pod kontrolou, ale s blížícím se porodem se ty obavy zase vynořily a nedají vám spát, ...” (R10)</i></p> <p><i>„ ..., nejhorší je, když vidíte na tváři lékařů, kteří vás vyšetřují zděšení, tak vám vyletí tepovka a už jen panikaříte, ...” (R3)</i></p> <p><i>„ ..., bála jsem se, co se mnou a s dítětem bude, radost z očekávání potomka vystřídá strach z jeho ztráty nebo strach z ublížení, ...” (R6)</i></p> <p><i>„ ..., sedm měsíců pro mě byla krátká doba na vstřebání všech rizik a možných komplikací, ...” (R7)</i></p>
ROLE LÉKAŘE	5	<p><i>„ ..., zpětně děkuji lékaři, že mi dal čas to vstřebat, netlačil na mě a všechno mi lidsky vysvětlil, ...” (R1)</i></p> <p><i>„ ..., moje zkušenost by se dala popsat jako příšerná, lékař mi jen tak mezi řečí oznámil, že tam teda něco jako asi je, ale žádné bližší informace mi neposkytl,</i></p>

		<p><i>připadala jsem si jak na porážce a že lékaře akorát zdržuji, ...” (R13)</i></p> <p><i>„ ..., ocenila bych více času na vstřebání, byla jsem šokovaná a zamrzla jsem, v takovém stavu jsem nebyla schopná přemýšlet, kdy jsem byla naposledy u jakého lékaře a jak to tedy vidím s porodem, ...” (R2)</i></p> <p><i>„ ..., asi jsem měla štěstí na lékaře, protože mi dal dost času, odpovídal na mé dotazy a opravdu se snažil mě uklidnit, na každé další kontrole jsem se cítila bezpečně a věděla jsem, že lékař dělá maximum, ...” (R11)</i></p>
ROLE DOPROVODU	9	<p><i>„ ..., doprovod jsem neměla, protože jsem si myslela, že se jedná jen o preventivní vyšetření, zpětně bych tam partnera ráda měla, ...” (R4)</i></p> <p><i>„ ..., největší podporou byl jednoznačně partner, po celou dobu vyšetření seděl před mým obličejem a šeptal mi, že jsem statečná a všechno zvládneme, ...” (R5)</i></p> <p><i>„ ..., cítila jsem se taková poloviční, nevěděla jsem, jak to doma budu vysvětlovat manželovi, asi bych byla klidnější, kdyby šel ten den se mnou a já na to nebyla sama, ...” (R14)</i></p>
OTÁZKA Č. 3 KATEGORIE: VZDÁLENOST	ČETNOST VÝSKYTU KÓDU	VYBRANÉ TRANSKRIPCE ROZHOVORŮ
CHŮZE	6	<p><i>„ ..., nejvíc mi vyhovovala vzdálenost, když už člověk musí někam docházet, tak že si tam alespoň dojde a nemusí platit ještě třeba za autobus, ...” (R1)</i></p>

		<p>„ ..., mohla jsem si vybrat mezi zařízeními tady a v jiném městě, a komu by se chtělo dojíždět, když to má v podstatě za barákem a dojde si, ... ” (R9)</p>
AUTOMOBIL	2	<p>„ ..., bydlíme kousek za městem, ale pěšky jsem to jako těhotná nechodila, přišla bych upocená, a tak k doktorovi přijít nechcete, takže auto pro mě byl ideál, ... ” (R2)</p> <p>„ ..., jezdili jsme s partnerem autem, byla to pro nás nejlepší forma dopravy, ... ” (R10)</p>
MĚSTSKÁ HROMADNÁ DOPRAVA	2	<p>„ ..., řidičák nemám, na začátku těhotenství jsem chodila pěšky, ale ke konci jsem jezdila spíš autobusem, zastávka je hned naproti vchodu do nemocnice, ... ” (R5)</p> <p>„ ..., sice mám papíry, ale přítel auto potřebuje ke své práci, takže jsem musela jezdit autobusem, ... ” (R3)</p>
V MÍSTĚ BYDLIŠTĚ	13	<p>„ ..., těch poraden je v okolí hodně, ale proč bych si to měla komplikovat, když je jedna přímo tady u nás ve městě? ” (R15)</p> <p>„ ..., neviděla jsem důvod, proč jezdit jinam, tady už mě mají v kartotéce, znají mě a já znám ty lékaře a sestřičky, takže jsem teď jen přišla jako těhotná, ... ” (R9)</p> <p>„ ..., na vyšetření chodím pěšky, abych měla alespoň nějaký pohyb, proto jsem zvolila místní ambulanci, ... ” (R11)</p>
MIMO MÍSTO BYDLIŠTĚ	2	<p>„ ..., při první návštěvě se mi lékař tak zprotivil svým chováním a jednáním, že jsem zvolila jinou ambulanci úplně mimo bydliště, ... ” (R13)</p>

		<i>„ ..., u nás takové pracoviště vůbec není, nebyla jiná možnost než dojíždět do jiného města, ... ” (R10)</i>
OTÁZKA Č. 3 KATEGORIE: ROZESTUPY NÁVŠTĚV	ČETNOST VÝSKYTU KÓDU	VYBRANÉ TRANSKRIPCE ROZHovorŮ
PRVNÍ TRIMESTR Á DVA TÝDNY	5	<i>„ ..., musela jsem chodit co dva týdny, lékař mi řekl, že je to prý hlavně kvůli možným změnám průtoku krve v mém srdci, ... ” (R11)</i> <i>„ ..., dokonce jsem si mohla vybrat, jestli chci chodit po dvou nebo čtyřech týdnech, ale byla jsem nervní, že se něco stane nebo změní, a po čtyřech týdnech by už mohlo být pozdě, ... ” (R13)</i>
PRVNÍ TRIMESTR Á ČTYŘI TÝDNY	5	<i>„ ..., byly mi doporučeny návštěvy jednou za měsíc, časově to bylo s pracovním životem a dojížděním dost náročné, ... ” (R10)</i>
DRUHÝ TRIMESTR Á ČTYŘI TÝDNY	5	<i>„ ..., lékař mi řekl, že ve druhém trimestru si srdce zvykne na těhotenství a není to čas těch největších změn, takže místo dvou návštěv měsíčně jsem mohla chodit jen jednou, ... ” (R1)</i>
DRUHÝ TRIMESTR Á ŠEST TÝDNŮ	5	<i>„ ..., jednou za šest týdnů jsem byla objednaná i na kontrolu v prenatalní poradně u gynekologa, snažila jsem se to spojit dohromady, abych nemusela jezdit dvakrát, ... ” (R15)</i>
TŘETÍ TRIMESTR Á DVA TÝDNY	6	<i>„ ..., třetí trimestr je prý vázaný se spoustou změn, bylo v mém zájmu chodit na kontroly častěji, lékař doporučoval po dvou až třech týdnech do porodu, abych právě v případě porodu měla co nejpřesnější zprávy o svém stavu, ... ” (R2)</i>

		<p>„ ..., během posledního trimestru se mi dýchalo nejhůř za celé těhotenství, gynekolog mi poradil, abych chodila na kardiologii častěji, takže jsme se s kardiologem shodli na návštěvách po dvou týdnech, ... ” (R9)</p>
TŘETÍ TRIMESTR Á ČTYŘI TÝDNY	4	<p>„ ..., cítila jsem se dobře, a bylo tedy možné ten třetí trimestr chodit na kardiologii co nejméně, po domluvě s lékařkou jsme zvolily cestu návštěv jednou za čtyři týdny s tím, že při zhoršení mého stavu se dostavím dříve, ... ” (R3)</p>
OTÁZKA Č. 3 KATEGORIE: VYŠETŘENÍ	ČETNOST VÝSKYTU KÓDU	VYBRANÉ TRANSKRIPCE ROZHovorŮ
ECHOKARDIOGRAFIE	10	<p>„ ..., každé vyšetření mi lékař dělal ultrazvuk srdce, jednou jsem tam šla s čerstvým tetováním mezi prsy, a když tam lékař projel, strašně mě to bolelo, jinak to bylo bezbolestné vyšetření, ... ” (R11)</p> <p>„ ..., moje kontroly na kardiologii vždy začínaly s ultrazvukem srdíčka, takže tam přijdete a už se svlékáte, ... ” (R10)</p>
EKG	9	<p>„ ..., EKG jsem na kardiologii podstoupila úplně poprvé v životě, překvapila mě ta rychlost, já jsem vždycky myslela, že to je otázka třeba pěti minut, ... ” (R3)</p> <p>„ ..., EKG není bolestivé vyšetření, ale když to sestřička přinesla poprvé, vyděsila jsem se, kam všechny ty svorky chce dávat, neměla jsem s tím zkušenosti před návštěvou kardiocentra, ... ” (R5)</p>

ZÁTĚŽOVÝ TEST	3	„ ..., u nás v centru jsem dostala na výběr, jestli chci běžet nebo jet na kole, vybrala jsem si běh, když jsem běhala i mimo vyšetřování, ale když víte, že je to pro kontrolu, že to není jen tak jít se proběhnout, tak mi tepovka strašně vyskočila, byla jsem nervózní, ... ” (R1)
MAGNETICKÁ REZONANCE	2	„ ..., vzhledem k migrénám mě obvodní lékař doporučil i návštěvu magnetické rezonance, informovanost nulová, ale preventivně jsem šla, ... ” (R9) „ ..., lékař mi nebyl schopný vysvětlit, proč by bylo dobré jít na magnet, pouze mi vypsál žádanku a řekl mi, ať se objedná a přinesu mu výsledky, ... ” (R2)
CT ANGIOGRAFIE	3	„ ..., na CT vyšetření jsem šla před těhotenstvím, protože mi bylo řečeno, že kdybych otěhotněla, tak už na to nebudu moct jít, ... ” (R15) „ ..., na CT jsem šla už jako devatenáctiletá, pro mě jako pro mladou holku to bylo, jak kdybych se přenesla do seriálu Dr. House, ... ” (R13)
HOLTER	1	„ ..., pro kontrolu mého stavu jsem dostala na 24 hodin holter, se kterým jsem si připadala hrozně staře, ale říkala jsem si, že jestli to má pomoci, tak že ten den vydržím, ... ” (R12)
OTÁZKA Č. 4 KATEGORIE: KOMUNIKACE	ČETNOST VÝSKYTU KÓDU	VYBRANÉ TRANSKRIPCE ROZHOVORŮ
RODINA	10	„ ..., rodina pro mě byla neskutečnou oporou celé těhotenství, mamka je zdravotnice, roky dělala na interně, zná primáře, doktory, sestry, všechny, takže mi vždycky říkala, že ten a ten jsou dobří diagnostici

		<p><i>a vždycky mě tím svým uměním mluvit s lidmi uklidnila, ...” (R13)</i></p> <p><i>„ ..., u nás v rodině jsem se s každým problémem vždycky obrátila na svého bratra, sice není zdravotník, ale vždycky se zeptá, jak to tedy vypadá a dá mi na tu určitou věc svůj vlastní názor laika, ...” (R4)</i></p>
PARTNER	11	<p><i>„ ..., při každé prohlídce jsem chtěla, aby tam ten partner byl se mnou, protože jsme všechny informace od lékaře slyšeli oba stejně a pak jsme o tom mohli debatovat, ...” (R9)</i></p> <p><i>„ ..., manžel vždycky ví, co mi říct, abych se uklidnila, vždycky. V těhotenství s onemocněním srdce jsem na něj byla hodně vázaná, na jeho slova o pochopení a lásce, že jsem úžasná, co všechno zvládnou, ...” (R15)</i></p>
PSYCHOLOG	3	<p><i>„ ..., chodila jsem k psychologovi a nestydím se za to, ta péče profesionála je podceňovaná, v dnešní uspěchané době psychologa potřebuje každý druhý, takže těhotná žena není v psychologické péči výjimka, ...” (R1)</i></p> <p><i>„ ..., k psychologovi jsem chodila ještě před diagnostikou onemocnění a před samotným těhotenstvím, prošel se mnou mojí nemožností otěhotnět, zažil se mnou moje začátky, jeho péče po diagnostice mi moc pomohla, ...” (R13)</i></p> <p><i>„ ..., myslím si, že každá žena s jakýmkoliv diagnostikovaným onemocněním by měla dostat péči psychologa, ať už je nebo není těhotná, ...” (R8)</i></p>

LÉKAŘ	6	<p>„ ..., můj lékař měl takovou dvojí roli, byl můj lékař a zároveň psycholog, mohla jsem se mu svěřit s tím, co mě během těhotenství trápilo, čeho se v souvislosti s onemocněním bojím, a vždycky mě vyslechl a dal svůj názor, ... ” (R4)</p> <p>„ ..., osobně jsem potřebovala takové to ujištění, že jsem v bezpečné péči, že moje dítě je v pořádku a já dělám to, co je pro něj nejlepší, ... ” (R11)</p>
PORODNÍ ASISTENTKA / ZDRAVOTNÍ SESTRA	4	<p>„ ..., často jsem byla v ordinaci před příchodem lékaře jen se sestřičkou, povídaly jsme si o těhotenství, jak probíhá, jak se cítím, a to mi dodalo takové malé množství sebevědomí, že třeba někoho i zajímá, jaké to je, být těhotná s onemocněním, za které vlastně nemůžete, ... ” (R10)</p> <p>„ ..., zdravotní sestřičky jsou důležitá součást toho lékaře, bez nich by vlastně ani to vyšetření nemohlo proběhnout, jsou pravá ruka každého lékaře, navíc kolikrát i milejší a komunikativnější než lékař, ... ” (R14)</p>
OTÁZKA Č. 4 KATEGORIE: EMOCE	ČETNOST VÝSKYTU KÓDU	VYBRANÉ TRANSKRIPCE ROZHovorŮ
PLÁČ	7	<p>„ ..., nebudu lhát a dělat ze sebe hrdinu, oplakala jsem to, ale člověk se pak musí nadechnout a uvědomit si, že nosí nový život, takže se rozhodnete bojovat, ... ” (R1)</p> <p>„ ..., brečeli jsme s partnerem oba, já kvůli onemocnění, které mi přišlo hrozně nefér, on kvůli mně, chudák vůbec nevěděl, co si se mnou počít, ... ” (R2)</p>

STRACH	14	<p>„ ..., vlastně moje první myšlenka byla, co se stane s tím dítětem, jestli něco nedělám špatně, co mám dělat lépe, takže u mě převládal jednoznačně strach, ... ” (R3)</p> <p>„ ..., bojíte se, fakt se bojíte, celého těhotenství, pak přijde porod, teď vy znáte všechny ty komplikace a rizika, takže jo, bojíte se, ... ” (R7)</p>
HNĚV	5	<p>„ ..., našťvaná jsem byla, nebylo fér, že to onemocnění postihlo mě, celý život jsem sportovala, nepila jsem, nekouřila jsem, jedla jsem zdravě, ... ” (R1)</p> <p>„ ..., já jsem byla našťvaná úplně na všechny, na rodiče kvůli genům, na sebe kvůli slabosti, na přátele, protože nic neříkal, ... ” (R12)</p>
LÍTOST	3	<p>„ ..., asi mi bylo líto, že jsem nebyla schopná udělat něco, čím bych se tomu onemocnění vyhnula, ... ” (R6)</p>
VÝČITKY	8	<p>„ ..., vyčítala jsem si hlavně to kouření, mohla jsem přestat daleko dřív, ale vždycky přišla nějaká situace a já se k tomu vrátila, ... ” (R8)</p> <p>„ ..., hnulo se ve mně svědomí, že jsem si mohla zjistit něco víc o prevenci a celému tomuhle kolečku kontrol a vyšetření jsem se mohla vyhnout, ... ” (R5)</p>
PŘEJÍDÁNÍ	1	<p>„ ..., stres a okamžitě čokoláda nebo zmrzlina, nebo obojí, vždycky při nervech prostě jím, musím mít něco v puse, ... ” (R9)</p>

OTÁZKA Č. 5 KATEGORIE: PŘEDÁNÍ KONTAKTŮ	ČETNOST VÝSKYTU KÓDU	VYBRANÉ TRANSKRIPCE ROZHOVORŮ
OD OBVODNÍHO LÉKAŘE	3	<p>„ ..., mně všechno zařizovala lékařka při prohlídce, volala na ultrazvuk o patro výš, domluvila mi co nejbližší termín, a mně pak jen dala do ruky žádanku s datem, ... ” (R15)</p>
OD GYNEKOLOGA	5	<p>„ ..., po prohlídce u gynekologa jsme se přímo s ním domlouvali, která poradna by byla nejlepší k řešení mého problému, ... ” (R2)</p> <p>„ ..., ano, kontakt mi předal můj gynekolog, řekl mi vlastní názor na danou kliniku a lékaře, jeho názoru jsem věřila, protože s danou poradnou má zkušenosti, ... ” (R5)</p> <p>„ ..., mě vlastně gynekolog poslal od sebe z ordinace rovnou na kardiologii, která byla v té samé nemocnici, takže jsem ani moc na výběr nedostala, ... ” (R10)</p>
VLASTNÍ INICIATIVA	2	<p>„ ..., vzhledem k nespokojenosti s přístupem na doporučené ambulanci jsem zapátrala a našla si jinou, ... ” (R13)</p> <p>„ ..., kontakt jsem vyhledávala sama, chtěla jsem něco blíž k domovu, ... ” (R1)</p> <p>„ ..., můj gynekolog mi řekl, ať se podívám na internet a přečtu si recenze a hodnocení zdejších klinik, podle toho jsem si pak sama vybrala vhodné místo pro mou péči, ... ” (R3)</p>

OTÁZKA Č. 5 KATEGORIE: CHOVÁNÍ PERSONÁLU	ČETNOST VÝSKYTU KÓDU	VYBRANÉ TRANSKRIPCE ROZHOVORŮ
POZITIVNÍ ZKUŠENOST	7	<p>„ ..., nemůžu si na nic stěžovat, lékaři i sestřičky na kardiologii byli skvělí, empatičtí a milí, lepší poradnu jsem si nemohla přát, ... ” (R9)</p> <p>„ ..., byla jsem spokojená snad se vším, co si dokážete představit, lékaři naprostí profesionálové, arogance nebo ignorace vašich pocitů tady neexistuje, pořád se mě ptali, zdali je v místnosti dost teplo, zdali je všechno v pořádku nebo jak se cítím, ... ” (R1)</p> <p>„ ..., sestřičky i lékaři úplně super, moc milý personál, cítila jsem se, jako bych opravdu mohla rozhodovat, co se s mým tělem bude dít, cítila jsem se jako součást toho týmu, ... ” (R2)</p>
NEGATIVNÍ ZKUŠENOST	3	<p>„ ..., bohužel, asi měl lékař zrovna špatný den nebo opravdu nepříjemnou službu, ale po příchodu mě sotva pozdravil, ... ” (R11)</p> <p>„ ..., jako vyklepaná prvorodička jsem byla naprosto v šoku, že někdo v dnešní době může být tak arogantní, velká nespokojenost s celkovým přístupem, ... ” (R13)</p> <p>„ ..., cítila jsem se na obtíž, jako bych lékaře zdržovala od svačiny nebo kávy, celé vyšetření uspěchané, honem všechno rychle, hlavně ať je to hotové, ... ” (R5)</p>

OTÁZKA Č. 5 KATEGORIE: VYLEPŠENÍ	ČETNOST VÝSKYTU KÓDU	VYBRANÉ TRANSKRIPCE ROZHOVORŮ
KOMUNIKACE	5	<p>„ ..., ocenila bych více lidských slov, ne neustále používání lékařského slovníku, ... ” (R11)</p> <p>„ ..., lékař byl cizinec, a i když se fakt snažil, tak jsem spoustu věcí musela přelouskat sama nebo s pomocí sestřičky, ... ” (R3)</p> <p>„ ..., jsem člověk, co při jakémkoliv vyšetřování potřebuje, aby na něho ten lékař mluvil, říkal, co se děje teď, co bude dělat dál, co vidí, abych se nelekla něčeho studeného nebo nepříjemného zvuku, ... ” (R5)</p>
SOUKROMÍ	4	<p>„ ..., chlapům to je asi jedno, kdo je uvidí, ale já jako žena to soukromí třeba na odložení si oblečení potřebuji, ... ” (R2)</p> <p>„ ..., asi aby se neotevíraly dveře, když tam ležím bez podprsenky, ... (R12)</p>
VĚTŠÍ INFORMOVANOST	5	<p>„ ..., ráda bych dopředu věděla, co se bude dělat na dalším vyšetření, párkrát se mi stalo, že jsem přišla najezená a sestřička mně skoro až vynadala, že mi chce vzít krev, a to že musím být lačná, ... ” (R10)</p>
OTÁZKA Č. 5 KATEGORIE: INFORMOVANOST	ČETNOST VÝSKYTU KÓDU	VYBRANÉ TRANSKRIPCE ROZHOVORŮ
DOSTATEČNÁ	5	<p>„ ..., informace mi stačily, přesně jsem věděla co dělat a čemu se spíše vyhnout, ... ” (R9)</p>

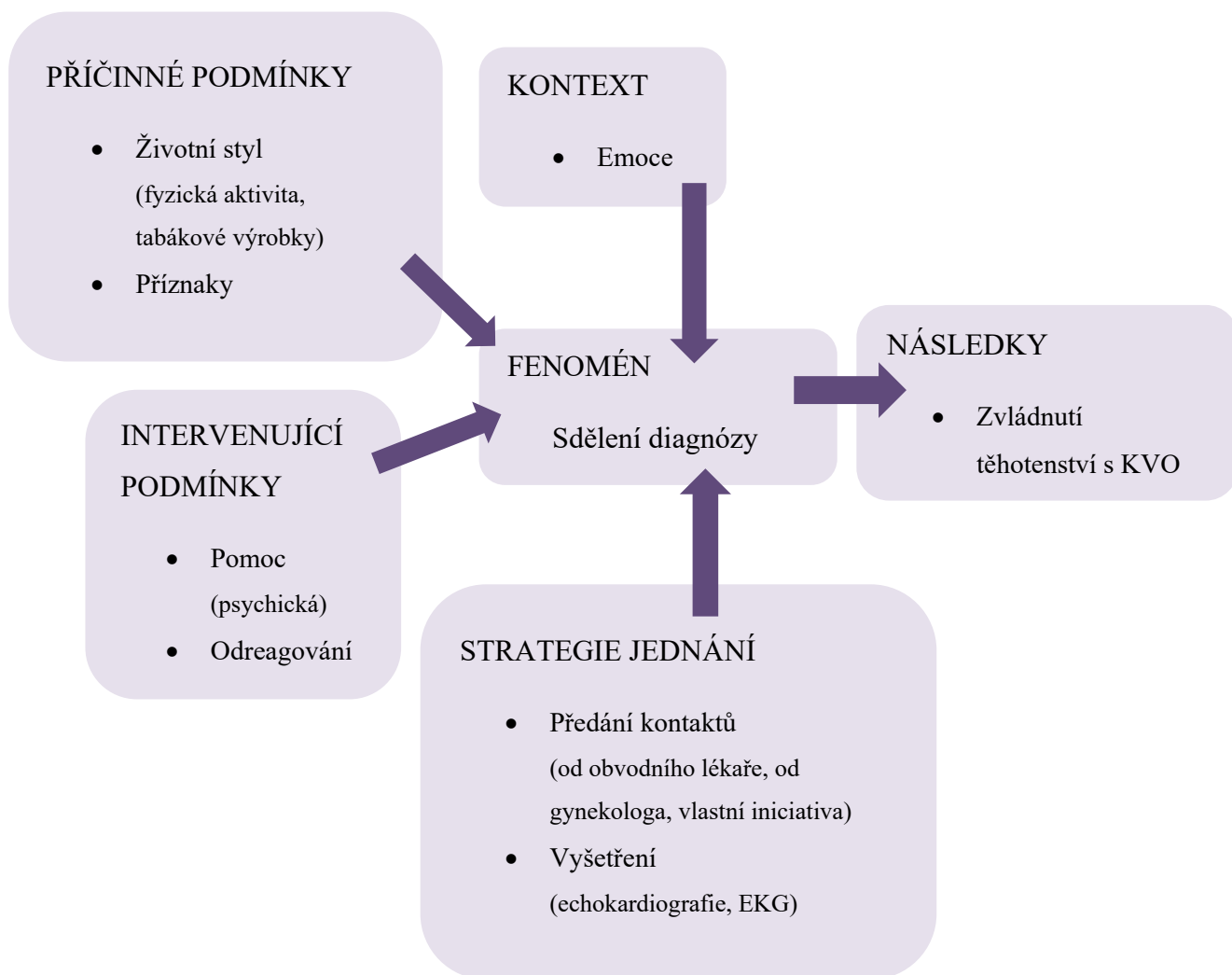
		<p>„ ..., nepřipadala jsem si neinformovaná, všechno bylo v pořádku, o svém onemocnění jsem věděla vše potřebné, a pokud jsem měla dotaz, tak jsem věděla, že se můžu kdykoliv na cokoli zeptat, ... ” (R1)</p>
NEDOSTATEČNÁ	5	<p>„ ..., chtěla bych vědět víc, než jen že mám onemocnění srdce, které není smrtelné a se kterým se dá spontánně porodit, ... ” (R13)</p> <p>„ ..., občas bych potřebovala dovysvětlit, co jednotlivé názvy nebo označení znamenají, někdy jsem byla zmatená a představovala si tu nejhorší možnou situaci, ... ” (R15)</p>
OTÁZKA Č. 6 KATEGORIE: POMOC	ČETNOST VÝSKYTU KÓDU	VYBRENÉ TRANSKRIPCE ROZHOVORŮ
PSYCHICKÁ	12	<p>„ ..., po psychické stránce jsem se naprosto složila, nemohla jsem nic, sama jsem nezvládala nic, ... ” (R2)</p> <p>„ ..., nebylo to zrovna nejrůžovější období v tom období těhotenství, ale asi jsem jen potřebovala chvíli pro sebe, pak se to srovnalo, člověk jen potřebuje vědět, že na to není sám a že má po boku toho partnera, ... ” (R5)</p> <p>„ ..., svůj stav nebo teda spíš stavy bych popsala jako jednou nahoře a jednou dole, ... ” (R6)</p> <p>„ ..., nejhorší byly asi začátky, nevěděla jsem, kde začít, jak se k tomu postavit, ale časem se to zlepšilo a mohla jsem normálně fungovat, takže bych řekla, že ta psychická pomoc od těch nejbližších pomáhá fakt nejvíc, ... ” (R12)</p>

PŘÍPRAVY	10	<p>„ ..., potřebovala jsem něco dělat, takže jsme zahájili přípravy. Nábytek, oblečení, všechny ty potřebné věci, knížky, vybírali jsme nový kočárek, četla jsem, co dětem dávat a co naopak ne, jak má vypadat dětská postýlka, prostě pořád jsem něco dělala, abych nemyslela na ty negativní věci, ... ” (R13)</p> <p>„ ..., pro takové to pozitivní naladění jsem třeba připravila alba na fotky. Moje maminka dělala alba už v těhotenství a vlastně už od narození mám třeba svoje fotky ještě z porodnice z postýlky, ... ” (R15)</p>
OTÁZKA Č. 6 KATEGORIE: ODREAGOVÁNÍ	ČETNOST VÝSKYTU KÓDU	VYBRANÉ TRANSKRIPCE ROZHOVORŮ
ČETBA	4	<p>„ ..., čtení knížek, ale ne jen těch o těhotenství a nechtutství a jak se starat o novorozeně, prostě klasické knížky, normální děj a zakončení, ... ” (R7)</p> <p>„ ..., třeba při čtení knížek jsem se dokázala na chvíli zastavit a být v tom svém světě, kdy jsem nemusela nic řešit ani plánovat, ... ” (R14)</p> <p>„ ..., já tedy nečtu klasické knížky, ale mám ráda komiksy, kde zároveň беру inspiraci pro svoje kreslení komiksů, ... ” (R8)</p>
FYZICKÁ AKTIVITA	9	<p>„ ..., pohyb, jednoznačně pohyb, na vyčištění hlavy nejlepší možné řešení, jen ta procházka se psem vám tak pomůže srovnat si myšlenky v hlavě a v případě naštvání i vychladnout, ... ” (R1)</p> <p>„ ..., já tedy měla docela bolesti zad, které mě pořád vracely do toho přemýšlení o těhotenství, tak jsem se</p>

		<p><i>rozhodla chodit pravidelně plavat, a pomohlo to tedy na obojí, jednak jsem myslela především na správný dech, zároveň mi to pomohlo od bolestí, ...”</i></p> <p><i>(R4)</i></p> <p><i>„ ..., asi procházky, protože jsem vždycky někam vyrazila, šla třeba kolem kavárny, tam měli něco sladkého ve výloze, tak jsem skončila na kávě a větrníku, no a hned bylo veseleji, ...” (R9)</i></p>
UMĚNÍ	6	<p><i>„ ..., víte, jak se říká, že každý dětský pokoj by měl mít nějaký svůj motiv? Tak já během těhotenství vzala paletu, barvy a malovala jsem pokoj, který jsem nakonec udělala na motivy Krásky a zvířete, ...” (R11)</i></p> <p><i>„ ..., chodili jsme s přítelem do kina a do divadla, chtěla jsem si užít více společného času před porodem, ...” (R3)</i></p> <p><i>„ ..., tedy nevím, jestli se to dá označit jako umění, ale já mohla snad každý druhý den něco péct. Dorty, sušenky, bábovky, koláče a tak, úplně jsem se v tom vyžívala, ...” (R10)</i></p>

6 DISKUZE

Kapitola diskuze je věnována celkovému shrnutí celé průzkumné části této bakalářské práce. Rozhovory vedené s respondentkami byly doslovnou transkripcí přepsány a zakódovány pomocí metody otevřeného kódování, díky níž vznikly hlavní poznámky a myšlenky respondentek. Následně axiálním kódováním vznikly dva fenomény, jimiž jsou sdělení diagnózy a chování personálu. Výsledky axiálního kódování jsou vyobrazeny pomocí obrázků a popsány níže v textu. *Obrázek 1* představuje fenomén *Sdělení diagnózy*.



Obrázek 1 - Axiální kódování – fenomén *Sdělení diagnózy* (Zdroj: Vlastní)

Fenomén *Sdělení diagnózy* je v tabulce otevřeného kódování rozdělen na kódy **před graviditou** (7) a **v průběhu gravidity** (8). Studie Biswasové a Ifthikara z roku 2023 říká, že některá ze srdečních onemocnění vznikají na základě preexistujících podmínek nebo rizikových faktorů, kterými žena disponuje ještě před graviditou, a na jejichž základě může i vlivem hormonů vzniknout srdeční onemocnění, které je diagnostikováno později v graviditě. Za rizikové faktory jsou označovány například hypertenze, diabetes mellitus či obezita. Roli zde zastupuje i životní styl ženy před a během gravidity. Z důvodu narůstajících počtů žen trpících obezitou nebo vysokými hodnotami krevního tlaku narůstají i procenta těhotných žen postižených kardiovaskulárním onemocněním. Zatímco v roce 2017 bylo přibližně 0,2 – 0,4 % těhotenství postiženo určitým kardiovaskulárním onemocněním, v roce 2024 se tato hodnota vyšplhala na 1 – 4 % všech těhotenství. Stejně jako v této práci se celosvětově přibližně polovina žen dozví o svém kardiovaskulárním onemocnění před otěhotněním a zbylá polovina až v průběhu gravidity.

V rozhovorech vedenými s respondentkami je *Sdělení diagnózy* spojováno s projevem jejich emocí, tedy jaké, a pokud vůbec, ženy projevovaly emoce během sdělování jejich diagnózy. Z popisovaných emocí nejčastěji respondentky uvádějí **strach**. Strach byl již v roce 1971 zařazen psychology Paulem Ekmanem a Wallaceem Friesenem mezi šest základních emocí u člověka. Ti pomocí uspořádání obličejových svalů určili jako základní emoce radost, smutek, zlost, strach, překvapení a znechucení. Nejvíce emocí respondentky prožívaly právě v okamžiku sdělování diagnózy a při následných vyšetřeních prováděných během gravidity. Respondentky nejvíce zmiňovaly strach o vývoj plodu.

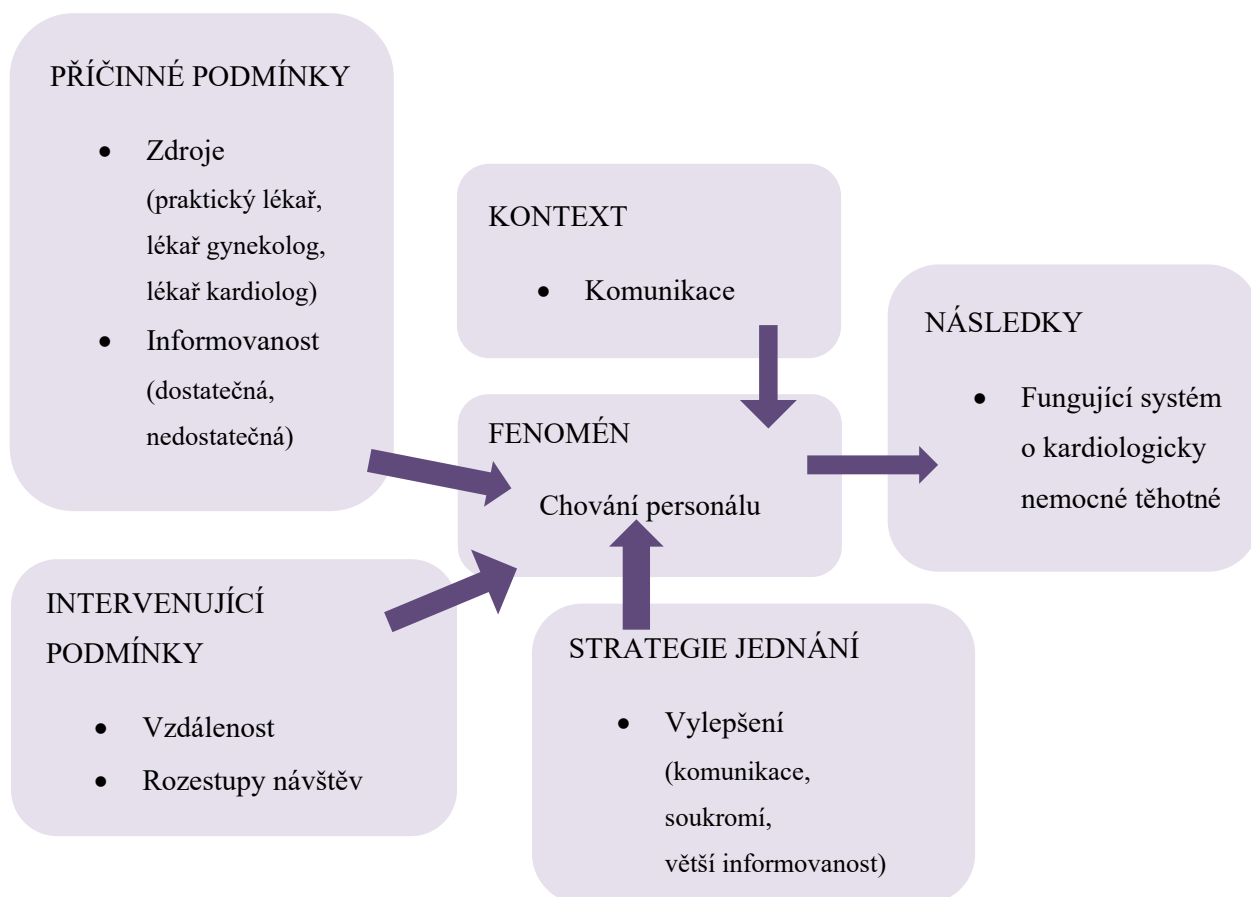
Za příčinné podmínky, tedy podmínky, které vedly k tomuto stavu, byly zvoleny kategorie *Životní styl* a *Příznaky*. V kategorii životního stylu jedenáct respondentek uvedlo **užívání tabákových výrobků**, jež může mít vliv na vznik či zhoršení stávajícího kardiovaskulárního onemocnění. Že kouření ohrožuje až dvojnásobné riziko vzniku kardiovaskulárního onemocnění potvrzují i slova prof. MUDr. Evy Králíkové, CSc., (2020) která uvádí: „..., *kouření zhruba zdvojnásobuje kardiovaskulární riziko, cévy poškozují i malá dávka tabákového kouře.*” Respondentky v odpovědích uvádějí také stres ze zaměstnání či nedostatek času, který se výrazně podílel či podílí na jejich životním stylu. Ten je také ovlivňován jejich finančními prostředky. Nejčastějším příznakem doprovázejícím kardiovaskulární onemocnění v těhotenství uvádí respondentky **únavu**.

Za intervenující podmínky byly zvoleny kategorie *Pomoc* a *Odreagování*. Pod pojmem pomoc respondentky hojně uvádějí **pomoc po psychické stránce**, a to primárně v okamžicích při nebo chvíli po sdělení jejich diagnózy. Nejčastěji respondentky jako jejich největší psychickou oporu uvádějí přítomnost partnera a dalších rodinných příslušníků. V kategorii odreagování nejvíce respondentek zmiňuje **vykonávání fyzické aktivity** ve volné přírodě a zařazení **umění** do jejich životů například návštěvou divadla nebo pečením.

V oblasti strategie jednání, aneb jaké kroky byly podniknuty v souvislosti se sdělením samotné diagnózy jednotlivých onemocnění, jsou zmíněny kategorie *Předání kontaktů* a *Vyšetření*. Kategorie předání kontaktů se zaměřovala na primární zdroj, který respondentce předal kontakty na jednotlivá kardiologicky zaměřená oddělení, pracoviště či ambulance. Celkově bylo do kardiologických poraden odesláno deset z celého počtu patnácti respondentek. Pět z nich předal kontakty na kardiologii jejich **obvodní gynekolog** při jejich pravidelných návštěvách. Poznatek odesílání těhotných žen na kardiologii jejich obvodním gynekologem zmiňuje i prof. MUDr. Jan Krejčí, Ph.D., FHFA, přednosta I. interní kardiologické kliniky Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně (2023), který uvádí: „*Při problémech v těhotenství obvykle ženy jako prvního kontaktují gynekologa, který by v případě podezření na srdeční onemocnění měl provést laboratorní vyšetření na stanovení hladin tzv. natriuretických peptidů a při jejich zvýšení doporučit kardiologické vyšetření.*”. Tři respondentky do kardiologické ambulance odeslal jejich **praktický lékař** a zbylé dvě si kardiologa vyhledaly z **vlastní iniciativy**. Všechny respondentky navštěvující během gravidity kardiologa (10) uvádějí při každé kontrole provedení **echokardiografie**. Ntobeko Ntusi z časopisu *Cardiovascular Journal of Africa* (2016) echokardiografii vyzdvihuje především z důvodu kompletní bezpečnosti zdraví pro těhotnou ženu i plod. Zastoupení tohoto vyšetření je ve vybraném souboru respondentek 100 %. Dalším často prováděným vyšetřením respondentek je **EKG**. Opak naznačuje studie Jonathana Zipurskyho z roku 2021, kde bylo sledováno přes tři miliony těhotných žen, z nichž přibližně 157 000 (5 %) z nich podstoupilo v průběhu prenatální péče EKG vyšetření.

Následek spojení všech výše zmíněných oblastí a kategorií tvoří *Zvládnutí těhotenství s kardiovaskulárním onemocněním*. V případě sdělování diagnózy a ke zvládnutí gravidity s přítomností kardiovaskulárního onemocnění je tedy přítomna spojitost s životním stylem před graviditou, emoce, a vliv mají také jednotlivá vyšetření a pomoc od rodinných příslušníků.

Obrázek 2 věnuje pozornost fenoménu *Chování personálu* a oblastem věnujícím se komunikaci, informovanosti a schopnosti plánovat vhodné rozestupy mezi jednotlivými návštěvami.



Obrázek 2 - Axiální kódování – fenomén *Chování personálu* (Zdroj: Vlastní)

Fenomén chování personálu úzce souvisí s kontextem *Komunikace*. V této kategorii respondentky uvádějí jak komunikaci mezi partnery, kteří byli pro respondentky jejich oporou, tak i komunikaci respondentek s lékařskými i nelékařskými pracovníky. Jedenáct žen uvedlo, že první volbou pro mluvení o daném zdravotním problému pro ně byl jejich partner. Druhé místo obsadila respondentčina rodina. Výsledky této otázky naznačují, že primárními osobami, se kterými nemocná žena probírá svůj zdravotní stav, jsou její **partner** a její **rodina**.

Za příčinné podmínky byly stanoveny kategorie *Zdroje* a *Informovanost*. Otázka zaměřená na zdroje mapovala, kde nebo od koho si respondentky zjišťovaly informace ohledně jejich konkrétního onemocnění, které jim bylo před graviditou nebo během ní diagnostikováno. První příčku nejčastěji zmiňovaného zdroje obsadilo využití **internetových stránek**

nebo odkazů, jež využilo třináct z celkového počtu patnácti dotazovaných. Mezi nejčastější argumenty patří rychlost vyhledání odpovědi a dostupnost bez zdlouhavého čekání na lékaře. Odpověď těchto 13 respondentek potvrzuje online průzkum autorů Ondřeje Pleskota a Jitky Rusové s názvem *Internet – hrozba, nebo naděje české zdravotní gramotnosti?* vydaný časopisem Kontakt v roce 2018. Autoři říkají: „V online průzkumu bylo zjištěno, že 68 % z 1 013 dotazovaných preferuje jako první volbu pro hledání odpovědi v otázkách týkajících se zdraví internet, 45 % dotázaných pak hledalo pomoc s akutními potížemi a pouze 29 % uvedlo, že se na sledovaných internetových stránkách vzdělávají.“ Kategorie informovanost měla za úkol zhodnotit dostatečnost či nedostatečnost předávání informací ohledně zdravotního stavu o kardiovaskulárním onemocnění přímo kardiologem. Z deseti žen navštěvujících ambulance nebo poradny pro kardiologicky nemocné jich pět bylo s předáváním informací spokojeno. Zbylých pět respondentek by uvítalo informací více a více podrobněji vysvětlené. Tyto ženy označily informovanost za nedostatečnou.

Z rozhovorů vyplývá, že každé onemocnění vyžadovalo rozdílné rozestupy návštěv a rozdílné vyšetřovací metody. Nejkratší rozestupy návštěv dotazovaných respondentek kardiologické poradny byly **po dvou týdnech**, nejdelší časový rozestup je uváděn **po šesti týdnech**. Kromě míry informovanosti respondentky zmiňovaly i vzdálenost, jež absolvovaly z jejich místa bydliště na své kardiologické pracoviště. Drtivá většina respondentek navštěvovala pracoviště **v místě bydliště**, tudíž nemusely hledat kardiologii mimo toto místo. Pouze dvě respondentky uvedly, že na pravidelná vyšetření dojížděly na pracoviště mimo místo svého bydliště. Respondentka č. 13 zvolila jiné pracoviště než v jejím místě bydliště v návaznosti na nevhodné chování lékaře kardiologa během její první návštěvy tohoto pracoviště. Respondentka č. 2 volila nejbližší možné pracoviště, které se ale nachází mimo místo jejího bydliště.

Oblast strategie jednání obsahuje pouze jednu kategorii, kterou je *Vylepšení*. V této kategorii ženy zmiňují oblasti, které by chtěly při svých návštěvách u gynekologa nebo kardiologa vylepšit. Patří sem **komunikace**, **soukromí** a **větší informovanost**, jež navazuje na již zmíněnou kategorii *Informovanost*. V kategorii komunikace respondentky uvádějí například nadměrné používání lékařských termínů, kterým běžný občan a nezdravotník nerozumí, časté lékaře kardiologie z ciziny, kteří česky umí pouze základní termíny a komunikace tak vážne, nebo že by uvítaly detailnější popis jednotlivých vyšetřovacích metod. Oblastí jazykové bariéry se zabývá výzkum H. A. Shamsiho et. al z roku 2020, který jazykovou bariéru označil za příčinu nízké spokojenosti pacientů s průběhem vyšetření, jejich nedostatečný pocit bezpečí a častou recidivu. Doporučil užívání doslovných překladačů, jež by mohly vylepšit spokojenost pacientů

a snížit tak jejich opakované návštěvy. V oblasti soukromí bylo zmiňováno otevírání dveří vedoucích do frekventované části nemocniční chodby bez užití závěsů pro zakrytí respondentky nebo dalších metod udržení soukromí. Větší informovanost by respondentky uvítaly zejména v oblasti vědomostí o jejich současném zdravotním stavu a o stavu plodu. Zároveň respondentky zmiňují vhodnost předání informací ohledně následujících vyšetření a jejich průběhu, aby věděly, jak se na dané vyšetření připravit.

Během výzkumu bylo respondentkami zmiňováno nevhodné chování personálu, ve kterém hrála roli verbální i neverbální komunikace. Ačkoliv 7 z 10 respondentek navštěvujících lékaře kardiologa uvádí pozitivní zkušenost, respondentky č. 5, 11 a 13 uvádí zkušenost negativní. Mezi důvody uvádějí nedostatečnou komunikaci, nevyhovující přístup a chování lékaře či dojem příliš uspěchaného a odbytého vyšetření.

Za předpokladu úpravy a náprav výše zmíněných negativních odpovědí, jež respondentky poskytly, ale i v souvislosti s pozitivními odpověďmi respondentek, vzniká za následek *Fungující systém o kardiologicky nemocné těhotné.*

Dalším porovnáváním dat a hledáním jejich hlubších souvislostí vznikla centrální kategorie, jež provázela celý prováděný průzkum s vybraným souborem respondentek. Centrální kategorií byla zvolena *Komunikace*, jež tvoří nedílnou součást respondentek i lékařů v průběhu sdělování diagnóz, ale i v chování personálu, kde může být pozorována komunikace verbální i neverbální.

O tom, že je komunikace základním faktorem interakce mezi zdravotníky a pacienty, nasvědčuje i studie Abukariho Kwameho a Pammlý M. Petruckové (2021). Jejich výzkum tvrdí, že pokud se zdravotnický personál plně věnuje pacientům a komunikuje s nimi, navozuje tak přátelštější atmosféru a zvyšuje pacientovu důvěru.

Na problémovou komunikaci mezi zdravotnickým personálem a pacienty upozorňuje i studie Mojgana Lotfiho a jeho týmu z roku 2019. Výsledky prokazují, že více než polovina z 295 účastníků výzkumu se při setkání s lékařem nebo jiným zdravotníkem necítí komfortně. Až 80 % účastníků neznalo ošetřující personál jménem a popisuje komunikaci jako velmi slabou. Lofti ve svém výzkumu poukazuje i na význam řeči těla zdravotnického personálu, tedy na komunikaci neverbální.

7 ZÁVĚR

Kardiovaskulární onemocnění v těhotenství a během porodu jsou i nadále významným zdravotním problémem, který vyžaduje komplexní a interdisciplinární přístup k diagnostice, léčbě a prevenci. Jak bylo ukázáno v této práci, těhotenství je obdobím výrazných fyziologických změn, které mohou zhoršit stávající kardiovaskulární problémy nebo přispět k rozvoji nových onemocnění, jež mohou mít vážné následky pro matku i plod. Přestože se kardiovaskulární onemocnění v těhotenství v porovnání s jinými těhotenskými komplikacemi vyskytují relativně vzácně, jejich výskyt v posledních desetiletích vzrostl, což souvisí s demografickými změnami, rostoucí prevalencí chronických nemocí a pokročilým věkem matek.

Teoretická část práce se věnovala charakteristice jednotlivých onemocnění, rizikovým faktorům jejich vzniku a možnostem jejich řešení, což bylo druhým a třetím cílem teoretické části.

Průzkumná část se věnovala těhotným ženám před porodem a ženám krátce po porodu, kterým před těhotenstvím nebo v průběhu těhotenství bylo diagnostikováno onemocnění kardiovaskulárního systému. Cílem průzkumné části bylo popsat, v jakém psychickém rozpoložení se respondentky po diagnostice kardiovaskulárního onemocnění nacházely, či co jim v těhotenství se srdečním onemocněním pomáhalo, nebo naopak co by chtěly ze strany lékařských i nelékařských pracovníků vylepšit. Tím mohla být alespoň částečně zmapována kvalita péče o kardiologicky nemocné těhotné. Z provedeného kvalitativního výzkumu vyplývá, že jedna třetina respondentek zůstala po diagnostice kardiovaskulárního onemocnění v péči gynekologa či praktického lékaře. Zbylé dvě třetiny respondentek byly odeslány na pečlivější sledování do kardiologických poraden či center. Z výzkumu také vyplývá, že respondentky vítají otevřenou komunikaci se zdravotnickým personálem a všímají si i komunikace neverbální, která má pro ně stejný význam jako komunikace verbální.

V léčbě kardiovaskulárních onemocnění je důležité přistupovat k těhotným ženám individuálně a přizpůsobit terapeutické strategie aktuálním potřebám matky a plodu. Použití některých léků, jako jsou antihypertenziva nebo antikoagulantia, může být omezeno nebo vyžaduje pečlivé monitorování vzhledem k možným nežádoucím účinkům na plod. Multidisciplinární spolupráce mezi kardiology, gynekology, anesteziology a dalšími specialisty je klíčová pro zajištění nejlepší péče a minimalizaci rizik. Tato bakalářská práce ukázala,

že kardiovaskulární onemocnění v těhotenství a za porodu jsou komplexním problémem, který vyžaduje vysokou míru odbornosti a zajištění kontinuální péče. Význam včasné diagnostiky, pravidelného monitorování a individuálně nastavené léčby nelze podceňovat. Současně je nutné i nadále zdůrazňovat prevenci a osvětu v oblasti kardiovaskulárního zdraví, přičemž klíčovým faktorem zůstává celkový zdravotní stav ženy ještě před těhotenstvím.

Vzhledem k rostoucímu počtu žen s kardiovaskulárními problémy, které se rozhodnou pro těhotenství, je nezbytné, aby zdravotnický systém reagoval na tuto výzvu a zajistil adekvátní péči těmto ženám po celou dobu těhotenství, porodu a poporodního období. Kardiovaskulární onemocnění mohou výrazně ovlivnit kvalitu života žen i zdraví jejich dětí, a proto je důležité věnovat se této problematice nejen na úrovni výzkumu, ale i v klinické praxi. Kromě samotné péče o kardiologicky nemocné je neméně důležité udržovat s nimi zmíněnou komunikaci a důslednou informovanost.

8 POUŽITÁ LITERATURA

ADÁMKOVÁ, Věra, 2017. Náhlá srdeční smrt. *Medicína po promoci* [online]. Medical Tribune, 15 (4) [cit. 2024-10-22]. ISSN 1214-8911.

AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2023. Classes and Stages of Heart Failure. In: *Heart.org* [online]. Copyright American Heart Association, 2024 [cit. 2024-10-01]. Dostupné z: <https://heart.org/en/health-topics/heart-failure/what-is-heart-failure/classes-of-heart-failure>

BINDER, T. et al., 2020. *Nemoci v těhotenství*. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-271-2009-3.

BISWAS, Mimi a Syed IFTHIKAR, 2023. Cardiac Disease in Pregnancy. IN: *Ncbi.nlm.nih.gov* [online]. Copyright StatPearls Publishing LLC, 2025 [cit. 2025-03-29]. Dostupné z:

BULAVA, Jan, 2017. *Kardiologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-271-0468-0.

ČERNÝ, A. et al., 2014. Embolie plodovou vodou – přehledový článek. *Česká gynekologie* [online]. Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně, z.s., 79 (4), 255-259 [cit. 2024-10-11]. ISSN 1805-4455.

ČESKÁ GYNEKOLOGICKÁ A PORODNICKÁ SPOLEČNOST, 2019. Management hypertenzních onemocnění v těhotenství. In: *Perinatologie.eu* [online]. Copyright Doporučené postupy ČGPS ČLS JEP, 2019 [cit. 2025-01-02]. Dostupné z: <https://www.perinatologie.eu/wp-content/uploads/2019/04/2019-06-management-hypertenznich-onemocneni-v-tehotenstvi-dp-cgps-cls-jep-revize.pdf>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2019. Průměrný věk žen při narození 1. dítěte v letech 1950 – 2019. In: *Csu.gov.cz* [online]. Copyright Český statistický úřad (ČSÚ), 2025 [cit. 2025-01-08]. Dostupné z: <https://csu.gov.cz/prumerny-vek-zen-pri-narozeni-1-ditete-v-letech-1950-2019>

EKMAN, Paul a Wallace FRIESEN, 1971. Constants across cultures in the face and emotion. *Journal of Personality and Social Psychology* [online]. American Psychological Association, 17 (2), 124-129 [cit. 2025-02-21]. ISSN 0022-3514. DOI 10.1037/h0030377.

GREER, O. et al., 2023. Cardiogenic shock in pregnancy. *Bjog: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* [online]. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 131 (2), 127-139 [cit. 2024-10-14]. ISSN 1471-0528. DOI 10.1111/1471-0528.17645.

GREGORA Martin a Miloš VELEMÍNSKÝ, 2017. *Těhotenství a mateřství*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-5579-3.

HENDL, Jan, 2012. *Kvalitativní výzkum – základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál. 407 s. ISBN 978-80-262-0219-6.

INSTITUT KLINICKÉ A EXPERIMENTÁLNÍ MEDICÍNY, 2024. Akutní srdeční selhání. In: *Ikem.cz* [online]. Copyright Institut klinické a experimentální medicíny, 2024 [cit. 2024-10-18]. Dostupné z: <https://www.ikem.cz/cs/akutni-srdecni-selhani/a-427/>

INSTITUT KLINICKÉ A EXPERIMENTÁLNÍ MEDICÍNY, 2024. Antikoagulační léčba warfarinem. In: *Ikem.cz* [online]. Copyright Institut klinické a experimentální medicíny, 2024 [cit. 2024-10-16]. Dostupné z: <https://www.ikem.cz/cs/antikoagulacni-lecba-warfarinem/a-2000/>

INSTITUT KLINICKÉ A EXPERIMENTÁLNÍ MEDICÍNY, 2024. Disekce aorty. In: *Ikem.cz* [online]. Copyright Institut klinické a experimentální medicíny, 2024 [cit. 2024-10-14]. Dostupné z: <https://www.ikem.cz/cs/kardiocentrum/klinika-kardiovaskularni-chirurgie/o-nas/co-u-nas-lecime/onemocneni-hrudni-aorty/a-2428/>

INSTITUT KLINICKÉ A EXPERIMENTÁLNÍ MEDICÍNY, 2024. Elektrická kardioverze. In: *Ikem.cz* [online]. Copyright Institut klinické a experimentální medicíny, 2024 [cit. 2024-10-22]. Dostupné z: <https://www.ikem.cz/cs/elektricka-kardioverze/a-402/>

INSTITUT KLINICKÉ A EXPERIMENTÁLNÍ MEDICÍNY, 2024. Chlopenní srdeční vady. In: *Ikem.cz* [online]. Copyright Institut klinické a experimentální medicíny, 2024 [cit. 2024-10-15]. Dostupné z: <https://www.ikem.cz/cs/chlopenni-srdecni-vady/a-437/>

INSTITUT KLINICKÉ A EXPERIMENTÁLNÍ MEDICÍNY, 2024. Implantace kardioverter-defibrilátoru (ICD). In: *Ikem.cz* [online]. Copyright Institut klinické a experimentální medicíny, 2024 [cit. 2024-10-22]. Dostupné z: <https://www.ikem.cz/cs/implantace-kardioverter-defibrilatoru-icd/a-404/>

INSTITUT KLINICKÉ A EXPERIMENTÁLNÍ MEDICÍNY, 2024. Infarkt myokardu. In: *Ikem.cz* [online]. Copyright Institut klinické a experimentální medicíny, 2024 [cit. 2024-10-08]. Dostupné z: <https://www.ikem.cz/cs/infarkt-myokardu/a-429/>

INSTITUT KLINICKÉ A EXPERIMENTÁLNÍ MEDICÍNY, 2024. Katetrizační ablace arytmií. In: *Ikem.cz* [online]. Copyright Institut klinické a experimentální medicíny, 2024 [cit. 2024-10-22]. Dostupné z: <https://www.ikem.cz/cs/katetrizacni-ablace-arytmii/a-406/>

INSTITUT KLINICKÉ A EXPERIMENTÁLNÍ MEDICÍNY, 2024. Náhlá srdeční smrt. In: *Ikem.cz* [online]. Copyright Institut klinické a experimentální medicíny, 2024 [cit. 2024-10-22]. Dostupné z: <https://www.ikem.cz/cs/nahla-srdecni-smrt/a-443/>

INSTITUT KLINICKÉ A EXPERIMENTÁLNÍ MEDICÍNY, 2024. Plicní embolie. In: *Ikem.cz* [online]. Copyright Institut klinické a experimentální medicíny, 2024 [cit. 2024-10-11]. Dostupné z: <https://www.ikem.cz/cs/plicni-embolie/a-445/>

INSTITUT KLINICKÉ A EXPERIMENTÁLNÍ MEDICÍNY, 2024. Srdeční selhání. In: *Ikem.cz* [online]. Copyright Institut klinické a experimentální medicíny, 2024 [cit. 2024-10-18]. Dostupné z: <https://www.ikem.cz/cs/srdecni-selhani/a-414/>

JORDAN, J. et al., 2018. Arterial Hypertension – Diagnosis and Treatment. *Deutsches Ärzteblatt international* [online]. Cologne: Deutscher Ärzte-Verlag, 115 (33-34), 557-568 [cit. 2024-10-02]. ISSN 1866-0452. DOI 10.3238/arztebl.2018.0557.

KARAFIÁTOVÁ, L. et al., 2017. Peripartální kardiomyopatie – kasuistika a stručný přehled. *Cor et Vasa* [online]. Česká kardiologická společnost a Česká společnost kardiovaskulární chirurgie, 59 (3), 272-276 [cit. 2024-10-13]. ISSN 1803-7712. DOI 10.1016/j.crvasa.2016.12.013.

KARDIOCHIRURGICKÁ KLINIKA FAKULTNÍ NEMOCNICE HRADEC KRÁLOVÉ, 2024. Co je ischemická choroba srdeční. In: *Fnhk.cz* [online]. Copyright FN HK, 2024 [cit. 2024-10-06]. Dostupné z: <https://www.fnhk.cz/kch/koronarni-tepny/co-je-ischemicka-choroba-srdecni>

KARDIOCHIRURGICKÁ KLINIKA FAKULTNÍ NEMOCNICE HRADEC KRÁLOVÉ, 2024. Onemocnění hrudní aorty. In: *Fnhk.cz* [online]. Copyright FN HK, 2024 [CIT. 2024-10-14]. Dostupné z: <https://www.fnhk.cz/kch/hrudni-aorta/onemocneni-hrudni-aorty>

KARDIOCHIRURGICKÁ KLINIKA FAKULTNÍ NEMOCNICE HRADEC KRÁLOVÉ, 2024. Mitrální vady. In: *Fnhk.cz* [online]. Copyright FN HK, 2024 [CIT. 2024-10-15]. Dostupné z: <https://www.fnhk.cz/kch/chlopenni-vady/mitralni-vady>

KARDIOLOGIE NA BULOVCE, 2024. Chlopenní srdeční vady. In: *Kardiologie-sro.cz* [online]. Copyright Kardiologie na Bulovce, 2024 [cit. 2024-10-15]. Dostupné z: <https://www.kardiologie-sro.cz/resene-obtize/chlopenni-srdecni-vady/>

KARDIOLOGIE NA BULOVCE, 2024. Srdeční selhání. In: *Kardiologie-sro.cz* [online]. Copyright Kardiologie na Bulovce s.r.o., 2024 [cit. 2024-10-18]. Dostupné z: <https://www.kardiologie-sro.cz/resene-obtize/srdecni-selhani/>

KRAJSKÁ NEMOCNICE LIBEREC, 2024. Koronární angioplastika. In: *Nemlib.cz* [online]. Copyright Krajská nemocnice Liberec, a.s., 2024 [cit. 2024-10-07]. Dostupné z: <https://www.nemlib.cz/koronarni-angioplastika/>

KRÁLÍKOVÁ, Eva, 2020. Nikotin – kouření a kardiovaskulární rizika – základní pojmy. *Kardiologická revue – Interní medicína* [online]. Care Comm s.r.o., 22 (1), 26-28 [cit. 2025-03-13]. ISSN 2336-2898.

KREJČÍ, Jan, 2018. Srdeční selhání, kardiomyopatie a gravidita. *Kardiologická revue – Interní medicína* [online]. Care Comm s.r.o. 20 (4), 256-259 [cit. 2024-10-12]. ISSN 2336-2898.

KREJČÍ, Jan, 2023. Přibývá žen, kterým v těhotenství selhává srdce. *Florence* [online]. Care Comm s.r.o., 15 (3) [cit. 2025-02-21]. ISSN 2570-4915.

KWAME Aburaki a Pammla M. PETRUCKA, 2021. A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: barriers, facilitators, and the way forward. *BMC Nurs* [online]. BioMed Central, 158 (20) [cit. 2023-03-26]. ISSN 1472-6955. DOI 10.1186/s12912-021-00684-2.

LÁBROVÁ, Růžena, 2022. Farmakoterapie arytmií v těhotenství. *Remedia* [online]. Medical Tribune, 32 (5), 134-138 [cit. 2024-10-22]. ISSN 2336-3541.

LINHARTOVÁ, Kateřina, 2018. Těhotenství a chlopenní vady. *Kardiologická revue – Interní medicína* [online]. Care Comm s.r.o. 20 (4), 269-272 [cit. 2024-10-15]. ISSN 2336-2898.

LOFTI, M. et. al, 2019. Assessment of nurse-patient communication and patient satisfaction from nursing care. *Nusr Open* [online]. John Wiley & Sons, Inc, 6 (3), 1189-1196 [cit. 2025-03-26]. ISSN 2054-1058. DOI 10.1002/nop2.316.

MANNOVÁ, J. et al., 2017. Hluboká žilní trombóza a plicní embolie v těhotenství. *Anesteziologie a intenzivní medicína* [online]. Solen, s.r.o., 28 (2), 93-100 [cit. 2024-10-11]. ISSN 1805-4412.

MENG, X. et al., 2021. Aortic dissection during pregnancy and postpartum. *Journal of Cardiac Surgery* [online]. John Wiley & Sons, 37 (7), 2510-2517 [cit. 2024-10-13]. ISSN 1540-8191. DOI 10.1111/jocs.15575.

MIKOLÁŠKOVÁ, M. et al., 2015. Náhlá srdeční smrt. *Kardiologická revue – Interní medicína* [online]. Care Comm s.r.o., 17 (2), 106-111 [cit. 2024-10-22]. ISSN 2336-2898.

MROWKA, Ralf, 2017. Arterial hypertension. *Acta Physiologica* [online]. John Wiley & Sons, 4 (219), 697-699 [cit. 2024-10-01]. ISSN 1748-1716. DOI 10.1111/apha.12855.

NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL, 2021. Chlopenní vady: diagnóza a léčba. In: *Nzip.cz* [online]. Copyright Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2024 [cit. 2024-10-15]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/966-chlopenni-vady-diagnoza-a-lecba>

NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL, 2021. Chlopenní vady: příčiny a příznaky. In: *Nzip.cz* [online]. Copyright Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2024 [cit. 2024-10-15]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/965-chlopenni-vady-priciny-a-priznaky>

NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL, 2021. Ischemická choroba srdeční. In: *Nzip.cz* [online]. Copyright Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2024 [cit. 2024-10-07]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/913-ischemicka-choroba-srdecni>

NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL, 2021. Srdeční selhání: příčiny a formy. In: *Nzip.cz* [online]. Copyright Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2024 [cit. 2024-10-18]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/961-srdecni-selhani-priciny-a-formy>

NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL, 2021. Srdeční selhání: příznaky a diagnóza. In: *Nzip.cz* [online]. Copyright Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2024 [cit. 2024-10-19]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/962-srdecni-selhani-priznaky-a-diagnoza>

NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL, 2024. Kardiovaskulární systém. In: *Nzip.cz* [online]. Copyright Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2024 [cit. 2024-09-22]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/579>

NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL, 2024. Srdeční selhání. In: *Nzip.cz* [online]. Copyright Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2024 [cit. 2024-10-18]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/kategorie/153-srdecni-selhani>

NEMOCNICE NA HOMOLCE, 2024. Akutní infarkt myokardu. In: *Homolka.cz* [online]. Copyright Nemocnice na Homolce, 2024 [cit. 2024-10-08]. Dostupné z: <https://www.homolka.cz/nase-oddeleni/11635-kardiovaskularni-program/11635-kardiologie-kar/11697-nase-sluzby/akutni-infarkt-myokardu>

NEMOCNICE NA HOMOLCE, 2024. Hypertenze. In: *Homolka.cz* [online]. Copyright Nemocnice Na Homolce, 2024 [cit. 2024-10-02]. Dostupné z: <https://www.homolka.cz/nase-oddeleni/11635-kardiovaskularni-program/11635-kardiologie-kar/11697-nase-sluzby/hypertenze>

NEMOCNICE NA HOMOLCE, 2024. Chronické srdeční selhání. In: *Homolka.cz* [online]. Copyright Nemocnice Na Homolce, 2024 [cit. 2024-10-18]. Dostupné z: <https://www.homolka.cz/nase-oddeleni/11635-kardiovaskularni-program/11635-kardiologie-kar/11697-nase-sluzby/chronicke-srdecni-selhani>

NEMOCNICE NA HOMOLCE, 2024. Ischemická choroba srdeční. In: *Homolka.cz* [online]. Copyright Nemocnice Na Homolce, 2024 [cit. 2024-10-18]. Dostupné z: <https://www.homolka.cz/nase-oddeleni/11635-kardiovaskularni-program/11635-kardiochirurgie-kch/co-lecime/chirurgicka-revaskularizace-myokardu/ischemicka-choroba-srdecni>

NEMOCNICE NA HOMOLCE, 2024. Kardiomyopatie. In: *Homolka.cz* [online]. Copyright Nemocnice Na Homolce, 2024 [cit. 2024-10-13]. Dostupné z: <https://www.homolka.cz/nase-oddeleni/11635-kardiovaskularni-program/11635-kardiologie-kar/informacni-portal-pro-pacienty/9-kardiomyopatie>

NEMOCNICE NA HOMOLCE, 2024. Náhlá srdeční smrt. In: *Homolka.cz* [online]. Copyright Nemocnice Na Homolce, 2024 [cit. 2024-10-22]. Dostupné z: <https://www.homolka.cz/nase-oddeleni/11635-kardiovaskularni-program/11635-kardiologie-kar/informacni-portal-pro-pacienty/nahla-srdecni-smrt>

NEMOCNICE NA HOMOLCE, 2024. Onemocnění chlopní srdce. In: *Homolka.cz* [online]. Copyright Nemocnice Na Homolce, 2024 [cit. 2024-10-15]. Dostupné z: <https://www.kardiologie-sro.cz/resene-obtize/chlopenni-srdecni-vady/>

NEMOCNICE NA HOMOLCE, 2024. Plicní embolie. In: *Homolka.cz* [online]. Copyright Nemocnice Na Homolce, 2024 [cit. 2024-10-11]. Dostupné z: <https://www.homolka.cz/nase-oddeleni/11635-kardiovaskularni-program/11635-kardiologie-kar/11697-nase-sluzby/plicni-embolie>

NEW YORK HEART ASSOCIATION, 2016. Specifications Manual for Joint Commission National Quality Measures. In: *Manual.jointcommission.org* [online]. Copyright The Joint Commission, 2016 [cit. 2024-10-07]. Dostupné z: <https://manual.jointcommission.org/releases/TJC2016A/DataElem0439.html>

NTUSI, N. et al, 2016. Diagnosing cardiac disease during pregnancy: imaging modalities. *Cardiovascular Journal of Africa* [online]. Durbanville: Clinics Cardive, 27 (2), 95-103 [cit. 2025-03-29]. ISSN 1680-0745. DOI 10.5830/CVJA-2016-022.

OTT, Christian a Roland SCHMIEDER, 2022. Diagnosis and treatment of arterial hypertension 2021. *Kidney International* [online]. International Society of Nephrology, 1 (101), 36-46 [cit. 2024-10-06]. ISSN 1523-1755. DOI 10.1016/j.kint.2021.09.026.

PAŽOURKOVÁ, Eva a Hana POLOCZKOVÁ, 2022. Farmakoterapie srdečního selhání v těhotenství. *Remedia* [online]. Medical Tribune, 32 (5), 131-133 [cit. 2024-10-18]. ISSN 2336-3541.

PLESKOT, Ondřej a Jitka RUSOVÁ, 2018. Internet – hrozba, nebo naděje české zdravotní gramotnosti? *Kontakt* [online]. Elsevier, 20 (4), 424-431 [cit. 2025-02-21]. ISSN 1804-7122. DOI 10.1016/j.kontakt.2018.10.001.

PROCHÁZKA, M. et al., 2020. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf s.r.o. 788 s. ISBN 978-80-7345-618-4.

ROZTOČIL, A. et al., 2017. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada. 656 s. ISBN 978-80-247-5753-7.

ŘEHÁK, Jan, 2018. Výběr metodou sněhové koule. In: *Encyklopedie.soc.cas.cz* [online]. Copyright Sociologický ústav AV ČR, 2018 [cit. 2025-01-08]. Dostupné z: https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Výběr_metodou_sněhové_koule

SEVERINO, P. et al., 2020. Ischemic Heart Disease Pathophysiology Paradigms Overview: From Plaque Activation to Microvascular Dysfunction. *International Journal of Molecular Sciences* [online]. MDPI, 21 (21), 8118 [cit. 2024-10-06]. ISSN 1422-0067. DOI 10.3390/ijms21218118.

SHAMSI, H. et. al, 2020. Implications of Language Barriers for Healthcare: A Systematic Review. *Oman Med J* [online]. Muscat: Oman Medical Speciality Board, 35 (2),122 [cit. 2025-03-26]. ISSN 2070-5204. DOI 10.5001/omj.2020.40.

ŠPINAROVÁ, M. et al., 2015. Klinické klasifikace a skórovací systémy u srdečního selhání. *Kardiologická revue – Interní medicína* [online]. Care Comm s.r.o., 17 (2), 131-135 [cit. 2024-10-14]. ISSN 2336-2898..

VÝTISKOVÁ, T. et al., 2016. Infarkt myokardu v graviditě. *Česká gynekologie* [online]. Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně, z.s., 81 (4), 283-285 [cit. 2024-10-10]. ISSN 1805-4455.

WERMELT, J. et al., 2017. Management of arterial hypertension. *Herz* [online]. München, Urban & Schwarzenberg, 42 (5), 515-526 [cit. 2024-10-02]. ISSN 1615-6692. DOI 10.1007/s00059-017-4547-1.

WHO, 2021. Cardiovascular diseases (CVDs). IN: *Who.int* [online]. Copyright World Health Organization, 2024 [cit. 2024-09-23]. Dostupné z: [https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

ZIPURSKY, J. et. al, 2021. Prenatal electrocardiogram testing and postpartum depression: A population-based cohort study. *Obstetric medicine* [online]. Royal Society of Medicine Press, 15 (1), 31-39 [cit. 2025-03-29]. ISSN 1753-4968. DOI 10.1177/1753495X211012502.

9 PŘÍLOHY

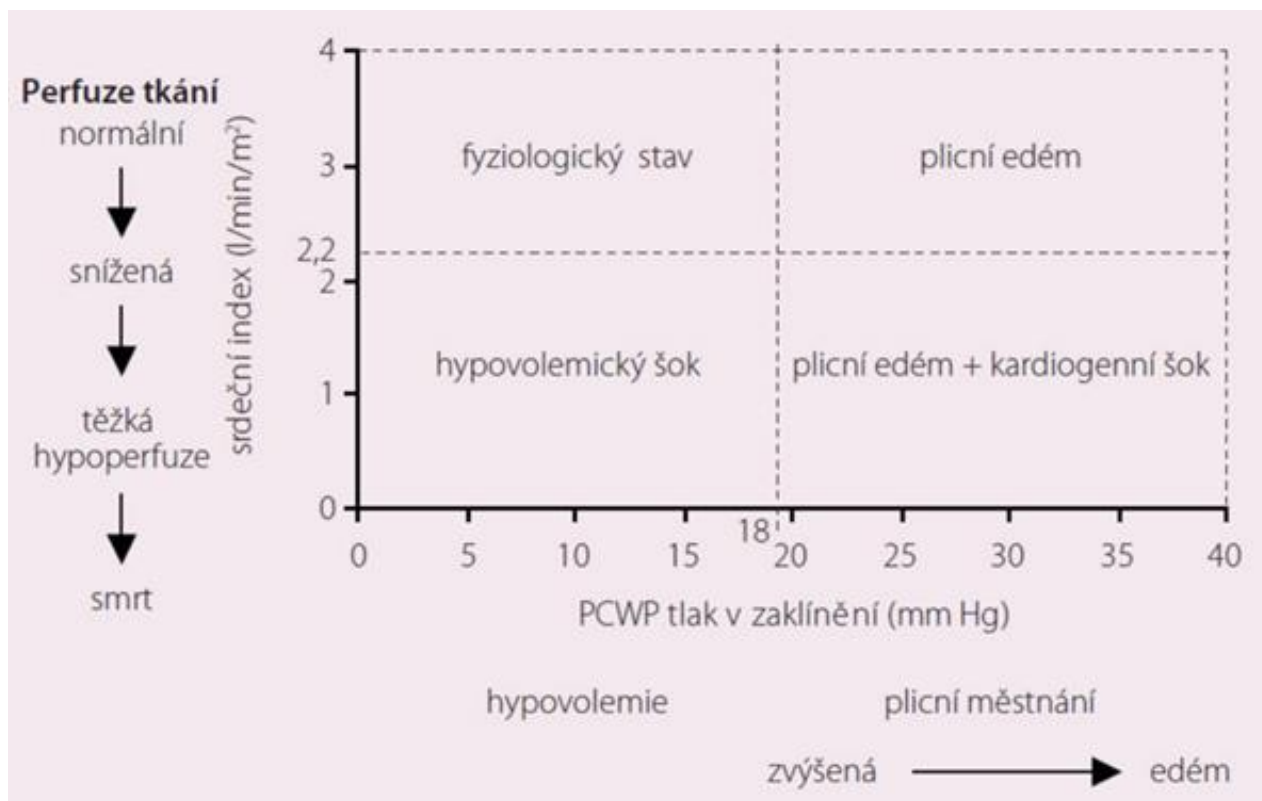
Příloha A - Funkční klasifikace srdečního selhání podle New York Heart Association (NYHA). Modifikace z roku 1994 (Špinarová, 2015).....	68
Příloha B - Klasifikace akutního srdečního selhání podle Forrestera (Špinarová, 2015).....	69
Příloha C – Soubor respondentů (Zdroj: Vlastní)	70
Příloha D – Otázky k rozhovorům (Zdroj: Vlastní)	71

Příloha A - Funkční klasifikace srdečního selhání podle New York Heart Association (NYHA). Modifikace z roku 1994 (Špínarová, 2015)

NYHA	Definice	Činnost	VO _{2max} (orientačně)
Třída I	bez omezení činnosti; každodenní námaha nepůsobí pocit vyčerpání; palpitace nebo dušnost	nemocní zvládnou běžnou tělesnou aktivitu včetně rychlé chůze či běhu 8 km/hod	> 20 ml/kg/min
Třída II	menší omezení tělesné činnosti; každodenní námaha vyčerpává; způsobuje dušnost; palpitace	nemocní zvládnou lehkou tělesnou aktivitu, ale běžná již vyvolá únavu či dušnost	16–20 ml/kg/min
Třída III	značné omezení tělesné činnosti; již nevelká námaha vede k vyčerpání, dušnosti nebo palpitacím; v klidu bez obtíží	nemocní jsou dušní či unavení při základních činnostech jako je oblékání, mytí apod.	10–16 ml/kg/min
Třída IV	obtíže při jakékoliv tělesné činnosti invalidizují; dušnost nebo palpitace se objevují i v klidu	nemocní mají klidové obtíže a jsou neschopni samostatného života	< 10 ml/kg/min

VO_{2max} – maximální (vrcholová) spotřeba kyslíku

Příloha B - Klasifikace akutního srdečního selhání podle Forrestera (Špinarová, 2015)



Příloha C – Soubor respondentů (Zdroj: Vlastní)

	Onemocnění	Diagnostikováno
<i>R 1</i>	Srdeční arytmie	V graviditě
<i>R 2</i>	Hypertrofická kardiomyopatie	V graviditě
<i>R 3</i>	Ischemická choroba srdeční	V graviditě
<i>R 4</i>	Hypertenze + riziko preeklampsie	Před graviditou a v graviditě
<i>R 5</i>	Hypertenze + ischemická choroba srdeční	Před graviditou
<i>R 6</i>	Hypertenze + riziko preeklampsie	V graviditě
<i>R 7</i>	Hypertenze + riziko preeklampsie	V graviditě
<i>R 8</i>	Preeklampsie	V graviditě
<i>R 9</i>	Srdeční regurgitace	Před graviditou
<i>R 10</i>	Ischemická choroba srdeční	Před graviditou
<i>R 11</i>	Srdeční arytmie	Před graviditou
<i>R 12</i>	Hypertenze + atriální fibrilace	Před graviditou
<i>R 13</i>	Hypertrofická kardiomyopatie	Před graviditou
<i>R 14</i>	Hypertenze + riziko preeklampsie	Před a v graviditě
<i>R 15</i>	Ischemická choroba srdeční	Před a v graviditě

OTÁZKY PRO ROZHOVOR K BAKALÁŘSKÉ PRÁCI

1. Jaký byl Váš životní styl před diagnostikou onemocnění?
 - a. Kouřila jste?
 - b. Pila jste alkohol?
 - c. Sportovala jste?

2. S jakým kardiovaskulárním onemocněním se potýkáte?
 - a. Kde jste si o daných onemocněních zjišťovala informace?
 - b. Byly Vám např.: doporučeny nějaké webové stránky nebo literatura k získání informací ohledně KVO a jejich prevence?
 - c. Jak se na samotné onemocnění přišlo?

3. Následovalo nějaké vyšetření na specializovaném pracovišti?
 - a. Jaké byly rozestupy mezi jednotlivými návštěvami?

4. Ovlivnily Vás jednotlivé změny i psychicky?
 - a. Uvítala byste např. konzultaci s psychologem?

5. Byly Vám předány nějaké kontakty na specializovaná pracoviště či ke specialistovi na kontroly během těhotenství? Jaké? Kam?
 - a. Jak k Vám bylo v případě specializované péče přistupováno? Doporučila byste ostatním ženám v podobné situaci návštěvu stejného centra nebo lékaře?
 - b. Co byste chtěla na péči v tomto centru zlepšit?
 - c. Zhodnotila byste předání všech informací ohledně Vašeho onemocnění jako dostatečné, nebo Vám informace spíše chyběly a musela jste si určité informace zjišťovat sama?

6. Co Vám v těhotenství s kardiovaskulárním onemocněním pomáhalo? Myšleno např.: procházky, setkat se se ženami v podobné životní situaci, předávání informací od zdravotnického personálu, ...