

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O ŽENU S HROZÍCÍM PŘEDČASNÝM PORODEM

Bakalářská práce

KAMILA BAROCHOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s
PRAHA 5

Vedoucí práce: Mgr. Jana Endlicherová

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Studijní obor: Porodní asistentka

Datum odevzdání práce: 2009-03-31

Datum obhajoby:

Praha 2009

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svou bakalářskou práci na téma „Ošetrovatelská péče o ženu s hrozícím předčasným porodem“ vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Dále souhlasím s tím, aby moje bakalářská práce byla půjčována ve Středisku vědeckých informací Vysoké školy zdravotnické o.p.s. Duškova 7, Praha 5, 15000.

V Praze dne 31. 3. 2009

.....
Kamila Barochová

ABSTRAKT

BAROCHOVÁ, Kamila. *Ošetrovatelská péče o ženu s hrozícím předčasným porodem*. Praha, 2009. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Praha. Bakalář v porodní asistenci. Školitel: Mgr. Jana Endlicherová.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelská péče o ženu s hrozícím předčasným porodem. Práce je rozdělena do dvou částí, teoretické a praktické.

Teoretická část zahrnuje příčiny, diagnostiku, terapii a vedení předčasného porodu. Důležitou součástí práce je praktická část, která je zaměřena na ošetrovatelskou péči o pacientku s diagnózou hrozící předčasný porod. V práci je aplikován ošetrovatelský proces dle modelu M. Gordonové na konkrétní pacientce hospitalizované na porodním sále ÚPMD Podolí v Praze. Pomocí pozorování a rozhovoru je zjištěna ošetrovatelská anamnéza a následně stanoveny ošetrovatelské diagnózy řazené dle priorit.

Klíčová slova: Předčasný porod, kazuistika, ošetrovatelský model M. Gordon, ošetrovatelský proces

ABSTRACT

BAROCHOVÁ, Kamila. *Nursing care for the woman with expected preterm labour*. Prague, 2009. Bachelor thesis. Nursing college, o.p.s. Prague. Bachelor degree: midwife. Tutor: Mgr. Jana Endlicherová

The topic of this bachelor work is about nursing care for the woman with expected preterm labour. The work is divided into two parts, the theoretical and practical one.

The theoretical part includes causes, diagnostic, therapy and procedures of the preterm labour. The important part of the work is the practical part, which is focused on nursing care of a patient with diagnosis of expected preterm labour. In the work, the nursing process according to the model of M. Gordon is applied to the particular hospitalized patient in the labour room at ÚPMD Podolí in Prague. The nursing history is performed by means of observation and interview and subsequently the nursing diagnosis is arranged according to priorities.

Keywords: Preterm labour, casuistry, nursing model M. Gordon, nursing process.

PŘEDMLUVA

Předčasné porody představují stále jeden z nejzávažnějších problémů současného porodnictví. Podíl předčasných porodů se ve světě pohybuje mezi 7-10 % všech porodů, v České republice se pohybuje okolo 6 %. Mají vysoký podíl na časné novorozenecké mortalitě. I přes neustálý pokrok medicíny se nedaří jejich četnost snižovat.

Téma bakalářské práce jsme si zvolila po absolvování praxe na porodním sále ÚPMD Podolí v Praze. Jedná se o perinatologické centrum, kde se soustřeďují pacientky s touto problematikou.

Cílem mé práce je seznámit budoucí a začínající porodní asistentky s problematikou hrozícího předčasného porodu.

Bakalářská práce vychází především z teoretických poznatků. Pro zpracování praktické části jsem použila dokumentaci porodního sálu ÚPMD Podolí v Praze a rozhovor s pacientkou. Pro část teoretickou byly využity poznatky z literatury, především kniha *Moderní porodnictví* od A. Roztočila, která představuje nejnovější učebnici porodnictví na českém trhu. Dále byly použity další dostupné knihy porodnictví, které jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Na vypracování mé bakalářské práce se jako vedoucí podílela Mgr. Jana Endlicherová, které bych touto cestou ráda poděkovala za cenné rady.

OBSAH

TEORETICKÁ ČÁST

ÚVOD	8
1 DEFINICE PŘEDČASNÉHO PORODU	9
2 PŘÍČINY PŘEDČASNÉHO PORODU.....	10
2.1 Komplikace v těhotenství	10
2.1.1 Infekce	10
2.1.2 Krvácení v těhotenství.....	11
2.1.3 Vícečetné těhotenství.....	13
2.1.4 Polyhydramnion	13
2.1.5 Vývojové vady dělohy.....	14
2.1.6 Inkompetence děložního hrdla	14
2.1.7 Předčasný odtok plodové vody.....	15
2.1.8 Intrauterinní růstová retardace plodu (IUGR)	15
2.1.9 Celková onemocnění matky	16
2.2 Epidemiologické faktory.....	21
2.2.1 Věk matky, parita a sociální faktory.....	21
2.2.2 Nepříznivá anamnéza, opakování předčasného porodu	21
2.2.3 Kouření, drogy a toxické látky	21
2.2.4 Špatná prenatální péče.....	21
2.2.5 Vliv tělesné námahy a zaměstnání	22
2.3 Iatrogenní faktory	22
2.3.1 Amniocentéza	22
2.3.2 Pozdní biopsie choria (placentocentéza)	22
3 DIAGNOSTIKA.....	23
3.1 Subjektivní údaje	23
3.2 Gynekologické vyšetření	23

3.3	Ultrazvukové vyšetření	24
3.4	Laboratorní metody.....	24
4	TERAPIE.....	25
4.1	Tokolytika.....	25
4.1.1	β-sympatomimetika	25
4.1.2	Magnezium sulfát	26
4.1.3	Blokátory kalciového kanálu.....	26
4.1.4	Antagonisté oxytocinu.....	26
4.2	Antibiotika	26
4.3	Kortikosteroidy	27
5	VEDENÍ PŘEDČASNÉHO PORODU.....	28
5.1	Porod vaginální cestou.....	28
5.2	Porod císařským řezem.....	29
<u>PRAKTICKÁ ČÁST:</u>		
6	KONCEPČNÍ MODEL M. GORDONOVÉ	30
7	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U ŽENY S HROZÍCÍM PŘEDČASNÝM PORODEM	32
7.1	Osobní údaje pacientky.....	32
7.2	Lékařská anamnéza.....	33
7.3	Průběh hospitalizace	36
7.4	Aplikace ošetrovatelského procesu dle Gordonové.....	41
7.4.1	Fyzikální vyšetření sestrou	41
7.4.2	Diagnostický proces – stanovení potřeb a problémů.....	42
7.4.3	Ošetrovatelské diagnózy.....	45
ZÁVĚR.....		50
POUŽITÁ LITERATURA		51
SEZNAM PŘÍLOH		52

ÚVOD

Cílem každé porodní asistentky a lékaře porodníka je udržet těhotenství do co nejvyššího stupně a přivést na svět zdravého novorozence.

Předčasné porody představují stále jeden z nejzávažnějších problémů současného porodnictví. Podíl předčasných porodů se ve světě pohybuje mezi 7-10 % všech porodů, v České republice se pohybuje okolo 6 %. Ale i u nás jeho četnost mírně stoupá. I přes pokrok medicíny a zkvalitňování perinatální péče se nedaří jeho četnost snižovat.

Má bakalářská práce je zaměřena na ošetrovatelskou péči o ženu s hrozícím předčasným porodem. Práce je rozdělena do dvou částí, teoretické a praktické. V teoretické části popisují příčiny a rizikové faktory vzniku předčasného porodu, dále se zaměřují na diagnostiku a následně terapii hrozícího předčasného porodu. V poslední kapitole teoretické části je uveden způsob vedení předčasného porodu, indikace k porodu vaginální cestou nebo císařským řezem.

Druhá část, praktická, je zaměřena na ošetrovatelský proces u pacientky s diagnózou hrozící předčasný porod. V první kapitole seznamují s ošetrovatelským modelem dle Marjory Gordon, který v práci využívám. Dále už následuje ošetrovatelský proces u konkrétní pacientky hospitalizované na porodním sále ÚPMD Podolí v Praze. Jsou zde uvedeny základní údaje o pacientce a odebraná anamnéza. A v neposlední řadě ošetrovatelský proces dle modelu Marjory Gordon se stanovenými ošetrovatelskými problémy a ošetrovatelskými diagnózami.

1 DEFINICE PŘEDČASNÉHO PORODU

Dle Světové zdravotnické organizace (WHO) je předčasný porod definován jako těhotenství ukončené před 37. týdnem gestačního stáří. Horní hranice je tedy přesně definována, na rozdíl od dolní hranice. Pro tu se používá hranice viability plodu, což se výrazně liší v jednotlivých zemích z důvodu nestejné neonatální péče. V České republice byla stanovena Českou neonatologickou společností hranice viability plodu na 24. týden gestačního stáří. Dalším kritériem je hmotnost novorozence, kdy horní hranice je 2500g a dolní hranicí je váha 500g , nebo přežije-li novorozenec s menší hmotností alespoň 24h. U mrtvě rozeného plodu je hmotnostní hranice 1000g, porod mrtvého plodu s menší váhou je označován jako potrat.

Frekvence předčasných porodů v rozvinutých zemích se pohybuje mezi 5-10%. Předčasný porod je z 85% příčinou neonatálních úmrtí novorozenců. (3,6,9)

Předčasně narozené novorozence je možno klasifikovat dle hmotnosti do čtyř skupin:

- 2499 – 1500g: novorozenci nízké porodní hmotnosti
- 1499 – 1000g: novorozenci velmi nízké porodní hmotnosti
- 999 – 500g: novorozenci extrémně nízké porodní hmotnosti
- 499g a méně: novorozenci neuvěřitelně nízké porodní hmotnosti (9)

2 PŘÍČINY PŘEDČASNÉHO PORODU

2.1 Komplikace v těhotenství

2.1.1 Infekce

Infekce je nejčastější příčinou předčasného porodu.

Infekce močových cest

Infekce močového systému jsou v těhotenství velmi časté. Jsou způsobeny dilatací odvodného systému a stázou moči. K infekci přispívá také zvýšený obsah glukózy a aminokyselin v moči, ty působí jako růstový faktor bakterií. (10)

Asymptomatická bakteriurie

Jedná se o nález patogenních bakterií bez klinických příznaků. Vyjadřuje přítomnost $>10^4$ bakterií v 1ml cévkované moči, nebo $>10^5$ bakterií v 1ml spontánně vymočené moči. Vyskytuje se u 4 – 7% těhotných. Nejčastějším původcem je *Escherichia coli*, *streptococcus faecalis*, *streptococcus beta*hemolyticus (GBS) a enterokoky.

K léčbě se využívají antibiotika dle citlivosti a s ohledem na bezpečnost podání v těhotenství (amoxicilin, cefalosporin). (3,9)

Akutní cystitida

Akutní cystitida je infekční onemocnění močového měchýře. Mezi klinické příznaky patří: dysurie, subfebrilie, častější močení a nucení na močení, retropubická bolest, krev v moči.

Je nutná antibiotická léčba zvolená s ohledem na těhotenství. Onemocnění může recidivovat. (3,9)

Akutní pyelonefritida

Toto onemocnění se objevuje u 1- 2% těhotných. Klinicky se projevuje septickými teplotami s třesavkou, bolestí v bederní krajině unilaterálně nebo bilaterálně a dysurií. Dochází k přechodnému poklesu glomerulární filtrace. Plod je

ohrožen vznikem růstové retardace (IUGR), předčasným porodem nebo intrauteriním úmrtím.

Léčba je opět antibiotická podle citlivosti. Nejčastěji se podává ampicilin, cefalosporiny, gentamicin. Je nutný dostatečný příjem tekutin a polohování pacientky na levý bok, aby se snížil tlak těhotné dělohy na ledviny a tím se zvýšila jejich perfuze. (3,9)

Infekce porodních cest

Bakteriální vaginóza

Jedná se o polymikrobiální osídlení dolního genitálního traktu těhotné. Zásadním způsobem narušuje normální bakteriální flóru pochvy. Redukuje kvantitu i kvalitu působení laktobacilů a zvyšuje přítomnost dalších organismů a také anaerobních bakterií. Často probíhá asymptomaticky.

Bakteriální vaginóza zvyšuje riziko předčasného odtoku plodové vody, chorioamnionitidy, invaze bakterií do plodové vody a porodu dětí s nízkou porodní hmotností.

Stanovení diagnózy je založeno na průkazu přítomnosti tří ze čtyř Amselových kritérií: charakteristický homogenní výtok, pH poševního sekretu nad 4,5, pozitivní amniový test, přítomnost klíčových buněk v mikroskopickém preparátu (ploché epitelie pokryté adorovanými bakteriemi).

Terapie spočívá v podání preparátů proti anaerobům (metronidazol, clindamycin). (6,7)

2.1.2 Krvácení v těhotenství

Placenta praevia (vcestné lůžko)

Za normálních okolností je placenta umístěna mimo dolní děložní segment. V případě placenty praevie, se placenta inzeruje v dolním děložním segmentu. Podle toho, jak hluboko k vnitřní brance placenta zasahuje, rozeznáváme čtyři stupně:

- *Insertio profunda placentae* (nízko nasedající lůžko) – placenta částečně zasahuje z děložního těla do dolního děložního segmentu, nedosahuje však k vnitřní brance, a to ani za porodu při úplné dilataci branky.
- *Placenta praevia marginalis* – placenta zasahuje okrajem po okraj vnitřní branky.

- Placenta praevia partialis – placenta zasahuje okrajem přes vnitřní branku, ale nepřekrývá ji celou.
- Placenta praevia centralis – placenta překrývá celou vnitřní branku.

Patologická lokalizace placenty může být dlouhou dobu bez klinických příznaků. K typickým projevům patří krvácení různé intenzity, většinou bez bolestí. Nastává kdykoliv během gravidity, nejčastěji však ve III. trimestru. Krvácení se často opakuje. První ataka bývá nejslabší, poté se zesiluje. Někdy se však krvácením během těhotenství nemusí vůbec projevit. K prvnímu krvácení pak dochází až za porodu a může být ihned velmi silné. Placenta může bránit vstupu hlavičky do pánve, proto se častěji objevují patologické polohy plodu (šikmé, příčné). Placenta praevia ohrožuje život matky i plodu. Matka je ohrožena především krvácením, plod hypoxií.

Léčba spočívá v hospitalizaci pacientky, klidu na lůžku, případně pokud je indikováno podání antianemik a krevních derivátů. Ambulantní léčba je možná pouze v případě stabilizace krvácení. Ohrožuje-li krvácení svou intenzitou matku i plod, musí být těhotenství akutně ukončeno v jakémkoliv stádiu s ohledem na život ženy. V případě placenty praevie partialis a centralis je indikován primární císařský řez. Pouze u marginální formy včestného lůžka je možno vést porod vaginální cestou. (3,9,10)

Abrupce placenty

Jedná se o předčasné odlučování lůžka v posledních třech měsících těhotenství nebo za porodu (v I. a II. době porodní). Rozeznáváme tři stupně abrupce placenty:

- Abruptio placentae partialis – odloučena je část placenty
- Abruptio placentae totalis – celá placenta je odloučena
- Apoplexia uteroplacentalis – celá placenta je odloučena a dochází ke krvácení do stěny děložní a pod perimetrium.

Předčasné odlučování placenty se vyskytuje nejčastěji u těhotných s chorobami, které provází vysoký krevní tlak (preeklampsie, eklampsie, choroby ledvin, esenciální hypertenze). Méně často je příčinou úraz, myom v děložní stěně, tuhé plodové blány, nebo krátký pupečník.

Klinický obraz se liší podle rozsahu odloučení a podle části placenty, která se odloučila. Pokud je odloučení v hraně placenty, navenek se projeví slabým

krvácením. Pokud se však odloučí v centru, vytváří se retroplacentární hematoma a krvácení z rodidel může úplně chybět. Krvácení se pak projeví až rozvojem šoku, bolestí a alterací ozev plodu.

Vedení porodu závisí na stupni odloučení placenty, fázi porodu a stavu plodu. Jsou-li známky abruptce závažné, je nutno těhotenství ukončit akutním císařským řezem. (3,9,10)

2.1.3 Vícečetné těhotenství

Vícečetné těhotenství je často spojeno s předčasným porodem. V posledních letech vlivem asistované reprodukce přibývá vícečetných gravidit a tím také přibývá předčasných porodů.

Největší riziko představují trojčata a monochoriální dvojčata. Hlavní příčinou prematurity je mechanická hyperdistenze dělohy, která vede k předčasné děložní činnosti, zkracování a dilataci hrdla, nebo dokonce k předčasnému odtoku plodové vody. (6)

2.1.4 Polyhydramnion

Během těhotenství se množství plodové vody mění. Na konci těhotenství je plodové vody kolem 1000 ml.

Polyhydramnion je stav, kdy množství plodové vody je větší než 2000 ml. Příčinou může být jednak onemocnění matky, ale i postižení plodu. Z mateřských příčin se může jednat o choroby srdce, diabetes mellitus, záněty ledvin, lues, cytomeglovirovou infekci a toxoplazmózu. Z fetální příčiny to mohou být vrozené vývojové vady srdce, postižení ledvin nebo gastrointestinálního traktu, dále pak komprese pupečníku.

Rozvoj polyhydramnia může být akutní nebo chronický. Napětí děložních stěn může vést k vyvolání kontrakcí a následně potratu, nebo předčasnému porodu. (3,9)

2.1.5 Vývojové vady dělohy

Vývojové vady dělohy jsou důsledkem toho, že se nevytvořil její embryonální základ (Müllerovy vývody), nebo se vytvořil jednostranně.

- **Uterus unicornis** - jedná se o jednorohou dělohu, která vznikla z jediného Müllerova vývodu. Bývá vřetenovitého tvaru nebo válcovitá, vychýlená do strany. Bývá často příčinou potratů, předčasných porodů a nepravidelných poloh plodu
- **Uterus bicornis unicollis** – nedokonalým spojením proximálních částí Müllerových vývodů se vyvinou dvě děložní těla spojená v jediné děložní hrdlo. Důsledkem této vady je sterilita, infertilita a patologické polohy plodu.
- **Uterus bicornis bicollis** – stejná vývojová vada jako uterus bicornis unicollis, jen se navíc vytvoří dvě hrdla.
- **Uterus septus** – děloha je rozdělena přepážkou po celé délce děložního těla až k vnitřní brance. Tato vada prostorově omezuje růst plodového vejce a vyvolává buď potrat ve II. trimestru, nebo předčasný porod. (2,7)

2.1.6 Inkompetence děložního hrdla

Jedná se o nedokonalý uzávěr dolního děložního segmentu, jehož následkem je otevření děložního hrdla. Ve 3 - 12% se podílí na vzniku předčasného porodu.

Diagnóza je stanovena na základě ultrazvukového posouzení délky děložního hrdla a klinického vyšetření.

Řeší se založením cerkláže dle McDonalda. Provádí se nejdříve po 12. týdnu těhotenství, nejpozději však do 26. týdne těhotenství. Steh se ponechává do 38. týdne těhotenství. Pokud nastoupí děložní činnost, nebo dojde-li k předčasnému odtoku plodové vody, je nutno odstranit steh i dříve. Po založení stehu je indikována tokolytická léčba po dobu 48h. Kontraindikacemi k provedení cerkláže jsou intraovulární infekce, krvácení, odtok plodové vody, těžké vrozené vývojové vady plodu, děložní kontrakce nereagující na tokolýzu.

Dnes se cerkláž v praxi uplatňuje minimálně. (3,6,9)

2.1.7 Předčasný odtok plodové vody

Předčasný odtok plodové vody je přibližně ve 30% příčinou předčasného porodu. Příčina většinou není známá, podílí se převážně infekce plodového vejce nebo matky. Jedná se vždy o závažnou komplikaci, ovlivňuje stav plodu a prognózu těhotenství. Vždy je nutno zvážit zda zvolit konzervativní nebo aktivní postup. Jestliže se u těhotné objeví známky počínající intraamniální infekce, je nutno zvolit aktivní postup. Onemocní-li novorozenec do 12 hodin od porodu infekcí, byla intraamniální infekce přítomna v porodních cestách před odtokem plodové vody. Objeví-li se infekční onemocnění do 72 hodin od porodu, jednalo se o ascendentní infekci po odtoku plodové vody.

V raném stadiu těhotenství vede předčasný odtok plodové vody k syndromu oligohydramnia. Následnými komplikacemi předčasného odtoku plodové vody je plicní hypoplazie, ortopedické komplikace a intrauterinní růstová retardace plodu. K průkazu odtoku plodové vody se používá Temesváryho test nebo actim PROM test.

Management těhotenství po předčasném odtoku plodové vody se výrazně liší dle stáří těhotenství. Po 34. týdnu gestačního stáří se těhotenství běžně ukončuje provokací porodu. U těhotenství před 28. týdnem je možno zvážit amniioinfuzi. Intraamniálně se aplikuje 250 ml Fyziologického roztoku, Ringerova laktátu nebo Normofundinu o teplotě 37°C. Cílem je zabránit kompresi pupečníku, snížit riziko hypoplazie plic a ortopedických komplikací. Rizikem je zavlečení nebo aktivace infekce. Dnes se používá jen výjimečně. (3,5,6)

2.1.8 Intrauterinní růstová retardace plodu (IUGR)

Růstová retardace plodu je opožděný intrauterinní růst a vývoj podle ultrazvukové biometrie o 3-4 týdny vzhledem ke gestačnímu stáří.

Rozeznáváme tři typy intrauterinní růstové retardace:

- Typ I. symetrický:

Plod zaostává ve vývoji od počátku těhotenství. Nejčastěji se jedná o intrauterinní infekci či o chromozomální aberaci. Při ultrazvukové biometrii jsou všechny parametry menší, než odpovídá růstové křivce.

Není výrazná placentární insuficience a zároveň je menší výskyt intrapartální hypoxie.

- Typ II. dysproporciální

Vyskytuje se např. při preeklampsii, kdy se uplatňuje v etiologii placentární insuficience. Objevuje se po 30. týdnu těhotenství. Rozměry hlavičky odpovídají gestačnímu stáří, obvody hrudníku a břicha vykazují značnou růstovou retardaci. Velmi často je při porodu přítomna hypoxie, která vyžaduje operační řešení.

- Typ III. smíšený

Je kombinací předchozích dvou typů. Opoždění růstu je v posledních 2-3 týdnech před porodem. Příčinou je snížení fetoplacentárního průtoku, snížený příjem kyslíku, glukózy a esenciálních aminokyselin v kombinaci s primárními příčinami IUGR.

Mezi nejčastější příčiny IUGR patří vliv konstituce, uteroplacentární průtok, genetické faktory a vliv zevního prostředí. Z mateřských příčin se jedná především o hypertenzi, preeklampsii a vrozené trombofilie.

Je velmi obtížné určit optimální čas k ukončení těhotenství a způsob porodu. Rozhodující je aktuální stav plodu. Pokud zjistíme, že pro plod je výhodnější extrauterinní prostředí, je nutno přistoupit k ukončení těhotenství. Většinou tak bývá po 32. týdnu těhotenství, jestliže během 2-3 týdnů nebyl na ultrazvukovém vyšetření zjištěn růst plodu a jsou diagnostikovány známky hypoxie. (3,6,9)

2.1.9 Celková onemocnění matky

Hypertenzní onemocnění v těhotenství

- Gestační arteriální hypertenze:

Jde o zvýšení krevního tlaku nad 140/90 mm Hg, vyskytuje se po 20. týdnu těhotenství, bez proteinurie. Po porodu vymizí.

- Chronická arteriální hypertenze:

Krevní tlak nad 140/90 mm Hg, diagnostikovaný před 20. týdnem těhotenství nebo před těhotenstvím. Není spojena s proteinurií, po porodu dále přetrvává

- Chronická arteriální hypertenze s nasedající preeklampsií
Jedná se o hypertenzi diagnostikovanou před 20. týdnem těhotenství.
Proteinurie a otoky se objevují v druhé polovině těhotenství.
- Preeklampsie, eklampsie
- HELLP syndrom (9)

Preeklampsie

Preeklampsie je těhotenstvím podmíněná hypertenze s proteinurií, případně i otoky. Objevuje se po 20. týdnu těhotenství. Častěji se vyskytuje u mladých žen v prvním těhotenství.

- Lehká preeklampsie – hodnota krevního tlaku je pod 140/90 mm Hg, ale došlo ke zvýšení diastolického tlaku v klidu o 20 mm Hg (během dvou měření s odstupem alespoň 6 hodin).
Objevuje se proteinurie, mohou být i otoky, ale není to pravidlem.
- Střední preeklampsie – krevní tlak se pohybuje mezi 140/90 – 160/110 mm Hg. Vyskytuje se výrazná proteinurie, kterou mohou doprovázet i otoky.
- Těžká preeklampsie – hodnoty krevního tlaku přesahují 160/110 mm Hg
Proteinurie je více než 5g/24h, provázená generalizovanými otoky obličeje, rukou a dolních končetin. Často se objevuje bolest hlavy, poruchy vidění a bolest v epigastriu. (3,9)

Eklampsie

Eklampsie je záchvat tonicko-klonických křečí. Je následkem neléčené nebo neadekvátně léčené těžké preeklampsie.

Fáze eklamptického záchvatu:

- Fáze prodromů: Bolesti hlavy, skotomy, závratě, bolest v epigastriu, úzkost
- Fáze tonických křečí: Křeče žvýkacích svalů, svalů hrudníku, bránice, zádového svalstva a horních končetin.
- Fáze tonicko-klonických křečí: Nekoordinované pohyby celého těla.
- Kóma trvající několik minut (3,9)

HELLP syndrom

-Hemolysis elevated liver enzymes low platelet count

Vzniká buď jako samostatné onemocnění, nebo jako závažná komplikace těžké preeklampsie. Nejvíce jsou ohroženy multipary nad 25 let, do 36. týdne těhotenství. Polovina žen trpí hypertenzí nad 160/110 mm Hg a masivní proteinurií. Projevuje se hemolýzou, zvýšenými jaterními enzymy a poklesem počtu trombocytů. Mezi příznaky patří bolest v epigastriu, nauzea, zvracení a neklid. (3,9)

Astma bronchiale

Astma bronchiale je onemocnění alergického původu. Vyvolává bronchostriktci, obtížné expirium a záchvatovitý kašel. Jde o velmi závažnou komplikaci těhotenství, může mít negativní vliv na vývoj plodu, průběh porodu a způsobu jeho vedení. Záchvaty kašle mohou zvyšovat riziko předčasného porodu. Těžké chronické stavy často vedou k intrauterinní růstové retardaci plodu, která je způsobena hypoxií mateřského organismu přenášející se i na plod. V těhotenství se vlivem rostoucí dělohy mění postavení bránice typ dýchání, tím se zvyšuje náchylnost k astmatickým záchvatům. Důvodem předčasného ukončení těhotenství císařským řezem je jednak výrazné zhoršení onemocnění se zvyšující se frekvencí záchvatů, kdy hrozí respirační selhání, ale také závažná intrauterinní růstová retardace plodu. (3,9)

Anémie

Základním znakem je snížené množství hemoglobinu, ten je zodpovědný za přenos kyslíku. O anémii v těhotenství mluvíme tehdy, kdy hladina koncentrace hemoglobinu klesne pod hodnoty 10,5g/dl v průběhu druhého trimestru (definice WHO).

Anémie z nedostatku železa – sideropenická

Anémie relativní – těhotenská:

Tento typ anémie je nejčastější v průběhu těhotenství. Je způsobena nedostatečným zásobením organismu železem v kombinaci s hemodilucí, která je způsobena rychleji narůstajícím objemem plazmy než objemu krevních elementů. Hladina hemoglobinu klesá po 11g/dl, rozvíjí se pomalu. Tento typ anémie se

vyskytuje u 1/3 těhotných v průběhu III. trimestru, ale jen u malého procenta z nich dosáhne klinického významu.(9)

Sideropenická anémie

U této anémie dochází k latentnímu nedostatku železa v organismu. Vyskytuje se u žen se silným a častým menstruačním krvácením, nebo u žen s rychle po sobě následujícím těhotenstvím. Projevuje se tělesnou slabostí, nesoustředěností, zvýšenou únavou. Krevní ztráty za porodu jsou špatně tolerovány, porodní poranění se hůře hojí. Při plně rozvinuté sideropenické anémii dochází k glositidě, ragádám ústních koutků, vypadávání vlasů, poruchám růstu nehtů. Pokud hodnoty hemoglobinu klesnou pod 8,8g/dl, klesá významně saturace plodu kyslíkem. (3,9)

Megaloblastová anémie

Je způsobena nedostatkem kyseliny listové. Ke klasickým příznakům anémie se přidávají nechutenství, nauzea, zvracení, pálení jazyka a průjmy. (9)

Kardiopatie

Vrozené srdeční vady

K nejčastěji se objevujícím vrozeným srdečním vadám patří defekty síňového a komorového septa a otevřená tepenná dučej. Závažnější jsou však cyanotické vady srdce, mezi které patří Fallotova tetralogie, Eisenmengerův syndrom, Marfanův syndrom a primární plicní hypertenze. (9,10)

Získané srdeční vady

Nejpočetnější skupinou kardiopatií v těhotenství jsou revmatická srdeční onemocnění. Nejčastější chlopenní revmatickou vadou je mitrální stenóza, dále pak mitrální insuficience a stenóza aorty. Mezi získané srdeční kardiopatie se řadí také poruchy srdečního rytmu. (9,10)

Diabetes mellitus

Diabetes mellitus je metabolické onemocnění. Projevuje se hyperglykemií vlivem nedostatečné sekrece inzulínu pankreatem nebo zvýšením inzulínové rezistence, případně kombinací obou. Diabetes klasifikujeme do čtyř klinických skupin a dvou přechodných stavů. (9)

Diabetes mellitus 1. typu – inzulín dependentní

Vlivem zničení beta buněk langerhansových ostrůvků dochází k nedostatku inzulínu a ke vzniku ketoacidózy. (9)

Diabetes mellitus 2. typu – non inzulín dependentní

Do této skupiny se řadí většina případů diabetu, které mají původ jak ve zvýšené inzulínové rezistenci cílových tkání, tak v poruchách sekrece inzulínu. (9)

Další specifické typy diabetu

Zde jsou zařazeny prokázané genetické defekty funkce beta buněk pankreatu, genetické poruchy aktivity inzulínu, endokrinopatie, diabetes vzniklý jako následek léčby nebo aplikací chemických prostředků, diabetes mellitus, který je součástí infekčních onemocnění a genetických syndromů. (3,9)

Gestační diabetes mellitus

Jedná se o intoleranci sacharidů, která je vázaná na průběh těhotenství. S ukončením těhotenství většinou odeznívá, může se znovu objevit v dalším těhotenství. Představuje rizika jak pro matku, tak i pro plod. Mezi rizika pro matku patří polyhydramnion, hypertenzní onemocnění a recidivující urogenitální infekce. Rizika pro plod jsou intrauterinní úmrtí, diabetická fetopatie (makrosomie plodu, plicní nezralost, hypoglykemie, hyperbilirubinemie) a traumatický porod (dystokie ramének). (3,9)

Přechodné stavy

Porucha glykemie nalačno: Tato skupina zahrnuje osoby, u kterých je glykemie nalačno mezi 6,1-7,0 mmol/l

Porucha glukózové tolerance: Je charakterizována hodnotami glykemie 7,8-11,0 mmol/l 2 hodiny po perorální aplikaci 75g glukózy. (3)

2.2 Epidemiologické faktory

2.2.1 Věk matky, parita a sociální faktory

Udává se věk matky pod 20 let jako rizikový faktor předčasného porodu. Jedním z důvodů je nedokončený tělesný vývoj. Předpokládá se také, že mladá žena, má často zhoršené ekonomické a sociální podmínky. Těhotenství je pro ni více stresové, v mnoha případech neplánované. Rovněž tak ženy nad 35 let často rodí předčasně, zvláště při čtvrtém porodu. (6)

2.2.2 Nepříznivá anamnéza, opakování předčasného porodu

Výskyt předčasného porodu v anamnéze je významným předpokladem možného výskytu předčasného porodu ve stávající graviditě. Riziko se zvyšuje s počtem předčasných porodů.

Často se předčasný porod opakuje v gestačním stáří, ve kterém žena již jednou porodila. Z tohoto důvodu je nutné zvýšit pozornost u těhotné v tomto období dalšího těhotenství. Příčinou bývá přetrvávající a opakující se infekce dolního genitálního traktu, insuficience děložního hrdla nebo oslabení imunitního systému. (6)

2.2.3 Kouření, drogy a toxické látky

Na předčasný porod má vliv kouření. Kouř z cigaret obsahuje řadu škodlivých látek (oxid uhelnatý, nikotin, dehet, kadmium). Tyto látky způsobují restrikcii průtoku krve placentou. Stejně tak je ovlivněno těhotenství při užívání drog. Pití kávy a alkoholu nemá prokázaný vliv na zkrácení gravidity. U kuřáček se riziko zvyšuje při současném pití kávy, při současně konzumaci alkoholu se však sníží. (6)

2.2.4 Špatná prenatální péče

Chybění nebo pozdní prenatální péče zvyšují riziko předčasného porodu. Výzkumy ukazují, že hlavně ve skupině žen s nízkým socioekonomickým statutem je prenatální péče velmi důležitá a jednoznačně snižuje frekvenci výskytu předčasných porodů. (6)

2.2.5 Vliv tělesné námahy a zaměstnání

Těhotné ženě obecně neškodí zaměstnání. Pokud ovšem pracuje ve velkém tempu, dlouho chodí, stojí a je vystavena stresu, pak je frekvence předčasných porodů vyšší. Dlouhé stání ovlivňuje nitrobřišní tlak, průtok krve dělohou a hormonální rovnováhu. Dále riziko zvyšuje zvedání těžkých břemen nad 12kg. Nepříznivě se uplatňují vibrace, jimž je vystaven celé tělo, hluk nad 85dB a také směnný provoz. (6)

2.3 Iatrogenní faktory

2.3.1 Amniocentéza

Amniocentéza se provádí ve II. trimestru těhotenství od 15. týdne gravidity. Jedná se o invazivní vyšetření, provádí se transabdominálním přístupem jehlou o síle 0,9 mm, dlouhou 12cm. Odebírá se vzorek plodové vody 15-20 ml. Materiál se zpracuje v cytogenetické laboratoři, získáváme tak celý karyotyp, který umožňuje jak detekci numerických, tak i strukturálních anomálií chromozomů. Riziko ztráty těhotenství je stejné jako u biopsie choria 1 z 100-200 odběrů. Právě nechtěné ztráty jsou hlavním důvodem, proč nelze toto vyšetření provést každé těhotné. Amniocentéza by se měla provádět jen u žen, u kterých riziko výkonu je nižší než riziko chromozomální aberace u plodu. (3,9)

2.3.2 Pozdní biopsie choria (placentocentéza)

Placentocentéza je ve II. a III. trimestru těhotenství alternativní rychlou metodou cytogenetické a DNA diagnostiky. Toto vyšetření se provádí transabdominálně, stejně jako amniocentéza. Choriové klky, které se při odběru získají, je možno zpracovat buď přímo bez kultivace, nebo se kultivují podobně jako amniocyty. Výhodou oproti amniocentéze je, že výsledky jsou k dispozici dříve. Riziko je stejné jako u amniocentézy. (3,9)

3 DIAGNOSTIKA

Klinická stadia předčasného porodu:

- ***Partus praematurus imminens – hrozící předčasný porod***

Těhotná udává tlak v podbřišku, bolesti v zádech a zesílený výtok z pochvy. Děložní hrdlo je zkrácené, dilatované a změněné konzistence.

- ***Partus praematurus incipiens – počínající předčasný porod***

V tomto stádiu předčasného porodu je děložní hrdlo zcela zaniklé, klenby jsou plné, porodnická branka je větší než 3 cm.

- ***Partus praematurus in cursu – předčasný porod v běhu***

Dále pokračuje dilatace porodních cest, naléhající část plodu vstupuje do pánve.

- ***Defluvium liquoris amnialis praecox – předčasný odtok plodové vody***

Začátek předčasného porodu odtokem plodové vody bez děložních kontrakcí je nejméně příznivým stavem. Hrozí zde riziko intraovulární infekce, předčasného odlučování placenty a hypoxie plodu. (3,10)

3.1 Subjektivní údaje

Pacientky obvykle udávají bolesti připomínající menstruační bolesti nebo občasné až pravidelné kontrakce. Mohou se objevit i bolesti v křížové oblasti. Závažnějším příznakem, který by mohl signalizovat předčasný porod v běhu je krvácení nebo krvavý výtok. Pozornost je třeba věnovat i vodnatému výtoku po vyloučení předčasného odtoku plodové vody, jelikož může být příznakem intraovulární infekce a chorioamnionitidy. (6,10)

3.2 Gynekologické vyšetření

Vyšetření by mělo být zahájeno vyšetřením v zrcadlech, protože pokud by se jednalo o prolaps vaku blan, je menší riziko jeho protržení a následnému odtoku plodové vody než při palpačním vyšetření. Při palpačním vyšetření hodnotíme délku, dilataci, konzistenci a lokalizaci děložního hrdla a stupeň vývoje poševní klenby (stanovení cervix skóre). (3,6)

Cervix skóre (CS) (3)

Body	0	1	2
naléhající část	klenba prázdna	plná nevyvinutá	plná vyvinutá
dilatace hrdla	<0,5 cm	0,5 – 1,5cm	>1,5 cm
zkrácení čípku	0	<50%	>50%
konzistence čípku	tuhá	polotuhá	měkká
lokalizace čípku	sakrálně	mediálně	ventrálně

3.3 Ultrazvukové vyšetření

Abdominální ultrazvuk

Jeho pomocí posoudíme polohu plodu, biometrii a odhad porodní hmotnosti. Dále lokalizujeme placentu (případně známky předčasného odlučování), tvar dělohy, množství plodové vody a stav plodu flowmetri průtoku krve a.umbilicalis. (6)

Vaginální ultrazvuková cervicometrie

Pomocí transvaginální sondy se měří délka cervixu mezi vnitřní a zevní brankou děložní. V první polovině těhotenství je délka 30 – 40 mm. Těhotná, jejíž děložní hrdlo je kratší než 20 mm, rodí většinou předčasně i přes intenzivní tokolytickou léčbu. Dalším nálezem, který svědčí o hrozícím předčasném porodu, je tzv. funnelling, který se prohlubuje při břišním lisu. Jedná se o dilataci vnitřní branky ve tvaru písmene Y, V nebo U. Zkrácení délky cervixu je prognosticky horší u těhotné s dvojčaty než u ženy s jednočetným těhotenstvím. Také je nutno rozlišovat mezi primigravidou a multigravidou. (3,6)

3.4 Laboratorní metody

Jelikož je infekce považována za hlavní příčinu předčasného porodu, je nutno sledovat infekční markry. Mezi ně patří především počet leukocytů (nad $12 \cdot 10^9/l$) s diferenciálním rozpočtem. Vzestup neutrofilů signalizuje rozvíjející se infekci.

Dalším ukazatelem infekce je C-reaktivní protein (CRP), jehož vzestup nad 10mg/l při opakovaných kontrolách signalizuje infekci. (3,6)

4 TERAPIE

4.1 Tokolytika

V současné době je tokolytická léčba základním postupem v terapii hrozícího předčasného porodu. Jejím úkolem je zabránit předčasnému porodu a to alespoň 48 hodin, což je období nutné k indukci plicní zralosti plodu kortikosteroidy a transportu těhotné do perinatologického centra. Pokračování v tokolýze nad 48 hodin je předmětem individuálního posouzení každého případu. Tokolytika jsou indikována u těhotných v období od 24+0 týdnů. Po dosažení gestačního týdne 33+6 již není doporučena akutní tokolýza v plné terapeutické dávce. (3,6)

4.1.1 β -sympatomimetika

Svým složením jsou blízka katecholaminům a stimulují β -receptory v celém těle. Vedlejší účinky u matky způsobuje účinek na veškeré β -receptory v těle. Mezi nejčastější vedlejší účinky patří tachykardie, hypotenze, srdeční arytmie, ischemie myokardu, kardiomyopatie, plicní edém, retence Na^+ a H_2O . Nejvíce nebezpečný je plicní edém vyskytující se u 4 % případů léčby. Rizikovými faktory jsou vícečetná těhotenství, krevní transfuze, anemie, infekce, polyhydramnion a srdeční choroby. Mateřské úmrtí je nejčastěji spojeno s plicním edémem nebo srdeční arytmií matky, z tohoto důvodu je nutné monitorovat pulz, krevní tlak a dech. Při srdeční frekvenci nad 130/min je nutno léčbu přerušit.

Absolutní kontraindikací tokolytické léčby β -sympatomimetiky je strukturální srdeční onemocnění matky, ischemická choroba srdeční, arytmie, těžká preeklampsie, eklampsie, krvácení (abrupce placenty), dekompenzovaný diabetes mellitus a hypothyreóza. Relativní kontraindikací je kompenzovaný diabetes mellitus, hypertenzní choroba, migréna, febrilní stav matky, pokročilá dilatace porodních cest. K léčbě hrozícího předčasného porodu je používán ritodrin (Pre – par), terbutalin, salbutamol, fenoterol (Partusisten) a hexoprenalin (Gynipral). Aplikace je možná intravenózně i perorálně, léčba však začíná většinou intravenózní infuzí. (3,6,9)

4.1.2 Magnezium sulfát

Aplikuje se intravenózní formou 2g ve 100 ml fyziologického roztoku každých 8h nebo permanentní infuze 2 – 4g/24h. Mezi nejčastější vedlejší účinky patří návaly horka, nevolnost, bolesti hlavy, mdloby a poruchy vidění. Signálem předávkování magneziumem je vymizení nebo snížení patelárního reflexu. Toxické účinky vysokých dávek je možno odstranit infuzí s gramem kalcia glukonáta. Absolutní kontraindikací aplikace jsou poruchy srdečního rytmu a myastenia gravis. Relativní kontraindikací jsou ledvinná onemocnění a nedávné prodělání infarktu myokardu. Magnezium prochází placentou, ale ve většině případů nemění neurologický nálezný novorozence po narození. (3,6,9)

4.1.3 Blokátory kalciového kanálu

Jejich účinek je založen na blokování kalciového kanálu ve svalových buňkách a snížení vstupu Ca^{+} do myocytů. Běžně používaným preparátem je Nifedipin, aplikuje se perorálně nebo sublingválně. V ČR se prakticky nepoužívají. (3,6)

4.1.4 Antagonisté oxytocinu

V současné době nepatří k rutinně využívaným tokolytikům, je to především kvůli vysoké ceně. Využívají se v intermediárních a perinatálních centrech a v průběhu transportu in utero na tato pracoviště. Velkou výhodou je minimální výskyt nežádoucích účinků. (3,6,9)

4.2 Antibiotika

Intraamniální infekce je považována za nejčastější příčinu předčasného porodu, antibiotická léčba je tedy velice významná. Využívá se zejména při klinických známkách probíhající intraamniální infekce. Profylaktické podání antibiotik při předčasně odteklé plodové vodě patří k doporučeným postupům všeobecně uznávaných v ČR. Ve většině případů se aplikuje Penicilin, Ampicilin, Gentamycin, Azitromycin atd. (3,6)

4.3 Kortikosteroidy

Glukokortikoidy jsou indikovány jako prostředek k podpoře zralosti orgánových systémů, především respiračního. Vyvolávají produkci surfaktantu a snižují riziko RDS (respiratory distress syndrome) a nitrokomorového krvácení u novorozence. Kontraindikací zahájení léčby je chorioamnionitida. Léčba je doporučena od 24+0 do 33+6 týdne těhotenství. Aplikují se dvě dávky Betametazonu (Diprofoz) intramuskulárně s odstupem 24 hodin nebo čtyři dávky Dexametazonu (Dexona) intramuskulárně po 6-12 hodinách. Účinky trvají 7 dní po aplikaci. (3,6)

5 VEDENÍ PŘEDČASNÉHO PORODU

Vedení předčasného porodu se liší od vedení porodu v termínu. Při rozhodování o způsobu porodu je nutno posoudit řadu údajů, především gestační stáří, polohu plodu, četnost těhotenství a zdravotní stav matky. (6)

5.1 Porod vaginální cestou

Vaginálně vedený porod nezralého plodu je možný pouze v poloze plodu záhlavím. U spontánně vedeného předčasného porodu je vždy tendence k nadměrné děložní činnosti, což může vést až k rozvoji hypoxie plodu.

Cervikokraniální tlak působící na hlavičku nezralého plodu během kontrakce je troj až čtyřnásobně vyšší než tlak intrauterinní. Proto je nutno děložní činnost regulovat, jinak může negativně působit na cévní zásobení v oblasti postranních komor a ještě před porodem vzniká ischemické intraventrikulární krvácení. Je nutná kontinuální monitorace nejenom srdeční frekvence plodu, ale také děložních kontrakcí. Často se objevují časné decelerace, vznikají tlakem nezralé hlavičky na nerozvinutou tuhou porodnickou branku. Stálé střídání poklesu krevního průtoku a jeho obnovení vede k hypoxickým změnám cév v CNS a následnému intrakraniálnímu krvácení. Proto by amplitudy děložních kontrakcí neměly přesáhnout 60 torrů, jejich frekvence by neměla být vyšší než 4 kontrakce během 10 minut a mezikontrakční období by mělo trvat minimálně 40s.

K regulaci děložní činnosti je možno využít parciální tokolýzu. Na rozdíl od akutní tokolýzy nezastaví děložní činnost, porod i nadále postupuje, ale sníží se amplitudy a frekvence děložních kontrakcí. Dále je možno využít epidurální analgezii, která kromě tišení bolesti výrazně relaxuje měkké porodní cesty, především děložní hrdlo. Pokud jsou během porodu ze záznamu CTG zjištěny známky těžké intrauterinní hypoxie plodu (hluboké časné decelerace, tachykardie spojená s deceleracemi časnými, variabilními či pozdními), je nutno okamžitě ukončit porod císařským řezem. (3,6)

5.2 Porod císařským řezem

Vedení porodu císařským řezem není indikováno u plodu před 24. týdnem těhotenství. V tomto gestačním stádiu je plod previable a riziko poranění dělohy je vyšší než šance plodu na přežití. V případě, že se dostane plod do přechodné viability 24+0 až 24+6 týden gestace, rozhoduje se individuálně dle anamnézy matky. Ve 26. týdnu těhotenství je už možno rozhodovat v zájmu plodu.

Mezi nejčastější indikaci k porodu císařským řezem patří poloha plodu koncem pánevním. Dále pak vícečetné těhotenství do 32. týdne gestace, kdy je předpokládána porodní hmotnost pod 1500g. Důvodem je nestabilní poloha druhého dvojčete, u něhož velmi často dojde k verzi do příčné polohy. Indikací u vícečetného těhotenství je také klasicky kolizní postavení plodů (plod A v poloze podélné koncem pánevním, plod B v poloze podélné hlavičkou). Akutní císařský řez je indikován v případě hypoxie plodu, rozvoje choriomnionitidy a nepostupujícím porodu.

Provedení operace v nízkém týdnu těhotenství je velmi obtížné. Dolní děložní segment není rozvinut, hrozí lacerace ligament a poranění močového měchýře. (3,6)

6 KONCEPČNÍ MODEL M. GORDONOVÉ

Marjory Gordon

Základní ošetrovatelské vzdělání získala na Mount Sinai Hospital School of Nursing v New Yorku. Pokračovala v bakalářském a následně magisterském studiu na Unter College of the City University v New Yorku. Roku 1974 identifikovala 11 okruhů vzorců chování, roku 1987 publikovala Model funkčních vzorců zdraví. Později se stala prezidentkou NANDA (North American Nursing Diagnostic Association), kde působila do roku 2004. (8)

Model funkčních vzorců zdraví

Základní strukturu tvoří 12 oblastí, funkčních vzorců zdraví. Každá z těchto oblastí představuje funkční nebo dysfunkční součást zdravotního stavu člověka. Dysfunkční vzorec je projevem aktuálního onemocnění jedince, nebo může být znakem potencionálního problému. Pokud tedy sestra identifikuje takový vzorec, je nutné sestavit ošetrovatelskou diagnózu a pokračovat dalšími kroky ošetrovatelského procesu. (1,8)

Vnímání zdravotního stavu

Zahrnuje vnímání zdraví a způsoby, kterými se jedinec stará o své zdraví

Výživa a metabolismus

Tato oblast obsahuje způsob příjmu potravy a tekutin ve vztahu k metabolické potřebě organismu

Vylučování

Zahrnuje vylučovací funkci střev, močového měchýře a kůže

Aktivita, cvičení

Do této oblasti popisuje způsoby udržování tělesné kondice cvičením nebo jinými aktivitami provozovanými ve volném čase. Zahrnuje také základní denní aktivity.

Spánek a odpočinek

Tato oblast zahrnuje způsob spánku a relaxace, trvání doby spánku během 24 hodin a vnímání kvality spánku

Vnímání, poznání

Do této oblasti patří přiměřenost smyslového vnímání, informace zda jednotlivec trpí bolestí a jak je tlumena. Dále sem patří hodnocení poznávacích schopností

Sebepojetí, sebeúcta

Tato oblast popisuje, jak jedinec vnímá sám sebe a jakou má o sobě představu.

Plnění rolí, mezilidské vztahy

Tato oblast popisuje přijetí životních rolí, jejich plnění a úroveň sociálních vztahů.

Sexualita, reprodukční schopnosti

Obsahuje reprodukční období a sexualitu včetně spokojenosti nebo změn.

Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

Tato oblast obsahuje zvládnání a toleranci zátěžových či stresových situací.

Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Zahrnuje individuální vnímání životních hodnot a cílů a přesvědčení, včetně náboženského vyznání.

Jiné

Zde je možné zařadit jiné důležité informace, které nejsou zahrnuty v předchozích oblastech (1,8)

Odborníci označují tento model za nejkompaktnější pojetí člověka v ošetrovatelství. Splňuje požadavek na rámcový standard pro ošetrovatelské hodnocení zdravotního stavu jedince v jakémkoliv systému zdravotní péče, ať už se jedná o primární, sekundární nebo terciální. (1)

7 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U ŽENY S HROZÍCÍM PŘEDČASNÝM PORODEM

7.1 Osobní údaje pacientky

Pacientka L.P., rok nar.1978

Věk: 30 let

Stav: vdaná

Bydliště: Jablonec nad Nisou

Povolání: zdravotní sestra

Státní občanství: ČR

III/III, g.h. 32+0

Příjem 2. 12. 2008 v 16.20 na porodní sál ÚPMD Podolí jako těhotná

Letecký transfer in utero z Liberce

Přijata pro pokročilý vaginální nález, zbytek hrdla v průměru 3-4cm, přední klenba plná, hmatný vak blan, voda plodová neodtekla, nekrvácí, děložní činnost t.č. neudává, pohyby plodu cítí normálně

TK: 133/71, P: 100/min

TT: 36,6°C

Výška: 158 cm, hmotnost před těhotenstvím: 62kg, při přijetí: 72kg

Transfuze: 0

Dieta: 0

Alergie: Penicilin (pruritus)

Prenatální péče: od 7. týdne těhotenství, Jablonec nad Nisou, celkem 15 vyšetření

Otec u porodu: ne

Pánevní rozměry: 28, 30, 34, 19

Otoky: 0

Varixy: v tříse pravé dolní končetiny

Vyšetření v těhotenství:
BWR: negativní
KS+Rh: 0 pozitivní
HBsAg: negativní
OGTT: negativní
GBS: pozitivní
EKG a interní vyšetření v normě

7.2 Lékařská anamnéza

Rodinná anamnéza:

Otec: Sledován pro poruchu glukózové tolerance
Karcinom tonsil a hrtanu
Matka: Astma bronchiale s medikací
Sledována na interně pro ischemickou chorobu srdeční
Stav po flebotrombóze
Stav po borelióze s pozitivním neurologickým nálezem

Osobní anamnéza:

V dětství hypertenze – t.č. bez terapie, kompenzována
Chronická infekční EBV
Leidenská mutace – dispenzarizována v hematologické ambulanci
V těhotenství sledována pro hypofunkci štítné žlázy – t.č. bez medikace
r. 2001 mononukleosis – chronická forma, nyní bez obtíží
Operace, úrazy: neudává
Medikace – v graviditě: Acidum folicum tbl. 10 mg (antianemikum), 1-0-0
Pyridoxin tbl. 20 mg (vitamin), 1-0-0
Magnosolv (granule 356mg/ 1 sáček (minerály), 1-0-1
Alergie: Penicilin (pruritus)

Gynekologická anamnéza:

Hormonální léčba: hormonální antikoncepce – Mercilon 5 let

Menstruace: od 10 let, pravidelná, perioda 28-28, krvácení: 5-5, bolestivá

Operace: neudává

Otec dítěte:

Léčen pro epilepsii – t.č. již 12 let bez ataky

Nástrojář

Předchozí těhotenství:

r. 2004 spontánní porod koncem pánevním ve 24. týdnu těhotenství – žena, 600g, 30 cm, zemřela ve 3 měsících. (Ústí nad Labem)

r. 2005 spontánní porod ve 30. týdnu těhotenství – žena, 1745g, 41cm, žije, zdráva (Praha, VFN)

Nynější těhotenství:

Gravidita po spontánní koncepci, nauzea až do II. trimestru gravidity bez hospitalizace.

Průběh porodu před přijetím: Pacientka přijata jako transfer z Liberce – pokročilý vaginální nález, zbytek hrdla v průměru 3-4 cm, děložní činnost t.č. neudává, pohyby plodu cítí normálně, voda plodová zachovalá, ozvy plodu 135/min, dušnost 0, palpitace 0

Poslední menstruace: 24. 4. 2008

Termín porodu: 27. 1. 2009

Vyšetření při přijetí:

Zevně: děloha normotonická, poloha podélná hlavičkou, postavení pravé zadní

Vaginálně: pochva prostupná, přední klenba plná, hlava disenduje dolní děložní segment, mediosakrálně zbytek hrdla v průměru 3-4 cm, nekrvácí, voda plodová neteče, hmatný vak blan

UZ: poloha podélná hlavičkou, postavení pravé, placenta na zadní stěně bez známek odlučování, voda plodová na dolní hranici normy, normální pohybová aktivita plodu, EBW 1900g, akce srdeční+

CTG: Fyziologický záznam

Závěr: III/III g. h. 32+0, partus prematurus imminens,

GBS pozitivní, zatížená

porodnická anamnéza

Ordinace: příjem na porodní sál,

odběry: krevní obraz, biochemie, koagulace, moč chemicky + sediment,

Dexona (kortikosteroidy) 1 amp i.m. po 12 hodinách

(1. dávka aplikována v 15h)

Azitromycin (antibiotikum) 500mg i.v. po 24 hodinách

Infuzní terapie: Gynipral (tokolytikum) 25 μ g 2 amp. + 2 amp 20% MgSO₄

(tokolytikum) + 500 ml fyziologického roztoku i.v, (v = 80 ml/hod)

7.3 Průběh hospitalizace

2. 12. 2008, příjem na porodní sál

Týden těhotenství: 32+0

Pacientka byla přijata v 16.20 k hospitalizaci na porodní sál z důvodu pokročilého vaginálního nálezu.

Na příjmu bylo provedeno vaginální vyšetření, s tímto nálezem:

Pochva prostupná, přední klenba plná, hlava disenduje dolní děložní segment, mediosakrálně zbytek hrdla v průměru 3-4 cm, nekrvácí, voda plodová neteče, hmatný vak blan.

Dále bylo provedeno ultrazvukové vyšetření:

Poloha podélná hlavičkou, postavení pravé, placenta na zadní stěně bez známek odlučování, voda plodová na dolní hranici normy, normální pohybová aktivita plodu, EBW 1900g, akce srdeční+

Po příchodu na porodní pokoj byla zavedena periferní žilní kanyla na pravou horní končetinu. Pacientka byla poučena o správné péči o kanylu. Následně provedeny krevní odběry (krevní obraz, biochemie, koagulace) výsledek zcela v normě. Provedeno také biochemické vyšetření moči, výsledek bez patologického nálezu.

Medikace:

Gynipral (tokolytikum) 25 μ g 2 amp. + 2 amp 20% MgSO₄ (tokolytikum) + 500 ml fyziologického roztoku i.v , v 17.00 hod. aplikována I. infúze, rychlost infúze ordinována lékařem na 80 ml/ hod, kapala přes infuzní pumpu

Azitromycin (antibiotikum) 500mg ve 100 ml fyziologického roztoku i.v. po 24 hodinách, aplikován 17.30 hod.

CTG: na příjmu - fyziologický záznam

19.20 hod. - fyziologický záznam

Pacientka udávala ojedinělé kontrakce. Vaginální vyšetření ve 20.15 hod. neprokazuje progresi nálezu. Na noc dostala Plegomazin (psycholeptikum) 1tbl. p.o.

3. 12. 2008, 1. den hospitalizace

Týden těhotenství: 32+1

Medikace:

Gynipral (tokolytikum) 25 μ g 2 amp. + 2 amp 20% MgSO₄ (tokolytikum) + 500 ml fyziologického roztoku i.v. v 0.45 hod. aplikována II. infúze, v 7.45 hod. aplikována III. infúze, v 15.00 hod. aplikována IV. infúze, pacientka udávala palpitace, proto po domluvě s lékařem ve 20.00 hod byla snížena rychlost infúze na 60 ml/hod.

Dexona (kortikosteroid) 1 amp i.m., ve 3.00 hod aplikována 2. dávka, v 15.00 hod. aplikována 3. dávka

Azitromycin (antibiotikum) 500 mg ve 100 ml fyziologického roztoku i.v. po 24 hodinách, aplikován v 17.30 hod.

Fyziologické funkce: 6.30 hod. - TK: 120/60, P: 99/min, TT: 36,6°C.

12.00 hod. – TK: 128/55, P: 72/min, TT: 36,7 °C

18.45 hod. – TK: 105/52, P: 103/min, TT: 37,0°C

CRP: 5,5 mg/l

CTG: 6.30 hod – fyziologický záznam

17.15 hod – fyziologický záznam

Vaginální vyšetření: 7.30 hod. – Klenby plné, málo vyvinuté, hlava volně naléhá na vchod pánevní, mediosakrálně zbytek hrdla v průměru 3-4 cm, voda plodová zachovalá

Pacientka se cítila dobře, během dne neudávala žádné kontrakce. Jen byla trochu unavená, v noci se často budila. Bylo to způsobeno především strachem o udržení těhotenství a také nepohodlným porodnickým lůžkem. Snažily jsme se tedy spolu najít řešení pro zlepšení kvality spánku. Nakonec jsem pacientce dala pod sebe ještě jednu deku pro změkčení lůžka a vyrovnání nerovností.

Hovořila jsem s ní o jejích obavách z předčasného porodu, myslím, že se mi povedlo její strach zmírnit. V odpoledních hodinách za pacientkou přišel pediatr, informoval ji o případném zdravotním stavu jejího dítěte. Tento rozhovor byl pro pacientku velmi přínosný, zmírnil její obavy, jelikož prognóza v tomto stupni těhotenství je dobrá.

4. 12. 2008, 2. den hospitalizace

Týden těhotenství: 32+2

Medikace:

Gynipral (tokolytikum) 25 μ g 2 amp. + 2 amp 20% MgSO₄ (tokolytikum) + 500 ml fyziologického roztoku i.v., v 0.15 hod. aplikována V. infúze, v 8.00 hod. po domluvě s pediatry byla vysazena tokolytická léčba

20 ml 20% MgSO₄ (tokolytikum) + 500 ml fyziologického roztoku, rychlost ordinována lékařem na 60 ml/hod., aplikována v 10.00 hod.

Dexona (glukokortikoid) 1 amp i.m., ve 3.00 hod aplikována 4. dávka

Azitromycin (antibiotikum) 500 mg ve 100 ml fyziologického roztoku i.v. po 24 hodinách, aplikován v 17.30 hod.

Fyziologické funkce: 6.45 hod – TK: 115/60, P: 87/min, TT: 36,8°C

14.00 hod. – TK: 105/50, P: 94/min, TT: 36,6°C

17.30 hod. – TK: 111/56, P: 90/min, TT: 36,9°C

CRP: 2,5 mg/l, leukocyty: 10,3 x 10⁹/l

CTG: 6.15 hod. – suspektní záznam (zúženě undulární)

9.00 hod. – fyziologický záznam

14.00 hod. – fyziologický záznam

17.30 hod. – fyziologický záznam

Vaginální vyšetření: 10.00 hod- nález idem, zbytek hrdla v průměru 3-4 cm, hlava naléhá na vchod pánevní v zachovalém vaku blan, nekrvácí

Pacientka se cítila dobře, během dne udávala ojediněle tvrdnutí břicha. V noci se vyspala už lépe, zmírnily se jak její obavy z předčasného porodu, tak i lůžko bylo pohodlnější. V noci byla aplikována poslední dávka Dexony, byla velmi ráda, že dostala všechny dávky, jelikož u předchozích předčasných porodů tomu tak vždycky nebylo.

Odpoledne za pacientkou přišla na návštěvu rodina, manžel s dcerou. Pacientce to velmi zlepšilo náladu, hlavně když viděla, že manžel péči o dceru bez problémů zvládá.

5. 12. 2008, 3. den hospitalizace

Týden těhotenství: 33+3

Medikace:

20 ml 20% MgSO₄ (tokolytikum) + 500 ml fyziologického roztoku, rychlost ordinována lékařem na 60 ml/hod., ve 3.00 hod zvýšena rychlost na 80 ml/hod
Azitromycin (antibiotikum) 500 mg ve 100 ml fyziologického roztoku i.v. po 24 hodinách, aplikován v 17.30 hod.

Fyziologické funkce: 6.45 hod - TK: 120/55, P: 90/min, TT: 36,7°C

18.30 hod. – TK: 105/55, P: 85/min, TT: 36,2°C

CRP: 1,8 mg/l, leukocyty: 8,0 x 10⁹/l

CTG: 6.20 hod. – fyziologický záznam

12.30 hod. – suspektní záznam (zúženě undulatoční)

15.00 hod. – suspektní záznam (zúženě undulatoční)

22.45 hod. – fyziologický záznam

Vaginální vyšetření: 3.00 hod – nález bez progresu, zbytek hrdla v průměru 3-4 cm,

hlava naléhá na vchod pánevní, voda plodová zachovalá, nekrvácí

18.40 hod – nález idem, zbytek hrdla v průměru 3 – 4 cm, hlava naléhá v zachovalém vaku blan

Ultrazvukové vyšetření: poloha podélná hlavičkou, postavení pravé zadní, akce

srdeční +, normální BFP plodu, flow obtížně měřitelná křivka normálního tvaru, PI = 0,78, RI = 0,56

V noci pacientka udávala kontrakce po 10 až 15 minutách, vaginální nález bez progresu, rychlost infúze byla tedy dle ordinace lékaře zvýšena z 60ml/hod na 80 ml/hod. Poté kontrakce ustaly, během dne už pacientka udávala jen občasné bolesti v podbříšku.

Pacientka měla dobrou náladu, byla optimisticky naladěná. Dopoledne si četla časopisy, které jí předchozí den přinesl manžel. Povídaly jsme si o její rodině, mluvila hlavně o dceři Adélce. Jelikož je pacientka velmi komunikativní, byla ráda, že jsem ji mohla dělat společnost a že si měla s kým popovídat.

Lékař ji také informoval, že jakmile se uvolní místo na oddělení rizikového těhotenství, byl by možný překlád. Tuto zprávu pacientka velmi uvítala, jednak byla ráda, že nebude už sama na pokoji a také se těšila na normální postel.

6. 12. 2008, 4. den hospitalizace

Týden těhotenství: 32+4

Medikace:

20 ml 20% MgSO₄(tokolytikum) + 500 ml fyziologického roztoku, infúze kapala rychlostí 80 ml/hod dle ordinace lékaře přes infuzní pumpu

Fyziologické funkce: 6.20 hod. – TK: 114/69, P: 80/min, TT: 36,5°C

15.00 hod. – TK: 120/65, P: 85/min, TT: 36, 7°C

CTG: 6.20 hod. – fyziologický záznam

13.00 hod. – fyziologický záznam

CRP: 2,7 mg/l

Vaginální vyšetření: nález bez progrese, zbytek hrdla v průměru 3-4 cm, hlava volně naléhá na vchod pánevní, hmatný vak blan, voda plodová neteče, nekrvácí

Pacientka byla bez obtíží, cítila se dobře. Kontrakce neudávala. Odpoledne měla přijít na návštěvu matka pacientky i s dcerou Adélkou. Velmi se na ně těšila už od rána.

V odpoledních hodinách se uvolnilo místo na oddělení P3 – odd. rizikového těhotenství, pacientka tam byla přeložena.

7.4 Aplikace ošetrovatelského procesu dle Gordonové

O pacientku jsme pečovala v období od 2. 12. do 6. 12. 2008

Týden těhotenství ke dni 2. 12. 2008 – 32+0

Hospitalizována pro diagnózu: Partus prematurus imminens

Medikace: Dexona (glukokortikoid) 1 amp i.m. po 12 h (1. dávka aplikována v 15h)

Azitromycin (antibiotikum) 500mg i.v. po 24 h

infuzní terapie: Gynipral (tokolytikum) 25µg 2 amp. + 2 amp 20% MgSO₄

(tokolytikum) + 500 ml fyziologického roztoku i.v, rychlost infúze byla nastavena dle ordinace lékaře na 80ml/hod, kapala přes infuzní pumpu.

7.4.1 Fyzikální vyšetření sestrou

Celkový vzhled, úprava zevnějšku, hygiena: Působí upraveně, dostatečně dodržuje hygienu

Dutina ústní, nos: Bez výtoků, sliznice vlhké

Zuby: Vlastní chrup, v dobrém stavu

Sluch: Slyší bez problémů

Zrak: Brýle na čtení

Puls: 100/min, pravidelný, dobře hmatný

Dýchání: Frekvence 16/min, pravidelné, hloubka normální bez vedlejších fenoménů

Krevní tlak: 133/71

Tělesná teplota: 36,6°C

Tělesná hmotnost: 72kg, hmotnostní přírůstek v graviditě 10kg

Výška: 158 cm

Rozsah pohybů v kloubech: V normě

Svalová tuhost, pevnost: Dostatečná

Kůže: Beze změn, dobře prokrvená, hydratovaná, kožní turgor přiměřený

Chůze: Koordinovaná

Držení těla: Vzpřímené

Pánevní rozměry: 28,30,34,19

Ozvy plodu: 135/min, pravidelné

CTG: Fyziologický záznam, bazální frekvence 135/min, akcelerace na pohyb, decelerace nejsou přítomny, undulatoční záznam.

7.4.2 Diagnostický proces – stanovení potřeb a problémů

Vnímání zdravotního stavu

Pacientka vnímá svůj zdravotní stav jako dobrý. Lékaře pravidelně navštěvuje od počátku těhotenství. Byla si vědoma vysokého rizika opakování předčasného porodu, důsledně proto dodržovala všechna doporučení lékaře včetně klidového režimu. Při objevení problému – k ránu a dopoledne nepravidelné kontrakce, ihned navštívila lékaře.

Výživa a metabolismus

Nedrží žádnou dietu. Je zvyklá jíst 5krát denně po menších porcích. Její strava je vyvážená s dostatkem ovoce a zeleniny. Denně vypije přibližně 2 litry tekutin, pije především ovocné čaje a neperlivé minerální vody.

V nemocnici jí jídlo chutná. Pochvaluje si úpravu pokrmu i jeho chuť. Uvítala by větší množství čerstvého ovoce a zeleniny, na které je zvyklá z domova.

V současné době váží 72 kg. Během těhotenství zatím přibrala 10kg.

Vylučování

Z důvodu dostatečného příjmu tekutin nemá problémy s mikcí. Stolice je pravidelná, jednou denně.

Pocení je přiměřené.

Aktivita, cvičení

Ráda sportuje, mezi její oblíbené sporty patří cyklistika, turistika, plavání a lyžování. Během těhotenství musela dodržovat klidový režim, neprovozovala tedy žádný sport. Jelikož je velmi temperamentní povahy, nebylo to pro ni jednoduché, ale pro zdraví svého dítěte je ochotna dodržovat všechna doporučení lékaře.

V nemocnici si krátí čas čtením knih, časopisů a luštěním křížovek.

Spánek, odpočinek

Denně spí přibližně 8 hodin. Chodí spát kolem 23. hodiny. Nemá problémy s usínáním. Během posledních pár týdnů těhotenství se v noci často budí, přes den se pak cítí unavená.

V nemocnici se zatím moc nevyspala, jelikož je hospitalizována na porodním sále, kde porodní lůžka nejsou příliš vhodná na spaní.

Vnímání, poznání

Nemá problémy s pozorností ani pamětí. Nosí brýle na čtení, sluch a řeč bez problémů. Je plně orientovaná. V současné době netrpí žádnou bolestí. Sama o sobě si myslí, že má spíše logické myšlení.

Sebepojetí, sebeúcta

Sama sebe vnímá jako optimisticky založenou, dokáže čelit problémům. Myslí si, že roli matky zvládá dobře. Plně si důvěřuje.

Plnění rolí, mezilidské vztahy

Žije v rodinném domě s manželem a tříletou dcerou Adélkou. Ve své rodině je šťastná, manželství je podle jejích slov harmonické.

V nemocnici často mluví o Adélce. Je to jejich první odloučení, ale nastalou situaci zvládá dobře, přestože je patrné, že se jí velmi stýská. Manžel s dcerou jezdí na návštěvu jednou za 2 až 3 dny, častěji to není možné z důvodu větší vzdálenosti.

S rodinou je v každodenním telefonickém kontaktu. V období hospitalizace pomáhá s chodem domácnosti matka pacientky.

Sexualita, reprodukční schopnosti

Menstruace od 10 let, pravidelná, bolestivá. Hormonální antikoncepci užívala 5 let, po jejím vysazení neměla problémy s otěhotněním. Má za sebou dva předčasné porody (24. týden a 30. týden gestačního stáří).

Z důvodu nepříznivé porodnické anamnézy jí není pohlavní styk během těhotenství doporučován.

Stres, zátěžové situace

Největší stres prožila v době, kdy jí zemřela dcera. Tuto situaci snášela velmi špatně a dlouho jí trvalo, než se s tím vyrovnala, ale jak sama říká, úplně vyrovnat se s tím nejde. I po 4 letech je to pro ni velmi citlivé téma. Během současného těhotenství se jí často vracejí vzpomínky, jelikož termín porodu vychází na stejný den jako při prvním těhotenství, kdy se jí narodila dcera ve 24. týdnu těhotenství a ve

3 měsících zemřela na sepsi. Pacientka měla od začátku těhotenství pocit, že se celá situace bude opakovat, v současné době už je klidnější.

Víra, životní hodnoty

Pacientka není věřící. Nejvíce věří svému manželovi a matce. V žebříčku hodnot je pro ni na prvním místě zdraví a rodina.

7.4.3 Ošetrovateľské diagnózy

Strach o dieťa z dôvodu hrozícího predčasného porodu prejavujúci sa verbalizáciou, mimikou v obličejí

Cíl: Pacientka verbalizuje zmírnění strachu do 2 dní

Priorita: Střední

Výsledná kritéria:

- Pacientka zná důvody strachu do 30 minut
- Pacientka má dostatek informací o léčbě do 1 hodiny
- Pacientka verbalizuje pocity zlepšení strachu do 5 hodin

Intervence:

- Vysvětlí pacientce problematiku předčasného porodu do 30 minut (sestra, lékař)
- Zajistí rozhovor mezi pacientkou a lékařem (porodníkem, pediatrem) kvůli dostatečné informovanosti pacientky o léčbě do 3 hodin (sestra)
- Edukuj pacientu o průběhu hospitalizace a léčebném režimu do 1 dne (sestra)
- Sleduj pacientky mimiku v obličejí, průběžně (sestra)
- Naslouchej pacientce, průběžně (sestra, lékař)
- Najdi si na pacientku dostatek času, průběžně (sestra)
- Odpovídej pacientce na její dotazy, průběžně (sestra)
- Komunikuj s pacientkou o jejích pocitech, průběžně (sestra)
- Monitoruj případné zlepšení či zhoršení psychického stavu, průběžně (sestra)

Realizace:

S pacientkou jsem hovořila o problematice předčasného porodu. Svěřila se mi se svými obavami o dítě. Snažila jsem pacientce věnovat co nejvíce času a komunikovat s ní. Zajistila jsem jí rozhovor s pediatrem, který jí informoval o případném zdravotním stavu jejího dítěte.

Hodnocení: Cíl byl splněn částečně, pacientka verbalizuje zmírnění strachu

Život rodiny porušený z důvodu hospitalizace pacientky projevující se verbalizací

Cíl: Pacientka dokáže verbalizovat své problémy do 3 dnů

Priorita: Střední

Výsledná kritéria:

- Pacientka dokáže identifikovat své problémy do 1 dne
- Pacientka dokáže otevřeně hovořit o svých problémech do 3 dnů

Intervence:

- Zjistí rodinnou situaci do 2 dnů (sestra)
- Zapoj rodinu do 1dne (sestra)
- Komunikuj s pacientkou o jejích problémech, vždy (sestra)
- Naslouchej pacientce, vždy (sestra)
- Věnuj pacientce dostatek času, průběžně (sestra)

Realizace:

Věnovala jsme pacientce dostatek času a hovořila s ní o jejích problémech, hlavně o starostech o rodinu. Pomáhala jsem jí překonat obavy o rodinu. Pacientka verbalizovala velkou pomoc ze strany své matky v péči o její rodinu.

Hodnocení: Cíl byl zcela splněn, pacientka dokáže verbalizovat své problémy.

Spánek porušený z důvodu dyskonfortu projevující se častým buzením v noci, únavou během dne, verbalizací

Cíl: Pacientka verbalizuje zlepšení kvality spánku do 3 dnů

Priorita: Střední

Výsledná kritéria:

- Pacientka se cítí odpočatá do 2 dnů
- Pacientka spí celou noc do 3 dnů
- Pacientka usíná do 30 minut do 3 dnů

Intervence:

- Zajisti úpravu lůžka ihned (sestra)
- Vysvětlí pacientce nutnost hospitalizace na porodním sále do 30min (sestra, lékař)
- Uspořádej péči tak, aby měla pacientka k dispozici nepřerušovaná období pro spánek, vždy (sestra)

Realizace:

Vysvětlila jsem pacientce nutnost hospitalizace na porodním sále. Současně jsem pacientku informovala, že jakmile to bude možné, bude přeložena na oddělení rizikového těhotenství, kde jsou normální postele. Pro zlepšení kvality spánku jsem navrhla pacientce dát na postel deku, která změkčí lůžko a zároveň vyrovná nerovnosti.

Hodnocení: Cíl byl splněn částečně, došlo ke zlepšení kvality spánku.

Potencionální možnost intoxikace z důvodu překročení léčebných dávek tokolytik nebo při jejich zvýšených vedlejších účincích

Cíl: Zabránění vzniku intoxikace tokolytiky do ukončení léčby

Priorita: Střední

Intervence:

- Informuj pacientku o možných vedlejších účincích tokolytik do 1 hodiny (sestra, lékař)
- Monitoruj fyziologické funkce, průběžně (sestra)
- Sleduj celkový stav pacientky, průběžně (sestra)
- Dodržuj přesné dávkování tokolytik, vždy (sestra)
- Odpovídej pacientce na dotazy ohledně tokolytické léčby, vždy (sestra, lékař)
- Ptej se pacientky na případné vedlejší účinky tokolytik, vždy (sestra)

Realizace:

Pacientku jsem informovala o možných vedlejších účincích tokolytické léčby. Několikrát denně jsem sledovala fyziologické funkce, především krevní tlak a pulz. Infúze kapala rychlostí dle ordinace lékaře, vždy byla použita infuzní pumpa, aby byla přesně dodržena stanovená rychlost.

Hodnocení: Cíl byl zcela splněn, během tokolytické léčby k intoxikaci nedošlo.

Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení periferní žilní kanyly

Cíl: Pacientka nejeví známky infekce

Priorita: Střední

Intervence:

- Pouč pacientku o správné péči o kanylu, ihned (sestra)
- Dodržuj zásady hygieny při ošetřování kanyly, vždy (sestra)
- Dodržuj aseptické postupy při ošetřování kanyly, vždy (sestra)
- Sleduj projevy infekce, průběžně (sestra)
- Kontroluj průchodnost kanyly, vždy (sestra)

Realizace:

Pacientku jsem poučila o správné péči o kanylu. Během ošetřování kanyly jsem vždy dodržovala zásady hygieny a aseptické postupy. Průběžně jsem sledovala projevy infekce a průchodnost kanyly.

Hodnocení: Cíl byl zcela splněn, nedošlo ke vzniku infekce

ZÁVĚR

V závěru mé bakalářské práce bych chtěla shrnout poznatky z teoretické i praktické části. Cílem mé práce bylo seznámit budoucí a začínající porodní asistentky s problematikou předčasného porodu. Teoretická část se tedy zabývala problematikou předčasného porodu, od příčin přes diagnostiku a terapii až k vedení předčasného porodu. Praktická část se zabývala ošetrovatelskou péčí o pacientku s hrozícím předčasným porodem. Byla zde rozebrána kazuistika konkrétní pacientky s touto diagnózou. Podrobně byla odebrána anamnéza a poté byly stanoveny ošetrovatelské problémy a jejich řešení, současně byl popsán podrobně průběh hospitalizace

V průběhu ošetřování jsem s pacientkou navázala úzký vztah. Myslím, že se mi podařilo vytvořit důvěrnou atmosféru. Pacientka byla velice komunikativní a ochotná spolupracovat, byla ráda, že si může s někým popovídat a svěřit se se svými problémy a obavami. Jako studentka jsem ji mohla věnovat podstatně více času než ostatní personál, což velmi kladně hodnotila.

Po čtyřech dnech hospitalizace byla pacientka přeložena na oddělení rizikového těhotenství. Byla jsem ji tam navštívit, cítila se velmi dobře. Po dvou týdnech hospitalizace v týdnu těhotenství 34+0 byla propuštěna do domácího léčení.

I přes velmi nepříznivou porodnickou anamnézu a pokročilý vaginální nález se v tomto případě podařilo těhotenství udržet a odvrátit hrozící předčasný porod.

POUŽITÁ LITERATURA

1. ARCHALOUSOVÁ, A. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. Hradec Králové: Nucleus HK, 2003. ISBN 80-86225-33-X
2. CITTERBART, K., MARTAN, A., ROB, L. a kol. *Gynekologie*. 2.vyd. Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-501-7
3. ČECH, E., HÁJEK, Z., MARŠÁL, K., SRP, B. a kol. *Porodnictví*. 2.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1313-9
4. DOENGES, E, MARILYNN., MOORHOUSE, M, F., *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0242-8
5. Doporučený postup – Předčasný odtok plodové vody. *Česká gynekologie*. 2008, roč. 73, str.8–10. ISSN 1210-7832
6. HÁJEK, Z. a kol. *Rizikové a patologické těhotenství*. Praha : Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0418-8.
7. KUDELA, M. a kol. *Základy gynekologie a porodnictví pro posluchače lékařské fakulty*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. ISBN 80-244-0837-6
8. PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1211-3
9. ROZTOČIL, A. a kol. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-1941-2
10. ROZTOČIL, A. a kol. *Porodnictví*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníku ve zdravotnictví v Brně, 2001. ISBN 80-7013-339-2

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Seznam perinatologických center v České republice

Příloha č. 2 - Novorozenci s nízkou porodní hmotností, ČR, r. 2000-2007

Příloha č. 3 - Nejčasněji narozené dítě, které přežilo

Příloha č. 4 - Novorozenec vážící 510 gramů

Příloha č. 5 – Ošetrovatelská dokumentace dle M. Gordonové

Seznam perinatologických center v České republice

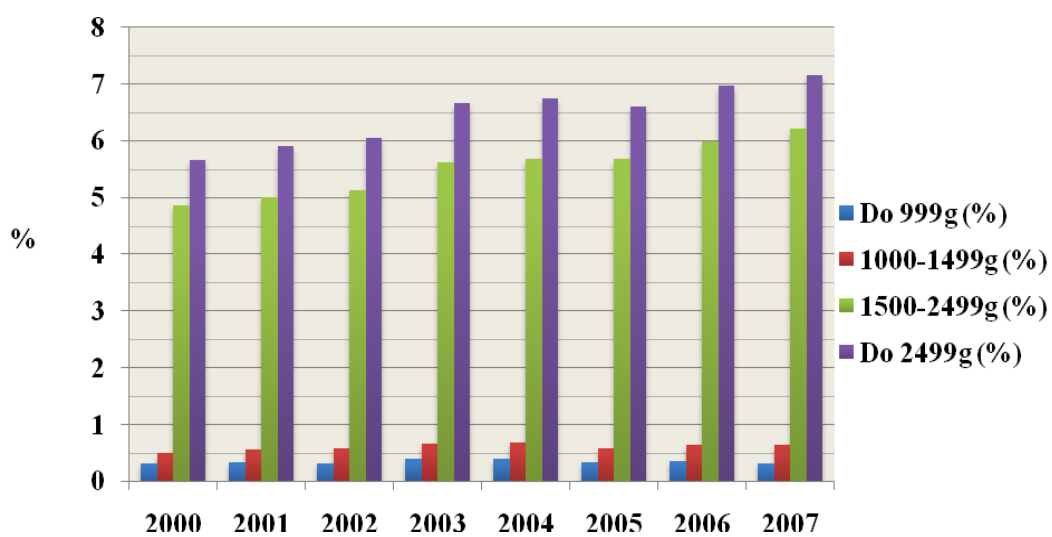
Perinatologická centra zajišťují péči o předčasné porody od 24. týdne těhotenství.

1.	Brno	Fakultní nemocnice Brno
2.	České Budějovice	Nemocnice České Budějovice
3.	Hradec Králové	Fakultní nemocnice
4.	Most	Nemocnice Most, p.o
5.	Olomouc	Fakultní nemocnice
6.	Ostrava	Fakultní nemocnice s poliklinikou
7.	Plzeň	Fakultní nemocnice
8.	Praha	Ústav pro péči o matku a dítě
9.	Praha	Všeobecná fakultní nemocnice
10.	Praha	Fakultní nemocnice - Motol
11.	Ústí nad Labem	Masarykova nemocnice v Ústí n. L., p.o
12.	Zlín	Baťova krajská nemocnice Zlín

Novorozenci s nízkou porodní hmotností, ČR, r. 2000-2007

% z živě narozených

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Do 999g (%)	0,31	0,33	0,32	0,39	0,39	0,33	0,36	0,31
1000-1499g (%)	0,50	0,57	0,59	0,66	0,68	0,59	0,64	0,64
1500-2499g (%)	4,86	5,01	5,13	5,61	5,68	5,68	5,98	6,22
Do 2499g (%)	5,67	5,91	6,04	6,66	6,75	6,60	6,98	7,16



Nejčasněji narozené dítě, které přežilo



Amillia Sonja Taylorová se narodila v říjnu roku 2006 císařským řezem v Miami. Na svět přišla ve 22. týdnu těhotenství, měřila 24 cm a vážila pouhých 284 gramů. Po porodu se objevily problémy s dýcháním a trávicím traktem, holčička navíc slabě krvácela do mozku.

Přesto se ji lékařům podařilo zachránit a po čtyřech měsících v inkubátoru začala Amillia sama dýchat a pít z kojenecké lahve.


Podle univerzity v Iowě, která vede záznamy o narozených dětech z celého světa, je Amillia nejčasněji narozeným dítětem, kterému se podařilo přežít.

PŘÍLOHA č. 4 (www.zdn.cz)

Novorozenec vážící 510 gramů



PŘÍLOHA č. 5

	OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE dle M. Gordonové	
	Vypracoval/a:	Studijní skupina: Dne: 3.12.

Jméno, příjmení: (iniciály) L.P.		Oddělení:	Porodní sál													
Pohlaví:	<input checked="" type="checkbox"/> žena <input type="checkbox"/> muž	Pooperační den:														
Narozen:	1978	Věk: 30	Den pobytu: 1.													
Vztah k zařízení:	<input checked="" type="checkbox"/> hospitalizace <input type="checkbox"/> ambulantní	Příjem:	<input checked="" type="checkbox"/> 1. přijetí													
Důvod přijetí:	<input type="checkbox"/> dg. vyšetření <input checked="" type="checkbox"/> akutní onemocnění <input type="checkbox"/> chron. onemocnění	<input type="checkbox"/> akutní operace <input type="checkbox"/> plánovaná operace	<input type="checkbox"/> přeložen..... <input type="checkbox"/> opakované přijetí <input type="checkbox"/>													
Sociální situace:																
Žije sám:	<input type="checkbox"/> ANO <input checked="" type="checkbox"/> NE	kde:	Stav: Vdaná													
Zaměstnaní dnes:	Mateřská dovolená		Jak chce být osloven: Paní													
Zaměstnaní dříve:	Zdravotní sestra		Kontakt se sociální sestrou: <input type="checkbox"/> ANO													
Příbuzná nebo osoby které můžeme informovat																
Jméno:	M.P.	Adresa	Jablonec nad Nisou													
Vztah k nemocnému:	Manžel	Telefon														
Lékařská diagnóza:	1) Partus prematurus imminens	Důvod přijetí:	Léčebný													
	2)	Alergie:	<input checked="" type="checkbox"/> ANO: PNC <input type="checkbox"/> NE													
	3)	Riziko:	<input type="checkbox"/> ANO <input checked="" type="checkbox"/> NE													
	4)		HbsAg <input type="checkbox"/> poz <input checked="" type="checkbox"/> neg													
	5)		HIV <input type="checkbox"/> poz <input checked="" type="checkbox"/> neg													
Fyzikální vyšetření sestrou																
Celkový vzhled:	Dobry	Výška:	158 cm													
Úprava, hygiena:	Upravená	Hmotnost:	stabilní <input type="checkbox"/> ANO <input checked="" type="checkbox"/> NE													
Puls:	rychlost: 90/min	pravidelnost: Ano	Gravidita													
Krevní tlak:	při přijetí: 133/71	aktuální: 120/60	zvýšení o ...10 kg													
Dýchání:	rychlost: 18/min	pravidelnost: Ano	snížení okg													
Tělesná teplota:	při přijetí: 36,6°C	aktuální: 36,7°C	Chybějící části těla: Ne													
Kůže:	barva: Fyziol.	léze: Ne	Chůze: Koordinovaná													
			Riziko pádu: <input type="checkbox"/> ANO <input checked="" type="checkbox"/> NE													
Riziko vzniku dekubitů: (dle Nortonové) vzniká při 25 bodech a méně																
Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Další nemoci	Tělesný stav	Stav vědomí	Pohyblivost	Inkontinence	Aktivita								
úplná	4	do 10	normální	4	žádné	4	dobry	4	dobry	4	úplná	4	není	4	chodí	4
malá		do 30	alergie				horší		apatie		částečně omezená		občas		s doprovodem	
částečná		do 60	vlhká	2			špatný		zmatený		velmi omezená		převážně močová		sedáčka	
žádná		60+	suchá				velmi špatný		bezvědomí		žádná		stolice i moč		leží	
Dne:		34 .(součet bodů)														
Zkrácený mentální bodovací test (dle Gaida)								Zjištění rizika pádu Skóre vyšší než 3, riziko pádu								
Za každou správnou odpověď 1 bod, nesprávná 0.								Pohyb								
Méně než 7 bodů, jedná se o zmatenost								neomezený 0								
								Pád v anamnéze								
1. Věk								Medkace								
2. Kolik je asi hodin								neuvádí rizikové léky								
3. Adresu								užívá léky ze skupiny diuretik,								
4. Současný rok								antiepileptik,								
5. Kde je hospitalizován								antiparkinsonik,								
6. Poznání alespoň dvou osob (např. lékař a sestra)								antihypertenziv								
7. Datum narození								psychotropní léky,								
8. Jméno současného prezidenta								benzodiazepiny								
9. Odečíst zpět od 20 do 1 nebovyjmenovat měsíce pozpátku								žádné								
Celkové skóre::								vizuální,								
9								sluchový,								
								smyslový deficit								
								Celkové skóre: 0								

Invaze	perif. žilní katétr	<input checked="" type="checkbox"/> ANO	1. den	<input type="checkbox"/> NE	Vyšetření:
	central. žilní katétr	<input type="checkbox"/> ANO	den	<input checked="" type="checkbox"/> NE	
	močový katétr	<input type="checkbox"/> ANO	den	<input checked="" type="checkbox"/> NE	
	drén	<input type="checkbox"/> ANO	den	<input checked="" type="checkbox"/> NE	
	sonda	<input type="checkbox"/> ANO	den	<input checked="" type="checkbox"/> NE	
Léky:	název	dávkování	zp.aplikace	lék. skup.	
	Azitromycin 500mg	Po 24 hodinách	i.v.	Antibiotikum	
	Dexona	Po 12 hodinách	i.m.	Kortikoidy	
Infúze:	Gynipral 2 amp. +	80 ml/h	i.v.	Tokolytikum	
	+20% MgSO ₄ 2 amp.+			Tokolytikum	
	+500 ml Fyziol. roztoku				
Ostatní ordinace:					
P+VT			koupele		
kyslík			stomie		
REH			led		
bandáže			převazy		
inhalace					
Ošetřovatelská anamnéza dle M. Gordonové					
					I. f. posouzení
1.	Vnímání zdraví				
	můj zdravotní stav:	<input checked="" type="checkbox"/> dobrý	<input type="checkbox"/> část, dobrý	<input type="checkbox"/> narušený	<input type="checkbox"/> špatný
	pro udržení zdraví:	<input checked="" type="checkbox"/> sportuji	<input type="checkbox"/> procházky	<input type="checkbox"/> zahradničím	
		<input checked="" type="checkbox"/> dodržuji zdrav. výživu	<input type="checkbox"/> nic	<input type="checkbox"/>	
	nemoci za poslední rok:	0	úrazy:	0	
	lékařská doporučení dodržuji:	<input checked="" type="checkbox"/> důsledně	<input type="checkbox"/> občas	<input type="checkbox"/> nedodržuji	<input type="checkbox"/> jiné
	při objevení současných obtíží jsem:	<input checked="" type="checkbox"/> navštívil lékaře	<input type="checkbox"/> užil léky	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> porad. s jinými zdravotníky	<input type="checkbox"/> jiné		
2.	Výživa, metabolismus				
	stav výživy:	<input checked="" type="checkbox"/> změna váhy v poslední době	<input checked="" type="checkbox"/> ↑ o 10 kg /	<input type="checkbox"/> ↓ o /	Gravidita
	chuť k jídlu:	<input checked="" type="checkbox"/> dobrá	<input type="checkbox"/> nechutenství		
	stav výživy:	<input checked="" type="checkbox"/> přiměřený	<input type="checkbox"/> podvýživa	<input type="checkbox"/> obezita	<input type="checkbox"/> mírná nadváha
	způsob přijímání stravy	<input checked="" type="checkbox"/> per os	<input type="checkbox"/> sonda	<input type="checkbox"/> pumpa	<input type="checkbox"/> stomie
	forma stravy:	<input checked="" type="checkbox"/> normální	<input type="checkbox"/> kašovitá	<input type="checkbox"/> tekutá	<input type="checkbox"/>
	porucha polykání:	<input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	stav chrupu:	<input checked="" type="checkbox"/> dobrý	<input type="checkbox"/> protéza <input type="checkbox"/> jiné
	potíže:	<input type="checkbox"/> nauzea	<input type="checkbox"/> zvracení	<input type="checkbox"/> pálení žáhy	<input type="checkbox"/>
	typický denní příjem jídla:	<input checked="" type="checkbox"/> snídaně	<input checked="" type="checkbox"/> svačina dopol.	<input checked="" type="checkbox"/> oběd	
		<input checked="" type="checkbox"/> večeře	<input checked="" type="checkbox"/> svačina odpol.	<input type="checkbox"/> druhá večeře	
	přidávky:	<input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO jaké			
	dietní omezení doma	<input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO jaké			
	dieta:	<input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO číslo...	poučen:	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> jiné	
	schonost sám se najíst:	<input checked="" type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> částečně	<input type="checkbox"/> krmem	<input type="checkbox"/> jiné	
	příjem tekutin za 24 hod	<input type="checkbox"/> < 0,5 l	<input type="checkbox"/> 0,5 - 1	<input type="checkbox"/> 1 - 1,5	<input checked="" type="checkbox"/> 1,5 - 2
		<input type="checkbox"/> > 2 l			
	k dispozici dostatek tekutin:	<input checked="" type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE proč?		
	pocit sucha v ústech:	<input type="checkbox"/> ANO <input checked="" type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> defekty v ústech	<input type="checkbox"/> ↓ pocit žízně	
	kožní turgor:	<input checked="" type="checkbox"/> dobrý	<input type="checkbox"/> snížený	stav sliznic:	<input checked="" type="checkbox"/> růžové <input type="checkbox"/> bledé <input type="checkbox"/>
	stav vlasů:	<input checked="" type="checkbox"/> dobrý	<input type="checkbox"/> vypadávají	stav nehtů:	<input checked="" type="checkbox"/> dobrý <input type="checkbox"/> narušený

3. Vylučování - moče, stolice, potu			
moče			
mikce	<input checked="" type="checkbox"/> bez problémů	<input type="checkbox"/> inkontinence	<input type="checkbox"/> problematická
změna v poslední době	<input type="checkbox"/> ANO	<input checked="" type="checkbox"/> NE	
vylučování moče	<input checked="" type="checkbox"/> sám	<input type="checkbox"/> s pomocí na WC	<input type="checkbox"/> na lůžku <input type="checkbox"/>
obtíže	<input type="checkbox"/> pálení	<input type="checkbox"/> řezání	<input type="checkbox"/> v noci <input type="checkbox"/> v men. porcích <input type="checkbox"/> bolestivé
močení	<input type="checkbox"/> retence	<input type="checkbox"/> urostomie/den	<input type="checkbox"/> moč. katétr / den
příměsy v moči	<input type="checkbox"/> ANO	<input checked="" type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> jaké
stolice			
vyprazdňování střeva	<input checked="" type="checkbox"/> sám	<input type="checkbox"/> s pomocí na WC	<input type="checkbox"/> na lůžku <input type="checkbox"/> stomie
stolice	<input checked="" type="checkbox"/> pravidelná	<input type="checkbox"/> zácpa.....x za týden	<input type="checkbox"/> průjemx den
barva	Fyziologická	<input type="checkbox"/> inkontinence	<input type="checkbox"/> částečná <input type="checkbox"/> úplná <input type="checkbox"/>
vyprazdňovací návyky	<input checked="" type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO	jaké
změna v poslední době	<input checked="" type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO	jaká
užívání preparátů na vyprázdnění	<input checked="" type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO	jaké jak dlouho
obtíže během vyprazdňování	<input checked="" type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO	jaké
4. Aktivita, cvičení			
pocit dostatečné síly a životní energie	<input checked="" type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/>
cvičím:	<input type="checkbox"/> necvičím	<input checked="" type="checkbox"/> občas	<input type="checkbox"/> pravidelně typ cvičení:
faktory bránící těl. aktivitě:	<input type="checkbox"/> dušnost	<input type="checkbox"/> sval. křeče	<input type="checkbox"/> parézy/plegie
	<input type="checkbox"/> srdeční onem.	<input type="checkbox"/> plic. onem.	<input type="checkbox"/> pohyb. aparát <input checked="" type="checkbox"/> jiné
doma	<input checked="" type="checkbox"/> bez problémů	<input type="checkbox"/> s oporou	<input type="checkbox"/> neschopen <input type="checkbox"/>
nyní	<input type="checkbox"/> bez problémů	<input type="checkbox"/> s oporou	<input type="checkbox"/> neschopen <input type="checkbox"/>
chybějící části těla	<input checked="" type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO	jaké
kompensační pomůcky	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO	jaké
úroveň soběstačnosti - funkční úroveň			
X 0-nezávislý	<input type="checkbox"/> 1-vyžaduje pom. prostředek	<input type="checkbox"/> 2-potř. min.pomoc, dohl.	
<input type="checkbox"/> 3-potřebuje pomoc, pomůcky	<input type="checkbox"/> 4-potřeb.úplný dohled	<input type="checkbox"/> 5-sám nic	
<input type="checkbox"/> nájíst se	<input type="checkbox"/> umýt se	<input type="checkbox"/> vykoupat se	<input type="checkbox"/> obléci se <input type="checkbox"/> pohybovat se
prevence imobilizačního. syndromu	<input checked="" type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO	jaká
pohyb režim v nemocnici	Relativní klid	znalost	<input type="checkbox"/> NE <input checked="" type="checkbox"/> ANO míra Dobrá
držení těla:	<input checked="" type="checkbox"/> vzpřímené	<input type="checkbox"/> změněné	jak
koordinace:	<input checked="" type="checkbox"/> dobrá	<input type="checkbox"/> narušená	jak
5. Spánek, odpočinek			
<input type="checkbox"/> kvalitní spánek cel. noc	<input type="checkbox"/> problémy s usínáním	<input checked="" type="checkbox"/> budí se jak často: 4 krát	
<input type="checkbox"/> spí přes den, kolik hod:	<input type="checkbox"/> léky na spaní	<input checked="" type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO jaké
cítí se:	<input type="checkbox"/> odpočatý	<input checked="" type="checkbox"/> nevyspalý	<input type="checkbox"/> jiné
rušivé faktory	<input checked="" type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO	jaké zvyky:
6. Vnímání			
vědomí:	<input checked="" type="checkbox"/> jasné	<input type="checkbox"/> zastřené	<input type="checkbox"/> somnolence <input type="checkbox"/> bezvědomí
sluch:	<input checked="" type="checkbox"/> dobrý	<input type="checkbox"/> zhoršený P -L ucho	<input type="checkbox"/> neslyší P-L ucho <input type="checkbox"/> neslyšící
	kompensační pomůcky:	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO P-L ucho jaké
zrak:	<input type="checkbox"/> normál	<input type="checkbox"/> nevidomí	<input checked="" type="checkbox"/> zhoršený P-L oko <input checked="" type="checkbox"/> na blízko <input type="checkbox"/> na dálku
	kompensační pomůcky:	<input type="checkbox"/> NEMÁ	<input type="checkbox"/> MÁ <input type="checkbox"/> brýle <input type="checkbox"/> čočky <input type="checkbox"/> jiné
řeč:	<input checked="" type="checkbox"/> plynulá	<input type="checkbox"/> narušená	<input type="checkbox"/> němý <input type="checkbox"/> jiné
	udržuje kontakt:	<input checked="" type="checkbox"/> otevřený	<input type="checkbox"/> spíše uzavřený <input type="checkbox"/> odmítá <input type="checkbox"/> jiné
vědomí:	<input checked="" type="checkbox"/> jasné	<input type="checkbox"/> zastřené	<input type="checkbox"/> somnolence <input type="checkbox"/> bezvědomí
orientace:	<input checked="" type="checkbox"/> plně orientován	<input type="checkbox"/> částečně	<input type="checkbox"/> dezorientovaný
	dezorientovaný:	<input type="checkbox"/> osobou	<input type="checkbox"/> časem <input type="checkbox"/> místem
paměť:	<input checked="" type="checkbox"/> neporušená	<input type="checkbox"/> zapomíná	<input type="checkbox"/> staropaměť <input type="checkbox"/> část. zapomíná
pozornost:	<input checked="" type="checkbox"/> úmyslná	<input type="checkbox"/> neúmyslná	<input type="checkbox"/> stálá <input type="checkbox"/> roztržitý <input type="checkbox"/> jiné
styl učení:	<input checked="" type="checkbox"/> logické	<input type="checkbox"/> mechanické	<input type="checkbox"/> napodobováním <input type="checkbox"/> jiné
bolest	<input checked="" type="checkbox"/> nemá	<input type="checkbox"/> má	<input type="checkbox"/> akutní <input type="checkbox"/> chronickou kde: kdy:
	bolest vnímá	<input type="checkbox"/> přiměřeně	<input type="checkbox"/> zvýšeně <input type="checkbox"/> škála:
	bolest tiší	<input type="checkbox"/> analgetika	<input type="checkbox"/> úlevová poloha <input type="checkbox"/> obklady tep. stud. <input type="checkbox"/> jiné
intenzita bolesti:	<input type="checkbox"/> 0 - žádná	<input type="checkbox"/> 1 - nepatrná	<input type="checkbox"/> 2 - mírná
	<input type="checkbox"/> 3 - střední	<input type="checkbox"/> 4 - strašná	<input type="checkbox"/> 5 - nesnesitelná
životopis bolesti:			

7. Sebepojetí		
jsem:	<input checked="" type="checkbox"/> optimista <input type="checkbox"/> pesimista <input type="checkbox"/> schopný <input type="checkbox"/> méně schopný	
	<input type="checkbox"/> neschopný <input type="checkbox"/> puntičkář <input type="checkbox"/> ...	
důvěra:	<input checked="" type="checkbox"/> X plně si důvěřuji <input type="checkbox"/> důvěřuji se méně <input type="checkbox"/> nedůvěřuji si	
talent:	<input checked="" type="checkbox"/> X NE <input type="checkbox"/> ANO... zručnost: <input type="checkbox"/> NE <input checked="" type="checkbox"/> ANO	
pocity:	strach: <input type="checkbox"/> NE <input checked="" type="checkbox"/> ANO kdy nyní z čeho předčasný porod	
	hněv: <input checked="" type="checkbox"/> X NE <input type="checkbox"/> ANO kdy na co	
	zlost: <input checked="" type="checkbox"/> X NE <input type="checkbox"/> ANO kdy na co	
	smutek: <input checked="" type="checkbox"/> X NE <input type="checkbox"/> ANO kdy z čeho	
	úzkost: <input checked="" type="checkbox"/> X NE <input type="checkbox"/> ANO kdy z čeho	
	co je pomáhá odstranit:	
	spokojenost se svým vzhledem: <input type="checkbox"/> ANO <input checked="" type="checkbox"/> X částečně <input type="checkbox"/> NE proč?	
	nervózní: <input checked="" type="checkbox"/> X nejsem <input type="checkbox"/> jsem <input type="checkbox"/> bývám kdy	
	co dělám když jsem nervózní:	
8. Role - mezilidské vztahy		
bydlím:	<input type="checkbox"/> sám <input type="checkbox"/> s partnerem <input checked="" type="checkbox"/> X s partnerem a dětmi <input type="checkbox"/> jiné	
struktura rodiny (počet členů):	3	
rodinné problémy:	<input checked="" type="checkbox"/> X NE <input type="checkbox"/> ANO jaké:	
způsob jejich řešení:		
reakce rodiny na onem.:	<input checked="" type="checkbox"/> X zájem <input type="checkbox"/> nezáměm <input type="checkbox"/> ochota pomoci <input type="checkbox"/> jiné	
jste:	<input type="checkbox"/> zaměstnaný <input type="checkbox"/> nezaměstnaný <input type="checkbox"/> důchodce <input type="checkbox"/> student <input checked="" type="checkbox"/> X jiné	
kontakty s lidmi:	<input checked="" type="checkbox"/> X časté <input type="checkbox"/> zřídka <input type="checkbox"/> jsem samotář <input type="checkbox"/> jiné	
druh kontaktů:		
chování k lidem:	<input type="checkbox"/> asertivní <input type="checkbox"/> pasivní <input type="checkbox"/> agresivní <input checked="" type="checkbox"/> X přátelské <input type="checkbox"/> jiné	
spokojenost se zaměstnáním/ se školou:	<input checked="" type="checkbox"/> X ANO <input type="checkbox"/> částečně <input type="checkbox"/> NE	
9. Sexualita, reprodukční schopnosti		
sexuální obtíže:	<input checked="" type="checkbox"/> X NE <input type="checkbox"/> ANO jaké	
sexuální vztahy:	<input checked="" type="checkbox"/> X dobré <input type="checkbox"/> narušené <input type="checkbox"/>	
♀ menstruace:		
začátek/ 10 letech cyklus.28-28/dnů	<input checked="" type="checkbox"/> X pravidelná <input type="checkbox"/> nepravidelná	
typ menstruace:	<input checked="" type="checkbox"/> X bolestivá <input type="checkbox"/> nebolestivá <input type="checkbox"/> silná <input type="checkbox"/> slabá	
počet těhotenství:.3	počet porodů: 2 potratů: uměl.0 / přiroz.0.	
komplikace v těhotenství:	Jaké PPI operace: 0	
antikoncepce:	<input checked="" type="checkbox"/> X NE <input type="checkbox"/> ANO jaká problémy: <input checked="" type="checkbox"/> X NE <input type="checkbox"/> ANO	
klimakterium:	kdy: problémy:	
♂ diagnostické poruchy:	<input checked="" type="checkbox"/> X NE <input type="checkbox"/> ANO jaké	
léčba poruch:	operace:	
10. Stresové zátěžové situace		
napětí prožívám:	<input type="checkbox"/> často (jak často) <input checked="" type="checkbox"/> X zřídka <input type="checkbox"/> nikdy	
co ho vyvolává:	<input checked="" type="checkbox"/> X rodina <input type="checkbox"/> škola <input type="checkbox"/> zaměstnání <input checked="" type="checkbox"/> X nemoc <input type="checkbox"/> jiné	
co ho snižuje:	<input checked="" type="checkbox"/> X relaxace <input type="checkbox"/> drogy <input type="checkbox"/> alkohol <input type="checkbox"/> léky... <input checked="" type="checkbox"/> X jiné	
napětí snáším:	<input type="checkbox"/> lehce <input checked="" type="checkbox"/> X jak kdy <input type="checkbox"/> těžce jak	
vyrovřádám se:	<input type="checkbox"/> rychle <input checked="" type="checkbox"/> X chvíli mi to trvá <input type="checkbox"/> trvá mi to dlouho <input type="checkbox"/> jiné	
stresové situace zvládám:	<input type="checkbox"/> sám <input checked="" type="checkbox"/> X s podporou rodiny <input type="checkbox"/> jiné	
důležité změny v posledních dvou letech:	1) onemocnění otce	
	2) otěhotnění 3) 4)	
11. Víra, životní hodnoty		
náboženská víra je:	<input type="checkbox"/> důležitá hodnota <input type="checkbox"/> občasné potřeba	
	<input checked="" type="checkbox"/> X nepřemýšlel/a jsem o tom <input type="checkbox"/> jiné	
důležitost víry při pobytu v zařízení:	<input type="checkbox"/> ANO <input checked="" type="checkbox"/> X NE	
jsem:	<input type="checkbox"/> katolík <input type="checkbox"/> evangelík <input checked="" type="checkbox"/> X jiné Ateista	
osobní zájem:	<input type="checkbox"/> návštěva duchovního <input type="checkbox"/> návštěva nem. kaple <input type="checkbox"/> jiné	
zavazuje Vás víra k určitému omezení:	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO k jakému	
omezení:	<input type="checkbox"/> v jídle <input type="checkbox"/> v oblékání <input type="checkbox"/> v příjmu TRA <input type="checkbox"/> jiné	
určete pořadí následujících hodnot	1 zdraví.. 2 rodina.. <input type="checkbox"/> víra..	
	4 práce.. 3 peníze.. 5 záliby.. 6 cestování..	
12. Jiné		