

ROLE PORODNÍ ASISTENTKY PŘI PORODU UKONČENÝM PER FORCIPEM

Bakalářská práce

MARTA VOJTĚCHOVSKÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s, PRAHA 5

Vedoucí práce: PhDr. Jana Kocurová

Komise pro studijní obor: Porodní asistentka

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum předložení: 2011-03-31

Praha 2011



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

VOJTĚCHOVSKÁ Marta
3. A PA

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 22. 3. 2010 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Role porodní asistentky při porodu ukončeným per forcipem

The Role of Midwife in the Delivery Completed "Per Forcipem"

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jana Kocurová

V Praze dne: 29. 10. 2010

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že tato práce je mým autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce k studijním účelům.

V Praze dne 31.3. 2011

.....

podpis

ABSTRAKT

VOJTĚCHOVSKÁ, Marta. *Role porodní asistentky při porodu ukončeným per forcipem*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: PhDr. Jana Kocurová, Praha. 2011, stran 60.

Hlavním tématem bakalářské práce je role porodní asistentky při porodu ukončeným per forcipem. Práce je rozdělena na dvě části. V teoretické části se budeme zabývat historií porodnických kleští, druhy porodnických kleští, indikací ke klešťovému porodu, splněním podmínek ke klešťovému porodu, riziky a komplikacemi klešťového porodu, vlastním provedením klešťového porodu, podporu rodičky zdravotním personálem a především porodní asistentkou. Je důležité, aby porodní asistentka uměla naslouchat rodičce a uměla dobře komunikovat s doprovodem rodičky. Toto platí tím více, vyskytne-li se nějaká komplikace v průběhu porodu. V praktické části se budeme věnovat ošetrovatelskému procesu u rodičky během porodu, kde si stanovíme ošetrovatelské diagnózy akutní a potencionální. V této části jsme použili sběr informací dle modelu fungujícího zdraví M. Gordonové.

Klíčová slova: Ošetrovatelský proces. Porod. Porodní asistentka. Porodnické kleště. Rodička.

ABSTRACT

VOJTĚCHOVSKÁ, Martha. The Role of Midwives in Childbirth per Forcipem Completed. College of Health, ops, level of qualification: Bachelor. Supervisor: PhDr. Jana Kocurová, Prague. 2011, page: 60.

The main theme of the thesis is the role of midwives in childbirth per forcipem completed. The work is divided into two parts. The theoretical section deals with the history of obstetrical forceps, obstetrical forceps species, indication of the obstetrical forceps, the conditions for using the forceps, risks and complications of using the forceps, the design of the forceps for each birth, woman in labor is supported by staff and especially by the midwife. It is important for the midwife to listen and well communicate with the accompaniment of the mother. This is more for complicated childbirth. The practical part is devoted to the nursing process for the mother during labor and for individual periods, at the same time we set up nursing diagnosis for acute and potential situation. In this section we gather information according the model of M. Gordon.

Keywords: Birth. Forceps. Midwife. Nursing Process. Woman in labor.

PŘEDMLUVA

Zdraví rodičky a novorozence je prioritou každého zdravotnického zařízení. Existuje mnoho rizik a komplikací, jak pro matku tak i novorozence, během samotného porodu. Proto se snažíme jim předcházet. Někdy se to nepodaří, a proto jsme tady my, vzdělané porodní asistentky a zkušení lékaři, kteří nabízíme řešení a pomocnou ruku při dalších léčebných postupech.

Tato práce vznikla ve snaze zaměřit se na ošetrovatelský proces a empatickou činnost v práci porodních asistentek v péči o rodičku na porodním sále.

K výběru tématu bakalářské práce jsem byla ovlivněna studiem oboru porodní asistence, a také absolvováním klinických cvičení na gynekologicko-porodnických odděleních v Praze a ve Slaném. Práce je určena studentům porodní asistence a stejně v ní mohou najít podnětné rady sestry a porodní asistentky z praxe.

Ráda bych touto cestou poděkovala za laskavé vedení, odborné konzultace a užitečné rady své vedoucí bakalářské práce PhDr. Janě Kocurové. A personálu gynekologicko-porodnickému oddělení ve Slaném pod vedením primářem MUDr. Radkem Wohlgemuthem.

OBSAH

ÚVOD.....	8
1 PORODNICKÉ KLEŠTĚ.....	12
1.1 Rozvoj porodnických kleští.....	12
1.2 Dělení porodnických kleští.....	14
1.2.1 Typy kleští užívané v současném porodnictví.....	15
1.3 Indikace a kontraindikace klešťového porodu.....	17
1.3.1 Komplikace klešťového porodu.....	18
1.3.2 Nejčastější chyby při klešťovém porodu.....	19
1.4 Vlastní provedení klešťového porodu.....	20
1.4.1 Role porodní asistentky v první době porodní.....	21
1.4.2 Role porodní asistentky ve druhé době porodní a specifika pro porod per forcipem.....	22
1.4.3 Ošetřovatelská péče bezprostředně po porodu.....	24
1.5 Právní aspekty extračních operací.....	25
2 EMPIRICKÁ ČÁST.....	26
2.1 Sběr anamnestických údajů.....	27
2.2 Vstupní vyšetření.....	29
2.3 Sběr informací dle modelu fungujícího zdraví M Gordonové.....	33
2.4 Sesterské diagnózy v první době porodní.....	36
2.5 Sesterské diagnózy ve druhé době porodní.....	42
2.6 Sesterské diagnózy ve třetí době porodní.....	46
2.7 Sesterské diagnózy bezprostředně po porodu.....	50
ZÁVĚR.....	56
DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	57
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	58

ÚVOD

Často diskutované téma porodů ukončenými kleštěmi, má mnoho odpůrců, kteří mají k této metodě nedůvěru. Potenciální komplikace během porodu jsou velice nebezpečné jak pro matku, tak i pro plod. Proto je ukončení porodu per forcipem neboli kleštěmi mnohdy nevyhnutelný a život zachraňující výkon. V dnešní době porodníci raději přistupují k ukončení porodu císařským řezem, z několika důvodů. Chtějí předejít včas možným komplikacím, které jsou zachyceny moderními diagnostickými metodami. Je třeba říci, že v rukách zkušeného porodníka jde o operaci bezpečnou. Proto rodičky nemusejí mít z použití porodnických kleští žádnou obavu.

Cílem této bakalářské práce je popsat a upřesnit ošetrovatelský proces u porodu ukončeného per forcipem.

Chtěli bychom podat ucelené informace o způsobu ošetrovatelské péče v jednotlivých porodních dobách.

Ke sběru anamnézy jsme využili informace získané od rodičky, z lékařské a ošetrovatelské dokumentace. Nastínili jsme možné komplikace během tohoto způsobu vedení porodu. A zaměřili jsme se na vymezení nejčastějších pojmů spojovaných s porodnickými kleštěmi.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AFP	alfa-fetoprotein
BWR	Bordetova-Wassermannova reakce
CTG	kardiotokografie
Cca	circa
D	dech
DK	dolní končetiny
GBS	Streptococcus agalactiae
HBsAg	povrchový antigen hepatitidy typu B
HIV	Human Immunodeficiency Virus
Kgkilogram
MD	mateřská dovolená
Obj	objektivní
OGTT	orální glukózotoleranční test
P	pulz
Subj	subjektivní
t.č	toho času
TK	krevní tlak
TT	tělesná teplota
t.t	týden těhotenství

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝZNAMŮ

Analgezie - tlumení bolesti

Asfyxie – přerušení dodávky kyslíku do organismu

Dekompenzace – porušení vyrovnaní

Diagnostika – metoda určení stavu

Dirupce – mechanické protržení vaku blan

Dystokie – porucha porodního mechanismu

Epiziotomie - nástřih hráze

Extrakce – vytažení

Flexe – ohnutí

Forceps – kleště

Fundus – děložní dno

Hypoxie – omezení přístupu kyslíku do krve

Indikace – stanovení léčebného postupu

Inkontinence – neudržení (moče, stolice apod.)

Interval – časový úsek

Intravenózně – způsob aplikace do žilního krevního oběhu

Intermitentně – přerušovaně

Koagula – krevní sraženiny

Kontinuálně – plynule

Kontrakce – stah

Makrosomní – veliký

Parita – označení pro počet porodů

Primigravida – žena poprvé těhotná

Progrese – postup

Rotace – otočení

Ruptura – trhlina

Sutura - šití

Trakce – tah

Uterotonika- léky k posílení děložní retrakce

TEORETICKÁ ČÁST

1. PORODNICKÉ KLEŠTĚ

Historie klešťových porodů sahá zřejmě až do starověku. Na rytinách ze starověké Persie jsou zobrazeny nástroje s koženými popruhy, které se dle předpokladů používaly k ulehčení porodu plodu (ZÁHUMENSKÝ, Jozef. 2010. *Klešťové porody a porody vakuumextrakcí* [online]. [cit. 2010-12-28].

Dostupné z WWW: <<http://www.rodina.cz/clanek5903.htm>>.

Porodnické kleště jsou nástrojem zatracovaným i velebeným. Jejich pohnutá historie mapovala historický vývoj porodnictví posledních asi 400 let. Jejich vynález je zastřen rouškou tajemství. O kleštích se ve svých pracích zmiňují již Aetius z Amidy, Pavel z Aeginy a Avicenus. Existence porodnického nástroje zvaného kleště však není z této doby doložena. Název forceps (kleště) je odvozen ze složeniny slov formus – horký a capio – uchopovat. Forceps byl tedy původně nástroj na vytahování něčeho horkého z ohně (PESCHOUT, Roman. 2008. *Forceps (porodnické kleště)* [online]. [cit. 2008-09-16]. Dostupné z WWW:

<<http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2008-16/index.php>>).

1.1 Rozvoj porodnických kleští

Vynález kleští spadá do doby asi na počátku XVII. Století. Byl to jeden z lékařské rodiny Chamberlenů v Anglii, který jako první začal užívat tajný porodnický nástroj. Tajemství bylo udržováno ve třech generacích Chamberlenů (TRAPL et. al., 1949, s. 503). Aby rod Chamberlenů zachoval tajemství, prováděli operaci tajně pod prostěradlem (VRÁNOVÁ, 2007).

V roce 1670 se toto rodinné tajemství pokusil v Paříži prodat pravnuk vynálezce Hugh. Při zkoušce u 38-leté primigravidy, která „ležela tři dny v porodních bolestech“ Chamberlen slíbil, že porod ukončí během čtvrt hodiny. Po třech hodinách snažení od dalších pokusů opustil, dítě zemřelo a za 24 hodin zemřela i žena, při pitvě bylo prokázáno, že děloha byla roztržená. Kleště neprodal a vrátil se do Anglie.

V roce 1693 prodal Chamberlen svůj nástroj Rogeru Roonhuysenovi, porodníku v Amsterodamu. Prodal však jednu branži kleští, které porodníci používali na způsob páky (DOLEŽAL et. al., 2007).

Za otce porodnických kleští je považován Jean Palfyn (1650 - 1730), profesor anatomie a chirurgie v Gentu. Palfyn popsal tzv. tahač hlavy. Šlo o dvě modifikované páky, které se přikládaly na hlavičku. Jsou příkladem tzv. paralelních kleští. Několik let po smrti Palfyna předložil André Levret v roce 1747 model nových, dlouhých kleští opatřeným zámkem, které měly navíc zakřivení dle pánevní osy. Rychle se rozšířily po celé Evropě a staly se symbolem tehdejšího porodnictví. Je zřejmé, že se děly neúspěšné pokusy užít kleště ohledně řešení problému nepoměru mezi velikostí hlavičky a pánve. Ale postupem času se vypracovala správná technika jejich užívání (DOLEŽAL, 2001).

V Anglii v roce 1752 William Smellie, proslavený morfologickými pracemi, zkonstruoval krátké, třiceticentimetrové kleště s malým pánevním zakřivením. Rozšíření kleští spadá do období vzniku tzv. vědeckého porodnictví. Tuto dobu můžeme nazvat epochou, kdy se vytvořilo učení o porodních cestách, porodních silách a porodním objektu. Studie o anatomickém uspořádání ve spojení s galilejskou a newtonovskou fyzikou vedla k teoretickým poznatkům o průběhu a příčinách porodního mechanismu. Techniku vypracovala generace porodníků 18. století v čele s Levretem, Steinem, Baudelocquem a dalšími.

Zdokonalení přišlo v 19. století s generací porodníků např. Naegele, Kilian, Simpson, Breus. V 18. a 19. století nebylo porodníka, který by po sobě nezanechal kleště se svým jménem.

V roce 1849 napočítal Kilian na 130 různých typů kleští jejichž počet se pochopitelně zvětšoval. Kleště získaly smutnou pověst, která doposud trvá (DOLEŽAL et. al., 2007).

Kleště jsou brány jako klasický porodnický nástroj, který je opředen mýty a nespravedlivou kritikou. Mnoho lidí se mylně domnívá, že porodnické kleště jsou nástrojem zastaralým. Pravda je ovšem jiná (PAŘÍZEK, 2008).

1.2 Dělení porodnických kleští

Existuje několik klasifikací porodnických kleští, v závislosti na konstrukci a pánevní rovině při zavedení. Porodnické kleště se skládají ze dvou volných polovin tzv. branží (kleštin), které se při vzájemném uzávěru buď kříží, nebo jsou uloženy paralelně.

Dle konstrukce se dělí:

Kleště paralelní- tyto kleště nemají zámek, nekříží se, jsou tedy paralelní. Patří sem kleště Shuteho, Demelinovy.

Kleště zkřížené- branže kleští jsou zkřížené v zámku, který může být vytvořen trojím způsobem:

- a) Kleště anglické- mají zámek složený ze šikmých dotkových ploch, které do sebe zapadají, tento typ kleští je u nás užíván nejčastěji.
- b) Kleště francouzské- jsou opatřeny zámkem, kde levá branže má nýt a přesně zapadá do kruhového otvoru nebo zářezu pravé branže.
U nás se tento typ kleští prakticky neužívá.
- c) Kleště německé- jde o kombinaci zámku francouzského a anglického, obě kleštiny zapadají do sebe v zářezu a jsou fixovány nýtem
(KACEROVSKÝ, 2010, s.116).

Dle místa aplikace:

- a) Vysoké kleště, kdy hlavička plodu není vstouplá do porodních cest, je naléhající na pánevní vchod nebo bolotující nad ním. V současné době se nepoužívají. Jsou nahrazeny císařským řezem.
- b) Střední kleště se provádějí, pokud je hlavička vstouplá v šíři.
- c) Východové kleště jsou prováděny, když je hlavička vstouplá největším obvodem v pánevním východu.

Další možné dělení je na akutní a plánované. Pod akutní spadají akutně vzniklé porodnické stavy, které vedou k ohrožení plodu. Plánované klešťové porody v současném moderním porodnictví jdou nahrazovány elektivním císařským řezem (ROZTOČIL, 2009, s. 246).

1.2.1 Typy kleští užívané v současném porodnictví

V současnosti má porodník k dispozici několik typů kleští. U nás jsou nejpoužívanější Simpsonovy, Breusovy, Kjellandovy, Shuteho,

Simpsonovy porodnické kleště – východové („školní“)

Kdybychom je měli zařadit, patřily by do anglického typu. Patří k nejčastěji používaným a jsou vyrobené z nerezové oceli. Jsou 35cm dlouhé, sloužící k extrakci hlavičky z pánevního východu. Kleště jsou složeny ze dvou branží. Pravá branže zapadá v anglickém zámku do branže levé. Branže se skládají ze lžic se dvěma žebry a okénkem, krčkem s anglickým zámkem, z držadel, která jsou tvarována pro úchop. Zakřivení kleští je ve dvou směrech, ve vztahu k pánevní ose (zakřivení pelvické - toto zakřivení umožňuje trakci a vybavení hlavičky z pánevního východu a úžiny). Nebo podle zakřivení hlavičky (zakřivení cefalické).

Breusovy porodnické kleště

Nástroj tvarově vycházející ze Simpsonových kleští. Jsou 38 cm dlouhé, robustnější a modifikovány pro extrakci hlavičky z vyšších pánevních rovin. Lžice mají větší zakřivení jak dle pánevní osy, tak dle hlavičky. S krčkem jsou spojeny výkyvným kloubem, který vymezuje podélnou exkurzi lžic až o 120°.

Mohou se zavádět pouze do příčného pánevního průměru. Jde o kleště nerotační.

Kjellandovy porodnické kleště

Zkřížené kleště jsou velmi štíhlé a dlouhé. Zakřivení dle hlavičky je větší než u Simpsonových kleští a podélné zakřivení dle pánevní osy je poměrně malé. Tyto kleště je nutno nasazovat vždy biparietálně, slouží jako trakční a rotační nástroj sloužící k vybavení hlavičky ze širší pánevní i nižších pánevních rovin.

Shuteho porodnické kleště

Je prakticky jediným paralelním forcepsem, který je v současné době u nás používán. Má poměrně malá zakřivení ve vztahu k pánevní ose a větší ve vztahu k hlavičce. Nachází se zde šroubování, kdy můžeme podélně oválnou patku oddalovat, až vymezí přesné vzájemné paralelní uložení kleštín. Pak je teprve možno kleště uzavřít. Kleště se na hlavičce plodu fixují. Jedná se o nástroj rotační a trakční.(ČECH et al., 2006)

1.3 Indikace a kontraindikace klešťového porodu

Indikace ke klešťovému porodu mohou být dvojí. Buď ze strany matky, nebo plodu. Trapl ve své knize také uvádí toto rozdělení. Proto máme jedinečnou příležitost srovnat indikace dnes a dříve. Trapl se zmiňuje o indikacích ze strany matky a považuje za nejdůležitější:

- a) Celkové onemocnění matky: dekompenzovaná srdeční vada, emfyzém plic, horečnaté onemocnění, nedostatečnost břišního svalstva.
- b) Onemocnění matky za porodu: horečka z infekce, předčasné odloupení lůžka, eklampsismus.
- c) Příliš dlouhé trvání porodu, zvláště v době vypuzovací.

Indikace ze strany plodu:

- a) Hrozící asfyxie, která se projevuje nepravidelnými, zrychlenými nebo zpomalenými ozvami plodu.
- b) Krvácení plodu: např. při protržení pupečníku.
- c) Výhřez ještě tepajícího pupečníku (TRAPL, 1949, s.505).

V dnešní době jsou indikace, ze strany matky:

- a) Sekundárně slabé kontrakce
- b) Špatná funkce břišního lisu
- c) Vyčerpaná rodička
- d) Febris intra partum
- e) Akutní stavy za porodu (eklampsie, krvácení matky)
- f) Vyloučení námahy ve II. době porodní

Indikace ze strany plodu:

- a) Akutní hypoxie plodu

Mohou být i sdružené indikace jak ze strany matky, tak ze strany plodu.

Kontraindikace klešťového porodu:

- a) Nepoměr mezi hlavičkou a pánví (patologicky zúžená pánev nebo makrosomní plod)
- b) Neodstraněná překážka v porodních cestách
- c) Není-li hlava v šíři

1.3.1 Komplikace klešťového porodu

Komplikací při porodu per forcipem rozumíme poškození rodičky a plodu, které může být způsobeno nesprávnou indikací či nerespektováním podmínek nebo špatnou technikou. Sesmeknutí kleští se stává tehdy, když branže kleští nejsou dobře naloženy. Často dochází ke vzniku trhlin v oblasti pochvy a hráze. K trhlinám hrdla dochází, jestliže je prováděna extrakce plodu při nezašlé brance nebo v případě uchopení okraje branky. Trhliny pochvy vznikají často při rychlé extrakci. K trhlinám hráze dochází při nedostatečně provedené episiotomii a taktéž při rychlé trakci kleštěmi. Mohou vznikat i poranění močového měchýře a rekta, svědčící o nezvládnuté technice.

Do této kapitoly patří neodmyslitelně i pozdní následky jako jsou poruchy závěsného aparátu děložního, které se později projevují sestupem rodidel a také stresovou inkontinencí moče (ROZTOČIL, 2001).

Mezi poranění novorozence patří tržné rány, zevní a vnitřní kefalhematom, fraktury kostí kalvy, poškození intrakraniálních struktur. Tato poranění vidíme při nedodržení již zmiňovaných podmínek nebo při nesprávném technickém postupu (ČECH, 2006).

1.3.2 Nejčastější chyby při klešťovém porodu

Chyby většinou vyplývají z nezkušenosti a malé praxe porodníků. Trapl popsal chyby, které se operatér dopouští při porodu ukončeným kleštěmi.

- a) Nevhodná indikace- poukázání na zúženou pánev a upozornění, že kleště nejsou nástrojem k překonání odporu pánevního pletence.
- b) Nesprávné odhadnutí ve kterém úseku pánve se hlavička nachází.
- c) Zavádění kleští při kontrakci.
- d) Zavádění branže bez ohledu na zakřivení hlavičky.
- e) Zavádění branže násilným tlakem zevní ruky.
- f) Nestejněměrné uzavření kleští- následkem je sklouznutí kleští a pohmoždění hlavičky.
- g) Nesprávné uchopení hlavičky.
- h) Tah při extrakci nesprávným směrem, který neodpovídá ose pánevního úseku, v němž se hlavička nachází.
- i) Tah i mimo porodní bolest (TRAPL, 1949, s. 511).

Trapl popsal chyby, které jsou i pro dnešní dobu platné. Roztočil se také zmiňuje o chybách při klešťovém porodu. Vidíme, že výčet těchto chyb je přesnější a rozšířenější.

- a) Kleště jsou zaváděné během kontrakce proti tlaku vypuzovacích sil.
- b) Úzké porodní cesty nedovolují řádnou kontrolu při nasazování, kleště nejdou zavřít.
- c) Zavádění branže bez vnitřní kontroly rukou, hrot branže může roztrhnout laterální poševní stěnu.
- d) Nepoznaná abnormální rotace.
- e) Nesprávné uchopení hlavičky středem lžice mimo osu pánevní, vede ke sklouznutí bočnímu, při kterém je trakce neúčinná.
- f) Kleště nasazené nízko na porodní nádor a sklouznou směrem dolů.
- g) Nedostatečná, malá episiotomie nezabrání vzniku rozsáhlých poranění.
- h) Hrot kleští zachytí zbytek branky nebo poševní sliznici (ROZTOČIL, 2009).

1.4 Vlastní provedení klešťového porodu

Než přejdeme k vlastnímu provedení klešťového porodu, měli bychom si upřesnit podmínky ke klešťovému porodu.

- a) Hlavička vstoupá do pánevní šíře.
- b) Hlavička fixovaná.
- c) Zašlá branka.
- d) Odteklá plodová voda (HÁJEK, 2007).

Lékař stanoví indikace a pečlivě zkontroluje splnění všech podmínek. Kontroverzní otázkou je přečtení a podepsání informovaného souhlasu. Zda je žena schopna v patologicky probíhající II. době porodní podepsat nebo vůbec vnímat vše, co je psáno či řečeno a stvrdit to svým podpisem. Je otázkou, zda ponechat doprovázející osobu na porodním sále. Pokud doprovázející osoba nepřekáží a nezasahuje do porodnických aktivit, není její přítomnost kontraindikována.

Samotný výkon je proveden v aseptických podmínkách. Po dezinfekci zevních rodidel se musí vyprázdnit močový měchýř z důvodu možnosti porodní překážky a možnosti jeho traumatizace v průběhu klešťové operace.

Nesmíme zapomenout na analgezii v místě provedení epiziotomie. Jedná se o infiltrační analgezii perinea. Poté lékař zavádí kleštiny. Prsty vnitřní ruky se zavádí mezi hlavičku a stěnu porodního kanálu a zevní ruka zavádí kleštinu obloukem. Pak se obdobným způsobem zavede druhá kleština. Uzavření zámku musí proběhnout lehce. Nemožnost uzavření kleští je známkou špatného naložení. Pokusná trakce mimo kontrakci většinou přechází ve vlastní trakci při kontrakci. Trakce se provádí v průběhu kontrakce. Mimo děložní kontrakci se trakce přerušuje. Během trakce je důležitá kontrola hráze a provedené epiziotomie.

Za poslední fázi klešťového porodu je považováno sejmutí kleští a porod trupu plodu. Poté pečlivě musí být zrevidovány porodní cesty a ošetřeno po vybavení hlavy porodní poranění (ROZTOČIL, 2009).

1.4.1 Role porodní asistentky v první době porodní.

Rodička se s porodní asistentkou setkává již při příjmu na porodní sál. Ta pomáhá lékaři při odběru anamnézy, natáčí vstupní CTG záznam, který má být 20-ti minutový. Měří fyziologické funkce krevní tlak a tělesnou teplotu. Odebírá vzorek moče na zjištění přítomnosti bílkoviny, cukru, popř. ketolátky. Porodní asistentka asistuje při vaginálním vyšetření rodičky nebo vyšetřuje sama a informuje lékaře. Dle vaginálního nálezu a rychlosti postupu porodu se určuje rozsah přípravy rodičky k porodu. Příprava je složena z očistného klyzmatu a oholení zevního genitálu. V některých zdravotnických zařízeních se nabízí Yal gel, který slouží k vyprázdnění. Je důležité podat vysvětlení tohoto postupu. V praxi se setkáváme s odmítnutím podání klyzmatu i oholení. Jestliže rodička nesouhlasí i přes vysvětlení, zapíšeme vše do dokumentace. Musíme si uvědomit, že i rodička má právo se rozhodnout a odmítnout.

Porodní asistentka kontroluje po dobu přípravy porodní nález a ozvy plodu po 15 ti minutách. Při pokročilém porodním nálezu se doba předporodní přípravy krátí. Po příchodu na porodní box lékař kontroluje vaginální nález a dále vyšetřuje dle potřeby po 2 až 3 hodinách. Natáčí se CTG záznam kontinuálně či intermitentně podle stavu plodu i rodičky (ČECH et al, 2006, s.137). V průběhu celé první doby porodní plní porodní asistentka ordinace lékaře, který určuje strategii porodu. Porodní asistentka usměrňuje chování rodičky a doprovázející osoby. Komunikace s rodičkou by měla být klidná, tichým hlasem vyjadřujícím zájem o ni samotnou (ROZTOČIL, 1996, s.49).

Porodní asistentka rodičku sleduje pečlivě a vnímá změny v chování, které souvisí s progresí porodu. Je na místě, aby porodní asistentka měla přehled o stavu náplně močového měchýře, který se může vyklenovat před dělohu a tím překážet při sestupu plodu.

Porodní asistentka sleduje reakce rodičky na stále intenzivnější kontrakce, radí s užíváním relaxačních technik a správného dýchání. Jestli si rodička přeje epidurální analgezii, lékař rodičku poučí a dle stavu analgezii indukuje.

Do péče o rodičku během porodu spadá i pravidelná výměna jednorázových podložek, které rodičku chrání před vlhkem, protože z pochvy odtéká plodová voda a popřípadě hlen s krví. Doporučujeme rodičkám prodloužený pobyt ve sprchách, protože teplá voda rodičku uvolní a zmírní bolesti. V některých zdravotnických zařízeních je možnost první dobu porodní strávit ve vaně. Dle zvyklosti se může aplikovat i aromaterapie (LEIFER, 2004).

1.4.2 Role porodní asistentky v druhé době porodní a specifika pro porod per forcipem

Druhá doba porodní tzv. vypuzovací, začíná zánikem branky a končí porodem plodu. Nemá trvat déle než dvě hodiny. Rodička vydává hečkové zvuky a hlásí porodní asistentce nucení na tlačení. Rodička smí tláčit tehdy, je-li branka zašlá, voda plodová oteklá, a hlavička plodu vstoupí a dorotovaná (východ pánevní). Porodní asistentka nacvičuje využití kontrakce s rodičkou. Tlak má působit v ose a promítat se do pánevního dna a ne do krku. Dolní končetiny napomůže porodní asistentka rodičce dát doflexe a abdukce aby sílu vynakládala do pánevní osy. Rodičce upravíme madla nebo si drží flektované dolní končetiny pod kolena.

Jestliže se lékař rozhodne o ukončení porodu per forcipem, tak musí porodní asistentka zareagovat rychle. Zkušená porodní asistentka by měla tuto situaci předpokládat. Lékař informuje rodičku o ukončení porodu operativním způsobem. Porodní asistentka uloží rodičku do gynekologické polohy a upraví porodnické lůžko. Připraví sterilní stůl a potřebné nástroje. Zajišťuje žilní vstup, pokud není již zajištěn.

Porodní asistentka dezinfikuje zevní rodidla a lékař vyprázdní katetrem močový měchýř a provede profylaktickou mediolaterální epiziotomii po lokální infiltraci perinea anestetikem (ROZTOČIL, 1996).

Po porodu placenty provede lékař revizi porodních cest a ošetří poranění.

Trhliny děložního hrdla

Povrchové trhliny vznikají po každém porodu, která se spontánně zahojí. Klešťový porod může vést k rozsáhlým trhlinám vedoucím až do poševních kleneb.

Hlavním klinickým příznakem je silné krvácení jasnou krví. Je nutné pečlivé chirurgické ošetření.

Trhliny pochvy

Toto poranění je časté při porodnických operacích a vyžaduje rovněž chirurgické ošetření.

Trhliny dělohy

Ruptury dělohy jsou porodnickým traumatem ohrožující život rodičky.

Po celou dobu porodní asistentka asistuje při ošetření porodního poranění.

Po ošetření poranění porodní asistentka dezinfikuje a očistí zevní rodidla a vypodloží ji vrstvou sterilních vložek. Zajistí čistotu porodního lůžka a poskytne rodičce teplo, ticho a klid. Zajištění soukromí je samozřejmostí.

1.4.3 Ošetrovatelská péče bezprostředně po porodu

Porodní asistentka bezprostředně po porodu má za úkol sledovat stav rodičky a zajišťovat její komfort. Sledujeme stav krvácení z počátku každých patnáct minut po dobu hodiny. A každých třicet minut po dobu druhé hodiny. Kontrola zahrnuje i kontrolu retrakce dělohy. Sleduje přiměřenou krevní ztrátu. Sleduje krevní tlak, tělesnou teplotu. Po porodu může být zvýšená, ale neměla by být nad 38°C. Jestliže je naplněn močový měchýř děloha se zavinuje pomaleji nebo vůbec, proto je důležité vyprázdnit močový měchýř. Rodička ani nepocítuje nucení na močení.

Rodičky po porodu bývají vyčerpané a mění se jim termoregulace. Porodní asistentka zabraňuje úniku tepla.

Kontrolujeme hráz a porodní poranění abychom včas zpozorovali hematom nebo otok. Pro co nejrychlejší ústup dáváme led v roušce nebo led naplněný v rukavici překrytý rouškou. V poporodní době mohou rodičky pociťovat bolesti, jak se děloha zavinuje. Bolest je intenzivnější při kojení a především u žen, které již rodily. Sání dítěte stimuluje matčinu hypofýzu k vyplavení oxytocinu, který působí na stahování dělohy (LEIFER, 2004).

1.5 Právní aspekty extrakčních operací

Před každým výkonem či operací musí být pacientka informována o důvodu operace a charakteru, rizicích, postupech a na základě podaných informací podepisuje pacientka informovaný souhlas. Ovšem extrakční porodnické operace se provádějí nejčastěji z akutní indikace většinou pro hypoxii plodu. Právní normy však nespécifikují, jakou má mít informovaný souhlas normu. Pokud po informování rodičky ústní souhlas získáme, zaznamenáme to do dokumentace s podpisem svědka.

Mnoho žalob zapříčiněných extrakční operací souvisí s mrtvým nebo zdravotně postiženým novorozencem. Žaloby jsou dvojího charakteru, operace byla provedena pozdě nebo byla technicky neúspěšná. Abychom mohli doložit, jak komplikace vznikla musíme mít řádnou dokumentaci.

Každá operace může být technicky neúspěšná a má své riziko např. sklouznutí kleští. Proto je důležité přesně popsat nález, při kterém byla operace indikována a jak výkon probíhal (ČEPICKÝ, 2009).

EMPIRICKÁ ČÁST OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

2 KAZUISTIKA

Před příjmem rodičky v 9:10 klientka volala na gynekologicko-porodnické oddělení, aby se informovala, zda má přijet k porodu. Udávala bolesti po 15 minutách, a slabé krvácení ve 39.t.t. Byl jí doporučen okamžitý příjem na porodní sál. Rodička přijela v doprovodu své sestry. Při příjmu byly od rodičky vyžádány dokumenty, jako je těhotenská průkazka, občanský průkaz, kartička pojištěnce a rozhodnutí o jménu dítěte z matriky. Přichází pro již pravidelné kontrakce po 10 min. od 7 hodin, voda plodová zachovalá, mírně špiní nahnědlou krví, ozvy plodu: 146/min., pohyby plodu: cítí. Během sběru anamnézy je rodička napojena na CTG monitor.

Identifikační údaje:

Jméno a příjmení: X Y	Pohlaví: ženské
Datum narození: 20.3.1982	Věk: 28.let
Bydliště: Louny	Číslo telefonu: xxxx xxxxx
Stav: svobodná	Státní příslušnost: ČR
Vzdělání: středoškolské s maturitou	Zaměstnání: t.č. MD
Nejbližší příbuzný: sestra, přítel	Zdravotní pojišťovna: 111
Datum přijetí: 24.7.2010 v 10:40	Gynekolog: X Y, Louny

2.1 Sběr anamnestických údajů

Rodinná anamnéza:

V rodině rodičky se vyskytuje diabetes mellitus I. typu u babičky a otce (terapie inzulinem). Matka rodičky trpí hypertenzí od 30 – ti let. Nádory v ženské linii neguje. Infekční onemocnění v rodině neguje. Vrozené vývojové vady udává u své mladší sestry, měla rozštěp rtu. Gemini v rodině se nevyskytují.

Osobní anamnéza:

Luxace kyčlí, terapie strojkem. V dětství opakované laryngitis jinak běžná dětská onemocnění. Od 15 let skolióza páteře sledována v ortopedické ambulanci v Lounech. Ve 20-ti letech apendektomie. Jinou operaci neudává. Žádnou dietu ze zdravotních důvodů nedrží. Transfuzi nikdy nedostala.

Gynekologická anamnéza:

Menarche v 16 letech. Zpočátku cyklus nepravidelný s bolestmi. Po dvou letech se cyklus upravil. Je pravidelný 28-30 / 5-7 dní krvácí bez bolestí. Od 20 let užívala antikoncepci – Belara, snášela ji velmi dobře. Nikdy závažně po gynekologické stránce nebyla nemocná a neprodělala žádnou operaci. Samovyšetření prsu si neprovádí, prsa vyšetřuje gynekolog při preventivních prohlídkách. Na které chodila pravidelně. Poslední menstruace byla 18.10.2009.

Porodnická anamnéza:

Porod nebyl žádný, ale byla dvakrát těhotná a vždy šla na umělé ukončení těhotenství. První ukončení bylo v roce 2000 a druhé bylo v roce 2006 bez komplikací.

Farmakologická anamnéza:

Před těhotenstvím nežívala pravidelně žádné léky. V těhotenství byl doporučen Aktiferin tablety 1x denně. Nyní žádné léky nežívá.

Alergická anamnéza:

Rodička udává alergii na Penicilin, projevující se dušností a vyrážkou. Alergii na jiné léky neudává. Dále je alergická na prach, pyly, roztoče.

Abúzus:

Před těhotenstvím kouřila příležitostně. Nyní kouření neguje a udává, že ji pobyt v blízkosti kouřící osoby nedělá dobře. Kávu pije jednou denně vždy po obědě. Alkohol pila před těhotenstvím pouze příležitostně. Přiznává, že měla chuť na pivo, tak si po obědě dala deci černého piva. Užívání léků ve větším množství neguje. Drogy nikdy nezkoušela a kritizuje to.

Sociální anamnéza:

Zatím je rodička svobodná, plánuje s partnerem svatbu po porodu. Žije ve společné domácnosti s partnerem. Podmínky bydlení má dobré, bydlí v rodinném domě se zahradou. Koníčky ve volné chvíli je četba a plavání. Ráda také chodí na procházky se psem. Ekonomické podmínky jsou dobré.

Pracovní anamnéza:

Vystudovala střední hotelovou školu v Praze. Momentálně je na mateřské dovolené, předtím pracovala jako barmanka v rodinném podniku. Ekonomická situace je dobrá. Plánuje se vrátit do práce po mateřské dovolené.

Nynější těhotenství:

III / I p. ve 39 t.t., Termín porodu dle Naegeleho je 25.7.2010

Krevní skupina rodičky je O, Rh pozitivní

Základní odběry: - BWR: neg, HIV: neg, HBsAg: neg, AFP: neg

OGTT ve 24 t.t. v normě. Hospitalizovaná ve 36 t.t. na gynekologicko-porodnickém oddělení ve Slaném pro suspektní CTG záznam zjištěný v prenatalní poradně. Při hospitalizaci odebrána kultivace poševní. Zjištěno, že GBS je negativní.

2.2 Vstupní vyšetření

TK: 90/50 torr P: 68 /min, pravidelný D: 19 /min TT: 36,7 °C

Vědomí: při vědomí, orientovaná v čase, prostoru, osobě a místě

Pohyblivost: bez omezení

Výška: 175 cm Váha: 73 kg Moč: neg

Zevní vyšetření:

- Distancia bispinalis- 22 cm
- Distancia bicristalis-26 cm
- Distancia bitrochanterica- 30 cm
- Conjugata externa- 17 cm

Aspekce: tvar dělohy kulovitý, patrná linea fusca, pupeční jamka vyhlazená, kůže čistá, hydratovaná bez defektů.

Palpace: Poloha podélná hlavičkou, postavení I, fundus děložní 3 prsty pod procesus xyfoideus, děloha dráždivá, termínové velikosti, ozvy plodu 146/minutu, pravidelné.

Vnitřní vyšetření:

Aspekce: pubické ochlupení ženského typu, anální otvor bez defektů

Palpace: Poševní vchod volný, klenba plná vyvíjející se, zbytek hrdla pro dva prsty prostupné, hlavička plodu naléhá na vchod pánevní v zachovalém vaku blan, pánev prostorná. Amnioskopie – nelze provést, nahnědlá krev na zbytku hrdla

Vstupní CTG záznam fyziologický.

Rodička byla seznámena s ošetrovací jednotkou, nemocničním řádem oddělení. Podepsala souhlas s hospitalizací a souhlas s potřebnými výkony léčebných úkonů.

Popis fyzického stavu:

Hlava a krk

Lebka normocefalická, bez viditelných deformit, výraz tváře přirozený s náznakem obav a strachu. Pohyblivost očních bulvů volná, zornice izokorické, fotoreakce oboustranně přítomná. Chrup přirozený, sanovaný. Jazyk vlhký, bez povlaku. Oči, uši a nos bez zjevné sekrece.

Hrudník a dýchací systém

Sub.: S dýchacím ústrojím problémy neudává

Obj.: Dýchání čisté, spontální, bez zjevných patologických příznaků. Frekvence je 16 dechů za minutu, kašel není přítomný. Během kontrakce se zvyšuje frekvence dýchání a přizpůsobuje se intenzitě kontrakce. Prsa jsou symetrická, bradavky hyperpigmentované, na pohmat nebolestivé bez sekrece.

Srdeční a cévní systém

Sub.: Problémy v tomto směru neměla.

Obj.: TK: 105/60, P 70- dobře hmatný, pravidelný, DK bez defektů (varixů a edémů), nemá hemeroidy. Akce plodu je dobře slyšitelná a zaznamenána na CTG záznamu.

Břicho a Trávicí systém

Sub.: Výrazné bolesti v podbříšku.

Obj.: Fundus děložní 3 prsty pod procesus xyfoideus, pohyby plodu cítí, kontrakce přítomné střední intenzity, přítomné strie na břichu. Poloha plodu podélná hlavičkou, postavení I.

Močovo – pohlavní systém

Obj.: Zvýšená frekvence močení v důsledku zvýšeného tlaku na močový měchýř. Genitálie lividně zbarvené bez přítomnosti varixů, pubické ochlupení typ ženského.

Pohybový systém

Obj.: Skolióza páteře, svalový tonus a síla přiměřená. Rodička pociťuje bolesti v křížové oblasti způsobené kontrakční činností dělohy. Horní a dolní končetiny souměrně vyvinuté.

Nervový systém

Obj.: vědomí neporušené, správně orientovaná v místě a čase. Reflexy a motorika v normě. Rodička nenosí brýle.

Poznámka z tělesné prohlídky

Rodička přiměřeného věku, při plném vědomí, upravená, samostatná, udává pravidelnou bolest po 7 minutách. Komunikace verbální plně dostačující. Projevy neverbální komunikace odpovídají verbální komunikaci.

V obličeji jsou znatelné projevy únavy a strachu. Vztah k zdravotnickému personálu je dobrý, reaguje přiměřeně, spolupracuje. Rodička má plnou podporu ze strany rodiny.

Popis aktuálního psychického stavu

Paměť - zachovalá

Myšlení - rodička uvažuje logicky

Vědomí - neporušené

Orientace – rodička se orientuje v osobě, v čase, v prostoru, situaci a místě

Nálada – strach z porodu, ale zároveň se těší na dítě

Myšlení – logické, reálné, snaží se myslet pozitivně

Sebehodnocení – přiměřené

Jistota a nejistota – má obavy z průběhu porodu

Reakce na začínající porod – spolupracuje, snaží se dodržovat pokyny zdravotnického personálu

Informovanost – rodička informována o předporodní přípravě o I. a II. době porodní

Situační analýza

Rodička tercigravida, primipara přijata 24. 7. 2010 v 10:40 na porodní sál. Kontrakce po 7 minutách se zachovalou vodou plodovou a mírně špinění zahnědlou krví. Pohyby plodu cítí. Na CTG záznamu jsou zaznamenané kontrakce střední

intenzity. Bazální frekvence ozev plodu je 140/min. Záznam undulující bez decelerací. Při vaginálním vyšetření byla zjištěna navalitá branka v průměru 3 centimetry. Lékař naordinoval celkovou přípravu, složenou s očistného klyzmatu a oholení zevního genitálu a poté dirupci vaku blan.

Rodička absolvovala předporodní kurz. Bojí se, zda bude schopná zvládnout porod bez problému. Udává stále bolesti v podbřišku a křížové oblasti. Bojí se, že přítel nestihne porod. Je na služební cestě v Pardubicích.

2.3 Sběr informací dle modelu fungujícího zdraví M. Gordonové

Tento model je z hlediska holistické filozofie nejkompexnější, který byl zatím vytvořen. Uplatňuje se jak při výuce kvalifikovaných sester na univerzitách, tak i při poskytování ošetrovatelské péče v praxi. Podle tohoto modelu může sestra nebo porodní asistentka kvalifikovaně zhodnotit zdravotní stav zdravého, tak i nemocného člověka. Při použití tohoto modelu porodní asistentka získá ucelené informace k sestavení ošetrovatelské anamnézy, pak si stanovuje aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy a může efektivně naplánovat i realizovat svou péči (Kozierová et. al, 1995).

Vnímání zdraví

Rodička neprodělala během svého života žádná závažnější onemocnění. Svůj zdravotní stav vnímá jako dobrý. Pro udržení zdraví sportuje, především plave, chodí na dlouhé procházky a dříve hrála volejbal. Poslední prodělanou nemocí je chřipka před dvěma měsíci. Pro udržení dobrého zdravotního stavu dodržuje zásady správné životosprávy.

Když rodička zjistila, že je těhotná snažila se ještě více dbát na svůj životní styl. Těhotenství bylo chtěné a doteď probíhalo bez větších komplikací. Navštívila také předporodní kurz a navštěvovala těhotenský tělocvik.

Výživa a metabolismus

V době těhotenství přibrala 15 kg, výchozí váha 60kg. Jedla pravidelně 5 x denně. Neměla výrazné chutě, poslední dva měsíce pociťovala pálení žáhy po jídle, udává, že pomáhalo studené mléko. Žádnou dietu ze zdravotních důvodů nedrží.

Vyhýbá se nadýmovým a kořeněným jídlům, denně vypije 2-1 neslazených tekutin. Po obědě si ráda vypije šálek kávy. Dolní končetiny bez otoků, stav nehtů a vlasů je velmi dobrý.

Vylučování

V těhotenství chodila často močit. Moč byla v rámci prenatální péče kontrolována bez nálezu. Na stolici chodila během těhotenství 2 x denně. Návykem ráno a večer bez potíží. Zápach i barva normální, žádné léky podporující vyprazdňování neužívá. Přiznává, že mívá problémy se vyprázdnit v cizím prostředí.

Aktivita a cvičení

Rodička je zvyklá od mládí cvičit. Před roky hrála volejbal, nyní ráda plave a chodí se psem na dlouhé procházky. Občas si zacvičí doma u televize nebo chodí na aerobik. V době těhotenství navštěvovala těhotenský tělocvik, měla i možnost si povídat s ostatními těhotnými ženami, a tak se podílet o získané informace.

Spánek a odpočinek

Před těhotenstvím měla mírné problémy se spánkem málo spala a odpočívala, a špatně se jí usínalo. Částečně dáno jejím povoláním barmanky. S těhotenstvím se naučila odpočívat a dodržuje zdravou hygienu spánku. Již rodička ráda a dlouho spí. Se spánkem nemá problémy. Spí každý den asi 12 hodin. Předtím ani teď nepoužívá žádné léky proti nespavosti. Během dne když je více unavená tak si dopřeje po obědě 2 hodiny spánku. Dříve nevěděla co je to odpočinek, jak sama říká, je hyperaktivní člověk ,

a v těhotenství ráda a nerušeně odpočívá a relaxuje. Ráda při tom poslouchá tichou hudbu nebo šumění moře. Také ji uklidňuje praskající krb.

Vnímání – poznávání

Rodička je plně při vědomí, vědomí je jasné plně orientované. Sluch je dobrý, bez narušení. V tomto smyslu nepoužívá žádnou kompenzační pomůcku. Se zrakem také problémy neměla a nemá. Také nepoužívá žádnou kompenzační pomůcku. Řeč je plynulá, udržuje otevřený kontakt. Paměť a pozornost je neporušená. Bolest vnímá přiměřeně dle počínajícího porodu. Bojí se zda bude dobře snášet zvyšující se intenzitu bolesti.

Sebepojetí

Rodička otevřeně říká, že je optimista a extrovert. Plně si důvěřuje, a domnívá se, že je velmi zručná na ruční práce. Nyní se trochu obává, jak zvládne bolest a porod samotný. Doufá, že partner stihne přijet ze služební cesty, aby ji mohl podporovat. Na miminko se velmi těší.

Role – vztahy

Pracovala jako barmanka, plánuje svatbu do konce roku. Bude to první dítě v rodině. Bydlí s přítelem a psem v rodinném domě se zahradou. Rodinu a příbuzné má ve stejném městě. Tchýně a mamka rodičece přislíbily pomoc při návratu domu z porodnice. Těší se na miminko a nově vzniklou roli v životě role matky. Celá rodina se těší na nový přírůstek do rodiny. S celou rodinou vychází rodička velmi dobře. Do práce by se ráda vrátila po roce.

Sexualita

Rodička se uvolila odpovídat na intimní otázky. Během rozhovoru se cítila příjemně a na vše odpovídala. Sexuální obtíže s partnerem zatím neměli. Sexuální vztahy dobré, nenarušené. První menstruace byla v 16. letech, cyklus nepravidelný. Menstruace byla velmi bolestivá, od doby co začala užívat antikoncepci se bolest zmírnila. Po třetí je těhotná, dvakrát byla na umělém přerušení těhotenství. Po šestinedělí plánuje požádat o antikoncepci. Pohlavní styk neměla s partnerem tři měsíce, bála se. Partner plně respektoval rodičku a vyhověl ji.

Stres

Přiznává, že se zbytečně stresuje. Vyvolávajícím faktorem byla třeba jízda v autě. Ze začátku těhotenství se bála, aby dítě bylo v pořádku. Před třemi měsíci rodičce zemřel děda, těžce to nesla. Stresové situace zvládá za pomoci rodiny a partnera.

Víra

Rodička je nevěřící.

2.4 Sesterské diagnózy v první době porodní

Aktuální sesterské diagnózy:

1. Bolest z důvodu zesilujících kontrakcí projevující se verbalizací a zaujetím postoje v úlevové poloze.
2. Strach z důvodu nepřítomnosti partnera projevující se nervozitou.
3. Časté močení v souvislosti se zvýšeným tlakem na močový měchýř projevující se verbalizací.

Potencionální sesterské diagnózy:

1. Potencionální riziko vzniku infekce z důvodu dirupce vaku blan.

- 1. Bolest z důvodu zesilujících kontrakcí projevující se verbalizací a zaujetím postoje v úlevové poloze / 00132**

Cíl: Zmírnit vnímání bolesti

Výsledná kritéria:

- Klientka verbalizuje bolest
- Poznává příčinu bolesti
- Ovládá relaxační techniky
- Zaujímá úlevové polohy
- Umí správně prodýchat kontrakce
- Klientka reaguje přiměřeně na bolest během první doby porodní

Intervence:

- Sleduj rodičku a pozoruj její verbální projevy
- Vysvětli klientce příčinu bolesti
- Doporuč klientce teplou sprchu, masáž a cviky na míči
- Seznam klientku s úlevovými polohami
- Nauč správnou techniku dýchání mezi kontrakcemi
- Sleduj a znamenej ozvy plodu
- Podávej léky dle ordinace lékaře

Realizace 27. 7. 2010

10:40 – při příjmu u klientky zjevné projevy bolesti při kontrakci, masírovala si břicho

11:00 – vysvětlení významu kontrakcí při porodu a cvičení správného dýchání po dobu kontrakce

11:30 – klientce doporučena teplá sprcha na břicho a páteř, masáž křížové oblasti a břicha, mírné pohupování a sezení na míči, klientce byly vysvětleny možnosti, účinky a výhody úlevové polohy (polohování na boku, procházení se, polohování ve stoje s podepřenou honí částí těla o porodní stůl a pohybuje se z boku na bok)

12:45 – vaginální vyšetření: poševní vchod volný, přední klenba plná, vyvinutá, hlava vstoupá malým oddílem v plochem vaku blan, plodová voda zachovalá, strunovitá branka 3 cm

12:50 – celková příprava

Hodnocení:

Rodička zná příčinu zvyšující se intenzity bolesti. Snaží se dobře dodýchat kontrakce. Zaujímá úlevové polohy. Upřednostňuje pobyt ve sprše. Bolest je zmírněna pomocí teplé sprchy. Reaguje na bolest přiměřeně. Cíl byl splněn.

2. Strach z důvodu nepřítomnosti partnera u porodu projevující se nervozitou /00093

Cíl: Klientka není nervózní a soustředí se na porod

Výsledná kritéria:

- Rodička si uvědomuje příčinu strachu
- Rodička spolupracuje
- Rodička zapojuje doprovod (sestra rodičky)

Intervence:

- Zjistí příčinu chování
- Vytvoř prostředí vzájemné důvěry
- Umožni přítomnost blízké osoby (sestry rodičky)
- Přistupuj k rodičce s plným respektem

Realizace:

13:00 – doporučeno rodičce přítomnost sestry u porodu, než přijede přítel, klientka ví, že nestihne přijet a že sestra omdlévá při spatření krve. Nalezen kompromis přítomnost rodičky v první době porodní a v poporodním období. Všechn postup vysvětlen.

Hodnocení:

Rodička má podporu v sestře. Stále čeká na partnera, až dorazí z pracovní cesty. Spolupracuje a je klidnější. Cíl byl splněn.

3. Časté močení v souvislosti se zvýšeným tlakem na močový měchýř projevující se verbalizací / 00016

Cíl: Rodička rozumí a umí vysvětlit proč často močí

Výsledná kritéria:

- Bilance tekutin je vyrovnaná
- Močový měchýř je vyprázdněn
- Klientka zná příčinu častého močení

Intervence:

- Sleduj příjem tekutin a výdej tekutin
- Pouč a vysvětlí klientce příčinu častého močení
- Zajisti možnost vyprázdnění klientky
- Kontroluj vaginální nález

Realizace :

15:30 - Vysvětlena příčina častého močení, sledovala jsem příjem tekutin, bylo umožněno vyprázdnění klientky

Kontrola vaginálního nálezu (poševní vchod volný, hlava fixovaná v pánevním vchodu, lem)

Hodnocení:

Rodička plně spolupracuje, je informována o postupu porodu. Příjem tekutin souhlasí s výdejem tekutin. Zná důvod častého močení a umí jej verbalizovat.

1. Potencionální riziko vzniku infekce z důvodu dirupce vaku blan / 00004

Cíl: Zabránit vzniku infekce

Výsledná kritéria: Rodička zná způsoby prevence vzniku infekce a dodržuje je.

Infekce nevznikne.

Intervence:

- Vysvětlí rodičce způsob prevence vzniku infekce
- Zajisti adekvátní péči o kůži a genitál rodičky
- Sleduj fyziologické funkce
- Dodržuj aseptické postupy při zákrocích

Realizace:

14:05 - dirupce vaku blan, odtéká zkalená voda prvního stupně

14:10 - rodička napojena na CTG, OP 138', TT: 36,7°C, TK: 115/70 torr P: 88/ min

14:20 - rodičce vysvětlena prevence vzniku infekce, provedena dostatečná hygiena v oblasti genitálu

Hodnocení:

Rodička dodržuje hygienu v oblasti genitálu, pečuje o kůži. Nejeví žádné známky zánětu. Je nutné pokračovat ve stanoveném ošetřovatelské diagnóze.

Hodnocení na konci I. doby porodní

Rodička po celou první dobu porodní verbalizovala své pocity. Byla seznámena s významem bolesti při porodu, technikou správného dýchání po dobu kontrakcí a využívání technik na snížené vnímání bolesti. Ozvy plodu byly fyziologické. Cíle u daných sesterských diagnóz byly splněny. Ale je potřeba pokračovat v naplánovaných činnostech až do konce porodu.

Situační analýza

První doba porodní u 28- leté prvorodičky trvala 7 hodin a 10 minut. Počáteční pravidelné kontrakce, počítané od 10 hodin. V 12:50 doporučená celková příprava k porodu. Zahnující očistné klyzma a oholení zevních rodidel. Po přípravě vykonána amniotomie, odtéká zkalená plodová voda prvního stupně. Rodička byla napojena na CTG přístroj. Při natáčení se měnily polohy (pravý bok, levý bok, sed na míči). Podán Nalbuphin 1 ampule i.m., podán rodičce kyslík a aplikována infuze 5% Glukoza s 2j. oxytocínu pro sekundárně slabou děložní činnost. Ke konci první doby porodní byla rodička vycévkována. Moč 200 ml, čirá. Rodička celou první dobu porodní spolupracovala se zdravotnickým personálem, poslouchala instrukce, snažila se správně dodýchat kontrakce. Po dobu první doby porodní nastaly určité změny ve fyzickém a psychickém stavu rodičky. Rodička neklidná a unavená s nepravidelnou děložní činností. Sliznice dutiny ústní a rtů mají suchý vzhled v důsledku aktivního dýchání a nemožností tekutin per os. Branka zašlá v 17:10, ozvy plodu se zpomalily na 126'. Natáčí se kontinuální CTG záznam.

2.5 Sesterské diagnózy v druhé době porodní

Aktuální sesterské diagnózy:

1. Únava z dlouho trvajících porodu projevující se sníženou výkonností rodičky.
2. Deficit objemu tekutin z důvodu na nemožnost jejího přijímání projevující se suchými rty.
3. Strach v souvislosti s průběhem porodu projevující se stísněným výrazem tváře.

- 1. Únava z dlouhotrvajícího porodu projevující se sníženou výkonností rodičky / 00093**

Cíl: Snížit pocit únavy

Výsledná kritéria:

- Rodička umí úlevové a relaxační polohy a využívá je
- Rodička udává zlepšení psychické a fyzické pohody

Intervence:

- Zjistí všechny příčiny vyvolávající současný stav
- Nauč rodičku úlevové a relaxační polohy
- Nabádej rodičku k odpočinku mezi kontrakcemi
- Po porodu zajisti dostatečný odpočinek a spánek

Realizace:

17:15 - Rodičce byly vysvětleny a ukázány relaxační polohy

Odpočinek mezi kontrakcemi byl vysvětlen

Hodnocení:

Rodička využívá úlevové polohy, snaží se odpočívat. Cíl byl splněn, rodička udává snížení únavy. Umí relaxační a úlevové polohy.

2. Deficit objemu tekutin z důvodu malého příjmu, projevující se suchými rty / 00027

Cíl: udržení objemu tělesných tekutin

Výsledná kritéria:

- Bilance tekutin je vyrovnaná
- Příznaky dehydratace nejsou přítomny

Intervence:

- Informuj lékaře, plň jeho ordinace
- Podej v malém množství tekutinu
- Otírej rty navlhčenou gázou a napomádej rty

Realizace:

17:20 - Lékař byl informován, podala jsem na zavodnění infuzi dle ordinace lékaře

Podala jsem malý doušek vody, rty jsem navlhčila a napomádovala

17:22 - alterace ozev plodu (DIP I v druhé době porodní)

Hodnocení:

Rodička je zavodněná pomocí infuze, popraskané rty jsou namazané pomádou. Rodička je poučena.

3. Strach v souvislosti s průběhem porodu projevující se stísněným výrazem tváře / 001148

Cíl: Snížit projevy strachu

Výsledné intervence:

- Rodička verbalizuje strach a její příčinu
- Rodička má dostatečné informace o operačním porodu (per forcipem)
- Rodička se řídí pokyny lékaře a porodní asistentky a aktivně spolupracuje
- U rodičky je zmírněný pocit strachu

Intervence:

- Informuj rodičku o dalším postupu a průběhu porodu
- Usměni rodičku během kontrakcí
- Buď ve stálém kontaktu s rodičkou, sleduj verbální a neverbální projevy
- Minimalizuj strach rodičky neustálým povzbuzováním

Realizace:

17:25 – rodička verbalizuje strach, vysvětlen rodičce stručný průběh operačního porodu, doporučeno respektovat příkazy zdravotnického personálu, rodička je povzbuzována ze strany lékaře a porodní asistentky, o dítě se postará pediatr

17:35 – usměrnění rodičky za kontrakce při tlačení, rodička je zaneprázdněná a na strach nepomýšlí, rodička se snaží plnit příkazy lékaře a porodní asistentky

17:37 – narodil se novorozenec mužského pohlaví, rodička je vyčerpaná ale spokojená

Hodnocení:

Rodička verbalizuje spokojenost s poučením. Aktivně spolupracuje po celou druhou dobu porodní. Rodička na strach nepomýšlí je zaneprázdněna tlačáním.

Hodnocení na konci II. doby porodní

Druhá doba porodní trvala 27 minut(od 17:10 do 17:37). Narodil se chlapec, který vážil 3460g, měřil 51cm. Apgar skóre 1 min. – 7

5 min. – 8

10 min. – 9

První ošetření novorozence provedl pediatr, který uklidnil rodičku, že stav dítěte je dobrý. Rodička se snažila spolupracovat po celou druhou dobu porodní, plnila pokyny lékaře a porodní asistentky. Psychický stav rodičky je přiměřený stavu a okolnostem. Partner nestihl přijet k porodu, zastoupila ho sestra rodičky, která opustila sál na konci druhé doby porodní z důvodu nevolnosti při pohledu na krev. Vzhledem k tomu toto rozhodnutí bylo správné. Rodička našla podporu ve zdravotním personálu, především u porodní asistentky. Rodička měla radost, že má vše za sebou a má radost z dítěte. Únava však přetrvává ve větší míře. Ostatní stanovené cíle byly splněny.

Situační analýza

Druhá doba porodní trvala 27 minut. Po celou dobu se rodička snažila plnit pokyny lékaře a porodní asistentky. Nepravidelné a slabé kontrakce i přes infuzi nebyly účinné. Vyskytly se alterace ozev DIP I, lékař rozhodl o operačním ukončení porodu. Rodička byla seznámena s okolnostmi a souhlasila s výkonem. Podmínky pro ukončení porodu kleštěmi byly splněny. Děloha se zmenšila, fundus děložní se nachází těsně nad pupkem. Na levé straně viditelná mediolaterální episiotomie. Rodička je značně unavená a vyčerpaná, má radost z miminka. Před porodem placenty byla odebrána pupečnicková krev do tří zkumavek na krevní skupinu dítěte a Rh faktor a Coombsův test, BWR, bilirubin. Rodička je O poz.

Záznam popisu operace

Nepravidelnosti porodu: alterace ozev plodu v druhé době porodní, voda plodová zkalená, sekundárně slabá děložní činnost. Podmínky porodu: branka zašlá, plod živý, voda plodová odteklá, hlava plodu fixovaná v pánevní šíři. Po vycévkování a dezinfekci rodidel aplikována lokální anestezie a provedena vlevo mediolaterální episiotomie. Nejprve zavedena levá kleština a po té pravá kleština. Provedena zkusmá trakce. Na dvě kontrakce vybaven křičící novorozenec a předán pediatrovi. Pupečník byl těsně utažen kolem krčku plodu a těla. Kontrola poranění- episiotomie mediolaterální vlevo a ruptura vaginae.

2.6 Sesterské diagnózy v třetí době porodní

Aktuální sesterské diagnózy

1. Strach o dítě z důvodu možného poškození při operativním ukončení porodu projevující se verbalizací.
2. Únava v souvislosti s nadměrným psychickým a fyzickým vyčerpáním projevující se unaveným výrazem obličeje.
3. Deficit objemu tekutin z důvodu na nemožnost přijímání tekutin projevující se suchou sliznicí dutiny ústní.

Potenciální sesterské diagnózy

1. Potenciální riziko vzniku snížení objemu tělesných tekutin z důvodu nadměrného krváčení při odlučování placenty.

1. Strach o dítě z důvodu možného poškození při operativním ukončení porodu projevující se verbalizací / 001148

Cíl: - rodička zhodnotí reálně situaci, strach je zmírněn

Výsledná kritéria:

- Informuj rodičku o dalším postupu
- Mluv na rodičku jasně a zřetelně
- Zajisti, aby pediatr informoval rodičku o stavu dítěte
- Minimalizuj strach rodičky povzbuzováním

Realizace:

17:38 – rodičce byl vysvětlen další postup, bylo vysvětleno první ošetření novorozence, a kdy bude patřičně informována o stavu novorozence. Povzbuzováním rodička spolupracovala

Hodnocení:

Rodička byla podrobně informována, byly jí zodpovězené otázky. Verbalizovala pocit strachu. V 18: 00 byla informována pediatrem o zdravotním stavu novorozence. Strach se zmírnil. Je spokojená, že se dítěti vede dobře.

2. Únava v souvislosti s nadměrným psychickým a fyzickým vyčerpáním projevující se unaveným výrazem obličeje / 00093

Cíl: Zmírnit projevy únavy u rodičky

Výsledná kritéria

- Klientka popisuje projevy únavy
- Umí posoudit stupeň únavy
- Rodička se řídí pokyny lékaře a porodní asistentky
- Rodička spolupracuje po celou III. dobu porodní

Intervence

- Buď v stálém kontaktu s rodičkou
- Motivuj rodičku, aby zvládla únavu
- Snaž se převzít úkony, které nevyžadují spolupráci rodičky

Realizace

17:39 - rodička verbalizuje vyčerpání a posuzuje stupeň únavy na číselné stupnici

17:40 – motivování rodičky na překonání únavy a ujištění, že za chvíli může relaxovat. Ale nyní je nevyhnutelné, aby pomohla.

Hodnocení:

Na rodiče je patrná únava, rodička se snaží vydržet pozornost a poslouchat pokyny. Důležité je zajistit klid a odpočinek bezprostředně po porodu.

3. Deficit objemu tekutin z důvodu na nemožnost přijímání tekutin projevující se suchou sliznicí dutiny ústní / 00027

Cíl: udržení objemu tělesných tekutin

Výsledná kritéria:

- Bilance tekutin je vyrovnaná
- Příznaky dehydratace nejsou přítomny

Intervence:

- Sleduj hydrataci sliznice a rtů
- Plň ordinace lékaře
- Vlhči rty

Realizace:

17:41 – rodička byla informována o podání infuze, žádala o namazání rtů

Hodnocení:

Rodička pochopila, proč nesmí užívat tekutiny. Souhlasí s podáním tekutin intravenózně.

4. Potencionální riziko vzniku snížení objemu tělesných tekutin z důvodu nadměrného krvácení při odlučování placenty / 00025

Cíl: Udržení objemu tekutin na normální úrovni

Výsledná kritéria:

- Nesnížil se objem tělesných tekutin
- Krvácení je zastaveno
- Vitální funkce jsou fyziologické

Intervence

- Sleduj množství krvácení a charakter
- Proveď šetrnou masáž dělohy
- Podej léky dle ordinace lékaře

Realizace:

17:41 - Sledování krvácení po dobu odloučení placenty, šetrná masáž dělohy a podání 2j Oxytocínu a 1 ampule Methylergometrinu.

Hodnocení:

Rodička krvácí přiměřeně, spolupracuje. Je v dobrém psychickém stavu.

Hodnocení III. Doby porodní

Třetí doba porodní trvala 5 minut, po celou dobu se rodička snažila spolupracovat i přes velkou únavu a vyčerpání, poslouchala pokyny lékaře a porodní asistentky. Odlučování placenty jsme podpořily Oxytocínem a Methylergometrinem, jedná se o tzv. aktivní vedení třetí doby porodní. Placenta se odloučila mechanismem dle Duncana. Placenta celistvá, oválná, bez infarktů a patologického nálezu, váží 600g. Blány také celistvé. Pupečník trojcévný, celistvý, dlouhý cca 50 cm. Krvácení rodičky je přiměřené, krevní ztráta byla 400 ml. Rodička je v dobrém psychickém stavu, verbalizuje snížení pocitu únavy a úlevy. Udává řezavou tupou bolest v oblasti mediolaterální episiotomie a stahy v podbříšku. Stanovené cíle byly splněny.

Situační analýza

Třetí doba porodní trvala 5 minut. Probíhala bez komplikací. Rodička se cítí dobře, je slabá, ale spokojená. Udává řezavou tupou bolest v místě episiotomie a stahy v podbříšku. Děložní fundus je 1 prst pod pupkem. Krvácení je zatím přiměřené. V raném poporodním období bude třeba věnovat zvýšenou pozornost krvácení, zavinování dělohy, vitálními funkcemi a zmírňování bolesti. Rodička udává obavy o nedostatečné informovanosti v péči o suturu.

2.7 Sesterské diagnózy bezprostředně po porodu

Aktuální sesterské diagnózy

1. Akutní bolest v oblasti rodidel z důvodu provedené episiotomie projevující se bolestivým výrazem tváře.
2. Nedostatek vědomostí o péči o suturu projevující se verbalizací.

Potenciální sesterské diagnózy

1. Potenciální riziko vzniku infekce z důvodu narušením integrity kůže.
2. Potenciální riziko neudržení moče z důvodu oslabení svaloviny a podpůrných struktur pánevního dna.

1. Akutní bolest v oblasti rodidel z důvodu provedené episiotomie projevující se bolestivým výrazem tváře / 00132

Cíl: bolest je zmírněna

Výsledná kritéria:

- Rodička udává zmírnění bolesti
- Je si vědoma příčiny bolesti

Intervence:

- Zjistí charakter bolesti a její intenzitu pomocí škály bolesti
- Sleduj verbální a neverbální projevy
- Doporuč sáček s ledem na hráz
- Podej lékařem naordinovanou medikaci a sleduj jeho účinek

Realizace:

18:10 – Rodička charakterizovala bolest na řezavou tupou bolest v oblasti provedené episiotomie, zjištěna intenzita bolesti na pětistupňové škále jako 3 stupeň bolesti.

18:15 - Přijala s povděkem sáček s ledem a čisté sterilní vložky, podán naordinovaný čípek per rektum Diclorem.

Hodnocení:

Rodička po podání čípku cítí úlevu. Bolest je zmírněna díky ledu, klidu a suchu. Verbalizuje spokojenost, že vše má za sebou.

2. Nedostatek vědomostí o péči o suturu projevující se verbalizací / 00126

Cíl: Naučit rodičku starat se o suturu

Výsledná kriteria:

- Rodička má zájem získat vědomosti o péči o suturu
- Chápe význam správné péče a hygienu o suturu
- Rodička udává dostatečné vědomosti o péči o suturu

Intervence:

- Zjistí, zda má rodička zájem získat vědomosti o péči o suturu
- Vysvětlí rodičce význam správné hygieny o genitál
- Nauč klientku, jak se má starat o suturu
- Ověř, zda rodička vše správně pochopila
- Povzbud' rodičku, aby se na cokoli ptala, v čem si není jistá

Realizace:

18:15 – Při ošetření porodního poranění a aplikaci ledu na hráz, byl zjištěn nedostatek vědomostí a informací o péči o suturu. Rodička projevila zájem o informace z dané problematiky. Ptala se jak se starat o suturu.

18:18 – Vysvětlen význam správné péče o suturu (předcházet vzniku infekce, přispět k lepšímu hojení, předcházením komplikací např. rozpadu sutury. Rodička informace pochopila.

18:20 – Edukace rodičky o péči o suturu. Po dobu šestinedělí je dobré nosit jednorázové, síťované kalhotky nebo alespoň bavlněné kalhotky aby sutura mohla větrat. Po každém kojení je vhodné se osprchovat z důvodu většího zakrvácení. A také po každé návštěvě toalety. Mýt se nedráždivým, neparfémovaným mýdlem, nejlépe dětským mýdlem. Pozor na prudké dosazování na židli, možnost zapůjčení kruhu aby se sutura nepotrhalo. Rodička udává spokojenost s udělenými radami.

18:25 – Rodičce byla položena kontrolní otázka s cílem ujistit se, zda pochopila všechny informace. Rodička správně odpovídala na dané otázky z daného tématu.

18:28 – Povzbuzení rodičky k dalším otázkám. Rodička vyjádřila spokojenost a poděkovala za cenné informace. Prozatím nemá žádné další otázky.

18:30 - Zabezpečení klidu, aby si rodička mohla odpočinout případně prospat. Rodička klid uvítala, snaží se odpočívat.

20:00 – Příprava rodičky na převoz na šestinedělí. Kontrola krvácení, výměna vložek a košile, omytí zevního genitálu. Vyprázdnění močového měchýře (cévkování), aby se lépe zavinovala děloha.

Hodnocení:

Rodička chápe péči o suturu, správně odpovídá na kontrolní otázky. Pochopila správně hygienické návyky. Cíle byly splněny.

1. Potencionální riziko vzniku infekce z důvodu narušením integrity kůže/ 0004

Cíl: Zabránit vzniku infekce

Výsledná kritéria: Rodička zná způsoby prevence vzniku infekce a dodržuje je.

Infekce nevznikne.

Intervence:

- Vysvětlí rodičce způsob prevence vzniku infekce
- Zajisti adekvátní péči o kůži a genitál rodičky
- Sleduj fyziologické funkce
- Dodržuj aseptické postupy při zákrocích

Realizace:

20:00 – edukační pohovor o prevenci vzniku infekce při narušení kožní integrity ((epiziotomie)

20:00 – převoz na oddělení šestinedělí

Hodnocení:

Rodička je poučena, umí verbalizovat vznik infekce. Infekce zatím nevznikla. Je důležité aby porodní asistentky pokračovaly v plnění stanovených sesterských diagnóz na oddělení šestinedělí.

2. Potenciální riziko neudržení moče z důvodu oslabení svaloviny a podpůrných struktur pánevního dna /

Cíl : rodiče se nevyskytnou problémy s udržením moče

Výsledná kritéria:

- Rodička je poučena o této problematice
- Zvládá metody posilování svalů pánevního dna
- Rodička pravidelně posiluje pánevní dno

Intervence:

- Pouč rodičku o této problematice a o vhodnosti prevence
- Dej jí leták s touto problematikou
- Nauč techniky posilování pánevního dna

Realizace:

Rodička byla poučena o nutnosti posilování pánevního dna, byl jí poskytnut leták.

Hodnocení:

Rodička verbalizovala nabyté informace.

Rodička předána na oddělení šestinedělí, byla poučena. Předán i plán péče a návaznost na pokračování stanovených intervencí.

Zhodnocení stavu při překladu na oddělení šestinedělí:

Rodička byla přeložená na oddělení šestinedělí v dobrém fyzickém a psychickém stavu, vitální hodnoty stabilizované, TK: 115/80 torr, P: 76' - plný pravidelný, TT: 37,2°C. Děloha retrahovaná, fundus děložní dva prsty pod pupek, krvácení přiměřené, sutura mírně nateklá, bolestivost v místě sutury je zmírněná. Po vysvětlení péče o porodní poranění rodička pochopila důležitost v péči o suturu. Novorozenec přiložen k prsu, přichytl se a sál. Rodička byla klidná a spokojena, partner přijel po porodu mezitím, rodičku podporovala její sestra.

Doporučení pro pobyt na oddělení šestinedělí:

Do šesti hodin po porodu by rodička se měla spontánně vymočit a osprchovat za doprovodu porodní asistentky. Při vstávání a sprchování musí být přítomna porodní asistentka, prevence pádu. Znova se rodičce vysvětlí péče o suturu a prsa. Aby byla dostatečně poučená a měla možnost se optat na nejasnosti. Zároveň má být poučena o dodržování správné životosprávy a důležitosti kojení, správné péče o novorozence. Měla by být seznámena s postupným cvičením na zlepšení zavínování dělohy.

Závěr

Cílem bakalářské práce bylo přiblížit problematiku porodů ukončenými kleštěmi, a upřesnit jakou roli přitom hraje porodní asistentka z ošetrovatelského hlediska. Zároveň bychom chtěli tímto říci, že problematika ukončení porodu per forcipem je sice z medicínského hlediska velmi dobře zpracovaná, ale z ošetrovatelského hlediska zde chybí mnoho podstatných informací, které by mohly pomoci k lepší kooperaci. Jde zejména o psychologické a praktické úkony, které by měla zastat porodní asistentka, jako zprostředkovatel mezi lékařem a rodící ženou. Tento spojovací článek je však bohužel mnohdy opomíjen a zanedbáván.

V teoretické práci jsme se zabývali historií tohoto porodnického nástroje, dále jsme zde rozebírali druhy nejčastěji používaných porodnických kleští a měli jsme možnost porovnat indikace a kontraindikace v dnešní moderní medicíně a v medicíně historické. Snažili jsme se o vymezení kompetencí, které zastává gynekolog-porodník versus porodní asistentka. Vše jsme se snažili zakomponovat do ošetrovatelského procesu.

V empirické části jsme se zabývali kazuistikou. Ta nám dala popis a výklad konkrétního případu, který jsme si předem vybrali. V jednotlivých porodních dobách jsme rozpracovali ošetrovatelskou péči a ošetrovatelské diagnózy souvisejícími s porodem per forcipem.

Dospěli jsme tím k názoru, že ke každé rodičce je potřeba přistupovat individuálně s velkou dávkou trpělivosti a empatie. Umožnit jí aby se mohla adaptovat na nově vzniklou situaci, která je daná nestandardním ukončením porodu. Porodní asistentka by měla podat pomocnou ruku a poskytnout adekvátní péči na porodním sále. Ženě a jejímu doprovodu např. partnerovi, taktně vysvětlit průběh dalšího postupu. Žena by měla pochopit, že nezáleží na způsobu ukončení porodu v případě komplikací, jako na očekávaném výsledku tzn. narození zdravého dítěte.

Doporučení pro praxi

Tato práce se věnuje již mnohokrát zmiňovanému tématu porodu ukončeným per forcipem. Prostudováním a proniknutím do této problematiky jsme došli k následujícím doporučením.

Rodičkám bychom mohli doporučit, prostudování příslušných materiálů zabývajících se problematikou klešťových porodů a dalších komplikací, které mohou při porodu nastat. Nechceme je však stresovat, ale připravit na možné komplikace a jejich řešení. Je důležité, aby rodičky měly na paměti, že porod je sice fyziologická záležitost. Ale nelze si ho naplánovat, jak by si ho představovaly. Je špatně, když se rodička bojí nebo nestihne se zeptat zdravotního personálu. Měli bychom zdůraznit, aby se rodičky zdravotního personálu bez obav na cokoli zeptaly. Domníváme se také, že je důležité zdůraznit rodičkám, že tento výkon je život zachraňující pro ně samotné a jejich dítě. V rukou erudovaného porodníka jde o bezpečný zákrok. Proto by se ho neměly obávat.

Porodní asistentky by měly udržovat dobrý kontakt s rodičkou ale i s doprovázející osobou. Při vzniklé náhlé komplikaci by měla porodní asistentka zachovat klid, podpořit ženu a vhodně ji informovat. Nejdůležitější je si uvědomit, že na takto ukončený porod může mít rodička stresovou reakci, která se projeví zhoršenou komunikací až apatií. Proto je vhodné, aby porodní asistentka včas navázala kontakt a podala ženě přesné instrukce. Nesmíme zapomenout pečlivě zapsat informace, vyšetření a celou péči do dokumentace, která musí být pečlivě evidována.

Při zpracování této problematiky jsme došli k závěru, že toto téma po ošetrovatelské stránce je málo propracované a chybí ucelené informace. V odborné literatuře jsme měli možnost dozvědět se o mechanickém provedení výkonu. Ale postrádáme upřesnění role porodní asistentky a její účast při poskytování ošetrovatelské péče.

Seznam použité literatury

ČECH, E. et al. 2006. *Porodnictví: 2.přepřacované a doplěné vydání*. 2. dopl. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. 527 s. ISBN 80-247-1313-9.

ČEPICKÝ, P. 2009. Právní a psychologické aspekty extrakčních operací. *Moderní gynekologie a porodnictví : Extrakční vaginální operace*. 2009, vol.18, č.3, s. 347-351. ISSN 1211-1058.

DOENGES, M. E.; MOORHOUSE, M. F. 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry : Druhé, přepřacované a rozšířené vydání*. Vyd.2. [s.l.] : Grada, 2001. s.565 s. ISBN 80-247-0242-8.

DOLEŽAL, A. 2001. *Od babictví k porodnictví*. Vyd.1. Praha : Karolinum, 2001. 144 s. ISBN 80-246-0277-6.

DOLEŽAL, A., et al. 2007. *Porodnické operace*. Vyd.1. Praha : Grada, 2007. 376 s. ISBN 978-80-247-0881-2.

HÁJEK, Z. 2007. Forceps a vakuumextrakce. *Moderní gynekologie a porodnictví : Časopis pro celoživotní vzdělávání lékařů*. 2007, 16/2007, 16, s. s.56. ISSN 1211-1058.

KACEROVSKÝ, M. 2010. Porodnické kleště (forceps obstetricia) : Obstetrical forceps. *Gynekolog : Časopis ženských lékařů*. 25.6.2010, 19, 3, s. 115-116. ISSN 1210-1133.

KAMENÍKOVÁ, M.; KYASOVÁ, M. 2003. *Ošetrovatelské diagnózy na porodním sále*. Vyd.1. Praha : Grada, 2003. 92 s. ISBN 80-247-0285-1.

KOBILKOVÁ, J., et al. 2005. *Základy gynekologie a porodnictví*. Vyd.1. Praha 5 : Galén, 2005. s.368 s. ISBN 80-7262-315-X.

KOZIEROVÁ, B., et al. 1995. *Ošetrovatel'stvo I*. Vyd.1. Martin : Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.

- LEIFER, G., et al. 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Vyd.1 české. Praha : Grada, 2004. 998 s. ISBN 80-247-0668-7.
- MAREČKOVÁ, J. 2006. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Vyd.1. Praha : Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
- NĚMCOVÁ, J.; MAURITZOVÁ, I. 2009. *Skripta k tvorbě bakalářských a magisterských prací*. Praha: Maurea. 2009. ISBN 978-80-902876-0-0.
- PAŘÍZEK, A. 2008. *Kniha o těhotenství a dítěti*. třetí. Praha 5 : Galén, 2008. 300 s. ISBN 978-80-7262-594-9
- PESCHOUT, R. Forceps(porodnické kleště). *Moderní babictví* [online]. 16.9.2008, 2008, 16, [cit. 2008-09-16]. Dostupný z WWW: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2008-16/index.php>
- ROZTOČIL, A. 2009. Porodnické kleště. *Moderní gynekologie a porodnictví : Časopis pro celoživotní vzdělávání lékařů*. 3.9.2009, vol.18, č.3, s. 238-360. ISSN 1211-1058.
- ROZTOČIL, A., et al. 2001. *Porodnictví*. vyd.1. Brno : Mikáda, 2001. 333 s. ISBN 80-7013-339-2.
- ROZTOČIL, A., et al. 1996. *Intenzivní péče na porodním sále*. Vyd.1. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1996. 274 s. ISBN 80-7013-230-2.
- ROZTOČIL, A., et al. 2008. *Moderní porodnictví*. Vyd.1. Praha : Grada, 2008. 117-118 s. ISBN 987-80-247-1941-2.
- TRAPL, J. 1949. *Učebnice praktického porodnictví : Pro studující medicíny a lékaře*. Vyd.2. Praha : Zdravotnické, 1949. 668 s.
- VOKURKA, M., HUGO, J. A KOLEKTIV. 2009. *Velký lékařský slovník*. 2009. ISBN 978-80-7345-166-0.
- VRÁNOVÁ, V. 2007. *Od babictví k porodnictví : Současnost porodní asistence*. 2007.Olomouc : Univerzita Palackého, 2007. 199 s. ISBN 978-80-244-1764-6.

ZÁHUMENSKÝ, J. 2007. Klešťové porody a porody vakuumextrakcí. *Máma ajá* [online]. 27.9.2007, č.9, [cit. 2010-12-28]. Dostupný z WWW: <www.rodina.cz/clanek5903.htm>.

ZWINGER, A., et al. 2004. *Porodnictví*. Vyd.1. Praha 1 : Galén, 2004. 532 s. ISBN 80-7262-257-9.