

**Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., Praha 5**

**Ošetrovatelský proces u pacientky  
s indukovaným porodem z důvodu graviditas  
postterminalis**

Bakalářská práce

Iveta Sochorová

Studijní obor: Porodní asistentka

Stupeň kvalifikace: bakalář

Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

Praha 2013



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

**Iveta Sochorová**  
**3. A PA**

**Schválení tématu bakalářské práce**

Na základě Vaší žádosti ze dne 14. 9. 2012 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacientky s indukovaným porodem z důvodu  
graviditas postterminalis

*Nursing Process for Patients with Induced Labour Because of  
Graviditas Postterminalis*

Vedoucí bakalářské práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

V Praze dne: 3. 9. 2012

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.  
rektor

### **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 17. 3. 2013

---

*podpis*

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych poděkovala doc. PhDr. Jitce Němcové, PhD., za obětavou pomoc a cenné rady při zpracovávání bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala celému profesorskému sboru na Vysoké škole zdravotnické a Thomayerově nemocnici za kvalitní přípravu pro můj následný profesní růst a rozvoj.

## ABSTRAKT

SOCHOROVÁ, Iveta. *Ošetrovatelský proces u pacientky s indukovaným porodem z důvodu graviditas postterminalis*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD. Praha. 2013. s. 54.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacientky s indukovaným porodem z důvodu graviditas postterminalis. Teoretická část zahrnuje definici a průběh těhotenství, specificky prodlouženého těhotenství. Porod, indukci porodu, její formy, kontraindikace a indikace. Praktická část je tvořena ošetrovatelským procesem s aktuálními a potencionálními ošetrovatelskými diagnózami, které byly definovány na základě získaných informací od pacientky, ze zdravotnické dokumentace, vlastním pozorováním a uspořádány dle modelu Funkčního zdraví Marjory Gordon.

Klíčová slova: Indukce porodu. Ošetrovatelský proces. Porod. Prodloužené těhotenství. Těhotenství.

## ABSTRAKT

SOCHOROVÁ, Iveta. *Nursing Process for Patients with Induced Parturition due Graviditas Postterminalis*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Qualifications level: Bc., Supervisor: doc. PhDr. Němcová Jitka, PhD. Prag. 2013. s. 54.

The topic of my thesis is the nursing process for patients with induced parturition due graviditas postterminalis. The theoretical part includes the definition pregnancy and especially prolonged pregnancy. The thesis also describes process induction of parturition, forms, contraindications and indications. The practical part contains the nursing process with current and potential nursing diagnoses that have been defined on the basis of information obtained from the patient, from medical records, personal observation and arranged according to the model of Marjory Gordon's Functional Health.

Keywords: Nursing Process. Parturition. Pregnancy. Process of Parturition. Prolonged Pregnancy.

## OBSAH

|  |    |
|--|----|
| Seznam použitých zkratk                    |    |
| Seznam použitých odborných výrazů          |    |
| Úvod.....                                  | 11 |
| I. Teoretická část.....                    | 12 |
| 1 Těhotenství.....                         | 12 |
| 1.1 Prodloužené těhotenství.....           | 13 |
| 1.2 Diagnostika těhotenství.....           | 14 |
| 1.3 Výpočet termínu porodu.....            | 14 |
| 2 Porod.....                               | 16 |
| 2.1 Klasifikace dle průběhu.....           | 16 |
| 2.2 Klasifikace dle týdne těhotenství..... | 17 |
| 3 Indukce porodu.....                      | 18 |
| 3.1 Indikace.....                          | 18 |
| 3.1.1 Lékařské indikace.....               | 18 |
| 3.1.2 Indikace sociální.....               | 20 |
| 3.1.3 Programovaný porod.....              | 20 |
| 3.2 Kontraindikace.....                    | 20 |
| 3.3 Metody preindukce.....                 | 21 |
| 3.4 Metody indukce porodu.....             | 22 |
| 3.4.1 Mechanické metody.....               | 22 |
| 3.4.2 Farmakologické metody.....           | 22 |
| II. Praktická část.....                    | 24 |
| 4 Ošetrovatelský proces.....               | 25 |
| 4.1 Příjímání screening všeobecný.....     | 25 |
| 4.2 Příjímání screening porodnický.....    | 28 |

|      |  |    |
|------|--|----|
| 4.3  | Fyzikální vyšetření .....                    | 30 |
| 4.4  | Model funkčního zdraví Gordonová .....       | 31 |
| 4.5  | Medicínský management .....                  | 34 |
| 4.6  | Ošetrovatelská péče.....                     | 35 |
| 4.7  | Situační analýza .....                       | 38 |
| 4.8  | Stanovení ošetrovatelských diagnóz .....     | 39 |
| 4.9  | Aktuální ošetrovatelské. diagnózy: .....     | 40 |
| 4.10 | Potencionální ošetrovatelské diagnózy: ..... | 45 |
|      | Závěr a doporučení pro praxi .....           | 47 |
|      | Seznam literatury .....                      | 48 |
|      | Seznam příloh .....                          | 51 |



## Seznam použitých zkratek

|              |                                  |
|--------------|----------------------------------|
| <b>UZ</b>    | ultrazvuk                        |
| <b>ZOT</b>   | zátěžový oxitocinový test        |
| <b>CTG</b>   | kardiotokografie                 |
| <b>VVV</b>   | vrozené vývojové vady            |
| <b>oGTT</b>  | orální glukózový toleranční test |
| <b>GBS</b>   | streptococcusagalactiae          |
| <b>BWR</b>   | Bordetova–Wassermannova reakce   |
| <b>HBsAg</b> | Hepatitis B surface antigen      |
| <b>Moč B</b> | bílkoviny v moči                 |
| <b>Moč C</b> | cukru v moči                     |
| <b>Moč H</b> | krve v moči                      |
| <b>PP</b>    | pohyby plodu                     |
| <b>OP</b>    | ozvy plodu                       |
| <b>PM</b>    | poslední menstruace              |
| <b>TP</b>    | termín porodu                    |
| <b>AS</b>    | akce srdeční                     |
| <b>KD</b>    | kontrakce dělohy                 |
| <b>PPHL</b>  | poloha podélná hlavičkou         |
| <b>FWL</b>   | flowmetrie                       |
| <b>FDX</b>   | vzdálenost symfýza fundus        |
| <b>DDS</b>   | dolní děložní segment            |
| <b>LHK</b>   | levá horní končetina             |
| <b>VAS</b>   | vizuální analogová škála         |
| <b>i.m.</b>  | intramuskulární                  |
| <b>PA</b>    | porodní asistentka               |

## Seznam použitých odborných výrazů

**Makrosomie** – zvětšení celého těla či orgánů

**Hypoxie** – nedostatek kyslíku v těle nebo jednotlivých tkání

**Flowmetrie** – metoda umožňující kvalitativně či kvantitativně zjišťovat krevní průtok určitými oblastmi

**Forceps** – porodnické kleště

**Vakuumextrakce** – porodnický zákrok využívající podtlaku k ukončení komplikovaného porodu

**Hamiltonův hmat** – uvolnění dolní části plodových obalů naléhající na pánevní vchod

**Myometrium** – hladká svalovina děložní stěny

**Kardiotokografie** – přístrojové monitorování srdeční činnosti plodu a děložních kontrakcí

**Intracervikální** – uvnitř hrdla dělohy

**Intraamniální** – uvnitř amniální dutiny

**Amnion** – vnitřní plodový obal

**Linea fusca** – pigmentová střední linie mezi podbříškem a pupkem

**Gravidita** – těhotenství

**Parita** – počet porodů

**Undulatoční** – širší pásma na CTG se pohybuje od 10-25 úderů za minutu a je výrazem fyziologického záznamu

**Foetusmagnus** – velký plod

**Postmaturita** – prodloužené těhotenství

## Úvod

Indukce porodu se za posledních třicet let stala součástí běžných výkonů na gynekologicko-porodnických odděleních a patří k metodám preventivním, která může zabránit poškození plodu nebo zlepšit stav pacientky.

Nejčastější indikací k indukci porodu, tedy k umělému vyvolání děložní činnosti a snaze tak ukončit těhotenství, patří potermínová gravidita neboli, již ukončený 41. týden těhotenství.

Cílem této bakalářské práce je charakteristika tzv. potermínové gravidity a s tím spojené indukce. Dále vypracování ošetrovatelského procesu u konkrétní pacientky se zaměřením na nejčastější zjištěné ošetrovatelské diagnózy.

Bakalářská práce je teoreticko-praktická. Teoretická část slouží k vymezení a charakteristice pojmu těhotenství, prodlouženého těhotenství a s tím i spojené indukce. Praktická část je tvořena ošetrovatelským procesem s aktuálními a potencionálními ošetrovatelskými diagnózami, které byly definovány na základě získaných informací od pacientky, ze zdravotnické dokumentace a z vlastního pozorování.

Ošetrovatelský proces bude tvořen na gynekologicko-porodnické klinice v Thomayerově nemocnici na oddělení rizikového těhotenství.

*„Stát třikrát v bitvě v první řadě je snazší, než jednou porodit.“*

John Robinson Jef

# I. Teoretická část

## 1 Těhotenství

Těhotenství je určitý proces v období života ženy, při němž se v těle vyvíjí nový jedinec. Za fyziologických podmínek začíná početím, tedy splynutím mužské a ženské pohlavní buňky a končí porodem.

*Období těhotenství se dělí na oplození (fertilizaci), implantaci (zanoření), nidaci (uhníždění) a vývoj plodového vejce. Přejdem z intrauterinního (nitroděložního) života do mimomateřského prostředí v době porodu se z plodu stává novorozenec (SLEZÁKOVÁ a kol. 2011, s. 129).*

K oplození dochází nejčastěji v ampulární části vejcovodu, kde se setká ženská zárodečná buňka – vajíčko – oocyt s mužskou zárodečnou buňkou – spermii. Spermie jsou schopny oplodnit vajíčko do 72 hodin po ejakulaci a oocyt má schopnost oplození maximálně 24 hodin po ovulaci. Oplozené vajíčko se označuje jako zygota. V zygotě jsou spárovány otcovské a mateřské chromozomy. Oplodněné vajíčko následně podléhá rýhování – dělení a vytváří se šestnáctibuněčná morula. Během dělení oplodněné vajíčko migruje vejcovodem do dělohy a morula se mění cystu vyplněnou tekutinou, tzv. blastocystu. V blastocystě se vytváří dvě odlišné vrstvy buněk – embryoblast (pro vznik plodu) a trofoblast (pro vznik placenty a plodových obalů). Zhruba 6. den po fertilizaci nalehne blastocysta na děložní sliznici, připravenou na těhotenství a postupně se do ní implantuje. Již za 10 dnů je implantace ukončena a následuje uhníždění. 11. den po oplodnění je proces nidace dokončen (SLEZÁKOVÁ a kol., 2011).

Jak již bylo popsáno výše, trofoblast slouží pro vývoj placenty a plodových obalů. Placenta je orgán, který v období těhotenství zprostředkovává kontakt mezi matkou a plodem, zásobuje plod kyslíkem a živinami a odvádí ven zplodiny jeho metabolismu. Mezi plodové obaly patří decidua, amnion a chorion. Decidua je těhotensky změněná děložní sliznice, která vytváří zevní obal plodového vejce a zabezpečuje nidaci plodového vejce a jeho první výživu. Amnion je vnitřní obal plodového vejce. Je to bezcévná průsvitná blána, která překrývá plodovou část placenty a přechází v pupečník. Chorion je vazivová blána, která splývá s amniální blánou. Plodové vejce je vyplněnou plodovou vodou, což je čirá nebo lehce zakalená tekutina, která vytváří optimální podmínky pro plod (SLEZÁKOVÁ, 2011).

*Plodová voda chrání plod před poraněním při náhlém úderu z vnějšího prostředí a také mu umožňuje změnu polohy. Těhotnou ženu zase chrání před bolestmi, které by mohly vznikat při prudších pohybech plodu (TRČA, 2009, s. 27).*

*Fyziologicky trvá těhotenství v průměru 10 lunárních měsíců po 28 dnech, tj. 280 dní, 40 týdnů. Pokud těhotenství trvá déle, než 42 týdnů mluvíme o prodlouženém těhotenství, kdy dochází k tzv. patologickému přenášení (GREGORA, VELEMÍNSKÝ, 2007, s. 20).*

## **1.1 Prodloužené těhotenství**

*Prodloužené těhotenství neboli gravidita postterminalis je takové těhotenství, které dosáhlo či překročilo 42. týden gestace od prvního dne poslední menstruace.*

*Příčina není známa (BINDER, 2009, s. 31).*

### **Rizika pro matku**

Nejvíce uváděné riziko pro matku při prodlouženém těhotenství je uveden operační porod. Dále makrosomie plodu a s tím související riziko porodního traumatu či poranění.

### **Riziko pro plod**

Riziko pro plod nastane, pokud dle UZ prokazujeme insuficienci placenty, její nedostatečnost. Při tomto průkazu je u plodu vyšší riziko výskytu plicní komplikace, aspirace zkalené plodové vody a hypoxie během porodu.

Od 42. týdne těhotenství se zvyšuje riziko perinatální mortality a proto je nutné včasné řešení.

### **Prenatální péče**

U těhotenství po termínu je potřeba zajistit zvýšenou observaci tzn. sledování pohybů plodu, docházení do prenatální poradny co 2 dny a monitorování plodu pomocí CTG a jednou týdně na vyšetření UZ a flowmetrie.

Po dosažení 41+3 týdne těhotenství by měla být těhotná preventivně hospitalizována a mělo by se postupovat tak, aby k dokončenému 42. týdnu gestace porodila.

Při preventivní hospitalizace provádíme UZ vyšetření a ZOT tedy zátěžový oxitocinový test kdy aplikujeme intravenózně malou dávku oxytocinu a zároveň monitorujeme plod

a dělohu pomocí CTG ke zhodnocení děložní senzitivity a stavu plodu pro případnou indukci porodu.

## **1.2 Diagnostika těhotenství**

Dle subjektivních pocitů, obtíží a klinických pozorování můžeme známky těhotenství rozdělit na nejisté, pravděpodobné a jisté.

### **Nejisté známky**

Mezi nejisté známky těhotenství patří takové neurčité příznaky, které se mohou objevit i u netěhotných žen. Do nejistých známek těhotenství zařazujeme změny chuti, nálad, mdloby, častější močení, vynechaná menstruace a další (GREGORA, VELEMÍNSKÝ, 2007, s. 16).

### **Pravděpodobné známky**

*Za pravděpodobné známky těhotenství lze považovat změny na pohlavních orgánech tedy lividní zbarvení pochvy, poševní sliznice a děložního hrdla a dále pak vynechání menstruace, ranní nevolnosti, zvětšení prsů a břicha či přetrvávání zvýšené bazální teploty (GREGORA, VELEMÍNSKÝ, 2007, s. 16).*

### **Jisté známky**

*Mezi jisté známky těhotenství patří průkaz choriogonadotropinu (hCG) v séru či moči ženy, kdy zvýšená hladina je již 7.-8. den po oplodnění. Od 3.–5. týdne těhotenství průkaz plodového vejce v děložní dutině a od 6. týdne srdeční akce plodu. Od 24. týdne těhotenství je možno palpační vyhatání plodu (GREGORA, VELEMÍNSKÝ, 2007, s. 16).*

## **1.3 Výpočet termínu porodu**

Je známo více způsobů jak vypočítat datum porodu, ale velmi se liší svojí spolehlivostí. Termín porodu, ať už je vypočten jakoukoliv z uvedených metod je pouze údaj, který nutno brát s rezervou.

### **Výpočet dle Naegeleho**

Tento výpočet termínu se provádí od prvního dne poslední menstruace, kdy odečteme 3 měsíce a připočteme 7 dnů. Výpočet je nepřesný pokud má žena nepravidelný cyklus.

### **Výpočet dle data oplodňující soulože**

K datu oplodnění připočteme 38 týdnů, tj. 266 dnů. Lze využít např. u asistované reprodukce, tam kde jsme si datem oplodnění jisti.

### **Výpočet podle data prvních pohybů plodu**

Okolo 20. týdne těhotenství začínají nulipary cítit pohyby nejvíce, ke konci 20. týdne těhotenství tedy přičteme 20 týdnů, tedy 140 dnů. Multipary začínají cítit pohyby dříve, v 18. týdnu těhotenství přičteme 22 týdnů tj. 154 dnů.

Tento výpočet termínu porodu je často nepřesný.

### **Výpočet termínu porodu dle UZ**

Provádí se na konci 13. týdne těhotenství. Tato metoda je nejpřesnější. Pokud se termín porodu dle UZ liší s termínem dle poslední menstruace o více než jeden týden, měl by být upraven dle UZ.

V souvislosti s indukcí porodu se určení termínu porodu dle oplodňující soulože a data prvních pohybů plodu neuzívá. Zde je důležitá korekce termínu podle ultrazvukové biometrie v prvním trimestru těhotenství.

Údaj o prvním dni poslední menstruace nelze považovat za dostačující pro výpočet termínu porodu z důvodu variability folikulární fáze a nepravidelnosti menstruačních cyklů. Ultrazvuková biometrie vypočítá délku těhotenství na základě fetálních biometrických údajů.

## 2 Porod

Porodem se rozumí narození dítěte, tedy úplné vypuzení či vynětí plodu z těla matky.

*Dle WHO je jako porod označován děj, při kterém dojde k vypuzení plodu z dělohy, který má porodní hmotnost 500g a více bez ohledu zda se narodí živý či mrtvý. Jako porod je označován i děj, při kterém je z dělohy vypuzen plod se známkami života, který nesplňuje hmotnostní kritérium, ale přežívá déle jak 24 hodin. Vše ostatní je označováno jako potrat. V ČR je doposud platná legislativa, která je v rozporu s výše uvedenou definicí. Pokud se plod narodí mrtvý s porodní hmotností 999g a méně je to považováno za potrat (BINDER a kol., 2012, s. 64).*

Porod lze klasifikovat dle průběhu a dle týdne těhotenství.

### 2.1 Klasifikace dle průběhu

Dle průběhu porodu můžeme klasifikovat porod na spontánní, medikamentózní, indukovaný a operativní.

#### Spontánní porod

Spontánním porodem rozumíme porod na základě přirozených pochodů.

Je definován jako vypuzení plodového vejce z dutiny děložní porodními cestami působením porodních sil (ELIAŠOVÁ, 2008). *Nejčastěji přicházejí ženy samy podle instrukcí v době, kdy pozorují pravidelné kontrakce po 10 min. nebo odtok plodové vody, eventuálně odchod hlenové zátky. U započatého porodu jsou kontrakce pravidelné, intervaly se postupně zkracují, kontrakce trvá alespoň 1 minutu, objevují se bolesti v zádech a v břiše a je pozorovatelná dilatace branky (ZWINGER, 2004, s. 143-144).*

#### Medikamentózní porod

Je takový porod, který je po samovolném nástupu porodní činnosti ovlivňován aplikací léků. Většinou jsou podávány léky k posílení nebo vyvolání děložních stahů nebo léky tlumící děložní stahy či uvolňující křečovitě stahy. Slabé děložní stahy se zesilují podáním infuze oxytocinu. Slabá činnost dělohy se někdy objevuje po původně normální děložní činnosti. Důvodem je vyčerpání děložního svalstva. Pokud nejsou žádné další komplikace, mohou být rodičce i v I. době porodní podány léky k útlumu děložních kontrakcí. Po odpočinku porod pokračuje normálně.



Intenzivní a dlouhotrvající děložní stahy mohou ohrožovat plod nedostatkem kyslíku. Při každém stahu i normálně nastává ve stěně dělohy, tedy i v placentě, snížení průtoku krve a dítě se může začít dusit. Pokud nejsou žádné další komplikace, mohou být rodiče podány léky tlumící děložní činnost - tokolytika. Pokud léky neúčinkují, musí být porod ukončen císařským řezem.

### **Indukovaný porod**

Neboli vyvolávaný, je charakterizován záměrným vyvoláním děložní činnosti aplikací uterokinetických preparátů. Více v samostatné kapitole.

### **Operativní porod**

Operativním porodem rozumíme ukončení těhotenství operativní metodou vaginální tedy forcepsem či vakuumextrakcí a abdominální čili císařským řezem.

## **2.2 Klasifikace dle týdne těhotenství**

Podle týdne těhotenství rozlišujeme porod včasný, kdy dochází k ukončení těhotenství mezi 38.-42. týdnem těhotenství, porod předčasný při ukončení těhotenství do 38. týdne a potermínový porod tedy po 42. týdnu těhotenství, kdy jde o patologické přenášení.

### 3 Indukce porodu

*Indukce porodu je umělé vyvolání děložní činnosti za účelem ukončení těhotenství, pokud je svalovina děložní normotonická, nejsou přítomny děložní kontrakce a je zachován vak blan (HÁJEK a kol., 2004, s. 351).*

*Indikací k indukci porodu kromě těhotenství po termínu jsou i jiné porodnické komplikace. Rozhodnutí o způsobu indukce závisí především na nálezu na děložním hrdle. Všeobecně se používá klasické Bishopovo skóre, které stanoví podmínky pro indukci porodu vaginální cestou. Pozitivní výsledek indukce lze předpokládat při skóre 9 a více bodů (ZWINGER, 2004, s. 196).*

Jde o metodu preventivní, nikoli léčebnou. Neodstraňujeme příčinu, ale zabraňujeme poškození plodu či pozitivně ovlivňuje zdravotní stav matky.

Při indikaci lékařem k ukončení těhotenství a nepřipravenosti mateřského organismu k vaginálnímu porodu tzn. při nepřipraveném děložním hrdle, kdy cervix skóre je menší než 5 provádíme preindukci porodu.

Preindukce porodu zahrnuje soubor metod vedoucích k uzrání děložního hrdla a tím k zvýšení senzibility mateřského organismu k působení indukčního preparátu.

#### 3.1 Indikace

Indikace k indukci porodu lze rozdělit na lékařské a sociální. Do lékařských indikací zahrnujeme ty důvody, kde hrozí riziko zhoršení stavu matky, plodu nebo obou či programovaný porod. Sociální indukce porodu může být geografická, psychologická a lingvistická.

##### 3.1.1 Lékařské indikace

Nejčastější indikací z lékařské strany je prodloužené těhotenství, dále předčasný a předtermínový odtok plodové vody, diabetes mellitus, hypertenze a renální onemocnění, geminy, IUGR a další. V následující kapitole budou tyto indikace podrobněji rozvedeny.

##### ***Potermínová gravidita***

Jak bylo již uvedeno, jedná se o nejčastější lékařskou indikaci k indukci porodu, otázkou však zůstává jak dlouho po termínu porodu k indukci vyčkávat.

*Z důvodu zvýšeného plazmatického erythropoetinu po 41. týdnu těhotenství, který svědčí pro zhoršování oxygenace plodu, se doporučuje podnikat kroky k ukončení*

*těhotenství po 41. týdnu a nejdéle ukončit těhotenství v týdnu 42+0 (ROZTOČIL, 2011, s. 12-13). U fyziologického přenášení se opozdí fyziologická připravenost matky na porod, plod netrpí malnutrií, naopak má větší porodní hmotnost a nejsou známky nitroděložní hypoxie. U tzv. pravého přenášení plod jeví známky dysmaturity, má nižší porodní hmotnost, méně podkožního tuku, dlouhé hubené končetiny, šupinatou pergamenovitou kůži, nehty, pupečník a plodová voda jsou inhibovány smolkou. Pro matku je rizikem větší plod, kdy hrozí kefalopelvický nepoměr, porodnická poranění, protrahovaný porod apod. a rizikem pro plod je při makrosomii nebezpečí traumatického poškození hlavičky, dystokie ramének či nedostatek živin a kyslíku apod. Příčina přenášení není známa (ZWINGER, 2004, s. 195).*

### ***Diabetes mellitus***

Pokud je u těhotné při tomto onemocnění dodržována důsledná observace a nejsou přítomny negativní známky diabetu jako makrosomie, polyhydramnion a jiné, je vhodné porod indukovat v 39.–40. týdnu těhotenství.

### ***Předčasný a předtermínový odtok plodové vody***

V tomto případě indikace je provokace porodu závislá na délce trvání gravidity a stavu plodu.

*Porod mezi 28.-32. týdnem těhotenství provokujeme 24 hod. po ukončení plicní maturace plodu. Po 33. týdnu těhotenství je vhodné, pokud nenastoupí pravidelné děložní kontrakce, porod provokovat po 24 hodinách. Tím se výrazně sníží výskyt infekčních komplikací a zkrátí délka porodu (HÁJEK a kol., 2004, s. 351).*

### ***Hypertenze a renální onemocnění***

Indukci porodu provádíme po neúspěšné konzervativní terapii a při ohrožení života a zdraví matky, plodu nebo obou. Nejčastěji se jedná o preeklampsii, esenciální hypertenzi, chronickou glomerulonefritidu a pyelonefritidu (ROZTOČIL, 2007).

### ***Geminy***

Pokud jsou oba plody v poloze podélné hlavičkou a nejsou známy porodnické komplikace, těhotenství ukončujeme plánovaně v 38. týdnu těhotenství.

## **IUGR**

Nitroděložní růstová retardace plodu neboli IUGR se ukončuje při prohlubující se hypotrofizaci a po neúspěšné konzervativní terapii.

Mezi lékařské indikace dále zahrnujeme konec pánevní úplný nebo naléhání hýžděmi, kdy u primipary nepřesahuje hmotností odhad plodu více než 3500 g a u multipary více než 3800 g. Mrtvý plod, velký plod či zatíženou porodnickou anamnézu.

### **3.1.2 Indikace sociální**

Tyto indikace postrádají medicínský důvod. Jsou prováděny z důvodů geografických, kdy místo bydliště pacientky není dosažitelné v kteroukoliv denní či noční dobu, z důvodů lingvistických kdy problém může nastat u pacientky s jazykovou bariérou a z důvodů psychologických.

### **3.1.3 Programovaný porod**

*Definujeme jako umělé ukončení fyziologického těhotenství, tedy v rozmezí mezi 39.–41. týdnem těhotenství v optimálním čase neboli v ideální pracovní době a v ideálních podmínkách pro pacientku. Těhotenství se obvykle takto ukončuje na žádost těhotné ženy, a to bez nutnosti zdravotních problémů. Vyvolání porodu je možno provést více způsoby. Rodička se často aktivně účastní porodního děje, protože je psychicky připravená. Proti programovanému porodu stojí námitky, že to není porod zcela přirozený a, že nejsou plně využity všechny biologické faktory, které samovolně vyvolávají porodní činnost. Rodičky, které se pro programovaný porod rozhodnou, často vyžadují epidurální analgezii, čímž se výrazně sníží porodní bolesti po některých porod vyvolávajících lécích (PAŽÍZEK, 2008, s. 325).*

Aby mohl být proveden programovaný porod, musí těhotná vyslovit souhlas či dát podmět, který dále schvaluje porodník.

## **3.2 Kontraindikace**

Kontraindikace čili okolnost nebo stav pacientky vylučující některé léčebné postupy či výkony jsou absolutní a relativní.

### **Absolutní kontraindikace**

Jsou to ty stavy, kdy je indukce porodu zcela nepřipustná, jako absolutní kefalopelvicý nepoměr kdy dochází k nepoměru mezi naléhající částí plodu a vchodu pánevního, akutní a chronická hypoxie plodu, neobjasněné vaginální krvácení, stavy po

operaci malé pánve, VVV dělohy a nezralost plodu, kromě případů kdy se s nezralostí počítá.

### **Relativní kontraindikace**

Jsou takové stavy, které jsou z větší části vázané na typ indukovaného preparátu.

Zařazujeme sem přecitlivělost na oxytocin a prostaglandiny, stavy po císařském řezu, nezralé hrdlo, pacientku s glaukomem či astmatem.

*Oxytocin není zvláště vhodný u pacientky s Rh-imunizací, kdy může dojít ke vzniku neonatologické hyperbilirubinemie a u pacientky s hypertenzními a renálními chorobami pro jeho antidiuretický účinek (ROZTOČIL, 2011, s. 12).*

## **3.3 Metody preindukce**

*Dělíme na mechanické a farmakologické. Jsou to metody založené buď na aplikaci exogenních prostaglandinů či na stimulaci endogenní sekrece prostaglandinů (ROZTOČIL, 2011, s. 13).*

### **Mechanické metody**

Fungují na principu zavedení cizího tělesa do kanálu děložního hrdla. V dnešní době se již používají minimálně. Jedná se o metody Laminarie, aplikace Dilapanu S, Hamiltonův hmat a o dilataci hrdla pomocí Folleyova katetru.

U metody Laminarie se aplikují mořské řasy *Laminariadigital* vysušené v alkoholovém roztoku do děložního hrdla. Při použití Dilapanu S se aplikovala hydrofilní sterilizovaná tyčinka gama zářením do intracervikálního kanálu na dobu 10-12 hodin. Princip této metody spočívá v dilataci hrdla díky schopnosti Dilapanu absorbovat tekutiny a tím zvětšovat svůj objem. Při Hamiltonově hmatu neboli při odloupení dolního pólu vaku blan dochází k odloučení choria od decidua v oblasti za vnitřní brankou a tím k sekreci prostaglandinů, které stimulují endometrium.

### **Farmakologické metody**

Jsou založeny na principu aplikace prostaglandinů PG intracervikálně tedy do cervikálního kanálu nezralého hrdla či vaginálně do zadní klenby pro následné uzrání porodních cest. Je to metoda nejčastěji využívaná a také pravděpodobně nejúčinnější v důsledku své dvojí účinnosti, dochází totiž nejen ke zrání čípku ale i k nástupu děložní činnosti. V praxi se setkáme s preparáty obsahující PGE 2 v gelu, tabletách či pesarech.

### 3.4 Metody indukce porodu

Stejně jako metody preindukce máme mechanické a farmakologické.

*V současnosti jsou v obecné rovině používány dvě metody indukce porodu, často v kombinaci. Farmaka ovlivňují dilataci cervixu a mechanické metody stimulaci děložního hrdla. Mají za následek nástup děložní činnosti s následnou progresí nálezu (KOTEROVÁ, 2009, s. 6).*

#### 3.4.1 Mechanické metody

Dnes jedinou klinicky používanou metodou je amniotomie, neboli dirupce vaku blan. Účinek této metody je dvojitý, jednak dochází ke snížení intraamniálního obsahu, který obvykle vyvolá nástup děložních kontrakcí a naléhající část plodu pak dráždí oblast vnitřní branky a dochází k většímu výdeji prostaglandinů.

Pokud po provedení dirubce vaku blan, nedojde do dvou hodin k samotnému nástupu děložních kontrakcí, využíváme farmakologické metody.

Rizika této metody jsou vzácné a zahrnujeme sem stavy jako nitroděložní infekce, prolaps pupečníku a hypoxii plodu.

#### 3.4.2 Farmakologické metody

Nejvíce používanou farmakologickou metodou u indukce porodu je aplikace oxytocinu intravenózně v infuzi ředěním 2 jednotky v 500 ml 5-10% glukózy.

*Infuze by měla v počáteční fázi kapat přibližnou rychlostí 16-20 kapek za minutu s možností zrychlování podle reakce myometria (ZWINGER et al., 2004, s. 196).*

Způsoby aplikace oxytocinu mohou být intramuskulárně či jednorázově intravenózně, ale pro metodu samotné indukce jsou zcela nevhodné, mohou způsobit děložní hypertonus či akutní hypoxii plodu. Zároveň tyto aplikace nevyvolají nástup pravidelné děložní činnosti.

Další možná farmakologická metoda indukce porodu je aplikace prostaglandinů PGE 2 či PGE 1. Aplikujeme intracervikálně do hrdla, vaginálně do zadní klenby či extraamniálně tedy za oblast vnitřní branky.

*V praxi se setkáváme s prostaglandiny v tabletě o množství 3,0 mg Dinoprostonu av gelu o množství 1,0 mg Dinoprostonu. Při vaginální aplikaci je celková denní dávka u tablety 6,0 mg a to po 6-8 hodinách při nedostatečném účinku. Při aplikaci do hrdla se v 6 hodinových intervalech aplikuje pouze 5 mg a při zavádění za vnitřní branku postupujeme dle vaginálního nálezu na hrdle, při nedostatečném účinku můžeme aplikovat PG opětovně za 2 hodiny (HÁJEK a kol. 2004, s. 356).*

Rizika při použití prostaglandinů mohou být při aplikaci vysoké dávky, převážně se může projevit nauzea, zvracení průjem.

## II. Praktická část

Praktická část bakalářské práce obsahuje ošetrovatelský proces, který byl sestaven na základě získaných a sesbíraných údajů v Thomayerově nemocnici na gynekologicko–porodnické klinice oddělení Rizikového těhotenství. Součástí příloh je souhlas nemocnice provádět sběr informací na tomto oddělení.

Ošetrovatelský proces je vytvořen dle ošetrovatelského modelu Marjory Gordon nazvaného Model funkčních vzorců zdraví, který je odvozený z interakcí osoba–prostředí. Tento model umožňuje sestře rozeznat, zda se jedná o funkční chování ve zdraví či dysfunkční chování v nemoci.

*Konceptuální modely jsou M. Gordonovou, autorkou Funkčních a dysfunkčních vzorců zdraví, chápány jako základ pro rozhodování o tom, které informace o klientově zdravotním stavu jsou v ošetrovatelské diagnostice důležité. Vychází z předpokladu, že výsledky ošetrovatelské diagnostiky určují zaměření konkrétních ošetrovatelských intervencí (ŽIAKOVÁ a kol., 2005, s. 210).*

*Model Marjory Gordon byl poprvé publikován roku 1974 a jeho hlavním konceptem bylo identifikování funkčních či dysfunkčních vzorců zdraví, kdy vzorec zdraví charakterizujeme jako chování jedince v určitém čase a reprezentuje základní ošetrovatelské údaje v subjektivní a objektivní podobě (PAVLÍKOVÁ, 2006, s. 100)*

Na základě interakcí osoba prostředí obsahuje model dvanáct vzorců zdraví a to vnímání zdraví, výživa – metabolismus, vylučování, aktivita – cvičení, spánek – odpočinek, vnímání – poznávání, sebepojetí – sebeúcta, role – vztahy, reprodukce – sexualita, zátěžové situace – zvládání, víra – životní hodnoty a jiné.



## 4 Ošetrovatelský proces

### 4.1 Příjímací screening všeobecný

Identifikační údaje

|  |                           |
|--|---------------------------|
| Jméno a příjmení: I.R.                                     | Věk: 30 let               |
| Rok narození: 1983   | Pojišťovna: 207           |
| Adresa bydliště: Praha 4                                   |                           |
| Vzdělání: vysokoškolské, Ing.                              | Zaměstnání: geodetka      |
| Stav: vdaná  | Státní příslušnost: Česká |
| Datum přijetí: 11. 3. 2013                                 | Typ přijetí: plánované    |
| Oddělení: Oddělení šestinedělí a rizikového těhotenství TN |                           |

Důvod přijetí udávaný pacientkou

Pacientka při příjmu udává jako důvod přijetí těhotenství po termínu.

Medicínská diagnóza hlavní

Preventivní hospitalizace.

Medicínské diagnózy vedlejší

Prodloužené těhotenství, péče o matku pro nadměrnou hmotnost plodu.

Vitální funkce při příjmu

|                 |                                     |
|-----------------|-------------------------------------|
| TK: 110/72 mmHg | Pohyblivost: pohyblivá, soběstačná  |
| P: 75'          | Močení: bez obtíží                  |
| D: 18'          | Stolice: naposledy asi před 48 hod. |
| TT: 36,5 °C     | Vědomí: při vědomí, orientovaná     |
| Dieta: 2        | Hydratace: hydratovaná              |

Antropometrické údaje

|           |        |
|-----------|--------|
| Hmotnost: | 76 kg  |
| Výška:    | 170 cm |
| BMI:      | 26,3   |

### Anamnéza

Pacientka I. R, věk 30 let. Ukončené vzdělání na vysoké škole, titul Ing. Vdaná.  
V dokumentaci souhlasí s nahlížením do dokumentace a péčí studenty.

### Osobní anamnéza

V dětství prodělal běžné onemocnění. Od roku 2007 léčená pro hypotyreózu. Gravidita II., Parita II., v nynějším těhotenství snížené hodnoty Fe, naordinována medikace. Úrazy neudává.

### Rodinná anamnéza

Oba rodiče Ca, již nežijí. Pacientka neudává druh rakoviny. Manžel zdrav. Bez sourozenců.

### Léková anamnéza

| Název léku        | Dávkování | Způsob podání | Farmakoter. skupina |
|-------------------|-----------|---------------|---------------------|
| Letrox 50         | 1-0-0     | Per. os.      | Hormon štítné žlázy |
| Tardyferon 250 mg | 1-0-1     | Per. os.      | Antianemikum        |

### Alergologická anamnéza

Pacientka udává alergii na zvířecí srst, o jakékoliv přecitlivělosti na léky či alergie si není vědoma.

### Abúzy

Alkohol: 0

Kouření: 0

Káva: 0

Jiné drogy: 0

### Sociální anamnéza

Stav: vdaná, svatba roku 2009

Bytové podmínky: bydlí s manželem v bytě na Praze 4, doma má již jednu holčičku, narozenou v TN, roku 2011

Záliby: pacientka udává, že ráda čte, relaxuje při hudbě

#### Pracovní anamnéza

Vzdělání: vysokoškolské, titul Ing.

Pracovní zařazení: geodetka

Od 20. 1. 2013 na mateřské dovolené.

#### Spirituální anamnéza

Ateista.

#### Gynekologická anamnéza

Menstruační cyklus: od 14 let, 29/5

Hormonální antikoncepce: užívala 12 let

Transfuze: nedostala

Gynekologické operace: neudává

Gynekologické obtíže: léčené výtoky – Macmiror globule

Léky užívané v těhotenství: Letrox, Tardyferon

Gravidita: II.

Parita: II.

2011 - spontánní porod záhlavím ve FTN, týden po termínu, děvče 2830 g/48 cm, kojila 6 měsíců, šestinedělí afebrilní

Potrat spontánní: 0.

Potrat umělý: 0.

## 4.2 Příjímá screening porodnický

Datum přijetí

Pacientka přichází do prenatalní ambulance 11. 3. 2013 v 9:00 hod.

Typ přijetí

Plánované z důvodu potermínové gravidity a následné indukce porodu.

Výsledky vyšetření

|   |                            |                         |
|---|----------------------------|-------------------------|
| Krevní skupina- B   | Rh faktor- pozitivní       |                         |
| oGTT - negativní  | GBS - negativní            |                         |
| HIV - negativní   | BWR - negativní            |                         |
| HBsAg - negativní   | Amniocentéza - neprovedena |                         |
| Moč B - negativní, C - negativní, H - negativní             |                            |                         |
| Edémy - neudává   |                            |                         |
| Varixy - slabě na vnitřní straně dolních končetin, neléčené |                            |                         |
| EKG – provedeno praktickým lékařem, fyziologické            |                            |                         |
| Původní váha - 61 kg  | Váha při příjmu- 76 kg     | Váhový přírůstek- 15 kg |

Pánevní rozměry

Distancia bispinalis - 24 cm, Distancia bicristalis – 27 cm,

Distancia bitrochanterica – 31 cm, Conjugata externa – 19 cm

Údaje k porodu:

Grav./Par.: II. /II.

PM: 26. 5. 2012

TP: 3. 3. 2013

Počet návštěv v prenatalní poradně- 16x

Pacientka absolvovala porodní kurz spolu s manželem. Při porodu žádá přítomnost partnera. Porodní plán nemá, neudává žádné speciální požadavky.

Porodnické vyšetření:

Zevní vyšetření

Tvar břicha ovoidní, linea fusca sahá k pupku, kůže čistá, bez známek otoků, viditelné varixy na vnitřní straně stehen, strie přítomny po stranách břicha. Prsy volné, žláznaté, oboustranně bez rezistencí.

FDX/3, PPHL, PP I., DDS plný.

OP+ 144' pravidelné.

Vnitřní vyšetření

Čípek spotřebován, hrdlo 1 cm v průměru 1 cm, VB nehmatán. Nekrvácí, KD neudává, VP neteče.

UZ vyšetření

PPHL I., AS+, VP v normě, FWL- norma

CTG

20 minutový záznam - fyziologický, BF 130 normokardie, přítomny 4 akcelerace – sporadické, decelerace nepřítomny, oscilační pásmo undulatoční. Na tokografickém záznamu nejsou přítomny akcelerace.

### 4.3 Fyzikální vyšetření

#### Fyzikální vyšetření

Pacientka orientována, dýchání – eupnoe, chůze bez obtíží, výživa eutrofická, kůže růžová bez ikteru a hematomu, kožní turgor normální, cití v normě, řeč plynulá.

#### Fyzikální vyšetření hlavy

Držení hlavy přirozené, skléry bílé, spojivky růžové, zornice okrouhlé, izokorické. Nos bez výtoků, rty růžové, ústní koutky bez známek infekce. Sliznice dutiny ústní růžová, vlhká. Chrup vlastní, zdrav.

#### Fyzikální vyšetření hrudníku

Hrudník astenický, prsy symetrické bez rezistence, kůže na povrchu intaktní, areoly okrouhlé a souměrné. Dýchání čisté, sklípkové bez vedlejších dýchacích šelestů. Akce srdeční pravidelná. Puls 75'.

#### Fyzikální vyšetření břicha

Břicho v úrovni hrudníku, kůže hladká, po stranách břicha patrné strie. Linea fusca sahá k pupku. Břicho nebolestivé, FDX/3. Močový měchýř nebolestivý, uretra bez výtoků.

#### Fyzikální vyšetření končetin

Kůže končetin teplá, pružná, bez edémů. Periferní pulzace hmatná. Na vnitřní straně stehů patrné slabé varixy – neléčené. Lýtka pohmatově nebolestivá. Klouby volně pohyblivé. Páteř má fyziologické zakřivení. Lymfatické uzliny nehmatné.

## 4.4 Model funkčního zdraví Gordonová

### Vnímání zdraví

Pacientka byla plánovaně přijata na oddělení rizikového těhotenství z důvodu preventivní hospitalizace pro potermínové těhotenství. Při příjmu jsem ji seznámila s oddělením a provedla s ní vstupní rozhovor. Subjektivně těhotenství snáší v celku dobře, v prvních dvou měsících trpěla slabými nevolnostmi. Pacientka nekouří a nepije. Předchozí těhotenství probíhalo fyziologicky, hospitalizována nebyla, porod byl 7 dní po termínu. Kojila 6 měsíců, šestinedělí afebrilní. Nynější těhotenství probíhá fyziologicky, hospitalizovaná až nyní. Pacientka se ambulantně léčí pro hypothyreozu, užívá Letrox 50, ve druhém trimestru předepsán Tardyfeon 250 mg pro nižší hodnoty železa v krvi. U pacientky viditelné varixy na vnitřní straně dolních končetin. Neléčené. Na gynekologické prohlídce dochází pravidelně, počet návštěv prenatální poradně byl 16. V těhotenství absolvovala kontrolní vyšetření u praktického a zubního lékaře. Během hospitalizace edukace o zavedení permanentního žilního katétru.

Druhý den hospitalizace pacientka uvádí bolestivost podbříšku. Objektivně u pacientky vyzorován neklid, pacientka se prochází po pokoji ve snaze najít úlevovou polohu.

Problém: bolest, potenciální riziko poruchy tkáňové perfuze, riziko infekce

Technika měření: použita vizuální analogová škála bolestivosti v rozmezí 0-10

### Výživa a metabolismus

Pacientka je eutrofická, udává, že se stravuje 5x denně. Dietu nařízenou lékařem či vlastní neudává. Příjem tekutin činí 1,5–2 litry denně. Nejčastěji pije neslazenou neperlivou vodu a ovocné čaje. Kůže je hydratovaná, růžová, po stranách břicha patrné strie. Váhový přírůstek v těhotenství činí 15 kg.

Problém: 0

## Vylučování

Pacientka udává, že už 5 let trpí na zácpy. Diagnostikována hypothyreóza. Stoličky byla naposledy před 48 hodinami bez patologických příměsí. Projímadla ani jiné látky nikdy neužívala. Mikce bez obtíží. Větry odchází. Zvýšeně se nepotí.

Problém: 0

## Aktivita a cvičení

Pacientka nikdy aktivně nesportovala. Příležitostně navštěvuje aerobní cvičení a hodiny jógy. S manželem rádi cestují po českých hradech a zámcích. V prvním i tomto těhotenství chodila pacientka na cvičení pro těhotné a absolvovala s manželem kurz pro otce u porodu. Její zájmy jsou turistika a rodina.

Problém: 0

## Spánek a odpočinek

Spí většinou bez obtíží, denně asi tak 8 hodin. Ve druhém trimestru chodívala spát i v odpoledních hodinách. Relaxuje při hudbě a čtení knih. Subjektivně udává, že poslední dobou se cítí po probuzení nevyspalá, bez dostatku energie. Objektivně u pacientky patrné kruhy pod očima.

Problém: narušený spánek

## Vnímání a poznávání

Pacientka je orientovaná v čase i prostotu. Sluch i čich v pořádku. Od 10 let nosí brýle na dálku. Nyní jsou její dioptrie -3,0. Ráda se učí novým věcem, mluví plynule anglicky a německy, vystudovala vysokou školu. Na druhé těhotenství se těšila, doma má skoro dvouletou holčičku. V tomto těhotenství si nenechali s manželem pohlaví dítěte říct, chtějí se nechat překvapit.

Problém: 0



## Sebepojetí a sebeúcta

Pacientka pracuje jako geodetka, od roku 2011 je na mateřské dovolené. Sebe sama vnímá spíše jako uzavřenějšího člověka, introvertní povahy. Má ráda svůj klid a daná pravidla. Nerada rozhoduje o důležitých věcech, cítí na sobě moc velké břímě. Objektivně, u pacientky je patrná introvertní povaha, komunikaci s ostatními pacientkami nevyhledává.

Problém: 0

## Mezilidské vztahy a role

S manželem spolu žijí již 10 let v jedné domácnosti, v roce 2009 měli svatbu. Na druhé miminko se moc těší, jak první tak druhé těhotenství bylo plánované. Pacientka udává, že rodina je plně funkční a šťastná. Manžel je citlivý, obětavý a po finanční stránce rodinu zabezpečí. Během pacientky hospitalizace se o první dceru stará manžel. Objektivně usuzuji, že pacientka je v manželství spokojená.

Problém: 0

## Reprodukce a sexualita

Menstruaci má pacientka od 14 let, cyklus 29/5. Udává, že menstruace bývala nebolestivá, příležitostně pociťovala napětí v prsou. Hormonální antikoncepci užívala 12 let formou kombinovaných pilulek 21 aktivních, 7 neaktivních. Po první dceři šestinedělí bez komplikací a obtíží. K sexuálnímu životu má pozitivní vztah, žádné špatné zkušenosti ji prý nepotkali.

Problém: 0

## Zátěžové situace a jejich zvládání

Všechny důležité životní a rodinné události řeší společně s manželem. V práci byla často ve stresu, její pracovní doba nebyla vždy předem daná. Manžel jí je velkou oporou po citové i psychické stránce a ví, že se na něj může spolehnout. Nyní se cítí nesvá a ve stresu, udává pocit bušení srdce, hospitalizovaná předtím v těhotenství

nebyla. Dále udává nedostatek informací o následné péči. Objektivně u pacientky viditelná nervozita, neklid. Je bledá a nedostatečně spolupracuje.

Problém: Strach, nedostatek informací

Víra a životní hodnoty

Pacientka je ateistka, i její rodina je nevěřící. Její životní priority byly mít vystudovanou vysokou školu, dobrou pracovní pozici a hlavně šťastnou a zdravou rodinu.

Problém: 0

Shrnutí ošetřovatelských problémů:

- bolest
- strach
- nedostatek informací
- narušený spánek
- riziko infekce
- riziko poruchy tkáňové perfuze

#### **4.5 Medicínský management**

Při příjmu byl pacientce na prenatálně ambulanci naordinován zátěžový oxitocinový test a CTG 2x denně. Při bolestech 1 ampule Algifenu s Buscopanem i.m. Byla odeslána na oddělení šestinedělí a rizikového těhotenství.

## 4.6 Ošetrovatelská péče

1. Den hospitalizace, 11. 3. 2013:

10:00 – Pacientka byla přijata na oddělení šestinedělí a rizikového těhotenství v TN. Po seznámení se s pacientkou a převzetí do péče z prenatální poradny, jsem ji ukázala oddělení a seznámila ji s řádem.

10:20 – Po zapsání pacientky do dokumentace, jsem provedla ošetrovatelskou anamnézu. Při příjmu TK 110/70 mmHg, P 80', D 18', TT 36,5 °C, alergii udává na zvířecí srst. Rodina o hospitalizaci informována. OP+ 140' pravidelné, PP+, VP zachována, nekrvácí, kontrakce neudává.

Pacientka vykazovala nedostatek informací o hospitalizaci, následně jsem ji důkladně edukovala o ošetrovatelské péči a důvodech hospitalizace.

ADL Test 100 bodů – nezávislá.

Nutriční screening 100 bodů.

Dietu nařízenou lékařem neudává – dieta č. 2 šetřící.

Riziko pádu – 0 bodů, pacientka není ohrožena pádem.

Riziko dekubitů – 35 bodů, riziko vzniku dekubitů není.

10:50 – Pacientka napojena na klidový CTG, OP+

135' pravidelné. CTG monitorig v sedě. Během klidového CTG jsem pacientce připravila ZOT, tedy do 100ml infuze fyziologického roztoku jsem přidala 0,4 ml 2j. oxytocinu a napojila do infuzní pumpy.

11:10 CTG klidové fyziologické, OP+ 138' pravidelné, BF 140, přítomny 3 akcelerace, křivka undulární. Pacientce byla zavedena zelená kanyla do LHK a napojena infuze s oxytocinem. Kape rychlostí 10 ml/hod. OP+ 142' prav. Pacientka udává slabé motání točení hlavy, kontrola TK – 105/90 mmHg, P 72', polohována na levý bok. KD neudává.

11:23 ZOT pokračuje, rychlost infuze zvýšena na 20 ml/hod., OP+ 139' prav., pacientka nepocítuje tuhnutí břicha či bolesti.

11:33 ZOT pokračuje, rychlost infuze 30 ml/hod., OP+ 131' pravidelné, KD neudává.

11:45 ZOT pokračuje, rychlost infuze 40 ml/hod., OP+ 128' pravidelné, pociťuje slabé bolesti v podbříšku, dle intenzity hodnocené podle škály VAS 0-10 na stupnici 1.

11:55 ZOT ukončen, odpojena infuze s oxytocinem, nyní CTG klidové, OP+ 134' pravidelné. Pacientka nadále udává bolest na stupnici 1.

12:10 CTG odpojeno, OP+ 130' pravidelné, lékařem hodnocené jako fyziologické, BF 135, křivka undulatoční. Pacientka udává nepravidelné a slabé kontrakce, dle intenzity bolesti na stupni 2.

14:30 OP+ 142' pravidelné, PP+, VP zachovalá, nekrvácí, KD udává nepravidelné, slabé na stupnici 2. TT 36,3 °C.

16:20 Kontrolní CTG, OP+ 138' pravidelné.

16:45 CTG ukončeno, OP+ 142' pravidelné, PP+, hodnoceno lékařem jako fyziologické, BF 140, křivka undulatoční. KD neudává.

18:10 OP+ 138' pravidelné, PP+, VP zachovalá, KD neudává, nekrvácí, subjektivně – pacientka udává, že se cítí relativně dobře.

19:00 Proběhla sesterské předání služby. Pacientka se snažila odpočívat.

## 2. Den hospitalizace, 12. 3. 2013:

7:00 Předání noční služby, sestra udává, že pacientka v noci spala pouze asi 3 hodiny, cítí se unavená, na bolesti si nestěžovala, ráno natočeno kontrolní CTG.

7:10 Kontrola pacientky, TK 110/85 mmHg, P 75', D 18', TT 36,4 °C, OP+ 129' pravidelné, PP+, VP zachovalá, KD neudává.

7:30 Ranní vizita lékařem, subjektivně bez obtíží, kontrakce neudává, vaginálně: 1-1,5 cm pro prst těsně, OP+ 140' pravidelné, PP+, močí bez obtíží, stolice nebyla, zaveden PGE 2 Prostin 3 mg intravaginálně. Naordinováno kontrolní CTG za 1 hodinu či ihned při kontrakcích, dále na bolest 1 ampule Algifenu s 1 ampulí Buscopanu i.m. Pacientku jsem poučila, aby dodržela klid na lůžku pro správné zapůsobení tablety.

8:00 Kontrola pacientky, OP+ 133' pravidelné, kontrakce neudává.

8:40 Kontrolní CTG, OP+ 136' pravidelné, PP+, kontrakce udává slabé a nepravidelné intenzity 1

9:00 CTG pokračuje, OP+ 131' pravidelné.

9:10 CTG odpojeno, fyziologické, OP+ 133' pravidelné, BF 140, křivka undulatoční, PP+, VP zachovalá, nekrvácí, kontrakce pravidelné  $\approx$  8min, bolestivost intenzity 2.

9:45 Pacientka pláče, po rozhovoru jsem zjistila stále nedostatek informací o probíhající medikaci a hospitalizaci, udává, že má strach, jak bude vše probíhat. Pacientku jsem opětovně edukovala o možnostech indukce porodu, proč se provádí a jak vše probíhá. Po rozhovoru se pacientka zdála vyrovnanější.

10:10 Kontrolní vaginální vyšetření: hrdlo 0,5 v  $\varnothing$  2 cm, klene se vak blan, OP+ 140' pravidelné, PP+, kontrakce udává slabé a nepravidelné.

12:00 Kontrola pacientky lékařem, udává, že je bez kontrakcí, zaveden PGE 2 Prostin 1,5 mg intravaginálně.

Vaginální vyšetření: hrdlo 0,5 v  $\varnothing$  2 cm, vak blan zachován. Kontrolní CTG při kontrakcích.

14:00 OP+ 138' pravidelné, PP+, VP zachována, nekrvácí, kontrakce udává pravidelné  $\approx$  10 min., intenzita bolestivosti 3. Na bolest si nic nepřeje.

14:56 Napojeno CTG, OP+130' pravidelné

15:20 CTG odpojeno, fyziologické, BF 135' pravidelné, křivka undulatoční, OP+132' pravidelné, PP+, VP zachována, nekrvácí, kontrakce  $\approx$  5-6 min., jejich intenzita dle škály 4. Pacientka si přeje něco na bolest, aplikován Algifen s Buscopanem i.m. Pacientce jsem doporučila teplou sprchu, při kontrakcích se zaměřením na záda a podbříšek. Edukovala jsem ji o možnosti využití balónu při sprchování a dohlížela na ni.

16:20 Vaginální vyšetření: hrdlovitá branka v  $\varnothing$  4 cm, hlavička naléhá ve vaku blan. Kontrakce  $\approx$  3 min., pacientka udává slabé tlaky na konečník při kontrakcích, informován lékař.

16:25 Kontrolní CTG před předáním na porodní sál, OP+ 146' pravidelné.

16:45 CTG pokračuje, OP+ 140' pravidelné.

16:54 CTG odpojeno, OP+ 142' pravidelné, PP+, VP zachována, nekrvácí, kontrakce  $\approx$  3 min., poučena, předána porodní asistence na porodní sál.

## 4.7 Situační analýza

Pacientka přijata 11. 3. 2013 na oddělení rizikového těhotenství pro prodloužené těhotenství a následnou indukci porodu. Na příjmu naordinován ZOT a CTG 2x denně. Pacientka orientována, vykazující nedostatek informací o hospitalizaci a vyvolání porodu. Pro provedení zátěžového oxytocinového testu jsem s pacientkou vše potřebné v soukromí prodiskutovala. Odpoledně ji navštívila rodina.

12. 3. 2013 při ranní vizitě pacientka neudává kontrakce, vaginální nález je příznivý, začíná se indukovat porod. V odpoledních hodinách se indukce opakuje, následně začnou pacientce pravidelné kontrakce rozvíjející děložní branku a je předána na porodní sál.

Pacientka dne 12. 3. 2013 v 21:38 porodila dceru. Porod proběhl bez komplikací, aplikován opiát a oxytocin v 500 ml 5% Glukózy na zesílení a zpravidelnění kontrakcí. Během porodu provedena episiotomie mediolaterální vpravo. Děvče vážilo 5130 g a měřilo 54 cm. Krevní ztráta byla 350 ml. Pacientka byla během hospitalizace i porodu velmi ukázněná. Nepravidelnosti uvedené lékařem byly postmaturita, foetus magnus a vztyčená ručka plodu.

## 4.8 Stanovení ošetrovatelských diagnóz

Na základě fyzikálního vyšetření pacientky, získaných informací a prováděné ošetrovatelské péče jsem stanovila pacientky aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy dle priorit.

Aktuální ošetrovatelské diagnózy stanovují skutečné zdravotní problémy, tedy aktuální fyzické, psychické, sociální či duševní problémy pacienta, které je sestra schopna nebo oprávněna zvládnout.

Potencionální ošetrovatelské diagnózy určují potencionální problém neboli rizikový faktor, který může vést ke vzniku zdravotního problému.

Aktuální ošetrovatelské diagnózy:

1. Akutní bolest z důvodu nástupu děložní činnosti projevující se slovním sdělením.
2. Strach z důvodu nedostatku informací projevující se nervozitou a zvýšeným napětím.
3. Neznalost z důvodu nedostatku zkušeností s daným problémem projevující se slovním sdělením pacientkou.
4. Narušený spánek z důvodu stresové situace projevující se kruhy pod očima a stížností pacientky na pocit nedostatečného odpočinku.

Potencionální ošetrovatelské diagnózy:

1. Riziko vzniku infekce v důsledku zavedení permanentního žilního katétru.
2. Riziko poruchy tkáňové perfuze v důsledku varixů na dolních končetinách.

## 4.9 Aktuální ošetrovatelské. diagnózy:

### 1. Akutní bolest z důvodu nástupu děložní činnosti projevující se slovním sdělením.

Priorita: Vysoká

Krátkodobý cíl: Zmírnění bolesti do 30 min.

Dlouhodobý cíl: Pacientka zná a využívá techniky zmírňující bolest.

Výsledná kritéria:

- pacientka zná důvody vzniku bolesti, do 30 min.
- pacientka je seznámena s metodami zmírnění bolesti, do 30 min.
- pacientka je edukována o úlevových polohách, do 1 hodiny
- pacientka je edukována o správnosti dýchání za kontrakce a mimo ní, do 1 hod. od udání pravidelných kontrakcí

Ošetrovatelské intervence:

- informuj pacientku o účinku prostaglandinů, PA ve službě
- akceptuj a uznej bolest, tak jak ji pacientka vnímá, PA ve službě
- zjisti lokalizaci a intenzitu bolesti dle škály VAS 0-10, PA ve službě
- zaznamenávej do dokumentace změny charakteru bolesti, PA ve službě
- informuj pacientku o možnosti využití lékařské medikace, PA ve službě
- podej pacientce medikaci dle ordinace lékaře, PA ve službě
- edukuj pacientku o úlevových polohách, PA ve službě
- edukuj pacientku o důležitosti správnosti dýchání za kontrakce a mimo ní, PA ve službě
- ukaž pacientce názorně správnost dýchání, PA ve službě

Realizace:

Pacientka byla informována o indukci porodu, o účincích prostaglandinů. Po zavedení první tablety PGE 2 začali pacientce nejprve nepravidelné kontrakce, poté pravidelné  $\approx$  8min. Intenzitu bolesti dle škály udává 1-2. Edukovala jsem ji o možnosti aplikovat injekci na bolest dle ordinace lékaře. Zatím si medikaci nepřeje. Během dopoledne kontrakce ustávaly, v poledních hodinách aplikována druhá tableta PGE 2. Po vstřebání tablety pacientce opět začali kontrakce. Po dvou hodinách po aplikaci kontrakce pravidelné  $\approx$  10 min. intenzity 2-3. Kontrakce měli stupňující charakter, pacientka udává intenzitu bolesti 4, kontrakce  $\approx$  5-6 min., pacientka si přeje něco na



bolest. Aplikována 1amp. Algifenu s 1amp. Buscopanu i.m. Pacientka do půl hodiny udává zmírnění projevů bolesti, edukuji o nutnosti správně prodýchat kontrakce a mimo ně relaxovat. Kontrakce nabývaly dále na intenzitě, edukovala jsem o možnosti využití úlevových poloh a teplé sprchy. Pacientka s doprovodem využívá sprchu a balón. Kontrakce vedly k progresi vaginálního nálezu.

Hodnocení:

Pacientka při bolestech využila lékařskou medikaci při, níž bolest částečně ustoupila do 15 min. Účinek medikace nebyl pro pacientku dále uspokojivý, kontrakce nabývaly na intenzitě. Edukovala jsem ji o úlevových polohách a správnosti dýchání. Poté využívá úlevové polohy, sprchu a balón. Krátkodobý cíl byl splněn, dlouhodobý cíl dosažen po porodu.

## **2. Strach z důvodu nedostatku informací projevující se nervozitou a zvýšeným napětím.**

Priorita: Střední

Krátkodobý cíl: Pacientka je schopna při sepisování ošetrovatelské dokumentace o strachu mluvit.

Dlouhodobý cíl: Pacientka se po rozhovoru s ošetřující lékařkou cítí uvolněnější, dokáže popsat svůj strach a řešit ho.

Výsledná kritéria:

- pacientka během rozhovoru mluví o svých obavách
- pacientka zná příčiny strachu, do 30 min.
- pacientka se cítí uvolněnější, neudává pocit bušení srdce, do 1 hod.
- pacientka využívá všech druhů podpory, do 3 hod.

Ošetrovatelské intervence:

- zajisti klidné prostředí pro pacientku, PA ve službě
- při rozhovoru zjistí, jak pacientka zvládá zátěžové situace a jakým způsobem je řeší, PA ve službě
- ved' rozhovor klidně, PA ve službě
- umožni pacientce formulovat důvod svého strachu, PA ve službě
- vyšetři základní fyzikální funkce, PA ve službě
- edukuj pacientku o metodách indukce a ujisti se, že informace chápe, PA ve službě
- umožni pacientce návštěvu rodiny pro navození pocitu klidu, PA ve službě
- podávej pacientce přesné a jasné informace, PA ve službě

- vysvětlí pacientce, že i strach může být někdy prospěšný, PA ve službě

Realizace:

Při sepisování ošetrovatelské dokumentace pacientka uvádí pocit bušení srdce, je nervózní a bledá. Kontrolní fyziologické funkce byly v normě. Při ukázce oddělení jsem si pacientku vzala stranou v jídelním prostoru a snažila se jí navodit pocit většího klidu. Mluvila jsem jasně a zřetelně. Pacientka udává, že hospitalizaci před porodem nepředpokládala, neví co očekávat a s manželem jsou nervózní. Klidným hlasem jsem se ji snažila vysvětlit důvod hospitalizace v TN. Pacientce jsem dala možnost klást otázky a tuto možnost využila. V odpoledních hodinách pacientku navštívil manžel. Druhý den pacientka edukována na mou žádost i lékařem.

Hodnocení:

Pacientka byla seznámena s oddělením a s postupy ošetrovatelské péče. Při rozhovoru s pacientkou jsem se snažila navodit pocit důvěry, pacientka se více uvolnila, byla schopna mluvit o svém strachu. Neudává již pocit bušení srdce. Odpoledne byla za pacientkou rodina, s kterou hospitalizaci probrala. Krátkodobý cíl splněn, po rozhovoru pacientky s ošetřující lékařkou splněn i dlouhodobý cíl.

### **3. Neznalost z důvodu nedostatku zkušeností s daným problémem projevující se slovním sdělením pacientkou.**

Priorita: Střední

Krátkodobý cíl: Pacientka po příjmovém rozhovoru chápe důvody hospitalizace.

Dlouhodobý cíl: Pacientka je před indukcí porodu dostatečně informována.

Výsledná kritéria:

- pacientka projevuje zájem vzdělávat se, do 30 hod.
- pacientka zná důvod své hospitalizace, do 30 min.
- pacientka má dostatek informací o ošetrovatelské péči při indukovaném porodu, do 24 hod.

Ošetrovatelské intervence:

- zjistí úroveň znalostí pacientky, PA ve službě
- vymez informace a poznatky, které by si měla pacientka zapamatovat, PA ve službě
- zapoj pacientku do edukace, nech ji klást otázky, PA ve službě
- zvol vhodné edukační metody, PA ve službě
- zvol vhodné prostředí pro edukaci pacientky, PA ve službě

- mluv jasně a srozumitelně, PA ve službě
- udržuj s pacientkou oční kontakt, PA ve službě

Realizace:

Pacientka při příjmu na oddělení udává nedostatek informací o své hospitalizaci. Při vhodné příležitosti a o samotě jsem zjistila míru nedostatků v informacích. Snažila jsem se pacientce jasně a zřetelně sdělit příčinu hospitalizace a následnou ošetrovatelskou a lékařskou péči, která u ní bude prováděna. Pacientka v edukaci spolupracovala, kladla otázky. Je stále mírně nervózní. Druhý den hospitalizace se pacientka opětovně ptá na indukovaný porod. Opětovně jsem edukovala a způsobu indukce, speciálně o účinkách prostaglandinu a požádala jsem ošetřující lékařku, aby s pacientkou promluvila.

Hodnocení:

Při sepisování ošetrovatelské dokumentace a následně při rozhovoru s PA se vysvětlily pacientce důvody hospitalizace, krátkodobý cíl splněn. Pacientka byla edukována porodní asistentkou i ošetřující lékařkou před indukcí porodu. Dlouhodobý cíl splněn. Během rozhovoru spolupracovala a projevovala zájem se v tomto odvětví více vzdělat.

#### **4. Narušený spánek z důvodu stresové situace projevující se kruhy pod očima a stížností pacientky na pocit nedostatečného odpočinku.**

Priorita: Nízká

Krátkodobý cíl: Pacientka neudává během dne pocit stresu.

Dlouhodobý cíl: Pacientka se po porodu cítí odpočatá.

Výsledná kritéria:

- pacientka chápe důvody narušeného spánku, do 30 min.
- pacientka je dostatečně edukována, do 2 hod.
- pacientka využívá relaxační techniky, do 2 hod.

Ošetrovatelské intervence:

- zjisti od pacientky, zda má určité návyky před spánkem, v kolik hodin chodí spát, jaké má nároky na prostředí, PA ve službě
- zjisti rizikové faktory způsobující narušený spánek, PA ve službě
- naslouchej problémům pacientky, PA ve službě
- zajisti úpravu lůžka a vyvětrej pokoj, ošetrovatelský personál

- zjistí nedostatky v edukaci, které pacientka má a doplní je, PA ve službě

Realizace:

Pacientka již při sepisování ošetrovatelské dokumentace uvádí, že před hospitalizací špatně spala, cítí se unavená, má kruhy pod očima, je ve stresu. Po edukaci o následné ošetrovatelské a lékařské péči a chodu oddělení jsem zjišťovala její návyky na spánek, kolik hodin denně spí a v kolik hodin usíná. Pacientka udává, že žádné zvláštní návyky před spánkem nemá, chodí spát přibližně v deset hodin a budí se okolo osmé ráno. Nedostatky v edukaci byly doplněny. Pacientka v noci spala pouze 3 hodiny, udává opětovné nesrozumitelnosti v lékařské péči. Požádala jsem tedy ošetřující lékařku o opětovnou edukaci pacientky. Pacientka se již necítí ve stresu. Z důvodu nástupu děložních kontrakcí a bolestivosti není pacientka schopna odpočívat. V odpoledních hodinách byla předána na oddělení porodního sálu. Při večerním předávání sesterského hlášení jsem informovala noční službu o ošetrovatelském problému.

Hodnocení:

Pacientce byly vysvětleny možné příčiny narušeného spánku, byla edukována o úlevových polohách při bolestech a o nezbytnosti odpočívat mezi kontrakcemi aby nedošlo k úplnému vyčerpání. V realizaci cíle pokračovala porodní asistentka v noční službě. Krátkodobý cíl byl splněn.

## **4.10 Potencionální ošetrovatelské diagnózy:**

### **1. Riziko vzniku infekce v důsledku zavedení permanentního žilního katétru.**

Rizikové faktory: Invazivní vstup.

Cíl: Zabránit vzniku infekce.

Výsledná kritéria:

- pacientka zná důvod zavedení permanentního žilního katétru, do 1 hod.
- pacientka zná riziko invazivního vstupu, do 1 hod.
- u pacientky se neprojeví známky infekce, do 48 hod.

Ošetrovatelské intervence:

- informuj pacientku o důvodu zavedení permanentního žilního katétru, PA ve službě
- při zavádění permanentního žilního katétru dbej aseptických podmínek, PA ve službě
- informuj pacientku o nutnosti informovat ošetrovatelský personál, při bolestivosti či zarudnutí v místě invazivního vstupu, PA ve službě
- sleduj denně místo invazivního vstupu, PA ve službě
- dokumentuj stav kůže v místě invazivního vstupu, PA ve službě

Realizace:

Před zátěžovým oxytocinovým testem byla pacientce zavedena zelená kanyla do levé horní končetiny v oblasti předloktí. Byl dodržován aseptický postup. Pacientce jsem vysvětlila důvod zavedení permanentního žilního katétru a následně ji poučila, aby v případě bolestivosti či zarudnutí v místě invazivního vstupu vše oznámila. Do dokumentace bylo vše řádně zaznamenáno. O možném potenciálním riziku vzniku infekce jsem informovala zbylý ošetrovatelský personál. Po porodu byl permanentní žilní katetr pacientce vyndán. Nedošlo ke vzniku infekce.

Hodnocení:

Cíl byl splněn. U pacientky nedošlo ke vzniku infekce.

### **2. Riziko poruchy tkáňové perfuze v důsledku varixů na dolních končetinách.**

Rizikové faktory: Varixy na vnitřních stranách dolních končetin.

Cíl: Zabránit vzniku poruchy tkáňové perfuze.

Výsledná kritéria:

- pacientka zná možné komplikace při poruše tkáňové perfuze, do 2 hod.

- nejsou přítomny otoky ani bolest, do 48 hod.
- kůže je teplá a suchá, do 48 hod.

Ošetrovatelské intervence:

- informuj pacientku o vhodnosti mít při porodu kompresivní punčochy až k tříslům, PA ve službě
- informuj pacientku o riziku vzniku poruchy tkáňové perfuze a jejích komplikacích, PA ve službě
- sleduj vitální funkce, PA ve službě
- sleduj barvu a prokrvení kůže, PA ve službě

Realizace:

Při fyzikálním vyšetření byly u pacientky patrné varixy na vnitřních straně obou dolních končetin. Pacientka udává, že se s varixy nikde neléčí. Pacientce jsem doporučila kompresivní punčochy u porodu z důvodu předejití možných komplikací. Při překlada pacientky na porodní sál jsem informovala ošetrovatelský personál o tomto riziku.

Hodnocení:

U pacientky nedošlo k poruše tkáňové perfuze.

## **Závěr a doporučení pro praxi**

Přístup k prodlouženému těhotenství a indukci porodu je lékaři velmi diskutován už z důvodů etiologie, která je ve většině případů nezjištěna. U této diagnózy je důležité maximální upřesnění termínu porodu. V současné době se za nejpřesnější stanovení termínu porodu považuje ultrazvukové vyšetření velikosti plodu v 16. týdnu těhotenství. Pokud těhotná přesáhne termín porodu, přístup může být následně vyčkávací, tedy pravidelné sledování fyziologických funkcí fetoplacentární jednotky a ukončení těhotenství až v případě patologického nálezu či přístup aktivní, kdy se těhotenství ukončuje formou indukce porodu v 41. týdnu těhotenství.

Rizika u prodlouženého těhotenství jsou mnohá, nejčastěji pak makrosomie plodu, která současně souvisí s rizikem operačního porodu či porodního poranění matky. Přístupy k prodlouženému těhotenství a indukci porodu jsou tedy rozdílné a závisí na kritériích dané nemocnice. V TN se uplatňuje přístup aktivní. Těhotné jsou po 41. týdnu těhotenství preventivně hospitalizovány a je u nich při příznivém vaginálním nálezu zahájena indukce porodu.

Při sestavování ošetrovatelského procesu byly zjištěny ošetrovatelské problémy a to bolest, strach, nedostatek informací a narušený spánek. Pro pacientku bylo důležité zjištění důvodu hospitalizace a edukování o ošetrovatelské a lékařské péči. Během hospitalizace spolupracovala a jevila zájem o rozšíření svých vědomostí. Po porodu se u pacientky stanovené ošetrovatelské problémy již nevyskytovaly, cíle byly splněny.

Pro lepší pochopení a snadnější edukaci doporučujeme sestavit edukační brožuru daného oddělení, aby si pacientka při příjmu mohla přečíst chybějící informace a poté případně klást otázky pokud bude mít nějaké nejasnosti.

## Seznam literatury

BINDER T. 2009. *Přístupujeme správně k potermínové graviditě?*[online]. Actual.Gyn., 2009, 1, 30-33. ISSN 1803-9588. [cit. 2012-12-09]. Dostupné z: [http://www.actualgyn.com/pdf/en\\_2009\\_9.pdf](http://www.actualgyn.com/pdf/en_2009_9.pdf)

BINDER, T. a kol., 2012. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2012. 296 s. ISBN 978-80-246-1907-1.

ČERVINKOVÁ, E., KYASOVÁ, M. a ČÁP, J. 2002. *Ošetrovatelské diagnózy*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. 165 s. ISBN 80-701-3358-9.

DOENGES, M., ŽIAKOVÁ, K. a ČÁP, J. 2009. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přepr. a rozšíř. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 565 s. ISBN 80-247-0242-8.

ELIÁŠOVÁ, A. 2008. *Porodná asistencie I Fyziológia*. 1. vydání. Martin: Martinus, 2008. 103 s. ISBN 80-8063-261-8.

GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ, M. ml. 2007. *Čekáme dítětko*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2007. 368 s. ISBN 978-80-247-1489-9.

GURKOVÁ, E., ŽIAKOVÁ, K. a ČÁP, J. 2009. *Vybrané ošetrovatelské diagnózy v klinickej praxi*. Martin: Osveta, 2009. 242 s. ISBN 978-808-0633-080.

HÁJEK, Z. a kol. 2004. *Rizikové a patologické těhotenství*. Praha: Grada Publishing, 2004. 444 s. ISBN 80-247-0418-8.

KAMENÍKOVÁ, M., KYASOVÁ, M. a ČÁP, J. 2003. *Ošetrovatelské diagnózy na porodním sále*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 89 s. ISBN 80-247-0285-1.



KOTEROVÁ, K. 2009. *Prodloužené těhotenství a jeho management*. Moderní babictví. Praha: Levret [2003]-. 2009, č. 17, s. 3–8. ISSN 1214-5572.

MIKŠOVÁ, Z. 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče* 1. aktual. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1442-6.

NĚMCOVÁ, J. 2012. *Příklady praktických aplikací témat z předmětů Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci: text pro posluchače zdravotnických oborů*. Praha: Maurea, 2012. 114 s. ISBN 978-80-904955-5-5.

PAŘÍZEK, A. 2008. *Kniha o těhotenství a dítěti*. 3. vyd. Praha: Galén, 2008. 675 s. ISBN 978-80-7262-594-9.

PAVLÍKOVÁ, S. 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 150 s. ISBN 80-247-1211-3.

ROZTOČIL, A. 2007. *Indukce a provokace porodu*. [online 2007]. [cit. 2012-12-09]. Dostupné z: <http://www.gyne.cz/clanky/2007/307cl2.htm>

ROZTOČIL, A. 2011. *Doporučené postupy při preindukci a indukci porodu*. Čes. Gyn. 2011, **76**(1), s. 12-13. ISSN 1210-7832: 1805-4455.

SLEZÁKOVÁ, L. a kol. 2011. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada Publishing, 2011. 272 s. + 8 s. příloh. ISBN 978-80-247-3373-9.

TRČA, S. 2009. *Budeme mít dělátko*. Praha: Grada Publishing, 2009. 272 s. ISBN 978-80-247-2581-9.

ZWINGER, A. a kol. 2004. *Porodnictví*. Praha: Galén, 2004. 532 s. ISBN 80-7262-257-9.

ROZTOČIL, A. 2008. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 405 s. ISBN 978-802-4719-412.

UNZEITING, V. Doporučený postup. In: *Potermínová gravidita: závěry kongresu ČGPS a SSG ČR* [online]. Český Krumlov, 2004 [cit. 2013-03-21]. Dostupné z: <http://www.levret.cz/doskolovani/nesnaze/postupy/files/potermिनova-gravidita.htm>

## Seznam příloh

Příloha A - Bishopovo skóre = cervix skóre

Příloha B - Škála bolesti VAS 0-10

Příloha C - Souhlas se sběrem informací vrchní sestrou v TN

## **PŘÍLOHA A**

Bishopovo skóre = cervix skóre

-kombinovaný index zahrnující zkrácení, prostupnost, konzistenci a směr čípku, dále pak stupeň sestupu plodu

-využívá se v porodnictví k hodnocení začátku porodu, k hodnocení rizika předčasného porodu a při indukci porodu

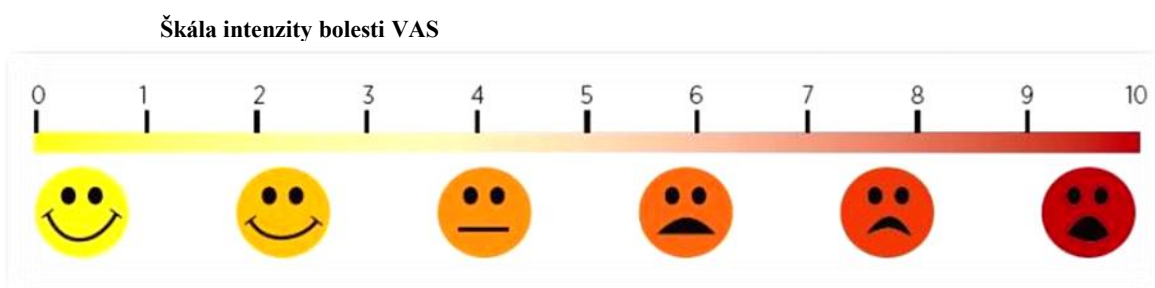
### **Bishopovo skóre**

|                             | <b>0b.</b>          | <b>1b.</b>            | <b>2b.</b>            |
|-----------------------------|---------------------|-----------------------|-----------------------|
| <b>1. naléhání hlavičky</b> | <b>nad vrcholem</b> | <b>Naléhá</b>         | <b>vstouplá</b>       |
| <b>2. zkrácení čípku</b>    | <b>Nezkrácen</b>    | <b>1 cm</b>           | <b>0,5 cm</b>         |
| <b>3. prostupnost čípku</b> | <b>Uzavřený</b>     | <b>těsně pro prst</b> | <b>volně pro prst</b> |
| <b>4. konzistence čípku</b> | <b>Tuhá</b>         | <b>Polotuhá</b>       | <b>Měkká</b>          |
| <b>5. směr čípku</b>        | <b>Sakrálně</b>     | <b>Mediosakrálně</b>  | <b>v ose pochvy</b>   |

## PŘÍLOHA B

Vizuální analogová škála bolesti

- tato metoda využívá hodnocení bolestivosti udáním čísla od 0 do 10 dle intenzity bolesti či vybráním příslušného obličejce podle toho jak se cítí



Zdroj: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/hodnoceni-a-lecba-chronicke-nadorove-bolesti-464250>

## PŘÍLOHA C

Souhlas vrchní sestry a náměstkyně pro nelékařská zdravotnická povolání se sběrem informací pro bakalářskou práci.



**THOMAYEROVA NEMOCNICE**  
140 59 PRAHA 4 - KRČ, VÍDEŇSKÁ 800

### ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉ AKCE V SOUVISLOSTI SE ZÁVĚREČNOU DIPLOMOVOU (ODBORNOU) PRACÍ

Vyplňuje žadatel:

Příjmení a jméno žadatele: ROCHOROVÁ IVETA

Kontaktní adresa: LIBKOVÁ VOZDA 106, 394 62

Telefon: 608/252 006 e-mail: iveta.rochorova@email.cz

Škola/Fakulta: VÝZKUMNÝ ÚSTAV DUŠOVNÍ, PRAHA 5 150 00

obor studia: PORODNÍ PRAXE

Téma závěrečné práce: OP. PRŮBĚH A PÁČ. A. INDUK. PORODEM Z DŮVODU GR. POSTER.

Způsob provedení sběru dat: NAVLÍŽENÍ DO DOKUMEN. Termín sběru: 25.2. - 20.3.2013

Pracoviště, kde bude sběr dat proveden: ODD. PĚTINEDEŽÍ A PŘI. TĚHOTENSTVÍ

Presentace dat: KARVISTIKA VEDĚNÍ DO BAK. PRÁCE

Poučení:

Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděním výzkumem a sběrem dat. Použité dotazníky budou anonymní.

Po zpracování předloží výsledky příslušnému náměstkovi, který výzkum – dotazníkovou akci povolil. Prezentace výsledků s uvedením jména Thomayerovy nemocnice je možná pouze s jejím souhlasem.

Datum: 19.2.2013

Podpis: Lenka Čejková 19.02.2013

Lenka Čejková  
Thomayerova nemocnice  
gynakologicko-porodnická klinika  
140 59 Praha 4 – Krč, Vídeňská 800  
Prim. MUDr. Petr Kolek  
-2-

Vyplňuje Thomayerova nemocnice

Vyjádření odpovědného náměstka:

ANO  NE

Úhrada

ANO  NE

Datum: 04.03.2013

Thomayerova nemocnice  
Víteňská 800, 140 59 Praha 4 – Krč  
Náměstek pro nelékařská zdravotnická povolání

Podpis odpovědného náměstka

Mgr. Jaroslava Mrkvičková, MBA

BANKOVNÍ SPOJENÍ  
KB Praha 4 č.ú.36831-041/0100

IČO  
00064190

TELEFON  
26108 1111  
23453 1111

FAX  
241721260

E-MAIL  
ftn@ftn.cz