

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.

Praha 5

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY
S HYSTERECTOMIÍ PO PORODU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

PAVLA BATLOVÁ, DiS.

Praha 2013

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

**Ošetrovatelský proces u pacientky
s hysterectomií po porodu**

Bakalářská práce

PAVLA BATLOVÁ, DiS.

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Ivana Talandová

Praha 2013



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

Batlová Pavla
3. VSV

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 16. 10. 2012 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacientky s hysterectomií po porodu

Nursing Process for Patients with Hysterectomy after Birth

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Ivana Talandová

Konzultant bakalářské práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH.

V Praze dne: 30. 10. 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 31. května 2013

.....

Podpis studenta

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji PhDr. Ivaně Talandové za metodické vedení mé práce a za cenné rady při zpracování.

ABSTRAKT

BATLOVÁ, Pavla. *Ošetrovatelský proces u pacientky s hysterectomií po porodu*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí Práce PhDr. Ivana Talandová. Praha. 2013. Počet stran 79.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacientky s hysterectomií po porodu. V práci se objevují dvě velká témata - porod a hysterectomie. V teoretické části jsme se zabývaly fyziologickým těhotenstvím, vyšetřováním v průběhu těhotenství, zmiňuji se o náplni předporodních kurzů, možnostech anestezie při císařském řezu. Součástí je i část zabývající se specifiky předoperační a pooperační péče.

V praktické části se zabýváme popisem samotného problému a rozбором ošetrovatelské péče na gynekologické JIP. Výstupem práce je vytvoření edukačního materiálu s tématem - Význam otce u porodu, který lze použít, jako součást edukace v předporodní přípravě. Součástí práce jsou i přílohy.

Klíčová slova: Ošetrovatelský proces. Hysterectomie. Gynekologická JIP. Otec u porodu. Porod.

THE ABSTRACT

Batlová, Pavla. „The nursing proces at the patient with the postpartum hysterectomy“. Medical college, o.p.s. The qualification degree: Bachelor (Bc.)

A leader of my work – PhDr.Ivana Talandová. Prague. 2013. The number of pages – 79.

The topic of my Bachelor’s work is a nursing proces at the patient with the postpartum hysterectomy. There are presented two big subjects in my work – a delivery and a hysterectomy. In a theoretical part I followed up the physiological pregnancy, the examinations during the pregnancy and I refer to the prenatal courses’ content with a possibility of anesthesia by the C-section as well. There is also a part which has dealt with the particularities of the pre-operation care and the post-operation one.

In the practical part I have followed up the description of a problem itself and an analysis of the nursing care in a Gynecology ICU (Intensive care unit).

The output of my work has been the creation of the educational materiál with a topic – The imoprtance to a father by a delivery. That materiál could be used as a part of the prenatal preparation.

There some attachments as the work’s components.

The keywords: Nursing proces. Hysterectomy. Gynecology ICU. A father by a childbirth. Delivery.

OBSAH

SEZNAM TABULEK

SEZNAM ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD	14
1 GRAVIDITA.....	15
1.1 FYZIOLOGICKÉ ZMĚNY ORGANISMU A JEJICH VÝZNAM	17
1.2 ZMĚNY V JEDNOTLIVÝCH SYSTÉMECH ORGANISMU	18
1.3 VYŠETŘENÍ V GRAVIDITĚ	22
1.3.1 <i>Ultrazvukový screening</i>	24
2 PŘEDPORODNÍ PŘÍPRAVA	26
2.1 TĚLOCVIK V TĚHOTENSTVÍ	27
2.2 PŘÍTOMNOST BLÍZKÉ OSOBY U PORODU	28
3 POROD	30
3.1 FÁZE PORODU	30
3.2 ANALGEZIE BĚHEM PORODU	32
4 MOŽNÉ KOMPLIKACE	36
4.1 CÍSAŘSKÝ ŘEZ.....	36
4.1.1 <i>Anestezie u císařského řezu</i>	38
4.1.2 <i>Rozdělení operační metody</i>	39
4.2 KOMPLIKACE CÍSAŘSKÉHO ŘEZU	40
4.2.1 <i>Krvácení</i>	41
4.2.2 <i>Hysterektomie</i>	42
5 SPECIFIKA PŘEDOPERAČNÍ A BEZPROSTŘEDNÍ POOPERAČNÍ PÉČE.....	44
5.1 PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA.....	44
5.2 BEZPROSTŘEDNÍ POOPERAČNÍ PÉČE	47
6 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES	49
6.1 FÁZE OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU	49
7 APLIKACE OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU U PACIENTY S HYSTEREKTOMIÍ PO PORODU.....	51
7.1 POPIS PŘÍPADU	51

CELKOVÉ ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	70
8 EDUKAČNÍ PLÁN PRO PARTNERY U PORODU	71
8.1 EDUKACE V PŘEDPORODNÍ PŘÍPRAVĚ	71
9 DOPORUČENÍ PRO PRAXI	74
ZÁVĚR	74
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	76
SEZNAM PŘÍLOH	79

SEZNAM TABULEK

tab. 1 - TABULKA BMI.....	21
---------------------------	----

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ATB	antibiotika
AFP	Alfa - feto protein
BMI	Body Mass Index (index tělesné hmotnosti)
DIC	Diseminovaná intravaskulární koagulopatie
EKG	Elektrokardiografie
HBsAg	povrchový antigen HBV (Hepatitis B) viru
hCG	Human chorionic gonadotropin
HIV	virus lidské imunitní nedostatečnosti
i.m.	intra muskulárně
i.v	intra venózně
KTG	kardiotokogram
Např.	například
oGTT	orálně glukózový toleranční test
P	puls
PMK	permanentní močový katetr
Popř	popřípadě
PPH	poloha podélná hlavičkou
S.C.	sectio caesarea
TEN	trombembolická nemoc
Tzv.	takzvané
USG	ultrazvuk
VAS	vizuální analogová škála

VVV

vrozené vývojové vady

SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Amenorrhoea	nepřítomnost menstruace
Analgezie	ztráta vnímání bolesti
Anestezii	znecitlivění
Apnoe	krátkodobé přerušení pravidelného dýchání
Atonie	ztráta svalového napětí
Diabetes mellitus	úplavice cukrová
Downova syndromu	trisomie 21. chromozomu
Edwardsův syndromu	trisomie 18 chromosomu
Embolie	vmetek
Gravidita	těhotenství
Hyperpigmentace	místně zvýšené ložisko kožního barviva
Hypertenze	zvýšený krevní tlak
Hypotenze	snížený krevní tlak
Hypoventilace	mělké povrchní a zpomalené dýchání
Hypoxie	snížený obsah kyslíku ve tkáních
in situ	na původním místě
linea fusca	tmavá pigmentová linie mezi pupkem a sponou stydkou
Methylergometrin	lék vyvolávající rychlé stahy dělohy a děložních cév
mons pubis	stydský pahorek
normohydramnion	normální množství plodové vody
placenta praevia	vcestné lůžko
retence moči	zadržetí moči

retrakce	stahování
ruptura	trhlina
salivace	slinění
sectio caesarea	císařský řez
spina dura mater	tvrdá plena míšní

ÚVOD

Bakalářská práce je zaměřena na ošetrovatelský proces u pacientky s hysterectomií po porodu. Pacientkou je žena v produktivním věku, která s partnerem plánovala více dětí. Po celou dobu gravidity se společně připravovali na porod, společně navštěvovali předporodní kurzy.

Jak samotný porod, tak hysterectomie je velkým zásahem v životě ženy nejen po stránce tělesné, ale i psychické. Cílem práce je návrh a realizace individuálního plánu péče o pacientku s hysterectomií po porodu a edukace otce chystajícího se k porodu.

Bakalářská práce má dvě části, teoretickou a praktickou. V teoretické části se věnujeme graviditě, příznakům, vyšetření, předporodní přípravě - cvičením v těhotenství, výživě. Pozornost věnujeme i významu blízké osoby u porodu.

Praktická část obsahuje: specifika předoperační a bezprostřední pooperační péče, identifikační údaje pacientky, posouzení zdravotního stavu v průběhu hospitalizace na gynekologické JIP. Na základě potřeb pacientky a všech údajů jsme sestavily ošetrovatelské diagnózy, vypracovali plán, následnou realizaci a zhodnocení celé ošetrovatelské péče. Závěr práce věnujeme edukaci, kterou zaměřujeme především na přítomnost otce u porodu – seznámení s fází porodu, co je třeba vzít sebou do porodnice a jak v jednotlivých stádiích můžou být oporou partnerky. Součástí je vypracování edukačního materiálu, který lze použít v rámci předporodní přípravy a těhotenských kurzech.

1 GRAVIDITA

Být rodičem je jednou s nejkrásnější, ale i nejnáročnější úlohou života. Kdy je to správné období pro zrození potomka? S hlediska genetického a biologického je ideální věk ženy 20 - 25 let. I když v nynější době se setkáváme často s prvorodičkami podstatně staršími. Nutno si uvědomit, že s přibývajícím věkem rostou možné komplikace. Jak ze strany matky, tak ze strany dítěte (MIKULANDOVÁ M., 2004).

V ideálním případě se pár připravuje na graviditu ještě před početím. Eliminace návykových látek a zdravý životní styl jistě budou dobrým začátkem pro nenarozené dítě. Kouření, alkohol a jiné drogy snižují možnost otěhotnění a vedou k poškození plodu. Žádná bezpečná hladina neexistuje, proto je třeba se návykových látek vzdát úplně. Pozornost by měla být věnovaná vyvážené stravě a cvičení. Doporučuje se, aby všechny ženy plánující graviditu a v prvních 12 týdnech těhotenství zvýšily příjem vitamínu B (kyseliny listové) na denní příjem 0,6 mg. Jedná se o období, kdy se tvoří základní ústrojí (MACKONCHIE A., et al., 2002).

Gravidita nepřichází sama od sebe a je za ní celá škála procesů v organismu. Základním předpokladem pro vznik je splnutí vajíčka a spermie.

Vajíčko dozrává přibližně v polovině menstruačního cyklu ve fázi ovulace. Obal, v němž vajíčko dozrálo, puká a vajíčko putuje do vejcovodu. Pokud se setká s mužskou pohlavní buňkou – spermií může dojít k oplození. Splnutí vajíčka a spermie, probíhá ve vejcovodu (označujeme jako oplození). Za 24 - 30 hodin dochází k procesu k rýhování. V této fázi dochází k množení buněk. Oplozené a rýhující se vajíčko putuje vejcovodem do dělohy, kde se 6. - 7. den po oplození vnoří a uhnízdí do sliznice vystylající děložní dutinu. Z tohoto základu se pak postupně vyvine zárodek i všechny součásti, které jeho vývoj v děloze zajišťují. Jedná se o placentu, pupečník a plodové obaly (DYLEVSKÝ I., et al., 1981).

Gravidita trvá cca 280 dní tj. 40 týdnů tj. 10 lunárních měsíců. Termín porodu lze vypočítat podle několika vzorců. Jedním z nich je výpočet podle prvního dne poslední menstruace. K prvnímu dni menstruace přičteme 7 dní a odečteme 3 kalendářní měsíce. Výsledkem nám vyjde předpokládaný termín porodu (SLEZÁKOVÁ L., et al., 2011).

Graviditu dále rozdělujeme do tří trimestrů. První trimestr zahrnuje 1. - 13. týden, druhý trimestr 14. - 26. týden a třetím trimestr počítáme od 27. týdne (MACKONCHIE A., et al., 2002).

Nejisté známky gravidity - jedná se o nespecifické příznaky. Patří mezi ně:

- zvýšená psychická labilita;
- změna vnímání pachů;
- sklon k závratím až k mdlobám;
- změna chuti, ptyalismus;
- ranní nevolnost;
- zvracení;
- zvýšení bazální vaginální teploty.

Jisté známky gravidity - tvoří typický obraz gravidity.

- přítomnost HCG v moči a v krvi;
- ultrasonografické vyšetření;
- gynekologické vaginální vyšetření;
- amenorrhoea;
- hyperpigmentace (pozdější příznak zejména ukládání v oblasti prsních dvorců, na břiše v místech linea fusca, na kůži zevního genitálu a mons pubis (ČECH E., et al., 2006)).

1.1 Fyziologické změny organismu a jejich význam

Gravidita představuje pro organismus velkou změnu. Nejen, že organismus musí zajistit vývoj a výživu plodu, ale zároveň musí připravit tělo matky na porod a laktaci (SLEZÁKOVÁ L. et al., 2011).

Podle trimestrů rozdělujeme na stadium adaptační - I. trimestr, stadium tolerance - II. trimestr, stadium zatížení - III. trimestr (KOBILKOVA J. et al., 2005).

Pro vznik nového života je nezbytně důležitý vývoj plodových obalů a placenty.

Plodové obaly

Amnion - jedná se o vnitřní obal plodového vejce. Tato část je bez inervace a neobsahuje žádné cévy. Překrývá plodovou část placenty a přechází na pupečník.

Chorion - tvoří střední vrstvu, jedná se o vazivovou blánu.

Decidua - nejzvnější vrstvou obalů plodového vejce. Jde o změněnou děložní sliznici. Hlavní funkcí je nidace plodového vejce a jeho první výživa.

Plodová voda:

- je tvořena z 99 % vodou, obsahuje 0,3 % glukózy, stejné množství bílkoviny, 0,7 % močoviny, dále kreatinin a minerální látky;
- jedná se o čirou někdy mírně mléčnou tekutinu, mikrobiálně se jedná o sterilní prostředí;
- vzniká transsudací mateřské krve a součástí jsou i sekrece s amniálních buněk ke konci těhotenství obsahuje moč, kterou plod vylučuje;
- ke konci gravidity je cca 800 - 900ml;
- v první polovině těhotenství je vody ku poměru plodu hodně a to umožňuje plodu se volně pohybovat (ČECH E., et al., 2006).

Za porodu zajišťuje plodová voda účelné soustředění děložní činnosti a na začátku první porodní doby působí jako šetrný dilatátor dolního děložního

segmentu, děložního hrdla a porodnické branky. Odtékající plodová voda zvlhčuje porodní cesty (SLEZÁKOVÁ L. et al., 2011).

Placenta (plodový koláč):

- jedná se o orgán kulovitého tvaru o hmotnosti 0,5kg a průměru 15-20cm;
- plod je s ní spojen pupeční šňůrou;
- zajišťující soustavu tepen a cév, které zajišťují spojení krevního oběhu plodu s oběhem matky;
- na konci těhotenství váží přibližně šestinu toho co plod.

Funkce placenty:

- ochranná: brání pronikání škodlivin;
- zajišťuje látkovou výměn;
- tvorba hormonů: produkuje hCG, který zabraňuje zániku žlutého tělíska;
- produkuje i estrogény (DYLEVSKÝ I. et al., 1982).

Pupečník (funiculus umbilicalis):

- jedná se o spojení mezi placentou a plodem;
- u zralého plodu má cca 50cm, tloušťky jako malíček;
- upíná se ve středu placenty a pak v místě pupku;
- jde o rosolovitou hmotu, ve kterém jsou uloženy cévy;
- povrch je kryt amniovou blánou;
- obsahuje jednu žílu (v.umbilicalis) ta přivádí okysličenou krev;
- obsahuje dvě arterie (a. umbilicalis) ty odvádějí odkysličenou krev (SLEZÁKOVÁ L. et al., 2011).

1.2 Změny v jednotlivých systémech organismu

- V reprodukčním systému

Děloha - délkou těhotenství mění svůj tvar a uložení v pánvi a později v dutině břišní. A zaznamenáváme zde nejvíce změn.

Hrdlo děložní - během těhotenství dochází ke zkracování a změknutí. Zároveň žlázy produkují hustý hlen, který tvoří hlenovou zátku. Tím dochází k bariéře infekce do dutiny děložní.

Pochva - dochází ke zvýšenému prokrvení a tím ke změně barvy sliznice.

Zevní rodidla - zvýšením pánevního prokrvení a rostoucím tlakem v pánevní oblasti spolu s obezitou a zácpou mohou být příčinou vzniku varixů v této oblasti a v oblasti rekta.

Mléčná žláza - mohou se objevovat pocity napětí v prsou, zvětšení a zvýšení citlivosti bradavek. Již ke konci prvního trimestru lze z bradavek jemnou masáží vytlačit kolostrum.

Vaječníky - dochází ke zvětšení. Ustává dozrávání FSH (SLEZÁKOVÁ L. et al., 2011).

- V kardiovaskulárním systému

Dochází ke zrychlení pulzu o 10 - 15 úderů za minutu. Příčinou kolapsu v pokročilé graviditě může být tzv. hypotenzní syndrom - kdy zvětšená děloha v poloze leže, tlačí na dolní dutou žílu (MÁMA A JÁ, 2009). V těhotenství se snižuje počet erytrocytů i hematokritu - označujeme to jako fyziologickou těhotenskou anemii. Zároveň dochází ke zvýšené hladině leukocytů a k zvýšení srážlivosti krve. Za fyziologické hodnoty tlaku u těhotných považujeme 135/85 torrů (KOBILKOVA J. et al., 2005).

- V respiračním systému

Vlivem rostoucí dělohy dochází k přesunu s břišního dýchání na hrudní. Stoupá potřeba kyslíku a zmenšuje se dechová rezerva. Spotřeba kyslíku v těhotenství stoupá až o 20%.

- V uropoetickém systému

V první a třetí měsíců dochází k přímému tlaku na močový měchýř, proto těhotné můžou udávat častější pocity nucení na močení. Časté jsou i infekce močových cest.

- V gastrointestinálním traktu

Strava těhotných by měla být pestrá a pravidelná. Přednost by mělo mít ovoce a zelenina, mléčné výrobky, bílá masa. Nejvhodnější přípravou je vaření v páře, kdy potraviny neztrácejí své důležité látky.

Nevhodné potraviny jsou játra a výrobky z nich, paštika, párky, měkkýši, syrové maso (tatarky), nepasterizované mléko a sýry, sýry typu hermelín, niva (pro možný výskyt listerióz), syrová vejce (MIKULANDOVÁ M., 2004, PETŘÍČKOVÁ R., 2009).

Nesmíme zapomenout ani na nedostatečný pitný režim. Nárok organismu se během gravidity zvyšuje. Obecně můžeme říct, že vhodné jsou stolní vody, ovocné čaje. U bylinných čajů bychom měli být opatrní a konzumovat je v malém množství až po poradě s lékařem (MIKULANDOVÁ M., 2004).

Nelze podceňovat účinky některých bylin. Např. u Sporýše lékařského, skořice a hřebíčku mohou u těhotných vyvolat silné děložní kontrakce (STADELMANN I., 2006).

Vhodný není ani silný černý čaj, pití velkého množství kávy a samozřejmě alkohol (MIKULANDOVÁ M., 2004).

Období gravidity je často provázeno zvýšenou kazivostí chrupu a demineralizací chrupu. Proto by se těhotné měli věnovat zvýšenou péči o chrup. Dalším častým problémem v pozdní graviditě je pálení žáhy a zácpa.

Někdy u těhotných pozorujeme nezadržitelnou chuť na neobvyklé látky - omítka, mýdlo. Tento stav označujeme jako pica syndrom (SLEZÁKOVÁ L., et al, 2011).

Nárůst váhy je individuální čeští lékaři doporučují přibrat 12 - 14kg. Toto doporučení by se mělo řídit i váhou před otěhotněním. BMI je mezinárodně uznávaný index tělesné hmotnosti. Udává hmotnostní rámec, ve kterém jsou stanovena zdravotní rizika (HANÁKOVÁ T., et al, 2010)

Výsledek se vypočítá podle vzorce: **BMI = hmotnost těla v kg / výška v m²**

V tabulce č. 1 - zdravotních rizika

Hodnota BMI	Kategorie	Zdravotní rizika
18,5 a méně	Podváha	Zvýšená
18,5 – 24,9	Normální váha	Minimální
25 – 29,9	Nadváha	Zvýšená
30 – 34,9	Obezita 1. Stupně	Vysoká
35 – 39,9	Obezita 2. Stupně	Vysoká
40 a více	Obezita 3. Stupně	Velmi vysoká

Doporučený přírůstek na váze je:

- ženy s BMI < 19 mohou přibrat až 18 kg;
- ženy s BMI 19 - 25 se běžně doporučuje přibrat 11 - 16 kg. Přírůstek by měl respektovat tělesnou konstituci;
- ženy s BMI 26 - 29 by neměli přibrat více než 12 kg;
- ženy obézní s BMI > 29 by neměli zaznamenat vyšší váhový přírůstek než 7 kg.

Tento vzorec není určen pro ženy s dvojčaty, kdy váhový přírůstek je vyšší (PAŘÍZEK A., et al, 2006).

- Psychické změny

Graviditu označujeme jako období výrazných změn. Velký vliv hraje i okolí. Ženě je přisouzená nová role mnohdy může vést k pocitům úzkosti, zmatku (SLEZÁKOVÁ L., et al., 2011).

Těhotenské hormony mají vliv na nervovou soustavu a jsou hlavní příčinou ve změně nálad. Dalším faktorem je změna celé postavy a celkového vzhledu. Velkou roli hraje i finančně - ekonomická situace a postoj otce ke graviditě (MIKULANDOVÁ M., 2004).

1.3 Vyšetření v graviditě

Důvodem je včasné odhalit jakékoliv odchylky od fyziologické gravidity. Gravidita je náročná pro celý organizmus, proto by se neměla vynechat návštěva jak obvodního, tak i zubního lékaře.

- Těhotné s malým rizikem

zde řadíme bez rizikových faktorů v anamnéze. Kontroly probíhají do 28. týdne gravidity v intervalech 4 - 6 týdnů, 29. - 36. týden gravidity v intervalu 3 - 4 týdnů, od 37. týdne až do porodu 1x týdně.

- Těhotné se středním rizikem

anamnéza je zatížena o rizikové faktory. Častost kontrol je individuální v závislosti na problému. Výsledky bývají normální, ale potřebují zpětnou kontrolu.

- Těhotné s vysokým rizikem

patologické těhotenství. Objevují se zde jak patologické klinické nebo laboratorní výsledky. Prohlídky jsou individuální (SLEZÁKOVÁ L., et al., 2011).

Mezi základních identifikační údaje, jako jsou: jméno, příjmení, věk, rodné číslo, bydliště, povolání,... se souhlasem matky i jméno otce. Dále zaznamenáváme přání budoucí matky, jako je např. utajovaný porod, přítomnost blízké osoby u porodu,...

Velký význam má i tzv. gynekologická anamnéza, kde nás zajímá předchozí gynekologické onemocnění, počet těhotenství, porodů a potratů. Pozornost přikládáme i pracovní anamnéze, kdy zákoník práce vymezuje profese neslučitelné s těhotenstvím (ČECH E., et al., 2006). V České Republice je následné doporučení sledování těhotné v prenatální poradně:

- do 23. týdne každé 4 týdny;
- 24. - 32. týden každé 3 týdny;
- 33. - 36. týden každé 2 týdny;
- 37. - 40. týden každý týden (PAŘÍZEK A., et al, 2006).

Pravidelně se provádí měření krevního tlaku, přírůstek tělesné hmotnosti, nutno zaznamenávat i odchylky v podobě varixů, otoků, ... Vždy se provádí chemická analýza moči, sleduje se přítomnost cukrů a bílkovin v moči.

Vyšetření v I. trimestru

V prvních týdnech těhotenství vyšetřujeme krev na:

- přítomnost těhotenského hormonu hCG;
- stanovení krevní skupiny a Rh faktoru;
- krevní obraz;

- vyšetření HIV, HBsAg;
- protilátky proti syfilis (SLEZÁKOVÁ L., et al., 2011).

Po základním a gynekologickém vyšetření v těhotenství se těhotné vystavuje tzv. těhotenská průkazka, kde lékař zaznamenává průběh celé gravidity až do porodu.

Vyšetření v II. trimestru

V druhém trimestru provádíme, tzv. triple test, který spočívá ve stanovení hladin hormonů (AFP, hCG). Aktuální stáří plodu a hladiny těchto hormonů jsou vyhodnocovány a porovnány s pravděpodobným výsledkem rizika vrozených vývojových vad. Nejčastěji je pravděpodobný výskyt Downova syndromu, Edwarsova syndromu a rozštěpových vad páteře (SLEZÁKOVÁ L., et al., 2011).

Vyšetření v III. trimestru

Mezi 24. - 28. týdnem gravidity se provádí oGTT jedná se o diagnostiku „těhotenské cukrovky“. Zvýšené riziko mají ženy, které:

- měli předchozí těhotenskou cukrovku v předešlé graviditě;
- v předešlém těhotenství porodily plod nad 4000 g;
- příbuzní (rodiče, sourozenci), trpí cukrovkou 1. stupně;
- jsou obézní.

K pravidelnému vyšetření od 24. týdne patří i srdeční akce plodu pomocí KTG. Při této vyšetření sledujeme srdeční ozvy plodu a děložní tonus. Je doporučováno v 36. a 37. týdnu, v pozdějším stádiu těhotenství je pak již povinný (SLEZÁKOVÁ L., et al., 2011).

Dále hodnotíme i výšku fundu těhotné dělohy, tvar dělohy a vyšetření děložního obsahu. Popisujeme i tvar děložního hrdla, jeho délku, charakter i velikost branky (KOBILKOVA J. et al., 2005).

1.3.1 Ultrazvukový screening

Provádí se v každém trimestru. Dá se provést dvěma způsoby. USG vaginální je za pomoci vaginální sondy, kterou lékař zavede do pochvy ženy. Pro tento typ je vhodné, aby měla žena prázdný močový měchýř. Provádí se hlavně v prvním trimestru gravidity.

Druhým způsobem je vyšetření USG přes stěnu břišní, kdy lékař speciální sondou jezdí po břiše těhotné. Břicho se se připraví natřením vodivého gelu. A pak budoucí matka může taky klidně sledovat pohyby dítěte (PAŘÍZEK A., et al, 2006).

I. trimestr: mezi 12. - 13. týdnem

Od 5. týdne graviditě lze prokázat přítomnost gestačního váčku a od 7. týdne je patrná srdeční akce plodu. Placenta a cévy s ní rostou velice rychle, aby mohly co nejdříve převzít výživu budoucího miminka. Lékař posuzuje velikost plodu, srdeční činnost, šíjové projasnění.

II. trimestr: mezi 18. - 22. týdnem

Dítě už umí polykat a dýchat. Stavba plodu (srdce, plíce, trávicí ústrojí i centrální nervový systém) je téměř dokončen a plod se připravuje pro život na souši. Hodnotí se uložení placenty, množství plodové vody, stavbu srdce.

III. trimestr: mezi 30. - 32. týdnem

Dítě si naposled užívá volnosti v děloze. Čím víc poroste, bude jen a jen těsněji. Vápník se aktivně ukládá do kostí a ty se zpevňují. Budoucí rodiče se nejspíš se dozví

i přibližnou váhu dítěte. Lékař sleduje pohyby plodu, růst plodu, inzerci placenty (KOBILKOVA J. et al, 2005, PETŘÍČKOVÁ R., 2009).

2 PŘEDPORODNÍ PŘÍPRAVA

Gravidita není jen obdobím těšení se na dítě, ale určitě každá z žen zažila alespoň jednu z otázek. Zvládnou porod? Budu se umět postarat o dítě? Máme všechno připravené? Porod doma?

V dnešní době, není problémem se zdrojem informací. Internet nás zahrnuje stovkami webových odkazů, jsou vytvořena diskuzní fóra na jakémkoliv téma. Nechybí ani desítky časopisů vycházejících pravidelně. Na spoustu otázek může najít žena odpověď na těhotenských kurzech. A i tady má na výběr. Od kurzů vedených lékařem, přes kurzy spojených s tělesnou aktivitou od jógy přes plavání. Ale i tady by nastávající rodiče měli být obezřetní. Ne všechny kurzy pro nastávající rodiče jsou kvalitní.

Předporodní kurz by měl dát odpověď na otázky:

- jaké jsou nejčastější těhotenské obtíže;
- co obsahuje těhotenská průkazka;
- co je dechové cvičení;
- jaké jsou polohy při tlačení;
- co si zabalit do porodnice pro matku a pro dítě;
- jaké jsou porodní fáze a jaká je jejich průběh;
- co obnáší šestinedělí;
- jak připravit prsa na kojení;
- co potřebuji pro novorozence doma (STADELMANN I., 2009).

Dnešní doba umožňuje vybrat si nejen lékaře, popř. porodní asistentku, která povede porod, ale i respektuje přání budoucích rodičů. V současné době je v oblibě tzv. Porodní plán. Jedná se o písemný záznam všeho, co si přejí budoucí rodiče. Může se týkat přítomnosti blízké osoby, polohy, tlumení bolesti, nástřihu hráze,... Pokud

se rodiče rozhodnou sestavit plán je na místě navštívit ještě před porodem vybranou porodnici a informovat se zdali je ochotná jejich požadavky akceptovat (SIMKINOVÁ P., 2000).

2.1 Tělocvik v těhotenství

Vhodným cvičením si lze udržet nejen dobrou fyzickou kondici, ale hlavně se správně připravit k porodu. Cvičení má blahodárny vliv na naše tělo, nejen po stránce fyzické a psychické, ale bezesporu prospěje i dítěti navíc můžeme předejít, nebo alespoň zmírnit bolesti zad i spánek bude kvalitnější. Každé cvičení by mělo probíhat ve fázích - zahřívací, aerobní aktivitou, posilováním, relaxací. Ne u každé ženy se cvičení doporučuje nevhodné je pro ženy s hrozícím předčasným porodem (nebo které již předčasně několikrát porodily, popř. potratily), u pacientek, kterým byla diagnostikována včasná placenta, léčí se se srdečním onemocněním, s poruchou srdečního rytmu... Proto by gravidní ženy měly brát zřetel na doporučený režim a respektovat doporučení lékaře. Mezi vhodné cviky pro nastávající patří kalanetika, cvičení ve vodě, jóga, cvičení na míči. Naopak zcela kontraindikované jsou sporty spojené s velkou fyzickou aktivitou, silové sporty, sporty u níž je nutné zadržovat dech nebo ty, při kterých hrozí úrazy. Nevhodné jsou i míčové hry. V žádném případě by těhotná neměla přeceňovat své síly a cvičení by měla ukončit v případě - že ji bude cvičení nepříjemné až bolestivé, pokud se objeví mdloby, závratě, krvácení (MACKONOCHE A., et al., 2002, MIKULANDOVÁ M., 2004, GREGORA M. a VELEMÍNSKÝ M., et al., 2007).

Mezi obecné zásady správného cvičení patří:

- postupovat od jednodušších cviků ke složitějším;
- nezadržovat dech při cvičení;
- necvičit do únavy a vyčerpání;
- necvičit ve vlhku a teple;
- neprovádět náročná cvičení na břišní svaly;
- stále myslet na pravidelné a prohloubené dýchání;

- dbát na dostatečný příjem tekutin (BEJDÁKOVÁ J., 2006).

Doporučované jsou i Kegelovy cviky. Posilují pánevní dno a dají se využít i při stresové inkontinenci a na konci těhotenství. Správný tonus může napomoci rotaci plodu a jeho sestup do pánve (HÖFLER H., 2009)

Skládají se ze dvou částí:

- *Napětí svalů pánevního dna* - svaly pánevního dna se pevně sevrou jako by žena chtěla zadržet moč. Ideální je několikrát po sobě s tím, že poslední sevření by mělo trvat cca 10 vteřin.
- *Uvolnění dna pánevního* - navazuje na předchozí stah. S výdechem svaly uvolní a ze zadrženeho dechu zkusí jako by pánevní dno vypoulit. Mírně zatlačí, jako by chtěla vypustit ještě kapičku moči (SIMKINOVÁ P., 2000).

2.2 Přítomnost blízké osoby u porodu

Dříve bylo nemyslitelné, aby se porodů účastnili muži. Porody vedly porodní báby, později porodní asistentky přítomnost mužů se v této oblasti bralo jako tabu. Dnešní doba nebere omezení. Budoucí matka si může přizvat osobu sobě blízkou a záleží jen na ní zda to bude otec, sourozenec, kamarádka... Celé těhotenství není jen záležitostí žen, ale bezesporu se týká i pánů tvorstva - mužů. V dnešní době se ani na porodních kurzech nepozastaví nad přítomností otce a není tomu jinak ani na porodním sále. Každá pár by si měl dopředu rozmyslet, zda s tím oba souhlasí.

V žádném případě by neměl být muž nucen. Stejně tak, by měl respektovat, když si jej žena při porodu nepřeje. Bouřlivé diskuze na témat otce u porodu bezesporu poukázaly na situace, kdy je otec výhodou a jedná se především:

- citovou a společenskou oporu rodičky;
- rodička nemá pocity osamění;
- aktivně může pomáhat ovlivnit průběh porodu např. masáží křížových oblastí;
- stará se o celkovou pohodu především v I. době porodní;
- povzbuzuje při tlačení v II. době porodní;

- rodiče společně prožívají radost z narození.

Na druhou stranu rodit děti je úlohou žen od nepaměti přítomnost otce u porodu může být pro něj traumatickým zážitkem a může ovlivnit zvláště v oblasti sexuální jeho postoj k partnerce. Není výjimkou, že „slabší povahy“ na porodním sále omdlévají, což jistě nepřidá už tak zaneprázdněným pracovníkům. Pokud tedy budoucí tatínek ví, že je to na něj „silný kalibr“ nemělo by mu to být vyčítáno ani při, během a ani po porodu (GREGORA M. a VELEMÍNSKÝ M., et al., 2007).

Alternativní metodou, pokud nechce otec k porodu je dula. Kdo je dula? Duly mají svoji asociaci, své vzdělávací programy a studia. Většinou jsou připraveny absolvovat s vámi jak dlouhý porod, tak plané výjezdy s poslíčky. Během porodu organizují dění všeho okolo. Nutno, ale upozornit, že fungují především jako psychické podpory a neměly by zasahovat do práce porodních asistentek a lékařů. V ideálním případě je pokud spolu s dulous doprovází matku k porodu i otec. Rodiče jistě ocení, že přítomnost duly nekončí porodem. Na přání může, dula dojet i v období šestinedělí a pomoci rodičům s mnoha problémy (PETŘÍČKOVÁ R., 2009).

3 POROD

Termínem „porod“ označujeme děj, při kterém plod opouští tělo matky. Považuje tak:

- narození novorozence o váze 500g a více;
- novorozence o hmotnosti nižší než 500g který ale přežil 24hodin;
- mrtvého novorozence o hmotnosti 1000g a více.

Dle délky těhotenství porod rozlišujeme:

- porod včasný (partus maturus) - v období mezi 38. - 42. týdnem gravidity;
- porod předčasný (partus praematurus) - v období do 38. týdne gravidity;
- porod opožděný (partus serotinus) - v období od 42. týdne gravidity.

Dle druhu porodu dělíme:

- spontánní porod;
- medikamentózní;
- indukovaný;
- operativní (SLEZÁKOVÁ L., et al., 2011).

3.1 Fáze porodu

Porod probíhá ve třech stádiích, v některých literaturách se setkáváme ještě se IV. dobou porodní, která je označována jako poporodní období. Délka porodu je individuální, u prvorodiček trvá déle než u více rodiček. Podle probíhajících procesů dělíme:

I. doba porodní

bývá označována jako otevírací. Začíná otokem plodové vody a pravidelnými kontrakcemi. Intervaly mezi kontrakcemi se zkracují. První doba porodní končí zánikem děložního hrdla a otvírání branky děložní.

Během první doby porodní sledujeme:

- odtok plodové vody;
- kontrakce děložní;
- bolest rodičky;
- srdeční ozvy plodu;
- nález na děložním hrdle;
- somatický a psychický stav.

II. doba porodní

je charakterizována zánikem branky a končí porodem. Tato fáze je provázena intenzivnějšími kontrakcemi objevující se cca každé 2 - 3 minuty a neměla by přesáhnout více než 1 hodinu. Důležité je celou dobu se ženou komunikovat, podporovat ji a vysvětlovat následující kroky. Žena aktivně využívá břišní lis k vypuzení plodu.

Hlavní úlohou personálu je:

- sledování plodu a matky;
- příprava rodičky;
- příprava pomůcek, prostředí, porodní asistentky / porodníka.

III. doba porodní

začíná po vybavení plodu a končí vybavením placenty. Celostátně je zavedeno aktivní vedení, to spočívá v bezprostředním podání methylergometrinu i.v. (lze použít i oxytocin 2 j. - 5 j.) po vybavení plodu. Po vybavení porodník zkontroluje celistvost,

délku pupečníku, úpony, plodové blány, fetální i mateřskou stranu,... Následuje revize dutiny děložní a případné ošetření.

IV. doba porodní

počítá se od porodu placenty, kdy rodička setrvává ještě 2 hodiny na porodním lůžku. V tomto intervalu je žena ohrožena časným poporodním krvácením.

Co 15minut zaznamenáváme:

- TK, P;
- sledujeme krvácení;
- pohmatem se kontroluje děložní retrakce;
- celkový stav ženy;
- zaznamenáváme první močení (SLEZÁKOVÁ L., et al., 2011, PAŘÍZEK A., et al., 2002, DEANS A., 2003).

3.2 Analgezie během porodu

Během předporodních kurzů je mnoho žen informovaných o možnosti analgezie. V dnešní době je celá škála možností řešení, i když se žena nejprve rozhodne pro alternativní volbu, vždy může své rozhodnutí změnit a přejít k medikamentózním prostředkům proti bolesti (MACKONCHIE A. et al., 2002).

Alternativní způsoby analgezie

Jedná se většinou o nejjednodušší způsob tlumení bolesti. Ve většině případů se jedná o zcela přírodní prostředky.

- Aromaterapie

na trhu se vyskytuje celá škála vonných olejíčku do aromalamp. Většina nemocnice nemá problém s vonnou terapií. Krom speciálních olejíčků určených do aromalamp se s oblibou používají např. levandule, římský heřmánek,

rozmarýn,... Je vhodné se poradit dopředu, protože některé esence dokážou příjemně zklidňovat, jiné naopak zintenzivňují stahy (MIKULANDOVÁ M., 2004).

- Relaxační hudba

netvrdím, že při poslechu hudby zcela vymizí porodní bolesti, ale jako předchozí varianta může zpříjemnit nemocniční pobyt a pomoci snést bolest...

- Voda

teplá voda pomáhá k menšímu vnímání křečí. Některé porodnice dokonce umožňují i porod ve vaně.

- Dýchání

je vhodné hlavně v poslední fázi I. doby porodní, kdy je důležité, by se při každém novém stahu povolila oblast porodních cest. Nejčastěji se používá tzv. psí dýchání. Jedná se o rychlé, povrchové dýchání, kdy dochází k nadlehčování dělohy. Není vhodné používat více než je třeba je poměrně vysilující. A rodička si měla šetřit síly na II. dobu porodní (MIKULANDOVÁ M., 2004).

- Změna polohy

i málo je vítáno. Bolesti sice neustoupí, ale k celkovému komfortu přispěje např. odlehčení namáhanému kříži. Uvádí se, že každá žena má v sobě instinktivní schopnost najít si vhodnou polohu k vlastnímu porodu (PETŘÍČKOVÁ R., 2009).

Medikamentózní způsoby analgezie

Porodní bolest je zvláštní typ bolesti a je v podstatě fyziologická a přirozená. Analgezie v porodnictví představuje snížení vnímání bolesti nikoliv však její odstranění (PAŘÍZEK A. et al., 2002, s. 125, SIMIKINOVA P., 2000).

Pro medikamentózní analgezii platí zásady:

- analgezie neovlivní zdraví matky ani dítěte;
- podstatně neovlivní činnost dělohy;
- analgetický bude dostatečná (ČECH E., et al. 2006).

Analgetika mají mnoho nežádoucích účinků, mezi nejčastější patří ospalost, tlumenost, nejen ženy, ale i děložních stahů. S toho důvodu se podávají s rozvahou a je vždy na zvážení lékaře a konkrétního stavu pacienty (PETŘÍČKOVÁ R., 2009).

Mezi nejčastější patří:

- Lokální analgezie děložního hrdla

Používá se při I. době porodní, kdy se znecitlivuje oblast děložního hrdla a branky. Při této metodě není žena omezována v pohybu. Nutno poznamenat, že oblast pochvy a jiných porodních cest znecitlivěná není (MIKULANDOVÁ M., 2004).

- Epidurální analgezie

Dochází k dočasnému přerušení nervových vzruchů. Anestetikum se podává do tzv. epidurálního prostoru - jedná se o prostor mezi spina dura mater a kostěnou stěnou páteřního kanálu. Tento prostor průměrně odpovídá cca 1 - 2 mm. Epidurální analgezií lze provést na všech úrovních páteře. Pro porodní analgezií se však nejvíce preferuje lumbální oblast (KASAL E., et al., 2004).

Do epidurálního prostoru se zavádí epidurální katetr, který se vyvádí podél páteře a připevní se na rameni. Zavedení trvá cca 5 - 10 min. a analgetická účinnost je až 90%. I když celý výkon je téměř nebolestivý, pro rodičku je někdy obtížné zaujmout ve vysokém stupni těhotenství a pro porodní bolesti nutnou polohu k zavedení katetru. Rodička při zavádění leží na levém boku v poloze „kočičí hřbet“ a bederní oblast je kryta sterilní rouškou celý výkon probíhá za sterilních a aseptických podmínek. Podání anestetik je možný jednorázově, častěji však kontinuální metodou. (ČECH E., et al., 2006).

Indikace k zavedení epidurálního katetru můžeme rozdělit:

- ze strany matky - kardiovaskulární choroby, oční choroby, epilepsie, metabolické choroby, plicní choroby, neuropatie, vyčerpaná rodička,...
- Ze strany plodu - předčasný porod, poloha koncem pánevním, vícečetné těhotenství,...

- Porodnické indikace - indukovaný porod, stav po operaci děložního hrdla, rizikový porod, kde lze očekávat operační ukončení, porod mrtvého plodu,... (PAŘÍZEK A., et al., 2002).

Epidurální analgezie se nesmí podat v případech:

- projevů na místní anestetikum;
- infekce kůže v místě pichu;
- žena s výkonem nesouhlasí;
- poruchy krevní srážlivosti matky;
- pokud dítě trpí akutním nedostatkem kyslíku;
- při krvácení matky z neznámé příčiny;
- při překotném porodu.

Epidurální analgezie krom vysokého účinku tlumení bolesti má i další výhody. Pohyblivost rodičky není omezena, proto žena může родit i v jiné poloze než na zádech. Další velkou výhodou je možnost analgezii rozšířit na epidurální anestezii (ČECH E., et al., 2006).

4 MOŽNÉ KOMPLIKACE

4.1 Císařský řez

První zprávy o provedení císařském řezu sahají až do dávného starověku. Jedná se o nejčastější operaci související s porodem. V dřívějších dobách byl spojován s vysokou mortalitou. V dnešní době došlo ke zdokonalení v mnoha směrech - zpřísnění asepse, zlepšení operačních technik, významný posun ve farmakologii a v neposlední řadě i posun v oblasti anestezie a transfúzních možností. Dnešní frekvence císařských řezů je okolo 17% porodů. Operační porod se provádí před začátkem porodu, nebo v I. době porodní, v II. době je již možnost omezena a záleží na sestupu hlavičky v pánvi (ČECH E., et al., 2006, GREGORA M. a VELEMÍNSKÝ M., et al., 2007).

Navzdory všem komplikacím, které jsou úzce spojeny s operačním rizikem se v dnešní době šíří zvláštní trend - přání porodit dítě císařským řezem. Je nutné si uvědomit, že komplikace jsou pro matku i dítě několikanásobně vyšší než u přirozeného porodu. Císařský řez má své přesné indikace a volba „na přání“ není přípustná (STADELMANN I., 2009)

Indikací k císařskému řezu je celá řada. Prioritní je především zabránit ohrožení zdraví, nebo života jak matky, tak dítěte. V České Republice provedení císařského řezu na přání ženy není možný a musí mít své indikace (GREGORA M. a VELEMÍNSKÝ M., et al., 2007).

Jako všechny druhy operací můžeme rozdělit:

- primární (plánovaný) - stav, kdy nemůžeme vést porod přirozenou cestou, nebo stav, kdy by mohlo dojít k vážným komplikacím a poškození;

- sekundární (neplánovaný) - se objevuje většinou v průběhu porodu.

Nejčastější důvody ze strany rodičky:

- kefalopelvický nepoměr - pánev je menší než hlavička dítěte;
- defekty znemožňující ukončení vaginálního porodu – myomy, anomálie pánve...
- Stavby po rozsáhlých operacích na děloze a rozsáhlých operacích malé pánve - jizvy na děložní stěně, operace různých píštělí, úpravy močové inkontinence.
- Infekční nemoci v porodních cestách.
- Placenta praevia - objevuje se cca 1x na 600 porodů. Rozdělujeme ji podle toho, jak hluboko vnitřní brance placenta zasahuje. Nejčastějším příznakem bývá krvácení - a to na konci prvního trimestru, pak často až v druhé polovině gravidity. Příznak se nemusí projevit vůbec a první velmi silné krvácení se objeví až za porodu žena je ohrožená především krvácením a plod náhlou hypoxií pokud dojde i k porušení cév placenty. Plod často zaujímá v děloze patologickou polohu. Pokud dojde k prorůstání fixačních klků do celé děložní stěny, označujeme stav jako placenta praevia percreta.

Mezi další důvody ze strany matky patří:

- dlouho odtekla plodová voda;
- prodloužená gravidita - po neúspěšných indukcích;
- onemocnění ženy - např. hypertenze, diabetes mellitus, onemocnění cév (např. aneuryzma), sítnicové krvácení;
- poruchy vypuzovacích sil.

Nejčastější důvody ze strany plodu:

- patologické polohy plodu - šikmá, příčná, podélná koncem pánevním;
- hmotnost plodu - plod menší než 2500g., nebo naopak větší než 3500g.;
- vícečetná těhotenství v různých polohách;
- hypoxie plodu;
- předčasné odloučení placenty;
- pupečnickové komplikace (ČECH E., et al., 2006, MIKULANDOVÁ M., 2004).

4.1.1 Anestezie u císařského řezu

K anestezii při císařském řezu můžeme využít jak celkovou, tak i místní (regionální).

Celková anestezie

Charakterizovat ji můžeme, jako cíleně navozenou ztrátu vnímání (KASAL E., et al., 2004). Celková anestezie je první volbou při akutním ohrožení matky či plodu. Rodička je před úvodem do anestezie uložena mírně na levý polo bok - z důvodu snížení komplikací. Ty vznikají stlačením dolní duté žíly těhotnou dělohou tzv. Syndromem duté žíly. Ten způsobuje nedostatečný průtok krve k srdci matky a následnou hypotenzi. Anestezie je zahájena v momentě, kdy je operační pole zcela připravené (PAŘÍZEK A., et al., 2002).

Nevýhody celkové anestezie:

- zvýšené riziko aspirace při zajištění dýchacích cest;
- silnější útlum plodu po podání léků;
- chybí bezprostřední kontakt po porodu s dítětem;
- první přiložení k prsu je až při plném probrání s anestezie.

Výhody celkové anestezie:

- při zajištění dýchacích cest je spolehlivější kontrola dýchání v průběhu zákroku;
- nehrozí nebezpečí poklesu krevního tlaku;
- rychlý a spolehlivý účinek anestezie (PAŘÍZEK A., et al., 2006).

Regionální anestezie

Zde řadíme:

- epidurální anestezii;
- subarachnoideální anestezii;

- kombinovanou - subarachnoideální a epidurální anestezii (PAŘÍZEK A., et al., 2002).

Nevýhody regionální anestezie:

- pomalý nástup účinku;
- pokles krevního tlaku;
- retence moči;
- postpunkční bolesti hlavy - typicky se objevují post punkční bolesti hlavy (KASAL E., et al., 2004).

Výhody regionální anestezie:

- menší krevní ztráty;
- není ovlivněno vědomí rodičky;
- časný kontakt s novorozencem;
- nižší riziko tromboembolické nemoci (PAŘÍZEK A., et al., 2002).

4.1.2 Rozdělení operační metody

Na operační tým jsou kladeny vysoké nároky. Nejen s hlediska odborných znalostí, ale taky na psychickou vyrovnanost a sebranost. Centrem zájmu je pro nás pacient a prvořadé by vždy pro všechny mělo být udělat vše co je v našich silách. Lékaři a sestry by si ve všech vypjatých, stresových situacích měli uvědomit, že jsou jeden tým a ne protihráči. Soukromé vztahy na operační sál nepatří stejně jako sympatie či emoce.

Základním dělení operační metody v provádění při císařském řezu je na „konzervativní“ a „radikální“.

- Radikální metoda

Operace radikální metodou jsou spojeny především s odstraněním dělohy.

Císařský řez s následnou supravaginální amputací - po vybavení plodu je následná amputace děložního těla. Od tohoto postupu upouští hodně porodníku z důvodu rozsáhlého krvácení.

Císařský řez s následnou hysterektomií - k této metodě se přikláníme např. v případě krvácení u dělohy s myomy, krvácivých stavech (DIC), při placentě accreta, při ruptuře dělohy. Pokud to situace dovolí snahou je zachovat adnexa.

- Konzervativní metoda

Jedná se o operační porod, kde děloha zůstává „in situ“ (ČECH E., et al., 2006).

Podle řezu na děloze můžeme rozlišit několik variant císařského řezu, který se nemusí shodovat s kožním řezem na břiše. Na děloze je nejčastější způsobem vedení řezu podle Gepperta - jedná se o příčný řez na dolní části dělohy (GREGORA M. a VELEMÍNSKÝ M., et al., 2007).

Jako přístupovou přes kožní vrstvu, je vedena buď dolní střední laparotomie, nebo příčná suprapubická laparotomie. Dolní střední laparotomie je popisována jako řez ve střední čáře - mezi pupkem a sponou přičemž délka odpovídá cca 10 - 12 cm. Tento řez se v případě nutnosti se rozšiřuje okolo pupku směrem vzhůru.

Příčná suprapubická laparotomie je řez identická s řezem dle Pfannenstiela a příčně je protínáno nejen kůže, ale i podkoží a fascie (ČECH E., et al., 2006).

4.2 Komplikace císařského řezu

Císařský řez je velkou operací v oblasti břicha a může mít život ohrožující komplikace. Komplikací vzhledem ke změnám organismu gravidní ženy a k anestezii, která je ve spoustě případu vedena jako akutní může být spousta. Uvádím proto jen ty nejčastější.

4.2.1 Krvácení

Nejčastěji se vyskytuje při poranění dělohy. Příčinou může být ruptura nebo atonie dělohy, placenta praevia... Pacientka je při masivním krvácení ohrožená vznikem hemoragického šoku, nebo diseminovanou intravaskulární koagulopatií. Při tak masivním krvácení může stav vyústit k hysterektomii, která je velkým zásahem pro ženy v produktivním věku života a to nejen s pohledu reprodukce, ale i s pohledu psychického.

- *Hemoragický šok*

Za šokový stav je zodpovědný akutní pokles orgánového prokrvení. Tento stav vede ke snížení dodávky kyslíku do buněk, což má za následek rozvoj buněčné hypoxie, touto situací vážne látková výměna a kumulují se toxické metabolity. I když je porodnictví na vysoké úrovni, je krvácení stále častou příčinou úmrtí v těhotenství.

Pokud dojde ke ztrátě větší, než 20% objemu považujeme to za velkou krevní ztrátu. Při výrazných krevních ztrátách je nutné zabezpečit i centrální žilní katetr a prioritní je zabezpečit objem cirkulující krve (KASAL E., et al., 2004, PAŘÍZEK A., et al., 2002).

- *Diseminovaná intravaskulární koagulopatie*

Koagulopatie patří mezi nejzávažnější a nejčastější příčinu mateřských úmrtí. Stav je definován jako děj s „exesivní trombinovou aktivitou a dysregulací plazminové aktivity“ (ČECH E., et al., 2006, s. 332). Dochází ke vzniku zvýšené nebo naopak snížené fibrinolýze s příznaky především jako jsou srážení a krvácení, na základě tohoto procesu, stav vyúsťuje v multiorgánové selhání. Mezi příznaky patří nevolnosti, krátkodobé dušnosti, cyanózy. Postupně dochází k nezadržitelnému krvácení s difúzním krvácením do sliznic, podkoží, ale i mimo operační pole v podobě krvácení ze všech raných ploch a ze sebemenších oděrek (ČECH E., et al., 2006).

- *Tromboembolické komplikace*

Příčinou může být několik faktorů. Nejčastěji se setkáváme s hlubokou žilní trombózou. Více bývá postižená levá dolní končetina, kde se objevuje změna barvy kůže, otok, bolestivost. Trombus se vlivem proudu toku krve může uvolnit a doputovat do plicního řečiště. Pacientka je náhle ohrožena na životě celková úmrtnost při masivní

embolii je 50 - 60%. Mezi příznaky patří tachykardie, dyspnoe, smrtelný strach a kolapsový pokles krevního tlaku. Před operací proto jako prevenci přikládáme bandáže, nebo elastické punčochy na dolní končetiny.

Embolie plodovou vodou - příčinou tohoto stavu je dostání většího množství plodové vody do organismu matky. Diagnóza se často stanovuje až postmortálně prokázáním přítomnosti plodové vody v plicní tkáni.

Vzduchová embolie - jedná se o vzácnou komplikaci, která bývá zapříčiněná nasátím vzduchu do cév. Hlavním příznakem je kardiopulmonální selhání (ČECH E., et al., 2006).

4.2.2 Hysterektomie

Název vznikl spojením dvou řeckých slov. Slovem *hystera* je označována děloha, koncovkou *-ectomy* označujeme odejmutí. Jedná se tedy o velkou gynekologickou operaci, kdy je z těla ženy odebrána děloha. Indikací k odstranění je hned několik patří mezi ně např. nádory dělohy, poranění dělohy, rozsáhlé formy endometriózy a zánětu, masivní krvácení,... Ve vážných případech může dojít i odebrání vaječníků, vaziva v okolí dělohy s příslušnými regionálními lymfatickými uzlinami (KOBILKOVA J. et al., 2005). Tento operační zákrok tedy v budoucnu znemožňuje dál mít děti. Žena, může mít pocity méně cennosti, obavu jak ji přijme partner... Zvláště u žen v produktivním věku bychom měli věnovat pozornost nejen zdravotní stránce, ale neměla by být opomenuta i stránka psychická.

Jednou z dalších indikací hysterektomie během porodu je i placenta praevia, neboli vcestné lůžko. Jedná se o stav, kdy placenta částečně nebo úplně překrývá děložní branku a dochází k zablokování porodních cest. Podle zasedání placenty k vnitřní brance dělíme do několika stupňů:

- nízko nasedající lůžko - placenta je uložena v dolní části dělohy, ale nedochází k vnitřní brance;
- zasahující k okraji vnitřní branky - zasahuje, ale branku nepřekrývá;
- částečně překrývající vnitřní branku - dochází k překážce v cestách porodních;

- centrálně ležící placenta - dochází k úplnému překrytí vnitřní branky (HANÁKOVÁ T. et al., 2010).

5 SPECIFIKA PŘEDOPERAČNÍ A BEZPROSTŘEDNÍ POOPERAČNÍ PÉČE

5.1 Předoperační příprava

Předoperační příprava začíná, když je pacientka indikována k operaci. Jde o multioborovou spolupráci jak ošetřujícího lékaře, operátora, anesteziologa,... Cílem předoperační péče je maximální připravenost pacientky s následkem minimálních komplikací jak v průběhu operace, tak po operaci a zkrátit dobu rekonvalescence na minimum. Předoperační přípravu můžeme rozdělit:

Dlouhodobá předoperační příprava

Vyšetření nesmí být starší než 14 dnů před plánovaným výkonem. Jedná se o součást před anesteziologické vyšetření. Řadíme zde i cílený odběr biologického materiálu, vyhodnocování a následná interpretace výsledků.

Screeningové vyšetření krve

- biochemické (ionty, kreatin, urea,...);
- hematologické (např. krevní obraz, FW,...);
- hemokoagulační (Quick, APTT,...);
- serologické (BWR, HbsAg,...);
- vyšetření krevní skupiny a Rh faktoru.

Vhodná je i příprava autotransfúze. Která snižuje riziko převodu inkompatibilní krve.

Screeningové vyšetření moče

Cílem je odhalit infekci. Standardně se provádí vyšetření moč + sediment.

Interní vyšetření + EKG

Krátkodobá předoperační příprava

Je charakterizována 24hod před operací. Zahrnuje především:

Anesteziologické konzilium

jedná se o posouzení stavu pacientky anesteziologem. Navrhnutí typu anestezie a ordinace premedikace. Zároveň lékař stanovuje riziko anestezie. Nejužívanější a celosvětově uznávané je schéma Americké anesteziologické společnosti (ASA). ASA dělí rizikovost do pěti tříd, kdy označení I. nese zcela zdravý pacient až označení V. kdy je pacient označován jako morbidní, nebo takový, kdy lze očekávat smrt do 24 hod. ať už s operací, nebo bez ní (KASAL E. et al., 2004).

Cíl premedikace:

- zklidnění nemocného;
- snížení sekrece z dýchacích cest a salivace;
- snížení výskytu pooperační nauzey a zvracení;
- oslabení vagových reflexů z reflexogenních zón.

Pod pojmem prepremedikaci rozumíme podání léků pacientce v předvečer operace. Má zajistit klidný spánek. Vlastní premedikace se podává 30 - 45 min před začátkem anestezie.

Fyzická příprava pacienta

- v rámci prevence anesteziologických komplikací je nutné, aby pacientka před anestezii byl alespoň 6 - 8 hod lačný;
- zajištění vyprázdnění zažívacího traktu;
- zajištění celkové hygieny;
- zajištění kožního povrchu pro operaci, oholení genitálií;
- kontrola srdečních ozev plodu (KTG).

Psychická příprava pacienta

O dobrý psychický stav pacientky se stará jak lékař, tak sestra. Vhodnou komunikací a respektováním otázek bezesporu zajistí uklidnění. Důležité je, vysvětlit i pooperační průběh, nechat prostor na dotazy a respektovat intimitu. Dále je vhodné po předchozí domluvě a řádným sepsáním po dobu jeho nepřítomnosti uschovat cennosti a finanční obnosy do trezoru.

Bezprostřední předoperační příprava

Jedná se o úsek bezprostředně před operací. Zahrnuje:

Fyzickou přípravu

- zajištění vyprázdnění zažívacího traktu - klyzma ráno v 5hod. (podání klyzmatu může navodit porod);
- zajištění bandáží dolních končetin (jako prevenci TEN);
- kontrola fyziologických funkcí;
- kontrolu operačního pole;
- kontrolu chrupu a lačnění;
- spontánní vyprázdnění moč. měchýře - zavedení močového katetru;
- zajištění periferní žíly další požadavky vyplývají dle zvyklostí oddělení a ordinace lékaře.

Kontrola dokumentace

- dokumentace jde na sál kompletní včetně chorobopisu a předoperačních vyšetření.

Sestra kontroluje:

- veškeré podpisy pacienta (souhlas s operací, anestezii, souhlas s podáním krevních derivátů...);
- plnění ordinací včetně premedikace.

Dokumentace premedikace musí obsahovat: datum, jméno lékaře, který premedikaci ordinoval, druh a množství podaného léků, čas podání, podpis osoby, která lék podala.

Pokud sestra podává opiáty je její povinností zavést záznam o aplikaci omamných látek do opiátové knihy. Sestra je povinna aplikovat premedikaci v leže a zajistit bezpečnost až na předoperační pokoj. Důsledně poučí pacientku, že po aplikaci premedikace by již neměla vstávat a opouštět lůžko (JUŘENIKOVÁ P., et al, 1999).

5.2 Bezprostřední pooperační péče

Bezprostřední pooperační péče je zajištěna na dospávacím, neboli pooperačním pokoji. Pacientka je zde přeložena stabilizována - oběhově stabilní, spontánně dýchá, jsou zachovány obranné reflexy, zvedne hlavu nad podložku. Přesto je zde nutností, ať zde pracuje sestra specializovaná v oblasti intenzivní a resuscitační péče. Úsek je zajištěn centrálním rozvodem kyslíku, monitorovacími přístroji a pomůckami k resuscitaci. Sestra monitoruje po dobu 2 hodin:

- saturaci a základní životní funkce co 15 min;
- stav vědomí;
- prokrvení kůže a stav krycího obvazu na operační ráně;
- vyvedené drény a drenáže (funkčnost, vzhled sekretu,...), při zavedení PMK - sleduje charakter moči;
- funkčnost žilních vstupů;
- bolest;
- pooperační nauzeu;
- vaginální krvácení (JUŘENIKOVÁ P., et al, 1999).

Mezi nejčastější komplikace v časně pooperační péči patří:

Poruchy dýchání

- neprůchodnost dýchacích cest;
- hypoxie;
- apnoe, hypoventilace.

Poruchy kardiovaskulární a oběhové

- hypotenze;
- hypertenze;
- poruchy srdečního rytmu;
- srdeční zástava.

Pooperační krvácení

- projevuje se hypovolémií, poklesem krevního tlaku. Vyžaduje okamžité konzilium popř. revizi.

Nevolnost a zvracení

- velice častá komplikace. Prevencí je neopiátová premedikace, min. inhalačních anestetik s vysokou koncentrací oxidu dusného. Léčba: dostatečná hydratace, odstranění bolesti, podání antiemetik (KASAL E. et al., 2004).

6 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Správná péče vychází s pacienta samotného a vyhledávání individuálních problémů. Základem je navázání kontaktu s pacientem, nacházení problémy (i potencionální), spolupracovat s pacientem na zlepšení zdraví a v závěru vyhodnotit zda došlo k cílenému efektu. I když jsou jednotlivé kroky dané, ošetřovatelský proces je vysoce individuální. Jednotlivé kroky jsou logické, vzájemně na sebe navazují. Reagují na aktuální potřebu nemocného – jsou flexibilní při změně stavu, popř. reagují na změnu priority. Nejedná se jen o samostatnou činnost zdravotních sester, ale jsou multidisciplinární (spolupráce s dietní sestrou, rehabilitačním pracovníkem,...). Cílem je kvalitní a soustavná péče se zapojením pacienta samotného (SYSEL D., et al 2011, ROZSYPALOVÁ M., et al., 1999).

6.1 Fáze ošetřovatelského procesu

1. krok: POSUZOVÁNÍ

V této části si položíme otázku: „*Kdo je můj nemocný?*“

Cílem je zjistit o pacientovi co nejvíce informací týkajícího se jeho zdravotního stavu. Zjišťujeme informace jak s tělesných údajů, tak s duševních a spirituálních. Informace získáváme pomocí rozhovorů, pozorování, testování a měření.

V anamnéze hledáme komplikace během těhotenství, sledujeme průběh jednotlivých trimestrů, informovanost pacienty o plánovaném výkonu.

2. krok: DIAGNOSTIKA

Položíme si otázku: „*Co ho trápí?*“

V této fázi hodnotíme potřeby pacienta a jeho problémy. Výsledkem je pak vytvoření ošetrovatelské diagnózy - označované též jako sesterské diagnózy. Ošetrovatelskou diagnózu můžeme mít aktuální (problém už je), nebo potencionální (tento problém nám může vzniknout). Dvousložková diagnóza se skládá z problému + příčiny. Třísložková se skládá z problému + příčiny + příznaků.

U pacientek po císařském řezu se setkáváme s problémy - bolest, riziko vzniku infekce, sociální izolace, strach/obava.

3. krok: PLÁNOVÁNÍ

„Co můžu pro pacienta udělat?“

Dochází ke splnění cílů, stanovení výsledných kritérií, k zápisu plánů ošetrovatelských intervencí. Na základě kterého se celý ošetrovatelský tým snaží dosáhnout daného cíle. Písemně stanovujeme priority, formulujeme cíle a společně hledáme řešení na zmenšení, nebo odstranění pacientova problémů.

4. krok: REALIZACE

V této části dochází ke splňování naplánovaných kroků ošetrovatelské diagnózy. Výsledkem je zajištění maximálního úsilí celého ošetrovatelského týmu vedoucí k maximální spokojenosti pacienta. Sestra pracuje jak samostatně (na základě vlastních vědomostí), tak ve spolupráci s lékařem (plnění ordinací), tak ve spolupráci s ostatními odbornými pracovníky (např. novorozeneckou sestrou).

5. krok: HODNOCENÍ

Poslední otázka: *„Pomohla jsem?“*

Hodnotíme dosažení cílů, reakce pacienta. Cíle hodnotíme jako splněny - úplně, částečně, nesplněny. Pokud nedojde ke splnění, hledáme příčinu a snažíme se najít jiné intervence ke spokojenosti pacienta (SYSEL D., et al 2011, ROZSYPALOVÁ M., et al., 1999).

7 APLIKACE OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU U PACIENTY S HYSTEREKTOMIÍ PO PORODU

7.1 Popis případu

Pacientka narozena r. 1981 byla dne 18. 10. 2012 přijata na porodnické oddělení ve Vsetíně k plánovanému císařskému řezu. Všechna předoperační vyšetření jsou kompletní. Vzhledem k předchozímu porodu v roce 2002, který byl ukončen císařským řezem a k pokročilému stádiu stupně těhotenství je pacientka svým gynekologem indikována k opakovanému císařskému řezu. Jizva je po předchozím porodu nebolestivá, pohyby cítí, voda neodtekla, nekrvácí. Váhový přírůstek je 25 kg. Po konziliu s anesteziologem je pacientce navrhována spinální anestezie.

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: B.A.	Pohlaví: žena
Titul: 0	Věk: 31
Rodinný stav: vdaná	Pojišťovna: 111
Adresa bydliště: Vsetín	Telefonní číslo: XXX
Nejbližší příbuzný: manžel	Děti: dcera
Adresa příbuzných: Vsetín	Národnost: česká
Zaměstnání: účetní	Vzdělání: středoškolské s maturitou
Datum a čas přijetí: 18. 10. 2012, 14:20	Typ přijetí: plánovaný
Oddělení: gynekologie a porodnictví	Nemocnice: Vsetín
Ošetřující lékař: MUDr. T.A	Primář: MUDr. J. H.

Důvod přijetí udávaný pacientem:

„Plánovaný císařský řez.“

Medicínská diagnóza hlavní:

grh.41 sectio cesarea

Den přijetí 18. 10. 2012

Fyziologické funkce:

TK: 130/80	Výška: 168
P: 80'	Hmotnost: 110
D: 16'	BMI: 38,9
TT: 36,4°C	Pohyblivost: plně pohyblivá
Stav vědomí: plně při vědomí	Krevní skupina: A +

Vyšetření sonografie: 1 vit. plod, PPH1, normohydramnion, vzhledem k silné obezitě a uložení plodu placenta špatně hodnotitelná.

Po přijetí na lůžkové oddělení je plod monitorován KTG záznamem a pacientka je dále vyšetřena anesteziologem a je zahájena krátkodobá předoperační příprava.

Den operace 19. 10. 2012

Ráno v 5hod. je pacientce podán nálev k vyprázdnění. Dále je zajištěna i.v. kanyla na levé horní končetině a podání Plasmalyte 1000ml. Dále podání premedikace dle ordinace 1 amp Ranital, Degan i. v a podání ATB - Vulmizolin 1g i.v. Je zaveden permanentní močový katetr č. 14. Jako prevencí TEN jsou na dolní končetiny přiloženy vysoké bandáže.

Průběh operace:

V klidné spinální anestezii je dutina břišní otevřená v předchozí jizvě po S.C. Po vybavení plodu a jeho předání pediatrovi je zjištěna placenta preavia percreta na přední stěně prorůstání k seroze. Operační zákrok je převeden do celkové anestezie. Pacientce jsou akutně zajištěny vstupy - v. jugularis 1dx, a 2x periferní žíla (po jedné na každé ruce). Po kontrole krvácení a spočítání roušek a nástrojů, zaveden drén do Douglasova prostoru, rána uzavřena a podkožní drenáž. Během výkonu se objevují se masivní krevní ztráty nahrazovány krevními převody - erymasy (8x), plasmou (6x),

volumexpan, krystaloidy. Krevní ztráta cca 2500 ml. Rozvoj hemorhagického šoku. Délka výkonu 7:30 - 9:40. Pacientka nadále přeložena na odd. ARO.

Druh operace: Sectio Cesarea sec. Geppert, hysterectomie abdominalis simplex, lavage et drainage, masivní krevní převody

Závěr hospitalizace na odd. ARO dne 20. 10. 2012:

Po doplnění krevního řečiště pacient nejeví známky infekce, je afebrilní. Dále nevyžaduje resuscitační péči.

Informační zdroje: zdravotnická dokumentace, chorobopis, pacient, lékař, zdravotnický personál.

ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza:

Matka: žije, léčí se s hypertenzí.

Otec: žije, léčí se DM na PAD.

Sourozenci: dobrý zdravotní stav.

Děti: dcera – zdravá.

Osobní anamnéza:

Překonané a chronické onemocnění: běžné dětské nemoci, jinak se s ničím neléčí

Hospitalizace a operace:

Operace: 2002 S.C., 01/2011 revize po abortu

Úrazy: bez vážnějších úrazů.

Transfúze: 0

Alergologická anamnéza:

Léky: neuvádí

Potraviny: neuvádí

Chemické látky: neuvádí

Abúzy:

Alkohol: abstinent

Kouření: nekouří

Káva: nepije

Léky: neuvádí

Jiné drogy: neuvádí

Gynekologická anamnéza:

01/2011 - abort

Sociální anamnéza:

Stav: vdaná

Bytové podmínky: žije ve společné domácnosti s manželem a dcerou.

Vztahy v rodině: vztahy jsou dobré, pravidelně se navštěvují.

Vztahy mimo rodinu: během těhotenství pacientka navštěvovala předporodní kurzy.

Seznámila se s novými lidmi, hodlá si přátelství udržet nadále.

Záliby: ráda plete, čte, vaří, nyní veškerý volný čas věnovala přípravě domácnosti na miminko

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: středoškolské s maturitou

Pracovní zařazení: pracovala jako účetní ve firmě v místě bydliště

Ekonomické podmínky: má dobré

Spirituální anamnéza:

Pacientka je věřící. Pravidelně navštěvuje bohoslužby.

POSOUZENÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU ze dne 20. 10. 2012

Popis fyzického stavu		
SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Hlava a krk	„ Včera mě bolela hrozně hlava, ale dnes už je to lepší“	Lebka: bpn Oči: bulvy ve středním postavení, zornice izokorické, spojivky prokrvené, skléry bílé Uši, nos: bpn Rty, dutina ústní: bpn Krk: štítnice ani uzliny nezvětšeny, zajištěna v. jugularis l.dx.
Hrudník a dýchací systém	„ S dýcháním problémy nemám, trošku mě škrábe v krku, ale říkali, že je to po intubaci“	Hrudník: bpn Dýchání: plíce poslechově čisté, pravidelné
Srdečně-cévní systém	„S tlakem problém nemám“	Srdeční akce: pravidelná, akce ozvy ohraničené Otoky: bez otoků Křečové žíly: bez varikosity, pulzace do periferie
Břicho a GIT	„ Na břichu cítím ránu, při větším pohybu je bolest větší hlavně v místě zavedení drénu“	Břicho: prohmátne, měkké, játra a slezina nehmatná, peristaltika lehce slyšitelná, operační lehce prosakuje Drény: 1x na spád (podkoží) - min. krvavé sekrece Redon (v Douglasu) - bez sekrece
Močově-Pohlavní systém	„ Od včerejška mám zavedenou hadičku, jinak jsem problémy s močením neměla“	Genitál: ženský Moč: PMK velikost č. 14 zaveden dne: 19.10.

		- moč čirá
Kostro-svalový systém	„Ne, v této oblasti jsem problém nikdy neměla“	Poloha: pasivní Svalová síla: normotonus Klouby: Vzhledem ke stavu nevyšetřováno
Nervovo-Smyslový systém	„Cítím se velice slabá, snad se to brzy upraví, zatím si neumím představit, že bych se měla o miminko a rodinu starat“	Vědomí: při vědomí, plně orientovaná
Endokrinní Systém	„Asi vše v pořádku“	Speciálně nevyšetřeno
Imunologický systém	„Nemocná jsem nebyla dlouho“	Lymfatické uzliny: nezvětšeny, tělesná teplota do 37,5°C
Kůže a její Adnexa	„S jizev mám jen po předchozím císaři a pak jen ty včerejší“	Kůže: bledá, bez ikteru, Pravidelné kontroly operační rány a krytí Vlasy, nehty: dlouhé, hnědé barvy nehty upravené

	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Aktivita a Odpočinek	<p>Doma: „Doma máme už 10-ti letou slečnu je velká pomocnice, ale už s ní cloumá puberta. Na sestřičku se těší.“</p> <p>V nemocnici: „Chybí mi rodina hodně si na ně myslím, s péčí o miminko mi hodně pomáhají sestřičky.“</p>	Režim A, přísný klid na lůžku, monitor

Hygiena	<p>Doma: „Sprchuji se každý den.“</p> <p>V nemocnici: „Bez dopomocí sestřiček bych to nezvládla. Mám strach, ať mi nevypadne nějaký drén. Cítím se velmi slabá. Točí se mi hlava.“</p>	Hygienická péče je s dopomocí personálu, přichystání všech pomůcek k lůžku
----------------	--	--

Současný psychický Stav	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Nálada	„Vnitřně se cítím velice prázdná, s partnerem jsme plánovali ještě jedno dítě.“	Pocity smutku, deprese
Reakce na Nemoc	„Je mi to líto“	Pacientka je plačtivá

Současný sociální stav		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Informovanost	O operaci, léčbě, kojení.	„Pan primář mě informoval o průběhu operace. Co se dá dělat. Věřím, že jsem v dobrých rukách. Starší holčičku jsem plně kojila 6 měsíců nevím, jestli to půjde i teď... Bradavky mám velmi bolestivé“	Pacientce se věnuje novorozenecká sestra. Je informována o možnostech polohy při kojení. Edukuje jí o možnostech využití pomůcek, vhodné stravě, péče o prsa
Sociální role a jejich ovlivnění operačním zákrokem	Primární role (související s věkem a pohlavím)	„Mám tři sourozence, vždycky jsem si přála mít velkou rodinu“	Pacientka je ráda za zdravé dítě uvědomuje si roli matky, přesto jde na ní poznat, že ji mrzí nemožnost dalšího těhotenství.

	Sekundární role (související s rodinou)	„Nevím, jak bude reagovat manžel, snad to náš vztah nezmění“	
--	---	--	--

MEDICÍNSKÝ MANAŽMENT:

Ordinovaná vyšetření při překladu na GYN JIP:

Laboratorní vyšetření krve: hematologie, koagulace, krevní plyny, laktát.

Hematologie	20. 10. 2012	Referenční meze nem. VS a.s.
Leukocyty	7,4	4,0 - 10,0 x 10 ⁹ /l
Erytrocyty	2,70	3,8 - 5,2 x 10 ¹²
Hemoglobin	80	120 - 160 x 10 ⁹ /l
Hematokrit	0,24	0,35 - 0,47
MCV	87,8	82 - 98 fl
MCH	29,6	28,0 - 34,0 pg
MCHC	338	320 - 360 g/l
Trombocyty	95	150 - 400 x 10 ⁹ /l
Koagulace		
Fibrinogen	3,8	2 - 4,5 g/l
APTT ratio	1,00	0,8 - 1,2 s
APTT	25	25 - 35 s
Quickův test	91 %	80 - 120%
Laktát		
Laktát	0,81	0,5 - 2,0 mmol/l
Krevní plyny	20. 10. 2012	Referenční meze nem. VS a.s.
pH Astrup	7,360	7,36 - 7,44
PCO ₂	4,25	4,8 - 5,9 kPa
PO ₂	12,84	9,9 - 5,9 kPa

HCO ₃ aktuální	17,9	18,5 - 23,8 mmol / l
Base exes záporný	6,2	0 - 2,5 mmol / l
HCO ₃ standartní	19,3	22,0 - 26,0 mmol / l
O ₂ saturovaný – vypočítaný	98,5 %	94 - 99 %
Hemoglobin	70,0	120 - 160 g / l

Konzervativní léčba:

Dieta: 0 - tekutá

Výživa: per os

Pohybový režim: omezený

Medikamentózní léčba:

- Per os:

Ibumax 400 (antiflogistikum, analgetikum, antipyretikum) 1-1-1

Ubretid 5mg (inhibitor cholinesterázy, parasymptomimetikum) 1-1-1

KCL 500 mg (iontový přípravek) 1-1-1

Aktiferrin (antianemikum) 1-1-1

- Infúze:

Plysmalyte 1000 ml (izotonický roztok) 1-0-0

5% Glukosa 500 ml (izotonický roztok) 0-1-0

Ringer 500ml (izotonický roztok) 0-0-1

- Analgezie

Dipidolor 1amp + Novalgin 1amp dotažené do 60 ml fyziologického roztoku přes injektor 5ml / hodinu

Novalgin 1amp i.m. dlp (po kojení)

- Subcutánní:

Zibor 3500 (antikoagulancium) 1-0-0

Situační analýza ze dne 21. 10. 2012:

31- letá pacientka přijata 20. 10. 2012 na gynekologickou JIP, jako překlad s odd. ARO po hysterectomii po porodu. Pacientka má trvale monitorovány vitální funkce a stav vědomí co 30 minut po dobu 2 hodin. Dále pak co 1 hodinu.

Tělesná teplota 36,5°C měřena axilárně. Na břiše je operační rána o velikost cca 15cm, krytí mírně na pravé straně krvavě prosakuje. Ošetřováno Cutaseptem G spray a přelepeno sterilním krytím. Pacientce jsou zavedeny dva drény - I. drén na spád s podkoží odvádí něco málo krve, II. - Redonův drén v Douglasově prostoru je bez sekrece. Gynekologické krvácení slabé na jednu vložku. Pacientka má zaveden v. jugularis l. dx., která je pro nefunkčnost zrušena. Dále jsou zavedena periferní žilní linka na pravé horní končetině (zavedená 19. 10. 2012). Pacientka je analgetizována směskou Dipidolor + Novalgin dotaženo do 60 ml FR rychlostí 5ml/ hod., má rozepsanou dlp. 1amp Novalginu i.m - s odstupem kojení 4hod. PMK je funkční, bez známek infekce, odvádí světle žlutou moč. Bilance tekutin je pozitivní za 24hod + 250ml. Poslední stolice 19. 10. 2012 (nálev v den operace).

První kojení při překlade na gynekologickou JIP, prsy nalité, na pohmat bolestivé pacientka udává pocity napětí v prsou. Vzhledem ke zdravotnímu stavu matce nejlépe vyhovuje kojení v polosedě s podloženými koleny. Dítě se během kojení odtahuje - nechce se přisát. Zdravotní sestra nosí dítě pravidelně cca 4 hodiny. S hygienickou péčí je pacientka závislá na personálu. Pacientka je poučena o vhodnosti cvičení dolních končetin, jako prevencí TEN. Pacientka udává, že se cítí nevyspalá - má obavy o svůj zdravotní stav a dítě.

Ráno 21.10.2012 aplikována 1amp. Novalgin i.m. Nachystání hygienických pomůcek k lůžku při posazování udává kolapsový stav, cítí se slabá, trpí pocity méněcennosti, je plačtivá.

S dítěte má radost chtěla by ho mít u sebe, ale uvědomuje se, že potřebuje nabrat síly. Dítě je v pravidelných intervalech nošeno k pacientce a přikládáno k prsu. Během dne drény a moč. katetr ex, i.v. vstup prozatím ponechán. Na stolicí od dne operace pacientka nebyla. Pacientka je postupně během dne posazována. Večerní hygiena je ve sprše v doprovodu zdravotní sestry a ošetřovatelky. Výživa per os - 2.

Stanovení sesterských diagnóz a jejich uspořádání dle priorit

1. Akutní bolest v souvislosti s operační ranou projevující se bolestivým výrazem a verbalizací.
2. Únava v důsledku nadměrných energetických nároků organismu v pooperačním období projevující se poklesem.
3. Neefektivní kojení z důvodu odloučení matky a dítěte v bezprostředním poporodním období projevující se bolestivostí prsou.
4. Nespavost z důvodu strachu o budoucnost projevující se verbalizací.
5. Porucha soběstačnosti z důvodu pooperační imobilizace projevující se nutností dopomoci při hygieně.
6. Strach o budoucnost z důvodu komplikací porodu projevující se verbalizací.
7. Deficit znalostí v oblasti péče o prsa projevující se verbalizací.

Potencionální ošetřovatelské diagnózy

1. Riziko vzniku zácpy z důvodu snížené mobility / upoutání na lůžko.
2. Riziko vzniku úrazu z důvodu celkové slabosti.
3. Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení invazivních vstupů / operační rány.
4. Riziko vzniku zánětu prsu z důvodu špatné techniky kojení.
5. Riziko vzniku TEN z důvodu pooperační komplikace.
6. Riziko vzniku poporodní deprese z důvodu komplikací porodu.

Ošetrovatelská diagnóza 1:

Akutní bolest v souvislosti s operační ranou projevující se bolestivým výrazem a verbalizací.

Cíl: Pacientka udává snížení bolesti o 2 stupně na číselné škále bolesti do 2 hod.

Priorita: vysoká

Výsledná kritéria:

Pacientka chápe příčinu bolesti do 1 hodiny.

Pacientka udává snížení bolesti na snesitelnou míru do 2 hodin.

Pacientka umí zaujmout vhodnou úlevovou polohu do 2 hodin.

Plán intervencí:

Zjistí lokalizaci, vyzařování, charakter bolesti - 3x denně, všeobecná sestra.

Zhodnot' intenzitu bolesti dle VAS stupnice bolesti a zaznamenávej do dokumentace - všeobecná sestra.

Pomoz najít vhodnou polohu s ohledem na umístění drénů - všeobecná sestra.

Nauč pacientku předcházet zhoršení bolesti - kompresí operační rány při kašli, při pohybu na lůžku - všeobecná sestra.

Podávej léky dle ordinace a sleduj jejich účinek - všeobecná sestra.

Realizace ze dne: 20. 10. 2012

Čas	průběh realizace	Podpis sestry
9:00	Pacientka přeložena s oddělení ARO na oddělení GYN JIP Kontrola fyziologických funkcí a záznam do dokumentace. FF: TK - 110/60 torr, P - 75/minutu, D - 17/minutu, TT - 36,7 °C. Kontrola funkčnosti periferních vstupů - v. jugularis l. dx nefunkční - ex, periferní žíla na PHK - nadále ponechána. PMK - funkční. Kontrola krytí na operační ráně - krvavě prosakuje na pravé straně - lékař informován. Proveden převaz	P. B.

	rány, ošetřeno Cutaseptem G spray a přelepeno sterilním krytím. Kontrola funkčnosti drénů. Záznam do dokumentace. Pacientka udává bolest operační rány č. 4 dle VAS škály - záznam do dokumentace, lékař informován.	
9:10	Pacientce je poprvé přikládáno dítě k prsu. Je edukována o polohách při kojení.	P. B.
9:20	Aplikace analgetik 1amp. NOVALGINU i.m. dle ordinace lékaře	P. B.
10:00	Kontrola účinku analgetik. Pacientka udává bolest č. 2 - záznam do dokumentace, sledování operační rány.	P. B.
12:30	Podání medikace dle ordinace lékaře, záznam do dokumentace.	P. B.
14:00	Kontrola krytí rány. Krytí je suché neprosakuje. Pacientce je přikládáno dítě k prsu.	P. B.
14:30	Pacientka udává bolest č. 3, aplikace analgetik i.m. dle ordinace	P. B.
15:00	Sledování bolesti, pacienta udává bolest č. 2 - záznam do dokumentace	P. B.
18:00	Podána medikace podle ordinace lékaře, sledování účinku podaných léků, hodnocení stupně bolesti pacientka udává bolest č. 2, sledování operační rány a funkčnosti drénů záznam do dokumentace - analgetika odmítá.	J. N.
23:00 až 6.00	Sledování celkového stavu pacienta, pravidelné záznamy v dokumentaci.	J. N.

Vyhodnoceno po 9 hodinách:

Pacientka zná příčinu bolesti.

Pacientka umí využít úlevové polohy a využívá je.

Bolest se zmírnila z čísla 4 na číslo 2, bolest se nadále nezhoršuje.

Cíl byl částečně splněn, v naplánovaných intervencích je dále třeba pokračovat.

Ošetrovatelská diagnóza 2:

Únava v důsledku nadměrných energetických nároků organismu v pooperačním období projevující se verbalizací.

Cíl: Pacientka se cítí odpočatá.

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

Pacientka udává dostatek energie do 24 hodin.

Pacientce je zajištěna aktivita přes den, v noci zajištění klidného prostředí ke spánku - ihned.

Pacientka se zapojuje do aktivit denního života v rámci svých možností - ihned.

Plán intervencí:

Posuď medikaci pacienta a její vliv na únavu - všeobecná sestra.

Vyslechni pacientku, jak sama vnímá příčiny únavy - všeobecná sestra.

Monitoruj fyziologické funkce, kontroluj výsledky krevního vyšetření - všeobecná sestra.

Respektuj nárok pacientky na odpočinek - všeobecná sestra, ošetřující personál.

Zajisti vhodné podmínky pro odpočinek - vyvětrej místnost, omez návštěvy - všeobecná sestra, ošetřující personál.

Pouč pacientku a dostatečném a vhodném pitném režimu - všeobecná sestra.

Edukuj pacientku o zásadách správné výživy v období kojení - všeobecná sestra, nutriční terapeut.

V noci se chovej na oddělení tíše, používej noční světlo - všeobecná sestra, ošetřující personál.

Realizace ze dne: 20. 10. 2012

čas	průběh realizace	Vykonala
10:00	Pacientce po přeložení na oddělení a nezbytných úkonech je zajištěn klid v možnostech denního provozu na oddělení.	P. B.
13:00	Pacientka měla návštěvu (manžela), který ho podporuje k uzdravení. Dodává pacientce více optimismu.	P. B.
15:00	Odpolední klid na lůžku, kojení za účasti sestry, pacientce jsou poskytnuty informační letáky a brožury týkající se edukace kojení.	P. B.
18:00	Pacient je psychicky zhoršen. Snaha navodit pacientovi dobrou náladu rozhovorem. Doporučení psychologa, pacientka odmítá - záznam do dokumentace.	J. N.
19:00	Večerní hygiena, pacientka aktivně zapojována v rámci možností vzhledem ke zdravotnímu stavu	J. N.
22:00	Zajištění prostředí v rámci možnosti oddělení ke klidnému spánku - vyvětrání místnosti, použití nočního světla.	J. N.
23:00 až 6.00	Sledování celkového stavu pacienta, pravidelné záznamy v dokumentaci.	J. N.

Vyhodnoceno 21. 10. po 24hodinách:

Pacientka se v rámci možností zapojuje do denního režimu.

Subjektivně se pacientka cítí lépe.

Cíl byl částečně splněn, v naplánovaných intervencích je dále třeba pokračovat.

Ošetrovatelská diagnóza 3:

Neefektivní kojení z důvodu odloučení matky a dítěte v bezprostředním poporodním období projevující se bolestivostí prsou.

Cíl: Pacientka bude při každém kojení dostatečně edukována o správném způsobu kojení.

Výsledná kritéria:

Pacientka zná polohy, ve kterých lze kojít do 12 hodin.

Pacientka přijme dostatečné množství vhodných tekutin do konce hospitalizace

Pacientka je poučena o stravě vhodné pro kojící matky do 48 hodin.

Pacientka zná pomůcky, které lze při kojení použít do 12 hodin.

Pacientka zná péči o prsa v době kojení do konce hospitalizace.

Plán intervencí:

Edukuj pacientku o intervalu kojení - všeobecná sestra.

Sleduj hmotnost novorozence před a po kojení - všeobecná sestra.

Sleduj tvar a zvláštnosti bradavek - všeobecná sestra.

Ukaž pacientce správné držení novorozence při kojení - všeobecná sestra, novorozenecká sestra.

Edukuj pacientku a správném životním stylu kojící ženy - všeobecná sestra.

Seznam pacientku s pomůckami, které lze při kojení využít - všeobecná sestra.

Realizace ze dne: 20. 10. 2012

čas	průběh realizace	vykonala
09:10	Přiložení dítěte k prsu. Pacientky si osvojuje správné držení a přikládání k prsu. Dále je edukována o vhodné stravě kojící	P. B.

	ženy. Drény, PMK ex. Rána sterilně ošetřena. Záznam do dokumentace	
12:00	Podání oběda	P. B.
13:00	Kojení za kontroly zdravotní sestry, edukace o požití odsávaček mateřského mléka, seznámení o možnosti používání formovačů bradavek, kloboučků. Návštěva manžela, psychicky je zlepšení stavu.	P. B.
17:30	K matce je převezeno dítě na kojení. Pacientka je poučena o možných polohách při kojení.	P. B.
19:00	Večerní hygiena za doprovodu ve sprše. Pacientka se cítí stále slabá, ale zvládla to bez větších problémů. Analgetika odmítá.	J. N.
20:30	Kojení za přítomnosti všeobecné sestry. V rámci možností zajištění prostředí pro klidný spánek - vyvětrání místnosti, tlumené světla.	J. N.
23:00 až 6.00	Sledování celkového stavu pacienta, pravidelné záznamy v dokumentaci.	J. N.

Vyhodnoceno po 12 hodinách:

Pacientka zná vhodné polohy ke kojení.

Pacientka během dne přijímá dostatek vhodných tekutin.

Pacientka je seznámená s možnostmi využití pomůcek ke kojení.

Cíl byl částečně splněn, v naplánovaných intervencích je dále třeba pokračovat.

Ošetrovateľská diagnóza č. 4

Nespavosť z dôvodu strachu o budúcnosť prejavujúca sa verbalizáciou.

Cíl: Pacientka sa cíti odpočívajúca

Priorita: stredná

Výsledná kritéria:

Pacientka spí v noci minimálne 6 hodín do 48 hodín.

Pacientka sa po prebudení cíti odpočívajúca do 48 hodín.

Pacientka udáva dostatok energie do 48 hodín.

Pacientka udáva zmiernenie strachu do 24 hodín.

Plán intervencií:

Zistiť potrebu spánku a odpočívku pacientky - všeobecná sestra.

Posuď príčiny vedúce k nespavosti - všeobecná sestra.

Zistiť spánkové rituály pacientky - všeobecná sestra.

Zajímaj sa o subjektívne problémy pacientky - všeobecná sestra.

Zhodnoť poruchu spánku (špatné usínanie, časté buzenie počas noci, skoré prebudenie) - všeobecná sestra.

Zajisti optimálne podmienky pre klidný spánek (klid na odd., nočné svetlo, vyvetraná miestnosť, ...) - všeobecná sestra, ošetrovatelka.

Dokumentuj dĺžku spánku - všeobecná sestra.

Doporuč konzultáciu s psychológom - všeobecná sestra.

Zajisti kontakt s rodinou - všeobecná sestra.

Realizácia za dňa: 21. 10. 2012

čas	průběh realizace	Vykonala
05:30	Pacientka je již vzbuzená - ranní kojení. Pacientka udává, že se během noci často budila a měla problém již při usínání	P. B.

06:00	Aplikace analgetik i.m.	P. B.
06:30	Ranní hygiena. Pacientka je k lůžku posazována, udává točení hlavy, cítí se slabá - lékař informován.	P. B.
07:00	Vizita lékaře, kontrola celkového stavu pacientky. Drény ex. Rána sterilně ošetřena.	P. B.
09:00	PMK ex, i.v. vstup na pravé horní končetině ponechán. Kontrola operační rány - neprosakuje. Záznam do dokumentace.	P. B.
11:00	Pacientka usíná.	P. B.
12:30	Kontrola rány. Pacientka doprovázena na WC, udává mírnou dysurii - lékař informován, záznam do dokumentace.	P. B.
14:00	Komunikace s pacientkou, sledování psychického stavu pacienty, kontrola rány	P. B.
14:30	Návštěva pacientky	P. B.
18:30	Večerní hygiena za doprovodu ve sprše. Pacientka se cítí psychicky lépe. Udává zmírnění strachu o budoucnost.	V. V.
20:00	Úprava lůžka.	V. V.
21:00	Zajištění klidného prostředí pro spánek.	V. V.

Vyhodnoceno po 24 hodinách:

U pacientky došlo ke zlepšení psychického stavu.

Po svěření obav a podpoře rodiny se pacientce lépe usíná.

Cíl byl částečně splněn v intervencích je třeba nadále pokračovat.

Celkové zhodnocení ošetrovatelské péče

V rámci pobytu na gynekologické JIP se stav pacientky nadále nezhoršoval. Pacientce byla poskytována komplexní ošetrovatelská péče.

Ošetrovatelská péče byla poskytnuta od prvního dne až do přeložení na oddělení šestinedělí. Během hospitalizace se podařilo získat důvěru pacientky k celému ošetřujícímu personálu. Výsledkem bylo poskytnutí kvalitní péče, řádná edukace v oblasti kojení, péče o prsa, operační jizvu. Pacientka plně chápe, za jakých okolností došlo k odstranění dělohy. Psychický stav pacientky se zlepšil. Během hospitalizace nedošlo k žádnému poškození pacientky.

8 Edukační plán pro partnery u porodu

Edukace je odvozena od latinského slova educio, educare a překládáme ji jako vést vpřed, nebo jako vychovávat. Závěrem edukace je posun ve vědomostech, návycích a vědomostech. V edukačním procesu se setkáváme s:

- Edukatorem - ten, kdo někoho edukuje
- Edukantem - ten, kdo se učí.

Edukátor by měl mít:

- dobré dovednosti, jak teoretické tak praktické;
- ochotu, snahu a empatii pomoci a naučit něčemu novému;
- verbální a nonverbální komunikační dovednosti;
- zájem o pacienta;
- snahu navázat důvěru s edukantem;
- umět namotivovat edukanta (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

8.1 Edukace v předporodní přípravě

Edukace je důležitá nejen v období těsně před porodem, ale měla být v průběhu celého těhotenství. Rodiče by měli mít dostatek času se sami rozhodnout, zda si přejí být oba u porodu. Měli by vzájemně respektovat jak přání ženy, tak přání muže a nenechat se ovlivnit módními trendy či okolím. Pokud nebudou respektovány vzájemné pocity, může být porod traumatickým zážitkem pro oba. Rozhodně neplatí, že nepřítomnost otce u porodu rovná se špatný otec. Ve většině případů se rodičky během porodu cítí klidnější a jistější, napomáhá ženě zvládat stresové situace a úzkostné stavy. Psychika a nálada ženy se během porodu mění, na to by měl být muž připraven.

Stejně tak, by měl být seznámen s fází porodu, s porodnicí a zvyklostech oddělení. Je dokázáno, že:

- muži, kteří se účastní porodu, si partnerek více váží a mají větší úctu k mateřské roli;
- citové pouto k dítěti je silnější, dříve se zapojují do péče o dítě.

Otec by měl respektovat chod oddělení a rozhodnutí lékaře. S předporodního kurz by měl být seznámen, jak nejvíce pomoci budoucí matce.

V I. době porodní:

- při kontrakcích by měl muž mít zvládnutou techniku „psí dýchání“ a kontrakce můžou prodýchat společně;
- pomoci najít vhodnou úlevovou polohu (viz příloha C);
- zajistit bezpečnost (doprovodit partnerku do sprchy, zajistit bezpečnost na gymnastickém míči),...
- sledovat délku, pravidelnost kontrakce.

Samozřejmostí by měla být psychická pohoda, podpora, přivolání zdravotníku na žádost pacientky.

V II. době porodní:

- zachovat klid, dávat najevo důvěru a povzbuzovat;
- svlažit rty, otřít opocené obličej;
- opakovat rady porodníka.

V III. době porodní:

- dle zvyklostí přestříhnout pupečník;
- novopečenou maminku by určitě neměl zapomenout pochválit a poděkovat.

V IV. době porodní:

- rodička si určitě zaslouží odpočinek. V životě je spousta situací, kdy není třeba mnoha slova a tahle je bezesporu jedna s nich (WALLIS L., 2013).

Důraz v edukaci vidíme v psychické podpoře obou partneru, kdy názorně ukážeme vhodné polohy v I. a II. době porodní.

Edukační plán

Téma: Význam otce u porodu

Edukátor: Všeobecná sestra, porodní asistentka

Předpokládaná doba: 15 minut

Cíl kognitivní: budoucí rodiče chápou jednotlivé doby porodní a alternativní možnosti na zmírnění bolesti, otec ví, co se od něj očekává.

Afektivní: **partner** nebude mít obavy z nezvládnutí podpory partnerky při porodu

Psychomotorický: otec je schopen doprovázet partnerku k porodu

Další cíle:

- seznámení rodičů s harmonogramem na oddělení;
- vyslechnutí budoucích rodičů a shrnutí jejich obav;
- názorné předvedení rodičů vhodných úlevových poloh;
- ukázka možných masážních prvků.

Metoda prezentace:

- vysvětlení;
- názorné předvedení.

Hodnocení: ústně, zpětná vazba.

9 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Doporučení pro personál:

- zajistit dostatek soukromí, zabránit studu;
- informovat - jak ze strany lékaře, tak ze strany všeobecných sester, zajistit dostatek edukačních materiálů...
- Pokud zdravotní stav dovolí umožnit kontakt s rodinnými příslušníky;
- vytvořit si pocit důvěry, navození přátelského vztahu, vyhledávat a řešit problémy, aktualizovat problémy;
- umožnit dostatek odpočinku a spánku - možnost pohlídání dítěte na novorozeneckém oddělení;
- s pacientkou mluvit jasně, zřetelně vyhnout se odborným termínům;
- řádně zaznamenávat ošetrovatelské problémy pomocí ošetrovatelského procesu.

Doporučení pro pacienta:

- pozitivně myslet;
- v případě potřeby kontaktovat psychologa;
- nebát se mluvit s partnerem

ZÁVĚR

Cílem práce bylo navrhnout a realizovat individuální plán péče u pacientky s hysterectomií po porodu. Vypracovali jsme ošetrovatelský proces u pacientky hospitalizované na jednotce gynekologické JIP. Toto téma bylo vybráno, protože není častým důvodem, aby u tak mladých žen v produktivním věku byla indikace k odnětí dělohy. Tato situace přináší do života ženy velký zásah.

V teoretické části byla rozebrána fyziologie těhotenství, změny organismu, předporodní příprava, císařský řez a možné komplikace. V praktické části jsme se zabývali konkrétním pacientkou od jejího přijetí až do propuštění na oddělení šestinedělí.

Byly sestaveny ošetrovatelské diagnózy pro sesterskou péči s navržením cílů a ošetrovatelských intervencí. Součástí naší práce je i edukační materiál. Je třeba brát na vědomí, že i pro partnera je porod velmi stresující a měla by mu být věnována pozornost v rámci předporodní přípravy.

Myslíme si, že i když se dnes umožňuje přítomnost blízké osoby na porodním sále, mělo by jí být věnované větší pozornosti, proto byl navržen informační leták zaměřen právě pro ně se základními informacemi. Ten lze využít v rámci předporodních kurzů.

Seznam použité literatury

1. BEJDÁKOVÁ, Jitka. *Cvičení a sport v těhotenství*. 1. vydání, Praha: Grada, 2006. 136s. ISBN 80-247-1214
2. ČECH, Evžen et al. *Porodnictví*. 2. vydání, Praha: Grada, 2006. 544s. ISBN 978-80-247-1303-8
3. DEANS, Anne. *Your pregnancy bible new revised and expanded*. 1. vydání, London: Carroll & Brown Limited, 2003. 233s. ISBN: 978-1-904760-97-9
4. GREGORA, Martin., VELEMÍNSKÝ Miloš ml. *Čekáme děťátko*. 1. vydání, Praha: Grada, 2007. 354s. ISBN: 978-80-247-1489-9
5. HANÁKOVÁ, Taťána et al. *Velká česká kniha o matce a dítěti*. 1. vydání, Praha: Computer Press a.s. 2010. 248s. ISBN 978-80-251-2788-9
6. HÖFLER, Heike. *Posílení pánevního dna*. 1. vydání, Praha: Grada, 2009. 96s. ISBN:978-80-247-2958-9
7. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání, Praha: Grada 2010. 77s., ISBN: 978—80-247-2171-2
8. KASAL, Eduard, et al. *Základy anesteziologie, resuscitace, neodkladné medicíny a intenzivní péče*, 1. vydání, Praha: Karolinum, 2004. 197s. ISBN: 80-246-0556-2
9. KOBILKOVÁ, Jitka et al. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vydání, Praha: Galén, 2005. 368s. ISBN: 80-7262-315-X
10. MACKONOCHE, Alison et al. *Těhotenství a péče o dítě*. 2. vydání, nakladatelství: Svojtka & Co., s.r.o., 2002. 255s. ISBN 978-80-7237-049-8
11. MIKULANDOVÁ, Magdalena. *Těhotenství a porod*. 1. vydání, Brno: Computer Press, 2004. 156 s. ISBN: 80-251-0205-X
12. PAŘÍZEK, Antonín et al. *Knih o těhotenství @porodu*. 2. vydání, Praha: Galén, 2005. 407s. ISBN 80-7262-411-3

13. PAŘÍZEK, Antonín et al. *Porodnická analgezie a anestezie*. 1. vydání, Praha: Grada, 2002. 536s. ISBN 80-7169- 969-1
14. PETŘIČKOVÁ, Renata. *Jsem těhotná, ne nemocná*. 1. vydání, Praha: XYZ, s.r.o., 2009. 353s. ISBN: 978-80-7388-274-7
15. ROZSYPALOVÁ, Marie, STAŇKOVÁ Marta., et al., *Ošetrovatelství*, 3. vydání, Praha: Informatorium, spol. s.r.o. 1999., 234s. ISBN 80-86073-39-4
16. SIMKINOVÁ, Penny. *Partner u porodu*. 1. vydání, Praha: ARGO, 2000. 245s. ISBN: 80-7203-308-5
17. SLEZÁKOVÁ, Lenka et al. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 1. vydání Praha: Grada, 2011. 280s., ISBN: 978-80-247-3373-9
18. STADELMANN, Ingeborg. *Zdravé těhotenství a přirozený porod*. 3. vydání Praha: One Woman Press 2009. 512s., ISBN: 978-80-86356-50-1
19. SYSEL, Dušan, BELEJOVÁ, Hana, MASÁR Oto. *Teorie a praxe ošetrovatelského procesu*, 2. vydání, Brno: Tribun EU s.r.o., 2011. 280s. ISBN 978-80-263-0001-4

Internetové publikace

20. WALLIS, Lucy, 2013, [online]. [citováno 1.3.2013]. Dostupné z:

<http://www.bbc.co.uk/news/magazine-21701683>

21. WOODS, Mark, Pregnancy for men the whole 9 months [online]. [citováno 1. 5. 2013]. Dostupné z:

http://www.amazon.co.uk/Pregnancy-For-Men-whole-months/dp/190541062X/ref=pd_bxgy_b_img_z#reader_190541062X

22. Anon, [online]. [citováno 1. 3. 2013] Dostupné z: <http://www.maminkam.cz/polohy-pri-kojeni>

23. Anon, [online]. [citováno 1. 3. 2013] Dostupné z: <http://www.maminkam.cz/prilozeni-ditete-k-prsu-a-efektivni-sani>

Časopis

24. Máma a já, červen 2009, roč. IV, č. 6, 24 s., ISSN 1801-8769

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Edukační leták.....	I
Příloha B - Potraviny v těhotenství a 7 pravidel zdravého stravování.....	II
Příloha C - Ukázka porodního plánu.....	III
Příloha D - Úlevové polohy v I. době porodní.....	IV
Příloha E - Možné polohy při kojení a správné přiložení dítěte k prsu.....	V
Příloha F - Souhlas s poskytnutím fotografie.....	VII
Příloha G - Čestné prohlášení	VIII
Příloha H - Rešerše	IX

Příloha A – Edukační leták

NEŽ VSTOUPÍTE NA PORODNÍ SÁL...

Dnes už nikoho nepřekvapí přítomnost partnera u porodu. Nezapomeňte, že štěstí přeje připraveným, proto se připravte už během těhotenství:

- ⇒ ČTĚTĚ zjistíte si co nejvíce informací
- ⇒ CHOĎTE NA KURZY spolu s partnerkou, projděte si porodní sál, společně si vyberte porodní asistentku, dluh,...
- ⇒ MLUVTE s maminkou o porodu, sestavte si porodní plán

Čím můžete pomoci?

Zajistěte mamince klidnou atmosféru - vhodné je tlumené světlo, oblíbená hudba, vůně,...

Nacvičte si dýchání, masáže, vhodné polohy pro I. a II. dobu porodní...

Hlavně nezapomínejte, že nejdůležitější je Vaše přítomnost, podpora a někdy pohlazení je více než tisíc slov...



Nezapomínejte, že porod je stejně namáhavý a náročný i pro Vás. Abyste byl opravdu dobrým

doprovodem k porodu, tak:

- snažte si sbalit, co nejvíce věcí předem
- během porodního procesu pravidelně jezte a pijte
- oblečte si pohodlné oblečení
- nestůjte po celou dobu, můžete si i sednout
- nejste-li si s něčím jist, nebojte se zeptat
- požádejte sestru, nebo porodní asistentku o pomoc pokud Vám dojde inspirace, jaká úlevová opatření byste ještě mamince mohl nabídnout.

Jak můžete pomoci?

- zůstaňte klidný v těsné blízkosti, obejměte ji
- při každém stahu věnujte matce plně pozornost
- povzbuzujte a chvalte
- v období mezi stahy spolu mluvíte
- v I. a II. době porodní vyzkoušejte různé úlevové polohy
- zjistěte, jaké doteky jsou matce příjemné např. jemná masáž pouze konečky prstů na různých částech těla

CO PRO SEBE DO PORODNICE?

- výtisk porodního plánu
- hodinky s vteřinovou ručičkou
- toaletní potřeby
- svačtinu
- něco na převlečení
- plavky a ručník (pokud chystáte maminku doprovázet do sprchy)
- fotoaparát

EDUKAČNÍ MATERIÁL VYTVOŘEN PRO
VŠZ o.p.s. Praha
JAKO SOUČÁST BAKALÁŘSKÉ PRÁCE
VYTVOŘILA: PAVLA BATLOVÁ
FOTOGRAFIE POUŽITA ZE SOUKROMÉHO ALBA
ZÁKAZ KOPIOVÁNÍ ©

Potraviny v těhotenství a 7 pravidel zdravého stravování

Vhodné potraviny	Nevhodné potraviny
<ul style="list-style-type: none">• ovoce;• zelenina;• celozrnné výrobky;• luštěniny;• mléčné výrobky	<ul style="list-style-type: none">• syrové maso a ryby;• pokrmy s rychlého občerstvení;• nedovařená, nebo syrová vejce;• plísňové sýry;• pytlíkové polévky, omáčky;• uzeniny;• velké množství kávy a alkoholu;• paštiky a játra

Sedm pravidel zdravého stravování:

- 1) Jezte tři hlavní jídla a 2 - 3 lehčí svačinky za den.
- 2) Pravidelně pijte - alespoň 8 sklenic vody denně.
- 3) Jezte hodně ovoce a zeleniny.
- 4) Nejezte za dva, ale dvakrát zdravěji.
- 5) Při vaření používejte rostlinné oleje jako je slunečnicový, olivový.
- 6) Omezte příjem sladkostí, tuků, mastných jídel.
- 7) Omezte příjem instantních a konzervovaných jídel.

Ukázka porodního plánu

Vážená paní porodní asistentko,

Velice nás těší, že nám budete pomáchat při porodu. S manželem jsme se celé těhotenství pečlivě připravovali. Akceptujeme Vaše pokyny, stejně tak i pokyny lékaře - Vaše znalosti jsou nezbytné a věříme, že se o nás postaráte s maximální péčí. Byli bychom rádi, kdybyste respektovali pár našich požadavků, samozřejmě pokud to bude možné a nebudou jim bránit závažné důvody.

Naše přání je:

- zachovat co možná nejvyšší intimitu - nepřejeme si více lidí (žákyně u porodu, mediky) než je nezbytně nutné,
- aby veškeré zákroky byly s námi nejdříve konzultovány,
- léky na tlumení bolesti prosím nenabízejte, dokud si o ně nepožádáme,
- prosím, nechte rodičku zkoušet porodní polohy dle její vůle,
- k nástřihu hráze přistupujte až v případě, že se to ukáže nezbytně nutné,
- prosíme o co nejvčasnější přiložení dítěte k prsu.

Dne:

Podpis:

Úlevové polohy v I. době porodní



Zdroj: SIMKINOVÁ, 2000 str. 90

Možné polohy při kojení a správné přiložení dítěte k prsu

Základní poloha vsedě (poloha madony, kolíbka)



Poloha tanečnicka



Fotbalová poloha

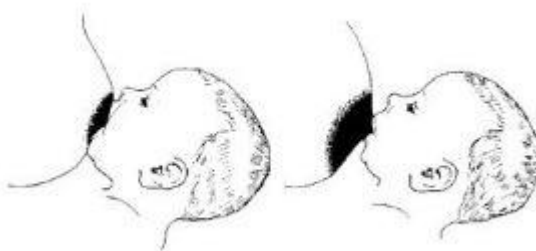


Poloha vleže



Zdroj: <http://www.maminkam.cz/polohy-pri-kojeni>

Dobré a špatné přisátí dítěte



Zdroj: <http://www.maminkam.cz/prilozeni-ditete-k-prsu-a-efektivni-sani>

SOUHLAS S POSKYTNUTÍM FOTOGRAFIE

K JEJÍ NEKOMERČNÍMU POUŽITÍ

Níže uvedená osoba dává souhlas s použitím fotografie vzniklé ze dne 19. 1. 2013

pro prezentaci edukačního materiálu v tištěné i elektronické podobě, který je součástí bakalářské práce Pavly Batlové na téma - NEŽ VSTOUPÍTE NA PORODNÍ SÁL...

Tento souhlas se poskytuje v souladu o ochraně autorských práv a ochraně práv svobody občanů.

Foto a grafická úprava:

Jméno a příjmení: Pavla Batlová, DiS

Model:

Jméno a příjmení: Petr Blažek

Ve Vsetíně dne 20. 5. 2013

.....

Podpis

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem všechny informace nasbírala na odborné praxi se souhlasem pacientů a od lékařů z oddělení.

Datum 31. 5. 2013

.....

Pavla Batlová, DiS

Rešerše

Téma: hysterectomie po porodu

Zadala: Pavla Batlova

Vyhotovil: Pavel Holík

Publikace a články:

ADAMÍK, Zdeněk — ZÁBRANSKÝ, F. — GROSSMANNOVÁ, Helena. Algoritmus přístupové cesty k hysterektomii: Celostátní konference ČGPS ČLS JEP a SSG ČR, Hradec Králové, 14.-16.11.2002. Přednes. oceněných prací a diskuse k sekci posterů. Praktická gynekologie, 2002, č. 5, s. 29. ISSN: 1211-6645.

ADAMS, Marci G. — MACGREGOR, Scott N. — KIRSCHNER, Carolyn V. — SILVER, Richard K. Jak reagovat na trend narůstajícího počtu císařských řezů?. Gynekologie po promoci, 2010, roč. 10, č. 4, s. 21-26. ISSN: 1213-2578.

ANDRÝS, Josef — DONÁT, Josef. Naše zkušenosti s hysterektomií při porodu. Československá gynaekologie, 1976, Roč. 41, č. 3, s. 203-204. ISSN: 0374-6852.

ANTSAKLIS, A. — DASKALAKIS, G. — PAPANTONIOU, N., et al. Emergency post-partum hysterectomy: 17th European Congress of Obstetrics and Gynaecology. Prague, May 22-25, 2002. Abstracts. Obstetrics and Materno-fetal Medicine. Česká gynekologie, 2002, Roč. 67, č. 2, s. 83. ISSN: 1210-7832.

BARANEC, M. Hysterektomia v porodnickej praxi. Československá gynaekologie, 1984, Roč. 49, č. 7, S. 491-494. ISSN: 0374-6852.

BARANI, B. — HOLUB, Zdeněk — SHÍBALOVÁ, E. Prevence pooperačních poševních zánětlivých komplikací Polygynaxem. Gynekolog, 2003, Roč. 12, č. 5, s. 227-228. ISSN: 1210-1133.

BINDER, Tomáš — FEYEREISL, Jaroslav — MĚCHUROVÁ, Alena, et al. Diagnostika a léčba akutního peripartálního život ohrožujícího krvácení: doporučený postup ČGPS sekce perinatální medicíny ČGPS ČLS JEP. Moderní gynekologie a porodnictví, 2009, roč. 18, č. 2, s. 169-174. ISSN: 1211-1058.

BINDER, Tomáš — CVACHOVEC, Karel — ČERNÝ, Vladimír, et al. Diagnostika a léčba akutního peripartálního život ohrožujícího krvácení - doporučení odborných společností. Transfuze a hematologie dnes, 2008, roč. 14, č. 4, III-V. ISSN: 1213-5763.

