

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U ŽENY PO METODĚ
ASISTOVANÉ REPRODUKCE**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

ADRIANA KOLAŘÍKOVÁ

Praha 2014

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U ŽENY PO METODĚ
ASISTOVANÉ REPRODUKCE**

Bakalářská práce

ADRIANA KOLAŘÍKOVÁ

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Porodní asistentka

Vedoucí práce: PhDr. Jana Kocurová

Praha 2014



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

Kolaříková Adriana
3. A PA

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 9.4.2013 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetřovateský proces u ženy po metodě asistované reprodukce

Nursing Proces for Woman after Assisted Reproductive Methods

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jana Kocurová

V Praze dne: 2.9.2013

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

Podpis

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych poděkovat své vedoucí práce PhDr. J. Kocurové, která mi poskytla odborné zkušenosti v oblasti mého tématu práce. Dále bych chtěla poděkovat pacientce, která mi poskytla informace, jež jsem použila ve své praktické části. Poděkování patří i mé rodině, která mi byla podporou po celou dobu.

ABSTRAKT

KOLAŘÍKOVÁ, Adriana. *Ošetrovatelský proces u ženy po metodě asistované reprodukce*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., stupeň kvalifikace: Bakalář v porodní asistenci (Bc). Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jana Kocurová, Praha 2014, počet stran: 62

Hlavním tématem bakalářské práce jsou metody asistované reprodukce. Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se zabývá příčinami neplodnosti jak ženské tak i mužské. Dále jsou popsány metody asistované reprodukce, které jsou prováděny v České republice a jejich rizika, která mohou hrozit. Psychika ženy, která trpí neplodností a financování asistované reprodukce. Praktická část obsahuje popis ošetrovatelského procesu dle Marjory Gordonové. Ošetrovatelský proces u ženy, která podstoupila metodu asistované reprodukce.

Klíčová slova: Asistovaná reprodukce. Infertilita. Mimetělní oplodnění. Oocyt. Ošetrovatelská péče.

ABSTRACT

KOLAŘÍKOVÁ, Adriana. *Issue of Infertility in Women*. Medical College, o.p.s.,
Degree: Bachelor's in midwife practice Supervisor: PhDr. Jana Kocurová. Prague
20414. Pages: 62

The main topic my bachelor thesis is about methods of assisted reproduction. The thesis is divided into theoretical part and practical part. The theoretical part contains the causes of male and female infertility. Furthermore, this part describes methods of assisted reproduction which are provided in the Czech Republic and this part also describes the risks of the methods. Mental states in women who suffer from infertility and assisted reproduction by financing. The practical part contains the nursing process by Marjory Gordon for women who have ever undergone to the method of assisted reproduction.

Keywords: Assisted Reproduction. Infertility. Nursing Care. Oocyte. Vitro Fertilization.

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD.....	14
1 NEPLODNOST.....	15
1.1 ŽENSKÁ NEPLODNOST A JEJÍ PŘÍČINY.....	15
1.2 MUŽSKÁ NEPLODNOST A JEJÍ PŘÍČINY.....	18
2 ASISTOVANÁ REPRODUKCE.....	20
2.1 PREIMPLANTAČNÍ GENETICKÁ DIAGNOSTIKA.....	20
2.2 UMĚLÁ INSEMINACE.....	21
2.3 MIMOTĚLNÍ OPLODNĚNÍ.....	21
2.3.1 IN VITRO FERTILIZACEI – IVF.....	22
2.3.2 INTRACYTOPLAZMATICKÁ INJEKCE SPERMII – ICSI.....	22
3 DÁRCOSTVÍ.....	23
3.1 DÁRCOSTVÍ SPERMIÍ.....	23
3.2 DÁRCOSTVÍ VAJÍČEK.....	24
4 RIZIKA ASISTOVANÉ REPRODUKCE.....	25
5 PSYCHIKA ŽENY.....	27

6 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES.....	28
6.1 MODEL FUNKČNÍCH VZORCŮ ZDRAVÍ DLE MARJORY GORDONOVÉ.....	29
6.2 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE PACIENTKY.....	30
6.3 INFORMACE ZÍSKANÉ ROZHOVOREM S PACIENTKOU.....	35
ZÁVĚR.....	51
DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	52
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	53
PŘÍLOHY	

SEZNAM ZKRATEK

AID - umělá inseminace od dárce (Artificial Insemination from Donor)

CMP - cévní mozková příhoda

D - dech

DK - dolní končetiny

FM - mrtvý plod (fetus mortus)

FSH - folikulo stimulační hormon

GEU - mimoděložní těhotenství (extrauterinní gravidita)

GnRH - gonodotropní uvolňující hormon

HAK - hormonální antikoncepce

HIV - lidský imunodeficitní virus (human immunodeficiency virus)

HK - horní končetiny

ICHS - ischemická choroba srdeční

ICSI - intracytoplasmické injekce

IM - Infarkt myokardu

IUI - intrauterinní inseminace

IUGR - intrauterinní růstová retardace

IV - intravenózně, do žíly

IVF - in vitro fertilizace

LH - luteinizační hormon

LPSK - laparoskopie

OHHS - Ovariální hyperstimulační syndrom

P - puls

PASE - nasátí spermie přes kůži šourku- z nadvarlete

PDG - preimplantační genetická diagnostika

PO - ústy (per os)

PP - pohyby plodu

RCUI – instrumentární revize dutiny děložní (revisio cavi uteri instrumentalis)

PŽK - permanentní žilní katétr

TBC – tuberkulóza

TBL - tablety

TESE - vyjmutí spermie z varlete

TK - krevní tlak

TT - týden těhotenství

TT - tělesná teplota

UZ - ultrazvukové vyšetření

VP - voda plodová

WHO - světová zdravotnická organizace

ZP - zdravotní pojišťovna

(VOKURKA, HUGO, 2011)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Endometrióza - výskyt děložní sliznice mimo dutinu dělohy

Embryo - zárodek

Extrauterinní gravidita - mimoděložní těhotenství

Fetus mortus - mrtvý plod

Hemofilie - dědičná choroba krvácivosti

Hyperstimulace -

Chronický - dlouhodobý

Infertilita - neschopnost otěhotnět

Koitální - sexuální

Oligospermie - snížená tvorba spermií

Oligozoospermie - snížený počet spermií

Oocyt - vajíčko

Ovária - vaječníky

Ovulace - uvolnění zralého vajíčka schopného oplodnění z vaječníku

Reprodukce - rozmnožování

Stimulace - povzbuzení

Salpinektomie - odstranění vejcovodů

Vaginismus - křečovitě stažení dělohy

Varikokéla - druh varixu, při němž jsou postiženy cévy v okolí varlat

Sterilita - neplodnost

Selektivita - volba, výběr

Zona pellucida - glykoproteinový obal obklopující oocyt a poté embryo

(VOKURKA, HUGO, 2011)

ÚVOD

Pro bakalářskou práci byla vybrána pacientka s poruchou plodností. Toto onemocnění je zátěžové jak pro ženu, tak i muže.

Neplodnost či infertilita je v dnešní době problém v evropských zemích u 15-20% lidí. Ročně se na zemi narodí pomocí metod asistované reprodukce 3000 novorozenců. V České republice podstoupí metody asistované reprodukce ročně zhruba 26 000 neplodných párů. Úspěšnost měřena těhotenstvím dosahuje 40%.

Ženská infertilita souvisí především s menstruačním cyklem, který má mít žena po 28 dnech v každém měsíci. Jestliže ovaria mají špatnou funkci, netvoří se dostatek hormonů. Mezi faktory ovlivňující infertilitu ženy patří věk, vnější prostředí, psychika, výživa a genetické dispozice.

Mužská infertilita může být způsobena několika faktory. Příčiny mužské infertility nejsou tak známé jako příčiny ženské infertility. Mužská infertilita se z větší části léčí na podkladě empirických metod.

V praktické části jsou zahrnuty identifikační údaje o pacientce, informace získané od pacientky dle ošetřovatelského procesu M. Gordonové a plán individuální ošetřovatelské péče. Podle získaných informací od pacientky ze zdravotní dokumentace, partnera pacientky a ve spolupráci s ošetřovatelským týmem jsme stanovili ošetřovatelské diagnózy pomocí NANDA taxonomie II. Vypracovali jsme plán ošetřovatelské péče, výsledná kritéria, realizaci a zhodnocení ošetřovatelské péče.

Cílem naší práce je ukázat všem párům s touto problematikou, že se za svůj problém nemusejí stydět a mají za kým jít. Mají spoustu možností, jak tuto situaci řešit. Práce je určena především studentům zdravotnických škol a laické veřejnosti.

1 NEPLODNOST

V dnešní době se odhaduje, že problematika početí je u každého páru. U 30- 35% je příčina neplodnosti u mužů, u 35-40% je příčina na straně ženy, zbytek 20-25% je problém u obou partnerů nebo se příčina nedá zjistit. Neplodnost můžeme označit jako infertilita či sterilita. Výskyt neplodnosti narůstá. V dnešní době je velmi dostupná léčba, protože vznikají zdravotnické zařízení, která se touto problematikou zabývají (MACKŮ, ČECH, 2002).

Primární infertilitu ženy označujeme, jestliže žena nikdy neotěhotněla. Další označení pro primární neplodnost je neschopnost počít dítě do jednoho roku pohlavního styku. Důvodem vzniku primární neplodnosti je kouření marihuany, kdy je ovlivněna funkce vaječnicků (SLEZÁKOVÁ, 2007).

Sekundární infertilita ženy je brána tehdy, kdy žena již byla předtím těhotná. Její gravidita buď skončila porodem, potratem či mimoděložním těhotenstvím (SLEZÁKOVÁ, 2007).

1.1 ŽENSKÁ NEPLODNOST A JEJÍ PŘÍČINY

Obtížnost otěhotnění roste s přibývajícím věkem ženy. U mladých žen rozdělujeme problematiku neplodnosti do dvou skupin. Za první je hormonální neplodnost, kdy je narušena ovulace, která je u 20-35% neplodných žen. Za druhé je mechanická neplodnost, která je způsobena následujícími překážkami: odmítáním spermatu, endometriózou nebo nedozrání vajíčka (RIGUTTI, 2006).

Věk

Věk hraje největší roli v početí a porození dítěte. Ženy po narození mají několik milionů vajíček, které jsou ve vaječniku. S rostoucím věkem klesá počet vajíček a ovlivňuje jejich kvalitu i možnost se měnit v embryo a poté v plod (DOHERTY, 2006).

Nedochází k pohlavnímu styku

Hlavní příčinou je vaginismus což je křečovitě stažení svalstva podél vchodu poševního, který brání zavedení penisu do pochvy. Tato příčina je velmi známá a klientky jsou o ní poučeny. Během vyšetření se zjistí absence spermií v hlenu děložního hrdla při postkoitálním testu (ŘEŽÁBEK, 2008).

Vajíčko nedozrává

Tato příčina je nejčastější v evropských zemích. Nedožrání vajíčka způsobuje nepravidelnou menstruaci. S nedozrávajícím vajíčkem se neprodukuje hormony.

1. Centrální: mozek neřídí dozrávání vajíčka, když dojde k velkému hmotnostnímu úbytku. Mozek chrání tělo před vyčerpáním, které by následovalo, když by tělo muselo zásobovat budoucí těhotenství. Další centrální příčina je zvýšená hladina prolaktinu, ke kterému vede stres, kojení nebo užívání některých léků. Hlavním vyšetřením při neplodnosti se stanovuje hladina prolaktinu v krvi.
2. Syndrom polycystických vaječníků: vajíčko opakovaně nedozrává. Ženy mají menší prsa, zvýšené mužské ochlupení, nepravidelný menstruační krvácení, obezita. PCO má neznámou příčinu. Krvácení u polycystických vaječníků se vytváří nadbytek androgenů, které jsou spíše u mužů (ŘEŽÁBEK, 2008).

Vajíčko není v pořádku a spermie ho nemůže oplodnit

Diagnostika poruchy ovaria se zjistí pouze pod mikroskopem po extrauterijním těhotenstvím. Skrz mikroskop můžeme vidět špatný vývoj ovaria, který neodpovídá stáří nebo může mít špatnou strukturu. Ovario vypadá normálně, ale nedochází k oplodnění, tak se provádí stimulace vaječníku s odběrem oocyty. Po odběru oocyty se aplikuje intraplazmatická injekce se spermii. Po této injekci se spermie dostala do oocyty (ŘEŽÁBEK, 2008).

Snížená hladina hormonů pro zahníždění vajíčka

Hladinu hormonů si můžeme stavit díky odběru krve. Pokud se prokáže nízká hladina hormonů, můžeme podávat především progesteron (Agolutin, Utrogestan) nebo podobný hormon (Neolutin, Provera) (ŘEŽÁBEK, 2008).

Správná a vyvážená hladina ženských pohlavních hormonů umožňuje ovulaci, oplodnění a samotné těhotenství. Při ovulaci dochází k uvolnění vajíčky, což je zapříčiněno pohlavními hormony. Porucha hladiny hormonů může způsobit poruchu ovulace nebo její zástavu.

Mezi pět základních pohlavních ženských hormonů řadíme:

FSH- je produkován hypofýzou, stimuluje růst folikulů ve vaječníku,

LH- je produkován hypofýzou, napomáhá k uvolnění zralého vajíčka z folikulů,

GnRH- je produkován v mozku, podporuje uvolnění FSH a LH do krevního oběhu,

Estrogen- je produkován vaječníky, spolu s progesteronem napomáhá k přípravě endometria,

Progesteron- tvoří se po ovulaci, připravuje endometrium k přijetí embrya a udržuje těhotenství (DOHERTY, 2006).

Endometrióza

Je onemocnění, které se vyskytuje u 40-60% neplodných žen. Toto onemocnění je charakterizováno přítomností endometriálních buněk mimo dělohu. Buňky se mohou objevit ve vaječníku, tkáních a okolních orgánech. Léze mohou tvořit změny v menstruačním cyklu, které mohou u některých žen vést k infertilitě. Ve vaječníku se také mohou objevovat cysty, které jsou naplněné krví nebo srůsty (DOHERTY, 2006).

Endometrium nechce embryo přijmout

Hlavními příčinami nepřijmutí embrya děložní sliznicí je způsobeno nedostatkem hormonů, myomem, chronickým zánětem. Polyp deformující děložní dutinu. Úkolem je vyloučit jednotlivé příčiny. Zánět bude léčen ATB, myom či polyp chirurgicky odstraníme. Nemožnost přijmutí embrya může být příčinou infertility, která se nazývá nevysvětlitelná sterilita (ŘEŽÁBEK, 2008).

1.2 MUŽSKÁ NEPLODNOST A JEJÍ PŘÍČINY

Porucha neplodnosti u mužů se objevuje u 35% léčených párů, ale protože je omezené množství diagnostických postupů, může toto procento být vyšší. Jelikož u větších případů nejsou příčiny známe, tak je léčba empirická. Můžeme doporučit úpravu diety, denního režimu a návyků. Nejúčinnější terapie je u prokázaných příčin mužské neplodnosti.

Infekce

Prokázaná infekce se musí správným léčebným způsobem léčit. Nejlepší léčba je užívání antibiotik, které mohou zvýšit spermioqram o 50% (MARDEŠIĆ, 1996).

Uzávěr vývodných cest

K uzávěru vývodných cest dochází při zánětu, který se odstraňuje mikrochirurgicky. Po mikrochirurgické operaci se zachovává tvorba spermií (MARDEŠIĆ, 1996).

Varikokéla

Dochází k cévním změnám ve skrotu. Varikokéla musí být správně detekována u pacientů, který se objevuje abnormální nález spermioqramu. Pravostranná varikokéla způsobuje neplodnost. Tento problém se může opět řešit chirurgickým zákrokem. Spontánní otěhotnění po chirurgickém zákroku je 3-4x vyšší. (WEISS, 2010).

Protilátky proti spermím

Přítomnost autoprotilátek, které mohou vznikat při poranění nebo zánětu, ovlivňují oplození. K léčbě se užívaly kortikoidy, ale nebyly úspěšné, tak se pár doporučuje do centra pro asistovanou reprodukci (MARDEŠIČ, 1996).

Chemoterapie a radioterapie

Při chemoterapii nebo radioterapii pro nádor varlete může dojít k snížení nebo zástavě tvorby spermíí. Muži, kteří jsou postižení a plánují reprodukci, tak je dobré, aby si požádali o zmrazení co největšího množství spermíí (MARDEŠIČ, 1996).

Koitální problémy

Mohou být způsobeny psychogenního nebo orgánového původu. Pokud se jedná o psychogenní původ, tak lze ho řešit psychoterapií či se sexuologem. Orgánové původy léčit individuálně (MARDEŠIČ, 1996).

Patologie spermioqramu

Mezi patologie můžeme zahrnout kryptospermie (spermíí je málo, což nám zjišťuje až centrifugace vzorku), akinetóza (spermie jsou živé, ale nejsou schopni pohybu vpřed), oligozoospermie (je snížená koncentrace spermíí), nekrospermie (všechny spermie nejsou schopni pohybu, proto můžeme říct, že se chovají jako mrtvé), azoospermie (spermie se neobjevují v ejakulátu) (SLEZÁKOVÁ, 2011).

2 ASISTOVANÁ REPRODUKCE

Neplodnost je klasifikována jako nemoc dle WHO. Nyní, ve 21. Století, je již 25 center, která se zabývají asistovanou reprodukcí. Centra provedla 13 000 IVF. Páry musí mít doporučení do center od gynekologa, androloga či praktického lékaře. Při první návštěvě musí přijít oba partneři. Je podmíněná Zákonu o výzkumu na lidských embryonálních kmenových buňkách č. 227/2006 Sb. Asistovaná reprodukce se provádí u žen, u kterých je pravděpodobnost otěhotnění velmi nízké, nebo u žen, u kterých je takové otěhotnění vyloučené. Další důležitý zákon pro asistovanou reprodukci v naší zemi platí Zákon o specifických zdravotních službách č. 373/2011 Sb. z 6. listopadu 2011, v platnosti vyšel 1. Dubna 2012 (HEŘMANOVÁ, 2012).

Mezi metody asistované reprodukce patří IVF, IUI, ICSI, ale jsou i další metody a to „*TESE znamená Testicular Sperm Ectraction (vyjmutí spermii z varlete). Malou část varlete operačně vyjmeme a v laboratoři z něj spermie získáme*“, „*PASE znamená Percutaneous Sperm Aspiration(nasátí spermie přes kůži šourku- z nadvarlete)*“. Do metod asistovane reprodukce patří „*Asistovaný hatching je metoda používaná již jen zřídka. Vycházela z hypotézy, že otevřením zona pellucida umožníme embryu vyjít z tohoto obalu a snazší implantaci. Dlouhodobá sledování přínos této metody, s výjimkou některých speciálních případů, však většinou nepotvrdila (ROZTOČIL, 2011, s. 239).*“

2.1 PREIMPLANTAČNÍ GENETICKÁ DIAGNOSTIKA

„*První diagnostika byla provedena roku 1990, ale začala se provádět až roku 2000. Mephama učebnice vykazuje, že okolo roku 2008 se po této metodě narodila kolem jednoho tisíce dětí z toho bylo jedno sto z Velké Británie (MEPHAM, 2008, s. 131).*“

Tato metoda se využívá ke zjištění chromozomální aberace (Dawnův syndrom, Edwardův syndrom, Patauův syndrom) nebo monogenně dědičných chorob, které se zjišťují ještě před implantací embryí do dělohy ženy. PDG se využívá pouze při metodě IVF. Materiál na vyšetření získáváme pomocí biopsie. Po biopsii se provádí molekulární cytogenetika nebo molekulární genetické vyšetření. Výhodou metody je

preimplantační selekce nepostiženého embrya, a proto můžeme ženě zavést „zdravá“ embrya. Žena se poté nemusí rozhodovat o ukončení gravidity, protože u embrya nebyly prokázány abnormality. Dále se může vyšetřovat monogenní mutace, u které jsou původci rodiče, například: cystická fibróza, hemofilie.

Nejčastější indikace k preimplantační genetické diagnostice:

1. Opakování spontánních potratů,
2. Neúspěšné IVF cykly,
3. Vysoký věk,
4. Choroby vázané na pohlaví,
5. Jeden rodič je nosičem chromozomové balancované aberace,
6. Jeden rodič je nositelem monogenní mutace (PTÁČEK, 2011).

2.2 UMĚLÁ INTRAUTERINÍ IMPLANTACE (IUI)

Metoda, která se používá u vysoce životaschopných spermií a při anatomických změnách čípku nebo při špatné funkci cervikálního hlenu. Žena má průchodné vejcovody. Spermie od partnera se omývají od seminální plazmy a poté se tenkým katétre zavedou přímo do dělohy. Při této metodě je nejmenší ztráta spermií. Je tak větší koncentrace spermií v ampulární části vejcovodu. Aby byla metoda úspěšná, jsou důležité dva faktory. První faktor je správné načasování a druhý faktor je pravděpodobnost kontaktu vajíčka a spermií. Jelikož je životnost vajíčka a spermie omezená, tak načasování je velmi důležité. Nejužívanější metoda před inseminací je ultrazvukové vyšetření, kde sledujeme velikost folikulů, které nám napomáhají ke správnému načasování (MARDEŠIĆ, 1996).

2.3 MIMOTĚLNÍ OPLODNĚNÍ

Tato metoda je velmi složitá léčebná metoda, která zahrnuje mnoho různých lékařských a laboratorních technik a postupů. Tato metoda je vhodná pro existenci neplodnosti u mužů a žen. Vyjme se vajíčko z vaječníku, oplodní se spermií a následně se oplodněné vrátí do těla ženy. Máme několik druhů mimotělního oplodnění například IVF, ICSI. Aby se mohlo provést mimotělní oplodnění, závisí na několika faktorech, kterými jsou tubulární faktor, endometrióza, imunologické příčiny, ovariální faktor, genetické příčiny.

2.3.1 IN VITRO FERTILIZACE IVF

„IVF poprvé provedl Edward a Steptoe ve Velké Británii v roce 1978, první dítě byla dívka LOUISA BROWN. Je to základní mimotělní oplodnění což dítě označujeme „dítě ze zkumavky“. Oocyt je „oplodněno ve skle“ jinak řečeno mimo tělo.

IVF má 7 základních fází:

- 1. Podávání léků k podpoře růstu vajíček ve vaječniku – stimulace.*
- 2. Sledování účinku léků a přizpůsobení jejich dávek podle reakce každé ženy.*
- 3. Přesné načasování dozrání vajíček podáním hormonu, která odstartuje poslední fázi zrání vajíček.*
- 4. Odběr vajíček z vaječníků a jejich vyhledání v laboratoři.*
- 5. Přidání spermii k vajíčku.*
- 6. Výběr správně oplozených vajíček a kontrola růstu dobře rostoucích embryí.*
- 7. Embryotransfer, přenos embryí do dělohy“.* (ŘEŽÁBEK, 2002, s. 40).

2.3.2 INTRACYTOPLASMATICKÉ INJEKCE ICSI

ICSI je z anglické zkratky slov Intracytoplasmatic sperm injection. Je to velmi specifická metoda způsobem zavedení. Poprvé byla provedena roku 1992, ale dnes je běžnou součástí asistované reprodukce.

Zavede se spermie do nitra zralého oocytu. Zdravou spermii vybírá embryolog. Závisí na morfologické kvalitě a pohyblivosti spermie. Znehyněná spermie se nasaje mikroinjekční pipetou a pomocí mikromanipulačního zařízení je aplikováno do oocytu. Tato metoda se používá při poruše průniku spermie do vaječné buňky. ICSI se používá především u mužské neplodnosti, imunologického konfliktu a u předchozí neúspěšnosti v IVF oplodnění. Metoda má vyšší procento úspěšnosti při oplozování oocytů a lepší kvalitě embryí. Doporučuje se mužům s dobrou kvalitou spermií nebo ženám, kterým se vyvinulo malé množství vaječných buněk (ŘEŽÁBEK, 2002).

3 DÁRCOVSTÍ

„ Termín „darování“ používáme v uvozovkách z dobrých důvodů. V celé EU je chvályhodný trend neobchodovat s částmi lidských těl. Dárcovství krve, kostní dřeně či ledviny tedy má být skutečně dárcovství, které není kompenzováno finanční protihodnotou. V případě „dárcovství“ oocytů však „dárkyně“ obdrží přibližně 15 – 25 tisíc korun, ovšem nikoli za darování oocytů samotných, nýbrž toliko jako „kompenzaci nákladů vzniklých při darování vajíček“. Po právníkové stránce je vše v pořádku, termín „dárkyně“ je možno považovat za nepřesný, pokud ženy darují oocyty právě pro onu kompenzaci nákladů vzniklých cestováním na příslušné centrum asistované reprodukce (VÁCHA, 2012, s. 172- 184)“.

Dárcovství se řídí dle zákona č. 296/2008 Sb., o zajištění jakosti a bezpečnosti lidských tkání a buněk určených k použití u člověka a o změně souvisejících zákonů. Další zákon umožňuje dárcovství dle zákona č. 227/2006 Sb., o výzkumu lidských embryonálních kmenových buňkách a souvisejících činnostech a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (www.portal.gov.cz).

3.1 DAROVÁNÍ SPERMIÍ

Označujeme jako AID – Artificial Insemination from Donor (arteficiální inseminace od dárce). Sperma od dárce se užívají, když partner od pacientky žádné spermie nevytváří. Další příčinou darování je geneticky přenosná nemoc, pokavaď je dopředu známá. Musí být dodržena anonymita dárce. Příjemkyně musí být vdaná, což je hlavní podmínka pro příjem spermií.

Hlavní požadavky pro výběr vhodného dárce spermií. Dárci musí být zdraví, dobrovolně se přihlásit k darování spermií. Při první návštěvě se provede spermioqram, který musí být zcela v pořádku. Poté se provede genetické vyšetření a stanoví se karyotyp. Dále se stanovuje krevní skupina a Rh – faktor. Musí být zajištěna bezinfekčnost spermatu. Provede se vyšetření na přítomnost kapavky, syfilis (BWR), žloutenky typu B a C (HBsAg), mykoplazmatu. Dárce musí být plnoletý, ale nesmí přesahovat věk 40 let (ŘEŽÁBEK, 2002).

Jak dárce, tak i příjemkyně musí mít totožný Rh – faktor. Krevní skupina obou partnerů, kteří souhlasí s příjmem spermií, by měla být shodná. Dárce musí být podobný manželovi, aby dítě nebylo odlišné (ŘEŽÁBEK, 2002).

3.2 DAROVÁNÍ VAJÍČEK

Vajíčka od dárkyně získáme vždy ve stimulovaném cyklu. Nikdy se neprovádí odběr jednoho vajíčka v samovolném, nestimulovaném cyklu, protože by to bylo neefektivní. U vajíček nelze správně odhadnout, jestli zmražení a rozmražení přežijí. K těhotenství, po tomto procesu, dojde pouze u 1:30. Potřebujeme narkózu, UZ, jehlu pro získání vajíčka od dárkyně. Dochází k jistým rizikům jako hyperstimulace a punkce folikulů. Léky na stimulaci vajíček jsou velmi drahé. Dárkyně je v den odběru v pracovní neschopnosti.

Hlavní požadavky pro vhodnou dárkyni vajíček. Dárkyně musí být plnoletá, ale nesmí přesahovat věk 35let. Dárkyně musí být zdravá a mít negativní výsledky syfilisu (BWR), žloutenky B a C, HIV. Provádí se genetické vyšetření, aby se zamezilo přenosu vrozených vývojových vad.

Jsou dvě hlavní skupiny žen pro darování vajíček:

1. Ženy, které jsou osloveny svými kamarádkami nebo příbuznými. K dodržení anonymity žena.
2. Ženy, které mají po stimulaci k IVF dostatečné množství vajíček. Pacientka může souhlasit s darováním svých vajíček ženě, která je na čekacím listě. Souhlas je písemný. Pacientka, která daruje svá vajíčka, může zvýšit riziko otěhotnění u sebe samotné, a na druhou stranu může mít dobrý pocit, že pomohla páru, jenž čeká na vhodného dárce.

Vajíčka se nedají zmrazit, proto se musí do 16 hodin po odběru oplodnit. Vajíčko se oplodňuje partnerovými spermii příjemkyně. Spermie jsou uloženy v kryobance. Po oplodnění vajíčko pozorujeme mikroskopem (ŘEŽÁBEK, 2002).

4 RIZIKA ASISTOVANÉ REPRODUKCE

Rizikové těhotenství po asistované reprodukci se může nastat v případě krvácení, pobolívání břicha. Mezi komplikace asistované reprodukce patří krvácení z vaječníku, zánět, mimoděložní těhotenství, hyperstimulační syndrom. Komplikace se objevují u méně než 1 % těhotných žen po asistované reprodukci. Nejčastější komplikací je vícečetné těhotenství, které také převyšuje procentuální průměr (AŠANBRENEROVÁ,2012).

Spontánní potrat po IVF souvisí především s redukcí počtu embryí v děloze. Spontánní potrat je genetický podmíněný. Během těhotenství se musí podávat hormonální léčba a pacientka musí docházet na časté preventivní kontroly. Vyskytuje se u 10 – 15 % klinicky potvrzených těhotenství. Mezi hlavní příčiny ze strany plodu patří porucha plodového vejce, abnormální implantace, strukturální defekty, chromozomální odchylky plodu, genetické choroby. Příčiny ze strany matky jsou hormonální příčina, vysoký věk matky, malformace dělohy, záněty, infekce, cytotoxické látky, trauma, inkompetence děložního hrdla.

U mimoděložního těhotenství po IVF je riziko uchycení embrya pouze 3-5 %, proto se musí žena po IVF sledovat, aby nedošlo k odchylkám uhníždění. Toto těhotenství je operativně ukončeno, protože by mohlo ohrozit život ženy rupturou a krvácením.

Mnohočetné těhotenství je velkou zátěží pro ženu a mohlo by skončit předčasným porodem. U metody IVF je pravidlo vnést do dělohy 2-3 embrya. Provádí se tedy redukce embryí, zavede se do dělohy hypertonické KCL. Po redukci se musí zanechat alespoň jeden plod. Provádí se do 10. týdne těhotenství. Může se zabránit mnohočetnému těhotenství, když se sníží počet embryí, která se budou transferovat při IVF, opatrně budeme stimulovat anovulaci. Existuje zde riziko, kdy se v děloze uhnízdí více embryí. Tato situace je snadno řešitelná, ale má etickou problematiku. Některým zárodkům zastavíme vývoj, což znamená, že se usmrtí. Proveďte se interrupce jednoho nebo více embryí. Redukce se provádí tenkou jehlou, kdy se vstříkne tekutina do jednoho z plodových vajec a embryo je tak usmrceno. Plodové vejce se buď samo

potratí, nebo přiroste k zachovalému plodovému vejci, což může být po porodu pozorovatelné (ROZTOČIL, 2011),(WEISS, 2010).

Ovariální hyperstimulační syndrom – OHHS vzniká kvůli velkému počtu folikulů, které přispívají k vzniku mnohočetných cyst. Objevuje se u 5 % žen, které podstupují hormonální stimulaci vaječnicků. Příznaky se objevují v ovariální stimulaci, ale vážnější příznaky se objevují po embryotransferu, kdy se ženě podaří otěhotnět (WEISS, 2010).

5 PSYCHIKA ŽENY

Ženy, které zjistí, že jsou neplodné, tuto informaci odmítají. Snaží se ji vytěsnit ze své mysli, a proto jedou například na dovolenou, aby přišly na jiné myšlenky, kontrolují svou ovulaci nebo zkouší sexuální polohy k podpoření těhotenství. Odmítnutí je běžná reakce, avšak v průběhu času se žena snaží vyhledat pomoc. Pokud se žena nesnaží překonat odmítnutí, může v tomto stádiu zůstat.

Jestliže žena vyhledá pomoc, může to mít za výsledek přijetí své diagnózy, ale pocit odmítnutí se může kdykoli znovu objevit a ženu trápí otázka „Co když nikdy nebudu mít dítě?“ S pochopením léčby, vymizí panika. Pacientka je fascinována s možnými metodami pro početí dítěte.

Hněv je nejběžnější pocit, který se objevuje u neplodného páru. Emoce se neztotožňují s logikou. Zlobí se na sebe, na svoje tělo, na svého partnera, protože odkládali početí dítěte.

Vina je další negativní pocit, jenž se objevuje. Pacientka nebo pacient hledají vinu ve své minulosti, kde mohli udělat chybu. Například u žen to může být způsobeno, po přerušení předešlé gravidity. Takoví pacienti by měli navštívit psychologa, aby si o svém problému mohli popovídat s nezávislým odborníkem a odstranit tak pocit viny.

Závist u neplodných párů se může objevit kdykoli během léčby. Žena se dozví, že její kamarádka snadno otěhotněla, ale nepopřeje jí hodně štěstí, protože ona sama být těhotná nemůže. Opět tento pocit nemá nic společného s logickým myšlením, proto se žena na sebe samotnou nesmí zlobit.

Další emocí, jež pá zažívá je smutek, a to protože nevychází cykly oplodnění, tak jak by si představovali.

Po odmítání, vzteku a smutku si pacient/ka uvědomí svou diagnózu. Za prvé svou léčbu neplodnosti přijme jako součást svého života. Za druhé se začne zajímat o adopci nebo si uvědomí, že život bez potomka má také své výhody (DOHERTY, 2006).

6 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

V praktické části je ošetřovatelská anamnéza vypracovaná pomocí modelu dle Marjory Gordonové. V anamnéze je zhodnocení celkového stavu pacientky a vypracované ošetřovatelské diagnózy.

Ošetřovatelský proces je logický, systematický přístup o komplexní péči o pacienta. Je to proces, který reaguje na změny, jež se objevují v průběhu realizace. Hlavním cílem ošetřovatelského procesu je prevence, zmírnění či odstranění problémů individuálních potřeb pacienta. Ošetřovatelský proces je dokumentován v ošetřovatelské dokumentaci, která je součástí zdravotnické dokumentace.

Fáze ošetřovatelského procesu:

Ošetřovatelský proces se skládá z několika kroků, které následují za sebou. Tyto kroky jsou rozděleny do pěti fází (KELNAROVÁ, 2009).

1. Fáze - posuzování

Během této fáze dochází ke sběru a získávání informací o pacientovi. Informace mohou být objektivní, které jsme získali pozorováním pacienta, nebo mohou být subjektivní informace, které jsou přímo od pacienta. Údaje můžeme získat pozorováním, rozhovorem, vyšetřením a měřením (BOROŇOVÁ, 2010).

2. Fáze – diagnostika

Ve druhé fázi si rozdělujeme ošetřovatelské diagnózy na potencionální a aktuální potřeby pacienta. Musí dojít k vymezení priorit ošetřovatelské péče. Po vymezení priorit se stanoví ošetřovatelské diagnózy (KELNEROVÁ, 2009).

3. Fáze – plán ošetřovatelské péče

Cílem této fáze je stanovení ošetřovatelské péče o pacienta. Určíme, v jakém pořadí budeme společně řešit pacientovy potřeby.

Pro plánování individuální péče se zaobíráme dvěma oblastmi:

- 1) Jako první stanovíme cíle a očekávané výsledky péče
- 2) Po stanovení cílů je potřeba vypracovat individuální plán ošetřovatelské péče, stanovit intervence, jakými dosáhneme určených cílů (KELNEROVÁ, 2009).

4. Fáze – realizace

Jsou činnosti zaměřené na oblasti, které ošetrovatelskou péčí potřebuje pacient. Do ošetrovatelské péče je důležité zapojení pacienta. Aktivita pacienta v ošetrovatelské péči závisí na zdravotním stavu. Nezávislou ošetrovatelskou péčí provádí sestra na základě svých dovedností a zkušeností. Závislá ošetrovatelská péče se provádí na podkladě lékařského příkazů. Sestra nadále pozoruje a shromažďuje nové poznatky o pacientovi, které napomáhají ke změně ošetrovatelské péče (BOROŇOVÁ, 2010), (MLÝNKOVÁ, 2010).

5. Fáze – vyhodnocení

Hodnotíme, jestli bylo dosaženo cílů, které byly stanovené. Vyhodnocování má šest oblastí. Stanovit výsledná kritéria, získání dat, hodnocení dosažení cílů, porovnat ošetrovatelské činnosti s výsledky u pacienta, zkontrolovat plán ošetrovatelské péče, změna ošetrovatelského plánu (BOROŇOVÁ, 2010).

6.1 MODEL FUNKČNÍCH VZORCŮ ZDRAVÍ DLE MARJORY GORDONOVÉ

Hlavním úkolem ošetrovatelského procesu je identifikace a řešení problému u pacienta. Ošetrovatelská péče je založena na zkušenostech a dovednostech sestry. Hlavní část ošetrovatelského procesu dle Gordonové je identifikace ošetrovatelského problému- dochází tam ke sběru dat, hodnocení a označení skutečného či potencionálního problému a další důležitým krokem v ošetrovatelském procesu je řešení ošetrovatelského problému.

Dostatek informací o zdravotním stavu pacienta sestra získá pomocí rozhovoru, pozorováním a fyzikálním vyšetřením. Pro sběr informací od pacienta nám napomáhá 11 oblastí, ke kterým Gordonová určila dané otázky. Oblasti, o které se zajímáme: vnímání zdraví, výživa, vylučování, aktivita, odpočinek a spánek, vnímání citlivosti a poznání, sebeúcta, mezilidské vztahy, sexualita, zvládání stresových situací, víra, životní hodnoty.

Gordonová stanovuje ošetrovateľské diagnózy pouze dvěma způsoby:

1. Konceptuální definice ošetrovateľské diagnózy: ošetrovateľské diagnózy jsou dány dle aktuálního či potenciálního problému u pacienta v dané oblasti. Tyto problémy může sestra řešit bez konzultace s lékařem.
2. Strukturální definice ošetrovateľské diagnózy: pro aktuální ošetrovateľskou diagnózu je označení PES. P je označení problému u pacienta, E příčina (etiologie), S symptomy, jakým způsobem se projevují. Potencionální ošetrovateľské diagnózy mají označení PRF. P je opět označení problému u pacienta, RF jsou rizikové faktory (PLEVOVÁ, 2011).

6.2 IDENTIFIKACE PACIENTKY

Jméno: XY

Rodné číslo: XXXXXX/XXXX

Datum narození: 1978

Bydliště: XX

Gravidita: 4

Parita: 0

Kód ZP: 111

Týden těhotenství: 19+2

Státní příslušnost: chorvatská

Stav: vdaná

Vzdělání: vysokoškolské

Zaměstnání: Unilever

Diagnóza: gravidita po intrauteriní inseminaci (IUI)

Nemocnice: Thomayerova nemocnice

Rodinná anamnéza partnerů

Rodina od ženy

Matka: léčená s hypertenzí od 50. roku užívá chronickou medikaci

Otec: léčen s hypertenzí od 65. roku užívá chronickou medikaci

Sourozenci: nejsou sledované žádné nemoci

Dědeček: zemřel v 56 letech na IM

Babička: zemřela v 83 letech

Rodina od partnera:

Partner: léčen s hypertenzí od 15. roku užívá chronickou medikaci

Matka: není sledována nemoc, zcela zdravá

Otec: není sledována nemoc, zcela zdravý

Sestra: v dětském věku prodělán prolaps mitrální chlopně, nyní není sledovaná nemoc

Dědeček: zemřel v 55 letech na IM

Babička zemřela v 86 letech na CMP

Osobní anamnéza

Infekce; mononukleóza, HIV, TBC: neguje

Diabetes mellitus: neguje

Běžné dětské nemoci: prodělala

Krevní náhrady: neguje

Tromboembolie: pacientka podstoupila 9. 11. 2012 vyšetření tromboembolických markerů z důvodů SAB. Již dříve prokázaný heterozygot, mutace MTHFR 1296 v Tromboembolickém centru v Praze 2,

Záchvatové choroby: neguje

Vrozené vývojové vady: neguje

Psychiatrické onemocnění: neguje

Interní onemocnění:

ICHS, hypertenze: léčena od 25. roku užívá chronickou medikaci: Dopegyt 1/2-0-1/2

Léky: Predmison 1-0-0, kyselina listová

Otoky: jsou symetrické, lokalizovány od konečků prstů ke kotníkům

Operace: LPSK 2013/03 – salpingektomie I. sin

Úrazy: neguje

Kompenzační pomůcky: myopie -0,5 D

Dieta: 3

Alergie: pacientka byla vyšetřena na imunologii, kde byla zjištěna alergie na mužské sperma na Poliklinice v Praze – Vysočanská

Abúzus:

Alkohol: neguje

Kouření: neguje

Káva: pije 2x denně

Gynekologická anamnéza

Abortus.: 2009 ve 20+0. týdnu těhotenství, indukovaný abortus geminy z důvodů fetus mortus (FM) plodu A, plod B IUGR, výkon byl proveden bez komplikací, afebrilní průběh-

2012 v 17+0.týdnu těhotenství spontánní potrat z důvodů FM, proveden operační výkon RCUI, výkon byl proveden bez komplikací, afebrilní průběh

2013 GEU, I. sin. ovaria, provedena LPSK – odebrán salphing vlevo, výkon byl proveden bez komplikací, afebrilní průběh

PP: pacientka zatím neudává

Menarche: první menstruace od 14 let, cyklus pravidelný, po 28 dnech, krvácí po dobu 3 dnů

Poslední menstruace: 5. 7. 2013

Pohlavně přenosné infekce (herpes I a II, MRSA): neguje

Hormonální antikoncepce: užívala od 20. roku – 28. roku HAK, nyní 7 let neužívá HAK

Fyzikální vyšetření

Hlava: sliznice jsou prokrvené, obličej hydratovaný, oči bez patologického nálezu, vlasy jsou regenerované, bez lupů, pacientka působí upraveným dojmem

Krk: štítná žláza bez viditelných morfologických změn

Hrudník a dýchací systém: hrudník je symetrického tvaru, dýchání pravidelné, prsy jsou symetrické, bez strií, dvorce jsou pigmentované, bradavky vystouplé, bez patologického nálezu, mléčné žlázy vyvinuté

Břícho: děložní fundus k pupku, linea fusca není přítomna, pupeční jamka dírkovitá, přítomna jizva po LPSK bez patologického nálezu

DK: kůže je hydratovaná a dostatečně prokrvená, otoky jsou symetrické, lokalizovány od konečků prstů ke kotníkům, bez známek varixů,

HK: kůže je hydratovaná a dostatečně prokrvená, otoky nejsou přítomny, neobjevují se známky jizev

Stav při příjmu

Datum přijetí: 18. 11. 2013

Způsob stanovení termínu porodu: dle UZ: 11. 4. 2014

Krevní skupina: B

Rh faktor: pozitivní

Protilátky: 25. 9. 2013 - negativní

Hospitalizace: pacientka XY byla přijata dne 18. 11. 2013 pro krvácení v graviditě 19+2. VP neteče, PP necítí od rána, OP+ pravidelné 128', které byly zachyceny dle Dopplera. Pacientka byla uložena na lůžko, má klidový režim.

Tělesná výška: 178 cm

Tělesná hmotnost: před těhotenstvím 68kg, nyní: 72Kg, hmotnostní přírůstek 4Kg

Krevní tlak: 140/90

Puls: 80

Teplota: 36,6

Orientační vyšetření moče: proteinurie-pozitivní, glykosurie-negativní, hematurie-negativní

Gynekologické vyšetření

Vyšetření pánve a pánevní rozměry:

Pánev prostorná, stydká spona hladká, spiny sedacích kostí neprominují, kostrč pružná, promontorium nedosahuje, os sacrum konkávní

Zevní vyšetření:

Děloha normotonická

Vnitřní vyšetření:

Vag.: hrdlo 2cm, pro špičku prstu, vedoucí část plodu volně naléhá, VP zachovalá, krvácí

Biometrie a UZ plodu:

UZ přístroj: Voluson E 6, transabdominální

S přehlednosti: horší

Gestační stáří: 19+2

Biometrie: BPD: 73,0 mm

HC: 260 mm

AC: 235 mm

FL: 52 mm

HC/AC: 1,11

BPD/FL: 1,40

Váhový odhad dle UZ: 1 149 g

Akce srdeční: přítomna

Poloha: podélná hlavičkou, postavení levé

Uložení placenty: na přední stěně

Plodová voda: lehký oligohydramnion

6.3 INFORMACE ZÍSKANÉ ROZHOVOREM S PACIENTKOU (dle funkčního modelu zdraví M. Gordonové)

1. Vnímání zdraví

Pacientka dochází 1x ročně na gynekologickou prohlídku, návštěva očního lékaře je pravidelná v intervalech 1x ročně.

Chodí na všechny pravidelné prohlídky. V současné době je hospitalizovaná v Thomayerově nemocnici v souvislosti s odumřením plodu projevující se krvácením.

2. Výživa

Pacientka si udržuje zdraví pomocí racionální výživy. Pacientka nemá předepsanou žádnou speciální dietu od lékaře. Pacientka jí pravidelně 4x denně, v ranních hodinách snídá musli a sušenky, k obědu má ráda teplé jídlo, k večeři preferuje pouze salátové pokrmy. Denně vypije 1,5 litr tekutin. Dietu žádnou nedrží a od lékaře nemá předepsanou.

3. Vylučování

Pacientka chodila před otěhotněním na stolici pravidelně 1-2x denně, neužívá žádná projímadla. Moč je průhledná, nezapáchá. Pocení je v normě, pouze při fyzické zátěži a stresu trpí pacientka zvýšeným pocením především rukou – dlaně.

4. Aktivita

Pacientka provozuje sport pouze rekreačně. Pacientka má ráda golf, běžky, jízdu na kole. V současné době má pacientka klidový režim z důvodů rizikového těhotenství.

5. Odpočinek, spánek

Pacientka usíná bez léků. Pacientka na začátku těhotenství denně odpočívala přibližně 8 hodin přes den.

6. Vnímání citlivosti, poznání:

Pacientka nosí brýle na dálku, sluch má v pořádku. Pacientka neměla před těhotenstvím zvýšený práh bolesti. Pacientka ráda poznává nové lidi, se kterými si bude rozumět. Rozhodování potřebuje konzultovat se svými blízkými a rodinou především s maminkou.

7. Sebeúcta

Pacientka spoléhá spíše sama na sebe, nebrání se rady, ale stejně se rozhodne dle sebe. Pacientka je ráda za podporu své rodiny a svého manžela. Pacientka taktéž spokojená sama se sebou, cítí se vyrovnaně.

8. Mezilidské vztahy

Pacientka si o sobě myslí, že je otevřená. Ráda pracuje v kolektivu. S manželem je šťastná a je ráda, že jí podporuje.

9. Sexualita

Se sexuálním životem s manželem je spokojená. Sex je pravidelný. Pacientka neužívá sedm let hormonální antikoncepci. Nyní je po čtvrté gravidní, ale v předešlých těhotenstvích došlo k samovolnému potratu.

10. Zvládání stresových situací, tolerance

Při zvládání stresových situací je jí podporou její manžel.

11. Víra, životní hodnoty

Pacientka je věřící, věří v Boha. Modlí se pravidelně.

Situační analýza

Pacientka XY věku 35 let gravidita/parita: 4/0. Pacientka je přijata v TT:19+2 pro krvácení. Vak blan zachovaný, PP necítí od rána, OP+ pravidelné 128', které byly zachyceny dle Dopplera. Pacientka je nyní po 1. cyklu IUI. Všechna vyšetření byla v pořádku. Pacientka nemá žádnou dietu. Pacientka je Rh pozitivní. Pacientka má svou chronickou medikaci u sebe a užívá ji sama. S pacientkou je ztížená komunikace při sepisování anamnestických údajů. Pacientka si myslí, že se nikdy nestane matkou. Zpozorovala jsem u pacientky strach z transportu. U pacientky došlo ke spontánním abortu plodu. V pooperačním průběhu se u pacientky projevila akutní bolest po operaci. Působí unaveně, což je výsledkem nespavosti spojené se změnou prostředí. Po operačním výkonu napomáhám pacientce při vstávání z lůžka, protože by mohlo dojít k pádu.

Předoperační péče:

1. Den hospitalizace 18. 11. 2013

Pacientka byla přijata dne 18. 11. 2013 v 9:10 na oddělení individuálního režimu kvůli krvácivým projevům v TT 19+2. Pacientce jsem změřila fyziologické funkce (TK:135/83, P: 80', D: 15, TT: 36,6°C). S pacientkou jsem sepsala ošetrovatelskou anamnézu, ukázala jsem jí oddělení, seznámila jsem pacientku s řádem na oddělení a s právy pacientů. Uložila jsem pacientku na pokoj. Pacientce jsem podala medikaci dle ordinace lékaře.

Medikace dle ordinace lékaře:

Utrogestan: 0-0-2 vag.

Mg lactici 2-2-2-2 tbl. p.o.

2. Den hospitalizace 19. 11. 2013

Pacientce jsem v ranních hodinách změřila fyziologické funkce (TK: 140/90, P: 85', D: 16, TT: 36,7°C). Též jsem ji odebrala krev na KO, koagulaci dle ordinace lékaře. Kontroluji krvácení á 2-3 hodiny, které je stále silné. Pacientce kontroluji ozvy plodu á 1hodinu, které jsou v bazální frekvenci 120. Pacientka užívá vlastní chronickou medikaci sama.

3. Den hospitalizace 20. 11. 2013

Pacientce jsem v ranních hodinách změřila fyziologické funkce (TK:145/80', P:75', D: 18, TT: 36,7). Pacientka užívá svou chronickou medikaci sama. Kontroluji krvácení á 2-3 hodiny. Podala jsem pacientce medikace dle ordinace lékaře. U pacientky došlo v odpoledních hodinách ke spontánnímu abortu. Pacientku jsem odvezla na UZ vyšetření. Pacientka byla převezena na operační sál.

Medikace dle ordinace lékaře:

Utrogestan: 0-0-2 vag.

Mg lactici 2-2-2-2 tbl. p.o.

Pacientka přivezena z operačního sálu na oddělení individuálního režimu, uložena na lůžko. Dokumentace pacientky byla předána sestřičce, která byla ve službě a starala se o pacientku spolu se studentkou. Pacientka poučena zdravotní sestrou ve službě o klidovém režimu.

Aktuální ošetřovatelské diagnózy:

00056 Narušené rodičovství z důvodů somatického onemocnění projevující se opuštěním

Doména 7: Vztahy mezi rolemi

Třída 1: Role pečovatелů

Cíl: Pacientka se bude snažit zlepšit své vnímání role

Výsledná kritéria:

- Pacientka navštíví psychologa
- Pacientka ví, proč je v této situaci
- Pacientka spolupracuje

Intervence:

- Nabídní pacientce návštěvu u psychologa
- Doporuč pacientce, aby si našla nějakou aktivitu
- Proved' rozbor rodinných vztahů se zájmem jednotlivých členů rodiny
- Vysvětlí pacientce, že ona se nemůže obviňovat za tuto situaci
- Vysvětlí pacientce, že ona tady není sama

Realizace:

- Pacientce jsem nabídla, jestli nechce jít na konzultaci k psychologovi
- Pacientce jsem vysvětlila, aby si po propuštění do domácí péče, našla novou aktivitu, aby neměla pochmurné myšlenky
- Udělala jsem dostatek časového prostoru pro rozhovor s členy rodiny
- Pacientce jsem vysvětlila, že ona nemůže za situaci, ve které se svým manželem nachází

- Pacientce jsem vysvětlila, že i když přišla o své dítě, tak nezůstala vůbec sama.
Má svého manžela a svou rodinu

- **Zhodnocení**

Cíl byl částečně splněn. Pacientka se rozhodla, že po propuštění navštíví psycholog

00051 Zhoršená verbální komunikace z důvodu obavy nynější gravidity projevující se plačtivostí

Doména 5: Percepce/kognice

Třída 5: Komunikace

Cíl: Zlepšení komunikace pacientky

Výsledná kritéria:

- Pacientka má dostatek informací
- Pacientka spolupracuje

Intervence:

- Podej dostatek informací pacientce
- Zhodnot' rozsah poruchy v komunikaci s pacientkou
- Zajisti spolupráci s lékařem, psychologem
- Bud trpělivá a vstřícná

Realizace:

- Zjistila jsem příčiny deficitu v komunikaci
- Podala jsem dostatek informací v průběhu hospitalizace
- Zajistila jsem pacientce vhodné prostředí
- Zajistila jsem rozhovor s psychologem
- Při rozhovoru s pacientkou jsem byla trpělivá a pacientce jsem naslouchala

Zhodnocení

Po uskutečnění naplánovaných opatření k odstranění deficitu v komunikaci jsem docílila jen částečně, protože se bojí dalšího zklamání

00148 Strach z důvodu přesunu z rizikového oddělení na operační sál, projevující se častými otázkami

Doména 9: Zvládání/ tolerance zátěže

Třída 2: Reakce na zvládání zátěže

Cíl: Pacientce snížit prožívání a projevy strachu

Výsledná kritéria:

- Pacientka má dostatek informací
- Pacientka spolupracuje
- Pacientka si uvědomuje příčiny strachu
- Zajistila jsem soukromí pro rozhovor s pacientkou

Intervence:

- Udělej si časový prostor pro rozhovor s pacientkou
- Zajisti pacientce příjemné prostředí
- Zjisti od pacientky jaká je příčina strachu
- Všiměj si změn v chování pacientky
- Zeptej se pacientky, co jí pomáhá k odstranění strachu
- Vysvětli, že i strach může být prospěšný a má v životě svůj význam

Realizace:

- Udělala jsem si dostatek časového prostoru pro rozhovor s pacientkou
- Pacientka mi sdělila příčinu strachu
- Pacientka mi sdělila, že ráda čte humorné knihy, aby odstranila strach
- Získala jsem si pacientky důvěru během přijímacího rozhovoru

Zhodnocení

Pacientce jsem snížila strach z převozu z oddělení na operační sál

Potenciální ošetrovatelské diagnózy:

00004 Riziko vzniku infekce v místě vpichu související s žilním permanentním katetrem v levé horní končetině

Doména 11: Bezpečnost/ ochrana

Třída 1: Infekce

Cíl: Pacientce nevznikne infekce v místě vpichu

Výsledná kritéria

- Sestra kontroluje místo vpichu při každém aplikování medikamentů
- V místě vpichu nevznikne infekce
- Pacientka chápe příčinu vzniku infekce
- Pacientka zná způsoby prevence

Intervence

- Edukuj pacientku o permanentním žilním katétru
- Kontroluj místo vpichu
- Postupuj sterilním způsobem při aplikování medikamentů
- Kontroluj funkčnost permanentního žilního kanyly
- Převazuj periferní žilní kanylu denně
- Zajisti dostatečnou hygienu

Realizace

- Vysvětlila jsem pacientce, z jakého důvodu musí být permanentní žilní katétr zaveden
- Po zavedení žilního katétru jsem pohmatem zkontrolovala místo vpichu
- Před aplikací medikamentů jsem použila sterilní čtverec a gutasept(dezinfekční roztok)
- Před a po aplikaci medikamentů jsem se ujistila o funkčnosti žilního katétru pomocí 5ml fyziologického roztoku

Zhodnocení:

Cíl se podařilo splnit, nedošlo ke vzniku infekce

Pooperační péče:

0. Den hospitalizace 21. 11. 2013

Pacientka byla přivezena na oddělení individuálního režimu z operačního sálu. Ihned po příjezdu jsem změřila fyziologické funkce (TK: 135/75, P:75', D: 16), které jsem první hodinu po příjezdu na oddělení individuálního režimu kontrolovala á 15 minut, a poté á 30 minut po dobu jedné hodiny. U pacientky jsem kontrolovala stahování dělohy. Po dvou hodinách od příjezdu na oddělení jsem pacientce napomohla, aby se mohla napít. Pacientka byla poučena studentkou o prvním vstávání po operaci a pomohla jí při něm.

1. Den hospitalizace 22. 11. 2013

Pacientce jsem změřila fyziologické funkce (TK: 140/80, P: 80', D:14, TT:36,5°C). Zkontrolovala jsem PŽK, který je funkční a přelepila jsem NFIX. Pacientka byla poučena studentkou o ranní hygieně a asistovala jsem jí při první hygieně po operačním výkonu. Pacientka užívá svou chronickou medikaci sama.

Aktuální ošetřovatelské diagnózy:

00132 Akutní bolest související s operačním výkonem projevující se poruchou spánku

Doména 12: Komfort

Třída 1: Tělesný komfort

Cíl: Snížím aktuální bolest

Výsledná kritéria:

- Snížení akutní bolesti do půl hodiny
- Pacientka neudává bolest v operační ráně
- Zajištění dostatku spánku

Intervence:

- Zjistí lokalizaci a charakter bolesti
- Zhodnotí intenzitu bolesti
- Doporuč úlevovou polohu
- Dle ordinace lékaře podej medikaci

Realizace:

- Pacientka si stěžuje na bolest v místě operační rány
- Pacientka hodnotí intenzitu bolesti na stupni 5
- Pacientka leží na levém boku
- Dle ordinace lékaře jsem aplikovala 10ml Novalginu i.v.

Zhodnocení

Cíl byl splněn částečně. Pacientce byla bolest snížena na stupnici 1. V průběhu dne odstraním akutní bolest pomocí analgetik.

00095 Nespavost související se smutkem projevující se pozorovanou změnou emocí

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 1: Spánek/odpočinek

Cíl: Pacientka bude spát nejméně 6 hodin bez probuzení

Výsledná kritéria:

- Pacientka se bude cítit odpočinitá
- Pacientka má menší příznaky spánkové deprivace
- Pacientka zvládá relaxační techniky

Intervence:

- Zjistí, z jakého důvodu pacientka trpí nespavostí
- Edukuj o klidném prostředí při usínání
- Zeptej se, jak dlouho pacientka v noci usíná
- Všímej si známky únavy
- Doporuč pacientce více odpočinku přes den
- Dle ordinace lékaře podej vhodnou medikaci

Realizace:

- Na pacientku jsem si udělala čas a promluvila jsem si s pacientkou o důvodu, proč nemůže usínat
- Pacientku jsem edukovala o přizpůsobení prostředí jak je zvyklá z domácího prostředí
- Pacientky jsem se zeptala, jak dlouho usíná v nočních hodinách
- Pacientce jsem doporučila, aby přes den více odpočívala a relaxovala
- Podala jsem medikaci dle ordinace lékaře

Zhodnocení

Cíl se podařilo splnit. Pacientce spí 6 hodin bez probuzení.

00066 Duchovní strádání související se smrtí projevující se vyjadřováním trápení

Doména 10: Životní principy

Třída 3: Soulad hodnot/ víry/ jednání

Cíl: Dosáhnout duševní rovnováhy

Výsledná kritéria:

- Pacientka mluví o svých pocitech
- Pacientka se bude snažit smířit s danou situací
- Pacientka má životní oporu
- Pacientka zvýší vlastní sebevědomí a víru v budoucnost

Intervence:

- Všimni si změn v chování pacientky
- Snaž se zjistit jak je pacientka nábožensky založena
- Vytvoř uklidňující prostředí pro pacientku
- Seznam pacientku s léčebnou péčí a zapoj jí do ní aktivně

Realizace:

- Pro pacientku jsem si udělala dostatek času a promluvila s ní o možnostech duchovní podpory
- U pacientky jsem si všimla, že pláče a je uzavřená
- Pacientky jsem se zeptala, jaké má ráda barvy a druhy knih
- Pacientku jsem seznámila s léčbou a pacientka napomáhá při osobní hygieně, spolupracuje při aplikaci medikamentů

Zhodnocení:

Pacientka se cítí lépe a projevuje své trápení

Potenciální ošetrovatelské diagnózy:

00087 Riziko perioperačního poškození

Riziko vzniku TEN z důvodů upoutání na lůžku

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Fyzické poškození

Cíl: nedojde k vzniku TEN

Výsledná kritéria:

- Pacientka zná způsoby prevence TEN

Intervence:

- Informuj pacientku o důležitosti cvičení na lůžku
- Pomáhej se cvičením na lůžku
- Zajisti elevaci DK
- Zajisti hygienu
- Zajisti návštěvu fyzioterapeuta

Realizace:

- Edukovala jsem pacientku o předcházení TEN a jiných komplikací
- Pomohla jsem pacientce se cvičením
- Pacientce jsem uložila DK do zvýšené polohy
- zajistila jsem zvýšenou hygienu

Zhodnocení

Podářilo se mi splnit cíl, u pacientky nedošlo k TEN

00155 Riziko pádu související s operačním výkonem

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Fyzické poškození

Cíl: Zabráním vzniku pádu

Výsledná kritéria:

- Pacientka nebude stávat ihned po příjezdu na oddělení
- Pacientka je opatrná při vstávání, po dvou hodinách po příjezdu na oddělení

Intervence:

- Pacientce vysvětlí, proč nesmí vstávat,
- Pouč pacientku, kdy a jak může vstávat,
- Ve večerních hodinách pomoz pacientce s hygienou,

Realizace:

- Pacientku jsem poučila, že do odpoledních hodin bude ještě ležet, protože je po operačním výkonu a musí vstávat s doprovodem
- Pacientce jsem vysvětlila, že musí vstát přes bok, nohy svěšené z postele a koukat směrem před sebe
- Ve večerních hodinách jsem opatrně vstala s pacientkou a pomohla jsem jí při hygieně

Zhodnocení:

cíl se podařilo splnit, nedošlo k pádu

..

ZÁVĚR

Asistovaná reprodukce je jedna z léčby neplodnosti moderním lékařským oborem. Objevují se i páry, pro které asistovaná reprodukce není vhodná metoda. Pro tyto páry jsou i jiné možnosti. Páry, které podstoupí léčbu asistované reprodukce, čeká dlouhá cesta za dítětem. Léčba neplodnosti je finančně, časově i psychicky náročná. Léčebné metody se vyvíjí kupředu a využívají se moderní technologie.

Cílem naší práce bylo přiblížení problematiky neplodnosti především studentům zdravotnických škol a také laické veřejnosti

Teoretická část bakalářské práce měla za cíl zformulovat nejdůležitější informace o metodách asistované reprodukce. Snažili jsme se přiblížit psychiku ženy trpící neplodností. V naší práci jsou prověřené a seriózní informace. Vzhledem k věcnému a stručnému obsahu se lze snadno zorientovat a rychle získat základní informace o dané problematice. Neplodnost se v posledním desetiletí vyskytuje častěji a je především ovlivněna životním stylem lidí.

Cílem praktické části bylo zjistit anamnestické údaje od pacientky, potřebné ke zpracování. V práci je dostatek informací pro stanovení ošetřovatelských diagnóz. Ošetřovatelská péče byla systematická, individuální a cílená. U pacientky se nám podařilo splnit veškeré cíle.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Doporučení pro odbornou veřejnost:

- distribuce edukačních materiálů do ordinací gynekologů, praktických lékařů
- využití kompetencí porodních asistentek pro šíření osvěty u žen s poruchou plodnosti

Doporučení pro oblast školství:

- vymezení většího prostoru v učebních osnovách středních a vysokých škol pro výklad problematiky neplodnosti i asistované reprodukce
- v rámci výkladu této problematiky poskytnout studentům besedu či přednášku od odborníka

Doporučení pro státní správu:

- vytváření plošných preventivních programů a kampaní týkajících se neplodnosti

Domníváme se, že by bylo vhodné, kdyby se ženy s neplodností setkaly i s ženami, či celými rodinami, které si tímto problémem už prošly. Mohly by ženy předat své zkušenosti a popřípadě jim snížit stres tím, že by viděly, jak se dá vše zvládnout. Problematikou sdružování žen by se mohly zabývat různé dobrovolné organizace.

SEZNAM LITERATURY

- AŠENBRENEROVÁ, I., M. BEHINOVÁ a K.KAISEROVÁ, 2012. *Nová velká kniha o mateřství*, Praha: Mladá Fronta. ISBN: 80-204-2816-X.
- BOROŇOVÁ, J., 2010. *Kapitoly z ošetrovatelství I*, Praha: Maurea, s.r.o., , ISBN: 978-80-902876-4-8.
- DOHERTY C. M. a M. M. CLARK, 2006. *Léčba neplodnosti: podrobný rádce pro neplodné páry*, Brno: Computer press. ISBN: 80-251-0771-X.
- HERDMAN, T. H.,Ph, RN, *Ošetrovatelské diagnózy definice&klasifikace 2009-2011*, 2009. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-3423-1.
- HEŘMANOVÁ, J., M. VÁCHA, H. SVOBODOVÁ, M. ZVONÍČKOVÁ a J. SLOVÁK, 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*, Praha: Grada. ISBN: 80-2473-469-9.
- KELNAROVÁ, J., M. CAHOVÁ, I. KŘEŠŤANOVÁ, M. KŘIVÁKOVÁ a Z.KOVÁŘOVÁ, 2009. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty- 1. Ročník*, Praha: Grada. ISBN: 80-247-2830-3.
- MACKŮ, F. a E. ČECH, 2002. *Gynekologie*, Praha: Informatorium. ISBN: 80-7333-001-6.
- MARDEŠIĆ, T., 1996. *Trápí Vás neplodnost*, Makropolus, s. 41-61. ISBN: 80-86003-01-9.
- MEPHAM, T.B., 2008. *Bioethics: an introduction for the biosciences 2. Vydání*, Oxford: Oxford university press, s. 131. ISBN: 01-9921-430-1.
- MLÝNKOVÁ, J., 2010. *Pečovatelství 1.díl*, Praha: Grada. ISBN: 80-247-3184-3.
- MRÁZEK, M., 2003. *Umělé oplodnění*, Praha: Triton, s. 15. ISBN: 80- 7254-413-6.
- NĚMCOVÁ, J. a KOLEKTIV, 2013 *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*, Plzeň: Maurea. ISBN: 978-80-902876-9-3.

- PAVLÍKOVÁ, S., 2007. *Modely ošetrovatel'stva v kocke*, Praha: Grada. ISBN: 80-247-1918-5.
- PLEVOVÁ, I. a KOLEKTIV, 2011. *Ošetrovatelství I.*, Praha: Grada. ISBN: 80-247-3557-1.
- PTÁČEK, R., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*, Praha: Grada. ISBN: 80-2479-976-3.
- RIGUTTI, A., 2006. *Ilustrovaný atlas anatomie*, Praha: Nakladatelství Sun. ISBN: 80-737-1142-7.
- ROZTOČIL, A. a KOLEKTIV, 2011. *Moderní gynekologie*, Praha: Grada, s. 239. ISBN -13: 978-80-247-2832-2.
- ŘEŽÁBEK, K., 2002. *Léčba neplodnosti 2., aktualizované vydání*, Praha: Grada, s. 9, 11, 13, 40. ISBN: 80-274-0187-1.
- ŘEŽÁBEK, K., 2008. *Léčba neplodnosti*, Praha: Grada. ISBN: 978-80-274-2103-3.
- SLEZÁKOVÁ, L. a KOLEKTIV, 2011. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty III. - gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie*, Praha: Grada. ISBN: 80-2472-270-4.
- SLEZÁKOVÁ, L. a KOLEKTIV, 2011. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*, Praha: Grada. ISBN: 9788024733739.
- VÁCHA, M., R. KONIGOVÁ a M. MAUER, 2012. *Základní moderní lékařské etiky*, Praha: Portál, s. 172- 184. ISBN: 978-80-7367-780-0.
- VOKURKA, M. a J. HUGO, 2011. *Praktický slovník medicíny*, Praha: Maxdorf. ISBN: 8073452626.
- WEISS, P. a KOLEKTIV, 2010. *Sexuologie*, Praha: Grada. ISBN: 80-2472-492-8.
- Portál veřejné zprávy* [online]. Ministerstvo vnitra. Rok vydání 2008.
- Dostupné z <http://portal.gov.cz>
- Sekce asistované reprodukce České gynekologicko-porodnické společnosti* [online].
Sekce asistované reprodukce České gynekologicko-porodnické společnosti. Rok vydání 2009.

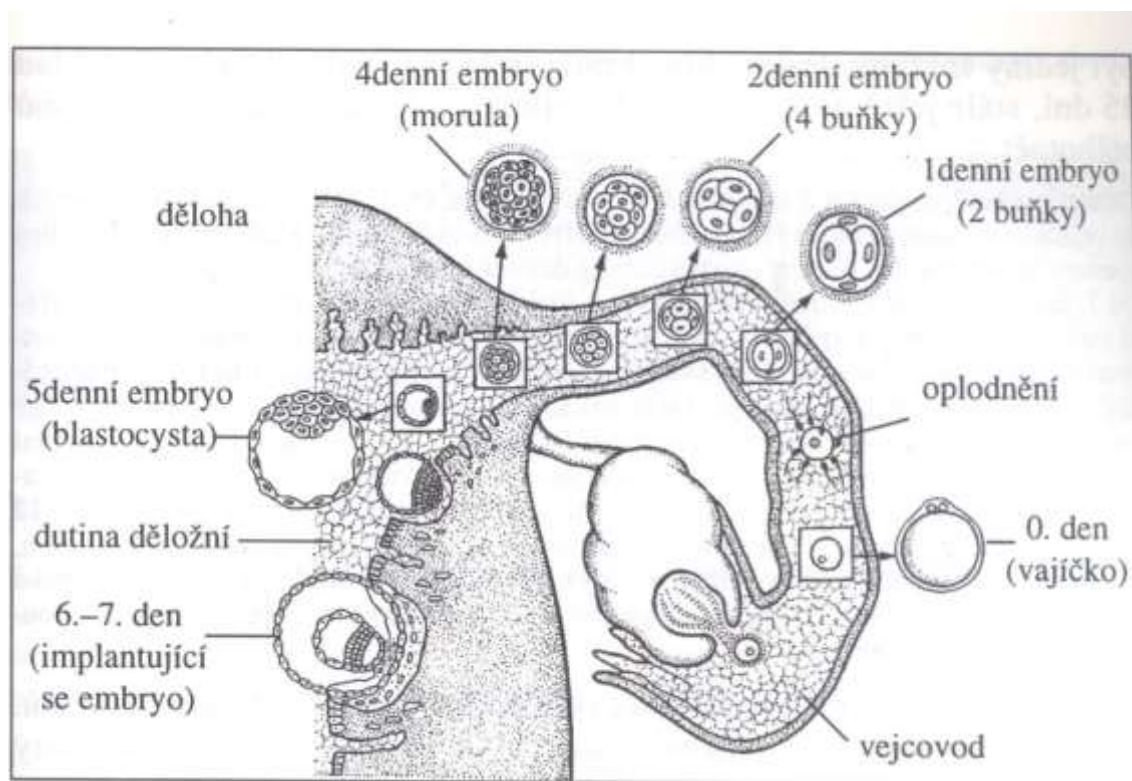
Dostupné z www.sarcgps.cz/page/67987

PŘÍLOHY

Příloha A – Oplodnění vajíčka a vývoj embrya	I
Příloha B – Mužské pohlavní orgány	II
Příloha C – Ženské pohlavní orgány	III
Příloha D – Diagnostika a léčba neplodnosti	IV
Příloha E - Seznam center asistované reprodukce v Praze	V
Příloha F – příloha CH	VI

Příloha A

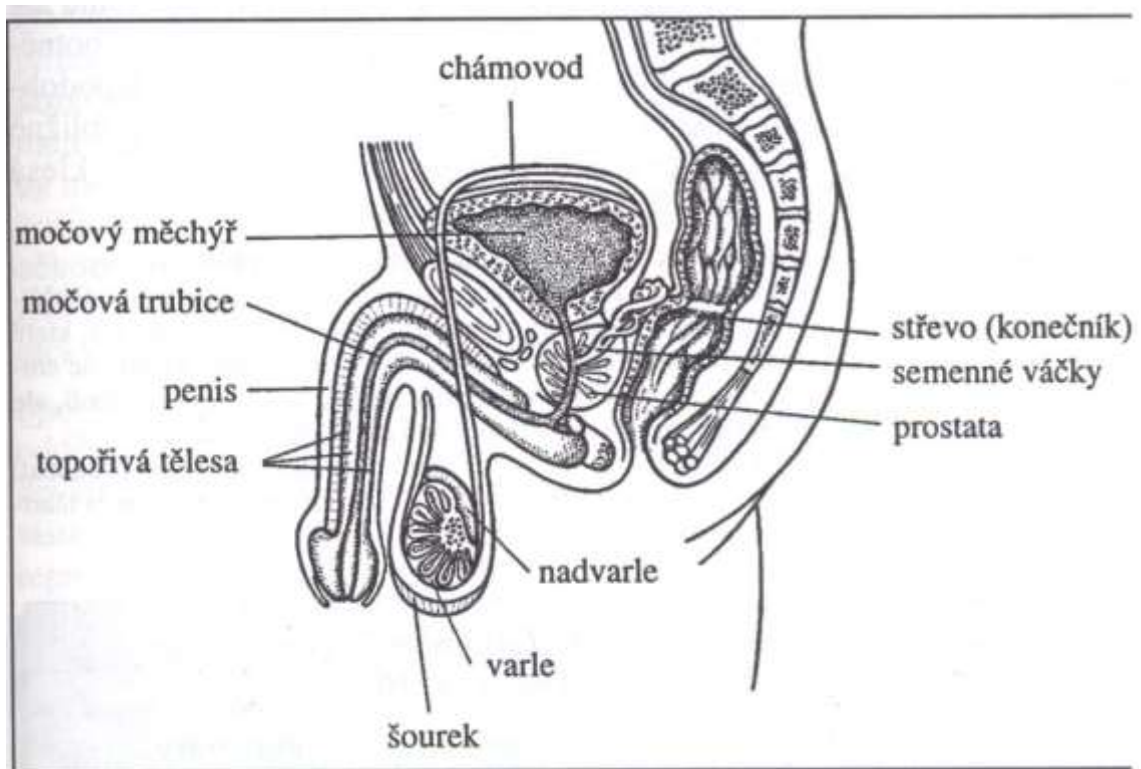
Oplození vajíčka a vývoj embrya



ŘEŽÁBEK, 2002, str. 11

Příloha B

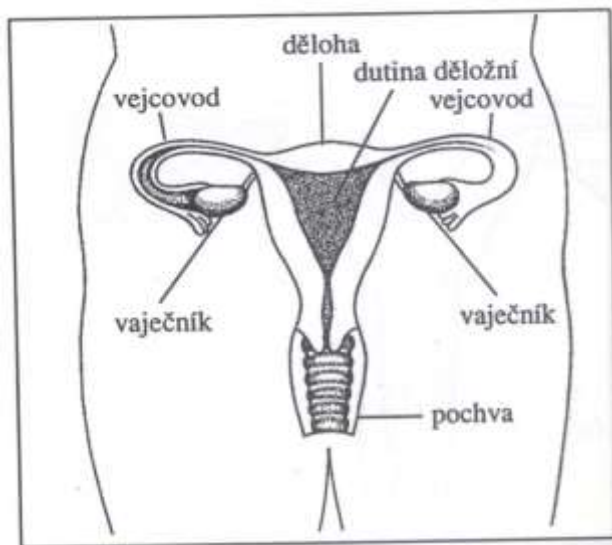
Pohlavní mužské orgány



ŘEŽÁBEK, 2002, str. 13

Příloha C

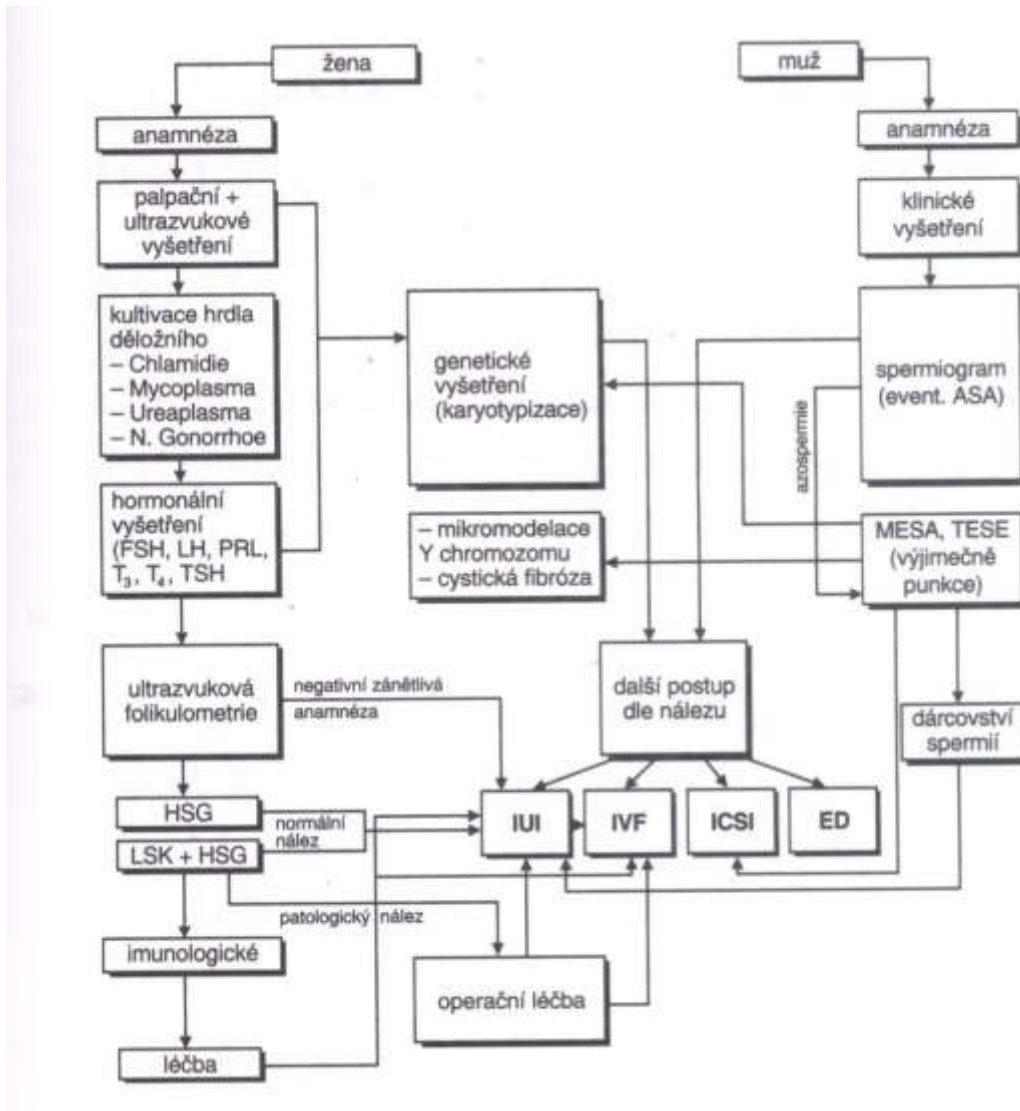
Ženské pohlavní orgány



ŘEŽÁBEK, 2002, str. 9

Příloha D

Diagnostika a léčba neplodnosti



MRÁZEK, 2003, str.15

Příloha E

Seznam center asistované reprodukce v Praze

	Název centra	Město	Adresa	odkaz
1.	CAR VFN Praha	Praha 2	Apolinářská 18	www.apolinar.vfn.cz
2.	PRONATAL, s.r.o.	Praha 4	Na Dlouhé mezi 4/12	www.pronatal.cz
3.	CAR ÚPMD	Praha 4	Podolské nábřeží 157/36	www.upmd.cz
4.	CAR FN Motol	Praha 5	V Úvalu 84	www.ivf-motol.cz
5.	GEST, s.r.o.	Praha 5	Nad Buďánkami II 2087/24	www.gest.cz
6.	PRONATAL Plus, s.r.o.	Praha 6	Čínská 888/4	www.pronatalplus.cz
7.	ISCARE I.V.F., a.s.	Praha 7	Jankovcova 1569/2c	www.iscare.cz
8.	Prague Fertility Centre, s.r.o.	Praha 7	Milady Horákové 386/63	www.pragueivf.cz

www.sarcgps.cz/page/67987

Příloha F

Příloha CH

Příloha CH

Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem OŠETŘOVATELSKÝ PRŮBĚH O ŽENU 70 LETO ^{ASISTOVANÉ ŽENY} v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 14. 3. 2014

Adriana Kolářová

Jméno a příjmení studenta