

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

Praha 5

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U ŽENY PO ABORTU

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

KRISTÝNA RUBIŠOVÁ

Praha 2014

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

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U ŽENY PO ABORTU

Bakalářská práce

KRISTÝNA RUBIŠOVÁ

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Porodní asistentka

Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová

Praha 2014



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

Rubišová Kristýna
3. A PA

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 23. 6. 2014 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u ženy po abortu

Nursing Process for Women after Abortion

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Ivana Jahodová

V Praze dne: 23. 6. 2014


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

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 25. 8. 2014

Podpis

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych poděkovat vedoucí práce PhDr. Ivaně Jahodové za rady, trpělivost a spolupráci při psaní této práce a porodním asistentkám z Gynekologicko-porodnické kliniky Všeobecné fakultní nemocnice v Praze a 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy.

ABSTRAKT

RUBIŠOVÁ, Kristýna. *Ošetrovatelský proces u ženy po abortu*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová. Praha. 2014. 62 s.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u ženy po abortu. Teoretická část se zaměřuje na definice abortů (dále jen potratů), které se často měnily. Další částí je rozdělení potratů včetně specifické lékařské a zejména ošetrovatelské péče. Popisujeme zde příčiny, prevenci a léčbu jak umělého tak i samovolného potratu. Péče o psychiku ženy při a po potratu je nedílnou součástí této práce. Často se setkáváme s emoční, fyzickou, spirituální, sociální a intelektuální reakcí, se kterou je nutné pacientce i její rodině pomoci. V praktické části je rozpracován ošetrovatelský proces u ženy po samovolném potratu. Posouzení bio-psycho-sociálních potřeb bylo provedeno dle modelu Marjory Gordonové. Potraty jsou často diskutované téma a pro náš další profesní i osobní život je důležité si tuto problematiku přiblížit a ujasnit.

Klíčová slova

Gravidita. Potrat. Psychika. Riziko. Umělé ukončení těhotenství.

ABSTRACT

RUBIŠOVÁ, Kristýna. *Nursing Process for Women after Abortion*. Medical College, o. p. s. Dušková 7, Prague 5. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Ivana Jahodová. Prague. 2014. 62 pages.

The topic of the bachelor thesis is the Nursing Process for Women after Abortion. The theoretical part focuses on the definition of abortions which are often changed. The next part is about the distribution of abortions, which include different practices in health Care. Mental state during and after an abortion is an integral part of this thesis because it's very stressful and including also emotional, physical, spiritual, social and intellectual response. So this mental aspect is useful for a female patient and her family. This part also mentions the causes, prevention and treatment of both artificial and spontaneous abortion. The practical part is an important part of the thesis which includes the nursing process for women after abortion according to Marjory Gordon. The topic of this thesis is a very actual question. That's why it's important to explain this issue and sort it out. The thesis is primarily determined for health care providers but also for the general public so for them is not a problem to understand.

Keywords

Abortus. Artificial termination of pregnancy. Pregnancy. Psyche. Risk.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

| | |
|--|----|
| ÚVOD..... | 16 |
| 1 DEFINICE POTRATŮ..... | 17 |
| 2 SAMOVOLNÝ POTRAT..... | 19 |
| 2.1 ETIOLOGIE SAMOVOLNÉHO POTRATU | 19 |
| 2.2 DIAGNOSTIKA SAMOVOLNÉHO POTRATU..... | 21 |
| 2.3 STÁDIA POTRATU NEKOMPLIKOVANÉHO | 22 |
| 2.4 STÁDIA POTRATU KOMPLIKOVANÉHO | 23 |
| 3 UMĚLÝ POTRAT..... | 25 |
| 3.1 POTRAT KRIMINÁLNÍ..... | 25 |
| 3.2 POTRAT LEGÁLNÍ..... | 26 |
| 3.2.1 UMĚLÉ UKONČENÍ TĚHOTENSTVÍ..... | 27 |
| 3.3 METODY UKONČENÍ TĚHOTENSTVÍ V 1. TRIMESTRU.... | 28 |
| 3.4 METODY UKONČENÍ TĚHOTENSTVÍ VE 2. TRIMESTRU...29 | |
| 3.5 ZPŮSOBY UMĚLÉHO UKONČENÍ TĚHOTENSTVÍ..... | 29 |
| 3.6 KOMPLIKACE UMĚLÉHO UKONČENÍ TĚHOTENSTVÍ.... | 30 |

| | |
|---|-----------|
| 4 PSYCHIKA ŽENY PO SAMOVOLNÉM POTRATU..... | 32 |
| 5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES..... | 34 |
| ZÁVĚR..... | 57 |
| SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY..... | 58 |
| SEZNAM PŘÍLOH | |

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AS – akce srdeční

BMI – body mass index - index tělesné hmotnosti

BWR – Bordetova-Wassermannova reakce - vyšetření na syfilis

CTG – kardiokografie

ČR – Česká republika

DK – dolní končetina

DM – diabetes mellitus - cukrovka

EKG – elektrokardiografie – snímání elektrické aktivity srdečního svalu

EU – Evropská unie

GBS – Guillain-Barrého syndrom - streptokok skupiny B

HBsAg – hepatitis B surface antigen - protilátky infekční hepatitidy B

hCG – human chorion gonadotropin - lidský choriiový gonadotropin

HIV – human immunodeficiency virus - virus lidské imunodeficiency

HLA – human leucocyte antigen - genetické znaky

ICHS – ischemická choroba srdeční

IM – infarkt myokardu

IUFD – intrauterine fetal death - nitroděložní smrt plodu

IVF – fertilizace in vitro - mimotělní oplodnění

KS – krevní skupina

LHK – levá horní končetina

MTHFR – enzym methylenetetrahydrofolátreduktáza

OA – obchodní akademie

oGTT – orální glukózový toleranční test

OP – ozvy plodu

P – pulz

p. o. – per os - ústy

PŽK – periferní žilní katétr

RCUI – revisio cavi uteri instrumentalis - instrumentálně kyretou prováděná revize děložní dutiny

RD – rodinný dům

TK – tlak krve

TORCH – toxoplazmóza, rubeola, cytomegaloviróza, herpes simplex

TT – tělesná teplota

UUT – umělé ukončení těhotenství

UZ – ultrazvukové vyšetření

VZP – Všeobecná zdravotní pojišťovna

(VOKURKA, 2013), (ČECH, 2006)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Abortus – potrat

Adnexa – připojené orgány (vaječníky a vejcovody)

Amenorea – vynechání menstruačního krvácení

Americké kleště – jednozubé kleště

Antagonisté – opačně působící (lék nebo sval)

Cerclage – zdrhnutí děložního hrdla při nedostatečné funkci

Cervix – hrdlo děložní

Cirkulární – kruhový

Decidua – těhotensky změněná sliznice dělohy

Diabetes mellitus – (cukrovka) onemocnění způsobené nedostatkem inzulínu nebo jeho malou účinností

Dilatace – rozšíření dutého orgánu

Dilatátor – nástroj určený k dilataci (rozšíření)

Dirupce – protržení (plodových obalů)

Dutina peritoneální – dutina břišní vystlaná pobřišnicí

Dystyreóza – porucha funkce štítné žlázy

Ektopická gravidita – mimoděložní těhotenství

Embryonální – zárodečný

Endometrium – slizniční vrstva dělohy

Endotel – buněčná vrstva vystylající vnitřek cév

Endotoxiny – základní složka zevní membrány gram-negativních bakterií

Ergotin – výtažek z námelu užívaný jako lék k zastavení krvácení

Escherichia coli – druh gram-negativní bakterie běžně přítomné v lidském trávicím ústrojí

Exantém – vyrážka

Fetální – plodový

Gestační stáří – stáří plodu v děloze

Gestageny – skupina ženských pohlavních hormonů

Gram-negativní bakterie – bakterie, která nevykazuje Gramovo zbarvení

Gravidita – těhotenství

Hematom – rozsáhlý uzavřený krevní výron

Hemokoagulace – krevní srážení

Herpes simplex – opar způsobený herpetickými viry

Histopatologie – vyšetření vzorku tkáně pod mikroskopem

Chinin – alkaloid z kůry chinovníku

Choriová tkáň – tkáň plodových obalů

Implantace – hlubší vsazení do sliznice

Imunoglobulin – protilátka, termín zdůrazňuje její bílkovinnou povahu

Indikace – rozhodný důvod vyžadující určitý léčebný nebo diagnostický postup

Inkompetence – nedostatečnost

Intoxikace – otrava

Intracervikální – uvnitř děložního hrdla

Intramurální – umístěný ve stěně

Intrauterinní – nitroděložní

Intravenózní – nitrožilní

Kardiovaskulární – týkající se srdce a cév

Koagulum – krevní sraženina

Konizace – vytětí tkáně děložního hrdla

Kyreta – kovový nástroj

Latentní – skrytý, bezpříznakový

Linea fusca – pigmentovaná střední linie na bříše

Lokální – místní

Malformace – znetvoření

Mediální – střední

Mikrotraumata – drobná poranění

Miniinterrupce – umělé ukončení těhotenství prováděné do konce 8. týdne těhotenství

Mola carnososa – zánět masový

Mola cruenta – zánět krevnatý

Murphyho znamení – bolest při nádechu u hlubokého pohmatu v oblasti žlučníku

Nidace – zanoření do sliznice

Nízkomolekulární heparin – lék proti srážení krve

Oxytocin – hormon tvořený v hypothalamu

Parita – označení pro počet porodů

Per vaginam – pochvou

Perforace – proděravění

Peritonitis – zánět pobřišnice

Polygenně determinované rozštěpy neurální trubice – dědičnost z více genů vymezující rozštěpy

Postabortivní – následující po potratu

Postkoitální – následující po koitu

Preindukce – příprava pohlavních orgánů k vyvolání porodu

Prematurita – nedonošenost

Progesteron – ženský pohlavní hormon

Prostaglandin – látka podobná hormonům vznikající prakticky ve všech orgánech těla

Renální – ledvinové

Retroverze-flexe dělohy – dozadu zakloněná a ohnutá děloha

Revize dutiny děložní – vybavení obsahu dutiny děložní

Reziduum – zbytek

Rh-izoimunizace – proces, při kterém se matka s negativním Rh-faktorem imunizuje proti Rh-faktoru přítomnému na krvinkách plodu, který jej zdědil po otci (Rh pozitivním)

Sectio minor – výkon prováděný na nerozvinutém děložním segmentu krátkým podélným mediálním řezem

Selekce – výběr

Sondáž dělohy – zavedení kovové sondy do dělohy pro zjištění velikosti dělohy

Spasmolytika – léky odstraňující křeč ženských pohlavních orgánů

Spermiogram – výsledek vyšetření spermatu

Spontánní – samovolný

Sterilita – neplodnost

Submukózní – podslizniční vrstva

Tapottement – poklep malíkovou hranou ruky na oblast ledvin

Trendelenburgova poloha – poloha, při níž pacient leží na zádech a jeho dolní část těla je uložena výše než hlava

Tuba uterina – vejcovod

Uterus duplex – zdvojená děloha

Uterus septus – děloha rozdělena přepážkou

Uterus unicornis cum cornu rudimentario – děloha s nerovnoměrným vývojem Müllerových vývodů

Vaginitis – zánět pochvy

Vakuumexhausce – podtlaková savka

Vakuumaspirační kanyla – plastová kanyla používaná při umělém ukončení těhotenství

Vazomotorický kolaps – kolaps způsobený zúžením či rozšířením cév

(VOKURKA, 2013), (ČECH, 2006)

ÚVOD

Pro bakalářskou práci jsme si vybrali ženu po potratu, protože s tímto závažným problémem se setkáváme na porodních sálech velmi často. Jedná se o velmi citlivou a psychicky náročnou diagnózu jak pro ženu, která si touto závažnou situací musí projít, tak i pro porodní asistentku, která si musí zachovat svou profesionalitu.

V mnoha případech příčina spontánního potratu není známa. Je proto tento problém stále diskutován a zkoumán.

Podle Českého statistického úřadu dochází opět k poklesu v celkovém počtu potratů, který je v České republice pozorován již od 90. let. Stálý pokles potratů pozorujeme od roku 2008. Potratovost se oproti roku 2011 snížila o 1130 případů a dosáhla hodnoty 37734. Umělých ukončení těhotenství bylo v roce 2012 evidováno o 1023 méně než v předchozím roce 2011 a celkem je to 23 032. V roce 2013 došlo opět k nepatrnému poklesu a to o 47 potratů oproti roku 2013 (ÚZIS, 2014).

Cílem bakalářské práce je přiblížit problematiku potratu. Především její diagnostiku, příčiny a uvědomit si posun ve zdravotnické profesi vpřed. Zvládání psychiky rodiny pacientky po potratu je také důležitým cílem práce.

V praktické části se zaměřujeme na ošetrovatelskou péči o ženu po samovolném potratu.

Bakalářská práce je určena především zdravotnímu personálu, který si může rozšířit znalosti v oboru porodnictví, blíže potraty.

1 DEFINICE POTRATŮ

Pro začátek je vhodné uvést několik definic potratů, neboť jejich znění se stále upravuje a mění.

Potrat latinsky *abortus* byl definován jako vypuzení plodu z dělohy ženy, který není schopen života mimo dělohu. Jelikož přesná data počátku těhotenství je nejasná, bylo nutné stanovit daná kritéria. V České republice byl za potrat označen živý plod o hmotnosti menší než 500 g, který nebyl schopen přežít 24 hodin. O potrat se jedná i v případě, kdy se narodí plod mrtvý vážící 999 g a méně. Jedná-li se o vícečetné těhotenství, plod vážící méně než 1000 g je označován za potrat bez ohledu na hmotnost a gestační stáří dalšího plodu. Podle nové klasifikace dle EU bude za potrat považován mrtvý plod vážící méně než 500 g (KOUDELA, 2004).

Potrat neboli *abortus* je předčasné vypuzení mrtvého plodu z dělohy do ukončeného 28. těhotenského týdne. Není-li známá délka těhotenství, potratem byl nazván mrtvý plod vážící do 1000 g. Za porod byl považován vypuzený plod, který má všechny známky života, jeho váha je nad 500 g a to bez ohledu na délku těhotenství. Plod, který váží méně než 500 g a není schopen života déle než 24 hodin, se považoval také za porod (KOBILKOVÁ, 2005).

Za nejnovější platnou definici se považuje dle zákona 372/2011 Sb. § 82 tato definice. *Potratem se rozumí plod, který po úplném vypuzení nebo vynětí z těla matky neprojevuje ani jednu ze známek života a jehož porodní hmotnost je nižší než 500 g nebo jehož hmotnost nelze zjistit, jestliže je těhotenství kratší než 22 týdnů* (MZČR, 2014).

Skutečnou frekvenci potratů není možné přesně určit, neboť mnoho těhotenství je potraceno a vypuzeno v době po menstruačním cyklu a samotnou ženou není vnímáno jinak než prodloužený menstruační cyklus (BINDER, 2009). Dále platí pravidlo, čím starší věk ženy, tím větší riziko samovolných potratů (ČECH, 2006).

Samovolných potratů na celkovém počtu potratů trvale stoupá, podíl 36,4 % v roce 2013 je nejvyšší od roku 1990. Jedna třetina samovolných potratů byla zaznamenána u žen starších 35 let (ÚZIS, 2014).

Podle Gilmora byla vyčíslena procentuální incidence potratu vzhledem k věku matky. Pro příklad při věku nižším než 20 let je riziko potratu 0-1 %. Při věku matky nad 40 let je riziko značně zvýšeno a to na 13,6 % (ČECH, 2006).

2 SAMOVOLNÝ POTRAT

Samovolný potrat latinsky *abortus spontaneus* je častým patologickým jevem v porodnictví (KOUDELA, 2004). Samovolný potrat můžeme rozdělit na potrat časný a pozdní. Potrat časný se udává do konce prvního trimestru a potrat pozdní do konce druhého trimestru (PAŘÍZEK, 2005). Samovolný potrat je jedna z nejčastějších příčin reprodukčních ztrát. Opakované potrácení patří mezi další nejčastější příčiny. V menším poměru sem patří i prematurita, intrauterinní odumření plodu a ektopické těhotenství (ZWINGER, 2004).

2.1 ETIOLOGIE SAMOVOLNÉHO POTRATU

Mezi příčiny spontánního potratu řadíme genetické, anatomické, endokrinní, infekční, imunologické, trombotické, hormonální a další příčiny. V mnoha případech není příčina potratu jasná (ROZTOČIL, 2011).

Nejčastější příčiny můžeme rozdělit na dvě skupiny. Do první skupiny řadíme defektní plodové vejce a do druhé mateřské příčiny (ČECH, 2006).

Defektní plodové vejce způsobuje embryonální a fetální abnormality, abnormality implantace a mnohočetné těhotenství s malformací jednoho nebo obou plodů. Díky přirozené selekci se na začátku těhotenství tělo matky zbavuje poškozeného plodu. Nejčastější abnormality jsou chromozomální trisomie, monosomie, triploidie, tetraploidie, mnohočetné malformace plodu a polygenně determinované rozštěpy neurální trubice (ČECH, 2006).

Je-li zavedeno nitroděložní tělísko a při něm dojde k implantaci plodového vejce, může dojít k samovolnému potratu. Nízká implantace placenty bývá jednou z příčin spontánního potratu. Další příčinou je degenerace choriové tkáně například *mola* (ČECH, 2006).

U mateřských příčin se jedná hlavně o hormonální příčiny, malformace dělohy, záněty a nádory dělohy, myomy lokalizované submukózně i intramurálně, onemocnění matky, infekce, otravy, imunologické faktory, trombofilie, inkompetence děložního hrdla a traumata (ČECH, 2006).

Opakované potraty často souvisí s hormonální nerovností během menstruačního cyklu, může se však jednat i o neléčený diabetes mellitus a dystyreózy (ČECH, 2006).

Při malformaci dělohy se jedná především o *uterus duplex*, *uterus septus* a *uterus unicornis cum cornu rudimentario*. Další příčinou potratu může být zaklínění dělohy v retroverzi-flexi (ČECH, 2006).

Při zánětu dělohy se jedná o nevhodné podmínky pro nidaci oplodněného vejce a může dojít k potratu. Po císařském řezu je místo endometria poškozené a nidace v tomto místě může být ohrožena (ČECH, 2006).

Během těhotenství, vlivem zvýšené hladiny estrogenu, může dojít k zrychlenému růstu děložního myomu (KOHNEROVÁ, 2013).

Jedná-li se o závažnější onemocnění matky, jako je zmíněný diabetes mellitus, horečnatá onemocnění matky, lupus, onemocnění štítné žlázy, renální, plicní a jaterní choroby nebo kardiovaskulární onemocnění, riziko potratu je zvýšeno (ČECH, 2006).

Placenta zabraňuje některým mikroorganizmům prostupu z matčiny krve do krevního oběhu plodu. Některé organizmy však přestoupit mohou a plod výrazně ohrozit. Nejvyšší nebezpečí hrozí v prvním trimestru těhotenství, kdy se plod nejvíce vyvíjí a hrozí spontánní potrat (ČECH, 2006). Jedná se o parvovirus, listerie, chlamydie, mykoplazmata, GBS (Guillain-Barrého syndrom - streptokok skupiny B, dále jen GBS), ureaplazmata a další onemocnění jako rubeola, syfilis, herpes simplex, případně cytomegalovirus, toxoplazmóza, salmonela, variola i mykobakterium tuberkulózy (KOHNEROVÁ, 2013).

Další příčinou potratu může být zvýšený příjem alkoholických nápojů a kouření v těhotenství, neobvyklé hladiny olova, benzenu, anestetické plyny a anilin (ČECH, 2006). Některé ženy závislé na drogách, pokud si aplikují větší dávku pervitinu nebo kokainu, mohou tímto vyvolat potrat (VAVŘINKOVÁ, 2006).

Ve druhém trimestru těhotenství se mezi příčiny řadí Rh-izoimunizace při vysokých hladinách protilátek (ČECH, 2006). Další příčinou mohou být vrozené defekty imunity, zvýšená aloimunita proti cizím HLA (human leucocyte antigen - genetické znaky, dále jen HLA) znakům a imunita proti antigenům trofoblastu. Konečnou strukturou,

kteřá bývá napadena imunitní reakcí, je mateřská tkáň. Nejvíce se jedná o endotel cév placenty a deciduální buňky (MADAR, 2003).

Trombofilie je vrozená nebo získaná hyperkoagulační aktivita (ČECH, 2006). Ženy s izolovanou trombofilií MTHFR 677 (enzym methylenetetrahydrofolátreduktáza, dále jen MTHFR) zaznamenávají zvýšený výskyt spontánního potratu i IUFD (intrauterine fetal death - nitroděložní smrt plodu, dále jen IUFD). Tyto chybějící faktory, vedoucí k poškození žilní a tepenné výstelky podporují nedostatečnou hladinu kyseliny listové (CALDA, 2011).

K insuficienci děložního hrdla dochází nejčastěji kolem šestnáctého až čtyřicátého týdne těhotenství. U každé ženy tomu však může být jinak. U malého procenta žen se může jednat o vrozenou abnormalitu. Další příčinou přrdchází chirurgické zákroky. Jedná se o dilataci děložního hrdla, konizaci, klešťový porod, přenášení plodu a porod velkého plodu. Nejčastěji na příčinu insuficience děložního hrdla nepřijdeme (KOHNEROVÁ, 2013).

S opakujícími se těhotenskými ztrátami mohou být spojeny i mírnější stupně intrauterinních srůstů (HRAZDIROVÁ, 2011).

Mezi další příčiny spontánního potratu je nezávisle na trimestru těhotenství nadměrná iradiace i elektrický šok (ZWINGER, 2004).

2.2 DIAGNOSTIKA SAMOVOLNÉHO POTRATU

Prvním krokem diagnostiky samovolného potratu je detailní anamnéza. Získané údaje jsou velmi důležitými informacemi pro další postupy. Následuje klinické vyšetření - vyšetření ženy v zrcadlech, při němž můžeme zaznamenat krvácení z rodidel a palpační vyšetření dělohy a děložního hrdla. Další postup zajišťuje ultrazvuková metoda, která je důležitou vyšetřovací metodou využívanou v porodnictví a gynekologii. Poslední metodou pro diagnostiku samovolného potratu je sledování hladiny hCG (human chorion gonadotropin - lidský choriový gonadotropin, dále jen hCG) v krvi matky. Sledování těhotenství dle hCG není prokazatelným údajem v začátku gravidity. Faktorem, který určí jistotu zaniklého těhotenství, je klinický stav ženy a ultrazvukové vyšetření dělohy a děložního hrdla (ČECH, 2006).

2.3 STÁDIA POTRATU NEKOMPLIKOVANÉHO

Hrozící potrat, latinsky *abortus imminens*, těhotná vnímá jako nepříjemný tlak v podbřišku a krvácí z formovaného z hrdla děložního. Při prohlídce na gynekologii *per vaginam* lékař cítí hrdlo děložní uzavřené. Příčinou krvácení je částečné oddělení plodového vejce od deciduy hematodem (ČECH, 2006). Při vaginálním vyšetření nevidíme části plodového vejce vyhrěznuté z dutiny děložní. Velikost dělohy odpovídá délce amenorey a těhotná žena může zaznamenat občasné slabé kontrakce. Při sonografickém vyšetření zaznamenáváme srdeční akci plodu. Při odběru krve, na zjištění hladiny hCG, hodnoty odpovídají danému těhotenství (KOUDELA, 2004). Ve fázi hrozícího potratu se tento děj může zcela zastavit, ale je vhodná hospitalizace na oddělení rizikového těhotenství a vždy záleží na individuálním nálezu (PAŘÍZEK, 2005).

Léčba hrozícího potratu spočívá v uložení ženy do Trendelenburgovy polohy s přísným klidem na lůžku. Medikamentózně se mohou podávat gestageny (ROZTOČIL, 2008). Mezi další léky používané při léčbě hrozícího potratu řadíme hemostyptika, hemostatika a vitamíny (ČECH, 2006).

Při **počínajícím potratu**, latinsky *abortus incipiens*, těhotná taktéž krvácí. Kontrakce zvyšují svou aktivitu a tlak v podbřišku je velmi bolestivý. Při vyšetření *per vaginam* je hrdlo děložní zkrácené a otevírá se. V této fázi nekomplikovaného potratu se již jedná o rozsáhlé oddělení plodového vejce od deciduální tkáně a krvácení je velmi silné. Toto stádium nazýváme **potrat v běhu** neboli *abortus in cursu*. Není možno tomuto stavu již zabránit (ČECH, 2006). Děloha je tuhá a nastávají pravidelné kontrakce děložní. Je možné hmatat části plodového vejce (KOUDELA, 2004). Samovolný potrat není tak závažný problém po stránce medicínské, ale negativně ovlivňuje hlavně psychiku ženy. Dozvědět se, že plod není schopný života, je pro matku vždy velmi traumatizující zážitek (PAŘÍZEK, 2005).

U počínajícího potratu, kdy je hrdlo natolik dilatováno, že již potrat nelze zastavit, podáváme intravenózně infuzi s oxytocinem. Po aplikaci hormonu nastane potrat úplný a podpoří se kontrakce dělohy (ČECH, 2006).

Posledním druhem nekomplikovaného potratu je **potrat úplný**. Latinsky tento stav nazýváme *abortus completus*. Jedná se o kompletní potracení

plodového vejce a dutina děložní je prázdná (ČECH, 2006). Tato varianta se však často nevyskytuje a proto se spíše setkáváme s takzvaným potratem neúplným.

2.4 STÁDIA POTRATU KOMPLIKOVANÉHO

Potrat neúplný, latinsky *abortus incompletus*, je specifický vyloučením nekompletním. V tomto případě v děloze zůstávají obaly plodu i placenta. Může se vyskytnout infekce vyvolaná nejčastěji streptokokem nebo *Escherichia coli*. Tato infekce se do dělohy může dostat z hrdla děložního i z pochvy. Jde o závažný stav doprovázený horečkami, který nazýváme **potrat horečnatý**, latinsky *abortus febrilis* (KOUDELA, 2004).

Když infekce přestoupí do okolních tkání jako je děloha, vejcovody či do dutiny peritoneální, jde o potrat horečnatý komplikovaný. Nepřestoupí-li infekce do okolních tkání a usídí se jen v plodových obalech, tento druh řadíme do potratu horečnatého nekomplikovaného. Nejzávažnější komplikací horečnatého stavu je septický stav a jeho následky můžou skončit katastrofálně (KOUDELA, 2004). Endotoxiny uvolňující se z gram-negativních bakterií můžou vyvolat vazomotorický kolaps s následným selháním všech orgánů ženy. Příznaky septického stavu jsou třes, nízký krevní tlak, vysoká tělesná teplota, zrychlený srdeční pulz a nedostatečné dýchání (ČECH, 2006). Aby se předcházelo dané komplikaci, je zavedena metoda revize dutiny děložní a odeslání vzorků tkáně na histopatologické vyšetření (KOUDELA, 2004).

Potrat cervikální, latinsky *abortus cervicalis*, je jistým druhem samovolného potratu. Plodové vejce je potraceno, ale nevyloučí se ven z pochvy a zůstane v rozšířeném hrdlu děložním. Zevní branka je uzavřená a proto se plodové vejce nevypudí do pochvy. Tento stav je nebezpečný už kvůli špatnému přístupu a následnému zastavení krvácení. Cervikální potrat je lehce zaměnitelný s takzvanou cervikální graviditou, u které se těhotenství vyvíjí od začátku v děložním hrdle (KOUDELA, 2004).

Potrat protrahovaný, latinsky *abortus protractus*, je nebezpečný svým dlouhodobým krvácením. Plodové vejce není zcela odloučené a provází ho kontrakce slabšího charakteru (ČECH, 2006).

Zamlklý potrat nazývaný taktéž, latinsky *missed abortion*, je pro ženu velmi vyčerpávající. Jedná se o odumřelé plodové vejce, které však neopustilo dutinu děložní.

Žena trpí nechutenstvím, nevolností, můžou se objevit zvýšené teploty a krvácení. Plodové vejce se začíná postupně vstřebávat a žena trpí intoxikací organismu. (ČECH, 2006). Kolem odumřelého plodu se může vytvořit tmavě červenohnědý útvar zvaný taktéž *mola cruenta*. Jedná se o nahromadění krevní sraženiny, která následně zbledne a nazývá se *mola carnos*a (ZWINGER, 2004).

Za **potrat habituální** považujeme opakovaný potrat. Riziko u ženy, která již minimálně třikrát za sebou potratila, je zvýšené na 30-70 % (ČECH, 2006). Habituální potracení postihuje 1 % těhotných žen. O primárním opakovaném těhotenství mluvíme v případě, že všechna předešlá těhotenství byla potracena. Pokud opakovaným potratům předcházelo těhotenství, které bylo ukončeno porodem, jedná se o sekundární opakované potracení (ZWINGER, 2004).

Vyšetření a následná léčba je nejvhodnější prekoncepčně. V období těhotenství jsou možnosti vyšetření a léčby velmi limitované (ZWINGER, 2004).

Placentární trombóza se zdá být častou patofyziologickou příčinou habituálního potracení u žen s trombofilií (KAŠPAROVÁ, 2009, s. 360).

Vždy, jedná-li se o **potrat komplikovaný**, jsou podána širokospektrá antibiotika a nízkomolekulární heparin v dávkách po 12 až 24 hodinách. U ženy je indikováno hemokoagulační vyšetření (ČECH, 2006).

3 UMĚLÝ POTRAT

Umělý potrat, latinsky *abortus artificialis*, rozdělujeme na potrat kriminální a legální (indukovaný) (ČECH, 2006).

Potrat legální se provádí v nemocnici pod odborným dohledem, a proto komplikace nejsou tak časté. Je však důležité dodržovat zásady, které lékař pacientce sdělí. Hygiena je na prvním místě. Psychická a fyzická pohoda se řadí mezi další faktory, které by žena měla dodržovat.

3.1 POTRAT KRIMINÁLNÍ

V dnešní době, kdy se žena v České republice může dobrovolně rozhodnout a požádat o umělé ukončení těhotenství pod lékařským dohledem, je tento potrat kriminální, latinsky *abortus criminalis*, výjimečný.

Při podezření na kriminální potrat je nutné informovat Policii ČR (Česká republika, dále jen ČR) (ČECH, 2006). Důkazy jsou těžko rozpoznány, nejsou-li vidět známky násilí a poranění (ŠTEFAN, 2005).

Do rozvojových zemí, které mají velmi limitované zákony v oblasti potratovosti, byli vysláni dobře informovaní zdravotničtí odborníci, kteří měli přiblížit problematiku kriminálních potratů (ABORTION WORLDWIDE, 2009).

V minulosti se používaly farmakologické přípravky jako je chinin a ergotin. Tyto látky mohly vyvolat potrat, ale také otravu ženy (ČECH, 2006). Doporučovaly se postupy jako skákání z vysokých zdí, běhání po schodech, horká lázeň a velké množství alkoholu (VRÁNOVÁ, 2007). Používaly se také mechanické pomůcky k vyvolání potratu jako například rourky, které se zaváděly do dělohy. Dále se používaly kovové dilatátory. Všechny tyto pomůcky vedly k infekci, poranění gynekologických oblastí i k úmrtí ženy. Mýdlové roztoky, které se aplikovaly přímo do těhotné dělohy, mnohdy mohly způsobit rozpad červených krvinek. Ženy umíraly na krvácivé stavy, septický stav, peritonitidu a další onemocnění (ČECH, 2006).

3.2 POTRAT LEGÁLNÍ

V České republice bylo umělé ukončení těhotenství na žádost těhotné ženy legalizováno v roce 1957. Pro snížení potratů byly zavedeny potratové komise, které měly potraty zredukovat v letech 1962 až 1987 (FAIT, 2009). Komise zkoumaly věk ženy, kolik mají dětí, jaké jsou jejich bytové podmínky, jaké mají vztahy v rodině, zda nedošlo k trestné činnosti a další faktory. Komise měla ženu edukovat o možných rizicích po provedeném potratu a přesvědčovat ženy, aby se staly matkami (ŘEHOŘOVÁ, 2012). Následně byl tento zákrok zpoplatněn, ale bez významného efektu. Teprve dostupnost antikoncepčních přípravků v devadesátých letech minulého století vedla ke snížení legálních potratů (FAIT, 2009).

Potrat legální zahrnuje umělé ukončení těhotenství na žádost pacientky, z důvodu zdravotních indikací ze strany plodu a ze zdravotních indikací ze strany matky (KOUDELA, 2004).

V současnosti jsou zde dva proudy zabývající se problematikou interrupce. První se nazývá **Pro choice**, který obhajuje práva ženy na interrupci a druhý, nazývajícím se **Pro life**, je odpůrcem potratů (BAHOUNEK, 2007).

Pro choice – pro volbu uvádí několik rozdílných názorů. Někteří uvádí, že právo na interrupci má žena, kdykoli se rozhodne. Pro další skupinu to znamená povolení interrupce pouze do některé doby těhotenství a jedná-li se o trestný čin, malformace plodu nebo ohrožení matky na životě. Obhájci interrupcí vycházejí z definice, že embryo není schopné samostatného života mimo tělo matky. Nejde tedy o samostatnou bytost (BAHOUNEK, 2007).

Pro life – pro život zahrnuje stoupence konzervativních směrů i církvi jako jsou katolické, evangelické, islám, judaismus a další. Základní definice této skupiny zní tak, že embryo je lidská bytost, která obsahuje genetické informace a tudíž má právo na plnohodnotný život. Pro life vyžaduje zákaz legálního provedení interrupce a umělé ukončení těhotenství považují za vraždu (BAHOUNEK, 2007).

Potratová turistika znamená cestování žen do jiných států, kde je umělé ukončení těhotenství povoleno. Například se jedná o Polsko, z kterého cestují těhotné ženy do České republiky (BAHOUNEK, 2007).

3.2.1 UMĚLÉ UKONČENÍ TĚHOTENSTVÍ

Umělé ukončení těhotenství (dále jen UUT) se latinsky nazývá *abortus inductus*. **Interrupci** lze legálně provést dle zákona 66/1986 Sb. na žádost ženy. Těhotenství musí být ukončeno do 12. týdne, počítáno od prvního dne poslední menstruace. UUT nemůže být provedeno nikde jinde než ve zdravotnickém zařízení, které je uzpůsobeno na tyto zákroky. Tento zákrok však nelze provést, pokud žena byla na umělém ukončení těhotenství před dobou kratší než 6 měsíců. Výjimkou je těhotenství způsobeno trestným činem, žena starší 35 let a žena, která má dvě nebo více dětí (ČECH, 2006). Dívkám, které ještě nedovršily šestnácti let, lze provést interrupci pouze s jejich souhlasem a se souhlasem jejich zákonného zástupce. Dívkám od šestnácti do osmnácti let postačuje k provedení interrupce projev vůle. Je jen povinností seznámit o daném výkonu jejich zákonného zástupce.

Interrupce je téma stále velmi diskutované a to ze stran lékařů, právníků, ale i etiků (BAHOUNEK, 2007). Každá žena má však právo rozhodnout se dle svých úmyslů svobodně.

Po 12. týdnu je možné ukončit těhotenství jen za určitých podmínek. Musí být prokázáno těžké poškození plodu, nebo ohroženo zdraví ženy (ČECH, 2006).

Je-li potrat indikován z důvodu **genetických odchylek**, je možné tento zákrok provést do 24. těhotenského týdne (ČECH, 2006).

Za **miniinterrupci** označujeme potrat provedený do sedmého týdne u prvorodičky a do osmého týdne u druhorodičky (ÚZIS, 2013). Při výskytu zarděnek u matky provádíme do 16. těhotenského týdne (DUŠOVÁ, 2009). Pokud miniinterrupce není provedena ze zdravotních důvodů, žena si tento zákrok platí dle rozhodnutí Ministerstva financí ČR.

Při zjištění závažných zdravotních problémů ženy nebo je-li její život ohrožen natolik, že by mohla zemřít, může dojít k umělému ukončení těhotenství nezávisle na týdnu těhotenství. Při pozdním zjištění malformace plodu, která by nebyla slučitelná se životem, je tato metoda uplatněna také (ČECH, 2006).

Státní úřad pro kontrolu léčiv zaregistroval v červu roku 2013 potratovou pilulku s označením RU-486. Jedná se o léčivé látky mifepriston a misoprostol obsažený

ve čtyřech tabletách. Pilulky lze podat do 63 dnů od vynechání menstruace. Tyto tablety mohou předepsat pouze zdravotnická zařízení s lůžkovou péčí a podání léku je pod přísným dohledem lékaře. Žena užije první tři tablety, které zamezí dalšímu vývoji plodu a následných 36 až 48 hodin užije pacientka čtvrtou tabletu, která zapříčiní vypuzení plodu z těla matky.

Přípravky s obsahem látky mifepristonu a misoprostolu jsou mimo jiné i alternativou pro těhotné ženy, u kterých je indikováno umělé ukončení těhotenství ze zdravotních důvodů. Tyto pacientky tak nebudou muset podstoupit chirurgický zákrok. Toto rozhodnutí však záleží na lékaři (MZČR, 2014).

3.3 METODY UMĚLÉHO UKONČENÍ TĚHOTENSTVÍ V 1. TRIMESTRU

Metody UUT V 1. trimestru jsou tři. Vakuumexhausce a dilatace děložního hrdla s kyretáží (ČECH, 2006). Mezi poslední metodu se řadí potratová pilulka.

Světová zdravotnická organizace odhaduje, že každý rok podstoupí umělé ukončení těhotenství v 1. trimestru na celém světě kolem 40–50 milionů těhotných žen (KUČERA, 2011).

Státní úřad pro kontrolu léčiv zaregistroval v červu roku 2013 potratovou pilulku s označením RU-486. Jedná se o léčivé látky mifepriston a misoprostol obsažený ve čtyřech tabletách. Pilulky lze podat do 63 dnů od vynechání menstruace. Tyto tablety mohou předepsat pouze zdravotnická zařízení s lůžkovou péčí a podání léku je pod přísným dohledem lékaře. Žena užije první tři tablety, které zamezí dalšímu vývoji plodu a následných 36 až 48 hodin užije pacientka čtvrtou tabletu, která zapříčiní vypuzení plodu z těla matky.

Přípravky s obsahem látky mifepristonu a misoprostolu jsou mimo jiné i alternativou pro těhotné ženy, u kterých je indikováno umělé ukončení těhotenství ze zdravotních důvodů. Tyto pacientky tak nebudou muset podstoupit chirurgický zákrok. Toto rozhodnutí však záleží na lékaři (MZČR, 2014).

Za zmínění stojí postkoitální antikoncepce, která se uplatňuje po nechráněném pohlavním styku, nebo po neúčinné pohlavní ochraně. Jedná se o pilulku zvanou Postinor a Escapelle. Je nutno však tuto postkoitální antikoncepci užít do 72 hodin

od pohlavního styku. Čím dřívější užití, tím vyšší pravděpodobnost účinnosti. Tyto léky nejsou určeny pro pravidelné užívání. Po požití této antikoncepce může dojít k nepravidelnému krvácení, bolesti hlavy, citlivosti prsů a nevolnosti (KOVÁŘ, 2011).

3.4 METODY UKONČENÍ TĚHOTENSTVÍ V 2. TRIMESTRU

Za první metodu UUT v 2. trimestru považujeme aplikaci prostaglandinu. Před samotnou aplikací prostaglandinů se používá takzvaná preindukce. Jde o intracervikální aplikaci Dinoprostu. Není-li potrat proveden prostaglandinem, přechází se k dilataci hrdla dilatátorem. Po dirupci vaku blan následuje stažení dolní končetiny plodu. Po podání oxytocinu a spasmolytik by mělo dojít k potratu. Posledním způsobem je *sectio minor* (ČECH, 2006).

3.5 ZPŮSOBY UMĚLÉHO UKONČENÍ TĚHOTENSTVÍ

Způsobů je několik, avšak záleží především na celkovém stavu ženy, paritě, lokálním nálezu a délce těhotenství (ČECH, 2006).

Miniinterupce se provádí do sedmého týdne u prvoroďičky a do osmého týdne u druhořodičky (ÚZIS, 2012). Aby se předešlo možným zdravotním komplikacím u žen po umělém ukončení těhotenství, převažuje snaha časovat tento výkon, co nejdříve po zjištění gravidity (ČECH, 2006).

Žena se položí do gynekologické polohy a za krátkodobé anestezie pod vedením anesteziologa se provede zákrok. Odezinfikují se rodidla a hrdlo se zachytí americkými kleštěmi. Po sondáži dělohy se provede dilatace hrdla děložního a zavede se vakuumaspirační kanyla. Odsaje se plodové vejce a decidua z dutiny děložní. Na závěr se provede tupou kyretou revize dutiny děložní (ČECH, 2006). Zkontroluje se krvácení a stažení dělohy (BAHOUNEK, 2007). Následně se žena převezde na pokoj, kde se kontrolují fyziologické funkce a po pár hodinách odchází za doprovodu domů.

Klasický instrumentální potrat se provádí v celkové anestezii. Tento zákrok má přípravnou fázi stejnou jako miniinterrupce, jen dilatace hrdla dělohy je prováděna větším dilatátorem. Následuje vyprázdnění dělohy tupou kyretou, následné odsátí koagul se zbytky plodového vejce z dutiny děložní. Při starším těhotenství se mohou používat potratové kleště k lepšímu vybavení části plodového vejce (ČECH, 2006).

Na závěr se jako při miniinterrupci sleduje krvácení a stažení dělohy. Žena je krátkodobě hospitalizována a dle stavu propuštěna do domácí péče.

Po čtvrtém měsíci těhotenství se **indukují potraty** po přípravě děložního hrdla aplikací prostaglandinu per vaginam. Závěrem je nutná revize dutiny děložní tupou kyretou (ČECH, 2006).

Těhotenství, které se nezdařilo ukončit předešlými způsoby, výjimečně lze ukončit operačně. Jedná se o techniku zvanou **sectio caesarea minor**, která je podobná císařskému řezu, jen je řez veden podélným mediálním řezem (ČECH, 2006).

3.6 KOMPLIKACE UMĚLÉHO UKONČENÍ TĚHOTENSTVÍ

I při umělém ukončení těhotenství se mohou objevit komplikace například poranění, zánět, inkompetence děložního hrdla, rezidua, krvácení, sterilita (ČECH, 2006). Může se jednat o komplikace bezprostřední, časně a pozdní. Časně komplikace vznikají do šesti týdnů a pozdní komplikace po šesti týdnech (DUŠOVÁ, 2009).

Při větší instrumentální revizi může dojít k **poranění hrdla děložního** s následným krvácením. Následkem může být zúžení děložního hrdla, které pak způsobuje problémy při další graviditě. Častěji však zjišťujeme skrytá mikrotraumata, která při opakovaných dilatacích hrdla děložního způsobují inkompetenci při dalším těhotenství. Jediným řešením inkompetence hrdla je operace. *Cerclage* se provádí cirkulárním submukózním hedvábným stehem v poševních klenbách. Steh se odstraňuje obvykle dva týdny před termínem porodu (ČECH, 2006).

Příčinou **perforace v oblasti děložního těla nebo hrdla** bývá například zeslabení děložní stěny, jizvy a anatomické odchylky. Toto poranění může pronikat celou stěnou děložní nebo jen částí stěny. Perforace může být způsobena kyretou, vakuumaspirační kanylou, sondou, nebo potratovými kleštěmi (ČECH, 2006). Perforačním otvorem může dojít k vybavení břišních orgánů. Tyto komplikace musí být adekvátně řešeny a to buď laparoskopicky nebo laparotomicky (ZWINGER, 2004).

Při perforaci děložní stěny může dojít nejčastěji k **poranění střeva a močového měchýře**. Takové poranění se řeší při spolupráci se specialistou (ČECH, 2006).

Při nedostatečném vynětí obsahu z děložní dutiny mohou být **rezidua plodového vejce**, latinsky *residua post interruptionem*, příčinou krvácení a dalších komplikací. Zbytky plodového vejce musí být odstraněny tupou kyretou pod clonou antibiotik (ČECH, 2006).

Při nedostatečném provedení umělého ukončení těhotenství může být na ultrazvuku vidět vitální plodové vejce (ČECH, 2006). Selhání této metody se nestává často a většinou bývá způsobeno děložní anomálií, deformací dělohy, zanedbanou diagnostikou vícečetného těhotenství, nebo nediodagnostikovaným mimoděložním těhotenstvím (UZEL, 2007). V takovém případě musí být umělé ukončení těhotenství opakováno. Toto vejce by po předešlém zákroku mohlo být poškozeno (ČECH, 2006).

Mezi latentní komplikaci UUT můžeme zařadit **zánět vejcovodů a vaječníků**. Zdrojem toho zánětu může být infekce z pochvy a dělohy. Dalším zdrojem možné infekce mohou být zbytky plodového vejce. Při této komplikaci se může vyskytnout jako podnětlivá změna deformace *tuba uterina* a to způsobuje následnou neplodnost ženy i mimoděložní těhotenství (ČECH, 2006).

Při opakovaných a neprofesionálních instrumentálních revizích děložní dutiny může dojít k poškození endometria a děložní dutiny. To se může projevit následnou sterilitou (ČECH, 2006).

U Rh-negativních žen je ukončení těhotenství spojeno s možným vznikem Rh-izoimunizace. Toto riziko vzniká přestupem fetálních červených krvinek do oběhu matky. Především se to může stát při instrumentální revizi děložní dutiny. Od 8. týdne těhotenství se proto doporučuje aplikace imunoglobulinu gama-anti D (ČECH, 2006).

V dnešní době je imunoglobulin vyráběn z krve dárců, kteří mají zjištěnou vysokou hladinu protilátek anti-D (HÁJEK, 2004).

4 PSYCHIKA ŽENY PO SAMOVOLNÉM POTRATU

Psychické trauma u žen po spontánním potratu nebo po ukončení chtěného těhotenství je vždy velmi zatěžující. Délka traumatu a síla jeho prožitku záleží na délce těhotenství. Zvládání ztráty má šest fází. Začíná psychickým šokem, pocitem viny, hledáním viníka a dále pokračuje depresí, truchlením a končí adaptací (JANÁČKOVÁ, 2008).

Život pro člověka představuje základní hodnotu. Bez ohledu na světonázor vnímáme vlastní život jako dar, který si zaslouží naši úctu a ochranu od samého počátku, tedy hned od svého vzniku. Bylo vedeno mnoho odborných diskusí o problému počátku lidského života. Moderní biologie přináší důkazy o tom, že člověk je jedinečnou bytostí, individuem, již od okamžiku oplodnění. Proto je zřejmé, že UUT (umělé ukončení těhotenství, dále jen UUT) představuje značný etický problém – zda matce přináší právo rozhodovat o životě počatého dítěte anebo ne. Existuje mnoho důvodů, které ospravedlňují umělé ukončení těhotenství. Mezi základní indikace patří tyto důvody: eugenické – na základě odborných vyšetření je velmi pravděpodobné, že se narodí dítě s těžkým postižením, etické – dítě bylo počato v důsledku trestného činu, sociální – další dítě by bylo pro rodinu zátěží, terapeutické – jde o stav, kdy těhotenství vážně ohrožuje život matky (JANKOVSKÝ, 2003, s. 233).

Postabortivní syndrom nepostihuje každou ženu, která prodělala samovolný potrat. Jedná se o silné emotivní zážitky, které ženě nedovolí zařadit se do běžného života. Patří sem například nespavost, agresivita, plačtivost, izolace od ostatních lidí a přátel, úzkost, sebevražedné myšlenky, obviňování, zlost a mnoho dalších příznaků. Vhodné je doporučit takové pacientce pohovor s psychologem či psychiatrem (JELENOVÁ, 2007). Vyškolený odborník umí dobře naslouchat, aniž by hodnotil a posuzoval názory a pocity pacientky po potratu. Poskytuje podporu a poradenství, jak situaci zvládat. Snaží se navést rodiče, jak snáz tímto problémem projít a najít nový směr (RATISLAVOVÁ, 2008). Některé ženy pohovor s odborníkem odmítají, proto tuto funkci musí zastat porodní asistentka s lékařem.

Během spontánního potratu a umělého ukončení těhotenství je důležité ženě i rodině poskytnout psychickou podporu i jako nevyškolený pracovník v tomto oboru.

Vyslechnout ženu a vyhovět jí. Je důležité být ohleduplný k soukromí, laskavý

a milý. Umět naslouchat a snažit se vyhovět přání ženy, pokud je to v silách personálu. Pacientka se často zoufale snaží zjistit příčinu potratu. Tento dotaz však nelze vždy zodpovědět. Ženy po potratu vzpomínají na personál a jeho ochotu. Profesionální přístup jim velmi pomáhá vyrovnat se s touto traumatizující situací, která je pro ně velmi psychicky vyčerpávající. Velmi zásadní je i přístup partnera k ženě, který vždy nebývá tak pozitivní. I muž musí dočerpát síly, a proto hledá oporu častěji u přátel než u své ženy (HORÁZDNÁ, 2012). Některý muž se stáhne do svého nitra a chce se s tím vypořádat sám. Schovává se před tím a pokouší se dát tomu smysl vlastním způsobem. Jiný se zase může zahrnovat úkoly, aby se vyhnul pomýšlení na mrtvé dítě a nebo mluvit s otci, kteří tento zážitek zažili. Je dokázáno, že muži se vyrovnávají se stresem lépe a rychleji než ženy. Tento fakt může zapříčinit partnerské problémy a hádky, které mohou vyústit až v obviňování partnera (RATISLAVOVÁ, 2008).

Sourozenci mohou být z tohoto zážitku zmatení. Někteří se dokonce mohou považovat za viníka. Mohou se objevit poruchy chování dítěte například hyperaktivita, zlobení, problémy ve škole a emocionální problémy. Tyto poruchy bývají krátkodobé. Je důležité dítěti se věnovat a vše mu úměrně k věku vysvětlit (RATISLAVOVÁ, 2008).

Po návratu domů po potratu zažívají rodiče dezorientaci a nevědí, kam jejich život směřuje. Truchlení je doprovázeno zoufalým pláčem a zármutkem. Je důležité se co nejdříve dostat do běžného života a proto se mnoho párů například přestěhuje a najde jiné zaměstnání, aby tolik nevzpomínali na negativní zážitky spojené s potratem (RATISLAVOVÁ, 2008).

5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U ŽENY PO POTRATU

Pacientka H. L. byla přijata na porodní sál dne 6. 1. 2014 pro bolesti v podbřišku, krvácení z děložního hrdla s pětihodinovou absencí pohybů ve 21+2 týdnu těhotenství. Dle ultrazvukového vyšetření byl zjištěn fetus mortuus. Z tohoto důvodu byl pacientce indukován potrat s následnou RCUI (revisio cavi uteri instrumentalis - instrumentálně kyretou prováděná revize děložní dutiny, dále jen RCUI) v celkové anestezii po ultrazvukovém vyšetření. Následně byla pacientka převezena na jednotku intenzivní péče.

Dnes je 7. 1. 2014, pacientka byla přeložena na gynekologické oddělení. Dle modelu Marjory Gordon, jsme posoudili stav pacientky, našli aktuální a potenciální ošetrovatelské problémy, sestavili ošetrovatelské diagnózy dle NANDA I taxonomie I s pomocí Kapesního průvodce zdravotní sestry, stanovili cíle naší péče, navrhli intervence, které jsme realizovali v průběhu 2 dnů. Na závěr jsme provedli zhodnocení naší péče a navrhli doporučení pro praxi.

Identifikační údaje:

Jméno a příjmení: H. L.

Datum narození: 1986

Místo narození: Praha

Věk: 28

Pohlaví: žena

Pojišťovna: VZP 111

Adresa: Praha 9

Stav: vdaná

Státní příslušnost: ČR

Vzdělání: střední škola s maturitou

Zaměstnání: účetní v lékárně

Typ přijetí: akutní hospitalizace

Datum přijetí: 7. 1. 2014

Oddělení: gynekologické oddělení

Kontaktní osoby k podávání informací: manžel

Medicínská diagnóza hlavní:

Fetus mortus

Hodnoty při příjmu:

TK: 125/60 mmHg

P: 90/min

TT: 36,4°C

Dech: 13/min

Dieta: 3

Výška: 172 cm

Váha před otěhotněním: 63 kg

Váha 6. 1. 2014: 71 kg

BMI: 24

Pohyblivost: přivezena na křesle po RCUI

Nynější stav:

Pacientka H. L. ve věku 28 let v 21+2 týdnu těhotenství, které se doposud vyvíjelo fyziologicky, přichází 6. 1. na ambulanci se stížnostmi, že již 5 hodin necítí pohyby plodu. Pacientka krvácela a udávala bolesti v podbřišku. Při UZ vyšetření diagnostikován mrtvý plod a 6. 1. provedena indukce potratu mrtvého plodu s následnou RCUI pod clonou antibiotik. 7. 1. v 10:30 převezena z jednotky intenzivní

péče na gynekologické oddělení. Je při vědomí, stěžuje si na bolest břicha. Krvácí přiměřeně. Fyziologické funkce změřené při příjmu na oddělení jsou fyziologické.

Informační zdroje:

Rozhovor s pacientkou, dokumentace pacientky, fyzikální vyšetření porodní asistentkou

Anamnéza:

Osobní anamnéza:

Pohyblivost: klid na lůžku

Vědomí: při vědomí

Hydratace: hydratovaná

Dětské infekční choroby: prodělala běžná onemocnění

Krevní náhrady: neudává

Poruchy krevní koagulace: neudává

Interní onemocnění: neudává

Neoplasma: neudává

Psychiatrická, neurologická a záchvatovitá onemocnění: neudává

Dispenzarizace: alergologie

Hospitalizace: neudává

Otoky, varixy: mírné otoky DK kotníky

Dieta, poruchy příjmu potravy: neudává

Vrozené vývojové vady: neudává

Infekční onemocnění: neudává

Operace: neudává

Úrazy: 2000 - fraktura LHK

Piersing: neudává

Čočky: ano L: 1,7 dioptrií, P: 2,2 dioptrií

Abúzus: alkohol: neudává

jiné drogy: neudává

kouření: neudává

káva: 1 x denně

Rodinná anamnéza:

Matka ženy: thyreopatie

Otec ženy: zdrav

Sestra: thyreopatie, alergie, astma

Matka muže: stav po IM

Otec muže: zdrav

Manžel: zdrav

Infekce: neudává

DM: neudává

ICHS, hypertenze: neudává

Mozkové příhody: neudává

Tromboembolie a jiné embolické příhody: neudává

Záchvatovité choroby: neudává

Neoplasma: neudává

Vrozené vývojové vady: neudává

Psychiatrická onemocnění: neudává

Gynekologická anamnéza:

Gravidita: I

Parita: 0

Menarché: od 12 let

Menstruační cyklus: 24/6

Bolestivost: mírná

Poslední menstruace: 10. 8. 2013

Pohlavně přenosné onemocnění a infekce: občasné infekce močového měchýře

Gynekologická léčba: neudává

Hormonální léčba: neudává

Onkologická prevence: 1x za rok u gynekologa

Zákroky na děložním hrdle: neudává

Gynekologické operace: neudává

Potraty: I

Graviditis extrauterina: neudává

UUT: neudává

IVF: neudává

RCUI: 6. 1. 2014

Záněty: občasné kandidózy zaléčené

Endometrióza: neudává

Onemocnění mléčné žlázy: neudává

Hormonální antikoncepce: Katia od šestnácti let, vysazena 3 měsíce před plánovaným otěhotněním

Léková anamnéza:

1 x denně Aerius p.o.

Alergická anamnéza:

Léky: neudává

Potraviny: neudává

Chemické látky: neudává

Jiné: pyl, prach, kočka

Sociální anamnéza:

Stav: vdaná

Rodinné vztahy: bez problému

Bytové podmínky: bydlí s manželem v RD v Praze

Záliby: čtení, sport, výlety v přírodě a památky

Pracovní anamnéza: vzdělání středoškolské s maturitou - OA

Spirituální anamnéza: ateistka

Porodní anamnéza:

Gravidita: I

Parita: 0

Fyzikální vyšetření lékařem při příjmu 6. 1.: AS pravidelná, ozvy čisté ohraničené, dýchání čisté, bez vedlejších patologických změn, břicho měkké, krvácení přiměřené, palpačně bolestivé, játra a slezina nehmatné, tapottement negativní, DK mírné otoky kotníků, bez varixů a známek zánětu

Výsledky vyšetření:

KS: A

Rh faktor: +

Protilátky anti-D : fyziologické

Amniocentéza: neprovedena

Kordocentéza: neprovedena

GBS: negativní

HIV: negativní

BWR: negativní

HBsAg: negativní

oGTT: negativní

Moč- cukr: negativní, bílkovina: negativní

EKG: provedeno praktickým lékařem ve 12. týdnu těhotenství

TORCH: negativní

Fyzikální vyšetření porodní asistentkou provedeno při příjmu pacientky na gynekologické oddělení.

Popis fyzického stavu dne 7. 1. 2014:

HLAVA A KRK

Subjektivně: *Bolesti hlavy mívám ojediněle, momentálně nemám bolest hlavy.*

Objektivně: Hlava normocefalická, bez deformit, poklepově nebolestivá, bulby ve středním postavení, bez nystagmu, diplopie, hybné všemi směry, zbarvení spojivek fyziologické, nosí čočky, skléry bez ikteru, oči, nos, uši bez výtoku, slyší dobře, jazyk vlhký, plazící se středem, chrup vlastní, problémy s polykáním nemá, výstupy nervu trigeminu nebolestivé, čítí na obličeji bez poruch, krk souměrný, bez deformit, náplň krčních žil nezvětšena, pulzace karotid hmatná oboustranně, krční uzliny nehmatné, nebolestivé, štítná žláza nezvětšena.

HRUDNÍK A DÝCHACÍ SYSTÉM

Subjektivně: *Bolesti na hrudi nemám.*

Objektivně: Hrudník souměrný, bez deformit, bez srdečního vyklenutí, prsa bez tvarových odchylek symetrické, bradavky bez výtoků vpáčené. Poslechově dýchání čisté, sklípkové, bez pískotů a vrzotů, počet dechů 13/min. Saturace bez podaného kyslíku 99 %.

SRDCE A CÉVNÍ SYSTÉM

Subjektivně: *Se srdcem nemám potíže.*

Objektivně: Srdeční rytmus pacientky je pravidelný 90 tepů za minutu, dobře hmatný na arterii radialis na obou horních končetinách. Tlak 125/60. Dolní končetiny s mírnými otoky kolem kotníků a bez známek flebotrombózy, lýtka nebolestivá, pulzace dobře hmatná. Zavedena 2. den zelená periferní žilní kanyla na levé horní končetině.

BŘICHO A GIT

Subjektivně: *Břicho mě bolí v podbřišku i při pohmatu. Na stupnici 0 žádná bolest - 10 maximum je to 4. Problémy s trávením nemám. S vyprazdňováním problémy nemám, na stolici chodím pravidelně každý den.*

Objektivně: Břicho palpačně bolestivé. Peristaltika slyšitelná. Tapottement negativní, játra nezvětšená. Murphyho znamení negativní. Žilní kresba na břicho nepatrná. Bez strií, pigmentace nevýrazná. Linea fusca přítomna.

VYLUČOVACÍ A POHLAVNÍ ÚSTROJÍ

Subjektivně: *S močením problémy nemám.*

Objektivně: Pacientka je bez vylučovacích problémů. Po zákroku již spontánně močila (200 ml s příměsí krve).

POHYBOVÝ APARÁT

Subjektivně: *Chůze mi nedělá problém, ráda chodím na procházky. Teď se cítím slabá. Bolest mne omezuje. Snažím se najít nejlepší polohu, aby bolest byla mírnější.*

Objektivně: Aktivní hybnost všech končetin je fyziologická. Hybnost krční páteře v normě, horní končetiny bez tvarových deformit, dolní končetiny mírně oteklé kolem kotníků. Pacientka chodí s doprovodem porodní asistentky. Zaujímá úlevovou polohu, kterou často mění. V rámci lůžka je soběstačná.

NERVOVÝ SYSTÉM

Subjektivně: *Dnes je 7. 1. 2014, jsem hospitalizovaná v Praze v porodnici. Slyším dobře, nosím čočky, chodím na pravidelné oční kontroly. Cítím se obecně zdravá, momentálně mám bolest břicha a přiměřeně krvácím.*

Objektivně: Pacientka orientovaná místem, časem, osobou i prostorem, při příjmu na oddělení spolupracovala, ale je úzkostná. Slyší dobře, nosí pouze čočky, čich, chuť, hmat bez patologie. Zornice reagující na osvit, oční bulvy hybné všemi směry.

ENDOKRINNÍ SYSTÉM

Subjektivně: *V tomto ohledu jsem zdravá. Žádné problémy se štítnou žlázou nemám.*

Objektivně: V anamnéze nemá poruchy endokrinního systému. Štítná žláza je nebolestivá, nezvětšená, patologické projevy poruch endokrinního systému nepozorovány.

IMUNOLOGICKÝ SYSTÉM

Subjektivně: *Jsem alergická na prach, pyl a kočky.*

Objektivně: Lymfatické uzliny nezvětšené, nebolestivé, tělesná teplota v normě 36,4 °C.

KŮŽE A JEJÍ ADNEXA

Subjektivně: *Kůži se snažím hydratovat krémem, chodím pravidelně na manikúru.*

Objektivně: Kůže bez patologických defektů, bledšího zbarvení, kožní turgor je fyziologický, prsty bez deformit, nehty upravené. Kůže bez narušení integrity. Celkový vzhled odpovídá věku pacientky. Pacientka má mírné otoky DK.

Poznámky z tělesné prohlídky: Pacientka při rozhovoru působí úzkostně, na dotazované otázky se snaží odpovídat srozumitelně. Při vyšetření spolupracuje, ale je ovlivněna bolestí a smutkem.

Posouzení pacientky dle modelu funkčního zdraví Marjory Gordonové ze dne 7. 1. 2014:

Obsah modelu dle Marjory Gordonové je tvořen dvanácti oblastmi, které se zaměřují na zdraví jedince. Jedná se o vnímání zdraví, výživu, vylučování, aktivitu, spánek, vnímání, sebepojetí, role, sexualitu, stres, víru a jiné. Zdravotní stav pacienta je tvořen bio-psycho-sociální oblastí. Rozeznávají se funkční, nebo dysfunkční vzorce zdraví (PAVLÍKOVÁ, 2005).

1. Vnímání zdraví

Pacientka svůj zdravotní stav vnímá jako nejistý, je zmatená, **smutná** a rozrušená ze smrti svého dítěte. Má strach a chce být doma se svým manželem.

Snaží se vyvarovat stresujícím podmětům a situacím. Rodina jí ochotně se vším pomáhá.

Pacientka měří 172 cm, před otěhotněním vážila 63 kg a 6. 1. 2014 uvedla váhu 67 kg. Tělesná teplota je v normě.

2. Výživa

V těhotenství se snažila dodržovat zdravý životní styl, procházky, pohyb, ale i odpočinek spojený s relaxací. Pacientka nekouřila, nepila alkohol, neužívala jiné drogy a pouze konzumovala kávu jednou za den. Jedla vyváženou stravu, zeleninu i ovoce v pravidelných intervalech. Pitný režim byl nepravidelný. Užívala medikaci naordinovanou lékaři. Další jiné vitamíny v těhotenství pacientka neužívala.

Kůže pacientky je bez defektů a hydratovaná. Pacientka udává mírné **otoky** DK, které zaznamenává poslední týden. Momentálně se otoky zmenšují. Během roku se občas objeví alergický exantém, s kterým se pacientka léčí na alergologii a je poučena o léčbě a pravidelném užívání léků. Žádná jiná poranění neudává. Hojení ran pacientka udává jako bezproblémové.

Pacientka chodí na pravidelnou stomatologickou prohlídku. O svůj vzhled žena pravidelně dbá. Pravidelně navštěvuje kadeřníka, kosmetičku a ráda si odpočine i při masáži.

Pacientka má dietu číslo 3. Stav sliznic je bez defektů. Je zaveden 2. den periferní žilní katetr.

3. Vylučování

Pacientka neudává žádné potíže při vylučování moči a stolice. Vylučování je pravidelné a žádná projímadla nepoužívá. Větry odchází.

4. Aktivita a cvičení

Pravidelné procházky jsou denním rituálem. V létě pacientka musí dbát na alergy poletující v přírodě. Žena ráda navštěvuje památky a přírodu. Ve volném čase ráda relaxuje s knihou a tráví čas se svým manželem. Cvičí dvakrát týdně na míči a pillates, chodí plavat jednou týdně. Lékař pacientce žádnou činnost nezakázal, naopak doporučil. Po potratu je však důležité dodržovat režim šestinedělí. Odpočívát a vyvarovat se bazénům a vaně. Pacientka je o režimu již informována.

5. Spánek a odpočinek

Pacientka spí osm hodin každý den a přes den odpočívá přibližně dvě hodiny. Odpočívá například čtením knih, po kterých se cítí odpočatá. Spánek je nepřerušovaný a po něm se cítí svěží a vyspalá. Je zvyklá před spaním vypít vlažné mléko a vyvětrat ložnici.

6. Vnímání - poznávání

Pacientka nosí dioptrické čočky a jiné kompenzační pomůcky neuzívá. Čich, sluch i dotek je bez problémů. Pacientka je orientovaná časem i místem. Bez obtíží mluví anglickým jazykem. Momentální **bolest** (na stupnici od 0-10) udává pacientka číslo 4 - je tlumena analgetiky. Pacientka udává úlevu od bolesti po podání analgetik do 30 minut.

7. Sebepojetí

Pacientka sama sebe popisuje jako klidnou a vyrovnanou osobu, která ráda dělá radost lidem okolo. Momentálně je rozrušená a smutná z potratu svého dítěte. Pacientky psychický stav se zlepšuje.

Z pohledu okolí působí žena klidně a plná optimistické nálady.

8. Role - vztahy

Pacientka má ve společném domě s manželem připravený pokoj pro své dítě. Svatba se konala v roce 2010. Žijí ve společném domě od roku 2009. Manžel je schopný uživit rodinu po finanční stránce a zabezpečit jí.

Celá rodina má velmi blízké vztahy a proto je toto prostředí ideální pro další těhotenství. Po rozhovoru s porodní asistentkou žena uvádí, že po nějakém čase se pokusí o další miminko.

9. Sexualita

Pacientka je v sexuálním životě spokojená se svým stávajícím partnerem, nikdy neměla žádné problémy a potíže. Hormonální antikoncepci vysadila tři měsíce před plánovaným otěhotněním. Se sexuálním životem začala v šestnácti letech a žádná sexuálně přenosná onemocnění neprodělala. Menarché od 14 let, menstruační cyklus 24/6 mírně bolestivý. Pacientka při menstruaci trpěla bolestí zad.

10. Stres

Mezi nejdůležitější životní změny v posledních dvou letech patří plánované těhotenství.

Pacientka je velmi tolerantní a zvládá stresové situace s přehledem. Pokud se ale jedná o její těhotenství, pacientka je rozrušená. Podpora rodiny je velká a to jí pomáhá. Nyní pacientku **narušené rodičovství** uvádí k pláči.

11. Víra, životní hodnoty

Pacientka je ateistka, jiná náboženská vyznání však neodsuzuje. Rodina ženy je také ateistická.

Mezi životní hodnoty řadí zdraví celé rodiny, pohodu, klid, vyrovnanost a povolání, které jí baví.

12. Jiné

neudává

Medicínský management:

Ordinovaná vyšetření:

3x denně kontrola krvácení, FF, celkový stav pacientky

8.1.2014 UZ, KO+dif., hemokoagulace

Konzervativní léčba:

Pohybový režim: pacientka se pohybuje s doprovodem porodní asistentky na toaletu a do sprchy.

Výživa: per os

Dieta: 3

Medikamentózní léčba:

4x denně Novalgin p. o. dle potřeby pacientky

1x denně v 9.00 hodin Clexane 0,4 ml s. c.

Situační analýza:

Paní H. L. narozena roku 1986 byla hospitalizována na gynekologickém oddělení dne 7. 1. 2014 po RCUI pod clonou antibiotik po následné indukci potratu pro mrtvý plod v těhotenském týdnu 21+2. Pacientka přišla s mírnými otoky dolních končetin, psychicky nevyrovnaná, smutná a vystrašená. Fyziologické funkce jsou v normě. Pacientka udává bolest číslo 4 (na stupnici od 0-10).

Ošetřovatelské diagnózy stanoveny dle NANDA I taxonomie I dne 7. 1. 2014 a jsou řazeny dle priorit pacientky.

Diagnózy aktuální:

bolest akutní

smutek anticipační

tělesné tekutiny, nadbytek

rodičovství narušené

Diagnózy potencionální:

infekce, riziko vzniku

Aktuální ošetřovatelské diagnózy rozpracované:

Bolest akutní

Bolest akutní z důvodu gynekologického zákroku projevující se grimasy v obličeji a neklidem, (na stupnici 0-10 pacientka udává 4).

Definice:

Nepříjemný smyslový a emoční prožitek, způsobený skutečným nebo možným poškozením tkání nebo popisovaný v pojmech takového poškození. Nástup je náhlý nebo pomalý, intenzita od mírné po závažnou, lze předvídat odeznění po době kratší než 6 měsíců.

Priorita:

Střední

Cíl krátkodobý:

Pacientka se naučí úlevovým polohám do 30 minut. Pacientky bolest bude zmírněna do 30 minut z čísla 4 na stupnici bolesti od 0-10 na číslo 1.

Cíl dlouhodobý:

Pacientky bolest by dlouhodobě neměla přesahovat číslo 3 (na stupnici od 0-10).

Výsledná kritéria:

Pacientka spolupracuje a dbá na rady zdravotnického personálu do 30 minut.

Pacientka zná možné úlevové polohy do 30 minut.

Pacientka zná příčiny bolesti do 15 minut.

Pacientka udá zmírnění bolesti z čísla 4 na 2 (na stupnici od 0-10) do 30 minut.

Intervence:

Proved' důkladné posouzení bolesti včetně lokalizace a charakteru každé 3 hodiny.

Porodní asistentka

Podávej analgetika dle ordinace lékaře. Porodní asistentka

Pečuj o pohodlí pacientky, které je základem pro nefarmakologické mírnění bolesti každé 3 hodiny. Porodní asistentka

Edukuj pacientku o možných metodách tlumení bolesti - ihned. Porodní asistentka

Akceptuj pacientky líčení bolesti - vždy. Porodní asistentka

Doporuč pacientce dostatečně odpočívat, aby se zabránilo únavě - ihned. Porodní asistentka

Realizace:

V 11:00 hodin jsem podala jsem dle ordinace lékaře.

Provedla jsem hodnocení bolesti při každé návštěvě u pacientky.

Edukovala jsem pacientku o možných úlevových polohách.

Doporučila jsem pacientce odpočívat.

Akceptuji pacientky líčení bolesti, které udává.

Hodnocení:

Pacientka udává zmírnění bolesti do 30 minut od podání analgetik dle ordinace lékaře. Pacientka zná a využívá úlevových poloh dle potřeby. Pacientka dlouhodobě nebude udávat bolest vyšší jak číslo 2 (na stupnici od 0-10). Krátkodobý cíl byl splněn. U dlouhodobého cíle je nutné pokračovat v intervencích.

Smutek anticipační

Smutek z důvodu intrauterinního úmrtí plodu projevující se pláčem a pocitem vyčerpanosti.

Definice:

Intelektuální a emoční odpovědi a chování, kdy jedinci, rodiny či komunity procházejí procesem modifikace sebepojetí na základě pocitu možné ztráty.

Priorita:

Vysoká

Cíl krátkodobý:

Pacientka svobodně a účinně vyjádří své pocity zdravotnímu personálu a rodině do 2 dnů, tím dojde ke zmírnění smutku.

Cíl dlouhodobý:

Pacientky smutek bude zmírněn do 3 měsíců.

Výsledná kritéria:

Pacientka si uvědomuje příčinu smutku a nemá zábrany o nich mluvit do 2 dnů.

Pacientka je edukována o možné odborné pomoci v oblasti psychologie a psychiatrie během hospitalizace.

Pacientka prožívá a vyjadřuje své pocity a názory svému okolí kdykoli potřebuje.

Pacientka je edukována o možné krátkodobé farmakologické léčbě během hospitalizace.

Intervence:

Poskytni pacientce a rodině pomoc - ihned. Porodní asistentka

Zaznamenávej psychické zlepšení do dokumentace každý den. Porodní asistentka

Umožni pacientce svůj klidný a tichý prostor pro emociální projevy - ihned. Porodní asistentka

Starej se o tělesné a psychické potřeby pacientky - ihned. Porodní asistentka

Ved' rodinu k psychické podpoře pacientky - ihned. Porodní asistentka

Dodávej pacientce naději slučitelnou se situací - ihned. Porodní asistentka

Realizace:

Pacientka ihned po odborné pomoci udává psychické zlepšení a cítí se lépe.

Pacientka má svůj oddělený pokoj po celou dobu hospitalizace.

Podávám léky dle ordinace lékaře a vše pravidelně zapisuji do dokumentace.

Starám se o potřeby a přání pacientky.

Rodině a pacientce jsem poskytla v případě zájmu pomoc a zodpověděla jsem jim všechny potřebné dotazy.

Hodnocení:

Pacientce se podařilo vyjádřit své pocity a uvádí zmírnění smutku do 2 dnů. Pacientka a rodina využila odborné pomoci během hospitalizace a umí se lépe srovnat s úmrtím dítěte. Pacientka bude do 3 měsíců vyrovnanější a smutek nebude její hlavní prioritou v životě. Krátkodobý cíl byl splněn. U dlouhodobého cíle je zapotřebí dále plnit intervence ošetrovatelského procesu.

Tělesné tekutiny, nadbytek

Nadbytek tělesných tekutin z důvodu nepravidelného a nadměrného příjmu tekutin projevující se otoky.

Definice:

Stav izotonického zvětšení objemu tělesných tekutin.

Cíl krátkodobý:

Pacientka se naučí sledovat příjem a výdej tekutin. Tím se stabilizuje objem tekutin v těle a otoky se zmírní do 2 dnů.

Cíl dlouhodobý:

Pacientka si hlídá svůj pravidelný a vyvážený příjem i výdej tekutin nadále po propuštění z nemocnice. Tím předejde otokům.

Priorita:

Vysoká

Výsledná kritéria:

Pacientky hmotnost se dále nezvyšuje do 48 hodin.

Pacientka si uvědomuje dietní chyby do 1 hodiny.

Pacientka dbá na rady personálu do 1 hodiny.

Pacientka sleduje bilanci tekutin v průběhu dne.

Pacientka dodržuje dietní opatření každé 3 hodiny.

Intervence:

Zaznamenávej změny otoků každé 2 hodiny. Porodní asistentka

Sleduj bilanci tekutin každou hodinu. Porodní asistentka

Podávej léky dle ordinace lékaře. Porodní asistentka

Posuď pacientky porozumění a ověř si ho ihned. Porodní asistentka

Sleduj a zapisuj vitální funkce u pacientky každé 3 hodiny. Porodní asistentka

Realizace:

Pravidelně podávám medikaci dle ordinace lékaře.

Pravidelně zaznamenávám vitální funkce a změny otoků do ošetrovatelské dokumentace.

Sleduji bilanci tekutin pacientky každé tři hodiny.

Ověřila jsem pacientky porozumění ihned po edukaci rozhovoru s ní.

Zhodnocení:

Pacientka se naučila dietních opatření a otoky se zmírnily do 2 dnů. Pacientka se naučila pravidelně dodržovat pitný režim a již by si bilanci tekutin měla hlídat sama i po propuštění z nemocnice. Pacientka má stabilizovaný objem tekutin v těle. Krátkodobý cíl byl splněn. U dlouhodobého cíle je zapotřebí pokračovat v intervencích.

Rodičovství narušené

Narušené rodičovství z důvodu intrauterinního úmrtí plodu projevující se zoufalstvím a pocitem viny.

Definice:

Neschopnost osoby, primárně odpovědné za péči, vytvořit prostředí podporující optimální růst a vývoj dítěte.

Priorita:

Střední

Cíl krátkodobý:

Pacientka se zbaví pocitu viny a zmírní projevy zoufalství do 2 dnů.

Cíl dlouhodobý:

Pacientka se stále bude snažit udržovat se v psychické pohodě a vyrovnanosti i po odchodu z nemocnice a její stav se bude nadále zlepšovat.

Výsledná kritéria:

Pacientka nebude mít pocit viny z úmrtí svého dítěte do 2 dnů.

Pacientka navštěvuje odbornou pomoc každý den.

Pacientka se postupně začleňuje do kolektivu.

Pacientka potlačuje zoufalství s pomocí své rodiny každý den.

Intervence:

Nabídní odbornou pomoc pacientce každý den. Porodní asistentka

Edukuj rodinu pacientky o důležitosti podpory při každé návštěvě. Porodní asistentka

Kontroluj psychický stav pacientky každých 6 hodin. Porodní asistentka

Informuj pacientku postupně a ověř si pochopení dané problematiky - vždy. Porodní asistentka

Využívej pochvaly při každém pokroku - vždy. Porodní asistentka

Pobízej rodiče k vyjadřování pocitů -vždy. Porodní asistentka

Realizace:

Po rozhovoru s pacientkou jsem jí doporučila každodenní návštěvu odborné pomoci.

Pacientka se začleňuje do kolektivu v každý možný okamžik díky poučené rodině.

Edukovala jsem pacientku a dala jí prostor pro dotazy.

Snažila jsem se ihned po příjmu o zajištění klidného prostředí pro pacientku.

Hodnocení:

Pacientka se zbavila pocitu viny do 2 dnů s pomocí odborné pomoci a zmírnila projevy zoufalství. Pacientka se nadále bude udržovat v psychické vyrovnanosti i mimo nemocnici. Krátkodobý cíl byl splněn. U dlouhodobého cíle je potřeba nadále pokračovat v intervencích.

Potencionální ošetřovatelská diagnóza rozpracovaná

Infekce, riziko vzniku

Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení periferního žilního katetru.

Definice:

Stav zvýšeného rizika invaze patogenních mikrobů do organismu.

Priorita:

Vysoká

Cíl krátkodobý:

Pacientce nevznikne infekce v místě zavedení periferního katetru.

Zabránění vzniku infekce v místě vpichu.

Cíl dlouhodobý:

Pacientce se neprojeví infekce po vyndání periferního katetru.

Výsledná kritéria:

Pacientka zná důvod zavedení PŽK (periferní žilní katetr, dále jen PŽK) do 15 minut.

Pacientka zná příznaky infekce při zavedeném PŽK do 15 minut.

Místo vpichu bude bez známek zánětu po celou dobu zavedení PŽK.

Intervence:

Zaznamenávej změny ohledně PŽK do dokumentace dle potřeby. Porodní asistentka

Pravidelně kontroluj místo vpichu. Porodní asistentka

Dbej na aseptiku každý den. Porodní asistentka

Informuj pacientku o důvodu zavedení PŽK před aplikací. Porodní asistentka

Informuj pacientku o nutnosti ohlášení porodní asistence jakýchkoliv změn týkajících se PŽK - vždy. Porodní asistentka

Povšimni si rizikových faktorů výskytu infekce - ihned. Porodní asistentka

Realizace:

Kontroluji místo vpichu třikrát denně.

Pravidelně asepticky převazuji PŽK.

Edukuji pacientku o nutnosti zavedení PŽK před aplikací.

Edukuji pacientku o hygienických zásadách při péči o pokožku v okolí PŽK.

Informace týkající se PŽK pravidelně zapisuji do dokumentace.

Hodnocení:

U pacientky nedošlo ke vzniku infekce v místě vpichu během hospitalizace. U pacientky nedošlo k místním projevům infekce po vyndání periferního žilního katetru. Krátkodobé i dlouhodobé cíle byly splněny.

Celkové zhodnocení péče o pacientku po potratu:

Všechny krátkodobé cíle u pacientky po potratu byly splněny. U dlouhodobých cílů je nadále nutné pokračovat v intervencích ošetrovatelského procesu i mimo nemocnici. Pacientka se cítí lépe fyzicky a hlavně psychicky. Otoky dolních končetin nemá. Truchlení a smutek zvládá s pomocí rodiny a odborného personálu mnohem lépe. Porodní asistentky mají také zásluhu na celkovém stavu pacientky. Pacientka i její rodina plně spolupracovala s personálem.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Pro ošetrovatelskou praxi na porodním sále z bakalářské práce vyplývá, že postupem času se mění postoj k tomuto problému, jak ze strany zdravotníků, tak ze strany pacientek. Lékaři mění způsob sdělování diagnózy a pro pacientky je tento fakt lehčí přijmout. Lékaři a porodní asistentky se díky svým zkušenostem přizpůsobují psychickému stavu ženy a pochopí danou situaci v určitém životním období. Porodní asistentka má více možností a příležitostí než lékař sblížit se s pacientkou a prohlubuje se mezi nimi kontakt. Pacientky se obrací na porodní asistentky s každou prosbou a s každým problémem. Proto je velmi důležité, aby porodní asistentky byly empatické, milé, ohleduplné a snažily se ženě i rodině pomáhat se vším, co je v jejich silách. Poskytnout pacientce soukromí a pokud možno ji přeložit na oddělení jiné než šestinedělí. Některé ženy budou vyžadovat naopak mnoho komunikativních lidí ve svém okolí. Každý z nás vzpomíná na chování personálu v nemocnici a tyto vzpomínky by vždy měly být pozitivní a chvályhodné.

ZÁVĚR

Cílem naší bakalářské práce bylo sestavení takového ošetrovatelského procesu, který bude příkladem pro zdravotnický personál a zároveň rozšíří rozhled o problematice potratovosti a znalosti v oboru porodnictví. Uvedená pacientka byla v péči VFN U Apolináře, kde jsme měli možnost podílet se na ošetrovatelské péči a vypracovat ošetrovatelský proces. Rozpracovaly jsme model dle Marjory Gordonové, který přiblížil zdraví pacientky ve dvanácti vzorcích zdraví. Ošetrovatelský proces je tvořen aktuálními a potenciálními diagnózami, které jsou řazeny dle priorit. Krátkodobé cíle ošetrovatelských diagnóz byly splněny. Všechny dlouhodobé cíle splněny nebyly a je nutné pokračovat v intervencích.

Je vhodné upozornit, jak důležité v nemocničních zařízeních je vzdělání jednotlivých pracovníků, jejichž citlivý a individuální přístup ke každému pacientovi a zároveň znalosti v daném oboru urychlují uzdravení pacienta. Protože každý pacient je individuální osobnost a potřebuje rozdílnou péči. Všichni máme jiné potřeby a jiné reakce.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BAHOUNEK, T. J., D. FUKALOVÁ, V. MAN, I. SCHELLEOVÁ, K. SCHELLE a J. ŠRÁČEK. 2007. *Čtyři pohledy na interrupci*. Ostrava: KEY Publishing. ISBN 978-80-87071-09-0.

BINDER, T. 2009. *Gynekologie po promoci*. 9(1), 6. ISSN 1213-2578.

BOROŇOVÁ, J. 2010. *Kapitoly z ošetrovatelství*. Praha: Maurea. ISBN 978-80-902876-4-8.

CALDA, P. 2011. Patologie metabolismu kyseliny listové a těhotenství. *Moderní gynekologie a porodnictví, časopis pro celoživotní vzdělávání lékařů*. Praha: 20, č. 1. ISBN 978-80-87070-53-6.

ČECH, E., Z. HÁJEK, K. MARŠÁL, B. SRP a kol. 2006. *Porodnictví. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1303-8.

DOENGES, M. E. a M. F. MOORHOUSE. 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry. 2.* přepracované a rozšířené vydání. USA: Grada. ISBN 80-247-0242-8.

DUŠOVÁ, B. a J. MAREČKOVÁ. 2009. *Úvod k péči porodní asistentky o ženu s patologickým a rizikovým těhotenstvím*. Ostrava: Universitas ostraviensis. ISBN 978-80-7368-611-6.

FAIT, T. 2009. Antikoncepce a reprodukční zdraví. *Moderní antikoncepce nemá alternativu*. 5(34). 7. ISSN 1214-8911.

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

HERDMAN, T. 2009-2011. *Nanda international ošetrovatelské diagnózy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3423-1.

HORÁZNÁ, K. 2012. *Neházej mimčo do žita*. Olomouc: Malvern. ISBN 978-80-87580-27-1.

HRAZDIROVÁ, L. 2011. *Diagnostika a terapie intrauterinních patologií spojených s těhotenstvím*. Závěrečná zpráva o řešení programovaného projektu podpořeného

interní garantovanou agenturou ministerstva zdravotnictví ČR. R. Č. IGA MZ ČR NR 10576-3.

JANÁČKOVÁ, L. 2008. *Aplikovaná zdravotnická psychologie v gynekologii*. 4(34). ISSN 1214-8911.

JANKOVSKÝ, J. 2003. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: TRITON, s. 223. ISBN 80-7254-329-6.

JELENOVÁ, E. 2007. *Péče o ženu po abortu*. Brno. Bakalářská práce. Masarykova univerzita v Brně. Vedoucí práce Lucie Jarkovská.

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

KAŠPAROVÁ, D. a T. FAIT. 2009. *Časně těhotenské ztráty a vrozené trombofilní stavy*. 5(74), 360. Bez ISSN.

KOBILKOVÁ, J. a kol. 2005. *Základy gynekologie a porodnictví*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-315-X.

KOHNEROVÁ, N. a A. HENLEYOVÁ. 2013. *Když dítě zemře*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-643-2.

KOUDELA, M. a kol. 2004. *Základy gynekologie a porodnictví pro posluchače lékařské fakulty*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-0837-6.

KOVÁŘ, P. 2011. Postkoitální antikoncepce a potratová pilulka. *Lékařské listy*. 3(60). 28-29. Bez ISSN.

KREJSOVÁ, M. 2005. *Přehled nejužívanějších lékařských pojmů*. Praha: Informatorium. ISBN 80-7333-037-7.

KUČERA, E. 2011. Umělé ukončení těhotenství. *Lékařské listy*. 3(60). 25-27. Bez ISSN.

MADAR, J. 2001-2003. *Závěrečná práce-patologická imunita proti trofoblastu a endometriu jako možná příčina poruch plodnosti u žen*. Praha. Reg. č. 6463-3.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2014 [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, posl. úpravy 26. 6. 2013 [cit. 2013-6-26]. Dostupné z http://www.mzcr.cz/dokumenty/vyjadreni-ministerstva-zdravotnictvi-k-rozhodnuti-statniho-ustavu-pro-kontrolu-l_7982_114_1.html

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2014 [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, posl. úpravy 8. 1. 2014 [cit. 2012-4-10]. Dostupné z http://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/zdravotni-sluzby_6102_1786_11.html

NĚMCOVÁ, J. a kol. 2012. *Příklady praktických aplikací témat z předmětů výzkum v ošetrovatelství, výzkum v porodní asistenci a seminář k bakalářské práci*. Praha: Maurea. ISBN 978-80-904955-5-5.

PAŘÍZEK, A. 2005. *Kniha o těhotenství a porodu*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-321-4.

PAVLÍKOVÁ, S. 2005. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1211-6.

POTRATY, 2012. [online] Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. ISSN: 1210-8642. [Cit.: 7. 12. 2013] Dostupný z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/potrady>

ROZTOČIL, A. a kol. 2008. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1941-2.

RATISLAVOVÁ, K. 2008. *Aplikovaná psychologie - porodnictví*. Praha: Area. ISBN 978-80-254-2186-4.

ŘEHOŘOVÁ, M. 2012. Ohlédnutí za interrupčními komisemi. *Zdravotnické noviny*. **13**(61). 32. ISSN 1805-2355; 1214-7664.

SINGH, S., D. WULF, R. HUSSAIN, A. BANKOLE, a G. SEDGH. 2009. *Abortion Worldwife: A Decade of Uneven Progress*. New York: Guttmacher. ISBN 978-1-934387-03-0.

- STOLÍNOVÁ, J. 2004. Právní aspekty antikoncepce, sterilizace a interrupce. [online] *Moderní babictví* 4, str. 6. [Cit.: 7. 12. 2013] Dostupné z: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2004-4/?pdf=137>
- ŠTEFAN, J. a J. MACH. 2005. *Soudně lékařská a medicínsko-právní problematika v praxi*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0931-7.
- UZEL, R. 2007. Odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry. *Sestra*. 3(17), 5. ISSN 1210-0404.
- VAVŘINKOVÁ, B. a T. BINDER. 2006. *Návykové látky v těhotenství*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-829-8.
- VOKURKA, M. a J. HUGO. 2007. *Praktický slovník medicíny*. 9. vydání. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-159-2.
- VOKURKA, M. a J. HUGO. 2013. *Kapesní slovník medicíny*. 3. vydání. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-369-5.
- VRÁNOVÁ, V. 2007. *Historie babictví a současnost porodní asistence*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-1764-6.
- ZWINGER, A. 2004. *Porodnictví*. Praha: Galén. ISBN 80-726-2257-9.

Seznam příloh

Příloha A – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro
zpracování bakalářské práce

I

Příloha A

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u ženy po potratu v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 25. 8. 2014

.....

Jméno a příjmení studenta