

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

**PORODNÍ PORANĚNÍ ŽENY PŘI VAGINÁLNĚ
VEDENÉM PORODU**

Bakalářská práce

VERONIKA ŠTĚCHOVSKÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního programu: porodní asistentka

Vedoucí práce: MUDr. Lidmila Hamplová, PhD.

Praha 2015



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

Štěchovská Veronika
3. A PA

Schválení tématu bakalářské práce

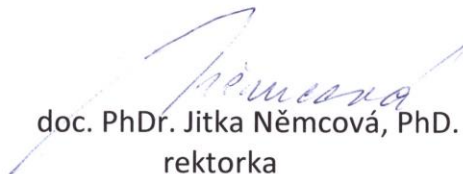
Na základě Vaší žádosti ze dne 29. 6. 2015 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Porodní poranění ženy při vaginálně vedeném porodu

Women's Obstetric Injuries during Vaginal Delivery

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Lidmila Hamplová, PhD.

V Praze dne: 30. 6. 2015


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.....

Podpis.....

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych velice ráda poděkovala paní doktorce Lidmile Hamplové za její ochotu, výborné rady a notnou dávku trpělivosti.

ABSTRAKT

ŠTĚCHOVSKÁ, Veronika. *Porodní poranění ženy při vaginálně vedeném porodu*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň klasifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: MUDr. Lidmila Hamplová, PhD. Praha. 2015. 43 s.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u ženy s rupturou perinea klasifikace III° A z pohledu porodní asistentky.

Teoretická část je věnována metodám prevence porodních poranění jak za porodu tak i před ním. V teoretické části jsou dále popsány druhy poranění, metody jejich ošetření i následná péče o ně a specifika ošetrovatelské péče o ženu po porodu se spontánní rupturou perinea klasifikace III° A.

Praktická část bakalářské práce je vypracována formou kazuistiky ošetrovatelské péče o ženu - šestinedělku po spontánně vzniklé ruptuře perinea klasifikace III° A. Ošetrovatelská péče byla vytvořena na základě rozšířeného koncepčního modelu o 13 doménách Marjory Gordon. Ošetrovatelská péče je složena z účinných ošetrovatelských postupů, stanovených ošetrovatelských diagnóz, plánování ošetrovatelské péče a její následná realizace a hodnocení.

Klíčová slova: epiziotomie, ruptura perinea, šicí techniky, šicí materiály

ABSTRACT

ŠTĚCHOVSKÁ, Veronika. *Women's obstetricinjuries during vaginal delivery*.
Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: MUDr. Lidmila Hamplová,
PhD. Prague 2015. 43 pages.

The theme of this thesis is the nursing process in women with perineal tear classified as III° A from the perspective of a midwife.

The theoretical part deals with methods of prevention of birth injuries during birth as well as before it. The theoretical part also describes types of injuries, methods of treatment and follow-up care, and the specifics of nursing care for women after childbirth accompanied with spontaneous perineal tear classified as III ° A.

The practical part is based on a case study of nursing care for a woman in the postpartum period after spontaneous perineal rupture classified as III ° A. The nursing was set up on the basis of the extended conceptual model of 13 domains by Marjory Gordon. The nursing care is composed of effective nursing procedures, established nursing diagnoses, nursing care plan and its subsequent implementation and evaluation.

Key words: episiotomy, rupture of the perineum, suturing techniques, suture materials

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ÚVOD.....	11
1 TYPY PORODNÍCH PORANĚNÍ.....	12
1.1 PORANĚNÍ DĚLOŽNÍHO HRDLA.....	12
1.2 PORANĚNÍ POCHVY.....	12
1.2.1 KOLPAPORRHEXIS.....	13
1.3 RUPTURY PERINEA.....	13
1.3.1 RUPTURA I. STUPNĚ.....	13
1.3.2 RUPTURA II. STUPNĚ.....	14
1.3.3 RUPTURA III. STUPNĚ.....	14
1.3.3.1 RUPTURA III. A.....	14
1.3.3.2 RUPTURA III. B.....	14
1.3.3.3 RUPTURA III. C.....	14
1.3.4 RUPTURA IV. STUPNĚ.....	14
1.4 EPIZIOTOMIE.....	14
1.4.1 EPIZIOTOMIE MEDIÁLNÍ.....	15
1.4.2 EPIZIOTOMIE MEDIOLATERÁLNÍ.....	15
1.4.3 EPIZIOTOMIE LATERÁLNÍ.....	16
1.4.4 SCHUCHARDTŮV ŘEZ.....	16
1.5 TRHLINY VULVY.....	17
2 METODY PREVENCE PORODNÍCH PORANĚNÍ.....	17
2.1 METODY PŘÍPRAVY HRÁZE K PORODU.....	17
2.1.1 MASÁŽ HRÁZE.....	17
2.1.2 EPI-NO BALÓNEK.....	17

2.1.3 DIANATAL GEL.....	17
2.1.4 PŘÍRODNÍ METODY.....	18
2.1.4.1 LNĚNÉ SEMÍNKO.....	18
2.1.4.2 ODVAR Z MALINÍKU.....	18
2.1.5 TEPLÉ PŘEDPORODNÍ SEDACÍ KOUPELE....	19
2.2 METODY CHRÁNĚNÍ HRÁZE ZA PORODU.....	19
2.2.1 STERILNÍ ROUŠKA.....	19
2.2.2 ŘÍZENÉ TLAČENÍ.....	19
2.2.3 EPIZIOTOMIE.....	20
2.2.4 TEPLÉ OBKLADY.....	20
3 METODY OŠETŘENÍ PORODNÍCH PORANĚNÍ.....	21
4 PÉČE O PORODNÍ PORANĚNÍ.....	22
4.1 ZÁKLADNÍ HYGIENA.....	22
4.2 STUDENÉ OBKLADY.....	22
4.3 TEPLÉ SEDACÍ KOUPELE.....	22
4.4 MATEŘSKÉ MLÉKO.....	23
5 STANDARDNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE NA ODDĚLENÍ ŠESTINEDĚLÍ.....	24
5.1 TĚLESNÁ HYGIENA.....	24
5.2 SLEDOVÁNÍ VYMĚŠOVÁNÍ.....	24
5.3 PÉČE O PRSY.....	25
5.4 VČASNÁ MOBILIZACE A CVIČENÍ.....	25
5.5 STRAVOVÁNÍ ŠESTINEDĚLKY.....	25
5.6 LÉKY.....	26
6 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O ŽENU S RUPTUROU PERINEA III° A.....	27
6.1 NA PORODNÍM SÁLE.....	28

6.2 NA ODDĚLENÍ ŠESTINEDĚLÍ.....	28
6.3 KONTROLA PO ŠESTINEDĚLÍ.....	28
7 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY	
S RUPTUROU PERINEA III° A.....	29
CELKOVÉ ZHODNOCENÍ.....	51
DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	52
ZÁVĚR.....	53
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	54

SEZNAM ZKRATEK

FF fyziologické funkce

JIP jednotka intenzivní péče

KZ krevní ztráta

P pulz

PMK permanentní močový katétr

TEN tromboembolická nemoc

TK tlak krevní

TT tělesná teplota

tt týden těhotenství

UZ ultrazvuk

ÚVOD

Typy porodních poranění se dají rozdělit na poranění vzniklá samovolně a na poranění, která provádí porodník (např. epiziotomie), aby zamezil rozsáhlejšímu poranění a usnadnil průchod hlavičky. Velký počet prováděných epiziotomií zejména u primipar je ožehavým tématem a je diskutabilní, jestli všechny primipary opravdu nástřih hráze potřebují.

Toto téma jsme si zvolili jednak pro jeho aktuálnost a jednak proto, že nás zajímají metody předcházení porodních poranění a jejich následné ošetření.

V teoretické části bakalářské práce jsme se věnovali ženě po porodu s rozsáhleším porodním poraněním ruptury perinea 3^oA. Zpracovali jsme ošetřovatelský proces dle 13 domén Marjory Gordon a stanovili jsme si základní ošetřovatelské diagnózy podle Nanda domén ošetřovatelských diagnóz taxonomie II a následně jsme vypracovali plán ošetřovatelské péče.

Cílem bakalářské práce je seznámit studenty porodní asistence a porodní asistentky samotné s metodami předcházení porodních poranění už v těhotenství, následně na porodním sále a umět je použít v praxi. Dále je to schopnost porodní poranění od sebe rozeznat, vědět jak je ošetřit a následně o ně pečovat na oddělení šestinedělí.

1. TYPY PORODNÍCH PORANĚNÍ

Během porodu mohou u žen nastat různá poranění měkkých porodních cest a perinea. Mezi nejčastější porodní poranění patří epiziotomie, neboli nástřih hráze, který provádí porodník pomocí nůžek. Dále pak trhliny v pochvě a ruptury perinea různého rozsahu. Ruptury děložního hrdla vyžadující ošetření nebývají až tak časté (Čech, 2014, str.440).

1.1 Poranění děložního hrdla

Nezávažná a nekrvácející povrchové trhlinky hrdla děložního vznikají téměř u každého porodu a není je potřeba ošetřit. Proto jsme například schopni při vyšetření v zrcadlech rozlišit děložní hrdlo nullipary, které je kulaté s malou kulatou štěrbinkou, od děložního hrdla ženy, která již rodila a jejíž děložní hrdlo je oválného tvaru se štěrbinkou připomínající protáhlé písmenko H.

Daleko závažnější jsou ovšem trhliny jdoucí po celé délce hrdla, mnohdy až do poševní klenby nebo v těch nejzávažnějších případech až do dolního děložního segmentu, které se vaginální cestou velmi obtížně reponují a často vyžadují abdominální přístup a neméně často vedou k hysterektomii, může totiž dojít k závažnému, až život ohrožujícímu krvácení.

Příčinou těchto ruptur bývá rigidní nebo jizevnaté hrdlo (často po operacích na hrdle, konizaci, cerkláži, elektrokoagulaci, nebo kryoterapii lézí hrdla). Příčinou ruptur hrdla bývají také nadměrně silné kontrakce po jejich nevhodném zesilování nebo předčasné tlačení při nerozvinuté brance. Hlavním příznakem těchto ruptur je krvácení, které může být velmi silné, pokud trhlina postihne větve uterinní arterie jdoucí v hraně hrdla (Čech, 2014) (Roztočil, 2008).

1.2 Poranění pochvy

Poranění pochvy bývá spojeno s poraněním perinea. Izolované trhliny ve střední části nejsou až tak časté (Roztočil, 2008).

Pokud nedojde k roztržení pochvy v celé její tloušťce a sliznice zůstává neporušená, krev se začne hromadit a vzniká poševní hematom. Hematom je poté nutno incidovat, krev vypustit a podchytit krvácející cévy. Drobné hematomy se zpravidla samy vstřebají.

Příčiny poševních trhlín jsou mechanického původu. Kontrahující se děloha vytahuje pochvu směrem nahoru, zatímco hlavička ji cirkulárně rozpíná a táhne směrem dolů. Při operačních výkonech vznikají těžší ruptury především po předchozím zánětlivém procesu v pochvě (Roztočil, 2008, str.296).

1.2.1 Kolpaporrhexis

Kolpaporrhexis je kompletní cirkulární oddělení poševní stěny od hrdla děložního. Diagnostikujeme jej při vyšetření v zrcadlech a je nutné i obtížné ho řádně reponovat.

Vzniká zejména při dlouhých a vydatných kontrakcích spojených s určitou porodní překážkou, operačních porodech (kleště, vex) a cervikokorporálních distokiích. Častou komplikací bývá silné krvácení spojené se šokovým stavem (Čech, 2014), (Roztočil, 2008).

1.3 Ruptury perinea

Ruptury hráze patří mezi nejčastější porodní poranění. Podle toho, jakou anatomickou vrstvu zasahují, je dělíme do IV stupňů.

1.3.1 Ruptura I. stupně

Ruptura I. stupně zasahuje pouze kůži hráze a sliznici pochvy, avšak svalstvo pánevního dna a anální svěrače zůstávají nedotčeny.

Pokud rána výrazně nekrvácí, není zapotřebí jí nějak speciálně ošetřit. Tyto ranky

bývají nebolestivé a rychle se hojí. Při močení mohou ovšem pálit.

1.3.2. Ruptura II. stupně

Ruptura II. stupně zasahuje kůži, podkoží i svaly hráze, sliznici i podslizniční vazivo pochvy. Ruptura II. stupně je svým rozsahem totožná epiziotomií. Chirurgické ošetření ruptury je nezbytné. Sutura se provádí v lokální anestezii nejčastěji 1% roztokem Mesocainu. Při dodržování základní hygieny se hojí dobře.

1.3.3 Ruptura III. stupně

U ruptur III. stupně je zasažen anální svěrač a rozlišujeme 3 podtypy podle míry postižení análního svěrače.

1.3.3.1 Ruptura III. A

Ruptura III. A zasahuje méně jak 50% tloušťky zevního análního svěrače.

1.3.3.2 Ruptura III. B

Ruptura III. B zasahuje více jak 50% tloušťky zevního análního svěrače.

1.3.3.3 Ruptura III. C

Ruptura III. C zasahuje vnitřní i zevní anální svěrač, avšak anální sliznice zůstává intaktní.

1.3.4 Ruptura IV. stupně

Ruptura IV. stupně zasahuje vnitřní i zevní anální svěrač a poranění sliznice ánu (Čech, 2014), (Roztočil, 2008).

1.4 Epiziotomie

Epiziotomie byla dle dostupných historických pramenů poprvé použita roku 1742 v Irsku při neobvykle obtížném porodu.

Je otázkou, nakolik se v českých porodnicích provádí epiziotomie ať už jako

prevence rozsáhlejších poranění, či jako způsob úspory času zrychlením druhé doby porodní rutyně.

Epiziotomii neboli nástřih hráze provádí porodník, aby rozšířil měkké porodní cesty, zamezil rozsáhlejšímu poranění a usnadnil tak průnik hlavičky (Roztočil, 2008).

Epiziotomii provádíme na zcela rozvinuté hrázi a při prořezávající se hlavičce. Provádíme jí na vrcholu kontrakce nůžkami pro tento výkon k tomu určenými. Střih vedeme mezi dvěma prsty druhé ruky, bránící rychlému postupu hlavičky, jedním stříhnutím přibližně 3 - 4 cm kolmo na rozepjatou hráz. Směr a typ epiziotomie si volí porodník podle svého zvyku buď napravo (dexter) a nebo nalevo (sinister) nebo kolmo dolů u mediální epiziotomie. Ta se však používá velmi zřídka kvůli možnosti prohloubení epiziotomie rovnou k análnímu svěrači. U multipar s jizvou po předchozí epiziotomii stříháme zásadně do jizvy.

Pokud epiziotomii provádíme na ne zcela rozvinuté hrázi, například u porodu koncem pánevním, předčasném porodu či před porodnickými operacemi, vykonáváme epiziotomii po opichu hráze anestetikem, pokud ovšem rodička nemá epidurální anestezii či dříve vykonaný pudendální blok. Opich nejčastěji provádíme 1% roztokem Mesocainu (Čech, 2014).

Nejzávažnější kontraindikací k provedení epiziotomie je HIV pozitivita matky jakožto prevence aspirace krve matky novorozencem (Doležal, 2007).

1.4.1 Epiziotomie mediální

Epiziotomie mediální směřuje střední čarou rovnou dolů k anu. Snadno se ošetřuje a krevní ztráta bývá bezvýznamná. Avšak je zde značné riziko rozšíření epiziotomie k rektálnímu svěrači a stěně střeva. Proto se dnes mediální epiziotomie skoro neprovádí.

1.4.2 Epiziotomie mediolaterální

Epiziotomie mediolaterální vede od zadní komisury směrem k sedacímu hrbolu. Mezi její výhody patří možnost dle potřeby epiziotomii rozšířit bez přímého ohrožení análního svěrače. Jedná se epiziotomii mezi porodníky nejvíce rozšířenou a je už jen na

rozhodnutí porodníka, zda stříhne vpravo či vlevo. Sutura není výrazně náročná. Pochva se šije pokračujícím stehem, hráz se šije po anatomických vrstvách a kůže například plastickým stehem.

1.4.3 Epiziotomie laterální

Epiziotomie laterální vede přibližně 3 cm od zadní komisury směrem k tuber ischiadicum. Tento typ epiziotomie sice nejvíce chrání anální svěrače, avšak sutura bývá náročnější a upouští se od něj z důvodu častých poševních deformací po zhojení (Roztočil,2008).

1.4.4 Schuchardtův řez

Dnes skoro nepoužívaný Schuchardtův řez vychází z epiziotomie laterální a rozšiřuje ji až na délku 7 cm. Zasahuje pubickou i ilickou část m. levatoris ani a jeho sutura je značně obtížná a vyžaduje přítomnost zkušeného lékaře. Zasahuje množství cév a nervů (Doležal, 2007).

1.5 Trhliny vulvy

Kromě ruptur perinea se setkáváme nezdědká s malými trhlínkami na kůži malých stydkých pysků, které nebývá potřeba nějak zvláště ošetřovat, pokud nekrvácí. Avšak trhliny zasahující klitoris mají tendenci často a velmi vydatně krváčet, proto je nutné je zašít (Čech, 2014).

2. METODY PREVENCE PORODNÍCH PORANĚNÍ

2.1 Metody přípravy hráze k porodu

Všechny metody prevence porodních poranění před samotným porodem jsou dlouhodobou záležitostí. Jsou bezpečné až ve III. trimestru a s jejich začátkem by ženy měly začít přibližně 3-4 týdny před termínem porodu. Jedině tak jsou tyto metody účinné při vytváření větší elasticity hráze. V neposlední řadě si může budoucí rodička vyzkoušet přibližný tlak, jaký v průběhu porodu bude vytvářet hlavička dítěte na hráz (Leboyer, 1995).

2.1.1. Masáž hráze

Masáž hráze je vhodné provádět za přísných hygienických podmínek a s olejíčkem k tomuto výkonu určeným. Není vhodné používat oleje minerální pro svou schopnost vysoušení. Budoucí rodička může masáž provádět sama či za pomoci svého partnera. Ruce masírující osoby by měly mít krátce zastřižené nehty bez ostrých hran. Žena zaujme pro ní pohodlnou pozici, navodí si příjemnou atmosféru. Masáž hráze by měla probíhat v klidu, ničím nerušená a za duševní pohody budoucí rodičky. Neměla by být bolestivá, avšak její intenzita by se měla masáž od masáže pomalinku zvyšovat. Naolejovaný ukazovák s prostředníčkem dominantní ruky masírující osoby se vsunou po svůj druhý kloub do pochvy a pomocí palce, který spočívá na perineu, vytvářejí tlak zároveň proti sobě. Vhodné a žádoucí je roztahování ukazováku a prostředníku od sebe a následné jemné mnutí hráze mezi prsty. Masáž by měla trvat přibližně 5 minut a aby se její účinnost opravdu projevila, je nutné ji provádět dvakrát denně (Leboyer, 1995).

2.1.2 Epi-no balónek

Epi-no balónek má dvojí využití. Jednak před porodem kdy simuluje průchod hlavičky dítěte porodním kanálem, dále pak po porodu k regeneraci svalů dna pánevního a k prevenci a léčbě inkontinence po porodu. Balónek epi-no je vyroben z lékařského silikonu a je určen k zavádění do pochvy, kde se buď pomocí automatické či

ruční pumpičky nafukuje. Žena nejen vnímá tlak na hráz, ale může si i zkusit balónek vytlačit stejným mechanismem jako za porodu, procvičuje svaly pánevního dna a v neposlední řadě napíná a tím zvyšuje elasticitu poševního vchodu (<http://www.epino.cz/produkty/epi-no-delphine.html>).

2.1.3 Dianatal gel

Dianatal gel, také zvaný porodnický gel, má dva mechanismy působení za porodu. Redukuje tření a vytváří kluzký film na stěnách pochvy. Zavádí se v průběhu vaginálního vyšetření několikrát už během běžícího porodu. Eliminací tření tedy hlavička dítěte pochvou lépe klouže a pochva je tak lépe chráněna. Zajímavé je, že zároveň díky schopnosti snížit třecí síly usnadňuje porody vakuumextraktorem a kleštěmi.

Dianatal gel ovšem neslouží k vyvolání porodu jako takového, ale napomáhá jeho hladkému průběhu (<http://www.dianatal.eu/czech/index.html>).

2.1.4 Přírodní metody

Je nutné mít na paměti, že všechny přírodní metody v této kapitole se zakládají na předávání informací z generace na generaci. Mají zajisté své odůvodnění, ale nelze je brát jako stoprocentní a vždy působící metody.

Mezi nejznámější přírodní metody patří pití odvaru z maliníku a požívání lněného semínka (Leboyer, 1995).

2.1.4.1 Lněné semínko

Mezi přednosti lněného semínka patří příznivý účinek na hladké svalstvo a následnou dilataci porodních cest během první doby porodní. Dalším přínosným účinkem je jeho schopnost podporovat a zvyšovat tvorbu poševního hlenu. Lněné semínko by se mělo užívat až v posledním trimestru těhotenství. Užívají se dvě polévkové lžice nadrceného nebo řádně rozkousaného semínka denně. Když je semínko vcelku a jeho slupka je neporušená, projde trávicím traktem člověka zcela bez poškození a účinné látky se z něj neuvolní. Důležité při užívání lněného semínka je zvýšit příjem tekutin kvůli velkému obsahu vlákniny (Leboyer, 1995).

2.1.4.2 Odvar z maliníku

Maliníkový odvar neboli čaj se doporučuje užívat až v samotném závěru těhotenství. Je vhodné s pitím maliníkového čaje začít zhruba čtyři týdny před plánovaným termínem porodu, ne dříve, protože může způsobovat předčasně kontrakce a vést tak k předčasnému porodu. Denní dávka by měla začínat na dvou šálkách maliníkového čaje denně po dobu jednoho týdne. S každým dalším týdnem těhotenství by se měla denní dávka zvyšovat vždy o jeden šálek na den. Čili ve 40 tt by měla být denní dávka maliníkového čaje šest šálků (Leboyer, 1995).

Maliníkový čaj působí velmi dobře na děložní stěnu a udává se, že napomáhá zkrácení druhé doby porodní. Posiluje tedy děložní sval a urychluje postup dítěte porodními cestami.

Před zahájením pití maliníkového čaje je vhodné se poradit s lékařem či porodní asistentkou o vhodnosti jeho užívání (<http://www.emimino.cz/encyklopedie/malinikovy-caj/>, 2015).

2.1.5 Teplé předporodní sedací koupele

Především v Asii si ženy v posledních týdnech těhotenství dopřávají teplé bylinné sedací koupele. Do koupelí si můžou přidávat i éterické oleje, které napomáhají ke zvýšení elasticity perinea. Dle statistik tyto ženy nemívají porodní poranění a závěr druhé doby porodní je pro ně méně bolestivý.

Tato technika je v našich zeměpisných šířkách méně známá. Avšak její pozitivní účinky by mohly vést k postupnému šíření mezi nastávající matky a širší veřejnost (Leboyer, 1995).

2.2 Metody chránění hráze za porodu

2.2.1 Sterilní rouška

Mezi nejspolehlivější metody chránění hráze za porodu patří porodní ruka se sterilní rouškou, umístěná na perineu rodící ženy zhruba 2 cm pod okrajem zadní komisury. Ruka jednak vytváří lehký protitlak vůči prořezávající se hlavičce a tím její průchod malinko brzdí a dovolí tak perineu se lépe přizpůsobit, zároveň osou palec -

ukazovák vytváří tlak proti sobě (Čech, 2014), (Doležal, 2007).

2.2.2 Řízené tlačení

Jedná se o tlačení, kdy porodník udává rodičce tempo kdy a jakou silou má tlačit. Je však otázkou, jestli řízeným tlačáním spíše rodička neztrácí důvěru ve své vlastní tělo a své schopnosti. Avšak řízené tlačení ve spolupráci s výše popsanou technikou chránění hráze může být prospěšné (Čech, 2014), (Doležal, 2007).

2.2.3 Epiziotomie

Mezi další metody chránění hráze za porodu by se určitě dala zařadit epiziotomie ve smyslu slova ochránění perinea před vážnějším poraněním. Provedením kontrolovaného nástřihu hráze vzniká více místa pro prořezávající se hlavičku, která tak má zjednodušený postup pochvou a nedochází tak ve většině případů ke vzniku rozsáhlejších ruptur (Čech, 2014), (Doležal, 2007).

2.2.4 Teplé obklady

Mezi další metody, jak zabránit poškození hráze za porodu, patří, v našich končinách méně známé, teplé obklady. Teplo uvolňující se například z nahřátého ručníku působí spasmolyticky a hráz je pak méně napjatá a více poddajná (Leboyer, 1995).

3. METODY OŠETŘENÍ PORODNÍCH PORANĚNÍ

Sutury jakýchkoliv porodních poranění provádíme zásadně po anatomických vrstvách a po pečlivé kontrole měkkých porodních cest v zrcadlech (Čech, 2014).

Dle závažnosti poranění volíme vhodnou anestezii. Například u nástřihu hráze to bude nejspíše opich 1% roztokem Mesocainu a u rpt perinea 4° to zcela určitě bude anestezie celková (Čech, 2014), (Roztočil, 2008).

Dle typu porodního poranění volíme i typ šití. Na vnitřní šití zcela jistě použijeme vstřebatelné vlákno. Na kůži někteří porodníci používají vlákna nevstřebatelná, ale to s sebou přináší nutnost následného vyndávání stehů. Jelikož doba rozpadu vstřebatelného vlákna je delší než schopnost tkáně se zregenerovat, nehrozí zde ani dehiscence rány, a proto je pro rodičku lepší a pohodlnější šití pouze vstřebatelným materiálem (Čech, 2014), (Doležal, 2007).

4. PÉČE O PORODNÍ PORANĚNÍ

Skoro každá žena má nějaké porodní poranění. Ať už drobnou trhlinku či epiziotomii nebo i komplikovanou rupturu perinea. Poranění mohou být dosti bolestivá a jejich hojení závisí na mnoha faktorech, konkrétním typu poranění, rozsahu a hloubce poranění a dodržování režimu na oddělení šestinedělí (Dušová, 2009a).

4.1 Základní hygiena

Proces hojení porodního poranění závisí na typu poranění, ale dá se říci, že se v průměru hojí 10 dní. Základem je dodržování přísné hygieny - prodyšné porodnické kalhotky, velké savé porodnické vložky, časté omývání genitálu vodou a důkladné, avšak šetrné osušení. Je dobré genitál mýt intimním mýdlem nebo mýdlem s obsahem dubové kůry. V prvních dnech po porodu se ženám doporučuje chodit močit do sprchy, protože moč stékající přímo na porodní poranění má za následek nepříjemné pálení a štípání. Samozřejmě po toaletě by mělo být utírání se směrem od pochvy ke konečníku a ne naopak, aby nedošlo k roznesu infekce. Dále platí zásada větrat, větrat, větrat. Každé porodní poranění potřebuje přísun vzduchu, nesmí docházet k zapařování genitálu, což by mohlo vést k nepříjemným zánětům. Vložky by se měly měnit nejlépe po každém kojení. Díky vlivu oxytocinu, který se vyplavuje v průběhu kojení a vyvolává stahy dělohy, se zvyšuje produkce infekčních očístků. Neméně důležitá je i manipulace s již použitou vložkou. Očistky jsou infekční a nesmí docházet k přenesení infekční krve na prsa, kde hrozí, že vznikne zánět prsu neboli mastitida a samozřejmě jsou ohrožením i pro dítě samotné (Dušová, 2009a)

4.2 Studené obklady

Studené obklady se používají ke zmírnění bolestí a otoků. Nejčastěji se používají při léčbě hematomů, hematom se rychleji vstřebá (Dušová, 2009a).

4.3 Teplé sedací koupele

Sedací koupele se nedoporučují používat hned ze začátku, když je poranění ještě

čerstvé. V porodnicích se téměř nevyužívají, ale šestinedělka si je může dopřát v klidu doma po propuštění z porodnice, když je porodní poranění již částečně zhojené.

Do teplých sedacích koupelí se nejčastěji přidává dubová kůra. Dubová kůra obsahuje množství tříslovin, které mají protizánětlivé, vysušovací a stahovací účinky (Dušová, 2009a).

4.4 Mateřské mléko

Použití mateřského mléka při péči o drobné trhlinky na bradavkách je všeobecně známé. Avšak málokdo ví, že se dá mateřské mléko pro jeho výbornou hojivou vlastnost použít i na hráz. Šestinedělka si může mléko odstříkat a udělat si obklad, nebo si z něj vyrobit sedací koupel (Dušová, 2009a).

5. STANDARDNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE NA ODDĚLENÍ ŠESTINEDĚLÍ

Ošetrovatelská péče na oddělení šestinedělí začíná po překladu rodičky z porodního sálu. Nedělkou seznamujeme s chodem oddělení a ukážeme jí, jak oddělení a její pokoj vypadá. Kde najde porodní asistentku, čili kde je sesterna, ukážeme jí také, kde je oddělení neonatologické. Kam může jít na toaletu, kde jsou sprchy, kde a kdy dostane jídlo (Dušová, 2009b).

Základním kamenem ošetrovatelské péče je šestinedělku důkladně poučit o nutnosti dostatečné hygieny (Koudelková, 2013).

Šestinedělka může být propuštěna domů nejdříve za 72 hodin po porodu. To vyplývá z doporučení České neonatologické společnosti. Za 72 hodin po porodu se eliminují možné poporodní komplikace u dítěte, jako je například novorozenecká žloutenka. Až do propuštění je nedělka sledována lékařem alespoň jednou denně. Lékař sleduje především výšku děložního fundu, hojení porodních poranění a charakter očístků. Dále sleduje vývoj laktace, stav prsů včetně bradavek. Porodní asistentka mimo jiné alespoň jednou denně sleduje FF (Koudelková, 2013).

5.1 Tělesná hygiena

Důležité je udržovat genitál v čistotě. Oplach genitálu by měla šestinedělka provádět po každém kojení, močení či stolici. Ze začátku může kvůli pálení při močení chodit močit do sprchy.

Dále je důležitá častá výměna vložek. Na každé porodnici je vložek neomezené množství a jejich časté měnění přispívá k udržování čistoty a předcházení různých komplikací. Nadále to vede k lepšímu a rychlejšímu hojení porodních poranění. Je vhodné, aby šestinedělka měla k dispozici dva ručníky. Jeden na genitál a jeden na zbytek těla (Koudelková, 2013).

5.2 Sledování vyměšování

V prvních dnech po porodu je velmi důležité sledovat vyprazdňování močového měchýře. K prvnímu vymočení, pokud nebyla žena cévkována, by mělo dojít dvě hodiny po porodu. Po přeložení na oddělení šestinedělí by se měla nedělka vymočit nejdéle za 6 - 8 hodin. Vyprázdňovaný močový měchýř je důležitý pro správné zavínování dělohy. Na stolici by si žena měla dojít nejdéle dva dny po porodu, ale to záleží na mnoha faktorech. Například měla li před porodem klystýr a jakou dietu měla po porodu. Není výjimkou, že může mít šestinedělka po porodu zácpu. Jako prevenci volíme správnou dietu a včasnou mobilizaci (Koudelková, 2013).

5.3 Péče o prsy

Základem péče o prsy je důkladná edukace o technice kojení. Prsy by měly mít pohodlí. Vhodné jsou volné bavlněné podprsenky. Měly by se často měnit, aby se zabránilo vzniku infekce. Dobré je i používání prsních vložek, zejména jestliže šestinedělce mléko odchází samovolně.

Prsy by se denně měly mýt vlažnou vodou bez mýdla, které by mohlo při kojení dráždit novorozence. Prsy by se měly osušit pouhým jemným dotykem osušky, ne jejich třením. Jako prevence poranění stačí po každém kojení potřít bradavku i prsní dvorec trochou mateřského mléka a nechat zaschnout na vzduchu. Tato metoda je dobrá i k hojení drobných trhlinek.

Před každou manipulací s prsy je nutné si umýt ruce, zabrání se tak přenosu infekce (Koudelková, 2013).

5.4 Včasná mobilizace a cvičení

Velmi důležitá je včasná mobilizace ženy po porodu. Jednak jako prevence TEN a jednak k napomození obnovy peristaltiky a předejití zácpy. Účelem včasné mobilizace je také urychlení zavínování dělohy a zajištění jejího správného anatomického uložení v malé pánvi. Dále je to podpoření činnosti mléčných žláz a včasná tvorba mateřského mléka (Koudelková, 2013).

5.5 Stravování šestinedělky

Nedělnka by měla mít na mysli, že vše, co ona sní, ovlivní i její dítě. Látky obsažené v potravě mohou přecházet do mateřského mléka. Proto je vhodné, aby se vyvarovala ostrým, kořeněným jídlům, nebo například nadýmavým luštěninám. Naopak vhodné jsou pokrmy podporující laktaci.

Pro správnou laktaci je důležité, aby šestinedělka přijímala dostatek tekutin. Alespoň 2,5 až 3,5 litru. Nejvhodnější je voda a čaj. Dále je vhodné zařadit do svého pitného režimu i plnotučné mléko. Toho je dobré vypít alespoň jeden litr denně. Ovocné šťávy nejsou kvůli své kyselosti příliš vhodné.

Je dobré mít na paměti, že šestinedělka musí mít zvýšený příjem živin. Musí pokrýt potřebu svého organismu a organismu svého dítěte (Koudelková, 2013).

5.6 Léky

O užití léku by měl vždy rozhodnout lékař. Účinné látky zpravidla přecházejí do mateřského mléka a mohou negativně ovlivnit organismus dítěte. Většinu léků může šestinedělka užívat, ale některé je nutné úplně vysadit, nebo zvážit, zda by nebylo lepší nekojit a přejít na umělou kojeneckou výživu. To se děje nejčastěji, když matka užívá antidepressiva a jejich náhlé vysazení by nadělalo více škody než užitku (Koudelková, 2013).

6. SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O ŽENU S RUPTUROU PERINEA III^oA

6.1 Na porodním sále

Rodičku informujeme hned po vyšetření. Sdělíme jí stupeň poranění a navrneme postup léčby. Vysvětlíme jí, co bude následovat a jak se vzniklá situace bude vyvíjet do budoucna. Zároveň jí ve zkratce sdělíme, jak bude ona sama o poranění pečovat.

Po vyšetření v zrcadlech a digitálním vyšetření per rectum lékař stanoví míru a stupeň poranění. Po informování rodičky a dohodnutí následného postupu zvolí vhodný typ anestezie. Pacientce se zabandážují nohy jako prevence TEN. Jestli má rodička zaveden epidurální katetr, je možné do něj přidat analgetika. Hráz se může zkusit opíchnout, ale vzhledem k rozsahu poranění to ne vždy stačí. V mnoha případech je nutná účast týmu lékař - sestra z ARO oddělení. Je totiž pravděpodobné, že bude nutné rodičku na nezbytně dlouhou dobu uspat. Komplikovaná porodní poranění většího rozsahu je vhodné ošetřit na operačním sále (Dušová, 2009a).

Je vhodné, aby suturu análního sfinkteru prováděl lékař s dostatkem zkušeností v tomto oboru. Každá porodnice má stanovené doporučené postupy, ve kterých se mimo jiné píše, jaké stehy a šicí materiál je vhodné na poranění análního sfinkteru používat.

Poranění se šije po anatomických vrstvách a končí nejlépe plastickými stehy na kůži.

Vzhledem k faktu že rodička má takto rozsáhlé poranění a je nutné dodržovat přísnější poporodní režim a genitál bývá značně oteklý, zavádí velmi často porodní asistentka PMK.

Následuje standardní pooperační režim a dle stavu pacientky je následně předána na porodnický JIP nebo klasické odd. šestinedělí (Dušová, 2009b).

6.2 Oddělení šestinedělí

Ke standardní ošetrovatelské péči o ženu po porodu připojujeme ještě ATB profylaxi, ať už jednorázovou tvz. single shot či dlouhodobější podávání. Dále nasazujeme laxativa na změkčení stolice a je také vhodné alespoň na krátkou dobu zvážit beze zbytkovou či kašovitou dietu. Je vhodné šestinedělce znova zopakovat rozsah jejího poranění a připomenout jí, jak se o ně má starat.

Dále sledujeme výšku děložního fundu. Množství, konzistenci, barvu a zápach očištěk. Měříme FF jako je TK, TT a P. Sledujeme, jak se porodní poranění hojí a jak šestinedělka zvládá se o něj starat a zdali vyžaduje analgetika a v jakém množství. Dáváme pozor, zda se nedělka sama a spontánně vymočí zhruba po 6 - 8 hodinách od chvíle, kdy byla převzata z porodního sálu, kde byla buď vycévkována nebo se sama vymočila. Pokud měla zavedený PMK, pravidla platí stejná od jeho vyndání. Vyprázdňený močový měchýř je důležitý pro snadné a nutné zavinování dělohy. Sledujeme vývoj laktace, šestinedělce radíme, jak se má o prsy starat a jaké jsou vhodné polohy ke kojení. Zaznamenáme první stolicí a případné obtíže (Dušová, 2009a).

6.3 Kontrola po šestinedělí

Pacientku propouštíme domů pouze s termínem následné UZ kontroly a řádně poučenou o rozsahu jejího poranění a plánem následné péče. Žena se po skončení šestinedělí dostaví na kontrolu ke svému gynekologovi. Její lékař zkontroluje zavinování dělohy, zhojení porodních poranění, stav děložního hrdla. Z děložního hrdla odebere vzorek na cytologii jako prevenci možného vzniku rakoviny.

Žena se zhruba za 3 měsíce od porodu dostaví na kontrolu do urogynekologické ambulance, kde je jí proveden UZ. Je zhodnocen stav zhojení porodního poranění a popřípadě navrhnout plán následné péče (Dušová, 2009a).

7. OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S RUPTUROU PERINEA III° A

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: X. X.

Pohlaví: ŽENA

Datum narození: 1978

Věk: 36

Rodné číslo: XXXXXX/XXXX

Číslo pojišťovny: 211

Vzdělání: Středoškolské s maturitou

Zaměstnání: Farmaceutický asistent

Stav: Vdaná

Státní příslušnost: Česká

Datum přijetí: 16. 2. 2015

Typ přijetí: Neodkladné

Oddělení: šestinedělí P1

Ošetřující lékař: P. Š.

Důvod přijetí udávaný pacientem:

Jsem po porodu a tady mi řeknou, jak se mám o sebe a o své miminko starat.

Medicínská diagnóza - hlavní:

Stav po partus spontaneus in gravidita hebdominalis 38+5

Medicínská diagnóza - vedlejší:

Stav po porodu s vaginální rupturou perinea III^oa. Úzkostné stavy na medikaci antidepressivny.

HODNOTY ZJIŠŤOVANÉ PŘI PŘÍJMU:

Krevní tlak: 120/70

Pulz: 83 **Dech:** 30

Tělesná teplota: 37°C

Krevní skupina: B neg.

Výška: 173 cm

Hmotnost: 91 kg

BMI: 30,4

Pohyblivost: Pacientka nemá výrazný problém s pochyblivostí, stěžuje si na bolest břicha při pohybu, bolest genitálu a análního svěrače.

Stav vědomí: Při vědomí, orientovaná časem, prostorem, místem i osobou.

NYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ:

Pacientka po partus spontaneus in grav. hebdominalis 38+5 s porodním poraněním rpt. per. III^oA. Pacientce je podávána terapie analgetiky, laxativa. Pacientka dále dlouhodobě užívá léky Sorbifer 100 mg tbl., Zoloft 50 mg tbl.

Informační zdroje:

Dokumentace pacientky, fyzikální vyšetření lékařem a rozhovor s pacientkou.

ANAMNÉZA:

Rodinná anamnéza:

Matka:59 let, hypertenze.

Otec:61 let, bezvýznamná.

Sourozenci:bratr-bezvýznamná.

Děti:hoch,rok narození 2010-partus praematurus 29+2, 1540 g/37 cm, nyní zdrav, bez následků.

Osobní anamnéza:

Překonaná onemocnění:běžné dětské choroby, v dospělosti interně nestonala, léčí se pro úzkostné stavy.

Chronická onemocnění:psychiatrická-úzkostné stavy.

Hospitalizace a operace:ve 13 letech- APPE LPT rok 2009, 2014 LPSK - proendometriozis (GPK - VFN).

Úrazy:neudává.

Transfúze: neudává.

Očkování:běžná dětská povinná očkování.

Léková anamnéza:

Sorbifer 100 mg tbl., Zoloft 50 mg tbl.

Dávkování

1-0-0, 1-0-0

Skupina

antianemikum, antidepresivum

Alergologická anamnéza:

Léky:neudává.

Potraviny:neudává.

Chemické látky:neudává.

Jiné:vosí bodnutí s reakcí místním otokem a zarudnutím, jiné neudává.

Abúzy:

Alkohol: neudává.

Kouření:neudává.

Káva: neudává.

Léky:neudává.

Jiné drogy: neudává.

Gynekologická anamnéza:

Menarché:13 let

Poslední menstruace: 24.5.2014.

Porody: 2.

1. chlapec, rok 2010, partus preamaturus 29+2, 1540 g / 37 cm, zdrav.

2. chlapec, rok 2015, partus maturus 38+5, 3680 g / 52 cm, zdrav.

Aborty:ne

Poslední gynekologická prohlídka: v rámci těhotenské ambulance.

Samovyšetřování prsou: neprovádí pravidelně.

Sociální anamnéza:

Stav:vdaná.

Bytové podmínky:dobré, bydlí s manželem a prvním synem v rodinném domku.

Vztahy, role, interakce:

V rodině:pacientka žije společně s manželem a prvním synem. S manželem jsou si oporou a vztahy v rodině jsou dobré.

Mimo rodinu: pacientka působí velmi příjemně, občas je nervozní a snaží se vyhýbat stresujícím událostem.

Záliby:procházky, cestování, zvířata.

Volnočasové aktivity:sama udává, že volného času na mateřské dovolené moc nemá, doteď se věnovala především staršímu synovi.

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: středoškolské s maturitou.

Pracovní zařazení: farmaceutický asistent.

Čas působení, čas odchodu na mateřskou dovolenou:před nástupem na mateřskou dovolenou pracovala v lékárně jako farmaceutický asistent.

Vztahy na pracovišti:pacientka je nyní na mateřské dovolené, kolegyně za ní občas přijdou na návštěvu, po mateřské dovolené se chce vrátit zpět na své pracovní místo.

Ekonomické podmínky: dobré.

Spirituální anamnéza: Religiózní praktiky:byla vychovávána v katolickém prostředí, ale sama je ateistka.

Říká, že sama v něco věří, ale nemá potřebu chodit do kostela.

UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE DOMÉN NANDA I

TAXANOMIE II

1 Podpora zdraví

Subjektivně: *Pro mě je nejdůležitější zdraví mých dětí a mé rodiny. Po prvním těhotenství, kdy se mi syn narodil předčasně a strávil dlouhou dobu v inkubátoru, jsem se tohoto těhotenství obávala, abych své druhé dítě donosila do termínu. To se podařilo a já jsem nesmírně šťastná. Celé těhotenství jsem se snažila jíst zdravou a vyváženou stravu, vyhýbala jsem se zakouřenému a přelidněnému prostoru. Udržovala jsem se ve fyzické kondici procházkami s prvním synem. Na prohlídky ke gynekologovi jsem chodila pravidelně a vzhledem ke svému věku jsem šla i na genetické testy. Vše dopadlo dobře a já jsem ráda, že se nám narodil druhý zdravý syn. Se svým prvním synem chodím pravidelně na kontroly a očkování. Manželovi připomínám, že už je čas se objednat k zubařovi. Před otěhotněním jsem chodila na preventivní prohlídky k praktickému i zubnímu lékaři a na gynekologii. Vzhledem k tomu, že jsem občas depresivní a mám úzkostné stavy, chodím ještě občas na psychiatrii ale léky mi předepisuje můj obvodní lékař.*

Vím, že mě čeká nějaká kontrola po šestinedělí, myslím zhruba za tři měsíce, kvůli tomu, že jsem se nějak u porodu potrhala. Doufám, že všechno dopadne dobře a budeme moci mít i třeba další dítě.

Objektivně: Pacientka je svědomitá v péči o své zdraví, na prevence chodí. V těhotenství svědomitě chodila na prohlídky, dodržovala řádnou životosprávu. Při hospitalizaci spolupracuje, snaží se co nejvíce eliminovat možná rizika komplikací a těší se, až bude moci jít domů.

Ošetřovatelský problém: nenalezen

2 Výživa

Subjektivně: *V těhotenství jsem se snažila jíst vyváženou stravu a hodně jsem pila. Ze začátku jsem užívala kyselinu listovou a pak vitamíny pro nastávající matky. S postavou jako takovou jsem nikdy neměla problém. Žádnou dietu jsem nikdy nedržela. Manželovi se také líbím taková, jaká jsem, nemám tedy důvod nic takového zkoušet. Jsem jediná, kdo doma vaří a tudíž si mohu ohlídat, co jím. Víím, že teď budu muset daleko více pít, aby se mi utvořilo mléko a já mohla svého druhého syna plně kojít. S trávením jsem nikdy problém neměla, jen mě v posledních týdnech těhotenství páčila žába. Jídlo tady na porodnici je celkem dobré, ale už se těším na jídlo, které mi v prvních týdnech po propuštění domů z porodnice uvaří maminka. Víím, že teď mám nějakou dietu a beru projímadla kvůli tomu poranění, ale lékařka mi říkala, že se hezky hojím a že je budou moci brzo vysadit.*

Objektivně: Pacientka udává, že nemá problémy se svojí výživou. Stravuje se racionálně a pije dostatečně. Její BMI je 30,4, ale u těhotných žen a žen po porodu to není moc spolehlivý ukazatel výživy. Jak sama říká, se svojí postavou je spokojená a nikdy žádnou dietu nedržela. Nyní jsou jí nasazena laxativa na změkčení stolice, aby se co nejvíce šetřil anální svěrač. Rty pacientky jsou souměrné a bez cyanózy. Dutina ústní a jazyk mají růžovou barvu, jazyk plazí ve střední čáře. Chrup má vlastní, bez zjevných deformit. Tonzily jsou hladké a nezvětšené. Břícho má na pohmat měkké, fundus děložní dosahuje pět prstů pod pupek, jinak je bez hmatných jiných rezistencí, poklep je bubínkový. Vlasy má bez poškození a nehty upravené nakrátko bez laku. Příjem stravy a množství tekutin v domácím prostředí je velice těžké posoudit.

Ošetrovatelský problém:nenalezen

3 Vylučování a výměna

Subjektivně: *V posledním měsíci těhotenství jsem měla problém s močením. Chodila jsem na toaletu velice často a občas byl pro mě problém moč udržet, ale to je asi normální, když mi na močový měchýř tlačilo miminko. S velkou potřebou jsem nikdy moc problémy neměla. Ze začátku jsem měla trochu zácpu, ale to mě přešlo. Víím, že teď budu muset být opatrná při první stolici po porodu. Trochu se bojím, že to bude bolet a*

nebo že se znovu potrhám, ale lékařka říkala, že se to nestává. Naposledy jsem byla na velké, když jsem dostala klystýr. Po porodu jsem měla chvíli zavedenou cévku, ale tu mi už vyndali a už jsem se i sama vymočila. Kůže mám hezkou, v těhotenství se mi udělaly trochu strije, ale to mi nevadí. S dýcháním problém nemám.

Objektivně: Před porodem bylo pacientce podáno očistné klyzma. Teď jsou jí podávána laxativa a na stolici ještě nebyla. Již močí bez obtíží. Ze začátku jí bylo doporučeno, aby chodila močit do sprchy a to také dělá. Bylo jí vysvětleno, že jí to bude méně pálit a snadněji se jí tak bude udržovat hygiena. Ledviny jsou oboustranně nebolestivé a nehmavné. Kůže je prokrvená, bez zjevných patologických deformit a abnormalit, jen na břiše a stehnech má pacientka drobné strije, kožní turgor je přiměřený a bez otoků. Hrudník má souměrný, bez deformit. Prsy jsou citlivé, ale nebolestivé, začínají se nalévat. Bradavky jsou nevpáčené. Dýchání je poslechově čisté a sklípková, bez vrzotů a pískotů. Vylučování, dýchání a stavy kůže nelze v domácích podmínkách adekvátně hodnotit.

Ošetrovatelský problém: riziko zácpy.

4 Aktivita-odpočinek

Subjektivně: *Můj celý den se točí kolem mého prvního syna. Ráda se starám o náš chod domácnosti. Práce kolem domu dělá manžel, ale snažím se mu i trochu pomáhat. Se synem chodím na procházky a na dětské hřiště. Občas jedu za svými rodiči, aby vnuka také viděli. V těhotenství jsem se co se týče pohybu nějak zvlášť neomezovala. Spím dostatečně, první syn se již budí v noci velmi zřídka. Jsem ale ráda, že si tady v porodnici trošku odpočinu, že mi sestřičky s něčím vypomůžou a já načerpám trochu síly.*

Objektivně: Pacientka má naordinovaný šetřící režim, je ale již plně mobilizovaná. Dodržuje vnitřní řád oddělení. Je plně samostatná. S ohledem na porodní poranění jí ale bolí sedět. Jako pomůcka jí byl nabídnut sedací kruh. V rámci prenatální poradny byl natočen EKG záznam, který byl v normě. Pulz pacientky je pravidelný a dobře hmatný na obou horních končetinách na arterii radialis. Tlak byl při příjmu na oddělení šestinedělí 120/70. Přítomna je pulzace obou karotid a jejich náplň není zvětšena. Páteř

je pohyblivá a její zakřivení je fyziologické. Dolní končetiny jsou bez varixů a známek trombózy, lýtka jsou nebolestivá a pulzace v obou dolních končetinách je dobře hmatná. Jen těžko se dá aktivita, spánek a odpočinek posoudit v domácím prostředí.

Ošetrovatelský problém:nenalezen.

5 Vnímání-poznávání

Subjektivně:*Jsem v porodnici, pár hodin po porodu. Dnes je 16.2. 2015. Před chvílí se mi narodil druhý syn. Porod byl trochu komplikovanější a lékaři mi řekli, že jsem se při porodu dost potrhala a budu muset teď nějakou dobu držet dietu a pak přijít na speciální kontrolu, tak snad budu v pořádku. Myslím, že mi to myslí celkem normálně, i když teď překypuji hormonama.*

Objektivně:Pacientka je plně orientována místem, časem i osobou. Pacientka je ráda, že je již po porodu a že druhý syn je v pořádku. Pacientka chápe otázky, myšlení má logické a odpovídá jasně, řeč je plynulá. Čich, chuť, zrak a sluch jsou bez zjevné patologie.

Ošetrovatelský problém:nenalezen

6 Vnímání sebe sama

Subjektivně:*Se svým vzhledem jsem byla vždycky spokojená. Mé tělo se mě i mému manželovi líbí, neměnila bych. Vím, že tam dole budu mít jizvu, ale to mi nevadí, hlavně že je syn v pořádku.*

Objektivně:Pacientčin pohled na sebe sama není ničím narušený a je adekvátní situaci. To, jak pacientka vypadá, nemá vliv na její psychiku.

Ošetrovatelský problém:nenalezen.

7 Vztahy

Subjektivně: *S manželem jsme šťastní a se zbytkem rodiny máme dobré vztahy. V každé rodině jsou nějaké problémy, ale u nás to naštěstí není nic vážného. Manžel mi byl v obou těhotenstvích velkou oporou a já jsem ráda, že máme dva tak krásné syny.*

Objektivně: Pacientka žije s manželem a synem. Její sociální role jsou manželka, matka, dcera a nyní i pacientka. Manžel pacientky je jí velkou oporou ve všech životních událostech.

Ošetřovatelský problém: nenalezen

8 Sexualita

Subjektivně: *Sex mám ráda, ale ke konci těhotenství jsem už na něj neměla chuť. Manželovi to nevadilo, chápal mě. Teď doufám, že mé poranění nebude v budoucnu nějak negativně ovlivňovat náš sexuální život.*

Objektivně: Pacientka je otevřená, za svou sexualitu se nestydí.

Ošetřovatelský problém: nenalezen.

9 Zvládání/tolerance zátěže

Subjektivně: *Občas mívám úzkostné stavy, ale prášky co беру mi dobře pomáhají. Myslím, že stres zvládám v rámci možností docela dobře.*

Objektivně: Pacientka v této oblasti nebyla dostatečně sdílná a proto toto téma nelze adekvátně posoudit.

Ošetřovatelský problém: nenalezen

10 Životní principy

Subjektivně: *Ve svém životě jsem velice šťastná. Mám krásné syny a milujícího*

manžela. Mám skvělou rodinu. Vystudovala jsem to, co jsem chtěla a pracovala jsem v lékárně, což bylo mým snem. Se svým životem jsem spokojená, I když nám občas uštědřil tvrdé rány. Mám na mysli prvního syna který se narodil předčasně. Ale vše dopadlo dobře a já bych neměnila. Myslí, že každá zkušenost, byť sebe těžší, nás utváří. Těším se, až uvidím své syny dospívat a s manželem vedle nich budeme společně stárnout.

Objektivně:Pacientka je se svým životem spokojená a velice šťastná. Těší se na další rodinný život.

Ošetrovatelský problém:nenalezen

11 Bezpečnost a ochrana

*Subjektivně:*Bolí mě spodek. Mám ho nateklý, ale není to nic, co by se nedalo vydržet. Kanylu mi už vyndali a místo, kam mi jí píchli, mě nebolí. I cévku na močení mi již vyndali, to bylo trochu nepříjemné. Trochu mě bolí břicho, ale to bude asi po porodu normální. Kdyby mě to bolelo nějak hodně, tak vím, že si mám říct o něco na bolest. Jediné, na co mám trochu alergii, je vosí píchnutí, ale tak to mi v únoru snad nehrozí.

Objektivně:Pacientce již byly všechny invazivní vstupy vyndány. Stěžuje si na bolest břicha a genitálu. Ví, že si má v případě zhoršení bolesti říci o analgetika. Dosud se neobjevily známky infekce. Udává pouze alergii na vosí bodnutí, ostatní alergie, zejména lékovou, neudává.

Ošetrovatelský problém:

- riziko infekce - narušená integrita tkáně - akutní bolest

12 Komfort

*Subjektivně:*S manželem bydlíme v rodinném domku na hezkém místě. V místě bydliště máme veškerou občanskou vybavenost a mě se líbí to, kde a jak bydlíme. Ted' doma trávím spoustu času, jsem na mateřské dovolené, ale ona to moc dovolená teda není. Se synem chodíme často na nedaleké dětské hřiště. Tady v nemocnici mi trochu vadí, že nejsem na pokoji sama, jednolůžkový pokoj totiž nebyl volný. Je náročné se přizpůsobit

ještě dennímu režimu dalšího novorozence.

Objektivně: Pacientka je se svým životem doma spokojená. Tady v nemocnici jí trochu vadí, že není na pokoji sama. Nemá pocit dostatečného soukromí.

Ošetrovatelský problém:

- zhoršený komfort

13 Růst a vývoj

Subjektivně: *Myslím, že jsem vyrůstala celkem normálně. Mám staršího bratra, který je současně i mým nejlepším kamarádem. Naše dětství bylo krásné a ráda na něj vzpomínám. Se svojí postavou jsem nikdy neměla problém. Vystudovala jsem střední školu s maturitou v oboru farmaceutický asistent a pak jsem šla pracovat do lékárny. V rámci svého celoživotního vzdělávání občas jezdím na farmaceutické semináře a kongresy. Myslím, že mluvím dobře. Je mi snad dobře rozumět a nezadrhávám se. Velice ráda a často čtu. Dokonce i sem do porodnice jsem si vzala knížku, ale nevím, jestli na ni budu mít čas.*

Objektivně: Pacientka svůj vývoj a dětství hodnotí kladně. Se svojí postavou nikdy neměla problém, její tělesný vývoj je normální bez zjevných odchylek, za důležité označuje svoje celoživotní vzdělávání.

Ošetrovatelský problém: nenalezen.

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Ordinovaná vyšetření

Kontrola v urogynekologické ambulanci za tři měsíce. Pacientka se dostaví na UZ análního sfinkteru.

Monitorace:

- TK jednou denně - TT jednou denně - P jednou denně

Konzervativní léčba

Dieta: pacientka dostala bezzbytkovou dietu. Pohybový režim: pacientka zvládá se o sebe a své dítě postarat. RHB: v rámci postupného zatěžování. Výživa: enterální.

Medikamentózní léčba:

Per os:

- Lactulosa 15 ml- 15 ml- 0- 15 ml

- Aescin tbl 2- 2- 0- 2

- Zoloft 50mg tbl 0- 0- 0-1

- Sorbifer 100 mg tbl 0- 0- 0- 1

Při bolesti: - Paralen 500 mg 2 tbl. á 6 hod., maximální denní dávka 4g, maximální jednotlivá dávka je 1g - Apo- Ibuprofen 400 mg tbl. á 8 hod., maximální denní dávka 1,2g, maximální jednotlivá dávka je 800 mg

Infúzní terapie: - není indikována

Intravenózní terapie: - není indikována

Intramuskulární terapie: - není indikována

Antikolagulační terapie: - není indikována

Chirurgická léčba

Další chirurgická léčba není prozatím indikována.

SITUAČNÍ ANALÝZA

Pacientka ve věku 36 let byla přijata na oddělení šestinedělí P1 po spontánním porodu svého druhého syna, při kterém vznikla ruptura perinea III°A dne 16. 2. 2015. Ruptura byla ošetřena lege artis dle standardních postupů nemocnice po řádném vyšetření a identifikaci pacientky. Pacientce byl rozsah jejího poranění řádně vysvětlen, bylo jí umožněno klást doplňující otázky. Samotný výkon probíhal pod infiltrační anestezií roztokem 1% Mesocainu technikou sutury sfinkteru end to end. Pacientce bylo vysvětleno, jak se má o své poranění starat. Byla též edukována v základních otázkách šestinedělí. Vzhledem k její psychiatrické anamnéze jí byla nabídnuta konzultace s psychologem, kterou odmítá. Pacientka je při příjmu na oddělení šestinedělí P1 stabilizovaná a orientovaná místem, časem a osobou.

STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ DLE NANDA I, TAXONOMIE II A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT

Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny dle NANDA INTERNATIONAL, 2013.

Ošetřovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2012-2014. Praha: Grada. ISBN 978-80-257-4328-8.

Aktuální diagnózy:

- Akutní bolest 00132
- Narušená integrita tkáně 00044
- Zhoršený komfort 00214

Potenciální diagnózy:

- Riziko infekce 00004
- Riziko zácpy 00015

Akutní bolest (00132)

Doména 12: Komfort

Třída 1: Tělesný komfort

Definice: Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potencionálního poškození tkáně nebo popsany pomocí termínů pro takové poškození (mezinárodní asociace pro studium bolesti); náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným nebo předvídatelným koncem a s trváním kratším než 6 měsíců.

Určující znaky:

- Pozorované známky bolesti
- Výraz obličeje (fixní pohled)
- Expresivní chování (vzdechy)
- Vyhledávání antalgické polohy
- Bolest
- Narušení vzorce spánku
- Číselný záznam (pacientka slovně udává větší bolest než tři na desetistupňové škále na určení bolesti, kdy 0 znamená žádnou bolest a 10 tu nejvyšší možnou bolest)

Související faktory:

- Původci zranění (rpt. per. III^oA, stav post partum)

Priorita: vysoká.

Cíl dlouhodobý: Pacientka při dimisi domů nepocítuje žádnou klidovou bolest v oblasti genitálu.

Cíl krátkodobý: Pacientka cítí úlevu od bolesti do jedné hodiny od zahájení léčby analgetiky.

Výsledná kritéria:

- Pacientka cítí úlevu po léčbě analgetiky do 1 hodiny od podání.
- Pacientka dodržuje šetrící, farmakologický a dietní režim, do 1 dne.
- Pacientka neudává v důsledku bolesti nedostatek spánku a únavu, do 1 dne.
- Pacientka ví, jak zaujmout polohu těla aby měla co nejmenší bolest, do 1 dne.

Plán intervencí:

- Sleduj spolu s pacientkou charakter, intenzitu a lokaci bolesti a zaznamenávej jí

do dokumentace - porodní asistentka, denně.

- Podávej pacientce analgetika dle ordinace lékaře, jejich účinek zaznamenej do dokumentace - porodní asistentka, denně.

- Edukuj pacientku o možných úlevových polohách od bolesti - porodní asistentka, denně.

- Vše pečlivě zaznamenávej do dokumentace - porodní asistentka, denně.

Realizace:

16. 2. 2015

- Pacientka si po porodu stěžuje na bolest v oblasti genitálu, VAS 3-4.

- Byla jí podána analgetika dle ordinace lékaře.

- Pacientka pocíťuje úlevu po podaných analgetikách do jedné hodiny a další analgetika nežádá.

Hodnocení:

16. 2. 2015

- Pacientka po podání analgetik udává snížení bolesti na VAS 1.

- Pacientka sleduje charakter a intenzitu své bolesti.

- V případě potřeby pacientka informuje porodní asistentku se žádostí o další analgetika.

Krátkodobé i dlouhodobé cíle byly splněny.

Narušená integrita tkáně (00044)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Fyzické poškození

Definice: Poškození sliznice, rohovky, kůže nebo podkožních tkání.

Určující znaky:

- Zničená tkáň
- Poškozená tkáň

Souvisejí faktory:

- Mechanické faktory

Priorita: vysoká

Cíl dlouhodobý: Pacientka nemá žádné příznaky infekce po celou dobu. Sutura rány se hojí per primam.

Cíl krátkodobý: Pacientka má po celou dobu hospitalizace suturu čistou a suchou.

Výsledná kritéria:

- Pacientka nemá v okolí sutury žádné známky zánětu.
- Okolí sutury je po celou dobu hospitalizace suché a čisté.
- Pacientka má dostatek informací, jak o suturu pečovat.
- Pacientka má suturu dostatečně prokrvenou a vyživovanou po celou dobu procesu hojení.

Plán intervencí:

- Sleduj okolí sutury - porodní asistentka, lékař, denně.
- Dbej na to, aby pacientka měla dostatek informací o tom, jak se o suturu starat - porodní asistentka, denně.
- Edukuj pacientku o pohybovém režimu - porodní asistentka, denně.
- Pokud se vyskytnou známky infekce či dehiscence rány, nebo jiná komplikace,

neprodleně informuj lékaře - porodní asistentka, denně.

- Vše řádně zaznamenávej do dokumentace - porodní asistentka, denně.

Realizace:

Pacientce byla po celou dobu hospitalizace sledována její sutura. Sutura nejevila známky infekce ani dehiscence či jiného problému. Pacientku jsme řádně poučili o tom, jak se má o suturu správně starat. Bylo jí umožněno klást doplňující informace.

Pacientka edukaci porozuměla.

Hodnocení:

- Sutura rány je klidná, bez známek infekce.

- Pacientka rozumí edukaci.

- Pacientka se drží doporučených rad.

Krátkodobé i dlouhodobé cíle byly splněny.

Zhoršený komfort (00214)

Doména 12: Komfort

Třída 2: Komfort prostředí

Definice: Vnímaný nedostatek uvolnění, úlevy a transcendentnosti ve fyzických, psychospirituálních, kulturních a sociálních dimenzích.

Určující znaky:

- Pocit diskomfortu

- Nespokojenost se situací

- Narušený vzorec spánku

Související faktory:

- Nedostatečné zdroje
- Nedostatek soukromí
- Škodlivé stimuly z prostředí

Priorita: Vysoká

Cíl dlouhodobý: Pacientka nemá pocit diskomfortu po celou dobu pobytu v porodnici.

Cíl krátkodobý: Pacientce bude v porodnici příjemněji do 1 hodiny.

Výsledná kritéria:

- Pacientka navázala důvěrný vztah s ošetřujícím personálem do 1 dne.
- Pacientka si rozumí s další pacientkou s kterou sdílí pokoj do 1 dne.
- Pacientka již nemá pocit nedostatečného soukromí do 1 dne.

Plán intervencí:

- Snaž se získat si pacientčinu důvěru - porodní asistentka, po celou dobu hospitalizace.
- Snaž se zajistit pacientce příjemné a intimní prostředí - porodní asistentka, po celou dobu hospitalizace.

Realizace:

Pacientce bylo vysvětleno, že jednolůžkový pokoj není volný. Bylo jí ukázáno oddělení šestinedělí a zdůrazněny jeho výhody. Byla navozena přátelská atmosféra. Pacientka se spokojila s nastalou situací.

Hodnocení:

- Pacientka se cítí příjemně
- Pacientce se na oddělení líbí

Krátkodobé i dlouhodobé cíle byly splněny.

Riziko infekce (00004)

Doména 11: Bezpečnost/ ochrana

Třída 1: Infekce

Definice: Zvýšené riziko napadení patogeními organizmy.

Rizikové faktory:

- Nedostatek znalostí, jak se nevystavovat patogenům
- Prostředí se zvýšeným výskytem patogenů
- Nedostatečná primární ochrana

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka nemá žádné z příznaků infekce, je bez teploty po dobu hospitalizace.

Cíl krátkodobý: Pacientka sama umí rozeznat případné známky počínající infekce a ví, že má v případě podezření informovat ošetřující personál.

Výsledná kritéria:

- Pacientka ví, jak se má chovat, aby předešla vzniku infekce do 1 dne.
- Pacientka nemá žádné příznaky infekce po celou dobu hospitalizace.
- Pacientka umí rozeznat první příznaky infekce do 1 dne.

Plán intervencí:

- Změř tělesnou teplotu - porodní asistentka, jednou denně.
- Sleduj a kontroluj příznaky infekce - porodní asistentka, průběžně.
- Vše pečlivě zaznamenávej do zdravotní dokumentace - porodní asistentka,

průběžně.

- Při vzniku infekce neprodleně informuj lékaře - porodní asistentka.

Realizace:

Pacientce se po celou dobu hospitalizace měří jednou denně tělesná teplota. Pacientka ví, jak rozpoznat známky infekce a ví, že má informovat v případě podezření ošetřovatelský personál. Pacientka je řádně edukovaná o předcházení infekci.

Hodnocení:

Pacientka celou dobu hospitalizace nejevila známky infekce.

Krátkodobé i dlouhodobé cíle byly splněny.

Riziko zácpy (00015)

Doména 3: Vylučování a výměna

Třída 2: Funkce gastrointestinálního systému

Definice: Riziko snížené normální frekvence defekace doprovázené obtížným nebo nekompletním odchodem stolice anebo odchodem nepřiměřeně tvrdé, suché stolice.

Rizikové faktory:

- Změny ve zvyklostech přijímat potravu
- Rektální, anální fisury
- Emoční stres

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka se do dvou dnů sama spontánně vyprázdní.

Cíl krátkodobý: Pacientka chápe nutnost podání laxativ a dodržování diety.

Výsledná kritéria:

- Pacientka nemá žádné příznaky zácpy po celou dobu hospitalizace.
- Pacientka užívá předepsaná laxativa dle ordinace lékaře.
- Pacientka dodržuje předepsanou dietu.

Plán intervencí:

- Pacientce podávej laxativa dle ordinace lékaře - porodní asistentka.
- Pacientce vysvětlí nutnost dodržování diety - porodní asistentka.
- Pacientku edukuj o dodatečném příjmu tekutin - porodní asistentka.

Realizace:

Pacientce byla podávána laxativa dle ordinace lékaře třikrát denně. Byla jí objednána dieta. Pacientka dodržuje léčebný režim.

Krátkodobé i dlouhodobé cíle byly splněny.

CELKOVÉ HODNOCENÍ

Dne 16. 2. 2015 v 8:00 byla přijata pacientka X. X. na 1. porodní sál s kontrakcemi po 4 minutách. OP+, VP zachovalá. Oběhově v normě, normotenzní. Udávala silnou bolest při kontrakcích a žádala epidurál. Po přípravě (oholení a klyzmatu) byla převedena na porodní box v 10:05, kde jí porodní asistentka provedla dirupci vaku blan. Následně jí zavedla periferní žilní katétr dle ordinace lékaře. Dle ordinace ARO zavedla infúzi Ringerova roztoku a nechala ho kapat rychlostí 40 kapek za minutu. Lékař ARO pacientce do zad zavedl epidurální blok a podal úvodní dávku analgetik v 10:40.

Pacientka udala úlevu po epidurální anestezii. V 11:30 pacientka udávala silné tlaky na konečník a po vyšetření porodní asistentkou jí bylo sděleno, že jsou její porodní cesty otevřené a může začít tlačit. V 11:43 se narodil zdravý chlapec, 3680g/52cm. Po deseti minutách byla porozená celistvá placenta. Lékař při poporodní prohlídce shledal poranění perinea III°A. Pacientce vše řádně vysvětlil a za asistence staršího chirurga poranění zašil po anatomických vrstvách lege artis. Krevní ztráta byla při celém výkonu 300 ml. Pacientka byla po nezbytně dlouhé době přeložena na oddělení šestinedělí P1, kde jí porodní asistentkou ve službě bylo uddělení ukázáno. Byl jí sdělen chod oddělení a její léčebný a dietní program. Pacientce bylo umožněno klást doplňující otázky. S navrnutým postupem souhlasila.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

- Při péči o ženy - šestinedělky je důležitý osobní a empatický přístup. Je nutné si uvědomit, že žena prochází emočně a stresově vypjatým obdobím.
- Navázání individuálního přístupu ze strany ošetrovatelského personálu je pokládáno za jeden z nejdůležitějších pilířů ošetrovatelské péče, každá žena je totiž jiná s jinými potřebami.
- Je vhodné pacientky šetrně ale důrazně edukovat a nebát se jim edukaci několikrát zopakovat.
- Ošetrovatelský personál by se měl snažit navodit co nejprátelejší prostředí, aby se na oddělení pacientka cítila co možná nejpříjemněji.
- Neméně důležitá je vysoká kvalifikační úroveň ošetrovatelského personálu.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá prevencí, mechanismem vzniku a ošetrovatelskými technikami v péči o porodní poranění. Toto téma jsme si zvolili pro jeho poměrně častý výskyt a trvalou aktuálnost. V teoretické části bakalářské práce se zabýváme vědeckými i přírodními metodami, jak ochránit hráz za porodu a jak se na porod z tohoto hlediska dopředu připravit. Dále se zabýváme variabilitou porodních poranění a možnými technikami, jak je ošetřit a jak o ně následně pečovat.

Součástí bakalářské práce je ošetrovatelský proces o ženu - šestinedělku s rupturou perinea III^oA. V ošetrovatelském procesu jsme si rozhovorem s pacientkou a získáním cenných informací z ošetrovatelské anamnézy stanovili ošetrovatelské diagnózy a seřadili je podle priorit. Vytvořili jsme požadované cíle a intervence z nich vyplývající. Následně jsme provedli realizaci a zhodnocení cílů. Všechny cíle naší práce byly splněny.

Bakalářská práce měla za cíl vytvoření souhrnné práce, která nabídne cenné informace pro studenty a porodní asistentky v otázkách porodních poranění.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

VYSOKOŠKOLSKÉ PRÁCE:

CHALOUPKOVÁ, A., 2012. *Jak předcházet poranění v oblasti perinea při porodu?* Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni. Bakalářská práce (Bc.). Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Katedra ošetrovatelství a porodní asistence.

NOVOTNÁ, E., 2003. *Alternativní porodnictví a jeho současné nabídky z pohledu rodiček.* Brno: Lékařská fakulta Masarykovy univerzity. Bakalářská práce (Bc.). Lékařská fakulta.

PEKAJOVA, J., 2006. *Jak se rodilo dříve a jak se rodí dnes.* Brno: Lékařská fakulta Masarykovy univerzity. Bakalářská práce (Bc.). Lékařská fakulta.

SMUTNÁ, E., 2009. *Srovnání psychického a somatického stavu žen rodičích spontánně nebo císařským řezem.* Brno: Lékařská fakulta Masarykovy univerzity. Bakalářská práce (Bc.). Lékařská fakulta.

KNIŽNÍ ZDROJE:

BINDER, T. et al. 2011. *Porodnictví.* Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246- 1907-1.

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

CITTERBART, K., 2008. *Gynekologie.* Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-501- 7.

ČECH, E., 2014. *Porodnictví.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.

DOLEŽAL, A., 2007. *Porodnické operace.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247- 0881-2.

DUŠOVÁ, B. a J. MAREČKOVÁ, 2009a. *Úvod k péči porodní asistentky o těhotnou*

ženu při nepravidelném porodu. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Fakulta zdravotnických studií. ISBN 978-80-7368-663-5.

DUŠOVÁ, B. a J. MAREČKOVÁ, 2009b. *Úvod k péči porodní asistentky o ženu s patologickým a rizikovým těhotenstvím*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Fakulta zdravotnických studií. ISBN 978-80-7368-611-6.

FETISOVOVÁ, Ž. et al., 2012. *Klinická propedeutika ošetrovatelstva a pôrodnej asistencie*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-373-8.

HLINOVSKÁ, J. a J. NĚMCOVÁ et al., 2011. *Interaktivní procesy v ošetrovatelství a porodní asistenci*. Plzeň: Maurea. ISBN 978-80-904955-3-1.

KOUDELKOVÁ, V., 2013. *Ošetrovatelská péče o ženy v šestinedělí*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-624-1.

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

LEBOYER, F., 1995. *Porod bez násilí: kniha, která nás seznamuje se zcela novým způsobem vedení porodu*. Praha: Stratos. ISBN 80-85962-04-7.

MARTAN, A., 2010. Breviř gynekologie/Porodnictví/Urologie. 3. In: *Urogynekologie*. Praha: Medical Tribune CZ. s. 310-324. ISBN 978-80- 87135- 22-8.

MARTAN, A., 2008. Urogynekologie. 2. In: *Urogynekologie*. Praha: Galén. s. 223-237. ISBN 978-80-7262-501-7.

MĚCHUROVÁ, A., 2012. *Kardiotokografie: minimum pro zdraví*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-274-2.

NĚMCOVÁ, J. a J. BOROŇOVÁ, 2011. *Repetitorium ošetrovatelství*. Praha: VŠZ. ISBN 978-80-902876-7-9.

PLEVOVÁ, I. et al., 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247- 3557-3.

ROB, L. a A. MARTAN, K. CITTERBART, et al., 2008. *Gynekologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-501-7.

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

SIMOČKOVÁ, V., 2011. *Gynekologicko-pôrodnické ošetrovatel'stvo: učebnica pre fakulty ošetrovatel'stva*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-362-2.

SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2011. *Ošetrovatel'ství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3373-9.

STEFFEN, G., 2009. *Je rutinný, profylaktický nástrih hrádze oprávnený?* Bratislava: Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek. 70 s. ISBN 978- 80-967818-6-7.

SYSEL, D. a H. BELEJOVÁ, 2011. *Teorie a praxe ošetrovatelského procesu*. Brno: Tribun. ISBN 978-80-7399-289-7.

VRÁNOVÁ, V., 2007. *Historie babictví a současnost porodní asistence*. Olomouc: UP v Olomouci. ISBN 978-80-244-1764-6.

VRUBLOVÁ, Y., 2002. Edukace a její význam v ošetrovatelském procesu v gynekologicko-porodnické oblasti. In: *Multioborová, interdisciplinární a mezinárodní kooperace v ošetrovatel'ství*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0536-2.

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

ŽIAKOVÁ, K. et al., 2009. *Ošetrovatel'stvo teória a vedecký výskum*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-304-2.

ČLÁNKY A PŘÍSPĚVKY VE SBORNÍKU:

BEECH, B. a A. LAWRENCE, 2006. Epiziotomie: přednáška v rámci Světového týdne respektu k porodu 2004: [Paříž]. *Porodní asistence*. 2(2), 22- 23. ISSN 1801-5808.

HANUŠ, T., R. ZACHOVAL a O. ŠOTTNER et al., 2009. *Porod a riziko inkontinence*.

Florence. 5(11), 43. ISSN 1801-464X.

JIRÁSKOVÁ, V., 2005. Epiziotomie. *Aperio*. 4(1), 11-12. ISSN 1214-7389.

KALIŠ, V., P. CHALOUPKA a Z. ROKYTA, 2006. Délka hráze a porodní poranění: Praktická urogynekologie: XIV. Mělník 2005 [pracovní konference konaná 1. 12. 2005, abstrakt]. *Praktická gynekologie*. 10(1), 30. ISSN 1211- 6645.

KALIŠ, V., P. CHALOUPKA, J. TUREK a Z. ROKYTA, 2005. Rizikové faktory ruptury perinea 3. (a 4.) stupně během porodu. *Česká gynekologie*. 70(1), 30-36. ISSN 1210-7832.

KARBANOVÁ, J., 2011. Epiziotomie - rizikový nebo protektivní faktor? *Lékařské listy*. Speciál - č. 9, 14-15.

KNOR, J. a M. HOUDEK, 2012. Porody v terénu – pohled lékařů záchranné služby. *Zdravotnické noviny*. 61(6), 22. ISSN 1805-2355.

NAGY, J. 2012. Porodní plány: jak se s nimi vyrovnat? *Gynekolog*. 21(1), 22- 26. ISSN 1210-1133.

PLATOŠOVÁ, K. a H. LUKÁŠKOVÁ, 2009. Šicí materiály. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 5(9), 4-6. ISSN 1801-1349.

POSOLDA, T. a L. KEMPOVÁ, 2000. Moderní šicí materiály v chirurgii. *Sestra*. 10(2), Příloha: Tematický sešit - chirurgie. ISSN 1210-0404.

ROZTOČIL, A., 2011. Porod velkého plodu: doporučený postup. *Česká gynekologie*. 76(S1), 31. ISSN 1210-7832.

RUŠAVÝ, Z., V. KALIŠ, J. LANDSMANOVÁ et al., 2011. Perineální audit: důvody pro více než 1000 epiziotomií. *Česká gynekologie*. 76(5), 378-385. ISSN 1210-7832.