

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

**VALIDIZACE OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ U ŽEN
PO PORODNÍM PORANĚNÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

RADKA KOUNOVSKÁ

Praha 2016

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

**VALIDIZACE OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ U ŽEN
PO PORODNÍM PORANĚNÍ**

Bakalářská práce

RADKA KOUNOVSKÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Porodní asistentka

Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová

Praha 2016



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

**Kounovská Radka
3. A PA**

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 2. 4. 2015 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Validizace ošetrovatelských diagnóz u žen po porodním poranění

Validation of Nursing Diagnoses in Women after Birth Injury

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Ivana Jahodová

V Praze dne: 2. 11. 2015


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného účelu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce PhDr. Ivaně Jahodové za odborné vedení, ochotu, cenné rady a čas, který mi během zpracování bakalářské práce věnovala.

Velké poděkování patří i mé rodině, která mě po celou dobu studia podporovala.

ABSTRAKT

KOUNOVSKÁ, Radka. *Validizace ošetrovatelských diagnóz u žen po porodním poranění*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová. Praha. 2016. 53 s.

Tématem bakalářské práce je validizace ošetrovatelských diagnóz u žen po porodním poranění. Teoretická část bakalářské práce se zabývá vznikem, charakteristikou, ošetřením a klasifikací porodních poranění, popisuje prevenci vzniku porodního poranění ze strany těhotné, porodní asistentky a porodníka. V praktické části bakalářské práce je pomocí standardizovaného strukturovaného rozhovoru ověřována platnost vybraných ošetrovatelských diagnóz, které se nejvíce vztahují k porodnímu poranění a to diagnóza Akutní bolest, Narušená integrita tkáně a Zácpa. Validizace je realizována dle metodiky na pacienta zaměřeného Fehringova modelu.

Klíčová slova

Akutní bolest. Epiziotomie. Narušená integrita tkáně. Porodní poranění. Ruptura perinea. Validizace ošetrovatelských diagnóz. Zácpa.

ABSTRACT

KOUNOVSKÁ, Radka. *Validation of Nursing Diagnoses in Women after Birth Injury*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Ivana Jahodová. Prague. 2016. 53 pages.

The topic of the thesis is validation of nursing diagnoses in women after birth injury. The theoretical part of the thesis deals with the origin, characteristics, treatment, and classification of birth injuries and describes the prevention of birth injury from the perspective of pregnant women, midwives, and obstetricians. In the practical part, the thesis employs standardized structured interview to validate selected nursing diagnoses that are most relevant to birth injuries, i.e., acute pain, disruption of tissue integrity, and constipation. The validation is performed according to the methodology of the patient-oriented Fehring model.

Keywords:

Acute pain. Episiotomy. Impaired tissue integrity. Birth injury. Rupture of the perineum. Validation of nursing diagnoses. Constipation.

OBSAH

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

ÚVOD	11
1 CHARAKTERSTIKA PORODNÍCH PORANĚNÍ.....	13
1.1 UZURACE.....	13
1.2 TRHLINY A RUPTURY DĚLOŽNÍHO HRDLA.....	14
1.3 TRHLINY POCHVY	15
PORANĚNÍ MUSCULUS LEVATOR ANI.....	15
1.4 TRHLINY VULVY A HRÁZE.....	16
1.4.1 RUPTURA 1. STUPNĚ	16
1.4.2 RUPTURA 2. STUPNĚ	17
1.4.3 RUPTURA 3. STUPNĚ	17
1.4.4 RUPTURA 4. STUPNĚ	18
1.4.5 OŠETŘENÍ RUPTUR 3. A 4. STUPNĚ.....	18
1.4.6 ATYPICKÉ TRHLINY HRÁZE.....	18
1.5 RUPTURA DĚLOHY	19
1.6 EPIZIOTOMIE.....	20
1.6.1 EPIZIOTOMIE MEDIÁLNÍ.....	21
1.6.2 EPIZIOTOMIE MEDIOLATERÁLNÍ.....	21
1.6.3 EPIZIOTOMIE LATERÁLNÍ (OBLIQUA)	22
1.6.4 ROZŠÍŘENÁ LATERÁLNÍ EPIZIOTOMIE (SCHUCHARDTŮV ŘEZ)	22
1.6.5 KOMPLIKACE EPIZIOTOMIE.....	23
1.7 POŠKOZENÍ PÁNEVNÍHO DNA.....	23
1.7.1 PORANĚNÍ SVALOVINY	23
1.7.2 PORANĚNÍ ZÁVĚSNÉHO APARÁTU.....	24
1.7.3 NERVOVÁ PORANĚNÍ.....	24
1.7.4 PORANĚNÍ PÁNEVNÍCH ORGÁNŮ	24
1.8 OŠETŘENÍ PORODNÍCH PORANĚNÍ.....	25
1.8.1 NÁSLEDNÁ PÉČE	26
1.9 PREVENCE PORANĚNÍ HRÁZE.....	26

1.9.1 MASÁŽ HRÁZE	26
1.9.2 EPI-NO BALONEK.....	27
1.9.3 DIANATAL GEL	27
1.9.4 CHRÁNĚNÍ HRÁZE ZA PORODU.....	28
1.10 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	28
1.10.1 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	30
1.11 VALIDIZACE OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ.....	33
1.11.1 FEHRINGOVY MODELY.....	34
2 POPIS ŘEŠENÍ PRŮZKUMU	36
2.1 ANALÝZA VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU	38
2.1.1 CHARAKTERISTIKA PRŮZKUMNÉHO SOUBORU	38
2.1.2 VALIDIZACE – ANALÝZA DAT.....	43
2.1.3 INTERPRETACE VLASTNÍHO PRŮZKUMU	59
2.2 DISKUZE.....	62
2.2.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI	63
ZÁVĚR.....	64
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	65
PŘÍLOHY	

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tabulka 1 Věkové rozdělení respondentek	38
Tabulka 2 Rozdělení respondentek dle počtu těhotenství.....	40
Tabulka 3 Rozdělení respondentek dle typu porodního poranění	41
Tabulka 4 Akutní bolest.....	43
Tabulka 5 Narušená integrita tkáně	46
Tabulka 6 Zácpa.....	49
Graf 1 Věkové rozdělení respondentek.....	39
Graf 2 Rozdělení respondentek dle počtu těhotenství	40
Graf 3 Rozdělení respondentek dle typu porodního poranění	41

ÚVOD

Pro bakalářskou práci jsme zvolili téma „Validizace ošetrovatelských diagnóz u žen po porodním poranění“, protože si myslíme, že tato problematika je stále aktuální a často diskutovaná. V současné době je epiziotomie nejčastěji prováděná porodnická operace a to v celosvětovém měřítku. Frekvence se pohybuje mezi 30-60 % všech porodů. Podle posledních poznatků je třeba počet epiziotomií snížit a to na méně než 30 % (Rušavý, 2011).

Poranění k porodu patří, ale měli bychom se ho snažit minimalizovat, či jeho vzniku zabránit úplně. Již od začátku babictví se porodní báby snažily zabránit poranění při porodu a porodit tzv. sine vulnere – bez poranění. A to platí samozřejmě dodnes. Otázka poranění během porodu je velmi diskutována samotnými ženami, které se bojí poranění a nástřihu, bojí se následné bolesti při hojení a komplikací z toho vyplývajících. Pro mnohé z nich představuje nástřih hráze zejména psychickou újmu než fyzickou. Proto se v práci zabýváme otázkou epiziotomie, její indikace, způsobu provedení a typy. Věnujeme se také prevenci nástřihu a problematice ošetření epiziotomie.

Jelikož epiziotomie není jediným porodním poraněním, zabýváme se v práci i dalšími typy poranění, která vznikají v souvislosti s porodem. Zaměřili jsme se na jejich klasifikaci, ošetření a prevenci.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části a to na část teoretickou a praktickou. Cílem teoretické části bakalářské práce je vyhledat recentní poznatky o problematice porodních poranění a sestavit tak ucelený, systematický přehled. V praktické části budeme validizovat vybrané ošetrovatelské diagnózy pomocí vlastního dotazníku.

Vstupní literatura:

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

2. NANDA International., 2013. Ošetrovatelské diagnózy, definice a klasifikace 2012-2014. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4328-8.
3. PAŘÍZEK, A., 2006. *Kniha o těhotenství a porodu*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-411-3.
4. HÁJEK, Z., E. ČECH, K. MARŠÁL a kol., 2014. *Porodnictví*. 3., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4529-9.
5. ROB, L., A. MARTAN a K. CITTERBART, 2012. *Gynekologie*. 2. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-501-7.

Popis rešeršní strategie

V časovém období září 2015 až březen 2016 proběhlo vyhledávání odborných publikací, které byly posléze využity k tvorbě bakalářské práce s názvem Validizace ošetrovatelských diagnóz u žen po porodním poranění. K vyhledávání bylo využito elektronických databází Bibliographia medica Čechoslovaca a vyhledávače Google Scholar.

Jako klíčová slova v jazyce českém byla zvolena: Akutní bolest. Epiziotomie. Narušená integrita tkáně. Porodní poranění. Ruptura perinea. Validizace ošetrovatelských diagnóz. Zácpa. V anglickém jazyce slova: Acute pain. Episiotomy. Impaired tissue integrity. Birth injury. Rupture of the perineum. Validation of nursing diagnoses. Constipation.

1 CHARAKTERSTIKA PORODNÍCH PORANĚNÍ

„Gravidita je spojena s množstvím fyziologických změn v organismu ženy, které zanechávají po porodu určité následky. Ty se mohou projevovat buďto v krátkém čase po porodu, ale i později, a mohou být umocněny následky poranění při porodu. Tyto následky jsou schopny negativním způsobem ovlivnit život ženy“ (Zemanová, 2013, s. 93).

Problematika pánevního traumatismu po vaginálně vedeném porodu je v posledních deseti letech jedním z nejčastěji diskutovaným tématem mezi porodníky a urogynekology. Při vaginálním porodu dochází k několika typům poškození pánevního dna, vznikají nervová poranění, svalová poranění, poranění fasciálních a podpůrných struktur a poranění pánevních orgánů (Kašíková, 2012).

1.1 UZURACE

Uzurace vznikají v důsledku nekrózy tkáně, která byla vystavena dlouhodobému tlaku, který vyvolal ischemii. Hlavička plodu při postupu pánví stlačuje poševní stěnu, močový měchýř, močovou trubici a děložní hrdlo proti kostěné pánvi. Jakmile se postup hlavičky na delší dobu zastaví, zkomprimovaná tkáň ischemizuje a propadá nekróze. Vznikají tak nekrózy části hrdla stlačeného mezi hlavičkou a sponou, které se postupně hojí jizvou, jež deformuje hrdlo děložní. Následkem nekrózy může být její rozpad a vznik vezikovaginálních, uretrovaginálních a rektovaginálních píštělí. Ty se projevují kolem 4. - 5. dne po porodu nebo později, odtékáním moči pochvou. Vznik píštělí je v dnešní době díky lékařsky vedenému porodu velmi vzácný (Čech, 2014).

1.2 TRHLINY A RUPTURY DĚLOŽNÍHO HRDLA

Téměř u každého porodu vznikají drobná poranění okrajů děložního hrdla. Z toho důvodu má portio vaginalis u žen, které rodily, cylindrický tvar a příčně štěrbinovitou branku, na rozdíl od nulipar, jejichž branka má tvar kruhovitý. Trhliny do 1 cm, pokud nekrvácejí, není třeba ošetřovat. Nejčastěji nalzáme trhliny u čísla 9 a 3 a to zejména u žen, které předčasně tlačily, kde porodník přehrmoval edematózní branku nebo při rigiditě hrdla (Čech, 2014), (Doležal, 2007), (Roztočil, 2008).

Daleko významnější jsou ruptury, které procházejí celou délkou hrdla až do poševní klenby. Nejčastější příčinou těchto ruptur je rigidní nebo jizevnaté hrdlo po předchozích častých operacích na hrdle, konizaci, cerkláži nebo kryoterapii lézí hrdla. Dalšími příčinami ruptur hrdla jsou také nadměrně silné kontrakce po jejich nevhodném zesilování a již zmíněné tlačení při nerozvinuté brance. Nejvýznačnějším projevem těchto ruptur je krvácení, které při postižení větví a. uterina bývá velmi silné. Velmi nebezpečné mohou být ruptury vedoucí až do dolního děložního segmentu. Tyto ruptury se značně obtížně ošetřují, je třeba asistence a dobrého osvětlení a často jsou indikací k hysterektomii (Čech, 2014), (Doležal, 2007), (Roztočil, 2008).

Pokud po porodu placenty rodička krvácí a děloha je dobře retrahována, je nutné myslet na rupturu hrdla. Proto po každém porodu vyšetřujeme rodičku v zrcadlech a případná poranění velmi pečlivě ošetřujeme. Neošetřená menší poranění či špatně provedená ošetření způsobují jizevnatá přetvoření hrdla, jeho možnou inkompenci v příští graviditě a vznik ektopia (Čech, 2014), (Doležal, 2007), (Roztočil, 2008).

1.3 TRHLINY POCHVY

Trhliny (ruptury) pochvy vznikají nejčastěji současně s trhlinami sousedních orgánů, vulvy či hráze. Izolované jsou poměrně vzácné, pokud se však vyskytnou, tak ve střední části pochvy. Za vznikem ruptur je vždy mechanická příčina, retrahující děloha vytahuje pochvu směrem nahoru, naproti tomu ji hlavička rozpíná a tlačí směrem dolů (Roztočil, 2008).

Závažné a často nerozpoznané jsou trhliny v poševní klenbě, které cirkulárně obkružují hrdlo. Vzácně může dojít ke kompletnímu odtržení pochvy od čípku po celém obvodu (kolpaporrhesis). K tomu nejčastěji dochází při dlouhotrvajících děložních kontrakcích z důvodu porodní překážky, např. cervikokorporální dystokie. Tento těžký stav je často spojen se silným krvácením a šokovým stavem (Roztočil, 2008).

Pokud dojde ke špatnému a nedbalému ošetření ruptury pochvy, krev vytéká a hromadí se v parakolpiu, šíří se směrem vzhůru do parametria až k ledvině a vytváří rozlehlé retroperitoneální hematomy. Hematomy v pochvě můžeme rozdělit na infralevátorové a supralevátorové, které jsou mnohem závažnější, propagují se do retroperitonea a je u nich velmi malá šance najít zdroj krvácení (Čech, 2014).

Hematom v parakolpiu se může rozvíjet krátce po ukončení III. doby porodní. Rodička udává tlakovou bolest v konečníku a podbříšku, dochází u ní k poklesu krevního tlaku a rozvoji hemoragického šoku. Ošetření a následná léčba má často vážný průběh, neboť hematom v parakolpiu může obsahovat až 1000 ml krve (Čech, 2014).

PORANĚNÍ MUSCULUS LEVATOR ANI

Musculus puborectalis je součástí komplexů svalů m. levator ani.

„Puborektální sval je považován za klíčovou strukturu pro dobrou funkci pánevního dna. Jeho poškození může vést k projevům dysfunkce pánevního dna, jako je stresová inkontinence moči a sestup poševních stěn. Hlavní příčinou je zejména vaginální

porod, kdy dochází k enormní zátěži a sval je při průchodu hlavičky roztažen na více než trojnásobek své klidové délky“ (Otčenášek a spol. 2006, s. 319).

Nejvýznamnějším rizikovým faktorem poranění m. levator ani při porodu se označuje porod per forcipem, který až 14x zvyšuje riziko avulzního poranění. Někteří autoři uvádějí zvýšený výskyt vpravo, z důvodu obtížnějšího zavedení pravé kleštiny jako jednu z příčin vzniku odtržení části svalu (Záhumenský, 2009/18).

1.4 TRHLINY VULVY A HRÁZE

V oblasti vulvy a zejména pak na kůži malých stydkých pysků nacházíme většinou jen malé trhlinky, které není třeba ošetřovat. Ošetřujeme však trhliny zasahující do crura clitoridis, které mnohdy velmi krvácejí.

Ruptury hráze jsou nejfrekventovanějším poraněním při porodu, mohou být velice variabilní svým rozsahem a lokalizací. Často vedou do přilehlé části pochvy, svalstva pánevního dna i konečníku.

Nejčastějšími příčinami bývá nedostatečné chránění hráze, předčasná deflexe hlavičky nebo její příliš rychlý průchod, při kterém se hráz nestačí přizpůsobit. Ze strany matky jsou nejčastější příčiny vysoká hráz, jizvy, křehká hráz po předchozích opakovaných zánětech a stále častěji vyšší věk.

Rozeznáváme 4 stupně poranění, podle toho, které vrstvy jsou poškozeny.

1.4.1 RUPTURA 1. STUPNĚ

Ruptura 1. stupně zahrnuje kůži hráze a sliznici pochvy. Svalstvo hráze a zevní a vnitřní anální svěrač zůstávají nepoškozeny.

Drobné trhliny neošetřujeme, pokud výrazně nekrvácí. Ruptury 1. stupně se většinou dobře hojí a nepotřebují speciální péči.

1.4.2 RUPTURA 2. STUPNĚ

Ruptura 2. stupně zasahuje kůži hráze, podkoží a svaly hráze, sliznici a podslizniční vazivo pochvy ve větším rozsahu, bez poranění svěrače.

Ruptury 2. stupně vždy vyžadují pečlivé chirurgické ošetření. Sutura se provádí v lokálním znecitlivění, nejčastěji 10-20 ml 1% roztokem Mesocainu. Při správném ošetření, a pokud nedojde k dehiscenci, se poranění hojí dobře, bez větších následků.

1.4.3 RUPTURA 3. STUPNĚ

Ruptura 3. stupně je charakterizována poraněním komplexu análního sfinkteru. Dále ji můžeme rozdělit na:

1.4.3.1 RUPTURA 3A

Poranění postihuje méně než 50 % síly zevního análního svěrače (Čech, 2014), (Roztočil, 2008).

1.4.3.2 RUPTURA 3B

Poranění postihuje více než 50 % síly zevního svěrače. Jedná se o často diskutovanou komplikaci, kdy nejčastějšími příčinami jsou primiparita, hypertrofický plod a extrakční vaginální operace (Krofta, 2009).

1.4.3.3 RUPTURA 3C

Poranění zahrnuje rupturu zevního i vnitřního svěrače, anální sliznice je neporušena.

1.4.4 RUPTURA 4. STUPNĚ

Poranění zahrnuje zevní a vnitřní svěrač a poranění anální sliznice (Čech, 2014), (Roztočil, 2008).

1.4.5 OŠETŘENÍ RUPTUR 3. A 4. STUPNĚ

Vážné porodní poranění perinea a análního svěrače je poměrně často spojeno s mateřskou morbiditou a z toho důvodu je nutné poranění vždy pečlivě ošetřit. Výskyt poranění análního svěrače kolísá podle jednotlivých studií a to mezi 0,1 a 24,5 % všech porodů. Špatné či nevhodné ošetření závažných ruptur perinea a análního svěrače vede k dlouhodobému zvýšenému výskytu anální inkontinence, zhoršení kvality sexuálního života ženy a k chronické perineální bolesti (Pařízek, 2012).

Při podezření na poranění análního sfinkteru je nutné provést digitální vyšetření, kdy je ukazovák ruky zaveden do rekta a palec ruky palpačně hodnotí stav análního svěrače. Na ošetření by měl být vždy zavolán zkušený porodník a zajištěna dostatečná asistence. Sutura by měla být prováděna za aseptických podmínek a za dobrého osvětlení. Sutura musí být prováděna v celkové nebo regionální anestezii (Pařízek, 2012).

Nerozpoznané poranění mukózy rekta nebo špatné hojení může vést ke vzniku rektovaginální píštěle, jejíž léčení vyžaduje provedení ileostomie (Čech, 2014).

1.4.6 ATYPICKÉ TRHLINY HRÁZE

Mezi méně obvyklá poranění řadíme tzv. latentní trhlinu, jež vzniká rupturou svalstva perinea při intaktním kožním krytu a neporušené poševní sliznici. Kapsovitá trhlina vzniká tehdy, když dojde k ruptuře poševní stěny při neporušené kůži na hrázi. Otvor v hrázi mezi commissura posterior a análním otvorem se nazývá centrální trhlina. Všechna tato atypická poranění mohou být různě závažná a jejich ošetření závisí na konkrétních případech (Roztočil, 2008).

1.5 RUPTURA DĚLOHY

Ruptury dělohy jsou jednou z příčin úmrtí žen v souvislosti s porodem, naštěstí se s nimi setkáváme méně často než v dřívějších letech a to zejména díky lepší dostupnosti péče a včasné diagnostice. Ruptura může být způsobena pouze vlastní děložní činností (obvykle v místě zeslabení děložní stěny po předchozím císařském řezu) nebo může mít příčinu iatrogenní (po Kristellerově expresi, předávkování uterotonik a nešetrné zavedení kleštin forcepsu). Běžných příčin ruptur dělohy ubývá, přesto se s nimi občas setkáme, jde především o kefalopelvický nepoměr. Mezi další příčiny řadíme vcestný tumor, jizevnaté rigidní hrdlo, hydrocefalus, čelní polohu a zanedbanou příčnou polohu.

Hrozící ruptura dělohy bývá dobře patrná. Stěna dolního děložního segmentu je vytahována a ztenčována, naproti tomu se děložní tělo kontrahuje a jeho stěna se ztlušťuje. Na bříse rodičky je patrná stále se prohlubující Bandlova rýha, jež stoupá směrem k pupku až nad pupek. Vydátné a stále se prohlubující kontrakce předcházejí ruptuře, společně s palpačně bolestivým a napjatým dolním děložním segmentem. Samotná ruptura se projevuje náhlým ústupem kontrakcí a silnou náhlou bolestí. Krátce na to se začnou projevovat příznaky rozvíjejícího se peritoneálního krvácení a hemoragického šoku. Plod většinou krátce po ruptuře umírá. Krvácení je různého charakteru a závisí na lokalizaci poranění, nejčastěji vzniká ruptura v děložní hraně. Pokud se jedná o ranou rupturu v jizvě nebo není-li poranění komplikované, obvykle stačí jednoduchá sutura. V případě že je ruptura komplikovaná rupturou vedoucí do pochvy nebo zraněním močového měchýře, je často nezbytné řešit tento stav hysterektomií (Čech, 2014).

1.6 EPIZIOTOMIE

Epiziotomie je nejrozšířenější porodnickou operací, která ani není četnými porodníky vnímána jako operace. Provádí se na konci 2. doby porodní, při prořezávání hlavičky především u primipar, kdy hráz klade odpor dalšímu prostupu a hrozí ruptura poševního vchodu a perinea. Mezi další indikace epiziotomie patří rigidita a zjizvení hráze či příliš vysoká a pevná hráz, porod velkého plodu (pokud brání snadnému porodu), prevence traumatizace malého a nezralého plodu, porod plodu v poloze koncem pánevním, při deflexním naléhání hlavičky a před vaginálními porodnickými operacemi jako je porod per forcipem a vakuumextrakce. Epiziotomie provedená ve správnou chvíli je z hlediska hojení vždy výhodnější než ruptura perinea totožné velikosti.

Epiziotomie se však neprovádí při každém porodu. Pokud rodička spolupracuje a hráz je dostatečně elastická, je možné vést porod bez nástřihu. Kontraindikací provedení nástřihu je porod HIV pozitivních z důvodu zabránění aspirace mateřské krve novorozencem (Doležal a kol., 2007).

Frekvence epiziotomie v jednotlivých studiích a zemích značně kolísá, nejčastěji se uvádí mezi 60-30 % všech porodů. Nejlépe jsou na tom severské země, kdy je frekvence 10 % a nejhůře Tchaj-wan s rekordními 100 % (Čech, 2014).

Epiziotomii provádíme nejčastěji na rozvinuté hrázi na vrcholu kontrakce. K tomu používáme speciálních nůžek s vnějším zaoblením a tupým zakončením jedné branže. Nástřih provádíme vždy mezi dvěma prsty druhé ruky, která brání rychlému prořezávání hlavičky plodu. Směr laterálního či mediolaterálního nástřihu může být veden vpravo nebo vlevo, dle zvyklosti porodníka, pokud se však tvoří ruptura, je nástřih veden v jejím směru. Pokud je nutný nástřih u multipary po předchozí epiziotomii, je veden nástřih přísně v jizvě. Při provedení nástřihu při nerozvinuté hrázi (např. u porodu koncem pánevním či před porodnickými operacemi), pokud žena nerodí v epidurální analgezií, je nutné provést pudendální svodnou anestezii nejběžněji 1% roztokem Mesocainu (Čech, 2014), (Roztočil, 2008).

Rozlišujeme epiziotomii mediální, mediolaterální, laterální a rozšířenou laterální epiziotomii (Schuchardtův řez).

1.6.1 EPIZIOTOMIE MEDIÁLNÍ

Mediální epiziotomie se provádí na rozvinuté hrázi ve střední čáře směrem k řitnímu svěrači do vzdálenosti 2-4 cm. Protíná m. transversus perinei superficialis a profundus a končí v centru perinei. Nástřih méně krvácí, lépe se ošetřuje a hojí. Nedoporučuje se však při nízké hrázi, velkém plodu a při rychlém postupu hlavičky, hrozí tak rozšíření na řitní svěrač a tedy ruptura 3. stupně. Provedení vyžaduje zdatného porodníka, pozorné chránění hráze a spolupracující rodičku (Doležal a kol., 2007).

1.6.2 EPIZIOTOMIE MEDIOLATERÁLNÍ

„Světově nejčastěji užívaná porodnická učebnice Williams Obstetrics popisuje mediolaterální epiziotomii jako incizi začínající ve střední čáře směřující laterálně, a vyhýbající se tak rektu“ (Karbanová, 2009, s. 248).

Mediolaterální epiziotomie protíná sliznici, bulbus vestibuli, m. bulbospongiosus, m. transversus perinei superficialis, perineální membránu, uterovaginální sfinkter a m. transversus vaginae (Karbanová, 2009).

Hlavní faktory pro provedení mediolaterální epiziotomie jsou prevence zachování funkčnosti pánevního dna, intrauterinní tíseň plodu a poruchy vypuzovacích sil či nespolupracující rodička v závěrečné fázi porodu (Rušavý, 2011).

Při provedení mediolaterální epiziotomie je menší pravděpodobnost poškození řitního svěrače, ale poranění více krvácí a mnohdy se obtížněji hojí (Čech, 2014).

1.6.3 EPIZIOTOMIE LATERÁLNÍ (OBLIQUA)

Laterální epiziotomii vedeme 2-3 cm laterálně od středu introitu, obvykle na pravé straně směrem k hrbolu sedací kosti v délce 4-5 cm. Nástřih protíná m. bulbospongiosus, m. transversus perinei superficialis a profundus a při větším rozsahu i částečně levator ani a povrchové větve vasa pudenda. Je nejlepší ochranou před rupturou 3. stupně, pokud vznikne při tomto nástřihu ruptura, šíří se kraniálně do pochvy a oblast sfinkteru zůstává většinou neporušena.

Laterální epiziotomii nejčastěji provádíme pro snadnější průchod hlavičky plodu, při vaginálních operacích a doporučuje se i u makrosomie plodu.

Nástřih vedený laterálně je obtížný na suturu, po zhojení jizvou dochází často k deformaci poševního introitu i vulvy, která zeje. Z hlediska hojení v šestinedělí je laterální epiziotomie jednoznačně prospěšná, protože na rozdíl od mediální a mediolaterální epiziotomie očistky odchází mimo operační suturu (Čech, 2014), (Doležal a kol., 2007), (Roztočil, 2008).

1.6.4 ROZŠÍŘENÁ LATERÁLNÍ EPIZIOTOMIE (SCHUCHARDTŮV ŘEZ)

Nepříliš často se provádí rozšířená laterální epiziotomie, na rozdíl od předchozích typů, které se provádějí nůžkami, se řez provádí skalpelem. Směrem vychází z laterální epiziotomie, je však poloobloukovitá a rozsáhlejší (6-7 cm). Protíná tedy nejen pochvu, ale i pubickou a ilickou část m. levator ani. Vytváří nejprostornější přístup pro obtížné vaginální operace a to nejčastěji pro porod per forcipem z vyšších pánevních rovin. Poranění často vydatně krvácí a ošetření je náročné z hlediska sutury svalů pánevního dna (Čech, 2014), (Doležal a kol., 2007).

1.6.5 KOMPLIKACE EPIZIOTOMIE

Mezi rané komplikace řadíme krvácení z perineálních a vaginálních cév silnějšího průměru a přílišná bolestivost u rodiček s menším prahem bolesti. Jako komplikace časné můžeme označit hematomy, které jsou příčinou nezastaveného či následného krvácení. Je vždy nutné zrevidovat ošetření nástřihu. Neléčená předporodní kolpítida či infekce hematomu končí často zánětem rány. Léčba se provádí včasnou drenáží s nasazením antibiotik při horečnatém průběhu. Následkem nesprávného prvotního ošetření nástřihu hráze, hematomu či infekce rány dochází často k dehiscenci rány. Resuturu můžeme provést po odstranění příčiny a při dobře očištěné spodině.

Pozdními komplikacemi rozumíme, pokud vznikne keloidní bolestivá jizva, inkluzní cysta, vaginoperineální píštěl a morfologické změny na vulvě. V důsledku těchto obtíží často ženy vnímají genitální dyskomfort a dyspareunii (Čech, 2014), (Roztočil, 2008).

1.7 POŠKOZENÍ PÁNEVNÍHO DNA

„Dobrá funkce pánevního dna ovlivňuje mnoho důležitých aspektů života ženy. Je klíčová pro kontinenci moči a stolice, pro pohlavní život a plní důležitou úlohu při porodu. Již drobné poruchy jeho funkce mohou mít velký vliv na kvalitu života ženy“ (Otčenášek, 2006, s. 318).

1.7.1 PORANĚNÍ SVALOVINY

Svalová část dna pánevního je tvořena puborektálním svalem, který kraniálně vede do iliokocygeálního svalu. Během porodu dochází k extrémní deformaci svalů, která často vede ke svalové ruptuře či dojde k odtržení svalů od jejich úponu na stěnu pánevní, což označujeme jako avulze, která může být jednostranná či oboustranná. Rizikovým faktorem svalového poranění pánevního dna je vaginální operační porod

(porod per forcipem). Uvádí se, že přibližně 25 % vaginálních porodů záhlavím je doprovázeno významným svalovým poraněním a po klešťovém porodu je výskyt až 60-70 %. Tato poranění zůstávají často bez klinických projevů, úlohu zhmožděných a roztržených svalových vláken přejímají vedlejší kraniální a kaudální vlákna. Porucha funkce se tak nejčastěji projeví za několik let a to drobným poklesem přední poševní stěny (Otčenášek, 2008).

1.7.2 PORANĚNÍ ZÁVĚSNÉHO APARÁTU

Fasciální a podpůrné struktury pánevního dna jsou složeny z kolagenu, elastinu, nevasculárních hladkosvalových částí a vede jimi cévní a nervové zásobení orgánů malé pánve. Porucha mechanické funkce je manifestována poklesem poševní stěny a poruchou funkce močového a gastrointestinálního traktu. Může také dojít k sestupu dělohy, vzniku cystokély či rektokély. Velmi často pak ženy trpí močovou inkontinencí (Kašíková, 2012), (Otčenášek, 2008).

1.7.3 NERVOVÁ PORANĚNÍ

Vlivem porodu často vzniká poškození nervových pletení, které zásobují pánevní orgány a svaly, především n. pudendus. Mezi klinicky významné rizikové faktory řadíme vyšší porodní hmotnost plodu a délku druhé porodní doby. Předpokládá se, že nejdůležitějším mechanismem poranění při vaginálně vedeném porodu je parciální denervace pánevního dna. Klinická závažnost tohoto jevu však zůstává nezodpovězena (Kašíková, 2012), (Otčenášek, 2008).

1.7.4 PORANĚNÍ PÁNEVNÍCH ORGÁNŮ

Poranění pánevních orgánů zahrnuje výše uvedené poranění hráze, zevního a vnitřního svěrače a dělohy. Velmi zřídka však může dojít k poranění dutých orgánů, jako je močový měchýř a močová trubice, nejčastěji při porodu per forcipem. Z důvodu velké mobility těchto orgánů jsou jejich poranění vzácná a může k nim dojít, pokud jsou

z určitých důvodů fixovány a nemohou být přirozeně dislokovány (Kašíková, 2012), (Otčenášek, 2008).

1.8 OŠETŘENÍ PORODNÍCH PORANĚNÍ

Sutura epiziotomie se vykonává po porodu po pečlivé kontrole měkkých porodních cest. Při prostém nástřihu se začíná šít od horního pólu poševní sliznice společně s podslizničními tkáněmi a to buď pokračujícími nebo jednotlivými stehy až po hymenální okraj. Poškozené svaly hráze se šijí jednotlivými stehy, v druhé vrstvě se rekonstruuje podkožní vazivo a na závěr se šije jednotlivými stehy kůže (Čech, 2014), (Roztočil, 2008).

Při ošetření ruptur 2. stupně nejprve provedeme pečlivou kontrolu rozsahu poranění. Pokud má trhlina v pochvě dva póly, nejprve začneme ošetřovat ten, který je uložen kranialněji. Dále šijeme pokračovacími stehy, pokud je ruptura v blízkosti uretry, zavádíme do ní močový katétr. Následující postup při šití sutury je stejný jako u epiziotomie (Doležal a kol., 2007), (Pařízek, 2012).

U trhlín 3. a 4. stupně je důležitá včasná a přesná diagnostika, je nutné vyšetřit ženu rektálně a přesvědčit se o funkci svěrače. V případě, že dojde k poranění konečníku, pacientku vždy průběžně informujeme o poranění, způsobu ošetření a následném hojení. Při kompletní ruptuře se zasaženou střevní stěnou sliznicí nejprve pečlivě dezinfikujeme. Resuturu provádíme v narkóze, za přítomnosti dvojí asistence a instrumentářky. Nejprve vyhledáme horní vrchol ruptury a sešijeme rektální stěnu. V další vrstvě šijeme jednotlivými stehy perineální tkáň. Poté přistoupíme k reparaci retrahovaných okrajů análního svěrače. Protože se konce retrahují do své fascie, je nezbytně nutná svalová relaxace. K ošetření ruptury svěrače je vhodné použít stehy s delší dobou vsřebatelnosti.

Doporučuje se jednorázové podání antibiotik, nejlépe cefalosporinu 2. generace. Výhoda delšího podání antibiotik nebyla zatím ve studiích prokázána (Doležal a kol., 2007), (Pařízek, 2012).

1.8.1 NÁSLEDNÁ PÉČE

Všechny ženy po závažném poranění by měly užívat změkčovačla stolice, protože při namáhavé defekaci může být poškozena sutura. Doporučuje se laxativum Lactulosa Infusia sir., 10 - 15 ml každý den, až do 60 ml denně. Užívat osmotická laxativa je vhodné po dobu 10-14 dní, kdy dojde ke zhojení sutury. Je doporučována i speciální dieta – bezezbytková nebo kašovitá.

Pacientku je nutné poučit o možných komplikacích a měla by být upozorněna na možnost zhoršené kontinence. Je doporučována návštěva lékaře dva týdny po porodu, kdy dochází ke zhodnocení stavu hojení. V době 2 – 3 měsíců po porodu je příhodné zkontrolovat funkci svěrače a výskyt dalších doprovodných jevů jako močová inkontinence, dyspareunie a jiné defekační obtíže (zácpa, bolestivá defekace) (Kališ, 2013), (Pařízek, 2012).

1.9 PREVENCE PORANĚNÍ HRÁZE

Vznik poranění hráze závisí na mnoha faktorech, zejména pak na poddajnosti perinea, na vlastnostech a charakteru poševních svalů a také na velikosti plodu a jeho naléhající části. S přizpůsobením porodních cest k porodu se začíná již před porodem, protože jediné tak je možné dosáhnout lepší elasticity a pružnosti tkáně (Maryšková, 2010).

1.9.1 MASÁŽ HRÁZE

Masáž hráze provádí žena sama nebo s pomocí druhé osoby, nejčastěji partnera. Při masáži je žena v poloze polosedu s pokrčenými dolními končetinami. Na ruce si nanese rostlinný olej či speciální přípravek a zavede do pochvy ukazováček a prostředníček a pomalu je roztahuje. Prsty by měly být zavedeny až po konec druhého článku ukazováčku. Žena přejíždí prsty z jedné strany na druhou a stěnu pochvy tiskne směrem dolů a dopředu. Celá masáž je zakončena masírováním hráze mezi palcem a

ukazováčkem. Měla by trvat alespoň 5 minut a provádět by se měla jednou až dvakrát denně. S masáží je vhodné začít šest týdnů před termínem porodu (Maryšková, 2010).

1.9.2 EPI-NO BALONEK

Epi-no je zdravotnický výrobek podporující a posilující správnou funkci pánevního dna. Uplatňuje se i po porodu, napomáhá regeneraci pánevního dna a je vhodným doplňkem léčby při inkontinenci. Před porodem žena cvičí zejména k posílení svalstva dna pánevního a dále postupně napíná poševní vchod, hráze a pochvu. Začít se cvičením je vhodné nejdříve tři týdny před termínem porodu.

Postupným a pravidelným napínáním a cvičením se oblast hráze posiluje a stává se elastickejší. Tím se snižuje pravděpodobnost poranění hráze nebo nutnosti provedení nástřihu. Samotné cvičení provádí žena jednou denně po dobu 30 min. Principem je zavedení balonku ze dvou třetin do pochvy a snahou o jeho následný pohyb nahoru a dolů. Při napínacím cvičení se napumpuje balonek a nechá jednu až deset minut v pochvě. Maximální dosažená velikost balonku by se měla po každém cvičení zvyšovat, nikdy však na úkor bolesti (EPINO, 2016).

1.9.3 DIANATAL GEL

Dianatal gel vytváří v pochvě přilnavý kluzký povrch, který snižuje třecí síly a chrání tak pochvu a svaly hráze před porodním poraněním. Působí tak na čistě fyzikálním principu. Při jeho aplikaci dochází k usnadnění a zkrácení doby porodu a snižuje pravděpodobnost nutnosti epiziotomie. Dianatal gel nebrání porodu do vody či operačním porodům.

Dianatal gel zavádí porodník či porodní asistentka do pochvy při vaginálním vyšetření, když se žena začíná otevírat (nejpozději při brance 4 cm). Aplikace se během porodu několikrát opakuje, vždy při vaginálním vyšetření aplikujeme 3-5 ml gelu pomocí

sterilního aplikátoru. Po porodu novorozence by měl být otřen jeho obličej. Gel je jak novorozencem tak ženou velmi dobře snášen (DIANATAL, 2016), (Maryšková, 2010).

1.9.4 CHRÁNĚNÍ HRÁZE ZA PORODU

Je obecně známo, že tlak proti perineu je protektivním faktorem proti většímu poranění perinea. Pravou rukou obvykle chráníme rouškou hráz a levou rukou bráníme příliš rychlému průchodu hlavičky. Po celou dobu musí být perineum a introitus viditelné a nezakryté. Hráz začínáme chránit, pokud je malá fontanela cca 7 cm od dolního okraje spony. Porodník aktivně asistuje a snaží se zabránit ruptuře hráze. V okamžiku, kdy se pod sponou nalézají biparietální průměr, pravou ruku dáváme na hráz na předpokládaný bitemporální průměr. Po porodu záhlaví se pomáhá deflexi různými obměnami Ritgenova hmatu. V okamžiku vystoupení biparietálního průměru se napětí hráze zmírňuje a postupně vidíme nadočnicové oblouky, oči, nos, ústa a bradu (Doležal a kol., 2007).

Velkou výhodou je, pokud žena aktivně spolupracuje. Ženu nabádáme k adekvátnímu tlačení a odpočinku. Řízeným tlačáním označujeme stav, kdy porodník určuje rodičce tempo a říká jí, kdy a jak má tlačit. Řízené tlačení ve spolupráci s chráněním hráze zabraňuje většímu poranění. K chránění hráze používáme sterilní roušku, pokud během porodu dojde k jejímu znečištění (např. stolicí) roušku odkládáme a již se jí nedotýkáme (Doležal a kol., 2007).

1.10 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Po pečlivé kontrole porodního poranění ženu omyjeme dezinfekčním roztokem, převlečeme ložní prádlo a uložíme do klidové polohy. V časovém úseku 2 hodin po porodu, tedy v časném poporodním období kontrolujeme stav krvácení každých 15 minut, popřípadě hledáme jeho zdroj, ošetříme a stanovíme krevní ztrátu. Při fyziologickém porodu by celková krevní ztráta neměla přesáhnout 300 ml. Krvácení po porodu by mělo být přiměřené, bez početných koagul (Garneková a kol., 2014), (Roztočil, 2008), (Slezáková a kol., 2011).

Sledujeme a zaznamenáváme fyziologické funkce – krevní tlak, tepovou frekvenci a tělesnou teplotu. První dvě hodiny po porodu kontrolujeme krevní tlak a pulz po 15 minutách, tělesnou teplotu měříme po porodu a po dvou hodinách. Kontrolujeme stav zavodnění, většinou stačí příjem tekutin per os. Pít může žena po porodu placenty, po ošetření porodního poranění. Sledujeme celkový psychický a fyzický stav ženy (Garneková a kol., 2014), (Roztočil, 2008), (Slezáková a kol., 2011).

Porodní asistentka či dětská sestra pomáhá s prvním přiložením dítěte k prsu. Dbáme na to, aby první přiložení proběhlo co nejdříve, nejlépe do 30 minut po porodu. Klademe důraz na techniku kojení, žena by neměla pociťovat bolest a dítě by mělo být přiloženo k oběma prsům (Garneková a kol., 2014), (Roztočil, 2008), (Slezáková a kol., 2011).

Pohmatem kontrolujeme stav děložní retrakce, hodnotíme vzdálenost děložního fundu ve vztahu k pupku. Děloha obvykle dosahuje k pupku nebo těsně pod. Pokud žena krvácí a děloha se neretrahuje, je častou příčinou plný močový měchýř, proto věnujeme také pozornost prvnímu močení po porodu, v případě potřeby ženu vycévkuje jednorázovou cévkou. Ženu postupně vertikalizujeme, nejprve ji pomůžeme do sedu, pokud je vše v pořádku, pomůžeme jí vstát. Po 2 až 3 hodinách po porodu překládáme ženu s řádně vyplněnou dokumentací na oddělení šestinedělí (Garneková a kol., 2014), (Roztočil, 2008), (Slezáková a kol., 2011).

Na oddělení šestinedělí je žena poučena o důležitosti sprchování a o dodržování hygienických zásad. Poučíme šestinedělku o tom, jak se správně starat o prsy a o správné technice kojení. Krevní tlak a pulz měříme dvakrát denně, na rozdíl od tělesné teploty, kterou měříme čtyřikrát denně, jelikož zvýšení tělesné teploty značí rané infekce v šestinedělí. Palpačně kontrolujeme výšku fundu děložního. Kontrolujeme, zda odcházejí očistky a popisujeme jejich kvalitu, množství a zápach. Zjistíme stav hojení porodního poranění. Poradíme s vhodným cvičením po porodu pro posílení pánevního dna a břišních svalů (Garneková a kol., 2014), (Roztočil, 2008), (Slezáková a kol., 2011).

1.10.1 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

„Ošetřovatelská diagnóza je definována jako klinické posouzení zážitků/reakcí jedince, rodiny, skupiny nebo komunity na aktuální nebo potenciální zdravotní problémy/životní procesy a poskytuje základ pro výběr ošetřovatelských intervencí k dosažení výsledků, za které je sestra zodpovědná“ (NANDA International, 2013, s. 98).

Ošetřovatelské diagnózy jsou jedním z nejdůležitějších faktorů odborně vedené ošetřovatelské péče založené na důkazech a k účinnému plnění potřeb pacientů. Každá diagnóza má svůj název, definici, určující znaky a rizikové nebo související faktory (NANDA International, 2013).

Mezi nejčastěji uplatňované ošetřovatelské diagnózy po porodu patří:

Doména 3 Vylučování a výměna

Retence moči (00023)

Zácpa (00011)

(NANDA International, 2013)

Pacientky si po porodu velmi často stěžují na zácpu. Příčiny zácpy po porodu jsou zejména snížená motilita střeva, narušení uvolňování svalů pánevního dna, změna ve stravovacím vzorci nebo v důsledku poranění některých nervů během porodu. K zácpě po porodu také přispívá nedostatek pohybu, podané klyzma v rámci předporodní přípravy a obava pacientek z bolesti při defekaci (ZSHK, rok vytvoření).

Po porodu s využitím epidurální analgezie dochází často k retenci moči. Příčinou je útlum nutkání k močení blokadou lumbálního parasymptiku a s tím spojeného ovlivnění detruzoru močového měchýře. Naplněný močový měchýř po porodu může způsobit poruchu retrakce dělohy s hypotonií. Příčinou retence moči není jen epidurální analgezie, ale může jít o porodní trauma s otokem a poškozením močové trubice či o

poruchu nervového aparátu pánevního dna. Při podezření z retence moče je vždy nutné ženu sterilně vycévkovat (Doležal, 2007).

Doména 4 Aktivita/odpočinek

Únava (00093)

(NANDA International, 2013)

Po protražovaném porodu či při jiné komplikaci (operační porody) je často žena vyčerpaná a unavená. Únava po porodu souvisí také s určitou krevní ztrátou v souvislosti s porodem. Pokud má žena již před porodem nedostatek železa, po porodu se nedostatek ještě více prohlubuje a vzniká anémie, která se významně podílí na únavě a na zhoršení schopnosti koncentrace (<http://ose.zshk.cz/vyuka/osetrovatelske-diagnozy.aspx?id=93>).

Doména 7 Vztahy mezi rolemi

Neefektivní kojení (00104)

Přerušené kojení (00105)

(NANDA International, 2013)

V prvních dnech po porodu dochází často k problémům s kojením. Překážky ze strany novorozence jsou zejména novorozenec po operativním porodu, novorozenec s nízkou porodní hmotností, hypotonické, spavé dítě v důsledku ikteru. Další příčinou mohou být vrozené vývojové vady, jako je rozštěp rtu a patra. Kojení je v tomto případě obtížnější, je vhodné vytvarovat prs před kojením a poloha dítěte by měla být spíše vzpřímená, aby nedošlo k aspiraci mateřského mléka. U matky často dochází k nedostatečné tvorbě mateřského mléka, nedostatečnému vyprazdňování prsu při kojení, přetrvávání bolesti bradavek po kojení až vznik ragád. Při nedostatečném vyprazdňování prsu může dojít k retenci mléka, která může vést až k mastitidě. Méně často jsou potíže s kojením v důsledku anomálie prsů, jako jsou vpáčené bradavky. Příčiny psychosociální jsou zejména úzkost matky spojená s obavami ze selhání při kojení, nedostatek znalostí či nezdařené kojení v minulosti. Zdravotnický personál nevěnuje dostatečnou pozornost kojení a ženu často nepodporují, žena tak ani nezná správnou techniku kojení a dostavuje se opožděný nástup laktace. Novorozenec celkově neprospívá a nepřibývá na váze.

Je proto nutné, aby žena byla poučena o správné technice kojení a byla podporována všemi členy zdravotnického týmu (<http://ose.zshk.cz/vyuka/osetrovatelske-diagnozy.aspx?id=104>)

Doména 11 Bezpečnost/ochrana

Riziko infekce (00004)

Riziko pádů (00155)

Narušená integrita tkáně (00044)

(NANDA International, 2013)

V důsledku porušené kožní integrity a přítomnosti invazivních vstupů hrozí zvýšené riziko napadení patogenními organizmy. Po porodu zůstává v děloze po odloučení placenty raná plocha, která je nejsnadnější vstupní branou infekce, stejně tak jako poranění hrdla, pochvy nebo hráze. Nejčastější infekcí v šestinedělí je endometritida. Organismus se proti infekci brání lokálně i celkově, laboratorně je zvýšený počet leukocytů. K léčbě používáme antibiotika a doporučíme klid na lůžku. Ženu poučíme o přísném dodržování hygieny (Čech, 2015), (<http://ose.zshk.cz/vyuka/osetrovatelske-diagnozy.aspx?id=4>).

Doména 12 Komfort

Zhoršený komfort (00214)

Akutní bolest (00132)

(NANDA International, 2013)

Po porodu může žena vnímat určitý dyskomfort, nedostatek uvolnění a úlevy. S poškozením tkání souvisí bolest různého stupně. Kromě subjektivního popisu bolesti si všímáme i objektivních faktorů, jako je vyhledávání úlevové polohy, bolestivý výraz v obličeji, grimasy, neklid, sténání, pláč a autonomních reakcí organismu (pocení, změny krevního tlaku, pulzu, dýchání, rozšířené zornice).

Pacientkám podáváme analgetika dle ordinace lékaře. V prvních dnech se doporučuje ulevit bolesti ledováním. K lepšímu hojení také přispívá posilování svalů pánevního dna (<http://www.sestinedeli.cz/komplikace/>).

Pro validizaci jsme na základě našich zkušeností vybrali tyto tři ošetrovatelské diagnózy: Zácpa (00011), Narušená integrita tkáně (00044) a Akutní bolest (00132).

1.11 VALIDIZACE OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ

„Klíčovým pojmem problematiky Validizace ošetrovatelských diagnóz je validita. Sloveso validovat, validizovat se nejčastěji používá ve významech jako potvrdit platnost, ověřit, dokázat. Integrujícím prvkem uvedených významů je platnost, hodnověrnost, přesnost, správnost, právoplatnost, oprávněnost, objektivita. Validita je jeden z nejvýznamnějších termínů v metodologii výzkumu diagnostických kategorií v ošetrovatelství. Validita se společně s reliabilitou považují za základní kritéria vědecké hodnoty výzkumné metody jako celku“ (Jarošová, 2012, s. 24).

Rozlišujeme tři typy validizace: obsahová, kritériová a konstruktová.

Obsahovou validitu vystihuje, v jaké závislosti je obsah výzkumného nástroje ve shodě s obsahem zkoumaného pole. Ukazatelem je podíl pokrytí obsahu nástroje s obsahem zkoumané oblasti. Pomocí souboru odborníků nebo na základě studia literatury se získává důkaz o obsahové validitě měřícího nástroje. Obsahová validita ošetrovatelské diagnózy určuje, zda definující charakteristiky diagnózy jsou příznačné pro diagnózu a zda se objevují jako komplex v klinických studiích (Jarošová, 2012).

Míru stupně shody výsledků měření a některého významného a potvrzeného kritéria nám ukazuje kritériová validita. U ošetrovatelských diagnóz to znamená poskytnutí důkazu, že je určitá souvislost mezi danou diagnózou a etiologií (Jarošová, 2012).

Konstruktová validita měřicího nástroje se zabývá otázkou, zda je zkoumaný koncept měřen daným nástrojem. V případě konstruktové validity je nutné doložit důkaz pro teoretický podklad daného pojmu. Jednou z možností, jak poskytnout takový důkaz, je technika známých skupin, která vyžaduje měření znaku ve skupině s předpokládaným výskytem určitého znaku, tak ve skupině, kde se tato charakteristika nevyskytuje. Výsledky se poté porovnají (Jarošová, 2012).

Pokud tedy došlo k validizaci ošetrovatelské diagnózy, pak je potvrzené, že daná diagnóza spolehlivě reflektuje problém pacienta a k závěru jsme přišli na podkladě zjištěných údajů (Jarošová, 2012).

1.11.1 FEHRINGOVY MODELY

Richard J. Fehring je jedním z nejvýznamnějších představitelů metodologie ošetrovatelských diagnóz. Ve svých pracích předkládá několik typů modelů ošetrovatelských diagnóz – model validity diagnostického obsahu, model klinické diagnostické validity, hodnocení etiologické korelace, na pacienta zaměřen model klinické diagnostické validity a diferencially diagnostický validizační model (Jarošová, 2012).

Na pacienta zaměřen model klinické diagnostické validity

Tento model klinické diagnostické validity pracuje s informacemi získanými od pacientů. Ti jsou vyzváni o hodnocení definujících charakteristik, do jaké míry jednotlivé charakteristiky odpovídají jejich pocitům. Je nutné pracovat se skupinou pacientů s určitou ošetrovatelskou diagnózou a potvrdit správné stanovení diagnózy pomocí měřicího nástroje. Pokud pro danou diagnózu není měřicí přístroj dostupný, ošetrovatelská diagnóza se se potvrzuje jiným expertem – sestrou. Jako dalším krokem je zhodnocení seznamu definujících charakteristik pacienty, jak jednotlivé charakteristiky korespondují s jejich pocity a chováním. Pacienti pro hodnocení využívají následující hodnotící škálu: 1 – není pro mě vůbec charakteristické, 2 – pro mě velmi málo

charakteristické, 3 – pro mě málo charakteristické, 4 – pro mě významně charakteristické a 5 – pro mě velmi charakteristické (Jarošová, 2012).

Dále počítáme vážené skóre pro každou charakteristiku a to tak, že sečteme hodnoty, které jsou přiřazeny ke každé odpovědi, a posléze je vydělíme celkovým počtem odpovědí. K odpovědím jsou přiřazeny tyto hodnoty: 5 odpovídá 1; 4 = 0,75; 3 = 0,5; 2 = 0,25 a 1 = 0. Charakteristiky s hodnotou 0,5 a méně jsou vyloučeny za předpokladu, že studie byla provedena s velkým množstvím odborníků, zastoupených z odlišných částí země nebo se jedná o studii, která již proběhla a výsledek je shodný. Za hlavní charakteristiky považujeme ty, jejichž hodnota je nad 0,8. Vedlejší charakteristiky jsou v rozmezí 0,8 – 0,5 (Jarošová, 2012).

Po sečtení ohodnocených individuálních charakteristik a vypočítáním průměru, získáme celkové skóre. Do výpočtů však nezařazujeme charakteristiky s hodnotou 0,5 a méně (Jarošová, 2012).

2 POPIS ŘEŠENÍ PRŮZKUMU

Pro zpracování praktické části bakalářské práce byl zvolen kvantitativní průzkum, který byl realizován pomocí standardizovaného strukturovaného rozhovoru.

Téma průzkumu:

Validizace ošetrovatelských diagnóz NANDA I taxonomie II Akutní bolest (00132), Narušená integrita tkáně (00044) a Zácpa (00011) u pacientek s porodním poraněním.

Průzkumný problém:

Lze validizovat ošetrovatelské diagnózy NANDA I taxonomie II Akutní bolest (00132), Narušená integrita tkáně (00044) a Zácpa (00011) u pacientek s porodním poraněním?

Průzkumný soubor:

Výzkumný soubor tvoří ženy 2. až 3. den po porodu s porodním poraněním na oddělení šestinedělí v Masarykově nemocnici v Rakovníku.

Metoda:

Ke sběru dat jsme použili kvantitativní metodu pomocí strukturovaného rozhovoru dle modifikovaného Fehringova na pacienta zaměřeného modelu klinické diagnostické validity. Ženy, u kterých předpokládáme výskyt všech tří zkoumaných diagnóz, hodnotí seznam definujících charakteristik, které byly náhodně seřazeny. Hodnotí, jak jednotlivé charakteristiky odpovídají jejich pocitům a chování, formou dialogu. Tento přístup považujeme za vhodnější, neboť některé z pojmů nemusí být pro pacientky dobře známé (např. borborygmy, diaforéza) a pochopitelné a mohlo by tak dojít ke zkreslení výsledků. Hodnotící škála má následující význam: 1 – není pro mě vůbec charakteristické, 2 – pro mě velmi málo charakteristické, 3 – pro mě málo charakteristické, 4 – pro mě významně charakteristické a 5 – pro mě velmi charakteristické. (Jarošová, 2012)

Odpovědi jsou zaznamenány do sestaveného protokolu a následně zpracovány.

Hlavní cíl:

Validizovat ošetrovatelské diagnózy NANDA I taxonomie II Akutní bolest (00132), Narušená integrita tkáně (00044) a Zácpa (00011) u pacientek s porodním poraněním 2. až 3. den po porodu.

Vedlejší cíle:

V1: Validizovat ošetrovatelskou diagnózu NANDA I taxonomie II Akutní bolest (00132) u pacientek s porodním poraněním.

V2: Validizovat ošetrovatelskou diagnózu NANDA I taxonomie II Narušená integrita tkáně (00044) u pacientek s porodním poraněním.

V3: Validizovat ošetrovatelskou diagnózu NANDA I taxonomie Zácpa (00011) u pacientek s porodním poraněním.

Průzkumné otázky:

O1: Lze validizovat ošetrovatelskou diagnózu NANDA I taxonomie II Akutní bolest (00132) u pacientek s porodním poraněním?

O2: Lze validizovat ošetrovatelskou diagnózu NANDA I taxonomie II Narušená integrita tkáně (00044) u pacientek s porodním poraněním?

O3: Lze validizovat ošetrovatelskou diagnózu NANDA I taxonomie Zácpa (00011) u pacientek s porodním poraněním?

Časový harmonogram:

V září 2015 jsme si stanovili cíl práce a průzkumné otázky a na jejich základě jsme sestavili protokol pro zaznamenání odpovědí. Dne 18. 12. 2015 jsme získali souhlas Věry Helebrantové se sběrem dat na oddělení šestinedělí v Masarykově nemocnici Rakovník. Vlastní sběr dat probíhal od 1. 1. 2016 do 10. 1. 2016. Následné zpracování dat proběhlo v únoru 2016.

2.1 ANALÝZA VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU

V následující části bakalářské práce jsou uvedeny výsledky průzkumu. Pro lepší přehlednost jsou výsledky znázorněny v grafech a tabulkách.

2.1.1 CHARAKTERISTIKA PRŮZKUMNÉHO SOUBORU

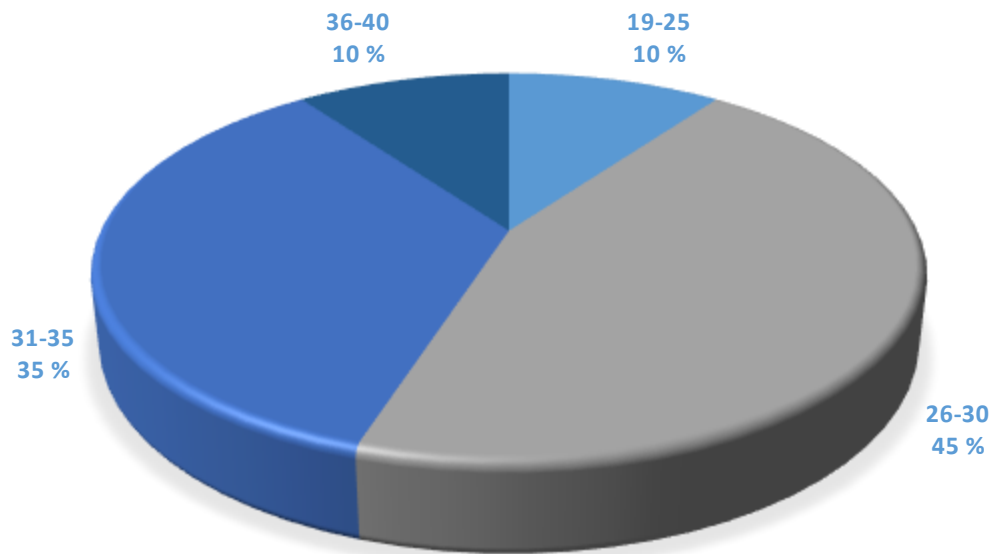
Výzkumný soubor tvoří 20 pacientek 2. až 3. den po porodu na oddělení šestinedělí. Pacientky mají různý typ porodního poranění a jsou v různém věkovém složení.

Tabulka 1 Věkové rozdělení respondentek

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
19-25	2	10
26-30	9	45
31-35	7	35
36-40	2	10
Celkem	20	100

Zdroj: Kounovská, 2016

Graf 1 Věkové rozdělení respondentek



Zdroj: Kounovská, 2016

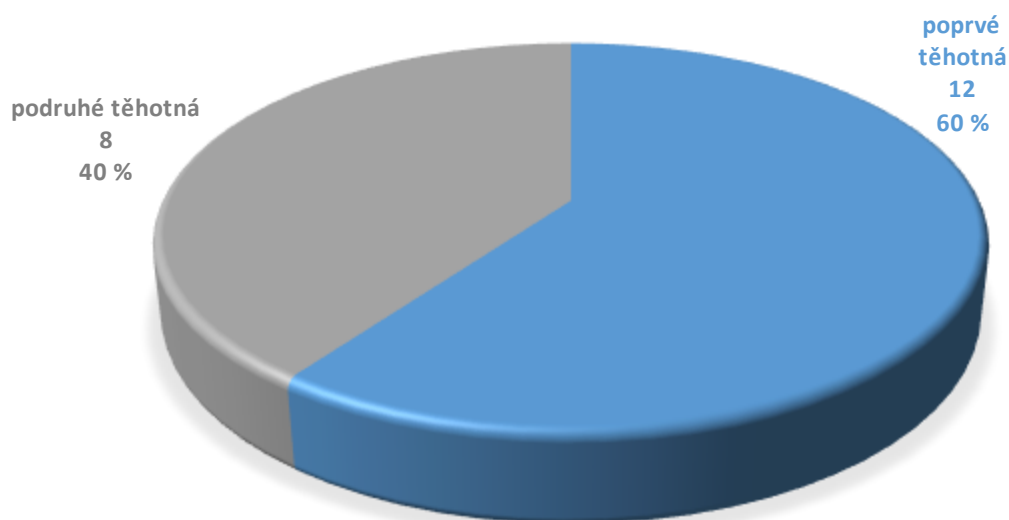
Na otázku číslo 1 „Kolik je vám let?“ odpovědělo celkem 20 respondentek (100 %), z toho 2 (10 %) odpověděli 19-25 let, 9 (45 %) uvedlo 26-30 let, 7 (35 %) dotazovaných odpovědělo 31-35 let a 2 (10 %) respondentek odpovědělo 36-40 let.

Tabulka 2 Rozdělení respondentek dle počtu těhotenství

Parita	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
poprvé	12	60
podruhé	8	40
Celkem	20	100

Zdroj: Kounovská, 2016

Graf 2 Rozdělení respondentek dle počtu těhotenství



Zdroj: Kounovská, 2016

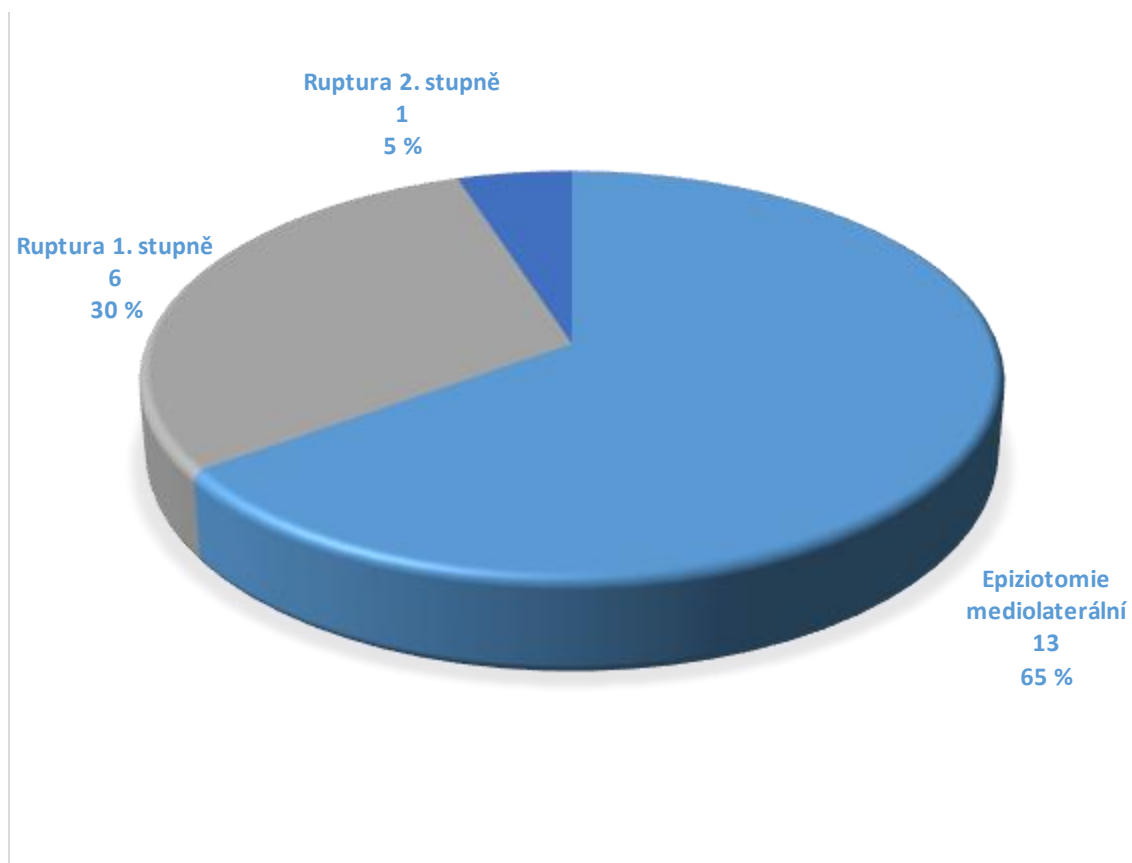
Na otázku číslo 2 „Po kolikáté jste těhotná?“ odpovědělo celkem 20 respondentek (100 %), z toho 12 (60 %) uvedlo, že poprvé a 8 (40 %) odpověděli, že jsou podruhé těhotné.

Tabulka 3 Rozdělení respondentek dle typu porodního poranění

Typ poranění	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Epiziotomie mediolaterální	13	65
Ruptura 1. stupně	6	30
Ruptura 2. stupně	1	5
Celkem	20	100

Zdroj: Kounovská, 2016

Graf 3 Rozdělení respondentek dle typu porodního poranění



Zdroj: Kounovská, 2016

Na otázku číslo 3 „ Jaký je typ vašeho porodního poranění?“ odpovědělo celkem 20 respondentek (100 %), z toho 13 (65 %) odpovědělo, že jim byl proveden nástřih hráze, 6 (30 %) uvedlo rupturu I. stupně a 1 (5 %) uvedla rupturu 2. stupně. Z důvodu, že tyto pojmy nemusí být pacientkám dobře známe a mohlo by tak dojít ke zkresleným výsledkům, jsme přesný typ poranění ověřovali v dokumentaci.

2.1.2 VALIDIZACE – ANALÝZA DAT

Tabulka 4 Akutní bolest

PACIENT	P1		P2		P3		P4		P5		P6		P7		P8		P9		P10		VS	CH
VĚK	32		27		30		28		34		19		26		31		29		33			
PARITA	II		I		II		II		I		I		I		II		II		I			
TYP PORANĚNÍ	R. P. I°		EP		EP		R. P. I°		EP		EP		EP		R. P. II°		R. P. I°		EP			
ZNAKY	H	PH	H	PH	H	PH	H	PH	H	PH	H	PH	H	PH	H	PH	H	PH	H	PH		
Změny v chuti k jídlu	1	0	5	1	2	0,25	1	0	2	0,25	3	0,5	1	0	1	0	2	0,25	1	0	0,15	MOŽNO VYŘADIT
Změny krevního tlaku	1	0	1	0	1	0	1	0	2	0,25	1	0	1	0	1	0	2	0,25	1	0	0,1	MOŽNO VYŘADIT
Změny srdečního rytmu	1	0	1	0	1	0	1	0	2	0,25	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0,0875	MOŽNO VYŘADIT
Změny dýchání	1	0	2	0,25	1	0	1	0	2	0,25	1	0	1	0	1	0	1	0	2	0,25	0,0875	MOŽNO VYŘADIT
Kódový/číselný záznam	4	0,75	2	0,25	4	0,75	2	0,25	3	0,5	4	0,75	4	0,75	3	0,5	4	0,75	4	0,75	0,5375	VEDLEJŠÍ
Diaforéza	2	0,25	1	0	3	0,5	5	1	1	0	3	0,5	3	0,5	4	0,75	5	1	1	0	0,4375	MOŽNO VYŘADIT
Nesoustředěné chování	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	2	0,25	3	0,5	1	0	3	0,5	3	0,5	0,125	MOŽNO VYŘADIT
Expresivní chování	2	0,25	1	0	4	0,75	2	0,25	3	0,5	4	0,75	1	0	3	0,5	1	0	1	0	0,2375	MOŽNO VYŘADIT
Výraz obličeje	4	0,75	1	0	2	0,25	1	0	2	0,25	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0,15	MOŽNO VYŘADIT
Ochranné chování	1	0	1	0	1	0	2	0,25	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	2	0,25	0,05	MOŽNO VYŘADIT
Zúžené zaměření pozornosti	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Pozorované známky bolesti	3	0,5	1	0	2	0,25	3	0,5	3	0,5	4	0,75	2	0,25	4	0,75	1	0	2	0,25	0,2625	MOŽNO VYŘADIT

Vyhledávání antalgické polohy	4	0,75	2	0,25	4	0,75	1	0	3	0,5	4	0,75	3	0,5	1	0	1	0	2	0,25	0,2625	MOŽNO VYŘADIT
Obranná gesta	1	0	1	0	1	0	1	0	2	0,25	1	0	2	0,25	2	0,25	1	0	1	0	0,0625	MOŽNO VYŘADIT
Rozšíření zomic	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Bolest	4	0,75	2	0,25	4	0,75	2	0,25	2	0,25	3	0,5	4	0,75	4	0,75	3	0,5	4	0,75	0,55	VEDLEJŠÍ
Sebestřednost	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Narušení vzorce spánku	4	0,75	5	1	5	1	4	0,75	5	1	5	1	4	0,75	4	0,75	5	1	4	0,75	0,8625	HLAVNÍ
FAKTORY	P1		P2		P3		P4		P5		P6		P7		P8		P9		P10		VS	CH
Původci zranění	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	1	HLAVNÍ
PACIENT	P11		P12		P13		P14		P15		P16		P17		P18		P19		P20		VS	CH
VĚK	21		28		38		26		29		26		32		31		36		34			
PARITA	I		I		II		I		II		I		I		II		I		I			
TYP PORANĚNÍ	EP		R. P. I°		EP		EP		EP		EP		EP		R. P. I°		EP		R. P. I°			
ZNAKY	H	PH	H	PH	H	PH	H	PH	H	PH	H	PH	H	PH	H	PH	H	PH	H	PH		
Změny chuti k jídlu	1	0	2	0,25	1	0	3	0,5	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0,15	MOŽNO VYŘADIT
Změny krevního tlaku	1	0	2	0,25	2	0,25	2	0,25	2	0,25	1	0	1	0	1	0	2	0,25	2	0,25	0,1	MOŽNO VYŘADIT
Změny srdečního rytmu	4	0,75	1	0	2	0,25	2	0,25	2	0,25	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0,0875	MOŽNO VYŘADIT
Změny dýchání	1	0	1	0	2	0,25	2	0,25	2	0,25	1	0	2	0,25	1	0	1	0	1	0	0,0875	MOŽNO VYŘADIT
Kódový/číselný záznam	1	0	4	0,75	3	0,5	4	0,75	2	0,25	3	0,5	4	0,75	1	0	3	0,5	4	0,75	0,5375	VEDLEJŠÍ
Diaforéza	1	0	2	0,25	5	1	3	0,5	2	0,25	3	0,5	5	1	4	0,75	1	0	1	0	0,4375	MOŽNO VYŘADIT
Nesoustředěné chování	3	0,5	2	0,25	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0,125	MOŽNO VYŘADIT

Expresivní chování	2	0,25	2	0,25	5	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	2	0,25	0,2375	MOŽNO VYŘADIT
Výraz obličeje	2	0,25	2	0,25	2	0,25	1	0	1	0	1	0	4	0,75	1	0	2	0,25	1	0	0,15	MOŽNO VYŘADIT
Ochranné chování	2	0,25	1	0	2	0,25	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0,05	MOŽNO VYŘADIT
Zúžené zaměření pozornosti	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Pozorované známky bolesti	1	0	2	0,25	1	0	1	0	1	0	1	0	3	0,5	1	0	3	0,5	2	0,25	0,2625	MOŽNO VYŘADIT
Vyhledávání antalgické polohy	1	0	2	0,25	1	0	1	0	1	0	1	0	3	0,5	1	0	2	0,25	3	0,5	0,2625	MOŽNO VYŘADIT
Obranná gesta	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	3	0,5	1	0	1	0	1	0	0,0625	MOŽNO VYŘADIT
Rozšíření zomic	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Bolest	2	0,25	4	0,75	2	0,25	3	0,5	4	0,75	3	0,5	5	1	2	0,25	3	0,5	4	0,75	0,55	VEDLEJŠÍ
Sebestřednost	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Narušení vzorce spánku	4	0,75	4	0,75	5	1	4	0,75	4	0,75	4	0,75	5	1	5	1	4	0,75	5	1	0,8625	HLAVNÍ
FAKTORY	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	VS	CH										
Původci zranění	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	1	HLAVNÍ

Zdroj: Kounovská, 2016

EP = epiziotomie

H = hodnota udaná pacientem

CH = typ charakteristiky

PH = přiřazená hodnota

R. P. I° = ruptura perinea I. stupně

R. P. II° = ruptura perinea II. stupně

VS = vážené skóre

Tabulka 5 Narušená integrita tkáně

PACIENT	P1		P2		P3		P4		P5		P6		P7		P8		P9		P10		VS	CH
VĚK	32		27		30		28		34		19		26		31		29		33			
PARITA	II		I		II		II		I		I		I		II		II		I			
TYP PORANĚNÍ	R. P. I°		EP		EP		R. P. I°		EP		EP		EP		R. P. II°		R. P. I°		EP			
ZNAKY	H	PH	H	PH	H	PH	H	PH	H	PH	H	PH	H	PH	H	PH	H	PH	H	PH		
Poškozená tkáň	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	1	HLAVNÍ
Zničená tkáň	4	0,75	4	0,75	5	1	5	1	5	1	4	0,75	5	1	4	0,75	5	1	4	0,75	0,8875	HLAVNÍ
FAKTORY	P1		P2		P3		P4		P5		P6		P7		P8		P9		P10		VS	CH
Změněný oběh	1	0	2	0,25	1	0	2	0,25	2	0,25	2	0,25	1	0	1	0	2	0,25	2	0,25	0,1625	MOŽNO VYŘADIT
Chemická dráždidla	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Nedostatek tekutin	1	0	2	0,25	2	0,25	1	0	1	0	1	0	1	0	2	0,25	2	0,25	2	0,25	0,1375	MOŽNO VYŘADIT
Nedostatečné znalosti	5	1	3	0,5	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	2	0,25	0,25	MOŽNO VYŘADIT
Nadbytek tekutin	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Zhoršená tělesná mobilita	5	1	4	0,75	2	0,25	5	1	1	0	1	0	5	1	1	0	5	1	3	0,5	0,625	VEDLEJŠÍ
Mechanické faktory	4	0,75	4	0,75	4	0,75	4	0,75	3	0,5	2	0,25	3	0,5	1	0	2	0,25	3	0,5	0,5375	VEDLEJŠÍ
Nutriční faktory	2	0,25	2	0,25	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	2	0,25	1	0	0,075	MOŽNO VYŘADIT
Ozařování	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Teplotní extrém	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
PACIENT	P11		P12		P13		P14		P15		P16		P17		P18		P19		P20		VS	CH

VĚK	21		28		38		26		29		26		32		31		36		34			
PARITA	I		I		II		I		II		I		I		II		I		I			
TYP PORANĚNÍ	EP		R. P. I°		EP		EP		EP		EP		EP		R. P. I°		EP		R. P. I°			
ZNAKY	H	PH	H	PH	H	PH	H	PH	H	PH	H	PH	H	PH	H	PH	H	PH	H	PH		
Poškozená tkáň	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	1	HLAVNÍ
Zničená tkáň	5	1	4	0,75	4	0,75	4	0,75	5	1	5	1	5	1	5	1	4	0,75	5	1	0,8875	HLAVNÍ
FAKTORY	P11		P12		P13		P14		P15		P16		P17		P18		P19		P20		VS	CH
Změněný oběh	1	0	1	0	2	0,25	2	0,25	2	0,25	2	0,25	2	0,25	1	0	1	0	3	0,5	0,1625	MOŽNO VYŘADIT
Chemická dráždidla	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Nedostatek tekutin	1	0	1	0	2	0,25	1	0	1	0	3	0,5	1	0	1	0	2	0,25	3	0,5	0,1375	MOŽNO VYŘADIT
Nedostatečné znalosti	1	0	2	0,25	5	1	3	0,5	1	0	2	0,25	1	0	3	0,5	2	0,25	3	0,5	0,25	MOŽNO VYŘADIT
Nadbytek tekutin	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Zhoršená tělesná mobilita	2	0,25	5	1	4	0,75	5	1	4	0,75	5	1	4	0,75	4	0,75	3	0,5	2	0,25	0,625	VEDLEJŠÍ
Mechanické faktory	4	0,75	4	0,75	4	0,75	4	0,75	3	0,5	2	0,25	3	0,5	4	0,75	2	0,25	3	0,5	0,5375	VEDLEJŠÍ
Nutriční faktory	1	0	3	0,5	1	0	1	0	1	0	2	0,25	1	0	1	0	1	0	1	0	0,075	MOŽNO VYŘADIT
Ozařování	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Teplotní extrém	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT

Zdroj: Kounovská, 2016

EP = epiziotomie

H = hodnota udaná pacientem

CH = typ charakteristiky

PH = přiřazená hodnota

R. P. I° = ruptura perinea I. stupně

R. P. II ° = ruptura perinea II. stupně

VS = vážené skóre

Tabulka 6 Zácpa

PACIENT	P1		P2		P3		P4		P5		P6		P7		P8		P9		P10		VS	CH
VĚK	32		27		30		28		34		19		26		31		29		33			
PARITA	II		I		II		II		I		I		I		II		II		I			
TYP PORANĚNÍ	R. P. I°		EP		EP		R. P. I°		EP		EP		EP		R. P. II°		R. P. I°		EP			
ZNAKY	H	PH	H	PH	H	PH	H	PH	H	PH	H	PH	H	PH	H	PH	H	PH	H	PH		
Bolest břicha	4	0,75	5	1	2	0,25	3	0,5	3	0,5	3	0,5	5	1	2	0,25	3	0,5	2	0,25	0,675	VEDLEJŠÍ
Citlivost břicha s palpační svalovou rezistencí	3	0,5	4	0,75	4	0,75	2	0,25	4	0,75	4	0,75	4	0,75	2	0,25	4	0,75	2	0,25	0,55	VEDLEJŠÍ
Citlivost břicha bez palpační svalové rezistence	2	0,25	2	0,25	2	0,25	2	0,25	2	0,25	3	0,5	3	0,5	2	0,25	1	0	2	0,25	0,2625	MOŽNO VYŘADIT
Anorexie	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Atypické projevy u starších osob	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Borborismus	1	0	2	0,25	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0,1125	MOŽNO VYŘADIT
Světle červená krev ve stolici	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Změna ve vzorci vyprazdňování	5	1	5	1	5	1	4	0,75	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	4	0,75	0,9375	HLAVNÍ
Snížená frekvence stolice	1	0	2	0,25	5	1	4	0,75	1	0	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	0,8125	HLAVNÍ
Snížený objem stolice	5	1	5	1	5	1	3	0,5	1	0	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	0,875	HLAVNÍ
Vzdmuté břicho	5	1	5	1	5	1	5	1	2	0,25	4	0,75	5	1	4	0,75	5	1	5	1	0,725	VEDLEJŠÍ
Pocit'ování plnosti rektu	5	1	4	0,75	4	0,75	4	0,75	3	0,5	5	1	4	0,75	2	0,25	3	0,5	3	0,5	0,5125	VEDLEJŠÍ

Pocit'ování tlaku v rektu	4	0,75	5	1	5	1	4	0,75	3	0,5	4	0,75	4	0,75	2	0,25	3	0,5	4	0,75	0,6375	VEDLEJŠÍ
Celková únava	2	0,25	4	0,75	5	1	4	0,75	2	0,25	2	0,25	5	1	1	0	5	1	5	1	0,6125	VEDLEJŠÍ
Tvrdá, formovaná stolice	1	0	1	0	2	0,25	3	0,5	2	0,25	1	0	5	1	5	1	4	0,75	4	0,75	0,5625	VEDLEJŠÍ
Bolest hlavy	2	0,25	2	0,25	1	0	1	0	1	0	1	0	2	0,25	1	0	2	0,25	1	0	0,25	MOŽNO VYŘADIT
Hyperaktivní střevní zvuky	1	0	2	0,25	2	0,25	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	2	0,25	2	0,25	0,1	MOŽNO VYŘADIT
Hypoaktivní střevní zvuky	4	0,75	5	1	3	0,5	2	0,25	4	0,75	5	1	4	0,75	4	0,75	5	1	5	1	0,8	VEDLEJŠÍ
Zvýšený nitrobršní tlak	1	0	2	0,25	1	0	3	0,5	4	0,75	3	0,5	2	0,25	2	0,25	2	0,25	3	0,5	0,4375	MOŽNO VYŘADIT
Porucha trávení	1	0	2	0,25	3	0,5	3	0,5	1	0	5	1	4	0,75	4	0,75	3	0,5	5	1	0,675	VEDLEJŠÍ
Nauzea	1	0	1	0	2	0,25	1	0	2	0,25	1	0	2	0,25	1	0	3	0,5	1	0	0,2	MOŽNO VYŘADIT
Unikající tekutá stolice	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Bolest při defekaci	4	0,75	4	0,75	5	1	2	0,25	1	0	5	1	5	1	2	0,25	5	1	5	3	0,8875	HLAVNÍ
Palpačně zjištěna masa stolice v břiše	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Palpačně zjištěna masa stolice v rektu	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Poklepem zjištěný tupý zvuk v břiše	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Přítomnost měkké pastózní stolice v rektu	1	0	2	0,25	2	0,25	2	0,25	2	0,25	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0,125	MOŽNO VYŘADIT
Silná plynatost	5	1	4	0,75	5	1	5	1	2	0,25	5	1	5	1	2	0,25	1	0	2	0,25	0,7	VEDLEJŠÍ

Námaha při defekaci	5	1	4	0,75	5	1	4	0,75	2	0,25	5	1	5	1	2	0,25	1	0	2	0,25	0,6875	VEDLEJŠÍ	
Neschopnost posunu stolice	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Zvracení	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	MOŽNO VYŘADIT
FAKTORY	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	VS	CH											
Oslabené břišní svaly	4	0,75	2	0,25	2	0,25	4	0,75	3	0,5	3	0,5	3	0,5	2	0,25	3	0,5	3	0,5	0,5125	VEDLEJŠÍ	
Habituaální ignorování naléhavosti defekace	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0,0125	MOŽNO VYŘADIT	
Nedostatečné vyprazdňování	3	0,5	4	0,75	3	0,5	3	0,5	4	0,75	5	1	5	1	5	1	3	0,5	4	0,75	0,6625	VEDLEJŠÍ	
Nedostatečná fyzická aktivita	1	0	4	0,75	1	0	2	0,25	3	0,5	4	0,75	4	0,75	4	0,75	2	0,25	4	0,75	0,625	VEDLEJŠÍ	
Nepravidelné defekační návyky	1	0	3	0,5	1	0	2	0,25	4	0,75	4	0,75	4	0,75	3	0,5	4	0,75	4	0,75	0,6	VEDLEJŠÍ	
Nedávné změny prostředí	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	1	1	HLAVNÍ
Deprese	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Emoční stres	5	1	4	0,75	5	1	3	0,5	1	0	1	0	1	0	1	0	5	1	5	1	0,525	VEDLEJŠÍ	
Psychická zmatenost	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0,1	MOŽNO VYŘADIT	
Antacida obsahující hliník	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Anticholinergika	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Antikonvulziva	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Antidepresiva	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Antilipidemika	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Soli bizmutu	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	MOŽNO VYŘADIT

Kalcium karbonát	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Blokátory kalciových kanálů	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	5	1	1	0	1	0	1	0	0,15	MOŽNO VYŘADIT
Diuretika	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Soli železa	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	5	1	1	0	1	0	5	1	1	0	0,25	MOŽNO VYŘADIT
Předávkování laxativy	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Nesteroidní protizánětlivé léky	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Opiáty	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Fenotiaziny	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Sedativa	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Sympatomimetika	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Nerovnováha elektrolytů	2	0,25	2	0,25	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	2	0,25	1	0	3	0,5	0,15	MOŽNO VYŘADIT
Hemoroidy	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	5	1	5	1	1	0	1	0	5	1	0,25	MOŽNO VYŘADIT
Hirschprungova nemoc	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Neurologické poškození	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Obezita	1	0	4	0,75	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	4	0,75	1	0	0,2	MOŽNO VYŘADIT
Pooperační obstrukce	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Těhotenství	3	0,5	3	0,5	3	0,5	3	0,5	3	0,5	3	0,5	3	0,5	3	0,5	3	0,5	3	0,5	0,5	MOŽNO VYŘADIT
Zvětšení prostaty	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Rektální absces	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Rektální, anální fisury	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT

Rektální, anální striktury	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Prolaps konečníku	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Rektální vřed	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Rektokéla	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Tumory	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Změna ve stravovacích vzorcích	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	0,95	HLAVNÍ
Změna obvyklých jídel	5	1	4	0,75	5	1	3	0,5	3	0,5	4	0,75	5	1	5	1	3	0,5	5	1	0,7875	VEDLEJŠÍ
Snížená motilita gastrointestinálního traktu	3	0,5	5	1	5	1	3	0,5	5	1	5	1	4	0,75	4	0,75	5	1	5	1	0,8375	HLAVNÍ
Dehydratace	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0,0375	MOŽNO VYŘADIT
Špatný stav dentice	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Nedostatečná orální hygiena	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Nedostatečný příjem vlákniny	2	0,25	3	0,5	4	0,75	1	0	2	0,25	5	1	5	1	5	1	5	1	2	0,25	0,45	MOŽNO VYŘADIT
Nedostatečný příjem tekutin	3	0,5	2	0,25	1	0	2	0,25	2	0,25	3	0,5	3	0,5	1	0	3	0,5	2	0,25	0,2125	MOŽNO VYŘADIT
Nevhodné stravovací návyky	3	0,5	3	0,5	4	0,75	3	0,5	5	1	5	1	4	0,75	4	0,75	3	0,5	4	0,75	0,4875	MOŽNO VYŘADIT
PACIENT	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	VS	CH										
VĚK	21	28	38	26	29	26	32	31	36	34												
PARITA	I	I	II	I	II	I	I	II	I	I												
TYP PORANĚNÍ	EP	R. P. I°	EP	EP	EP	EP	EP	R. P. I°	EP	R. P. I°												

ZNAKY	H	PH	H	PH	H	PH	H	PH	H	PH	H	PH	H	PH	H	PH	H	PH	H	PH		
Bolest břicha	4	0,75	4	0,75	3	0,5	5	1	4	0,75	5	1	4	0,75	4	0,75	5	1	4	0,75	0,675	VEDLEJŠÍ
Citlivost břicha s palpační svalovou rezistencí	3	0,5	3	0,5	2	0,25	4	0,75	2	0,25	3	0,5	4	0,75	3	0,5	3	0,5	4	0,75	0,55	VEDLEJŠÍ
Citlivost břicha bez palpační svalové rezistence	3	0,5	2	0,25	2	0,25	1	0	1	0	3	0,5	1	0	2	0,25	2	0,25	3	0,5	0,2625	MOŽNO VYŘADIT
Anorexie	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Atypické projevy u starších osob	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Borborygmus	1	0	4	0,75	3	0,5	1	0	1	0	1	0	1	0	4	0,75	1	0	1	0	0,1125	MOŽNO VYŘADIT
Světle červená krev ve stolici	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Změna ve vzorci vyprazdňování	5	1	5	1	4	0,75	5	1	5	1	4	0,75	4	0,75	5	1	5	1	5	1	0,9375	HLAVNÍ
Snížená frekvence stolice	5	1	5	1	5	1	4	0,75	5	1	5	1	4	0,75	5	1	5	1	4	0,75	0,8125	HLAVNÍ
Snížený objem stolice	5	1	5	1	5	1	4	0,75	5	1	4	0,75	5	1	5	1	4	0,75	4	0,75	0,875	HLAVNÍ
Vzdučné břicho	2	0,25	3	0,5	1	0	2	0,25	4	0,75	5	1	4	0,75	3	0,5	4	0,75	5	1	0,725	VEDLEJŠÍ
Pocit'ování plnosti rektu	3	0,5	3	0,5	3	0,5	2	0,25	1	0	3	0,5	3	0,5	3	0,5	2	0,25	1	0	0,5125	VEDLEJŠÍ
Pocit'ování tlaku v rektu	5	1	3	0,5	4	0,75	2	0,25	1	0	3	0,5	5	1	5	1	2	0,25	3	0,5	0,6375	VEDLEJŠÍ
Celková únava	3	0,5	5	1	5	1	3	0,5	2	0,25	5	1	2	0,25	2	0,25	3	0,5	4	0,75	0,6125	VEDLEJŠÍ
Tvrdá, formovaná stolice	4	0,75	4	0,75	4	0,75	4	0,75	3	0,5	4	0,75	3	0,5	5	1	3	0,5	3	0,5	0,5625	VEDLEJŠÍ
Bolest hlavy	3	0,5	3	0,5	3	0,5	2	0,25	3	0,5	3	0,5	3	0,5	2	0,25	1	0	3	0,5	0,25	MOŽNO VYŘADIT

Hyperaktivní střevní zvuky	2	0,25	2	0,25	1	0	1	0	2	0,25	1	0	1	0	2	0,25	1	0	1	0	0,1	MOŽNO VYŘADIT
Hypoaktivní střevní zvuky	4	0,75	4	0,75	4	0,75	5	1	5	1	4	0,75	3	0,5	5	1	4	0,75	5	1	0,8	VEDLEJŠÍ
Zvýšený nitrobřišní tlak	3	0,5	3	0,5	2	0,25	3	0,5	4	0,75	3	0,5	3	0,5	4	0,75	3	0,5	4	0,75	0,4375	MOŽNO VYŘADIT
Porucha trávení	5	1	5	1	4	0,75	3	0,5	4	0,75	4	0,75	5	1	4	0,75	5	1	4	0,75	0,675	VEDLEJŠÍ
Nauzea	2	0,25	2	0,25	3	0,5	2	0,25	2	0,25	1	0	3	0,5	2	0,25	2	0,25	2	0,25	0,2	MOŽNO VYŘADIT
Unikající tekutá stolice	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Bolest při defekaci	5	1	4	0,75	4	0,75	5	1	4	0,75	4	0,75	5	1	4	0,75	5	1	5	1	0,8875	HLAVNÍ
Palpačně zjištěna masa stolice v břiše	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Palpačně zjištěna masa stolice v rektu	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Poklepem zjištěný tupý zvuk v břiše	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Přítomnost měkké pastózní stolice v rektu	2	0,25	2	0,25	1	0	1	0	2	0,25	1	0	2	0,25	2	0,25	2	0,25	1	0	0,125	MOŽNO VYŘADIT
Silná plynatost	4	0,75	3	0,5	3	0,5	4	0,75	3	0,5	5	1	5	1	4	0,75	5	1	4	0,75	0,7	VEDLEJŠÍ
Námaha při defekaci	4	0,75	3	0,5	4	0,75	4	0,75	5	1	4	0,75	4	0,75	5	1	3	0,5	4	0,75	0,6875	VEDLEJŠÍ
Neschopnost posunu stolice	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Zvracení	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
FAKTORY	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	VS	CH										
Oslabené břišní svaly	3	0,5	3	0,5	4	0,75	3	0,5	4	0,75	3	0,5	3	0,5	2	0,25	4	0,75	3	0,5	0,5125	VEDLEJŠÍ

Habituální ignorování naléhavosti defekace	2	0,25	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0,0125	MOŽNO VYŘADIT
Nedostatečné vyprazdňování	3	0,5	3	0,5	3	0,5	2	0,25	3	0,5	3	0,5	4	0,75	5	1	4	0,75	4	0,75	0,6625	VEDLEJŠÍ
Nedostatečná fyzická aktivita	4	0,75	4	0,75	4	0,75	5	1	4	0,75	4	0,75	3	0,5	4	0,75	5	1	4	0,75	0,625	VEDLEJŠÍ
Nepravidelné defekační návyky	3	0,5	4	0,75	4	0,75	5	1	4	0,75	4	0,75	4	0,75	5	1	3	0,5	2	0,25	0,6	VEDLEJŠÍ
Nedávné změny prostředí	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	1	HLAVNÍ
Deprese	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Emoční stres	5	1	4	0,75	2	0,25	3	0,5	3	0,5	4	0,75	2	0,25	4	0,75	2	0,25	2	0,25	0,525	VEDLEJŠÍ
Psychická zmatenost	1	0	5	1	1	0	1	0	1	0	3	0,5	1	0	1	0	3	0,5	1	0	0,1	MOŽNO VYŘADIT
Antacida obsahující hliník	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Anticholinergika	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Antikonvulziva	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Antidepresiva	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Antilipidemika	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Soli bizmutu	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Kalcium karbonát	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Blokátory kalciových kanálů	1	0	1	0	1	0	1	0	5	1	1	0	1	0	1	0	5	1	1	0	0,15	MOŽNO VYŘADIT
Diuretika	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Soli železa	5	1	1	0	1	0	5	1	1	0	1	0	1	0	1	0	5	1	1	0	0,25	MOŽNO VYŘADIT

Předávkování laxativy	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Nesteroidní protizánětlivé léky	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Opiáty	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Fenotiaziny	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Sedativa	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Sympatomimetika	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Nerovnováha elektrolytů	2	0,25	1	0	2	0,25	1	0	1	0	3	0,5	2	0,25	1	0	3	0,5	1	0	0,15	MOŽNO VYŘADIT
Hemoroidy	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	5	1	1	0	1	0	5	1	1	0	0,25	MOŽNO VYŘADIT
Hirschprungova nemoc	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Neurologické poškození	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Obezita	1	0	1	0	2	0,25	3	0,5	1	0	5	1	1	0	1	0	1	0	4	0,75	0,2	MOŽNO VYŘADIT
Pooperační obstrukce	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Těhotenství	3	0,5	3	0,5	3	0,5	3	0,5	3	0,5	3	0,5	3	0,5	3	0,5	3	0,5	3	0,5	0,5	MOŽNO VYŘADIT
Zvětšení prostaty	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Rektální absces	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Rektální, anální fisury	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Rektální, anální striktury	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Prolaps konečníku	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Rektální vřed	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Rektokéla	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Tumory	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT

Změna ve stravovacích vzorcích	5	1	5	1	4	0,75	5	1	4	0,75	4	0,75	5	1	4	0,75	5	1	5	1	0,95	HLAVNÍ
Změna obvyklých jídel	5	1	5	1	4	0,75	3	0,5	4	0,75	3	0,5	4	0,75	4	0,75	5	1	4	0,75	0,7875	VEDLEJŠÍ
Snížená motilita gastrointestinálního traktu	5	1	4	0,75	4	0,75	3	0,5	5	1	5	1	4	0,75	5	1	5	1	3	0,5	0,8375	HLAVNÍ
Dehydratace	1	0	1	0	2	0,25	1	0	1	0	1	0	2	0,25	2	0,25	1	0	1	0	0,0375	MOŽNO VYŘADIT
Špatný stav dentice	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Nedostatečná orální hygiena	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	MOŽNO VYŘADIT
Nedostatečný příjem vlákniny	1	0	1	0	4	0,75	2	0,25	3	0,5	1	0	4	0,75	3	0,5	1	0	2	0,25	0,45	MOŽNO VYŘADIT
Nedostatečný příjem tekutin	1	0	3	0,5	1	0	1	0	2	0,25	1	0	2	0,25	2	0,25	1	0	1	0	0,2125	MOŽNO VYŘADIT
Nevhodné stravovací návyky	4	0,75	2	0,25	1	0	1	0	1	0	4	0,75	1	0	1	0	5	1	1	0	0,4875	MOŽNO VYŘADIT

Zdroj: Kounovská, 2016

EP = epiziotomie

H = hodnota udaná pacientem

CH = typ charakteristiky

PH = přiřazená hodnota

R. P. I° = ruptura perinea I. stupně

R. P. II ° = ruptura perinea II. stupně

VS = vážené skóre

2.1.3 INTERPRETACE VLASTNÍHO PRŮZKUMU

Hlavním cílem průzkumného šetření je validizovat ošetrovatelské diagnózy NANDA I taxonomie II Akutní bolest (00132), Narušená integrita tkáně (00044) a Zácpa (00011) u pacientek s porodním poraněním 2. až 3 den po porodu.

Vedlejší Cíl 1: Validizovat ošetrovatelskou diagnózu NANDA I taxonomie II Akutní bolest (00132) u pacientek s porodním poraněním.

Pro pacientky s porodním poraněním 2. až 3. den po porodu lze validizovat ošetrovatelskou diagnózu NANDA I taxonomie II Akutní bolest (00132).

Za hlavní definující charakteristiku ze skupiny určujících znaků, můžeme dle Fehringova modelu označit charakteristiku Narušení vzorce spánku.

Jako vedlejší charakteristiky můžeme určit Kódový/číselný záznam bolesti a charakteristiku Bolest. Charakteristiky, které by mohly být vyřazeny, za předpokladu, že studie byla provedena s velkým množstvím odborníků, zastoupených z odlišných částí země nebo se jedná o studii, která již proběhla a výsledek je shodný: Změny chuti k jídlu, Změny krevního tlaku, Změny srdečního rytmu, Změny dýchání, Diaforéza, Nesoustředěné chování, Expresivní chování, Výraz obličeje, Ochranné chování, Zúžené zaměření pozornosti, Pozorované známky bolesti, Vyhledávání antalgické polohy, Obranná gesta, Rozšíření zornic a Sebestřednost.

Za hlavní charakteristiku z oblasti souvisejících faktorů můžeme označit charakteristiku Původci zranění.

Vedlejší cíl 2: Validizovat ošetrovatelskou diagnózu NANDA I taxonomie II Narušená integrita tkáně (00044) u pacientek s porodním poraněním.

Pro pacientky s porodním poraněním 2. až 3. den po porodu lze validizovat ošetrovatelskou diagnózu NANDA I taxonomie Narušená integrita tkáně.

Za hlavní definující charakteristiky ze skupiny znaků, můžeme dle Fehringa označit charakteristiky Poškozená tkáň a Zničená tkáň.

Jako vedlejší charakteristiky z oblasti faktorů můžeme určit charakteristiky Zhoršená tělesná mobilita a Mechanické faktory. Charakteristiky, které by mohly být vyřazeny, za předpokladu, že studie byla provedena s velkým množstvím odborníků, zastoupených z odlišných částí země nebo se jedná o studii, která již proběhla a výsledek je shodný: Změněný oběh, Chemická dráždidla, Nedostatek tekutin, Nedostatečné znalosti, Nadbytek tekutin, Nutriční faktory, Ozařování a Teplotní extrémy.

Vedlejší cíl 3: Validizovat ošetrovatelskou diagnózu NANDA I taxonomie Zácpa (00011) u pacientek s porodním poraněním.

Pro pacientky s porodním poraněním 2. až 3. den po porodu lze validizovat ošetrovatelskou diagnózu NANDA I taxonomie Zácpa (00011).

Za hlavní definující charakteristiky ze skupiny znaků, můžeme dle Fehringa označit charakteristiky Změna ve vzorci vyprazdňování, Snížená frekvence stolice, Snížený objem stolice a Bolest při defekaci. Jako vedlejší charakteristiky můžeme určit Bolest břicha, Citlivost břicha s palpační svalovou rezistencí, Vzednuté břicho, Pociťování plnosti rektu, Pociťování tlaku v rektu, Celková únava, Tvrdá formovaná stolice, Hypoaktivní střevní zvuky, Porucha trávení, Silná plynatost a Námaha při defekaci.

Charakteristiky ze skupiny znaků, které by mohly být vyřazeny, za předpokladu, že studie byla provedena s velkým množstvím odborníků, zastoupených z odlišných částí země nebo se jedná o studii, která již proběhla a výsledek je shodný: Citlivost břicha bez palpační svalové rezistence, Anorexie, Atypické projevy u starších osob, Borborygmus, Světle červená krev ve stolici, Bolest hlavy, Hyperaktivní střevní zvuky, Zvýšený nitrobřišní tlak, Nausea, Unikající tekutá stolice, Palpačně zjištěna masa stolice v břiše,

Palpačně zjištěna masa stolice v rektu, Poklepem zjištěný tupý zvuk v břiše, Přítomnost měkké pastózní stolice v rektu, Neschopnost posunu stolice a Zvracení.

Za hlavní definující charakteristiky ze skupiny faktorů můžeme dle Fehringa označit charakteristiky Nedávné změny prostředí, Změna ve stravovacích vzorcích a Snížená motilita gastrointestinálního traktu. Jako vedlejší charakteristiky můžeme určit Oslabené břišní svaly, Nedostatečné vyprazdňování, Nedostatečná fyzická aktivita, Nepravidelné defekační návyky, Emoční stres a Změna obvyklých jídel.

Charakteristiky ze skupiny faktorů, které by mohly být vyřazeny, za předpokladu, že studie byla provedena s velkým množstvím odborníků, zastoupených z odlišných částí země nebo se jedná o studii, která již proběhla a výsledek je shodný: Habituální ignorování naléhavosti defekace, Deprese, Psychická zmatenost, Antacida obsahující hliník, Anticholinergika, Antikonvulziva, Antidepresiva, Antilipidemika, Soli bizmutu, Kalcium karbonát, Blokátory kalciových kanálů, Diuretika, Soli železa, Předávkování laxativy, Nesteroidní protizánětlivé léky, Opiáty, Fenotiaziny, Sedativa, Sympatomimetika, Nerovnováha elektrolytů, Hemoroidy, Hirschprungova nemoc, Neurologické poškození, Obezita, Pooperační obstrukce, Těhotenství, Zvětšení prostaty, Rektální absces, Rektální, anální fisury, Rektální, anální striktury, Prolaps konečníku, Rektální vřed, Rektokéla, Tumory, Dehydratace, Špatný stav dentice, Nedostatečná orální hygiena, Nedostatečný příjem vlákniny, Nedostatečný příjem tekutin a Nevhodné stravovací návyky.

2.2 DISKUZE

Pro náš soubor, tedy ženy s porodním poraněním 2. až 3. den po porodu jsme při validizaci zjistili, že mnoho definujících charakteristik (určujících znaků a souvisejících faktorů), by mohlo být vyřazeno, pokud by studie proběhla s velkým množstvím odborníků, či jiná studie se shodným výsledkem již proběhla.

Na počátku roku 2016 vyšla nová aktualizace Ošetřovatelských diagnóz – Definice a klasifikace 2015-2017 NANDA International, kde jsou nové diagnózy, např. Porodní bolest či Riziko poranění močového ústrojí. Tyto diagnózy by mohly být validovány a výsledky srovnány s naším průzkumem, zejména diagnóza Porodní bolest.

V definujících charakteristikách došlo v novém vydání k drobným změnám, pro srovnání je uvádíme k jednotlivým diagnózám. Pro diagnózu Akutní bolest (00132) jsou charakteristické následující změny:

- Určující znaky Změny krevního tlaku, Změny srdečního rytmu a Změny dýchání jsou nově zahrnuty pod jeden znak Změny ve fyziologických funkcích. Dle výsledků našeho průzkumu by bylo možné pro naše respondentky vyloučit všechny tyto tři znaky vyloučit.
- Novým určujícím znakem je Beznaděj a naopak nově vyřazeným znakem je Narušení vzorce spánku, který v našem průzkumu vyšel jako hlavní znak. Myslíme si však, že tento znak je opodstatněný, zejména v našem případě, kdy jsme prováděli průzkum 2. až 3. den po porodu, kdy byly ženy unavené a nevyspalé.

Pro diagnózu Narušená integrita tkáně (00044) jsou charakteristické následující změny:

- Nově zařazené související faktory jsou: Změny metabolismu, Změny citlivosti, Věkové extrémy, Vysoké napětí, Vzdušná vlhkost, Periferní neuropatie, Farmaka a Chirurgické faktory. K vyřazení určujících znaků ani souvisejících faktorů nedošlo.

Pro diagnózu Zácpa (00011) jsou charakteristické následující změny:

- Nově vyřazené určující znaky jsou: Pociťování plnosti rektu, Pociťování tlaku v rektu (v našem průzkumu vedlejší charakteristiky) a Nauzea, kterou je možno i podle našeho průzkumu vyloučit.
- Nově vyřazená je i celá řada farmakologických souvisejících faktorů, které by mohly být vyřazeny i podle našeho průzkumu: Antacida obsahující hliník, Anticholinergika, Antikonvulziva, Antidepresiva, Antilipidemika, Soli bizumutu, Kalcium karbonát, Blokátory kalciových kanálů, Diuretika, Soli železa, Nesteroidní protizánětlivé látky, Opiáty, Fenotiaziny, Sedativa a Sympatomimetika. Nově je zařazený faktor Farmaka.

2.2.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Doporučení pro porodní asistentky:

- Aktivně podporovat ženu ve všech dobách porodních.
- Seznámit těhotnou ženu s metodami tlumení bolesti při porodu a po porodu, ať už pomocí farmak či jiných alternativních metod.
- Vždy pečlivě zodpovědět všechny dotazy těhotné ženy, vysvětlit nutnost provedení invazivních výkonů (epiziotomie).
- Edukovat ženu po porodu, jak se správně starat o porodní poranění

Doporučení pro těhotné ženy:

- V průběhu těhotenství aktivní příprava na porod (masáž hráze, dechová cvičení, cvičení pro posílení svalů dna pánevního, EPI-NO balonek)
- Návštěva předporodních kurzů, kde se žena seznámí s průběhem porodu a šestinedělí
- Po porodu se pečlivě starat o porodní poranění, dodržovat zásady hygieny a vyvarovat se pohlavnímu styku po dobu šesti týdnů.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá prevencí, mechanismem vzniku, způsobem ošetření a charakteristikou porodních poranění. V teoretické části bakalářské práce se dále zabýváme metodami chránění hráze za porodu a možnostmi, jak se lze z hlediska těhotné připravit na porod.

V praktické části bakalářské práce jsme validizovali vybrané ošetrovatelské diagnózy metodou kvantitativního průzkumu. Validizace byla realizována dle metodiky na pacienta zaměřeného Fehringova modelu. Sběr potřebných dat probíhal formou strukturovaného rozhovoru a získaná data jsme zaznamenali do vlastního záznamového archu.

Cílem teoretické části bakalářské práce bylo vyhledat recentní poznatky o dané problematice a sestavit tak ucelený, systematický přehled. V praktické části bakalářské práce jsme validizovali vybrané ošetrovatelské diagnózy NANDA I taxonomie II Akutní bolest (00132), Narušená integrita tkáně (00044) a Zácpa (00011) u pacientek s porodním poraněním 2. až 3. den po porodu. Všechny cíle práce byly splněny.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Dianatal porodnický gel. *Dianatal* [online]. [cit. 2016-01-12]. Dostupné z: <http://www.dianatal.eu/czech/why-dianatal-obstetric-gel.html>

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

Epi-no - Předporodní příprava. *Epino* [online]. [cit. 2016-01-12]. Dostupné z: <http://www.epino.cz/epi-no/predporodni-priprava.html>

GARNEKOVÁ, Z. a kol., 2014. *Dovednosti v porodní asistenci*. Text pro posluchače zdravotnických oborů. Praha: VŠZ.

HÁJEK, Z., E. ČECH, K. MARŠÁL a kol., 2014. *Porodnictví*. 3., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4529-9.

KARBANOVÁ, J. a kol., Mediolaterální epiziotomie a poranění análního sfinkteru. *Česká gynekologie*, 2009, roč. 74(4), s. 247-251. ISSN 1210-7832.

KAŠÍKOVÁ, E. Vaginální porod a pánevní trauma. *Postgraduální medicína*, 2012, roč. 14, č. 3, s. 274-277. ISSN 1212-4184.

KROFTA, Ladislav. Poranění pánevního dna v souvislosti s vaginálně vedeným porodem. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2009, roč. 18, č. 3, s. 317-329. ISSN 1211-1058.

MARYŠKOVÁ, Andrea, 2010. Možnosti zlepšení prevence poranění hráze. *Sestra*, roč. 20, č. 3, s. 80-81. ISSN 1210-0404.

NANDA International, 2013. *Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2012-2014*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4328-8.

NANDA International, Inc., 2015. *Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2015-2017*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5412-3.

NĚMCOVÁ, J. a kol., 2015. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Praha: Vysoká škola zdravotnická. ISBN 978-80-904955-3.

Ošetrovatelství - Výuka - Ošetrovatelské diagnózy. *Ošetrovatelství - Informace - Úvod* [online]. [cit. 2016-01-13]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/osetrovatelske-diagnozy.aspx>

OTČENÁŠEK, M. Mechanismus poranění pánevního dna při vaginálním porodu. In: *Moderní babičství*. Praha: Levret, [2003]-. 2009, č. 17, s. 24-27. ISSN 80-903183-5-5.

OTČENÁŠEK, M. a kol., Porodní poranění puborektálního svalu - sledování pomocí 3D ultrazvuku. *Česká gynekologie*, 2006, Roč. 71, č. 4, s. 318-322. ISSN 1210-7832.

PAŘÍZEK, A., 2006. *Kniha o těhotenství a porodu*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-411-3.

PAŘÍZEK, A., 2012. *Kritické stavy v porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén; Kamenice: MCC Publishing. ISBN 978-80-7262-949-7.

Péče o ženy se závažným porodním poraněním hráze. Doporučený postup. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2013, roč. 22, č. 4, s. 360-363. ISSN 1211-1058.

Problémy a komplikace v šestinedělí. *Sestinedeli* [online]. [cit. 2016-01-13]. Dostupné z: <http://www.sestinedeli.cz/komplikace/>

ROB, L. a kol., 2012. *Gynekologie*. 2. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-501-7.

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

ROZTOČIL, A. a kol., 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2832-2.

RUŠAVÝ, Z. a kol. Perineální audit: důvody pro více než 1000 epiziotomií. *Česká gynekologie*, 2011, roč. 76, č. 5, s. 378-385. ISSN 1210-7832.

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

ZÁHUMENSKÝ, J. Porodní poranění po porodnických operacích. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2009, roč. 18, č. 3, s. 330-338. ISSN 1211-1058.

ZEMANOVÁ, H. Problematika rozsáhlého porodního poranění a komplikace s ním spojené. *Praktická gynekologie*, 2013, roč. 17, č. 1, s. 93-95. ISSN 1211-6645.

PŘÍLOHY

Příloha A Rešerše

VALIDIZACE OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ U ŽEN PO PORODNÍM PORANĚNÍ

Radka Kounovská

- Jazykové vymezení: čeština, angličtina
- Klíčová slova: akutní bolest – acute pain, epiziotomie – episiotomy, narušená integrita tkáně – impaired tissue integrity, porodní poranění – birth injury, ruptura perinea – rupture of the perineum, validizace ošetrovatelských diagnóz – validation of nursing diagnoses, zácpa – constipation
- Časové vymezení: 2006-2016
- Druhy dokumentů: vysokoškolské práce, knihy, články a příspěvky ve sborníku, elektronické zdroje
- Počet záznamů: 63 (vysokoškolské práce: 3, knihy: 5, články a příspěvky ve sborníku: 55, elektronické zdroje: 0)
- Použitý citační styl: Harvardský, ČSN ISO 690-2:2011(česká verze mezinárodních norem pro tvorbu citací tradičních a elektronických dokumentů)
- Základní prameny: katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz)

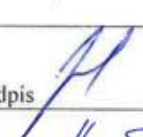

Příloha B Protokol k provádění sběru dat

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.
Duškova 7, 150 00 Praha 5



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku,
který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	Kounovská Radka	
Studijní obor	Porodní asistentka	Ročník 3.
Téma práce	Validizace ošetřovatelských diagnóz u žen po porodním poranění	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Masarykova nemocnice v Rakovníku	
Jméno vedoucího práce	PhDr. Ivana Jahodová	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím podpis 	
Souhlas náměstkyně pro ošetřovatelskou péči	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím podpis 	

v Prase dne 13.11.2015

Kounovská
podpis studenta

Příloha C Potvrzení o přeložení abstraktu



Ondřej Houdek

preklady.houdek@seznam.cz
Tel.: (+420) 604 749 993
Web: www.preklady-houdek.cz
IČ: 88119092
Skype: houdek.ondrej

Tímto potvrzují, že tento překlad (soubor s názvem *abstrakt č. 2_CZ_EN.docx*) byl vyhotoven profesionálním překladatelem dne 29. 02. 2016 pro klienta:

Kounovská Radka
Cafourkova 520
Praha 8
181 00

Ondřej Houdek

Tel: +420 604 749 993

Email: preklady.houdek@seznam.cz

IČ: 88119092

Příloha D Záznamový arch



Vysoká škola zdravotnická, o. p. s
Radka Kounovská
3. ročník, obor Porodní asistentka

ZÁZNAMOVÝ ARCH

Definující charakteristiky	Hodnocení pomocí Likertovy škály (1-5)
Akutní bolest (00132)	
Změny v chuti k jídlu	
Změny krevního tlaku	
Změny srdečního rytmu	
Změny dýchání	
Kódový/číselný záznam (např. použití stupnice bolesti)	
Diaforéza	
Nesoustředěné chování	
Expresivní chování (neklid, sténání, pláč)	
Výraz obličeje	
Ochranné chování	
Zúžené zaměření pozornosti	
Pozorované známky bolesti	
Vyhledávání antalgické polohy	
Obranná gesta	
Rozšíření zornic	
Bolest	
Sebestřednost	
Narušení vzorce spánku	
Původci zranění (biologičtí)	
Narušená integrita tkáně (00044)	
Poškozená tkáň (slizniční, kůže, podkoží)	
Zničená tkáň	
Změněný oběh	
Chemická dráždidla	
Nedostatek tekutin	
Nedostatečné znalosti	
Nadbytek tekutin	
Zhoršená tělesná mobilita	
Mechanické faktory (tlak, tření)	
Nutriční faktory	
Ozařování	
Teplotní extrém	
Zácpa (00011)	

Bolest břicha	
Citlivost břicha s palpační svalovou rezistencí	
Citlivost břicha bez palpační svalové rezistence	
Anorexie	
Atypické projevy u starších osob	
Borborygmus	
Světle červená krev ve stolici	
Změna ve vzorci vyprazdňování	
Snížená frekvence stolice	
Snížený objem stolice	
Vzednuté břicho	
Pocitování plnosti rektu	
Pocitování tlaku v rektu	
Celková únava	
Tvrdá, formovaná stolice	
Bolest hlavy	
Hyperaktivní střevní zvuky	
Hypoaktivní střevní zvuky	
Zvýšený nitrobřišní tlak	
Porucha trávení	
Nauzea	
Unikající tekutá stolice	
Bolest při defekaci	
Palpačně zjištěna masa stolice v břiše	
Palpačně zjištěna masa stolice v rektu	
Poklepem zjištěný tupý zvuk v břiše	
Přítomnost měkké pastózní stolice v rektu	
Silná plynatost	
Námaha při defekaci	
Neschopnost posunu stolice	
Zvracení	
Oslabené břišní svaly	
Habituální ignorování naléhavosti defekace	
Nedostatečné vyprazdňování	
Nedostatečná fyzická aktivita	
Nepravidelné defekační návyky	
Nedávné změny prostředí	
Deprese	
Emoční stres	
Psychická zmatenost	
Antacida obsahující hliník	
Anticholinergika	
Antikonvulziva	

Antidepresiva	
Antilipidemika	
Soli bizmutu	
Kalcium karbonát	
Blokátory kalciových kanálů	
Diuretika	
Soli železa	
Předávkování laxativy	
Nesteroidní protizánětlivé látky	
Opiáty	
Fenotiaziny	
Sedativa	
Sympatomimetika	
Nerovnováha elektrolytů	
Hemoroidy	
Hirschsprungova nemoc	
Neurologické poškození	
Obezita	
Pooperační obstrukce	
Těhotenství	
Rektální absces	
Rektální, anální fisury	
Rektální, anální striktury	
Prolaps konečníku	
Rektální vřed	
Rektokéla	
Tumory	
Změna ve stravovacích vzorcích	
Změna obvyklých jídel	
Snížená motilita gastrointestinálního traktu	
Dehydratace	
Špatný stav dentice	
Nedostatečná orální hygiena	
Nedostatečný příjem vlákniny	
Nedostatečný příjem tekutin	
Nevhodné stravovací návyky	

Likertova škála:

- 1 – není vůbec charakteristické pro mě nebo příznačné pro diagnózu
- 2 – velmi málo charakteristické pro diagnózu
- 3 – málo (trochu) charakteristické
- 4 – významně, značně charakteristické
- 5 – velmi charakteristické