

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

**PÉČE O ŽENU PO UMĚLÉM PŘERUŠENÍ
TĚHOTENSTVÍ Z DŮVODU VROZENÝCH
VÝVOJOVÝCH VAD PLODU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

LUCIE MARKVARTOVÁ

Praha 2017

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

**PÉČE O ŽENU PO UMĚLÉM PŘERUŠENÍ
TĚHOTENSTVÍ Z DŮVODU VROZENÝCH
VÝVOJOVÝCH VAD PLODU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

LUCIE MARKVARTOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Porodní asistentka

Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová

Praha 2017



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

Markvartová Lucie
3. A PA

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 12. 4. 2016 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Péče o ženu po umělém přerušení těhotenství z důvodu vrozených
vývojových vad plodu

Healthcare in Women after Abortion Due to Fetus Malformations

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Ivana Jahodová

V Praze dne: 1. 11. 2016


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 titulu neakademického.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 31. 3. 2017

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce PhDr. Ivaně Jahodové, za vedení mé práce, za vstřícnost, cenné rady a trpělivost. Dále děkuji za poskytnuté odborné rady a připomínky MUDr. Eduardu Podzemnému.

ABSTRAKT

MARKVARTOVÁ, Lucie. *Péče o ženu po umělém přerušení těhotenství z důvodu vrozených vývojových vad plodu*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová. Praha 2017. 59 s.

Téma této bakalářské práce je Péče o ženu po umělém přerušení těhotenství z důvodu vrozených vývojových vad plodu. Obsahem teoretické části jsou dohledané publikované poznatky o umělém přerušení těhotenství z důvodu vrozených vývojových vad plodu. Zahrnuje rizika s tímto zákrokem spojená, prenatální diagnostiku, příčiny vrozených vývojových vad plodu a následnou péči porodní asistentky po umělém přerušení těhotenství. Praktická část se zaměřuje na kazuistiku pacientky s vrozenou vývojovou vadou plodu a využívá poznatky z odborné praxe.

Klíčová slova: Interrupce. Ošetrovatelský proces. Porodní asistentka. Prenatální diagnostika. Vrozené vývojové vady.

ABSTRACT

MARKVARTOVÁ, Lucie. Healthcare in Women after Abortion Due to Fetus Malformations. Medical College, Qualification degree: Bachelor (Bc.). Thesis supervisor: PhDr. Ivana Jahodová. Prague 2017. 59 pages.

The topic of this Bachelor's thesis was: Healthcare in Women after Abortion Due to Fetus Malformations. The theoretical part comprises an overview of the published knowledge about abortion due to congenital fetal malformations. It includes the risks related to this intervention, prenatal diagnostics, causes of congenital fetal malformations and the after-care by the midwife during the nursing process following an abortion. The practical part focuses on the case study of a patient with a congenital fetal malformation, utilizing knowledge from professional practice.

Keywords: Congenital malformations. Interruption. Midwife. Nursery care. Prenatal diagnostics.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

ÚVOD	12
1 VROZENÉ VÝVOJOVÉ VADY	14
1.1 TYPY VROZENÝCH VAD PLODU	14
1.2 CITLIVOST PLODU NA VNĚJŠÍ FAKTORY	15
1.3 PŘÍČINY VROZENÝCH VAD A TERATOGENY	16
2 PRENATÁLNÍ DIAGNOSTIKA	18
2.1 ÚKOLY PRENATÁLNÍ DIAGNOSTIKY	18
2.2 VYŠETŘENÍ V OBDOBÍ GRAVIDITY	19
2.3 INDIKACE KE GENETICKÉ KONZULTACI	20
2.4 METODY PRENATÁLNÍ DIAGNOSTIKY	20
2.4.1 NEINVAZIVNÍ VYŠETŘENÍ	20
2.4.2 INVAZIVNÍ VÝKONY	22
2.4.3 FETÁLNÍ TERAPIE	23
2.5 ÚSPĚŠNOST PRENATÁLNÍ DIAGNOSTIKY	23
2.6 DIAGNOSTIKA VÝVOJOVÝCH VAD PLODU	24
2.6.1 DIAGNOSTIKA CHROMOZOMÁLNÍCH VAD PLODU	24
2.6.2 DOWNŮV SYNDROM	25
2.6.3 DIAGNOSTIKA STRUKTURÁLNÍCH VAD PLODU	26
2.6.4 DIAGNOSTIKA GENETICKÉHO SYNDROMU PLODU	26
2.6.5 DIAGNOSTIKA PORUCHY VÝVOJE TĚHOTENSTVÍ	27
2.6.6 TŘI/ČTYŘI D ULTRAZVUKOVÉ VYŠETŘENÍ	27
2.6.7 DIAGNOSTICKÝ TEST VYŠETŘENÍ FETÁLNÍ DNA Z KRVE MATKY ...	27
3 UMĚLÉ PŘERUŠENÍ TĚHOTENSTVÍ	28
3.1 METODY UMĚLÉHO PŘERUŠENÍ TĚHOTENSTVÍ VE II. TRIMESTRU	28
3.1.1 APLIKACE PROSTAGLANDINŮ	29

3.1.2 INDUKCE VĚTŠÍCH POTRATŮ	29
3.1.3 SECTIO CAESAREA MINOR.....	30
3.2 KOMPLIKACE INTERRUPCÍ	30
4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE	32
4.1 INTERRUPCE V PRAXI PORODNÍCH ASISTENTEK.....	32
4.2 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA	32
4.3 OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA.....	33
4.4 GYNEKOLOGICKÉ OPERACE.....	34
4.5 PŘEDOPERAČNÍ PÉČE	34
4.6 INTRAOPERAČNÍ OBDOBÍ	36
4.7 POOPERAČNÍ OBDOBÍ	36
4.8 PSYCHOSOCIÁLNÍ POTŘEBY PACIENTKY	37
4.9 ETIKA V OŠETŘOVATELSTVÍ	38
5 KAZUISTIKA ŽENY S INDUKOVANÝM POTRATEM..	39
DISKUZE	54
ZÁVĚR.....	55
SEZNAM LITERATURY	56
PŘÍLOHY	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

3D/4D	Troj-/čtyřrozměrné prostorové zobrazení
AFP	(alfa-1-fetoprotein) bílkovina tvořená buňkami plodu
BWR	Bordetova-Wassermannova reakce
CVS	(chorionic villus sampling) choriové klky, součást vyvíjející se placenty
D	dech
FBhCG	(free-beta-hCG) volná beta podjednotka lidského choriového gonadotropinu
HbsAg	Hepatitis B surface Antigen
HIV	virus lidské imunitní nedostatečnosti
MHz	(MegaHertz) - jednotka frekvence
MoM	(multiple of the median) násobky mediánu
NT	(nuchální translucence) přechodné nahromadění tekutiny v zátylku plodu
P	pulz
PAPP-A	(pregnancy associated plasma protein A) specifický těhotenský protein A
ThCG	celkový lidský gonadotropin
TK	krevní tlak
TT	tělesná teplota
uE3	volný (nekonjugovaný) estriol - volný estriol

(VOKURKA a kol., 2009)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Amniocentéza	odběr plodové vody
dirupce vaku blan	umělé protržení vaku blan
feto-fetální transfúze	závažný patologický stav vícečetného těhotenství
gonadotropin	hormon stimulující vývoj pohlavních orgánů
in utero	v děloze
intracervikální	uvnitř cervixu hrdla dělohy
intraoperační	v průběhu operace
karyotyp	soubor všech chromozomů v buněčném jádře
kongenitální	vrozený (ale nikoli zděděný)
kordocentéza	odběr krve z pupečníku
monogenní	vlastnost řízena jedním genem
nauzea	nevolnost, pocit na zvracení
nuchální translucence	šíjové projasnění
obstrukce	neprůchodnost
perioerační	doba před, během a po operaci
placenta praevia	vcestné lůžko
preeklampsie	v těhotenství, vysoký krevní tlak, bílkovina v moči, otoky
Rh-izoimunizace antigenům	vznik imunitní reakce včetně vzniku protilátek proti cizím
Screening	vyšetřování předem definované skupiny lidí
sectio caesarea minor	postup používaný u větších potratů
trizomie	genomová mutace
uterotonika	léky užívané k posílení činnosti děložního svalstva
vakuumaspirace	odsátí plodového vejce podtlakovou savkou

(VOKURKA a kol., 2009)

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 Biopsie choria.....	22
Obrázek 2 Amniocentéza.....	22
Obrázek 3 Kordocentéza.....	23
Tabulka 1 Detailní přehled efektivity metod screeningu Downova syndromu	25
Tabulka 2 Rozdíl mezi ošetrovatelskou a lékařskou diagnózou.....	33

ÚVOD

Předkládaná práce se věnuje problematice umělého přerušení těhotenství a rizikům, která jsou s tímto zákrokem spojena, prenatální diagnostice, která je v dnešní době bezvýhradně dostupná všem gravidním ženám, úloze porodních asistentek během hospitalizace, a především, ošetrovatelskému procesu u ženy po umělém přerušení těhotenství z důvodu vrozených vývojových vad plodu.

Zjištění vrozené vývojové vady či chromozomální aberace u plodu staví ženy před velký zdravotní, a etický problém. Umělé přerušení gravidity je pro ženu velmi traumatizující a řada žen poté trpí depresivními poruchami a pocity smutku. Zdravotnický personál by měl ženě svým profesionálním a odborným přístupem tuto situaci ulehčit. Prenatální diagnostika společně s liberálním interrupčním zákonem ČR, dává dnes ženě možnost svobodně se rozhodnout o dalším trvání gravidity, v případě postižení plodu vývojovou vadou. Snahou je posunout vyšetření na co nejnižší možný týden gravidity, aby bylo možné ukončit těhotenství z důvodu vrozených vad plodu co nejdříve, což je pro ženu jistě méně traumatizující než v pozdějších týdnech gravidity.

Dítě narozené s vrozenou vadou je celospolečenský problém. Lékařská genetika se může pokusit objasnit, proč u něj onemocnění vzniklo, jaké je riziko, že se bude v rodině stejná nemoc opakovat, a zda umíme nabídnout vyšetření, která dispozici pro stejnou nemoc u příbuzných pacienta včas odhalí. Příčinou dědičných nemocí jsou chyby v genetické informaci. Obvykle jsou to onemocnění vážná, obtížně léčitelná, která významně ovlivňují kvalitu i délku života dítěte. Lékařská genetika se zaměřuje nejen na původního pacienta, ale také na členy nejbližší rodiny. Jedním z jejích úkolů je pomoci rodině pochopit příčinu dědičné nemoci.

V teoretické části bakalářské práce byl stanoven následující cíl:

Předložit dohledané publikované poznatky týkající se problematiky přerušení těhotenství z důvodu vrozených vývojových vad plodu. Poskytnout pokud možno ucelený přehled o důležitosti prenatální diagnostiky a metodách zachytu vrozených vývojových vad, zaměřit se na proces ošetrovatelské péče během hospitalizace pacientky z hlediska ošetrovatelského a psychologického.

V praktické části bakalářské práce byl stanoven následující cíl:

Vytvořit kazuistiku u pacientky po umělém přerušení těhotenství z důvodu vrozených vývojových vad plodu, s přehledem poskytované péče, popsat důvody, které k podstoupení interrupce vedly, poznatky, zda a jak interrupce vyřešila danou situaci.

Před zahájením bakalářské práce byla prostudována následující **vstupní studijní literatura:**

CALDA, P. a kol. 2010. *Ultrazvuková diagnostika v těhotenství a gynekologii*. Praha: Profema. 496 s. ISBN 978-80-903706-2-3.

HÁJEK, Z., E. ČECH, K. MARŠÁL a kol. 2014. *Porodnictví*. 3. zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. 576 s. ISBN 978-80-247-4529-9.

KOČÁREK, E. a kol. 2011. *Klinická cytogenetika I.: úvod do klinické cytogenetiky, vyšetřovací metody v klinické cytogenetice*. 2. vydání. Praha: Karolinum. 120 s. ISBN 978-80-246-1880-7.

MIKŠOVÁ, Z. a kol. 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. Praha: Grada Publishing. 172 s. ISBN 80-247-1443-4.

NANDA INTERNATIONAL. 2012-2014. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace*. Praha: Grada Publishing, 2013. 584 s. ISBN 978-80-247-4328-8.

ROZTOČIL, A. a kol. 2011. *Moderní gynekologie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 528 s. ISBN 978-80-247-2832-2.

SLEZÁKOVÁ, L. 2011. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 1. vydání Praha: Grada Publishing. 269 s. ISBN 978-80-247-3373-9.

TAKÁCS, L. a kol. 2015. *Psychologie v perinatální péči*. Praha: Grada Publishing. 208 s. ISBN 978-80-247-5127-6.

Rešeršní strategie:

Pro vyhledávací strategii byly zvoleny dvě metody. První metoda se zaměřila na rešerše z tištěných zdrojů za vyhledávací období 2006 až 2016. Druhá vyhledávací metoda byla pomocí on-line databází Medvik, PubMed a Theses. Kde byla zadávána klíčová slova.

1 VROZENÉ VÝVOJOVÉ VADY

Vrozené vývojové vady jsou odchylky od normálního prenatalního vývoje lidského jedince. Jedná se o takové odchylky, které překračují míru variability běžnou v populaci a které jsou, alespoň do určité míry, pro svého nositele patologické. Vrozená vada může narušovat jak normální strukturu tkání a orgánů, tak jejich funkci. Vzniká na základě abnormálního ontogenetického vývoje, zapříčiněného genetickými faktory, faktory vnějšího prostředí či oběma skupinami faktorů.

Klinická závažnost vrozených vad je různá, od nevýznamných, třeba jen kosmetických odchylek, po vady letální, které způsobí smrt svého nositele ještě „in-utero“ nebo krátce po narození. Vrozená vada se nikdy sama neupraví. K jejímu odstranění nebo kompenzaci jsou nutné (často ne však možné) jednorázové, opakované až trvalé, léčebné procedury (operace, substituce, rehabilitace). Čím dříve se tato vývojová vada objeví, tím je pro svého nositele závažnější (HÁJEK, 2014).

1. 1 TYPY VROZENÝCH VAD PLODU

Existují tři základní typy vrozených vad plodu:

- strukturální vady,
- chromozomální vady,
- genetické syndromy.

Strukturální vrozené vady jsou vadami orgánů a systémů plodu. Jsou nejčastějším typem vrozených vad plodu. Patří k nim například vrozené vady mozku, srdce, obličeje, končetin a podobně. Zahrnují malformace, dirupce a deformace či jejich kombinace a jsou po narození dítěte ihned rozpoznatelné. Funkční vrozené vývojové vady se většinou neprojeví ihned po narození a velkou část z nich tvoří poruchy metabolismu (CALDA, 2014).

Chromozomální vady jsou genetické vady, které spočívají v poruchách počtu a struktury celých chromozómů. Nejčastějším typem chromozomální vady je Downův syndrom (trizomie 21), který je způsoben přítomností jednoho nadbytečného chromozomu č. 21. Výskyt nadbytečného chromozomu vede k takzvané stigmatizaci (určité

charakteristické rysy vzhledu) postiženého jedince a zpravidla k různě závažnému opoždění mentálního vývoje. K dalším častým chromozomálním vadám patří Edwardsův syndrom (trizomie chromozomu č. 18), Patauův syndrom (trizomie chromozomu č. 13) a vady počtu pohlavních chromozomů (Turnerův syndrom, Klinefelterův syndrom apod.) (KOČÁREK, 2011).

Genetické syndromy jsou genetické vady, které spočívají v poruchách složení malých částí jednotlivých chromozomů. Jedná se o změny na úrovni jednotlivých genů, což jsou části DNA nesoucí genetickou informaci jedince. Výskyt genetických syndromů u nerizikové populace těhotných žen je velmi málo pravděpodobný. Většina genetických syndromů je spojena s výskytem strukturálních vad plodu, riziko genetického syndromu zásadně stoupá při opakovaném výskytu určitého typu genetického syndromu v rodinné anamnéze. Růst plodu se dělí do dvou fází. V první polovině těhotenství převažuje genetický růst (rozvoj orgánů a jednotlivých systémů) a v druhé polovině gravidity se uplatňují hormony a vliv prostředí (KOČÁREK, 2011).

1. 2 CITLIVOST PLODU NA VNĚJŠÍ FAKTORY

Teratogeny (vnější faktory) a genetické faktory mohou zasahovat do normální morfogeneze plodu na různých úrovních. Vyvíjející se plod je v různých obdobích různě citlivý na faktory, které jeho vývoj nepříznivě ovlivňují. První trimestr gravidity je obdobím, kdy je zárodek zvýšeně citlivý k působení škodlivin. V druhém a třetím trimestru je organogeneze prakticky dokončena, proto je plod proti negativním vlivům již více odolný. Čím dříve dojde k poruše vývoje, tím jsou následky pro vyvíjející se organismus závažnější. Tzv. kritické období plodu představuje 3. - 9. týden vývoje. Pro jednotlivé orgány je kritické období specifické a vzájemně mírně odlišné. Centrální nervový systém a kardiovaskulární systém: přibližně 3. - 6. týden vývoje. Smysly: oči a uši, přibližně 4. - 9. týden vývoje. Končetiny: konec 4. týdne až polovina 8. týdne vývoje. Patro a zuby: 6. - 8. týden vývoje. Zevní genitál: 7. - 9. týden vývoje.

Kromě fáze gravidity má na další osud plodu vliv také intenzita podnětu. Silné podněty vedou většinou přímo k odúmrťi plodu, podněty menší intenzity vedou ke vzniku malformace. Během prvních dvou týdnů vývoje není naštěstí plod příliš citlivý k teratogenním

podnětům, buď k poškození vůbec nedojde, nebo naopak, což je méně časté, celé plodové vejce odumře (CALDA, 2010).

1.3 PŘÍČINY VROZENÝCH VAD A TERATOGENY

Nejčastěji jsou vrozené vady způsobené kombinací několika faktorů – kromě genetické predispozice se zapojuje působení fyzikálních, biologických nebo chemických vnějších faktorů (teratogenů):

Faktory genetické

Chromozomální aberace představují specifickou skupinu diagnóz, Jsou zapříčiněny strukturálními či numerickými odchylkami v karyotypu (soubor všech chromozomů v jádře buňky) a často se projevují komplexně – jako syndromy (například syndrom Downův, Edwardův, Patauův, Turnerův atd.). Monogenně podmíněné vrozené vady jsou způsobené mutací v jednom genu.

Kombinace genetických a vnějších faktorů

Multifaktoriálně podmíněné vrozené vady představují velmi rozsáhlou skupinu, která etiologicky stojí na rozhraní mezi vadami podmíněnými geneticky a vadami podmíněnými faktory zevního prostředí. V případě multifaktoriálně podmíněných vrozených vývojových vad se totiž uplatňují obě skupiny faktorů (KOČÁREK, 2011).

Vnější faktory

Vnější faktory, které jsou schopné zapříčinit vznik vrozené vývojové vady, nebo riziko takovéto vady významným způsobem zvyšují, obecně označujeme jako teratogeny. Faktory zevního prostředí (teratogeny) lze rozdělit na tři hlavní skupiny:

Teratogeny biologické povahy

Patří sem zejména různí původci infekčních onemocnění. Mezi prokázané teratogeny patří viry, bakterie, nebezpečné mohou být i choroby matky – například diabetes mellitus, fenylketonurie a další.

Teratogeny chemické povahy

Mezi teratogeny chemické povahy patří řada chemických látek užívaných v průmyslu či zemědělství, léčiva a léčivé přípravky, alkohol a drogy.

Teratogeny fyzikální povahy

Do této skupiny patří hlavně různé typy ionizujícího záření (RTG záření, gama-záření atd.), dále i vysoká teplota a mechanické teratogeny (např. amputace končetin amniotickými pruhy).

V rámci působení teratogenů je třeba vzít v úvahu několik specifíků:

Faktor dávky – často je rozhodující dávka teratogenního agens. Nízké dávky teratogenu nemusí vrozenou vadu způsobit vůbec, mohou způsobit mírnější postižení, nebo dokonce jiný typ vady.

Faktor času – v průběhu celého těhotenství není citlivost k účinku jednotlivých teratogenů stejná. Prvního trimestru gravidity má obecně nejhorší prognózu působení teratogenů.

Faktor genetické výbavy – Genetická výbava matky i plodu ovlivňuje citlivost k působení jednotlivých teratogenů.

Postižení systémů plodu tedy souvisí s kritickým obdobím citlivosti cílových tkání na daný teratogen. Rozdíly v postižení lze vysvětlit interakcí teratogenu s genetickými faktory. Postižení jedinci mohou být i geneticky predisponováni. Obecně lze říci, že na abnormálním prenatálním vývoji a na vzniku vrozené vývojové vady se mohou podílet faktory genetické, faktory zevního prostředí a kombinace obou skupin faktorů (MARŠÁL, 2014).

2 PRENATÁLNÍ DIAGNOSTIKA

Prenatální diagnostika je specializovanou částí oboru gynekologie a porodnictví a představuje soubor metod a postupů využívaných k diagnostice u ještě nenarozeného jedince. Vyžaduje mezioborový přístup, ve kterém se uplatňuje zejména klinická genetika, gynekologie a porodnictví, klinická biochemie a zobrazovací metody. Prenatální diagnostiku je možné považovat za součást fetální medicíny, která zahrnuje nejen diagnostiku ale i léčbu (prenatální terapie). Zabývá se kontrolou normálního vývoje těhotenství a diagnostikou i řešením jeho případných poruch (CALDA, 2014).

Těhotné ženy jsou v České republice sledovány v prenatálních poradnách. Hlavním smyslem prenatální péče je všestranné zabezpečení těhotenství s důrazem na prevenci a včasný záchyt abnormalit vývoje plodu. Těhotenství se podle míry rizika dělí do tří skupin na fyziologické, rizikové a patologické. Každé pracoviště prenatální diagnostiky má svoje ustálené procesy a zvyklosti. Je však vymezeno základní minimum vyšetření a odběry prováděné v souladu s doporučenými postupy, které schvaluje výbor České gynekologicko-porodnické společnosti – ČGPS (SLEZÁKOVÁ, 2011).

2.1 ÚKOLY PRENATÁLNÍ DIAGNOSTIKY

Prenatální diagnostika umožňuje diagnostikovat řadu chorob a patologií u dosud nenarozeného lidského jedince. Hlavním úkolem prenatální diagnostiky je tak právě (co možná nejčasnější) diagnostika těchto patologických stavů. Na základě zjištěné diagnózy můžeme:

- informovat matku (rodiče) o diagnóze plodu, její prognóze a dalším možném postupu,
- přijmout specifická opatření pro další průběh těhotenství,
- zahájit prenatální terapii plodu,
- v případě nepříznivé diagnózy je v České republice možné v souladu se současnou právní normou (Zákon 66/1986 Sb. - O umělém přerušení těhotenství) těhotenství uměle ukončit z genetických důvodů, a to až do 24. týdne gravidity. V případě extrémně nepříznivé diagnózy (se životem neslučitelné onemocnění matky či plodu) umožňuje stejný zákon uměle ukončit těhotenství kdykoliv (i po 24. týdnu gravidity).

Systematické využití screeningu geneticky rizikových těhotenství a prenatalní vyšetření jejich plodů umožňuje snížit počet postižených novorozenců. Organizace prenatalní diagnostiky v praxi znamená především spolupráci lékařů gynekologů, lékařů genetiků, lékařů specialistů, součinnost porodníka, laboratorního odborníka a dalších pracovníků.

Ve většině případů přináší prenatalní diagnostika více prospěchu těhotné ženě než plodu. To otevírá řadu důležitých etických otázek souvisejících s dalšími postupy jako je řádné informování, souhlas s výkonem, způsob interpretace výsledků, dostupnost návazných vyšetření a možnosti následné léčby na nejvyšším stupni dosažených vědomostí (CALDA, 2014).

2.2 VYŠETŘENÍ V OBDOBÍ GRAVIDITY

Vyšetření vychází z doporučeného postupu a jsou naplánována v určitých časových intervalech jako pravidelná, jsou-li součástí každé kontroly v prenatalní poradně, nebo nepravidelná, která se vážou k určitému týdnu těhotenství.

- Klinická vyšetření, a zároveň předepsané laboratorní testy z krve.
- Ultrazvukové vyšetření na úplném počátku těhotenství (6. až 10. týden) k potvrzení výskytu vitálního (živého) těhotenství v děloze a zjištění jeho četnosti.
- Ultrazvukové vyšetření v 11. až 14. týdnu, při kterém se, v kombinaci s laboratorním testem z krve matky, provádí screening rizika výskytu chromozomálních vad plodu. Navíc lze ultrazvukovým vyšetřením detekovat okolo padesáti procent strukturálních vad plodu a je možno provést screening rizika rozvoje poruch funkce placenty (poruchy růstu plodu a onemocnění matky tzv. preeklampsie).
- Ultrazvukové vyšetření okolo 20. týdne těhotenství (ideálně ve 20. až 22. týdnu), které slouží především k záchytu strukturálních vad plodu. Navíc je kontrolován růst plodu, množství plodové vody a lokalizace placenty;
- Ultrazvukové vyšetření ve 30. až 32. týdnu těhotenství, které je určeno především ke kontrole růstu plodu a ke kontrole uložení placenty a kontrole množství plodové vody. Orientačně by opět měla být překontrolována i anatomie a morfologie plodu.

Speciální vyšetření jsou pak prováděna u těhotných žen se zvýšeným rizikem poruch vývoje těhotenství nebo s rizikem jednotlivé konkrétní patologie. Snahou je, aby vyhledávací

test byl jednoduchý a snadno proveditelný. Rizikovými faktory jsou obvykle výskyt vrozené vady v rodinné anamnéze nebo u předchozího těhotenství, vícečetná těhotenství, předchozí předčasný porod, infekční onemocnění matky v těhotenství, podezření na výskyt vrozené vady a podobně (CALDA, 2014).

2.3 INDIKACE KE GENETICKÉ KONZULTACI

V rámci komplexní péče o těhotnou a plod je v určitých případech nutná i genetická konzultace. Ke genetické konzultaci jsou odesílány těhotné s identifikovanou patologií plodu. Cílem genetické konzultace je stanovit přesnou klinickou diagnózu a na jejím základě vyslovit pro rodinu genetickou prognózu se všemi důsledky (tzn. rizikem výskytu či opakování vady nebo nemoci, prevencí a možností řešení). Gynekolog-porodník odesílá těhotnou na pracoviště klinické genetiky zejména v případě výskytu dědičných chorob v rodinné, respektive v osobní anamnéze, těhotné s pozitivním výsledkem prenatalního screeningového vyšetření, těhotné s abnormálním nálezem na ultrazvukovém vyšetření plodu a těhotné od 35 let věku výše (CALDA, 2007).

2.4 METODY PRENATÁLNÍ DIAGNOSTIKY

Metody prenatalní diagnostiky jsou souborem vyšetřovacích metod a postupů určených pro vyšetření a diagnostiku nenarozeného dítěte v děloze matky. Tato vyšetření mají za účel stanovit případnou přítomnost vrozených vývojových vad plodu v průběhu gravidity. Riziko vady je stanoveno na základě přítomnosti specifických faktorů. Základní dělení metod prenatalní diagnostiky je na neinvazivní vyšetření a invazivní výkony.

2.4.1 NEINVAZIVNÍ VYŠETŘENÍ

Neinvazivní vyšetření prenatalní diagnostiky nejsou spojena s rizikem ztráty těhotenství (potrat, předčasný porod) a nebyl u nich prokázán žádný negativní vliv na zdraví matky ani plodu. U všech těhotných žen se proto zpravidla provádí:

- ultrazvuková vyšetření,

- laboratorní testy ze vzorků krve matky.

Tento screening ukáže prostřednictvím odběru krve a speciálního ultrazvukového vyšetření riziko Downova syndromu a dalších postižení. Provádí se v 11. - 14. týdnu těhotenství. Z krve se zjišťuje hladina hormonu hCG a PAPP-A. Nejdůležitější součástí screeningu je měření šijového projasnění plodu (NT-přechodné nahromadění tekutiny v zátylku plodu) a přítomnost nosní kůstky plodu, ultrazvukem lze také hodnotit profil obličeje a charakter toku krve v srdci a žilním řečišti plodu. Výsledky screeningu určí riziko postižení plodu (CALDA, 2010).

U rizikové populace těhotných žen se navíc v indikovaných případech připojují:

- magnetická rezonance - nevýhodou tohoto vyšetření je především jeho omezená dostupnost, vysoká cena a větší nepohodlí matky než při běžném ultrazvukovém vyšetření (ELIÁŠ, 2010),
- speciální genetické testy z krve matky, eventuálně obou partnerů.

Ultrazvukové vyšetření v 6., 13., 20. a 30. týdnu gravidity patří do rámce standardní péče o těhotné. Při zjištění odchylek má být těhotná odeslána ke konziliárnímu ultrazvukovému vyšetření a eventuálně i ke genetické konzultaci. Mezi nepřímé známky svědčící o postižení plodu patří retardace vývoje, málo nebo mnoho plodové vody, disproporce vývoje jednotlivých částí plodu a jsou indikacemi chromozomálního vyšetření.

V průběhu těhotenství jsou optimální podmínky pro uplatnění ultrazvuku díky uložení plodu v plodové vodě. K vyšetření se používají převážně elektronické sondy s pracovními frekvencemi 3 – 5 MHz lineární, konvexní nebo sektorové. Cílené ultrazvukové vyšetření je dosud nejúčinnější metodou prenatalní diagnostiky (ČECH, 2014).

Laboratorní testy ze vzorků krve matky, biochemický screening vrozených vad plodu, se provádí obvykle v 15. - 17. týdnu těhotenství. Jedná se o odběr 5 ml krve ze žíly těhotné. V laboratoři se stanoví hladiny tří sledovaných látek, alfa-1-fetoproteinu (AFP), volného estriolu (uE3), a lidského choriového gonadotropinu (hCG).

Zjištěné hodnoty se dále zpracovávají počítačovým programem, který bere v úvahu týden těhotenství určený ultrazvukem, hmotnost i věk těhotné. Výsledkem je vyčíslené individuální riziko udávající pravděpodobnost postižení plodu vrozenou vadou. Biochemický screening je zaměřen především na vyhledání rizika Downova syndromu (CALDA, 2010).

2.4.2 INVAZIVNÍ VÝKONY

Invazivní výkony představují další krok v případě, že jsou vyčerpány všechny neinvazivní možnosti. Mezi nejčastější indikace k invazivnímu výkonu řadíme abnormální ultrazvukový nález plodu, pozitivní výsledek biochemického screeningu, chromozomální aberace rodičů, porod předchozího poškozeného plodu, přímý styk s mutageny nebo teratogeny v graviditě a vrozené poruchy metabolismu.

Invazivní metody lze rozdělit na výkony diagnostické a terapeutické a fetální terapii. Invazivní výkony prenatalní diagnostiky jsou spojeny s rizikem potratu, které se pohybuje okolo 0,5–1 %. Provádí se proto pouze u těhotných žen se zvýšeným rizikem výskytu vrozené (nejčastěji chromozomální) vady či onemocnění plodu (CALDA, 2014).

K výkonům patří:

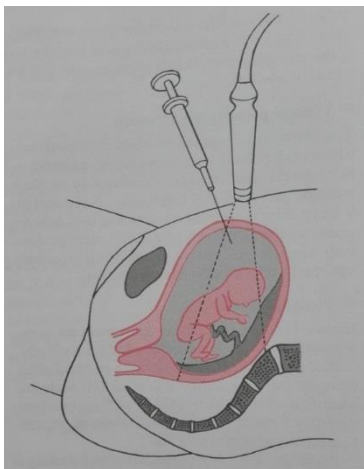
Obrázek 1 Biopsie choria



Zdroj: Hájek Z., 2014, s. 105

- CVS - biopsie choriiových klků placenty v 11. až 14. týdnu těhotenství; odběr malého vzorku choriiových klků, které jsou součástí vyvíjející se placenty (CALDA, 2007),

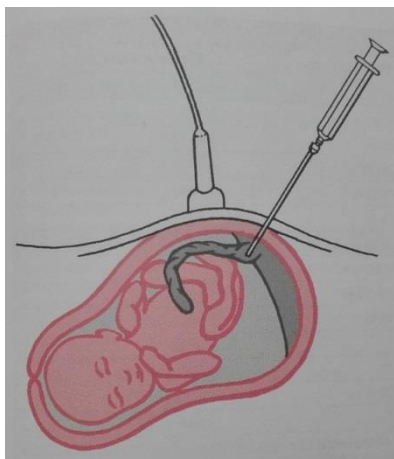
Obrázek 2 Amniocentéza



Zdroj: Hájek Z., 2014, s. 106

- amniocentéza - odběr plodové vody od počátku 15. týdne až do konce těhotenství; prenatalní vyšetření, při kterém lékař odebere z dělohy malé množství plodové vody pro laboratorní vyšetření (CALDA, 2007),

Obrázek 3 Kordocentéza



Zdroj: Hájek Z., 2014, s. 107

- kordocentéza (odběr krve z pupečníku od 18. týdne až do konce těhotenství; odběr malého množství krve plodu z pupečnickové cévy). Vyšetření buněk plodu z fetální krve je spolehlivou metodou pro stanovení karyotypu - soubor všech chromozomů v jádře buňky (CALDA, 2007).

Invazivní výkony se provádějí vždy pod ultrazvukovou kontrolou. Genetik doporučuje invazivní výkon na základě znalostí rodinné, osobní, porodnické, sociální a pracovní anamnézy. Mezi nejčastější indikace řadíme: abnormální ultrazvukový nález plodu, pozitivní výsledek biochemického screeningu, chromozomální aberace rodičů, porod předchozího poškozeného plodu, přímý styk s mutageny nebo teratogeny v graviditě a vrozené poruchy metabolismu (CALDA, 2014).

2.4.3 FETÁLNÍ TERAPIE

V současné době existují navíc i metody takzvané „in utero“ terapie, které umožňují léčbu plodu v děloze už v průběhu těhotenství. Smyslem fetální terapie je připravit podmínky pro optimální zajištění postiženého plodu v poporodním období. Možnosti léčby plodu jsou určeny závažností fetálního postižení. Plod může být poškozen následkem bakteriálního, virového nebo parazitárního onemocnění matky. Stanovení infekčního agens je možné pouze metodami molekulární DNA diagnostiky. Metody fetální terapie jsou spojeny s různě vysokým rizikem potratu a předčasného porodu, a proto se provádí pouze v případě výskytu závažného onemocnění nebo vrozené vady plodu. Zlepšují zpravidla prognózu přežití a snižují riziko trvalých následků (CALDA, 2014).

2.5 ÚSPĚŠNOST PRENATÁLNÍ DIAGNOSTIKY

V průběhu těhotenství lze rozpoznat přibližně devadesát procent vrozených vad plodu. Úspěšnost záchytu vrozených vad závisí na gestačním stáří plodu a při ultrazvukovém

vyšetření i na zkušenosti vyšetřujícího lékaře, také na kvalitě ultrazvukového přístroje, na poloze plodu apod. Stoprocentní efektivita zachytu vrozených vad plodu není možné docílit. Orgány plodu (především mozek) se vyvíjí po celou dobu těhotenství a jakýkoliv negativní vliv během těhotenství (infekce matky, poruchy pupečníku, předčasné odloučení placenty, vnější vlivy apod.) může vést ke vzniku onemocnění anebo získané vrozené vady plodu.

Při diagnostice vrozené vady plodu by každé těhotné ženě měl být vyšetřujícím lékařem vysvětlen význam a prognóza vrozené vady spolu s možnostmi jejího řešení. K možnostem řešení vady nepatří pouze přerušování těhotenství, poměrně velkou část vrozených vad lze úspěšně léčit, a to již během těhotenství nebo po porodu. Pokud plod trpí léčitelnou vrozenou vadou, porod, případně brzká kontrola novorozence, v centrech se specializovanou pediatrickou péčí, významně zlepšují prognózu dítěte a snižují riziko vzniku trvalých následků (CALDA, 2007).

2.6 DIAGNOSTIKA VÝVOJOVÝCH VAD PLODU

Diagnostika vývojových vad plodu zahrnuje vyšetřovací postupy směřující k vyhledávání statisticky významné odchylky ve struktuře nebo funkci, která přesahuje hranice fenotypové variability (Fenotyp: soubor všech definovatelných charakteristik-znaků jedince). Umožňuje v závažných případech vad včasné ukončení gravidity, u dalších je možno v předstihu plánovat optimální perinatální péči.

2.6.1 DIAGNOSTIKA CHROMOZOMÁLNÍCH VAD PLODU

Většina chromozomálních vad je spojena s výskytem strukturálních vad plodu, a proto ultrazvukový nálezn jejich výskytu představuje lékařskou indikaci k provedení invazivního výkonu ke stanovení karyotypu plodu. Informace o případném riziku přispívá k časnější možnosti řešení eventuálního patologického stavu (CALDA, 2007).

Jedinou metodou, která s jistotou umožní vyloučit či potvrdit chromozomální vadu plodu, je provedení invazivního výkonu s vyšetřením malého vzorku placenty (CVS, provádí se v 11. až 14. týdnu těhotenství), plodové vody (amniocentéza, provádí se od 15. týdne těhotenství) či pupečnickové krve (kordocentéza, provádí se přibližně od 18. týdne) v genetické laboratoři. Protože dochází při invazivních výkonech k zavedení jehly

do organismu matky, jsou tyto výkony spojeny přibližně s 0,5–1 % rizikem potratu. Z tohoto důvodu se invazivní výkon doporučuje pouze těhotným ženám se zvýšeným rizikem chromozomální vady plodu (CALDA, 2014).

2.6.2 DOWNŮV SYNDROM

Nejčastější chromozomální vadou je Downův syndrom. Plod na konci 1. trimestru hromadí v zátylku tekutinu. U plodů s chromozomální odchylkou, jako například Downův syndrom, se hromadí voda ve větší oblasti, než je obvyklé. Ultrazvukové vyšetření v I. trimestru má za úkol zjistit tuto odchylku. Právě plody s Downovým syndrom často vykazují i jiné znaky postižení, např. chybějící nosní kůstku, kratší stehenní kosti nebo srdeční vady, ale ty jsou pouze pomocnými ukazateli při nejednoznačném výsledku měření šijového projasnění. Vyšetření je velmi spolehlivé, vykazuje 80-90 % záchytu. Při pozitivním výsledku screeningu doporučí lékař těhotné také odběr choriových klků a konzultaci s genetikem.

Riziko Downova syndromu se po vyšetření vypočítává (prostřednictvím certifikovaného počítačového programu Astraia) z věku matky, stáří plodu, množství tekutiny nahromaděné v podkoží v oblasti záhlaví plodu (velikost nuchální translucence) a hladiny koncentrace dvou hormonů v krvi matky free-beta-HCG a PAPP-A (CALDA, 2014).

Tabulka 1 Detailní přehled efektivity metod screeningu Downova syndromu

Metoda screeningu	Falešně pozitivní výsledek u zdravého těhotenství)	Pozitivní výsledek u plodů postižených Downovým syndromem)
Věk matky (↑ 35 let)	20%	50%
Věk matky (↑ 37 let)	5%	30%
Triple test (biochemie) v 16. týdnu	5%	65%
Ultrazvukové vyšetření nuchální tranlucence (NT)	5%	80%
Kombinovaný test (NT & biochemie) v 11. – 14. týdnu	5%	90%
UZ-multimarkerový kombinovaný test v 11. až 14. týdnu (biochemie & minimálně 3 UZ markery v prvním trimestru)	5%	98%

Kompletní-integrovaný test (NT & biochemie v 11. až 14. týdnu & biochemie v 15. až 18. týdnu)	5%	94%
Sérum-integrovaný test (biochemie v 11. až 14. týdnu & biochemie v 15. až 18. týdnu)	5%	85%
Genetický ultrazvuk ve druhém trimestru těhotenství	5%	69%
Neinvazivní diagnostický test (PRENASCAN, MaterniT21)	0,10%	99-100%
Invazivní výkon (amniocentéza, CVS a podobně)	0,00%	100%

Zdroj: <http://www.prenatalni-diagnostika-vrozenych-vad-plodu-73.html/#downuv-syndrom>

2.6.3 DIAGNOSTIKA STRUKTURÁLNÍCH VAD PLODU

Strukturální vady orgánů a systémů plodu je možno rozpoznat pouze prostřednictvím zobrazovacích metod, tj. ultrazvuku. U všech těhotných žen se proto provádí v polovině těhotenství, tedy okolo 20. týdne gravidity, ultrazvukový screening vrozených vad plodu, při kterém lze detekovat přibližně devadesát procent vrozených strukturálních vad. Protože se plod během těhotenství neustále vyvíjí, provádí se základní kontrola jeho anatomie a morfologie i při standardním ultrazvukovém vyšetření okolo 30. týdne těhotenství.

S rozvojem ultrazvukové techniky se diagnostika strukturálních vrozených vad postupně přesouvá do prvního trimestru těhotenství (11. až 14. týden). Výhodou časně diagnostiky je, v případě její velmi špatné prognózy, mnohem jednodušší možnost přerušení těhotenství. Spočívá v krátké operaci v celkové narkóze (vyprázdnění obsahu dutiny děložní přes pochvu). Pokud je závažná vrozená vada plodu diagnostikována po 14. týdnu těhotenství, musí těhotná žena potrácený plod po vyvolání děložní činnosti klasicky porodit (CALDA, 2010).

2.6.4 DIAGNOSTIKA GENETICKÉHO SYNDROMU PLODU

Postižení plodu genetickým syndromem nelze v těhotenství s naprostou jistotou vyloučit u žádné těhotné ženy. Výskyt genetických syndromů je však vzácný a při normálních výsledcích ultrazvukových vyšetření málo pravděpodobný. Riziko výskytu genetického syndromu je zvýšeno v případě výskytu tohoto onemocnění v rodinné anamnéze budoucích rodičů. S rodiči je provedena velmi podrobná konzultace, je sestaveno genealogické schéma

a jsou vyšetřeni lékařem-genetikem. Jedinou možností, jak potvrdit, či vyloučit genetický syndrom, je provést invazivní výkon a vyšetřit získaný vzorek placenty (CVS), plodové vody (amniocentéza) nebo krve z pupečníku plodu (kordocentéza). Existuje bohužel velké množství genetických syndromů, u kterých zatím neexistuje metoda nezbytná k vyloučení či potvrzení jejich výskytu u plodu (CALDA, 2014).

2.6.5 DIAGNOSTIKA PORUCHY VÝVOJE TĚHOTENSTVÍ

Základem diagnostiky všech dalších poruch vývoje těhotenství (IUGR) jsou ultrazvuková vyšetření, často v kombinaci s laboratorními testy z krve matky. Při podezření na infekční onemocnění nebo anémii plodu se při abnormálních výsledcích ultrazvukových vyšetření doporučuje za účelem zpřesnění diagnostiky provést invazivní výkon (amniocentéza či kordocentéza). Trendem dnešní doby je tedy včasná prevence při odhalování různých onemocnění. Je to důležité nejen pro těhotnou ženu, ale i pro celou společnost ve smyslu ekonomických i sociálních dopadů a s tím souvisí i velmi dobrá informovanost o dostupných vyšetřeních (ŠEMBERA, 2014).

2.6.6 TŘI/ČTYŘI D ULTRAZVUKOVÉ VYŠETŘENÍ

Troj-/čtyřrozměrné (3D/4D) ultrazvukové vyšetření je prostorovou rekonstrukcí vzhledu plodu, která umožňuje rodičům snadněji si vytvořit představu o morfologii obličeje a eventuálně i tělu plodu. Zatímco 3D vyšetření poskytuje pouze statický prostorový obraz plodu, 4D je dynamickým prostorovým obrazem zachycujícím plod v pohybu. Toto vyšetření slouží ke zpřesnění diagnostiky vrozených vad, není však placeno ze zdravotního pojištění (BŘEŠŤÁK, 2007).

2.6.7 DIAGNOSTICKÝ TEST VYŠETŘENÍ FETÁLNÍ DNA Z KRVE MATKY

Principem neinvazivního diagnostického testu je separace fetální DNA ze vzorku krve matky a provedení speciálních testů, které umožní vyšetření výskytu nejčastějších chromozomálních vad plodu, tedy trizomie 21, 18 a 13. Nelze jej považovat za plně diagnostický, protože v případě jeho positivity (abnormálního výsledku) je nutno chromozomální vadu plodu potvrdit provedením invazivního výkonu (test vyloučí pouze tři nejčastější chromozomální vady). Je vhodný pro těhotné ženy, u kterých byl abnormální výsledek biochemického screeningu Downova syndromu jak v prvním, tak i ve druhém trimestru těhotenství (koncentrace PAPP-A, free-beta-HCG a tzv. triple test). Ani tento test není placen ze zdravotního pojištění (CALDA, 2007).

3 UMĚLÉ PŘERUŠENÍ TĚHOTENSTVÍ

Jako umělé přerušení těhotenství označujeme záměrný lékařský výkon, kterým je vybaveno plodové vejce z děložní dutiny. Indikace a provádění přerušení gravidity jsou upraveny zákonem ČNR č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství, vyhláškou MZ ČSR č. 75/1986Sb., a metodickým pokynem MZ ČR z roku 1990 ke sjednocení postupů u případů umělého přerušení těhotenství ze zdravotních důvodů (Sbírka zákonů České republiky).

Výkon lze provést výhradně se svolením ženy na základě písemné žádosti. Bez souhlasu ženy je možné ukončit těhotenství pouze, pokud je neodkladné provedení nezbytné k záchraně jejího života (nejčastěji operace mimoděložního těhotenství). Z klinického hlediska rozlišujeme obvykle přerušení těhotenství v I. trimestru (do 12. týdne) a přerušení ve II. trimestru (do 24. týdne). Po 24. týdnu lze ukončit těhotenství pouze, pokud je ohrožen život ženy nebo pokud není plod životaschopný či je těžce poškozený.

Počet přerušení gravidity ve II. trimestru v současnosti narůstá a souvisí s rostoucí frekvencí genetických vyšetření těhotných. Indikace ze strany plodu jsou především jeho malformace, chromozomální aberace, mrtvý plod a odtok plodové vody. Ze strany matky se pak jedná o interní nebo psychiatrické indikace. Klinický význam spočívá v různé technice, závažnosti i možných důsledcích prováděného výkonu. Indikace k přerušení gravidity ze zdravotních důvodů je obvykle kolem 16. týdne. Seznam nemocí, syndromů a stavů, které jsou zdravotními důvody k umělému přerušení těhotenství, je uveden ve Vyhlášce č. 467/1992Sb., Ministerstva zdravotnictví České republiky o zdravotní péči poskytované za úhradu. Součástí vyhlášky je seznam nemocí, syndromů a stavů, které jsou zdravotními důvody k umělému přerušení těhotenství (Sbírka zákonů České republiky).

3.1 METODY UMĚLÉHO PŘERUŠENÍ TĚHOTENSTVÍ VE II. TRIMESTRU

V současné době, s rozvojem lékařské vědy, existuje větší množství metod provádění interrupcí. Mimo instrumentální postupy je dnes možné ukončit graviditu metodou chemické interrupce. Volba aplikované metody závisí na stupni gravidity, na zdravotním stavu ženy a na zkušenostech lékaře, který umělé přerušení těhotenství provádí.

V období po 16. týdnu gravidity je přerušení těhotenství již poměrně závažným zásahem do organismu těhotné ženy. K přerušení gravidity v tomto období existuje řada technik a postupů a o vhodném a univerzálním protokolu se však stále diskutuje. U těhotenství staršího než 15. týden se doporučuje cervikální příprava hrdla děložního podáváním prostaglandinů.

Jedná se o tzv. „pozdní interrupci“ a techniky a postupy přerušení gravidity jsou zatíženy velkým rizikem výskytu komplikací. Nejčastější zdravotní důvody k přerušení těhotenství jsou srdeční vady matky, choroby plic, zhoubné nádory, duševní nemoci apod. Nejtypičtější metodou je v současnosti použití prostaglandinu, látky, jež vypudí plod i placentu z dělohy. Následuje zrevidování dělohy pomocí lékařských nástrojů. Revize děložní dutiny se doporučuje vždy, odstraní se tak koagula a tkáňová drť a zamezí se tak následným infekčním onemocněním dělohy (HÁJEK, 2014).

3.1.1 APLIKACE PROSTAGLANDINŮ

Klasickou metodou přerušení těhotenství ve II. trimestru je intraamniální aplikace prostaglandinů (Enzaprost apod.) po předcházející odlehčující punkci amniální tekutiny v množství 100 – 150 ml. Vlastní indukci předchází preindukce děložního hrdla. Používá se intracervikální aplikace dinoprostu 0,5 mg ve formě gelu (Prepidil) nebo 0,5 – 3 mg ve vaginálních tabletách (Prostin E2), také lze použít hygroskopické dilatátory Dilapan či Lamicel. Po nástupu děložních kontrakcí se aplikují spasmolytika (např. Buscopan), která akcelerují průběh spontánního potratu.

V současné době se stále častěji používá aplikace preparátu misoprostol v tabletách. Vkládají se dvě tablety 400 µg do pochvy v intervalu šesti hodin, dokud se nevyvolají stahy dělohy, uvolnění děložního hrdla a vypuzení plodu. Bolestivost se tlumí podáním epidurální analgezie. Při použití misoprostolu je nutný písemný souhlas pacientky (HÁJEK, 2014).

3.1.2 INDUKCE VĚTŠÍCH POTRATŮ

Pokud předchozí postupy nevedou k samovolnému potratu, indukuje se potrat po předchozí přípravě děložního hrdla vaginální aplikací prostaglandinu (Enzaprost). Indukce, kterou urychluje dirupce vaku blan s následnou infuzí oxytocinu, se provádí v epidurální analgezií a končí v průměru do 24 hodin potratem plodového vejce. Následuje instrumentální revize děložní dutiny velkou kyretou nebo vakuumaspirací. Po výkonu je vhodná aplikace

uterotonik, zlepšuje po výkonu děložní kontrakci a snižuje krevní ztráty. Někdy se mohou projevit nežádoucí účinky aplikovaných prostaglandinů jako je nauzea, zvracení, průjem (ČECH, 2014).

3.1.3 SECTIO CAESAREA MINOR

Po nezdařených pokusech o indukci větších potratů se nežádoucí těhotenství výjimečně ukončuje operačně. Tato starší technika spočívá ve vybavení plodu hysterotomií při laparotomickém přístupu. Provádí se na nerozvinutém dolním děložním segmentu krátkým podélným mediálním řezem, což nemusí být příznivě pro další těhotenství. V současné době se tento výkon využívá pouze v omezených indikacích, kdy nejsou splněny podmínky pro medikamentózní indukci abortu, při placenta praevia, opakovaných operačních výkonech na děložním těle nebo při akutním krvácení těhotné (ČECH, 2014).

3.2 KOMPLIKACE INTERRUPCÍ

Následky interrupcí se zpravidla dělí na bezprostřední, časně a pozdní. Mezi bezprostřední patří větší krevní ztráta, poranění děložního hrdla a perforace děložního těla. V důsledku přesunutí většiny výkonů do raných stadií těhotenství, kde není nutná větší násilná dilatace hrdla a zlepšení techniky výkonu, je výskyt těchto komplikací prakticky zanedbatelný. Pokud se tak stane, volí se konzervativní postup tj. dohled pod clonou antibiotik, kontrola pulzu, teploty, krevního tlaku, obrazu a krvácení. Důležité je ultrazvukové vyšetření.

Časnou komplikací je selhání metody v podobě pokračujícího těhotenství, děložní rezidua a zánětlivé komplikace. Selhání metody není častou příhodou a bývá způsobeno především děložní anomálií, zanedbanou diagnostikou vícečetného těhotenství, nebo nepoznaným mimoděložním těhotenstvím. Při zdokonalování ultrazvukových vyšetřovacích technik patří naprostá většina těchto komplikací historii.

Pozdní komplikace zahrnují záněty vnitřních rodidel, poruchy menstruačního cyklu a následky psychické. Záněty vnitřních rodidel způsobené zavlečením infekce při provádění výkonu bývaly nejčastější příčinou následné neplodnosti v důsledku pozánětlivé obstrukce vejcovodů. Poruchy menstruačního cyklu zase v důsledku příliš hluboké abraze a razantního

odstranění endometria kyretou. V současné době při použití moderní vakuumaspirační techniky a zlepšením operační techniky interrupce jsou tyto následky prakticky eliminovány (ČECH, 2014).

Psychické následky spočívají ve stavech deprese, pocitech žalu a viny, často pak narušeného rytmu spánku v důsledku sebeobviňování. Žena se snaží své pocity před okolím maskovat, to situaci ještě zhoršuje. Někdy je to z obavy, aby svými problémy rodinu nezatěžovala, jindy ze strachu před výsměchem. Některé ženy se také snaží dokázat, že jsou silné, a potlačují v sobě rostoucí paniku, navíc se od nich očekává, že budou plnit svou roli v práci a ve vztahu, a jednoduše se pokoušejí na svůj stav zapomenout. Oddalování a tzv. vytěsnění jejich psychický stav neřeší, často ho ještě zhoršuje. Velmi často se stává, že se postinterrupční syndrom projeví až po delší době po několika měsících i po roce. Součástí prevence těchto psychických komplikací je eliminace jakéhokoli nátlaku či donucení k interrupci. Rozhodnutí ženy musí být svobodné, dobrovolné, na základě plné informovanosti a mělo by být okolím plně respektováno (ČEPICKÝ, 2014).

Vyrovnat se ztrátou nenarozeného dítěte během těhotenství je pro ženu bolestné a téměř nemožné. Má naději, že bude mít děti? Jak se bude vyvíjet její vztah s manželem? Podobné otázky si klade každá žena, která se ocitne v takové situaci. Dříve či později přijde obviňování, že zklamala sebe, manžela, rodiče. Má pocit velké nespravedlnosti, vždyť do poradny chodila, chovala se zodpovědně, na dítě se těšila. Pro ženu asi neexistuje nic horšího, než porodit dítě proto, aby ho pro nezralost organismu nebo vadu neslučitelnou s životem mohla nechat zemřít. Pro ženu je i dosud nenarozené dítě milované, nejde o něco jako neplatný pokus. Nejhůře jsou na tom asi ženy, které doma ještě děti nemají a musejí se vyrovnávat se syndromem prázdné náruče. V podobné situaci žena, nepotřebuje být silná ani statečná. Potřebuje lásku, podporu a čas, aby vše mohla prožít a vyjít z toho bez náznaku psychické destrukce osobnosti.

4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Zvyšující se složitost lidských reakcí na zdravotní problémy, společně s nedostatkem ošetrovatelské péče a aktuální ekonomickou realitou, vyžaduje profesionální porodní asistentky. Asistentky s vynikajícími schopnostmi hodnocení, posouzení a diagnostického uvažování, k dosažení nejefektivnějšího výsledku v péči o pacientky (BURDA, 2015).

4.1 INTERRUPTCE V PRAXI PORODNÍCH ASISTENTEK

Jakýkoliv zásah do lidského těla je vždy spojen s jistým nebezpečím, stejně je tomu i v případě, rozhodne-li se žena pro umělé přerušování těhotenství. Rizika v tomto případě mohou být znásobena o psychologické důsledky podstoupení tohoto zákroku, netýkají se tedy pouze zdravotních komplikací po stránce fyzické. Jakmile je rozhodnuto o indukci abortu u dítěte s vrozenou vývojovou vadou, měla by následovat účinná informovanost a podpora ženy k jejímu rozhodnutí, vysvětlení, co přesně ji bude během hospitalizace čekat a zodpovězení všech dotazů.

Hlavní prioritou současnosti je, postarat se o ženu po umělém přerušování těhotenství tak, aby byla i nadále fertilní. Pokud jsou dodrženy všechny předepsané postupy, důkladně vyčištěna dutina děložní a nepoškozena bazální vrstva endometria, jedná se o jeden z nejbezpečnějších zákroků v gynekologii (ROZTOČIL, 2011).

4.2 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

Ošetrovatelská a lékařská anamnéza se vzájemně doplňují, ale nejsou totožné. Ošetrovatelská anamnéza zjišťuje informace z pacientovy minulosti, což je důležité pro sestavení individuálního plánu ošetrovatelské péče. Sestra se zaměřuje na informace potřebné ke správnému ošetření nemocného. Shromažďuje následné informace:

- identifikační údaje,
- informace o současném stavu,
- celkové anamnestické informace o nemocném, tj. ošetrovatelskou anamnézu.

Základní informační okruhy jsou:

- fyzikální (např. hygiena, spánek, bolest, vyprazdňování),
- sociální (např. rodina, zaměstnání, jazyk),
- psychologické (např. mentální stav, stresová adaptace, duchovní potřeby),
- medicínské (např. alergie, užívané léky, rány, ošetrovatelské problémy) (SLEZÁKOVÁ, 2011).

4.3 OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA

Stanovení ošetrovatelské diagnózy je druhá fáze ošetrovatelského procesu. Ošetrovatelská diagnóza má být krátká, má vyjadřovat jeden problém a určuje, do jaké míry nemoc zasahuje do života pacientky. Diagnostický proces má čtyři fáze:

- utřídění a vyhodnocení informací,
- stanovení zdravotních problémů pacientky a potřeb ošetrovatelské péče,
- formulování ošetrovatelských diagnóz (popisujeme problém, jeho příčiny, projevy),
- seřazení diagnóz podle naléhavosti jejich řešení (MAREČKOVÁ, 2006).

Tabulka 2 Rozdíl mezi ošetrovatelskou a lékařskou diagnózou

Ošetrovatelská diagnóza	Lékařská diagnóza
Popisuje reakci jedince na nemoc, na změnu prostředí.	Popisuje specifický chorobný proces.
Je zaměřena na jedince. Mění se podle reakcí jedince na nemoc a změnu prostředí.	Je zaměřena na patologii nemoci. V průběhu nemoci se nemění.
Usměřňuje nezávislé ošetrovatelské intervence.	Usměřňuje diagnostiku a léčbu, na které se sestra podílí.
Doplňuje lékařskou diagnózu.	Doplňuje ošetrovatelskou diagnózu.
Nemá v ČR přijatý klasifikační systém.	Má mezinárodní klasifikaci.

Zdroj: (KUDLOVÁ, 2016, s. 47)

4.4 GYNEKOLOGICKÉ OPERACE

Při gynekologických zákrocích lze zvolit vaginální přístup nebo přístup přední břišní stěnou. Oba přístupy mají své výhody a zároveň i nevýhody. Vaginálně vedené operace mají své objektivní přednosti, které vyplývají z nižší invazivnosti. Zároveň je výhodou lehčí průběh pooperačního období. Krevní ztráta bývá menší než u operací abdominálních. Pooperační průběh po vaginální operaci je méně bolestivý, hojení je rychlejší a je kratší doba rekonvalescence.

Gynekologické operace dělíme na operace s velkým a malým chirurgickým rozsahem. Provádějí se nejčastěji za účelem diagnostickým nebo terapeutickým. Interrupce a následné nezbytné výkony zařazujeme mezi operace s malým chirurgickým rozsahem. Patří sem:

- miniinterrupce,
- interrupce,
- kyretáž,
- evakuace abscesu,
- punkce ovariální cysty,
- sondáž dělohy, dilatace hrdla,
- konizace čípku.

Každá operace je nefyziologický zásah, který zahrnuje tři fáze:

- předoperační fáze,
- intraoperační fáze,
- pooperační fáze (ROZTOČIL, 2011).

4.5 PŘEDOPERAČNÍ PÉČE

Průběh předoperační péče závisí na zdravotním stavu ženy, lékařské diagnóze, druhu operačního výkonu a jeho naléhavosti. Spočívá v chirurgické (gynekologické) přípravě, tj. v diagnostice zdravotního problému a interní přípravě. Většinou se v případě gynekologické operace jedná o plánovaný operační výkon, na který je žena po gynekologické stránce připravena vyšetřeními, jež indikují tento zákrok. Příprava pacientky na výkon po stránce psychosociální spočívá v poskytnutí informací, které zabrání pocitům úzkosti a strachu

z nemocničního prostředí. V tom jí pomáhá porodní asistentka vhodným rozhovorem a taktním jednáním (SLEZÁKOVÁ, 2011).

Úkoly porodní asistentky:

Při přijetí porodní asistentka vysvětlí pacientce nutnost předoperačního vyšetření a přípravy, seznámí pacientku s přípravou operačního pole a s hygienou před výkonem, informuje o podání předoperační terapie, vysvětlí léčebné postupy nařízené lékařem a připraví pacientku na návštěvu anesteziologa. Vysvětlí nutnou dobu lačnění, která trvá 6-8 hodin před výkonem. Informuje o nutnosti odstranění šperků, naličení, protetických pomůcek, apod. před výkonem a zajistí uložení cenností na bezpečné místo.

Informuje pacientku, kde bude operace probíhat, kdo bude přítomen, jak dlouho bude operace trvat. Seznámí pacientku s cviky pro hluboké dýchání, snadnější odkašlávání, cviky dolních končetin a způsob obracení a vstávání z lůžka. Vysvětlí důvod časného vstávání z lůžka po operaci. Dále informuje rodinné příslušníky.

V krátkodobé předoperační přípravě porodní asistentka seznámí pacientku s plánovanou dobou výkonu dle operačního rozpisu a s plánovaným návratem na pokoj, vysvětlí pacientce, co může očekávat po operaci, tj. krytí rány, bolest, účinek analgetik, intravenózní výživa. Zkontroluje všechny údaje anamnézy, podepsání souhlasu s léčbou a operací, informovanost nejbližší osoby. Připraví pacientku a operační pole, které se řídí druhem operace. Zajistí monitoring fyziologických funkcí, potřebnou dokumentaci k zákroku a dle ordinace lékaře aplikuje premedikaci na noc, sleduje celkový psychický i zdravotní stav pacientky.

Bezprostředně před operací porodní asistentka, podle druhu operace, zajistí intravenózní kanylu a terapii, použití punčoch nebo bandáží (prevence tromboembolické nemoci). Zkontroluje dodržení lačnění, vyprázdnění močového měchýře a zkontroluje ordinace od lékaře. U diabetiků provede individuální přípravu. Zkontroluje přípravu operačního pole, aplikuje premedikaci dle ordinace anesteziologa, která zmírní strach a úzkost, sníží sekreci v ústech, výskyt pooperační nauzey a zvracení, navodí bazální analgezii, sníží objem a kyselost žaludečního obsahu. Zajistí převoz pacientky na operační sál s veškerou dokumentací (MIKŠOVÁ, 2006).

4.6 INTRAOPERAČNÍ OBDOBÍ

V průběhu intraoperačního období je ošetřování pacientky zabezpečováno odborným zdravotnickým personálem operačního sálu. U pacientky se klade důraz na ochranu před zraněním, infekcí, zajištění aseptických a sterilních podmínek, monitorování fyziologických funkcí a vedení dokumentace. Pokud to vyžaduje náročnost výkonu a stav pacientky, může být převezena na jednotku intenzivní péče (MIKŠOVÁ, 2006).

4.7 POOPERAČNÍ OBDOBÍ

Cílem pooperační péče je saturace biologických potřeb, návrat sebeděče a soběstačnosti pacientky v co nejkratší době.

Úkoly porodní asistentky:

Porodní asistentka přebírá ženu z operačního sálu s kompletní dokumentací, která obsahuje záznam o anestezii, operační protokol a ordinace lékaře pro další péči. V období po operaci má porodní asistentka za úkol kontinuální monitorování pacientky.

Těsně po zákroku je pacientka uložena na dospávací pokoj k monitorování vitálních funkcí. Specifika ošetřovatelských intervencí se řídí druhem výkonu, stavem pacientky, zvyklostmi oddělení a požadavky operátora. Na standardním oddělení, se pacientky ujímá porodní asistentka. Porodní asistentka monitoruje základní životní funkce, krevní tlak, pulz, SpO₂ (saturace krve kyslíkem), dech, vědomí, tělesnou teplotu – vše podle zvyklostí oddělení.

Zabezpečuje naordinované infuze a injekce, všechny invazivní vstupy, bilanci tekutin. Sleduje projevy bolesti, po aplikaci analgetik hodnotí jejich účinek. Kontroluje operační ránu podle typu zákroku. Provádí vyšetření dle ordinace lékaře, sleduje příznaky komplikací a projevy psychického stavu, zajišťuje pooperační dietu. Sleduje obnovení peristaltiky do 48 hodin po výkonu, odchod plynů, nástup defekace, vysvětlí důležitost přiměřeného pohybu. Sleduje zlepšování zdravotního stavu pacientky, zda je schopna se o sebe postarat. Provádí odběry biologického materiálu dle ordinace, pravidelně provádí záznamy do dokumentace (MIKŠOVÁ, 2006).

Při propuštění porodní asistentka ženu edukuje o režimu v domácím prostředí. Zdůrazní sexuální abstinenci minimálně do další menstruace, informuje o nutnosti lékařské kontroly nejdéle do měsíce od zákroku. Nezanedbatelná je informace o nejbližší gynekologické pohotovosti v případě pochybností či výskytu komplikací (MIKŠOVÁ, 2006).

PÉČE O RÁNU

Péče o ránu je během pooperačního období nedílnou součástí práce porodní asistentky. Obor gynekologie je z velké části oborem chirurgickým. Stále se zvyšuje pokrok techniky a nových operačních metod, přibývají také různé druhy operací, které si vyžadují svá nová specifika v oblasti ošetrovatelské péče. Efektivní pooperační péče je důležitá pro bezproblémovou rekonvalescenci ženy po operaci.

Převaz operační rány se provádí 24 hodin po operaci. Při převazu se sleduje stav rány a okolí, prosakování krytí kolem drénu, odsávání drénu a možné komplikace hojení. Drény se většinou odstraňují do dvou dnů po výkonu. Komplikací hojení rány může být přetrvávající krvácení, infekce nebo ruptura rány. Také psychická zátěž (strach, úzkost, napětí), může být jednou z příčin zdlouhavého léčení po operaci (MIKŠOVÁ, 2006).

4.8 PSYCHOSOCIÁLNÍ POTŘEBY PACIENTKY

Problémy v této oblasti úzce souvisejí se změnami sebepojetí, zvláště u žen, které se rozhodly pro umělé přerušování těhotenství ze zdravotních důvodů, často prožívají negativní emoce. Ženy s již předchozí zkušeností s neúspěšným těhotenstvím jsou v tomto ohledu zranitelnější. Porodní asistentka musí pacientku vnímat v interakci biologických, psychologických a sociálních faktorů. Orientovat se na její situaci, myšlenky, chování, a proto je důležité věnovat pozornost zvýšené citlivosti ženy k vlivům prostředí v tomto období.

Vstřícnost porodní asistentky se tedy projevuje v míře poskytování informací, v podílu pacientky na rozhodování, a v zohlednění jejích potřeb. Nepříznivě působí na ženy projevy nezájmu. Sociální a informační podpora porodní asistentky v emočně vypjaté situaci pomáhá pacientce zvládnout krizové prožívání ztráty. Ztráta při indukovaném potratu je extrémně stresovou záležitostí, srovnatelná se ztrátou při perinatálním úmrtí plodu. Její následky si žena může nést i po celý zbytek života (TAKÁCS, 2015).

4.9 ETIKA V OŠETŘOVATELSTVÍ

Ošetřovatelská etika je samostatná filozofická disciplína, která se zabývá morálním chováním a adekvátními postupy zdravotníků v situacích, vyplývajících z jejich povinností. Velký etický problém představuje umělé přerušování těhotenství, kdy vzniká konflikt chápání principu práva na život každého jedince. Každý obor má svou morálku a má ji také ošetřovatelská. V ošetřovatelské praxi jde o rozhodnutí, co je pro pacientku nejprospěšnější, co udělat, aby byla zachována její důstojnost, aby neztrácela naději. Morálka v ošetřovatelské praxi je to, co se týká dobra a prospěchu pacientky. Etika v ošetřovatelské praxi je o podmínkách a příčinách ošetřovatelsky žádoucího chování a jednání.

Léčba závisí na etickém a právním vědomí zdravotníků, kteří poskytují péči. Proto jsou zavedena pravidla, určující preference rozhodování o tom, jaký postup bychom měli volit v určité situaci. Ve vztahu k pacientce se porodní asistentka musí stát ošetřovatelkou, poradkyní, nositelkou změn i advokátkou. Ideální stav je takový, kdy se etická a právní norma shoduje. Cílem ošetřovatelské etiky je humanizace mezilidských vztahů a jednání, při profesionálních výkonech v ošetřovatelské praxi. Záměrem je ulehčit situaci pacientky a podle možností jí pomoci, poskytnout informace o jejím zdravotním stavu a tím i právo na spoluměření o léčebném postupu (KUTNOHORSKÁ, 2007).

Na závěr teoretické části, která shrnuje poznatky o příčinách a následcích nefyziologického přerušování těhotenství, lze říci, že nefyziologické přerušování těhotenství je stále velmi častá situace, která se vyskytuje u mnoha žen ve smyslu indukovaného potratu ze zdravotní indikace. Nejčastějšími příčinami jsou anatomické, genetické a endokrinní faktory, které jsou v porovnání s ostatními i nejvíce prozkoumané.

5 KAZUISTIKA ŽENY S INDUKOVANÝM POTRATEM

Přerušení těhotenství, ať už k němu došlo z jakéhokoliv důvodu, uměle nebo samovolně, je pro ženu smutnou a nepříjemnou zkušeností. Těhotenství, i když mohlo trvat jen krátce, zanechalo v těle množství hormonálních a dalších změn. Fyzický i duševní odpočinek je proto tím, na co by se žena po potratu měla nějakou dobu soustředit, jak o sebe pečovat a co dodržovat. Obnovit snahu o početí je rozumné až se tělo vrátí do normálu a je fyziologicky připravené na další těhotenství.

Praktická část je zpracována metodou ošetrovatelského procesu. Součástí je rozhovor s pacientkou, na základě kterého byla vytvořena kazuistika. Pacientka souhlasila s anonymním uvedením dat případu. O pacientku jsem pečovala po celou dobu její hospitalizace při odborné praxi na gynekologicko-porodnickém oddělení středočeské oblastní nemocnice. Zpracovaný ošetrovatelský proces se týká případu pacientky s indukovaným potratem ve II. trimestru gravidity z důvodu vrozené vývojové vady plodu (Downův syndrom).

K vytvoření ošetrovatelského plánu jsme využili NANDA International ošetrovatelské diagnózy, definice a klasifikace 2012 – 2014. K vedení diagnostického rozhovoru jsme použili diagnostické domény zde uvedené. Informace o pacientce vyplynuly z anamnestického rozhovoru, z její lékařské a ošetrovatelské dokumentace a ze sledování pacientky na oddělení. Posouzen byl stav individuálních potřeb pacientky v biologické, psychosociální a kulturní oblasti. V oblasti psychosociálních potřeb se vyskytly výrazné problémy, které bylo třeba řešit. Na základě zvážení aktuálních i potenciálních diagnóz byl vytvořen ošetrovatelský plán, který zahrnuje úkony prováděné porodní asistentkou, indikace lékaře, medikaci, pohybový režim, apod. až po edukaci pacientky při propouštění do domácí péče.

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE PACIENTKY

Jméno a příjmení: Z. N. **Pohlaví:** žena
Datum narození: 1988 **Věk:** 28
Adresa trvalého bydliště: Slaný **Komunikační bariéra:** ne
Národnost: česká **Číslo pojišťovny:** 211
Státní příslušnost: ČR **Stav:** vdaná
RČ: Neuvádíme **Vzdělání:** vyšší odborné
Datum přijetí: 21. 3. 2016 **Typ přijetí:** plánované
Oddělení: gynekologicko-porodnické **Ošetřující lékař:** E. P.
Osoba, které lze podat informace: manžel, rodiče pacientky
Důvod přijetí udávaný pacientkou: umělé přerušování těhotenství
Medicínská diagnóza: lékařský potrat 004

ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza

Matka: léčí se s hypertenzí
Otec: léčen s diabetes mellitus 2 typu, zaveden dietní režim
Sourozenci: starší sestra, žije v zahraničí, je zdravá
Manžel: bez zdravotních potíží
Matka manžela: po karcinomu tlustého střeva, žije
Otec manžela: je po infarktu myokardu, nyní bez zdravotních problémů

Osobní anamnéza

Překonaná onemocnění: běžná dětská onemocnění, astma bronchiae, nyní bez terapie
Operace: chirurgické odstranění nosních mandlí v 5/1996
Úrazy: 0
Transfúze: 0
Očkování: všechna povinná očkování + přeočkování proti tetanu v 8/2010
Alergologická anamnéza

Léky, potraviny, chemické látky: nejuje

Jiné: uvádí alergii na prach a pyl z břízy

Abúzy

Alkohol: ne

Kouření: nekuřačka

Káva: nepije

Léky: 0

Návykové látky: 0

Gynekologická anamnéza

Menstruace: od 14 let, pravidelná, nebolestivá

Cyklus: po 28 dnech, trvání 5 dní

Poslední menstruace: 22. 10. 2015

Antikoncepce: hormonální, užívala do roku 2012

Porodnická anamnéza

Předchozí těhotenství: 1

Porody celkem: 0

UPT: 0

Spontánní aborty: 1

Nynější těhotenství: 20+0 t.t. dle poslední menstruace

Sociální anamnéza

Stav: vdaná

Bydlení: rodinný dům

Vztahy, role, interakce: žije s manželem a svými rodiči v rodinném domě, mají psa

Ekonomické podmínky: dobré

Náboženství: 0

KATAMNÉZA

Pacientka 28 let, pracující jako administrativní pracovnice podstoupila v prvním trimestru dne 12. 1. 2016 10+1 t.t. standardní vyšetření (ultrazvuk a odběry krve). Z provedeného screeningu vyplynula nízká koncentrace PAPP-A a hraniční nuchální translucence (NT 2,57mm). Výsledné hodnoty vyšetřovaných hormonů byly AFP 0,255 MoM, hCG 1,81 MoM, uE3 0,96 MoM. Pro atypicky postavené hodnoty markerů doporučil genetik ve zprávě ošetřujícímu gynekologovi konziliární ultrasonografické vyšetření.

Dne 22. 2. 2016 16+0 t.t. screening ve druhém trimestru vycházel již z předpokladu Downova syndromu a možných rozštěpových vad, vad na srdci a oběhovém aparátu plodu. Výsledky ultrazvukového vyšetření, byly důvodem k tomu, že ošetřující gynekolog navrhl pacientce provedení amniocentézy. Pacientka po poradě s partnerem a po důkladném zvážení všech rizik spojených s invazivním vyšetřením s navrhovaným postupem souhlasila. Provedená amniocentéza dne 25. 2. 2016 16 + 3 t.t. potvrdila vyšetřením karyotypu Downův syndrom u plodu. Karyotyp plodu byl 47, XX, + 21. Navržené řešení genetikem bylo ukončení gravidity.

Podle vyjádření pacientky probíhalo její druhé těhotenství bez obtíží. Pravidelně docházela na preventivní prohlídky. Laboratorní vyšetření na BWR, HIV a HbsAg byla negativní. Pacientka se po poradě s partnerem, svými rodiči a na doporučení ošetřujícího gynekologa, smířila s ukončením nyní již druhého těhotenství.

K hospitalizaci byla pacientka odeslána ošetřujícím gynekologem pro prokázanou vývojovou vadu plodu. Příjem pacientky k hospitalizaci byl dne 21. 3. 2016 20 + 0 t.t.. Důvodem příjmu pacientky do nemocnice bylo její rozhodnutí těhotenství ukončit dle platné legislativy vzhledem k nepříznivé prognóze pro plod.

Její depresivní chování vzbuzovalo obavy, nepomohl ani citlivý pohovor s manželem a rodiči. Proto jí byl zajištěn rozhovor s interním psychologem večer před výkonem a později ještě jednou před odchodem z nemocnice. Díky konzultaci se dokázala s dítětem v duchu rozloučit, což jí částečně pomohlo zbavit se obav z budoucnosti. Lze konstatovat, že intervence psychologa byla úspěšná, pacientka se uklidnila. Více se v tak krátkém čase hospitalizace udělat nedalo, ale pacientka byla informována o centrech pomoci ženám v takové situaci.

NYNĚJŠÍ TĚHOTENSTVÍ

Údaje z těhotenské průkazky: 21. 3. 2016, pacientka 20 + 0 t.t. dle poslední menstruace, krevní skupina A pozitivní, neprokázané protilátky. BWR, HIV, HbsAg negativní, celkový krevní obraz v normě, cukr a bílkovina v moči negativní.

Subj.: bez obtíží, bez bolesti, nemá potíže s dýcháním a trávením, ani známky infekce.

Obj.: při vědomí, neklidná, orientovaná, spolupracuje, hydratace v normě, břicho měkké, volně prohmatné, dolní končetiny bez otoků a varixů, peristaltika v normě, bez zjevných známek zdravotních problémů, předoperační vyšetření v normě.

Hlava: oči, uši, nos bez výtoku, spojivky růžové, bělmo očí bílé

Krk: bez lymfadenopatie

Hrudník: prsy symetrické

Břicho: měkké, prohmatné, nebolestivé, linea fusca viditelná

Končetiny: bez známek tromboembolické nemoci, bez otoků, bez poruchy hybnosti

Dg.: Umělé přerušení těhotenství

HODNOTY ZJIŠŤOVANÉ PŘI PŘÍJMU NA GYNEKOLOGICKÉ ODDĚLENÍ

21. 3. 2016

Vyšetření porodní asistentkou

Celkový vzhled: upravená

Pulz: 76´

Výška: 168 cm

Dech: 18´

Váha před otěhotněním: 63 kg

Tlak krve: 120/69 mm Hg

Tělesná teplota: 36,5°C

Moč na B+C: negativní

Pánevní rozměry: 25-29-31-20

Varixy, edémy: 0

Alergie: prach, pyl

Škála fyzické bolesti: 0

Pohyblivost: normální:

Stav vědomí: při vědomí

Gravidita/parita: II/I

Týden těhotenství: 20+0

Poslední menstruace: 22. 10. 2015

Termín porodu: 8. 8. 2016

Hodnocení soběstačnosti: nezávislá, nevyžaduje pomocné prostředky.

VSTUPNÍ VYŠETŘENÍ A VÝKONY

Odběry:

Krevní obraz, leukocyty, krevní sedimentace, vyšetření moči – sediment, bílkovina, cukr

Fyzikální gynekologické vyšetření:

Vaginální a zevní vyšetření nebolestivé, čípek zachován, hrdlo uzavřeno, nebolestivé krajiny adnex palpačně bez hmatné patologické rezistence, cervix skóre 0

Další vyšetření:

EKG: v normě

Stav pacientky: Bez subjektivních fyzických potíží, má panický strach z výkonu, bojí se, že situaci nezvládne.

Medikace: Diazepan 5 mg 0-0-1, Prothazin 25 mg 0-0-1

Závěr: Příprava na výkon

Dne 21. 3. 2016 20 + 0 t.t. nastoupila pacientka k hospitalizaci na gynekologické oddělení k výkonu umělého přerušování těhotenství z důvodu vrozené vývojové vady plodu den před plánovanou indukci potratu.

S pacientkou byla sepsána veškerá dokumentace včetně informovaného souhlasu a souhlasu s podáváním informací rodinným příslušníkům. Porodní asistentkou byla sestavena kompletní ošetřovatelská dokumentace, zaznamenáno fyzikální vyšetření lékařem, zaznamenány léky, které pacientka užívá a její alergie na pyl a prach.

Pacientka byla informována porodní asistentkou o všech vyšetřeních a výkonech, které budou, anebo by mohly následovat.

Pacientka se obává, že výkon psychicky nezvládne, důvodem je její současný krizový vztah s partnerem. Zajištění péče psychologa se ukázalo jako nezbytné.

Hospitalizace s jednodenním předstihem před výkonem zajišťuje přípravu na výkon tj. dostatečné uzrání děložního hrdla. Ošetřující lékař se rozhodl pro výkon klasickou metodou. Za tímto účelem se ve večerních hodinách provedla preindukce potratu. Vzhledem k vaginálnímu nálezu byly zavedeny syntetické dilatátory Dilapan za asistence porodní asistentky. Dle ordinace lékaře podán Diazepam 5 mg na zklidnění rozrušené pacientky.

Indukce potratu byla provedena následující den 22. 3. 2016 20 + 1 t.t. po předchozí preindukci. K vlastní indukci byla použita intraamniální aplikace prostaglandinu Enzaprost 5,0 mg. Indukce byla urychlena dirupcí vaku blan a infuzí 500 ml 5 % glukózy s 2 j. oxytocinu. Bolestivost byla tlumena podáním epidurální analgezie při vaginálním nálezu 4 cm. Po uvolnění děložního hrdla a vypuzení plodu následovala instrumentální revize děložní dutiny vakuumaspirací.

Po výkonu byla pacientka převezena zpět na standardní oddělení. Dle ordinace lékaře po dobu dvou hodin měření fyziologických funkcí a kontrola krvácení každých patnáct minut. Po dvou hodinách na oddělení dostala pacientka napít, po uplynutí další hodiny dostala najíst. Následně za doprovodu porodní asistentky pacientka vstává z lůžka a jde do sprchy.

Výkon proběhl bez komplikací. Pooperační průběh byl u pacientky bez komplikací. Po fyzické stránce byla pacientka v pořádku. Po stránce psychické bylo nutné pacientce umožnit konzultaci s psychologem. Pacientka se po rozhovoru s psychologem uklidnila, uvědomuje si stresující aspekty, které vyústily v dysfunkci vztahu s partnerem.

Za 24 hodin po provedení výkonu dne 23. 3. 2016, byla pacientka propuštěna, plně informována porodní asistentkou o sebezpečí po dobu rekonvalescence, o sexuální abstinenci minimálně po dobu šesti týdnů. Pacientka byla rovněž dostatečně informována o možných nežádoucích účincích interrupce a o tom, jak se v případě komplikací chovat.

OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY DLE NANDA I TAXONOMIE II VYUŽITÉ V RÁMCI HOSPITALIZACE U PACIENTKY S INDUKOVANÝM POTRATEM

Diagnostická doména č. 1: Podpora zdraví

Pacientka hodnotí svůj stav nyní jako neuspokojivý, má pocity strachu z výkonu přerušení těhotenství z důvodu těžké vývojové vady plodu. V roce 2013 spontánně potratila v sedmém týdnu těhotenství. Podstoupila kyretáž, zákrok proběhl bez komplikací. V roce 2014 podstoupila operaci tříselné kýly. Praktického lékaře navštěvuje zřídka, pouze při výraznějších zdravotních potížích. Na gynekologické prohlídky dochází pravidelně. Nemá potíže s doporučeními lékaře, dodržuje léčbu i prevenci. Prenatální poradnu navštěvovala od

8. týdne gravidity. Drogy neužívá. Alkohol před těhotenstvím příležitostně, v minimálním množství.

Diagnostická doména č. 2: Výživa

Denní příjem potravy se pohybuje kolem šesti jídel (snídaně, svačina, oběd, svačina, večeře, druhá večeře). Naordinována dieta č. 3. Chut' k jídlu vzhledem k situaci nemá. Problémy jako pálení žáhy, potíže s polykáním, apod. nemá. Denní příjem tekutin je cca 1,5 litru. Preferuje ochucené minerální vody a ovocné šťávy, džusy. Stav kůže a sliznic je v pořádku, bez kožních lézí. Chrup má svůj, bez kazu, poslední kontrola chrupu před příjmem k hospitalizaci.

Diagnostická doména č. 3: Vylučování a výměna

Močení je bez obtíží. Stolicí má jedenkrát za dva dny, nejčastěji ráno. Ve stresových situacích má problémy se zácpou. Léky k vyprazdňování užívá jen při obtížích, a to glycerinové čípky, většinou stačí jeden, maximálně dva. Charakter stolice je normální, fyziologický. Nezvrací, potí se přiměřeně.

Diagnostická doména č. 4: Aktivita/odpočinek

Plně soběstačná. Ve volném čase se věnuje manželovi, četbě knih, malování, chodí na procházky se psem, na nákupy s kamarádkou, plave a chodí na kurzy jógy. Má zaběhnutý vzorec aktivit. V současné době uvádí zhoršenou kvalitu usínání, návaly úzkosti, smutek.

Diagnostická doména č. 5: Percepce/kognice

Vědomí je jasné, orientována místem, časem i osobou. Řeč je jasná, plynulá. Sluch i zrak má v pořádku. Používá brýle na čtení, 1,5 dioptrie.

Diagnostická doména č. 6: Sebepercepce

Hodnotí sama sebe většinou jako optimistu. Pod vlivem současného problému je její optimismus narušen. V chování k okolí je přátelská a milá, ovládá se, snaží se nedávat najevo současný stres z výkonu, ale moc se jí to nedaří. Způsob řeči je srozumitelný, klidný. Se svým vzhledem je spíše spokojená.

Diagnostická doména č. 7: Vztahy mezi rolemi

Pacientka je zaměstnaná jako sekretářka ve výrobním družstvu. Je vdaná. Žije v rodinném domě s manželem a psem. V domě žijí ještě její rodiče. Vztahy s rodiči hodnotí jako velmi dobré. S rodiči manžela se neviděla již dva roky. Žijí v Bratislavě. Manžel sourozence nemá. S manželem momentálně prožívá manželskou krizi kvůli psychickému

vyčerpání na obou stranách, právě kvůli dalšímu (druhému) neúspěšnému pokusu o dítě. Pravidelně si volá se svou starší sestrou, která žije v zahraničí. Vidí se jednou za rok v létě.

Diagnostická doména č. 8: Sexualita

Pacientka je podruhé těhotná. Měsíčky měla od 14 let pravidelné, nebolestivé, cyklus 28/5. Po prodělaném potratu v roce 2013, cyklus též pravidelný, nebolestivý průběh. Aktuálně vnímá deficit sexuální touhy související s těhotenstvím.

Diagnostická doména č. 9: Zvládání/tolerance zátěže

Napětí v souvislosti s prací nebo se vztahy v širší rodině prožívá zřídka. Stresové situace, vyvolané jejím zdravotním stavem zvládá těžce. Pociťuje strach, nervozitu a úzkost z dané situace. Manžel se jí snaží pomáhat, avšak vztahy mezi nimi jsou nyní napjaté.

Diagnostická doména č. 10: Životní principy

Za nejdůležitější životní hodnoty považuje zdraví celé své širší rodiny, dobré sociální zázemí, čitelné vztahy v rodině, spokojenou a v mezích možností i šťastnou rodinu. Pacientka je ateistka, o náboženství se nezajímá, ale křesťanské hodnoty uznává.

Diagnostická doména č. 11: Bezpečnost/ochrana

V dětství měla pacientka alergii na burské oříšky, která se projevovala červenou, svědivou a na dotek bolestivou vyrážkou po celém těle. Trpí alergií na prach a pyl z břízy, projevující se svěděním kůže a kašlem. Žádné léky na alergie nebere.

Diagnostická doména č. 12: Komfort

Nauzeu ani fyzickou bolest pacientka nepociťuje. Pociťuje jistou otupělost. Lítost z napjatých vztahů s manželem a smutek nad ztrátou naděje na dítě, na které se oba těšili.

Diagnostická doména č. 13: Růst/vývoj

V růstu a vývoji nemá pacientka žádné odchylky od obvyklé normy.

Zvažované ošetřovatelské diagnózy

Zvažované ošetřovatelské diagnózy, vyplývající z provedené ošetřovatelské anamnézy:

Narušený vzorec spánku 00198, Riziko zácpy 00015, Únava 00093, Snížený srdeční výdej 00029, Snaha zlepšit sebepěči 00182, Beznaděj 00124, Riziko osamělosti 00054,

Situačně nízká sebeúcta00120, Narušené procesy v rodině, kód: 00060, Úzkost 00146, Oslabené zvládnání zátěže v rodině 00074, Strach 00148, Truchlení 00136, Snaha zvýšit naději 00185, Konflikt při rozhodování 00083, Riziko infekce 00004, Riziko krvácení 00206, Riziko pádů 00155, Riziko alergické reakce 00217, Zhoršený komfort 00214, Sexuální dysfunkce 00059.

Posouzení současného stavu potřeb pacientky

Doména 1: Podpora zdraví

Aktuální stav (A): 0, Určující znaky (UZ): 0,
Související faktory (SF):0, Rizikové faktory (RF): 0,
Ošetřovatelská diagnóza: 0, kód: 0.

Doména 2: Výživa

Aktuální stav (A): 0, Určující znaky (UZ): 0,
Související faktory (SF):0, Rizikové faktory (RF): 0,
Ošetřovatelská diagnóza: 0, kód: 0.

Doména 3: Vylučování a výměna

Aktuální stav (A): Vyprazdňuje se jedenkrát za 2 dny, Určující znaky (UZ): 0,
Související faktory (SF):0, Rizikové faktory (RF): psychogenní emoční stres,
Ošetřovatelská diagnóza: Riziko zácpy, kód: 00015,
Třída 2: Funkce gastrointestinálního systému.

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Aktuální stav (A): Klidový režim, Určující znaky (UZ): Pacientka uvádí problémy s usínáním,
Související faktory (SF): Strach z neznámého prostředí, Rizikové faktory (RF): Psychické komplikace spojené s nefyziologickým ukončením těhotenství,
Ošetřovatelská diagnóza: Narušený vzorec spánku, kód: 00198,
Třída 1: Spánek/odpočinek.

Doména 5: Percepce/kognice

Aktuální stav (A): 0, Určující znaky (UZ): 0,
Související faktory (SF):0, Rizikové faktory (RF): 0,
Ošetřovatelská diagnóza: 0, kód: 0.

Doména 6: Sebepercepce

Aktuální stav (A): 0, Určující znaky (UZ): 0,
Související faktory (SF):0, Rizikové faktory (RF): 0,
Ošetřovatelská diagnóza: 0, kód: 0.

Doména 7: Vztahy mezi rolemi

Aktuální stav (A): 0, Určující znaky (UZ): Změny v dostupnosti emoční podpory,
Související faktory (SF): Situační krize, Rizikové faktory (RF): 0,
Ošetřovatelská diagnóza: Narušené procesy v rodině, kód: 00060,
Třída 2: Rodinné vztahy.

Doména 8: Sexualita

Aktuální stav (A): Sexuální abstinence, Určující znaky (UZ): Vnímaná omezení způsobená léčbou, Související faktory (SF): Psychosociální změna sexuality, Rizikové faktory (RF): 0,
Ošetřovatelská diagnóza: Sexuální dysfunkce, kód: 00059,
Třída 2: Sexuální funkce.

Doména 9: Zvládání/tolerance zátěže

Aktuální stav (A):0, Určující znaky (UZ): Strach z dalšího vývoje zdravotního stavu,
Související faktory (SF): Odloučení od opory (rodina), Rizikové faktory (RF): 0,
Ošetřovatelská diagnóza: Strach, kód: 00148,
Třída 2: Reakce na zvládání zátěže.

Doména 10: Životní principy

Aktuální stav (A):0, Určující znaky (UZ): 0,
Související faktory (SF): 0, Rizikové faktory (RF): 0,
Ošetřovatelská diagnóza: 0, kód: 0.

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

1) Aktuální stav (A):Alergie na prach, pyl, Určující znaky (UZ): 0,
Související faktory (SF): Prostředí se zvýšeným výskytem patogenů,
Rizikové faktory (RF): Kontakt s patogeny,
Ošetřovatelská diagnóza: Riziko infekce, kód: 00004,

Třída 1: Infekce.

2) Aktuální stav (A):Plánovaný invazivní výkon, Určující znaky (UZ): 0,

Související faktory (SF): Rizika výkonu,
Rizikové faktory (RF): Komplikace spojené s těhotenstvím,
Ošetřovatelská diagnóza: Riziko krvácení, kód: 00206,
Třída 2: Fyzické poškození

Doména 12: Komfort

Aktuální stav (A):0, Určující znaky (UZ): 0,
Související faktory (SF): 0, Rizikové faktory (RF): 0,
Ošetřovatelská diagnóza: 0, kód: 0.

Doména 13: Růst/vývoj

Aktuální stav (A):0, Určující znaky (UZ): 0,
Související faktory (SF): 0, Rizikové faktory (RF): 0,
Ošetřovatelská diagnóza: 0, kód: 0.

Plán ošetřovatelské péče o ženu po umělém přerušení těhotenství

Realizované ošetřovatelské diagnózy:

Riziko krvácení, kód: 00206

Cíl: Pacientka krvácí přiměřeně.

Ošetřovatelské intervence:

- pravidelně sledovat TK, P, TT, D, dle ordinace lékaře 2 hodiny po 15 minutách po zákroku, provádí porodní asistentka
- sledovat krevní ztráty, provádí porodní asistentka po zákroku
- zajistit odběr krve dle ordinace lékaře, provádí porodní asistentka před i po výkonu
- zajistit dostatečnou hydrataci pacientky, zajišťuje porodní asistentka

Realizace:

Pacientka byla poučena, odběry dle ordinace lékaře byly provedeny. Fyziologické funkce a krvácení byly kontrolovány a zapsány do dokumentace.

Hodnocení:

Pacientka krvácí přiměřeně. Určený cíl byl splněn.

Riziko infekce, kód: 00004

Cíl: U pacientky se neprojeví žádné příznaky infekce.

Ošetrovatelské intervence:

- dodržovat zásady asepse při všech vyšetřeních a také při samotném provedení zákroku
- pravidelně sledovat místní i celkové projevy infekce, hlídá porodní asistentka
- v případě projevů infekce neprodleně informovat lékaře a zapsat do dokumentace porodní asistentkou

Realizace:

Všechna ošetrovatelská péče jako je aplikace léků, vaginální vyšetření, zavedení permanentního žilního katétru, odběr krve, zákrok vypuzení plodu, byly provedeny za aseptických podmínek. Pacientce byly pravidelně měřeny fyziologické funkce (TK, P, TT, D).

Hodnocení:

Pacientka nemá známky infekce. Určený cíl byl splněn.

Narušený vzorec spánku kód: 00198

Cíl: Pacientka spí bez problémů.

Ošetrovatelské intervence:

- posoudit příčiny a související faktory poruchy spánku, posuzuje porodní asistentka
- seznámit s vlivy prostředí na spánek, edukuje porodní asistentka při příchodu na gynekologické oddělení
- zajistit klid na spaní, zajišťuje porodní asistentka před spaním pacientky

Realizace:

Pacientka byla edukována o vlivu prostředí na spánek, eliminovány rušivé vlivy před spaním.

Hodnocení:

Pacientka udává zlepšení pocitu celkové pohody před usnutím a pocit klidného spánku. Určený cíl byl splněn.

Strach, kód: 00148

Cíl: Pacientka udává zmírnění anebo úplné vymizení strachu. Pacientka je plně informována o léčebném a ošetrovatelském plánu.

Ošetrovatelské intervence:

- všimnout si subjektivních známek strachu, sleduje porodní asistentka
- udržovat oční kontakt, mluvit pomalu a klidně, zajišťuje celý zdravotnický personál během hospitalizace pacientky

- pacientce umožnit vyjádření strachu, zajišťuje celý zdravotnický personál během hospitalizace pacientky
- umožnit kontakt s manželem před a po výkonu, zajišťuje porodní asistentka
- edukovat pacientku o všech postupech a vyšetřeních, zajišťuje porodní asistentka
- podat kompetentní informace, podává ošetřující lékař a porodní asistentka dle svých kompetencí

Realizace:

Porodní asistentka aktivně naslouchá obavám pacientky ze zákroku, jejím obavám o následný vztah s manželem, kvůli již druhému nevydařenému těhotenství. Zajistí rozhovor s lékařem, aby pacientce byly poskytnuty relevantní informace ze strany lékaře a také rozhovor s psychologem.

Hodnocení:

Pacientka udává zmírnění strachu po rozhovoru jak s porodní asistentkou, tak s lékařem i psychologem. Určený cíl byl splněn.

Narušené procesy v rodině, kód: 00060

Cíl: Zlepšení fungování vztahu partnerů

Ošetřovatelské intervence:

- získat informace o vztazích v rodině při příjmu porodní asistentkou
- podpořit pacientku v její snaze o zlepšení vztahů po dobu hospitalizace – zdravotnický personál
- nabídnout různé druhy odborného poradenství po výkonu porodní asistentkou
- podpořit adekvátní komunikaci v rodině (v rámci možností), zajištěno psychologem před propuštěním pacientky
- nabídnout možné zdroje informací (médiá, odborná literatura, přednášky apod.), zajištěno porodní asistentkou

Realizace:

Pacientka přijímá zdroje informací, které přispívají k lepšímu fungování rodiny, k pohodě jejích členů, byl zajištěn pohovor s psychologem.

Hodnocení:

Pacientka udává zlepšení pocitů ve vztahu k partnerovi. Určený cíl byl splněn.

Sexuální dysfunkce, kód: 00059

Cíl: Pacientka zná nutnost sexuální abstinence a zvýšené hygieny v době po zákroku. Uvědomuje si vlastní možnosti ve změněných podmínkách.

Ošetrovatelské intervence:

- objasnit nutnost omezení sexuální aktivity po výkonu, edukována porodní asistentkou
- poučit o následcích nedostačující hygieny, edukuje po výkonu porodní asistentka
- poučit o možnostech úspěšného těhotenství po výkonu, edukuje ošetřující lékař

Realizace:

Byl zajištěn rozhovor se sexuologem, pacientka byla edukována o možnostech sexuální aktivity v dočasně změněných podmínkách, o naději na úspěch příštího těhotenství.

Hodnocení:

Pacientka má dostatek informací, uvědomuje si stresující aspekty, které vyústily v dysfunkci vztahu s partnerem. Určený cíl byl splněn.

Riziko zácpy, kód: 00015

Cíl: Pacientka se vyprazdňuje každý den.

Ošetrovatelské intervence:

- zaznamenat frekvenci a charakter stolice, zaznamená porodní asistentka do dokumentace a eventuelně informuje ošetřujícího lékaře
- edukovat o prevenci vzniku zácpy, edukuje porodní asistentka po výkonu
- dle ordinace lékaře poddat glycerinový čípek, podává porodní asistentka při potížích

Realizace:

Pacientka byla poučena o konzumaci vhodných potravin a důležitosti pitného režimu, zvýšené hygieně po vyprazdňování. Dle ordinace lékaře podáván glycerinový čípek podle potřeby.

Hodnocení:

Pacientka se řídí a dodržuje rady, které jí byly poskytnuty. Po užití jednoho glycerinového čípku se pravidelně vyprazdňuje. Stanovený cíl byl splněn.

Ze zjištěných ošetrovatelských problémů a zvažovaných ošetrovatelských diagnóz během hospitalizace bylo pro střednědobý plán ošetrovatelské péče využito sedm diagnóz, z toho tři rizikové.

DISKUZE

Praktická část shrnuje informace o ošetrovatelské péči o ženu prožívající nefyziologické přerušování těhotenství. Shrnuje odbornou lékařskou péči včetně medikace, povinnosti a péči porodní asistentky. Ošetrovatelský plán péče obsahuje nejzákladnější úkony prováděné porodní asistentkou v průběhu ošetrovatelské péče. Při hospitalizaci ženy s indukovaným potratem se porodní asistentka řídí indikacemi lékaře, stanovenými intervencemi, výsledky ošetrovatelské péče a po jejich realizaci zanesou vše do dokumentace.

Praktická zkušenost se zaváděním ošetrovatelského procesu v oblastní nemocnici během odborné praxe nebyla bez problémů. K většímu usnadnění práce metodou ošetrovatelského procesu, by přispělo zjednodušení ošetrovatelské dokumentace. Například využitím metody křížkování, aby odpadlo zdlouhavé vypisování duplicitních informací. Řešením by byla specifická úprava dokumentace pro různá oddělení (porodnické, gynekologické). Administrativa by neměla odvádět od akutní péče o pacientku. Větší počet odborného personálu by byl také přínosem ke zlepšení péče. K větší efektivitě práce by přispěl i nižší počet přidělených pacientek, a tím i více času na jednotlivé případy. Tedy většinou organizační a praktické nedostatky.

Kladným přínosem metody ošetrovatelského plánu se jevílo zlepšení komunikace mezi porodní asistentkou a pacientkou. Zapojením pacientky do procesu péče, se stala péče individualizovanější, znalost potřeb pacientky i její informovanost se zlepšily. Návaznost i důslednost péče byla dobrá. Pacientka hodnotila péči o svou osobu podobně kladně. Porodní asistentky, bez rozdílu věku i délky praxe, byly ochotny se aktivně podílet na realizaci ošetrovatelských plánů, na změnách v ošetrovatelské praxi. Kladně lze hodnotit také zajišťování psychologické podpory pacientek, což není v každé nemocnici při krátkodobé hospitalizaci obvyklé.

ZÁVĚR

Teoretická část bakalářská práce shrnula poznatky o příčinách a následcích nefyziologického přerušení těhotenství. Nefyziologické přerušení těhotenství je stále velmi častá situace, která se vyskytuje u mnoha žen ve smyslu indukovaného potratu ze zdravotní indikace. Je-li diagnostikována vada plodu s životem neslučitelná, je indikací k indukovanému potratu. Pak již samozřejmě záleží na ženě, zda přijme navržené řešení a především následnou léčbu, s cílem minimalizovat riziko výskytu potratu v dalším těhotenství. Je patrné, že se jedná o dlouhodobý proces, který nekončí potracením plodu, ale má mnohdy dlouhotrvající, někdy doživotní následky. Z předložených poznatků vyplývá, že empatický a profesionální přístup porodní asistentky je nutný pro lepší zvládnání těžké situace nejen ženy, ale i jejího blízkého okolí.

Hlavním principem nově koncipovaného ošetřovatelství je žena se svými potřebami a problémy na jedné straně, na druhé pak porodní asistentka, jejímž úkolem je problémy identifikovat, stanovit stupeň jejich závažnosti a najít nejvhodnější způsob řešení. Takto koncipovaná péče předpokládá osobní zodpovědnost porodní asistentky a současně aktivní zapojení jak pacientky, tak její rodiny do ošetřovatelského procesu. Porodní asistentka se musí aktivnímu ošetřovatelství, orientovanému nikoliv na výkon, ale na člověka s jeho individuálními potřebami, stále učit.

Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví je disciplínou, kterou tvoří léčebná a léčebně preventivní péče. Je realizováno formou ošetřovatelského procesu, s vlastní koncepcí, zaměřenou na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb pacientek i zdravých žen-rodiček v péči o jejich zdraví. V rámci péče využívá všech vyšetřovacích složek z nelékařských oborů. Výsledky všech vyšetření se podílí na stanovení správné a včasné diagnózy. Moderní ošetřovatelství je tedy disciplína založená na samostatnosti porodní asistentky a týmové spolupráci s lékaři a ostatními odborníky. Podmínkou moderního ošetřovatelství je celoživotní vzdělávání, které vede ke zvyšování odborné úrovně porodních asistentek a tím ke zvyšování úrovně kvality poskytované péče. Kvalifikační příprava porodních asistentek je dána zákonnými normami. Zákonem 105/2011 Sb. a Vyhláškou 55/2011 Sb. (Sbírka zákonů České republiky).

SEZNAM LITERATURY

BŘEŠŤÁK, M., 2007. 3D/4D ultrazvukové vyšetření. In: CALDA, P., a kol. *Ultrazvuková diagnostika v těhotenství: pro praxi*. 1. vydání. Praha: Aprofema. s. 244-245. ISBN 978-80-903706-1-6.

BURDA, P., a kol. 2015. *Ošetrovatelská péče, 1. díl*. Praha: Grada Publishing. 224 s. ISBN 978-80-247-5333-1.

CALDA, P., 2014. Vyšetřovací metody v porodnictví. In: HÁJEK, Z., E. ČECH a K. MARŠÁL, a kol. *Porodnictví*. 3. zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. s. 100-114. ISBN 978-80-247-4529-9.

CALDA, P., a kol. 2007. *Ultrazvuková diagnostika v těhotenství: pro praxi*. 1. vydání. Praha: Aprofema. 268 s. ISBN 978-80-903706-1-6.

CALDA, P., 2014. Screening Downova syndromu. In: HÁJEK, Z., ČECH, E., MARŠÁL, K. a kol. *Porodnictví*. 3. zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. s. 98-101. ISBN 978-80-247-4529-9.

CALDA, P., a kol. 2010. *Ultrazvuková diagnostika v těhotenství a gynekologii*. Praha: Aprofema. 496 s. ISBN 978-80-903706-2-3.

CALDA, P., 2014. *Genetické poruchy* [online]. © MEDIXA [cit. 2017-02-17] Dostupné z: <http://cs.medixa.org/deti/geneticke-poruchy>

ČECH, E., 2014. UZ zobrazovací technika v porodnické praxi. In: HÁJEK, Z., E. ČECH a K. MARŠÁL, a kol. *Porodnictví*. 3. zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. s. 114-126. ISBN 978-80-247-4529-9.

ČECH, E., 2014. Operace v souvislosti s těhotenstvím. In: HÁJEK, Z., E. ČECH a K. MARŠÁL, a kol. *Porodnictví*. 3., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. s. 461-466. ISBN 978-80-247-4529-9.

ČEPICKÝ, P., 2014. Právní a etické aspekty v porodnictví. In: HÁJEK, Z., E. ČECH a K. MARŠÁL, a kol. *Porodnictví*. 3., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. s. 506. ISBN 978-80-247-4529-9.

ČESKO. Zákon č. 66/1986 Sb., České národní rady o umělém přerušení těhotenství. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION 2010-2017 [cit. 2017-02-13]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1986-66>

ČESKO. Vyhláška č. 75/1986 Sb., Ministerstva zdravotnictví České socialistické republiky, kterou se provádí zákon České národní rady č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2017 [cit. 2017-02-12]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1986-75>

ČESKO. Zákon č. 105/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2017 [cit. 2017-03-17]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-105>

ČESKO. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2017 [cit. 2017-03-17]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>

ČESKO. Vyhláška č. 467/1992 Sb., Ministerstva zdravotnictví České republiky o zdravotní péči poskytované za úhradu. Seznam nemocí, syndromů a stavů, které jsou zdravotními důvody k umělému přerušení těhotenství. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2017 [cit. 2017-02-12]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1992-467>

ČESKO. Zákon č. 101/2000 Sb., O ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2017 [cit. 2017-02-28]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-101>

ELIÁŠ, P., 2010. Úvod do ultrasonografie. In: CALDA, P., a kol. *Ultrazvuková diagnostika v těhotenství a gynekologii*. Praha: Aprofema. s. 249-251. ISBN 978-80-903706-2-3.

HÁJEK, Z., E. ČECH a K. MARŠÁL, a kol. 2014. *Porodnictví*. 3. zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. 576 s. ISBN 978-80-247-4529-9.

- HÁJEK, Z., a kol. 2014. Poruchy délky těhotenství. In: HÁJEK, Z., E. ČECH a K. MARŠÁL, a kol. *Porodnictví*. 3. zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. s. 240-255. ISBN 978-80-247-4529-9.
- FRIISOVÁ, V., 2016. *Downův syndrom* [online]. © [cit. 2017-02-17]. Dostupné z: <http://www.prenatalni-diagnostika-vrozenych-vad-plodu-73.html/#downuv-syndrom>
- KOČÁREK, E., a kol. 2011. *Klinická cytogenetika I.: úvod do klinické cytogenetiky, vyšetřovací metody v klinické cytogenetice*. 2. vydání. Praha: Karolinum. 120 s. ISBN 978-80-246188 0 7.
- KUDLOVÁ, P., 2016. *Ošetrovatelský proces a jeho dokumentace*, ZLÍN: UTB FHS. 137 s. ISBN 978-80-7454-600-6.
- KUTNOHORSKÁ, J., 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
- MAREČKOVÁ, J., 2006. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. Vydání. Praha: Grada Publishing. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
- MARŠÁL, K., 2014. Toxické vlivy v těhotenství. In: HÁJEK, Z., E. ČECH a K. MARŠÁL, a kol. *Porodnictví*. 3. zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. s. 450-454. ISBN 978-80-247-4529-9.
- MIKŠOVÁ, Z., a kol. 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. Praha: Grada Publishing, 172 s. ISBN 80-247-1443-4.
- NANDA INTERNATIONAL, 2013. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2012–2014*. Praha: Grada Publishing. 584 s. ISBN 978-80-247-4328-8.
- ROZTOČIL, A., a kol. 2011. *Moderní gynekologie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 528 s. ISBN 978-80-247-2832-2.
- ROZTOČIL, A., 2014. Psychiatrická onemocnění v těhotenství. In: HÁJEK, Z., E. ČECH a K. MARŠÁL, a kol. *Porodnictví*. 3. zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. s. 391-396. ISBN 978-80-247-4529-9.
- SLEZÁKOVÁ, L., 2011. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 1. vydání Praha: Grada Publishing. 269 s. ISBN 978-80-247-3373-9.

ŠEMBERA, Z., 2014. Rizikové a patologické těhotenství. In: In: HÁJEK, Z., E. ČECH a K. MARŠÁL, a kol. *Porodnictví*. 3. zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. s. 240-255. ISBN 978-80-247-4529-9.

TAKÁCS, L., a kol. 2015. *Psychologie v perinatální péči*. Praha: Grada Publishing. 208 s. ISBN 978-80-247-5127-6, s. 141-142.

VOKURKA, M. a kol. 2009. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf. 1159 s. ISBN 978-80-7345-202-5.

VONDRÁČEK, L., a kol. 2008. *Sestra a její dokumentace: návod pro praxi*. Praha: Grada Publishing. 188 s. ISBN 978-80-247-2763-9.

PŘÍLOHY

Příloha A - Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce .	II
Příloha B - Potvrzení o profesionálním překladu abstraktu	III
Příloha C - Informovaný souhlas pacientky	IV
Příloha D - Hlášenka – Vrozená vada a geneticky podmíněné onemocnění.....	VI

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

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že sem zpracovala údaje pro praktickou část bakalářské práce s názvem Péče o ženu po umělém přerušení těhotenství z důvodu vrozených vývojových vad plodu v rámci odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5 a se souhlasem pacientky.

V Praze dne 31. 3. 2017



Podpis

Příloha B - Potvrzení o profesionálním překladu abstraktu

ABSTRACT

MARKVARTOVÁ, Lucie. Healthcare in Women after Abortion Due to Fetus Malformations. Medical College, Qualification degree: Bachelor (Bc.). Thesis supervisor: PhDr. Ivana Jahodová. Prague 2017. Number of pages:

The topic of this Bachelor's thesis was: Healthcare in Women after Abortion Due to Fetus Malformations. The theoretical part comprises an overview of the published knowledge about abortion due to congenital fetal malformations. It includes the risks related to this intervention, prenatal diagnostics, causes of congenital fetal malformations and the after-care by the midwife during the nursing process following an abortion. The practical part focuses on the case study of a patient with a congenital fetal malformation, utilizing knowledge from professional practice.

Keywords: Congenital malformations. Interruption. Midwife. Nursery care. Prenatal diagnostics.

This is to certify that the translation has been performed by the translation agency ITC – Ing. Jan Žižka.

Ing. Jan Žižka
překladačské a tlumočnické služby
Sokolská 102, 100 00 Praha 2
tel./fax: 224 266 220
IČ: 67908357, DIČ: CZ6807280823

Příloha C - Informovaný souhlas pacientky

Městská nemocnice
příspěvková organizace

Informovaný souhlas

Umělé přerušení těhotenství (UPT) ve II. trimestru

Pacientka (štítek)

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:

Bydliště:

Zákonný zástupce

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:

Vážená paní, vážení rodiče,

v předkládaném formuláři si přečtete informace o umělém přerušení těhotenství ve II. trimestru. Pomohou Vám připravit se na rozhovor s lékařem, který Vás bude informovat o navrhovaném postupu, abyste se mohla rozhodnout a dát souhlas k jeho provedení.

Co je umělé přerušení těhotenství (UPT) ve II. trimestru (II. třetině těhotenství):

UPT ve II. trimestru je zákrok, jehož podstatou je umělé vyvolání děložních stahů a potrat plodu přirozenou cestou jako při porodu.

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Provedení UPT ve II. trimestru gravidity (tj. po 12. týdnu těhotenství), dle zákona č. 66/1986 Sb., je možné, jen je-li ohrožen život ženy nebo je prokázáno těžké poškození plodu nebo je-li plod neschopen života.

Jaký je režim pacientky před výkonem:

Pacientka je v den výkonu přijata na standardní oddělení a po nutných vstupních vyšetřeních a laboratorních odběrech je zahájeno vyvolání kontrakcí dělohy. Žádná předchozí speciální režimová opatření nutná nejsou. Pokud nastanou pravidelné kontrakce, pacientka již nejí a nepije, aby po vypuzení plodu mohla být provedena revize (vyčištění) děložní dutiny v celkové anestezii.

Jaký je postup při provádění výkonu:

Přípravná část se provádí na standardním oddělení, kdy se opakovaně do pochvy a děložního čípku aplikují tablety s obsahem prostaglandinů, které způsobují změkčení a otevření děložního hrdla a vyvolávají děložní činnost vedoucí k potratu plodu.

Jinou alternativou provedení výkonu je, že se za kontroly ultrazvuku přes břišní stěnu zavádí ostrá jehla do dutiny děložní. Někdy se nejprve odebírá materiál pro genetické vyšetření (většinou plodová voda) a stejným vpichem se pak aplikuje do plodového vaku látka s obsahem prostaglandinů, která má vyvolat děložní stahy. Doba trvání tohoto výkonu je 10–15 minut.

Nástup děložních stahů je individuální, zpravidla do 1–2 hodin od zavedení prostaglandinů. Vyvolané stahy bývají bolestivé, proto se aplikují léky tlumící bolest, event. je možno použít epidurální analgezi. Bližší informace Vám podá lékař – anesteziolog.

V případě slabých děložních stahů je někdy nutné k jejich zesílení použít infuzi s oxytocinem. Časový interval od aplikace prostaglandinů do potratu se nedá odhadnout, většinou se pohybuje od 2 do 24 hodin. V malé části případů se nepodaří vyvolat děložní stahy a je nutné celou přípravnou část opakovat. Po potratu plodu je nutné odstranit zbytky plodového vejce z dutiny děložní. Tento výkon se provádí na operačním sále v celkové narkóze. Přístup k dutině děložní je otevřeným hrdlem děložním po potratu plodu a provádí se kovovým nástrojem, tzv. kyretou. Plod i s placentou je odeslán k podrobnému histologickému vyšetření na patologické oddělení.

Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Žádné pracoviště ani lékař Vám nemůže zaručit ideální a nekomplikovaný průběh zákroku.

Všeobecné komplikace provázející operační výkony jsou díky pokroku v medicíně velmi ojedinělé. Patří mezi ně např. „trombóza“ (vytvoření krevních sraženin v žilách, např. dolních končetin), „embolie“ (uzavření žil krevní sraženinou, nejčastěji v plicích), krvácení během zákroku, po zákroku, infekce v operačním poli nebo poruchy krevního srážení. Aplikaci léků do plodového vaku může provázet nevolnost i zvracení. Potrat plodu může být provázen silnějším krvácením a bolestivostí.

I přes pečlivou operační techniku může dojít během zákroku k poškození dělohy nebo většímu krvácení, které si vyžádá rozšíření stávajícího operačního výkonu. I v této výjimečné situaci je naší snahou zachování všech vnitřních orgánů, někdy je však nutné provést operační výkon s odstraněním poškozeného orgánu (odstranění dělohy – hysterektomie).

Alergická reakce se může vyskytnout na jakémkoliv léčivo nebo dezinfekční prostředek. Může mít formu kopřivky, zarudnutí, svědění kůže, dechových obtíží, nízkého krevního tlaku, až šokového stavu. Další možné komplikace mohou vzniknout při podání narkózy a budou Vám vysvětleny lékařem – anesteziologem.

Z nejrůznějších medicínských důvodů může dojít k neúplnému vyprázdnění dutiny děložní (zůstávají zbytky plodového vejce). Toto se může projevit například zvýšeným krvácením, bolestmi, teplotami apod., pacientka však může být i zcela bez příznaků. V některých případech je nutné výkon – revizi (vyčištění dělohy) opakovat.

Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

Doba hospitalizace při nekomplikovaném průběhu trvá 3–4 dny. Nejméně 14 dnů po výkonu doporučuje dodržovat pohlavní abstinenci a zvýšenou hygienu rodidel. První menses se po výkonu dostaví za 4–6 týdnů. Další graviditu doporučujeme až po ukončení všech nutných vyšetření, plánované v odstupu nejméně 1/2 roku. Do té doby je vhodné se chránit antikoncepcí.

Jaké jsou možné alternativy výkonu:

Alternativou v přípravě děložního hrdla je zavedení tyčinek Dilapan, které přes noc zvětší svůj objem a rozšíří děložní hrdlo. To však porodní cesty k výkonu jen připraví, dále je nutné pokračovat opět aplikací prostaglandinů.

Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky i možná rizika a komplikace plánovaného výkonu. Byly mi vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu. Měla jsem možnost zeptat se lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá, a obdržela jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměla. Lékařem jsem byla poučena o možnosti svůj souhlas s navrženým postupem odvolat.

Prohlašuji, že mi byly sestrou/porodní asistentkou náležitě objasněny veškeré informace z hlediska ošetrovatelské péče vzhledem k provedení lékařského výkonu.

S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím.

Datum:

Podpis pacientky nebo zákonného zástupce

Razítko oddělení, jméno, příjmení a podpis ošetřujícího lékaře, který vysvětlující pohovor provedl

Razítko a podpis sestry/porodní asistentky, která vysvětlující pohovor provedla

Pacientka není schopna podpisu. Svůj souhlas vyjádřila:
popište způsob:

Jméno, příjmení a podpis svědka

Razítko oddělení, jméno, příjmení a podpis lékaře

Rodné číslo matky		Narození matky *		Státní občanství matky		Věk otce *			
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			
Rodinný stav				Vzdělání					
1 <input type="checkbox"/>	svobodná	4 <input type="checkbox"/>	ovdovělá	1 <input type="checkbox"/>	základní s nižší střední	3 <input type="checkbox"/>	vysokoškolské		
2 <input type="checkbox"/>	vdaná	5 <input type="checkbox"/>	družka	2 <input type="checkbox"/>	středoškolské s maturitou	4 <input type="checkbox"/>	neznámo		
3 <input type="checkbox"/>	rozvedená	0 <input type="checkbox"/>	nezjištěno						
Zaměstnání matky				Zaměstnání otce					
1 <input type="checkbox"/>	zákonodárci, vedoucí a řídicí pracovníci	1 <input type="checkbox"/>	zákonodárci, vedoucí a řídicí pracovníci	2 <input type="checkbox"/>	specialisté	2 <input type="checkbox"/>	specialisté		
2 <input type="checkbox"/>	specialisté	3 <input type="checkbox"/>	technici a jiní odborníci	3 <input type="checkbox"/>	technici a jiní odborníci	4 <input type="checkbox"/>	úředníci		
3 <input type="checkbox"/>	technici a jiní odborníci	4 <input type="checkbox"/>	úředníci	5 <input type="checkbox"/>	provozní pracovníci ve službách, obchodě a prodeji	5 <input type="checkbox"/>	kvalifikovaní pracovníci v zemědělství, lesnictví a rybářství		
4 <input type="checkbox"/>	úředníci	5 <input type="checkbox"/>	provozní pracovníci ve službách, obchodě a prodeji	6 <input type="checkbox"/>	kvalifikovaní pracovníci v zemědělství, lesnictví a rybářství	6 <input type="checkbox"/>	řemeslníci a pracovníci v příbuzných oborech - opraváři		
5 <input type="checkbox"/>	provozní pracovníci ve službách, obchodě a prodeji	6 <input type="checkbox"/>	kvalifikovaní pracovníci v zemědělství, lesnictví a rybářství	7 <input type="checkbox"/>	řemeslníci a pracovníci v příbuzných oborech - opraváři	7 <input type="checkbox"/>	obsluha strojů a zařízení, montéři		
6 <input type="checkbox"/>	kvalifikovaní pracovníci v zemědělství, lesnictví a rybářství	8 <input type="checkbox"/>	obsluha strojů a zařízení, montéři	8 <input type="checkbox"/>	obsluha strojů a zařízení, montéři	9 <input type="checkbox"/>	pomocní a nekvalifikovaní pracovníci		
7 <input type="checkbox"/>	řemeslníci a pracovníci v příbuzných oborech - opraváři	9 <input type="checkbox"/>	pomocní a nekvalifikovaní pracovníci	9 <input type="checkbox"/>	pomocní a nekvalifikovaní pracovníci	10 <input type="checkbox"/>	pracovníci v armádě		
8 <input type="checkbox"/>	obsluha strojů a zařízení, montéři	10 <input type="checkbox"/>	pracovníci v armádě	10 <input type="checkbox"/>	pracovníci v armádě	11 <input type="checkbox"/>	studující		
9 <input type="checkbox"/>	pomocní a nekvalifikovaní pracovníci	11 <input type="checkbox"/>	studující	11 <input type="checkbox"/>	studující	12 <input type="checkbox"/>	osoba samostatně výdělečně činná		
10 <input type="checkbox"/>	pracovníci v armádě	12 <input type="checkbox"/>	osoba samostatně výdělečně činná	12 <input type="checkbox"/>	osoba samostatně výdělečně činná	13 <input type="checkbox"/>	nezaměstnaná		
11 <input type="checkbox"/>	studující	13 <input type="checkbox"/>	nezaměstnaná	13 <input type="checkbox"/>	nezaměstnaný	14 <input type="checkbox"/>	žena v domácnosti		
12 <input type="checkbox"/>	osoba samostatně výdělečně činná	14 <input type="checkbox"/>	žena v domácnosti	14 <input type="checkbox"/>	žena v domácnosti	15 <input type="checkbox"/>	neznámé		
13 <input type="checkbox"/>	nezaměstnaná	15 <input type="checkbox"/>	neznámé						
14 <input type="checkbox"/>	žena v domácnosti								
15 <input type="checkbox"/>	neznámé								
Dokončený týden těhotenství		Četnost těhotenství		Dvojčata					
u plodu (při ukončení těhotenství) <input type="text"/>		1 <input type="checkbox"/>	jednočetné	4 <input type="checkbox"/>	čtyřčata či více	21 <input type="checkbox"/>	bichoriální—biamniální		
u dítěte (při narození) <input type="text"/>		2 <input type="checkbox"/>	dvojčata	9 <input type="checkbox"/>	neudáno	22 <input type="checkbox"/>	monochoriální—biamniální		
		3 <input type="checkbox"/>	trojčata						
Vrozená vada v rodině a její diagnóza *									
		MKN-10	MKN-10	Orphanet	Orphanet	OMIM	OMIM	SSIEM	SSIEM
1 <input type="checkbox"/>	matka	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 <input type="checkbox"/>	otec	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3 <input type="checkbox"/>	sourozenec	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4 <input type="checkbox"/>	ostatní	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Onemocnění matky v těhotenství 1		Onemocnění matky v těhotenství 2		Užívání kyseliny listové					
dg. (MKN-10) <input type="text"/>		dg. (MKN-10) <input type="text"/>		1 <input type="checkbox"/>				0,4 mg, pravidelně, již prekoncepčně	
0 <input type="checkbox"/>	žádné onemocnění	0 <input type="checkbox"/>	žádné onemocnění	2 <input type="checkbox"/>				nepravidelně, postkoncepčně nebo neznámá dávka	
1 <input type="checkbox"/>	onemocnění ano, ale není známo	1 <input type="checkbox"/>	onemocnění ano, ale není známo	3 <input type="checkbox"/>				nebyla užívána	
9 <input type="checkbox"/>	neudáno	9 <input type="checkbox"/>	neudáno	9 <input type="checkbox"/>				neudáno	
Lék v těhotenství 1 (jakýkoli v průběhu I. trimestru)		Lék v těhotenství 2 (jakýkoli v průběhu I. trimestru)		Lék v těhotenství 3 (jakýkoli v průběhu I. trimestru)					
SÚKL kód <input type="text"/>		SÚKL kód <input type="text"/>		SÚKL kód <input type="text"/>					
0 <input type="checkbox"/>	žádný lék	0 <input type="checkbox"/>	žádný lék	0 <input type="checkbox"/>				žádný lék	
9 <input type="checkbox"/>	neudáno	9 <input type="checkbox"/>	neudáno	9 <input type="checkbox"/>				neudáno	
Pořadí gravidity	<input type="text"/>	Pořadí parity *	<input type="text"/>	Počet předcházejících samovolných potratů	<input type="text"/>	Počet předcházejících UUT	<input type="text"/>		
Pokyny k vyplnění:									
<input type="checkbox"/> Položky zkrácené datové sady při hlášení GPO		* Povinná položka při hlášení VV nebo GPO u osoby starší než 1 rok věku.							
<input type="checkbox"/> Alespoň jednu z takto označených položek je nutné vyplnit při hlášení GPO		Při hlášení VV/GPO u dítěte do 1 roku věku a plodu jsou povinné všechny položky (mimo logicky se vylučujících), viz. Pokyny k obsahu datové struktury.							
				<input type="checkbox"/> zakřížkování pouze jedné možnosti		<input type="checkbox"/> zakřížkování více možností			