

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

**SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O RODIČKU PO  
KLEŠŤOVÉM PORODU**

Bakalářská práce

KRISTÝNA ROTOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Porodní asistentka

Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

Praha 2016



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

**Rotová Kristýna**  
**3. A PA**

**Schválení tématu bakalářské práce**

Na základě Vaší žádosti ze dne 7. 4. 2015 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Specifika ošetrovatelské péče o rodičku po klešťovém porodu

*Specifies of Nursing Care in Obstetric Forceps Delivery*

Vedoucí bakalářské práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

V Praze dne: 2. 11. 2015

  
doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.  
rektorka

## **PROHLÁŠENÍ**

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

KRISTÝNA ROTOVÁ

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych touto cestou poděkovala doc. PhDr. Jitce Němcové, PhD., za odborné vedení bakalářské práce, poskytnuté rady, velmi trpělivý přístup a čas, který nad mou prací strávila. Také bych chtěla poděkovat celé své rodině a svým blízkým za podporu po celou dobu mého studia.

## ABSTRAKT

ROTOVÁ, Kristýna. *Specifika ošetrovateľskej péče o rodičku po klešťovom porodu*. Vysoká škola zdravotnícká, o. p. s. Stupeň kvalifikácie: Bakalár (Bc.). Vedúci práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD. Praha. 2016. 48 s.

Tématem bakalářské práce jsou specifika ošetrovateľskej péče o rodičku po klešťovom porodu. Teoretickou časť tvorí popis a charakteristika klešťového porodu vaginálnou cestou. Spoločne s vedúci práce sa zamerujeme na techniku porodu porodnými klešťami, indikácie klešťového porodu, komplikácie a ošetrovateľskou péčou poskytovanou porodní asistentkou. Súčasťou teoretickej časti je i kapitola zameraná na epiziotómiu ako súčasť porodnickej operácie. V praktickej časti sa zaoberáme ošetrovateľským procesom na oddelení šestinedelí Hořovické nemocnice u pacientky, ktorá porodila klešťový porod.

Klíčovú slova

Epiziotómie. Klešťový porod. Ošetrovateľská péče. Porodní asistentka.

## ABSTRACT

ROTOVÁ, Kristýna. *Specifies of Nursing Care in Obstetric Forceps Delivery*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD. Prague. 2014. 48 pages.

The theme of the Bachelor thesis are specific features of nursing for woman in labour after obstetrical forceps delivery. The theoretical part comprises a description and characteristics of obstetrical forceps delivery through the vagina. The author, in co-operation with the thesis supervisor, devotes attention to the technique of obstetrical forceps delivery, forceps delivery indication, complications and the nursing activities carried out by the birth attendant. The theoretical part also includes a chapter focused on episiotomy as a part of obstetric surgery. The practical part deals with the nursing procedures at the puerperium department of the Hořovice town hospital provided for a patient after obstetrical forceps delivery.

### Keywords

Episiotomy. Forceps delivery. Nursing Care. Midwife.

# OBSAH

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ÚVOD.....	10
<b>1 PORODNICKÉ KLEŠTĚ VE VÝVOJI PORODNICTVÍ... ..</b>	<b>12</b>
1.1 DRUHY PORODNÍCH KLEŠTĚÍ V NAŠEM PORODNICTVÍ.....	13
<b>2 HISTORIE PORODNÍCH KLEŠTĚÍ.....</b>	<b>15</b>
<b>3 KLEŠŤOVÝ POROD.....</b>	<b>16</b>
3.1 INDIKACE K UKONČENÍ PORODU KLEŠTĚMI.....	17
3.1.1 KONTRAINDIKACE K UKONČENÍ PORODU KLEŠTĚMI.....	18
3.2 PŘÍPRAVA ŽENY K PORODU KLEŠTĚMI .....	18
3.3 PROVEDENÍ VÝKONU .....	18
3.4 SPECIÁLNÍ SITUACE PŘI PORODU KLEŠTĚMI.....	20
3.4.1 PORUCHY ROTACE .....	20
3.4.2 DEFLEXNÍ POLOHY HLAVIČKY .....	21
3.5 KOMPLIKACE PORODU KLEŠTĚMI.....	21
3.6 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY.....	22
<b>4 EPIZIOTOMIE JAKO SOUČÁST KLEŠŤOVÉHO PORODU .....</b>	<b>23</b>
4.1 TYPY EPIZIOTOMIE .....	23
4.2 TECHNIKA EPIZIOTOMIE .....	24
4.3 KOMPLIKACE EPIZIOTOMIE .....	25
4.4 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY PO EPIZIOTOMII .....	25
<b>5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U ŽENY PO KLEŠŤOVÉM PORODU .....</b>	<b>26</b>
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>55</b>

<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>56</b>
<b>PŘÍLOHY .....</b>	<b>I</b>



## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

BWR.....	Bordetova-Wassermannova reakce
CTG.....	kardiotokografie
GBS.....	streptokoky skupiny B (group B Streptococcus)
GEU.....	mimoděložní (ektopické) těhotenství (graviditas extrauterina)
HBsAg.....	s-antigen hepatitidy B
HIV.....	virus lidské imunodeficiency (human immunodeficiency virus)
oGTT.....	orální glukózový toleranční test
PM.....	poslední menstruace
SF .....	vzdálenost horní okraj spony - děložní fundus
TORCH .....	toxoplasmóza, rubeola, cytomegalovirus, herpes virus
UPT.....	umělé přerušování těhotenství

(HÁJEK, 2014)

# ÚVOD

Tématem bakalářské práce jsou specifika ošetrovatelské péče o rodičku po klešťovém porodu.

Problematika klešťových porodů nás zaujala především z důvodu častého tvrzení našeho okolí, že klešťové porody se v dnešní době už moc neprovádějí. Nicméně praxe ukázala opak. Za dobu odborné praxe v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické o. p. s jsme byli svědkem dvanácti klešťových porodů. Tyto porody nás velmi fascinovaly a utvrdily v tom, že tato technika je stále aktuální. Právě proto jsme se začali klešťovým porodem zabývat více do hloubky a motivoval nás natolik, že jsme se rozhodli k sepsání bakalářské práce na toto téma.

Roztočil (2009) uvádí, že incidence klešťových porodů v České republice je kolem 1-3 %.

**Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:**

**Cíl 1:** Utvořit ucelený pohled na porod ukončený pomocí porodních kleští

**Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:**

**Cíl 1:** Posouzení, plánování, realizace ošetrovatelského procesu, hodnocení ošetrovatelské péče u rodičky po klešťovém porodu

## **Vstupní literatura:**

HÁJEK, Z., a kol., 2014. *Porodnictví*. Třetí zcela přepracované vydání a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.

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

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

### **Popis rešeršní strategie:**

Vyhledávání odborných publikací, které byly následně využity pro tvorbu bakalářské práce s názvem Specifika ošetrovateľské péče o rodičku po klešťovém porodu, proběhlo v časovém období duben 2015. Pro vyhledávání jsme použili elektronické databáze Bibliographia medica Českoslovaca, katalog NLK Medvik, Vyhledávače Google Books.

Jako klíčová slova jsme zvolili porodnické kleště, forceps, klešťový porod, komplikace kleští, ošetrovateľská péče na šestinedělí, porodnické ošetrovateľství, ošetrovateľský proces, bábictví, ošetrovateľská péče o pacienty v kritickém stavu, ošetrovateľství v péči o matku a dítě.

Hlavní kritéria pro zařazení dohledaných článků do zpracování bakalářské práce byly odborné publikace tematicky odpovídající stanoveným cílům bakalářské práce v českém, slovenském nebo v anglickém jazyce, vydaný odbornými recenzovanými periodiky v časovém období 2005 až současnost.

Vyřazovacími kritérii byla obsahová nekompatibilita se stanovenými cíli, duplicitní nálezy publikace nebo publikace s nízkým stupněm důkaznosti.

Pro tvorbu bakalářské práce bylo využito 20 relevantních plnotextů v českém jazyce v období let 2005-2016.

# 1 PORODNICKÉ KLEŠTĚ VE VÝVOJI PORODNICTVÍ

Dle Hájka (2014) je porod kleštěmi zařazován do akutních stavů v porodnictví. Porodnické kleště slouží jako nástroj k vybavení hlavičky z porodních cest matky v II. době porodní. Nejčastěji je hlavička plodu vstoupá a fixovaná v malé pánvi a to ve východu a úžině. Nejméně často v šíři a pánevním vchodu.

## POPIS PORODNICKÝCH KLEŠTÍ

Doležal a kol. (2007) a Peschout (2015) popisují porodnické kleště neboli kleštiny (branže). Tvoří je dvě části, které se dělí na část levou a pravou. Horní díl obou kleštin tvoří lžice, které slouží k uchopení hlavičky. Lžice je buď plná, nebo nejčastěji s otvorem, která se skládá z hrotu, horního a dolního žebra, okénka. Dolní díl lžice je tvořen krčkem, který se zkrříží a spojuje v zámku. Kleště jsou zakončeny držadly. Některé typy kleští mají za zámkem výběžky (Buschovy traktory), sloužící k lepšímu uchopení.

## DĚLENÍ PORODNICKÝCH KLEŠTÍ

Doležal, a kol., (2007) popisují kleště **dle zakřivení**

- Podle hlavičky (Chamberlen)
- Podle hlavičky a pánve (Simpson)
- Podle hlavičky, pánve a hráze (Kielland a Piper)
- Podle hlavičky a hráze

Hájek (2014) dělí kleště **dle konstrukce**

- Kleště zkrřížené
- Kleště paralelní

V České republice jsou nejčastěji využívány **Anglické kleště**, kterým se jinak přezdívá kleště zkrřížené. Ty se zavírají při vzájemném posunu rovnoběžných plošek a výřezů. Zapadají do sebe tak, že pravá branže doléhá do levé. V momentě, kdy se kleště uzamknou, nastane fixace hlavičky plodu. Nicméně to nebrání tomu, aby se opět snadno rozevřely.

Proti anglickým kleštím jsou v České republice méně využívány **kleště Francouzské**. Tyto kleště jsou také zkřížené a mají pevný uzávěr. Na osový nýt levé branže nasedá odpovídající velký otvor pravé branže. Některé kleště se uzavírají šroubem, a proto není možný posun branží. Z toho vyplývá, že jejich rozevření je o něco obtížnější.

**Německé kleště** mají podobný uzávěr jako kleště anglické a francouzské. Německé kleště mají daleko pohodlnější otevírání a zavírání a nevyvíjí takový stisk na hlavičce plodu.

**Shuteho neboli paralelní kleště** se liší od ostatních kleští zejména tím, že nejsou zkřížené. Obě branže jsou souběžné. Tyto kleště se používají v případě, že hlavička plodu není zcela dorotovaná. Tím pádem se nejdříve zavádí první branže blíže k sponě, kde je méně místa. Druhá branže kleští se následně zavádí blíže k perineu.

Roztočil (2009) dále dělí kleště **podle místa aplikace**

- Kleště vysoké – Extrakce plodu se provádí při nevstoupulé hlavičce plodu v porodních cestách, ale balotující nad pánevním vchodem. V současnosti se vysoké kleště nevyužívají z důvodu velkých poranění matky i dítěte.
- Kleště střední – Extrakce plodu se provádí při vstoupulé hlavičce malým oddílem v pánevní úžině nebo v šíři.
- Kleště východové – Hlavička viditelná v poševním vchodu, hlavička dosahuje pánevní dno

## **1.1 DRUHY PORODNÍCH KLEŠTÍ V NAŠEM PORODNICTVÍ**

Dle Hájka (2014) a Kacerovského (2010) jsou v našem porodnictví nejvíce využívány Simpsonovy kleště.

**Simpsonovy kleště** jsou nejčastěji používaným trakčním nástrojem v porodnictví. Jsou vyrobené z chirurgické oceli. Jejich váha je 700 g a délka 350 mm. Kleštiny zapadají z pravé branže do levé v anglickém zámku. Držadla jsou opatřena tzv. Buschovými háky.

Dle Hájka (2012) **Breusovy kleště** se liší od kleští Simpsonových délkou. Jsou delší o 50 mm a mnohem mohutnější. Slouží pro extrakci hlavičky z vyšších pánevních rovin (šíře či úžiny). Lžice jsou více zakřiveny podle pánevní osy a hlavičky. Krček je spojen podélně výkyvným kloubem. Jejich funkce je trakční. Zavádějí se výhradně do příčného pánevního průměru, Kleště jsou kontraindikovány, když je hlavička se švem šípovým vstoupá v příčném pánevním průměru, protože může dojít k poranění obličej.

**Kjellandovy kleště** jsou zkrížené, velmi dlouhé 400 mm a štíhlé. Liší se od Simpsonových kleští tím, že je větší zakřivení podle hlavičky. Mají jednouchý zámek, který umožňuje posouvání branží. Kleště se nasazují jedině biparietálně, Trakční i rotační nástroj slouží k extrakci plodu z pánevní úžiny a šíře.

**Shuteho kleště** váží 900g, při vzájemném uzávěru jsou uloženy paralelně. Slouží k extrakci plodu z pánevní úžiny či šíře a nakládají se na nedorotovanou hlavičku. Při trakci současně probíhá rotace hlavičky.

## 2 HISTORIE PORODNÍCH KLEŠŤÍ

Peschout (2008) udává, že vznik porodnických kleští se píše až od přelomu 16. a 17. století. Přibližně v roce 1600 v Anglii žijící Petr Chamberlen (1560-1631), narozen ve Francii, pracující jako hugenot vynalezl porodnický nástroj zvaný kleště. V rodině Chamberlenů je vznik a konstrukce kleští zachován v tajnosti až do té doby, kdy vnuk bývalého konstruktéra Hugh Chamberlen rozhodl odtajnit vznik a konstrukci kleští a nabídnout je francouzskému porodníkovi Mauriceauovi (zakladatel moderního porodnictví).

Tyto kleště Chamberlen nabízel za 10 000 livrů (tolarů). Nejdříve Mauriceau chtěl, než zaplatí tuto částku, vyzkoušet se souhlasem Chamberlena nástroj u 38 leté rodičky. Ta rodila 3 dny, vyčerpaná z tak dlouhého porodu. Rodička měla zcela zúženou pánev, kdy nešla zavést ani ruka porodníka při vyšetření. Z dnešního hlediska je zúžená pánev naprosto nevhodná indikace k užití kleští při ukončení porodu. Po třech hodinách snažení o vybavení plodu kleštěmi se Mauriceau vzdal a rodička porod nepřezila. Při provedené pitvě u zemřelé se zjistila třikrát protržená děloha, těžká poranění měkkých tkání rodičky a zlomenina pánve.

Tento porod za použití kleští způsobil velkou nedůvěru porodníků především ve Francii, kdy Francie byla přední zemí v porodnictví v té době. Chamberlen stále prováděl porody pomocí kleští s úspěchem.

Kolem roku 1693 byla prodána Rogeru Roonhuysenovi, holandskému porodníkovi utajená konstrukce kleští. Ten ale klamal své žáky, kdy je seznámil s pouze polovinou kleští.

V 18 století roku 1723 bylo porodníkem Jean Palfynem tajemství konstrukce kleští zcela odhaleno. Palfyn vydal francouzské akademii zprávu o vlastních kleštích. Ostatní porodníci dále vymýšleli vylepšování konstrukce kleští a zkoumali indikace k extrakci plodu. Palfynovy porodnické kleště vypadaly jako ruce přiložené dlaněmi s mírně ohnutými prsty a lžice byly plné.

Dussé udělal ve lžici okénko a držadla překřížil, Heister dodal ke kleštím zámek, Gregoiré doplnil k zámku šroub. V té době si každý významný porodník kleště nějak upravoval. V roce 1976 Gordon evidoval až 600-700 druhů kleští.

### 3 KLEŠŤOVÝ POROD

Klešťový porod je dle Hájka (2014) i Pařízka a kol. (2012) v současné době vymezen těmito podmínkami

#### ZEVNÍ A VNITŘNÍ VYŠETŘENÍ

- Dobře prostupná pánev, kdy se vylučuje kefalopelvický nepoměr.
- Zašlá porodnická branka. V případě nezašlé porodnické branky, musí být splněny všechny podmínky, u kterých lze udělat nástřih hráze.
- Zcela volné měkké porodnické cesty.
- Odteklá plodová voda neboli prasklý vak blan.
- Hlavička plodu je v šíři vstoupilá, kdy hmatáme dolní třetinu zadní stěny stydké spony.
- Hlavička plodu je fixovaná. To znamená, že hlavička nelze mimo kontrakci vysouvat do výše pánevních rovin. Ve výjimečných případech lze použít kleště na hlavičku vstoupilou velkým oddílem a pevně fixovanou hlavičku v pánevním vchodu nebo v případě akutních indikací, které vedou k neodkladnému ukončení porodu.
- Životaschopný plod.
- Přesné určení polohy, postavení, rotace, vedoucí bod, fontanely, švy a hloubka vstupu hlavičky do pánve.

Ze strany matky musí být vyprázdňeny močový měchýř.

Pařízek a kol. (2012) uvádí, že je důležitá zkušenost s výkonem ze strany porodníka, vybavení porodnického pracoviště, přítomnost dostatečného počtu zdravotnických pracovníků (porodní asistentka, anesteziolog, pediatr), předvídání možného výskytu komplikací především dystokie ramének, předvídání porodního krvácení. Mít rodičkou podepsaný informovaný souhlas s provedením klešťového porodu. Informovaný souhlas se nepodepisuje v případě neodkladného výkonu.



Pro případ selhání výkonu je nutné mít připravený operační sál k případnému císařskému řezu. Celý výkon se provádí za aseptických podmínek.

### **3.1 INDIKACE K UKONČENÍ PORODU KLEŠŤEMI**

Roztočil (2008), Peschout (2009) uvádí, že současné indikace k užití porodnických kleští se výkon provádí v případě ohrožení matky nebo plodu v druhé době porodní. Porodnické kleště nahrazují nebo také posilňují chybějící nedostatečné porodní vypuzovací síly. Indikace se dělí ze strany matky a ze strany plodu. Ze strany plodu jsou kleště využívány z důvodu hypoxie plodu. Je to také nejčastější ukončení porodu.

**INDIKACE ZE STRANY MATKY** dle Hájka (2014), Roztočila (2009) a Hájka (2012)

- Sekundárně slabé děložní kontrakce, které nelze zvládnou farmakologicky (nereagující na oxytocin), kdy je jejich prodloužená druhá doba porodní nad 60 min. Při zavedení epidurální analgezie nad 120 min.
- Rozestup břišních svalů, kdy je nedostatečná funkce břišního lisu
- Psychicky a fyzicky vyčerpaná rodička
- Horečnatý stav při porodu
- Akutní stav k neprodlenému ukončení porodu ze strany matky z důvodu těžké horšící se preeklampsie, eklampsie, akutní krvácení vzniklé v druhé době porodní z včestné placenty, abrupce placenty, krvácení z včestných cév. Ztráta vědomí rodičky, epileptické stavy.
- Nepostupující porod při poruše rotace hlavičky vstoupilé v pánvi, neřeší se kefalopelvický nepoměr
- Chronická onemocnění matky znemožňující použití břišního lisu v druhé době porodní – srdeční, plicní, neurologická, oční onemocnění.

#### **INDIKACE ZE STRANY PLODU**

Akutní nebo hrozící hypoxie plodu je diagnostikována pomocí kardiokotografu nebo pulzní oxymetrie. Srdeční frekvence mezi kontrakcemi pod 100/min.

Indikace ze strany matky a plodu se často sdružují a doplňují.

### **3.1.1 KONTRAINDIKACE K UKONČENÍ PORODU KLEŠTĚMI**

Roztočil a kol. (2008) a Pařízek (2010) udává, že klešťový porod je kontraindikován v případě, že nejsou splněny podmínky k extrakci plodu kleštěmi, kterými jsou prostorná pánev, kdy se vylučuje kefalopelvický nepoměr. Životaschopný plod, zašlá děložní branka, odteklá plodová voda, poloha podélná hlavičkou, žádné překážky v porodních cestách (vývojové vady čípku, vulvy, pochvy, včestné tumory), hlavička vstoupilá a fixovaná v malé pánvi, prázdný močový měchýř.

Další kontraindikace dle Pařízka (2010) je předčasný porod před 34. týdnem těhotenství, plod s hmotností pod 2000g, porucha koagulace a kostní tkáň u plodu. Také jako kontraindikace může být odmítnutí klešťového porodu ze strany matky nebo porodník, který nemá dostatek zkušeností s tímto výkonem.

### **3.2 PŘÍPRAVA ŽENY K PORODU KLEŠTĚMI**

Hájek (2014) i Doležal a kol. (2007) se shodují v popisu. Před provedením klešťového porodu je vždy nutno matku poučit o této situaci, proč k tomuto postupu lékaři přistupují. Lékař musí vysvětlit matce možná rizika, která hrozí jí i plodu. Po celou dobu operace porodní asistentka i lékař s matkou komunikují a uklidňují ji. Důvěra rodičky a její spolupráce je jedním z nejdůležitějších faktorů úspěšného zvládnutí této situace. Z rizika zvýšené infekce je omezený počet možných osob na operačním sále. Pokud chce být otec u porodu, měl by být vždy u hlavy matky. V žádném případě nesmí nijak narušovat prostor určený personálu. Medici, sestry a jiný zdravotnický personál by měli mít také odstup od prováděného výkonu. Porodní asistentka připraví sterilní stolec s nástroji a kleště, které si určí lékař. Žena před výkonem leží v gynekologické poloze na porodnickém lůžku. Porodník provede zevní i vnitřní vyšetření rodičky ke zjištění výšky krční rýhy plodu a nalezení plodu v dané pánevní rovině. Musí si být zcela jistý, kde se nalézá vedoucí bod a šev šípový na hlavičce plodu a jestli je celá porodnická branka zašlá po celém obvodu hlavičky.

### **3.3 PROVEDENÍ VÝKONU**

Hájek (2014), Pařízek a kol. (2012) a Kilián (2008) se shodují v popisu porodu kleštěmi - celá rodidla se vydesinfikují, zavádí se permanentní močový katetr,

vyprázdni močový měchýř. Lékař provede lokální anestezii a vydatnou mediolaterální nebo laterální epiziotomii. Poté začíná operace, která má pět fází při extrakci hlavičky plodu kleštěmi z pánevního východu. Zavedení a naložení kleští, uzavření kleští, pokusná trakce, vlastní trakce, sejmutí kleští. Pro vybavení hlavičky z pánevního východu má porod kleštěmi tři základní pravidla jako je zavedení porodnických kleští, kdy se zkouší pokusná trakce mimo kontrakci, poté lékař provádí trakci při kontrakci. K vybavení hlavičky je nutno respektovat porodní mechanismus a směr pánevní osy.

**Zavedení a naložení kleští** se zavádí vždy mimo kontrakci. Lékař před zevními rodidly rodičky, drží uzavřené kleště, aby zjistil, jak budou naloženy na hlavičku. Po rozložení kleští položí levou branži přes pravou v pořadí, jak budou zaváděny. Hájek (2014, s. 484) uvádí „*Po rozevření poševního introitu levou rukou se zasunou čtyři prsty a částečně i dlaň pravé ruky mezi poševní stěnu a konvexitu hlavičky a abdukováný palec je před zevními rodidly. Operatér uchopí levou branži za držadlo levou rukou s palcem na vnitřní straně (jako houslový smyčec). Pak držadlo přetočí nahoru k číslu 11 směrem k pravé inguině tak, aby hrot lžic směřoval k introitu do pravé dlaně operátéra*“ a palcem pravé ruky se za zadní žebro kleští zavádí lžice podél zakřivení hlavičky. Levou rukou se držadlo sklání přes protilehlou inguinu a držadlo je obloukem skloněno dorzálně k perineu. Zavádění pravé branže je složitější, kdy se do pravé strany pochvy musí vejít levá ruka a druhá branže. Porodní asistentka drží levou branži k perineu a porodník udělá zrcadlově stejný tah jako na druhé straně.

**Uzavření kleští** podle Roztočila (2009) a Hájka (2014) dochází k uzamčením kleštím ve chvíli, kdy jsou symetricky obě branže zavedeny a jsou ve stejné úrovni. Pokud dojde k nesprávnému naložení kleštím, musí se celý proces opakovat z důvodu, aby nevzniklo velké porodní poranění nebo poranění plodu.

**Pokusná trakce** dle Hájka (2014) provádí se vždy mimo kontrakci, přesvědčíme se, jestli jsou kleště dobře naloženy, uzavřeny a jestli nesklouzávají z hlavičky plodu. Většinou při pokusné trakci přecházejí ve vlastní trakci.

**Vlastní trakce** dle Roztočila (2009) uvádí, že tato trakce se provádí vždy za kontrakce. Trakce by měla napodobit normální porodní mechanismus bez nějakého odporu. Tah kleští je vodorovný směrem k pánevní ose a po porodu obličej novorozence je tah směrem nahoru.

**Sejmutí kleští** dle Hájka (2014) a Bindera a kol. (20011) popisují. Kleště sejmem z hlavičky novorozence tak, že lékař mezi držadla vsune palec levé ruky, kleště se otevřou a sejmu z hlavičky. Porod se ukončí běžným způsobem.

Při vybavení hlavičky plodu z vyšších pánevních rovin je potřeba mít kleště například Shuteho, Breusovy, Kjellandovy, které dle Hájka (2014, s. 485) „*umožňují trakci ve směru pánevní osy, která probíhá v pánevní šíři šikmo dolů*“. Když je hlavička plodu v úžině a východu, tah trakce směřuje nahoru ke sponě a dokončí se trakce podle východových kleští. Pro tuto extrakci z vyšších pánevních rovin se doporučuje rozšířená laterální epiziotomie.

### **3.4 SPECIÁLNÍ SITUACE PŘI PORODU KLEŠTĚMI**

Dle Hájka (2014) mohou nastat poruchy rotace i flexe při prostupu hlavičky plodu malou pánví. Může se progres hlavičky úplně zastavit nebo váznout. Vybavování hlavičky je v této situaci odlišné než u porodu hlavičky záhlavím a normální rotaci. K správné technice klešťového výkonu je přesná diagnóza a znalost průchodu hlavičky pánví při patologických stavech.

#### **3.4.1 PORUCHY ROTACE**

Abnormální rotace hlavičky vzniká nejčastěji při pravém zadním a levém předním postavení plodu. Malá fontanela je vedoucím bodem, subokcipitobregmatický 32 cm prostupující obvod a vlasová hranice na čele. Kleště se nakládají na biparietální průměr hlavičky, při trakci se dokončuje rotace, až se bregma dostane pod dolní okraj spony. Tahem ke sponě je hlavička ve flexi, přes hráz se rodí záhlaví, poté se po mírném sklonění kleští směrem dolů rodí sponou předhlaví, čelo a nakonec obličej plodu. Při tomto porodu musí být vydatná epiziotomie, můžou nastat i trhliny třetího stupně.

Hluboký příční stav je stav, kdy uvázne hlavička mezi pánevní úžinou a východem, šev šípový je v příčném pánevním průměru. Kleště se nakládají do šikmého pánevního průměru na šikmý průměr hlavičky. U prvního postavení plodu se kleště nakládají do druhého šikmého pánevního průměru. Zde probíhá rotace proti směru hodinových ručiček a při druhém postavení plodu je vše naopak. Kleště se nedovírají a vkládá se mezi držadla tampon. Při rotaci se samy kleště dovírají a potom může lékař dokončit trakci obvyklým způsobem.

### 3.4.2 DEFLEXNÍ POLOHY HLAVIČKY

Při poloze předhlavím se kleště nakládají na bitemporální průměr hlavičky. Když je hlavička ve východu po ukončené rotaci, tak se s nadzvednutím kleští zvýší flexe hlavičky a po porodu malé fontanely se kleště naopak skloní a porodí se čelo a obličej plodu. U polohy obličejové a čelní se porod ukončuje císařským řezem.

### 3.5 KOMPLIKACE PORODU KLEŠTĚMI

Hájek (2014), Roztočil a kol. (2008). Při správném dodržování indikací, podmínek a kontraindikací jsou pak komplikace u porodu kleštěmi méně časté. Jinak může dojít k poškození plodu i rodičky.

- Sklouznutí kleští vzniká při nesprávném naložení a trakci. Vznikají trhliny pochvy, hrdla a hráze. K vertikálnímu smeknutí kleští dochází při smeknutí kleští ve směru trakce. Může dojít i k poranění obličejové plodu.
- U trhliny dolního děložního segmentu vzniká závažné krvácení způsobené poraněním při vybavení hlavičky z pánevního vchodu.
- Při horizontálním sesmeknutí kleští může vzniknout poranění močového měchýře.
- Trhliny děložního hrdla vznikají z ne zcela zašlé branky a při zachycení tkání hrdla kleštěmi.
- Trhliny pochvy bývají velmi časté, vznikají při rychlé extrakci plodu, kdy hlavička není vybavována ve směru pánevní osy.
- Epiziotomie s navazující rupturou je příčinou nedostatečně provedené epiziotomie a při příliš rychlé extrakci velké hlavičky a špatného chránění hráze. Jako časté následky můžou vznikat hematomy, infekce, sekundární hojení poranění, poporodní retence moče.
- Pozdější komplikace můžou vést ke změnám děložního hrdla, vznik píštělí a jizvy v pochvě. Snížení poševních stěn, případně dělohy, kdy vzniká poškození podpůrného aparátu, stresová inkontinence moči, vzácně neudržení stolice. Špatné hojení poporodních poranění.

- U novorozence můžou vzniknout trhliny, kefalhematom, zlomeniny kostí lebky, poškození intrakraniálních struktur.

### **3.6 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY**

Doležal (2007) a Dušková (2009) se shodují v popisu ošetrovatelské péče. Lékař stanovil podle indikací klešťový porod, porodní asistentka s lékařem uklidňuje rodičku a vysvětlují, proč k tomuto porodu dochází. Po celou dobu porodu je rodičce psychicky nápomocná a pomáhá ji ke spolupráci.

Porodní asistentka připraví lékaři na sterilní stolek typ kleští, které lékař určí a močový katetr k zavedení na vyprázdnění močového měchýře. K podání lokální anestezie nachystá stříkačku s objemem 20 ml, jehlu a lokální anestezii. Jako lokální anestezie se velmi často využívá 20 ml Mesocaine. Když se snižují ozvy plodu nebo je matka vyčerpaná, podává porodní asistentka kyslík. Porodní asistentka koriguje počet osob na porodním sále. V případě, že je otec u porodu porodní asistentka ho požádá, aby byl u hlavy ženy. To je nutné z důvodu hrozících mdlob otce.

Porodní asistentka na požádání lékaře může pomáhat při nakládání branží, kdy při zavádění druhé branže drží první. Napomáhá tlakem dlaní za sponou při trakci z důvodu lepšího prostupu ramének.

## 4 EPIZIOTOMIE JAKO SOUČÁST KLEŠŤOVÉHO PORODU

Dle Hájka (2014) epiziotomie hráze patří do přípravných operací, usnadňuje lepší prostup při prořezávání hlavičky plodu a jako prevence poranění poševního vchodu a perinea, usnadňuje přípravu před operačním výkonem. Zde mluvíme o výkonu klešťového porodu, kdy lékař nástřih hráze vykoná z důvodu možného velkého poranění porodních cest. Nástřih hráze se provádí v závěru druhé doby porodní.

Nejčastější nástřih hráze se dělá u primipar, kdy hráz brání postupu hlavičky, hrozí ruptura poševního vchodu a konečníku. Hráz u primipar je pevnější a méně poddanější než u multipar.

Mezi indikace epiziotomie zařazujeme velký plod, deflexní poloha hlavičky, malý nezralý plod jako prevence jeho traumatizace, zjizvení hráze nebo její ztuhlost a nepružnost, porod plodu koncem pánevním, před klešťovým porodem, vakuumextrakcí, porodnickým obratem.

Podle Doležala a kol. (2007) je jedinou kontraindikací, kdy nelze provést nástřih hráze je u porodu HIV pozitivních rodiček a to z důvodu předcházení aspirace mateřské krve novorozencem.

### 4.1 Typy epiziotomie

Odlišujeme několik druhů nástřihu hráze mezi, které patří mediální epiziotomie, mediolaterální, laterální a rozšířená laterální.

**Mediální epiziotomie** se dle Hájka (2014, s. 468) „*vykonává pouze velmi výběrově ve střední čáře (u č. 6 hodinového ciferníku) směrem k análnímu otvoru do vzdálenosti na perineu nejvýše do 2-4 cm*“. Doležal a kol. (2007) i Hájek (2014) uvádějí, že nástřih hráze protíná centrum tendineum, což je vazivový útvar v hrázi před rektem. Je zde menší cévní zásobení, které způsobuje menší krvácení. Výhoda této epiziotomie je snadná sutura a velice dobré hojení. Při nízké hrázi, rychlém prořezávání hlavičky, velkém plodu není epiziotomie vhodná z důvodu hrozící pokračující ruptury až poranění perinea a sphincter ani. Musí být velmi dobrá spolupráce s rodičkou a výkon by měl provádět zkušený lékař.

**Mediolaterální epiziotomie** dle Hájka (2014), Štěpána a kol. (2007) a Doležala a kol. (2007) začíná ve stejné místě jak mediální epiziotomie, tedy ve střední čáře itroitu a směřuje šikmo k hrbolu kosti sedací. Menší riziko poranění svěrače, ale sutura více krvácí a hojí se hůře. Tento nástřih hráze se provádí takzvaně v úhlu 45° buď na levé, nebo pravé straně. Jakou stranu zvolit při tomto nástřihu hráze je na zvyklosti oddělení nebo záleží na okolnostech rodičky, zda už neprodělala epiziotomii z předešlých porodů.

**Laterální epiziotomie** dle Hájka (2014) vede 2-3 cm laterálně od středu itroitu a dále pokračuje v úhlu 45°, 4-5 cm jako předešlá mediolaterální epiziotomie směrem k hrbolu kosti sedací. Nejméně je ohrožena oblast sfinkteru. Více krvácí než předešlé epiziotomie, náročnější na suturu.

Doležal a kol. (2007) uvádí, že poranění sfinkteru u laterální epiziotomie hrozí při klešťových operacích. Laterální nástřih hráze tvoří dostatečné místo pro rychlejší prostup hlavičky plodu při samovolném porodu, při předpokládané makrosomii.

**Rozšířená laterální epiziotomie** dle Hájka (2014), která se také nazývá Schuchartův řez. Lékař provádí nástřih hráze skalpelem, provádí se stejně jako předešlá laterální epiziotomie, je však poloobloukovitá a rozsáhlá 6-7 cm. Zajišťuje nejprostornější přístup pro vaginální operace především pro porod kleštěmi. Je zde často silné krvácení a sutura je velmi náročná. Tato epiziotomie není příliš častá.

## 4.2 TECHNIKA EPIZIOTOMIE

Hájek (2014) uvádí, že se technika epiziotomie koná při úplně rozvinuté hrázi a prořezávající se hlavičce plodu. K tomu jsou potřeba nůžky se zevním zaoblením branže a tupým zakončením. Mezi prořezávající hlavičku plodu a hráz zavedeme ukazovák a prostředník pravé nebo levé ruky, záleží jaká epiziotomie se bude provádět. Za vrcholu kontrakce při úplně napjaté hrázi uděláme rovnoměrný stříh, který vede mezi ukazovákem a prostředníkem. Stříh za vrcholu kontrakce se dělá z důvodu nebolestivosti.

Epiziotomie se také provádí při nerozvinuté hrázi u předčasného porodu, porodu koncem pánevním, operativních porodech. Zde jde o bolestivý výkon, když žena není v epidurální analgezií, proto použijeme lokální. Uděláme pudendální svodnou anestezii 1% roztokem Mesocainu, kdy místo znecitlivíme. Suturu provedeme až po porodu a



kontrole měkkých porodních cest v gynekologických zrcadlech. Před šitím je nutno doplnit lokální anestezii. Šití začíná od horního pólu poševní sliznice s podslizničními tkáněmi až po hymenální okraj. Dále ošetřujeme porušené svaly hráze, ve druhé vrstvě podkožní vazivo a nakonec kůži. Šijeme pokračovacím nebo jednotlivým stehem a to vstřebatelným vláknem, je možno udělat i plastický steh.

### **4.3 KOMPLIKACE EPIZIOTOMIE**

Mezi komplikace podle Hájka (2014) patří hematoma, zánět, dehiscence rány. Hematom je nejčastější komplikace, která je způsobena krvácením nezastaveným nebo následným, kdy je nutno provést kontrolu nástřihu hráze se zástavou krvácení. Zánět rány je další komplikace, která je způsobena sekundární infekcí hematomu, léčí se drenáží a při febrilní teplotě jsou matce podána antibiotika. Poslední komplikací je dehiscence rány, která vzniká při nesprávném ošetření epiziotomie z důvodu rozsáhlého hematomu nebo infekce. Zde se dělá resutura rány až po odstranění příčiny.

Dle Jiráskové (2005) je nejběžnější komplikace po epiziotomii bolest, která se dostavuje pokaždé.

### **4.4 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY PO EPIZIOTOMII**

Koudelková (2013) a Behinová a kol., (2012) popisují, že pokud je sutura po epiziotomii správně ošetřena, hojí se velmi rychle. Lacerace (drobné trhlinky poševních stěn, labií) nevyžadují zvláštní ošetření. Při nástřihu hráze mediální, laterální, mediolaterální je zapotřebí za aseptických podmínek provést pod lokální anestézií suturu a kompletní revizi rodidel. Sutura po epiziotomii je denně kontrolována a jsou dodrženy hygienické podmínky, které napomáhají hojení rány per primam po dobu celé hospitalizace pacientky. Porodní asistentka pacientku edukuje o častém sprchování vlažnou vodou v oblasti sutury, hlavně po každé toaletě, kdy pacientka použije intimní mýdlo a řádně oblast sutury vysuší. Pacientka používá hygienické prodyšné vložky a nejlépe síťované kalhotky. Porodní asistentka dále edukuje pacientku o pravidelném mytí rukou. Porodní asistentka pacientce doporučí, aby si sedala přes bok. Pacientka si přikládá na suturu ledování, které je zabalené v prodyšné textilií a pomáhá při bolesti, edému, pálení a lépe se sutura hojí.

## 5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U ŽENY PO KLEŠŤOVÉM PORODU

### IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE PACIENTKY

<b>Jméno a příjmení:</b> XX	<b>Věk:</b> 22 let
<b>Datum narození:</b> 8. 4. 1994	<b>Stav:</b> svobodná
<b>Adresa trvalého bydliště, telefon:</b> adresa: NaXXXXXX, telefon: XXXXXXXX	
<b>Národnost:</b> Česká republika	<b>Komunikační bariéra:</b> česká
<b>RČ:</b> XXXXXXXXX	<b>Číslo pojišťovny:</b> 111
<b>Státní příslušnost:</b> ČR	<b>Vzdělání:</b> základní
<b>Zaměstnání:</b> Student	<b>Typ přijetí:</b> rodička
<b>Datum přijetí:</b> 8. 12. 2015	<b>Oddělení:</b> porodní sál
<b>Ošetřující lékař:</b> lékař na porodním sále	

**Důvod přijetí udávaný pacientkou:** „Mám bolesti v podbřišku po 7 minutách“.

**Medicínská diagnóza:** partus maturus incipiens (porod v termínu)

### HODNOTY A ÚDAJE ZJIŠŤOVANÉ PŘI PŘÍJMU

<b>Krevní tlak:</b> 116/78 mm Hg	<b>Výška:</b> 176 cm
<b>Puls:</b> 71/min	<b>Hmotnost:</b> 86 kg
<b>Dech:</b> 22/min	<b>Dieta:</b> racionální
<b>Tělesná teplota:</b> 36,6 °C	<b>Pohyblivost:</b> soběstačná
<b>Stav vědomí:</b> klidná	<b>Orientace místem, časem, osobou:</b> orientovaná
<b>Krevní skupina + Rh faktor:</b> A pozitivní	
<b>Protilátky:</b> negativní	
<b>Gravidita/parita:</b> I/I	<b>Týden těhotenství:</b> 40+3
<b>PM:</b> 28. 2. 2015	

**Informační zdroje:**

- Chorobopis
- Porodopis
- Rozhovor s pacientkou
- Rozhovor s ošetřujícím personálem

## ANAMNÉZA

**RODINNÁ ANAMNÉZA**

**Matka:** matka má psoriasis (lupénka)

**Otec:** 51 let, zdrav

**Sourozenci:** sourozence nemá

**OSOBNÍ ANAMNÉZA****Překonaná a chronická onemocnění:**

Časté záněty močového měchýře, nikdy vážně nestonala a prodělala běžné dětské nemoci

**Hospitalizace a operace:** 2013 operace kolene - vazy

**Úrazy:** neudává

**Transfúze:** neudává

**Očkování:** běžné dětské

**LÉKOVÁ ANAMNÉZA (CHRONICKÁ MEDIKACE)**

Neudává, nic neužívá

**ALERGOLOGICKÁ ANAMNÉZA**

**Léky:** neudává

**Dezinfekce, jód:** neudává

**Náplasti:** neudává

**Jiné alergie:** neudává

## **ABÚZY**

**Alkohol:** neguje

**Kouření cigaret:** neguje

**Kofein, káva:** 1krát do týdne

**Drogy:** neguje

## **SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA**

**Stav:** svobodná

**Bytové podmínky:** Bydlí v bytě s partnerem, velice dobré podmínky

**Záliby:** Ráda chodí na procházky, cvičit do fitness centra a chodí na plavání

**Vztahy, role:** Vztah s partnerem je bezproblémový, pacientka uvádí, že je velice aktivní a společenská.

## **PRACOVNÍ ANAMNÉZA**

Ukončeno základní vzdělání

## **SPIRITUÁLNÍ ANAMNÉZA**

Ateistka

## **GYNEKOLOGICKÁ ANAMNÉZA**

**Menarché:** Od 12 let, cyklus 28 dní, délka trvání 5-7 dní, pravidelná

**Poslední menstruace:** 28. 2. 2015

**Hormonální antikoncepce:** 5 let užívala (Minervu), v těhotenství neužívá

**Partus:** neudává

**Abortus:** neudává

**UPT:** neudává

**GEU:** neudává

**Záněty:** neudává

**Operace:** neudává

**Výkony na děložním čípku:** neudává

**Úrazy v oblasti pánve:** neudává

## **PORODNICKÁ ANAMNÉZA**

**Předchozí těhotenství (potraty, porody, šestinedělí, kojení, novorozenci):** žádné

**Průběh nynějšího těhotenství (potíže, choroby):** Pacientka udává bezproblémové těhotenství. V 17 týdnu těhotenství prodělala pyelonefritidu – léčena ATB, jiné potíže neudává.

**Týden gravidity:** 40+3

**Gravidita/parita:** I/I

**Hmotnost:** přibrala 22 kg v těhotenství

**Otoky, varixy:** neudává

**Infekční choroby:** neudává

**Kožní choroby:** neudává

## **FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ PORODNÍ ASISTENTKOU**

Pacientka je při plném vědomí, orientovaná místem i časem, velmi dobře spolupracuje, emočně zvládá danou situaci, stav výživy přiměřený, vyprazdňování v normě.

### **HLAVA A KRK**

Tvar lebky je normocefalický, bez deformit, na pohmat hlava nebolestivá, přirozené držení.

Oční bulby jsou ve středním postavení, zornice izokorické, skléry bílé bez zarudnutí a ikteru, spojivky hezky růžové, oční štěrby souměrné, zrak je v pořádku.

Uši, nos bez výtoku a abnormalit, slyší velice dobře.

Rty jsou růžové vlhké, bez cyanózy, sliznice růžová bez povlaku, jazyk hydratovaný bez povlaku, s polykáním žádné potíže neudává, chrup vlastní.

Krk souměrný, štítná žláza, lymfatické uzliny, tonzily nezvětšené a na pohmat nebolestivé. Pulzace karotid oboustranná, hmatná.

### **HRUDNÍK A DÝCHACÍ SYSTÉM**

Hrudník bez deformit, souměrný, dýchání čisté bez pískotů, prsa jsou symetrická, bradavky vystouplé, pigmentace růžová, bez výtoku.

### **BŘICHO**

Vlivem těhotenství vzniklé lehké strie na bocích, pigmentace v normě, bolesti v podbříšku

### **HORNÍ KONČETINY**

Bez otoků, deformit, souměrné, hybnost v normě, pulzace hmatná.

### **DOLNÍ KONČETINY**

Bez otoků, varixů, deformit, souměrné, hybnost v normě, lýtka bez bolesti.

### **KŮŽE**

Kůže hydratovaná, bez známek cyanózy, ikteru, žádné alergické reakce.

# KATAMNÉZA

## PŘÍJEM RODIČKY NA PORODNÍ SÁL

8. 12. 2015, 5:20 Rodička primigravidita, primipara, týden těhotenství 40+3 přijata na porodní sál, přichází pro spontánní nástup děložní činnosti 8. 12. 2015, od 1:00 po 7 minutách, plodová voda neodtéká, nekrvácí, lehce špiní, pohyby plodu cítí, ozvy plodu 141/min, CTG fyziologické.

<b>Počet návštěv v prenatalní poradně: 14</b>	<b>OGTT: negativní</b>
<b>Příprava k porodu, těhotenské cvičení: ANO</b>	<b>BWR: negativní</b>
<b>Ultrazvukové vyšetření: ANO</b>	<b>HBsAg: negativní</b>
<b>Interní vyšetření, EKG: fyziologické</b>	<b>TORCH: negativní</b>
<b>Amniocentéza: NE</b> <b>GBS: negativní</b>	<b>HIV: negativní</b>

## PORODNICKÉ VYŠETŘENÍ

### Zevní vyšetření:

Děloha podélně ovoidního tvaru, poloha podélná hlavičkou, postavení I. obyčejné, krční rýha 3 prsty nad sponou stydkou, SF 42, pohyby plodu cítí, CTG záznam fyziologický, ozvy plodu: 135/min, pelvimetrie: 21-25-33-19

### Vaginální vyšetření:

#### Cervix score:

Naléhající část - klenba plná, vyvinutá

Dilatace hrdla - >1,5 cm

Zkrácení čípku - >50%

Konzistence čípku - měkká

Lokalizace čípku - ventrálně

Klenba plná vyvinutá, čípek zašlý, tenká branka pro dva prsty, hmatný vak blan, lehce špiní, nekrvácí, plodová voda neodteká

## **PRŮBĚH PORODU**

### **1. DOBA PORODNÍ**

**Trvání:** 12:20 hodin

**Začátek pravidelných kontrakcí dne:** 8. 12. 2015 v 1:00

**Kontrakce:** kontrakce v intervalu 7 minut, intenzita kontrakcí slabá

**Odtok plodové vody:** dirupce VB v 10:50

**Kvalita a množství plodové vody:** čirá bez zápachu, euhydrannion

**Ozvy plodu:** 135/min

**Pohyby plodu:** cítí

**Krvácení:** slabé

**Střevní příprava před porodem:** klyzma

**Tišení bolesti:** sprcha, epidurální analgezie

**Doprovod při porodu:** partner

**Porodní plán:** neudává

**Medikace:** epidurální analgezie – ke snížení bolesti, entonox (inhalační analgetikum)

### **Průběh:**

Rodička po přijetí na porodní sál byla poučena o režimu na porodním sále. Pravidelně lékařem a porodní asistentkou byly kontrolovány ozvy plodu pomocí CTG monitoringu. Byla provedena střevní příprava k porodu (klyzma), po vyprázdnění a teplé sprše rodička seděla na míči nebo polehávala v posteli.



**4:15**

**Subjektivně:** kontrakce v intervalu 5 minut, intenzita kontrakcí slabá, pohyby plodu cítí, ozvy plodu 143/min, CTG fyziologický

**Vaginálně:** tenká branka v průměru 3 cm, hlavička naléhá na vchod pánevní ve vaku blan, příprava k porodu (klyzma).

**6:15**

**Subjektivně:** kontrakce v intervalu 5 minut, střední, pohyby plodu cítí, ozvy plodu 135/min, CTG fyziologický

**Vaginálně:** tenká branka v průměru 3 cm, hlavička naléhá na vchod pánevní ve vaku blan

Aplikována epidurální analgezie, indikace pro epidurální analgezii: na tlumení bolesti,

**8:15**

**Subjektivně:** kontrakce v intervalu 4 minuty, střední, pohyby plodu cítí, ozvy plodu 136/min, CTG fyziologický

**Vaginálně:** tenká branka v průměru 4 cm, hmatný klenoucí se VB. Dirupce vaku blan, plodová voda čirá, nezapáchá, ozvy plodu 136/min, lehce špiní.

**10:15**

**Subjektivně:** silnější kontrakce v intervalu 3 minut, pohyby plodu cítí, ozvy plodu 140/min, CTG fyziologický, žádá si o epidurální analgezii.

**Vaginálně:** tenká branka 4-5 cm, hlavička naléhá na vchod pánevní

**12:15**

**Subjektivně:** silnější kontrakce v intervalu 3 minut

**Vaginálně:** tenká branka 5 cm

**13:20**

**Subjektivně:** kontrakce silné s tlakem na konečník, rodička žádá analgezii, podán entonox , pokračování epidurální analgezie, CTG kontinuální, ozvy plodu 143/min

**Vaginálně:** z branky zbývá tenký lem pod sponou, hlavička těsně naléhá na vchod pánevní

## **2. DOBA PORODNÍ**

**Trvání:** 40 minut

**Branka zašla dne:** 8. 12. 2015 v 13:45

**Porod plodu dne:** 8. 12. 2015 v 14:25

**Kontrakce:** v intervalu 1-2 minuty

**Plodová voda:** odtéká čirá

**Ozvy plodu:** 131/min

**Krvácení:** slabé

**Medikace:** Entonox (inhalační analgetikum), infúze 100 ml FR 1/1 + 2 j Oxytocinu (uterokinetika) i. v., Mesocain (lokální anestetikum)

**Průběh:**

**13:45**

Vaginální branka zaniklá, rodička tlačí, CTG kontinuální, ozvy plodu 115/min

**13:50**

Sekundárně slabé děložní kontrakce

Podána infúze 100 ml FR 1/1 + 2 j oxytocinu i. v.

**14:20**

Lékař přistupuje k ukončení porodu per forcipem, rodička souhlasí.

Indikace: farmakologicky nezvládnuté sekundárně slabé děložní kontrakce

Podmínky klešťového porodu: normální pánev - vyloučen kefalopelvický nepoměr, podélná poloha záhlavím, šev šípový v přímém průměru, hlavička plodu je vstoupilá a do rotovaná v pánevním východu, odteklá plodová voda, zašlá vaginální branka.

Po vycévkování rodičky a dezinfekci zevních rodidel je provedena v lokální anestezii vydatná levostranná mediolaterální epiziotomie.

Lékařem proveden partus per forcipem Simpson – na dorotovanou hlavičku s porodním nádorem jsou mimo kontrakci nasazeny kleštiny, nejprve levá, poté pravá, kleště uzamčeny, zkusmá trakce-nesklouzávají. Porod dokončen obvyklým způsobem

**14:25**

Na jednu kontrakci porozena hlavička plodu, pupečník 1x kolem krčku, plod předán dětskému lékaři z neonatologie.

**Komplikace při porodu:** Sekundárně slabá děložní činnost, 1x pupečník kolem krčku

**Porodní poranění:** Levostranná mediolaterální epiziotomie + Ruptura perinea IIIb (poranění postihující anální kanál více jak 50 % tloušťky zevního análního svěrače)

**Ošetření porodního poranění:** Sutura ruptury perinea IIIb, sutura sphincter ani externus 3 stehy, sutura musculus sphincter ani internus, sutura epiziotomie. Sešita ruptura svěrače IIIb, sešit zevní řitní svěrač, sešit vnitřní řitní sval svěrače a sešit nástřih hráze.

**Anestezie:** Entonox, Epidurální analgezie, Mesocain

### **3. DOBA PORODNÍ**

**Trvání:** 3 minuty

**Porod placenty:** 8. 12. 2015 v 14:28

**Mechanismus odloučení a porodu placenty:** Mechanismus odloučení podle Duncana

**Hmotnost:** 580 g

**Celistvost:** celistvá

**Délka pupečníku:** 55 cm

**Celková krevní ztráta:** 300 ml

**Celková délka porodu:** 13:28 hodin

#### 4. DOBA PORODNÍ

<b>TK:</b> 112/68 mm Hg	<b>P:</b> 92/min	<b>TT:</b> 36,6 °C
<b>Močení:</b> nemočila		
<b>Výška fundu dělohy:</b> Děloha je 1-2 prsty nad pupkem		
<b>Krvácení z dělohy:</b> přiměřené		

Pacientka je po porodu velice vyčerpaná a unavená, je šťastná, že porodila zdravou dceru. V 14:35 hodin jsou podána antibiotika Medoclav 1,2 g + 100 ml FR 1/1. i. v. jako prevence infekce a v 14:55 podána uterotonika Metylergometrin 0,2 mg i. v. z důvodu pomalého zavínování dělohy a krvácení. Dítě je přiloženo k prsu a s partnerem zůstávají 2 hodiny po porodu na porodním sále. Na suturu je přiložen led, po 20 minutách je sledováno porodní poranění a krvácení. Po dvou hodinách nevstává a nemočí, sledováno krvácení, které je přiměřené a výška fundu dělohy je v úrovni pupku.

#### NOVOROZENEK

Tělesný vývoj zralosti: zralý		Tělesný stav: fyziologický	
Pohlaví: děvče	Hmotnost: 3510g	Délka: 48 cm	
První močení: Ano		První smolka: Ne	
Tělesná teplota: 37,4 °C		Kredeizace: Ophthalmo-septonex	
Přiložení k prsu: Ano	Čas: 14:40	Sání: nesaje	

#### Apgar skóre

APG	1 minuta	5 minuta	10 minuta
Barva	1	1	2
Dýchání	1	2	2
Tonus	1	2	2
Reflexy	2	2	2
Akce srdeční	2	2	2
Celkem	7	9	10
Hodnocení	Lehká porodní asfyxie	Zralý novorozenec	Zralý novorozenec

## PŘÍJEM PACIENTKY NA ODDĚLENÍ ŠESTINEDĚLÍ

### POSOUZENÍ PACIENTKY DLE 13 domén NANDA-I taxonomie II dne 8. 2. 2015

Posouzení pacientky bylo provedeno při přijetí na oddělení šestinedělí během 3 hodin.

<p><b>Podpora zdraví</b></p>	<p><b>Doma</b></p> <p><b>Subjektivně:</b> <i>Myslím si, že o mé zdraví pečuji dobře, nekouřím, v těhotenství jsem nepila alkohol. Navštěvuji pravidelně preventivní prohlídky u lékaře, hlavně v těhotenství jsem chodila na každou prohlídku u gynekologa, protože jsem nechtěla nic zanedbat. Před těhotenstvím jsem chodila plavat do bazénu.</i></p> <p><b>Při hospitalizaci</b></p> <p><b>Subjektivně:</b> <i>Při hospitalizaci se budu snažit o mé zdraví pečovat co nejlépe, abych se zase dostala do formy a mohla se plně věnovat Terezce.</i></p> <p><b>Objektivně:</b> Snaha pečovat o své zdraví co nejlépe</p>
------------------------------	---

	<p><b>Ošetrovatelský problém:</b> Nenalezen</p>
<p><b>Výživa</b></p>	<p><b>Doma</b></p> <p><b>Subjektivně:</b> <i>Poslední 3 roky se snažím jíst zdravě i v průběhu těhotenství až na druhý měsíc těhotenství, kdy jsem ráno zvracela nebo mi bylo nevoľno. Tak jsem toho moc nesnědla. Jinak jím pravidelně a někdy si dopřeji i ty dobrůtky a kávu minimálně 2x týdně. Užívala jsem v těhotenství vitamíny, které mi doporučil gynekolog. Denně vypiji zhruba 2-3 litry vody/čaje. Na průjmy a zácpy netrpím.</i></p> <p><b>Při hospitalizaci</b></p> <p><b>Subjektivně:</b> <i>Cítím se velice slabá a mám pořád žízeň, dala bych si něco k snědku, po porodu mi úplně vyhládlo.</i></p> <p><b>Objektivně:</b> Pacientka po porodu pocítuje pocit žízně a hladu, cítí se slabě, hodnota TK je 110/60 mm Hg. Váha před těhotenstvím 64 kg, současná váha 86 kg, přibrala 22 kg.</p> <p><b>Ošetrovatelský problém:</b> Nenalezen</p>
<p><b>Vylučování a výměna</b></p>	<p><b>Doma</b></p> <p><b>Subjektivně:</b> <i>Problémy s vylučováním nemám. Ke konci těhotenství jsem chodila často močit, jak se mi v břiše pořád miminko hýbalo. Vyprazdňování stolice mám pravidelné.</i></p> <p><b>Při hospitalizaci</b></p> <p><b>Objektivně:</b> pacientka dvě hodiny po porodu ještě nemočila</p> <p><b>Ošetrovatelský problém:</b> Snížený objem tekutin (dehydratace)</p> <p><b>Priorita:</b> Střední</p>

<p><b>Aktivita a odpočinek</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Doma</b></p> <p><b>Subjektivně:</b> <i>Problémy se spánkem doma určitě nemám, spím velice dobře, k spánku mi stačí tak 7-8 hodin denně. Před porodem jsem nemohla často usnout, protože jsem byla už nervózní z porodu. Tak jsem se zabavila vždycky čtením knížek. Před těhotenstvím jsem hodně chodívala na plavání a chodila někdy do fitness centra. S přítelem ráda chodím na procházky a jezdím po výletech. V těhotenství jsme často chodili na procházky.</i></p> <p style="text-align: center;"><b>Při hospitalizaci</b></p> <p><b>Subjektivně:</b> <i>Cítím se velice unaveně a vyčerpaně po porodu, ráda bych si na chvíli prospala, chtěla bych se jen opláchnout, ale potřebovala bych pomoc.</i></p> <p><b>Objektivně:</b> Pacientka je po porodu unavená a vyčerpaná. Celkově slabá a chtěla by spát.</p> <p><b>Ošetrovatelský problém:</b> Únava</p> <p><b>Priorita:</b> Nízká</p>
<p><b>Percepce/kognice</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Doma</b></p> <p><b>Subjektivně:</b> <i>Myslím si, že s lidmi v mém okolí nemám žádné problémy, jsem velice společenská a komunikativní. Jsem vnímavá a dokážu hodně věcí pochopit. Brýle nenesím a sluch mám v pořádku.</i></p> <p style="text-align: center;"><b>Při hospitalizaci</b></p> <p><b>Subjektivně:</b> <i>Nemám žádný problém, jsem ráda, že je u mě přítel, s kterým komunikuji nebo s rodinou po telefonu. Ráda se seznámím i se spolubydlicí.</i></p> <p><b>Objektivně:</b> Pacientka je orientovaná časem i místem, paměť v pořádku, komunikativní.</p>

	<b>Ošetrovatelský problém:</b> Nenalezen
<b>Sebepercepce</b>	<p style="text-align: center;"><b>Doma</b></p> <p><b>Subjektivně:</b> <i>Podle mě jsem optimista, ráda si užívám života, hlavně s přítelem, teď už s naší Terezkou.</i></p> <p style="text-align: center;"><b>Při hospitalizaci</b></p> <p><b>Subjektivně:</b> <i>Sice doma je doma, ale nedělá mi problém seznamování se s jiným prostředím a lidmi. Budu ráda, když za mnou bude jezdit přítel.</i></p> <p><b>Objektivně:</b> Pacientka je komunikativní, optimistická.</p> <p><b>Ošetrovatelský problém:</b> Nenalezen</p>
<b>Vztahy mezi rolemi</b>	<p style="text-align: center;"><b>Doma</b></p> <p><b>Subjektivně:</b> <i>Bydlím doma s přítelem v 2+1 a jsme velice spokojeni. S mojí rodinou žádný problém není, když se na ně obrátím s nějakou prosbou, vždy mě vyslechnou a snaží pomoci. Příteleva rodina to samé. Jen když jsem otěhotněla a vyplulo vše na povrch, tak rodiče moc nadšení nebyli, ale to trvalo tak měsíc a těšili se s námi. Nejvíce se teď těšíme, až si Terezku odvezeme domů a ukážeme celé naší rodině a přátelům.</i></p> <p style="text-align: center;"><b>Při hospitalizaci</b></p> <p><b>Subjektivně:</b> <i>Při mém pobytu tady na oddělení mě nejvíce podporuje přítel, abych vše zvládla a vydržela.</i></p> <p><b>Objektivně:</b> Pacientka má plnou podporu od svého přítele</p> <p><b>Ošetrovatelský problém:</b> Nenalezen</p>
<b>Sexualita</b>	<p style="text-align: center;"><b>Doma</b></p> <p><b>Subjektivně:</b> <i>Menstruaci mám od 13 let a</i></p>



	<p><i>pravidelnou od té doby co jsem začala brát antikoncepci, tu jsem brala zhruba 5 let. Terežka přišla na svět plánovaně, chtěla jsem s přítelem miminko a povedlo se. Rodiče byli ze začátku zaskočení, protože jsme mladí, ale postupem času se nakonec také těšili, až se Terežka narodí. S přítelem mám sexuální život bez problému, jen doufám, že po nástřihu hráze bude sex stejný a nebolestivý.</i></p> <p style="text-align: center;"><b>Při hospitalizaci</b></p> <p><b>Subjektivně:</b> <i>Jsem hlavně spokojená, že máme zdravou holčičku. Na pohlavní styk teď vůbec nemyslím.</i></p> <p><b>Objektivně:</b> Pacientka je spokojená. Jen se bojí pohlavní styku po nástřihu hráze. Ale říká, že nebude problém vrátit se zpět k sexuálnímu životu.</p> <p><b>Ošetrovatelský problém:</b> Nenalezen</p>
<p><b>Zvládání/tolerance zátěže</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Doma</b></p> <p><b>Subjektivně:</b> <i>Pro zvládání nějaké zátěže je pro mě vždycky oporou rodina a přítel. Jak jsem říkala, jsem optimistická a stresem se vyrovnávám velice rychle.</i></p> <p style="text-align: center;"><b>Při hospitalizaci</b></p> <p><b>Subjektivně:</b> <i>Když nastal porod kleštěmi tak jsem propadala bezmoci, ale nepropadala jsem panice, protože jsem lékařům velice důvěřovala a chtěla jsem mít porod co nejdříve za sebou a porodit hlavně zdravé miminko. Teď už mi je mnohem lépe a jsem ráda, že vše dopadlo v pořádku. A největší podporou byl při porodu přítel.</i></p> <p><b>Objektivně:</b> Pacientka je po náročném porodu</p>

	<p>zcela vyrovnaná, stres zvládá dobře. Přítel je matce velkou oporou.</p> <p><b>Ošetrovatelský problém:</b> Nenalezen</p>
<b>Životní principy</b>	<p style="text-align: center;"><b>Doma</b></p> <p><b>Subjektivně:</b> <i>Největší hodnotou je ro mě rodina, přátelé a teď i naše Terezka. Se svým životem jsem spokojená a jsem ráda a moc vděčná, že mám okolo sebe tak hodné lidi.</i></p> <p style="text-align: center;"><b>Při hospitalizaci</b></p> <p><b>Subjektivně:</b> <i>Nevím co na to říct, už se těšíme domů a mezi rodinu a přátele s naší Terezkou.</i></p> <p><b>Objektivně:</b> Největší hodnotou pacientky je narozená dcera, rodina a přátelé. Přítel pacientky je největší opora.</p> <p><b>Ošetrovatelský problém:</b> Nenalezen</p>
<b>Bezpečnost a ochrana</b>	<p style="text-align: center;"><b>Při hospitalizaci</b></p> <p><b>Subjektivně:</b> <i>Cítím se pod dohledem lékařů v bezpečí, vím, že lékaři dělají pro zdraví pacienta i dítěte co nejvíc.</i></p> <p><b>Objektivně:</b> Pacientka se cítí v bezpečí pod dohledem lékaře. Pacientka nemá příznaky infekce. Hrozí jí riziko infekce z důvodu zavedeného PŽK. Riziko infekce poporodního poranění po epiziotomii. Riziko krvácení po porodu. Po epiziotomii a ruptuře hráze má pacientka narušenou integritu tkáně.</p> <p><b>Ošetrovatelský problém:</b> Riziko infekce, riziko krvácení, narušená integrita tkáně.</p> <p><b>Priorita:</b> Vysoká</p>
<b>Komfort</b>	<p style="text-align: center;"><b>Doma</b></p> <p><b>Subjektivně:</b> <i>V domácím prostředí s přítelem</i></p>

	<p><i>žijeme velice dobře. Žijeme v bytě 2+1 a chceme si pořídit malého pejska. Samozřejmě až Terežka povyroste.</i></p> <p style="text-align: center;"><b>Při hospitalizaci</b></p> <p><b>Subjektivně:</b> <i>Mám velké bolesti v oblasti, kde mi dělali nástřih hráze, chtěla bych poprosit znova o ledování, které mi velice pomohlo a případně i nějaké léky</i></p> <p><i>V této nemocnici je prostředí nádherné, cítím se tu pomalu jako doma.</i></p> <p><b>Objektivně:</b> Pacientka má bolest v oblasti hráze podle numerické škály bolesti 7/10. Požaduje led a analegetika</p> <p><b>Ošetrovatelský problém:</b> Akutní bolest</p> <p><b>Priorita:</b> Střední</p>
<p style="text-align: center;"><b>Růst/vývoj</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Doma</b></p> <p><b>Subjektivně:</b> <i>Myslím si, že žádné problémy nemám.</i></p> <p style="text-align: center;"><b>Při hospitalizaci</b></p> <p><b>Subjektivně:</b> <i>Zajímám se hlavně o své dítě, jestli je vše v pořádku</i></p> <p><b>Objektivně:</b> Pacientka reaguje na všechny dotazy</p> <p><b>Ošetrovatelský problém:</b> Nenalezen</p>

## LÉKAŘSKÝ MANAGMENT

Pacientka je po operativním porodu per forcipem, kdy byla matce provedena epiziotomie a vznikla ruptura IIIb. Výška děložního fundu po porodu je v úrovni pupku, Krevní ztráta po porodu 300 ml, byl podán Methylergometrin.

Ordinace lékaře pro 1. poporodní den na oddělení šestinedělí

**Konzervativní léčba:**

**Výživa:** per os

**Dieta:** racionální s přidavkem mléka

**Pohybový režim:**

Klidový režim z důvodu vyčerpání rodičky a oslabení

Kontrola krvácení

Kontrola močení

Led na hráz dle potřeby pacientky

**Medikamentózní léčba:**

3x denně Algifen 30 kapek na bolest po 8 hodinách dle potřeby pacientky

Lactulosa (laxantia) 20 ml po 6 hodinách dle potřeby pacientky

## SITUAČNÍ ANALÝZA KE DNI 8. 12. 2015

8. 12. 2015 v 16:30 pacientka XX, 22 let, I/I, přeložena a převzata porodní asistentkou z porodního sálu po spontánním porodu per forcipem na oddělení šestinedělí. Zatím nevstávala, byla převezena na lůžku. Hodnota tlaku 110/60 mm Hg, pulzu 78/min, teploty 36,6 °C. Výška děložního fundu je v úrovni pupku, děloha je stále retrahovaná. Krvácení z dělohy je přiměřené, na sále po porodu dostala intravenózně Methylergometrin jako prevenci krvácení a pro lepší stahování dělohy, dále dostala antibiotika jako prevence infekce. Porodní poranění po epiziotomii a ruptuře IIIb je mírně edematózní, ale klidné. Z porodního sálu byla zanechána kanyla.

Pacientka se cítí unaveně a udává bolesti podle numerické škály bolesti 7/10 v porodním poranění a přeje si znovu led, který jí pomáhá a léky na bolest. Dítě je přes noc na novorozeneckém oddělení z důvodu vyčerpání a lehkých mdlob pacientky. Je poučena, aby zatím neopouštěla lůžko a zazvonila si na porodní asistentku. Má lehký hlad a chtěla by se napít. Poučena o signalizačním zařízení a režimu na oddělení šestinedělí. Dostává led na suturu a 30 kapek Algifenu proti bolesti. Přineseno jídlo,

džbán se sladkým čajem, hrníček, sterilní vložky a jiné pomůcky. Po půl hodině pacientka udává ústup od bolesti, po najedení a pitného režimu neudává už mdloby, chtěla by se opláchnout. Pacientce to bylo umožněno a s dopomocí se šla umýt do sprchy, kde se také vymočila. Po umytí se matce udělalo zase nevolno, tak byla poučena, aby neopouštěla lůžko a měla klidový režim. Dítě ke kojení budou nosit dětské sestry po třech hodinách. Pacientka odpočívá a usíná.

## STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDNÁNÍ PODLE PRIORIT KE DNI 8. 12. 2015

Riziko krvácení

Riziko infekce

Akutní bolest

Snížený objem tekutin

Narušená integrita tkáně

Únava

### RIZIKO KRVÁCENÍ 00206

**Doména 11:** Bezpečnost/ochrana

**Třída 2:** Tělesné poškození

**Definice:** Náchylnost ke snížení množství krve, což může ohrozit zdraví

**Rizikové faktory:** Poporodní komplikace

**Cíl krátkodobý:** Pacientka nejeví známky silného krvácení po porodu

**Cíl dlouhodobý:** Pacientka nekrvácí do propuštění, očistky má fyziologické

**Priorita:** Vysoká

**Očekávané výsledky:**

- Pacientka zná projevy silného krvácení do 1 hodiny
- Pacientka zná prevenci silného krvácení do 1 hodiny

- Pacientka nemá známky vnitřního krvácení do 24 hodin
- Poporodní poranění nekrvácí do 24 hodin
- Pacientka má laboratorní hodnoty koagulace a KO fyziologické po dobu hospitalizace
- Pacientka má fyziologické očistky při propuštění

**Intervence:**

1. Urči rizikové faktory, vztahující se k situaci, ihned, porodní asistentka
2. Informuj lékaře v případě silného krvácení, vždy, porodní asistentka
3. Kontroluj pacientce krvácení z pochvy, po celou dobu hospitalizace, porodní asistentka
4. Kontroluj výšku děložního fundu, do propuštění, porodní asistentka
5. Sleduj krvácení, průběžně do 24 hodin, porodní asistentka
6. Edukuj pacientku o možných projevech silného krvácení, ihned, porodní asistentka
7. Změř fyziologické funkce, dle ordinace lékaře po dobu hospitalizace, porodní asistentka
8. Zaznamenávej každou kontrolu krvácení do dokumentace, vždy, porodní asistentka

**Realizace:**

0. Poporodní den: Pacientka po porodu měla krevní ztrátu 300 ml a dělohu v úrovni pupku. Na sále byl podán Methylergometrin. Porodní asistentka při přijetí v 16:30 edukovala pacientku o možných projevech silného krvácení, průběžně sledovala stav výšky děložního fundu a krvácení. 18:00 pacientka krvácí přiměřeně a výška děložního fundu je v úrovni pupku, TK 110/76 mm Hg, P: 84/min
1. Poporodní den: Děloha je po celý den retrahovaná a krvácení slabé, očistky fyziologické, TK 125/81 mm Hg

**Hodnocení ošetrovatelské péče:**

Pacientka bez známek silného krvácení, děloha je fyziologicky retrahovaná a očistky fyziologické.

Krátkodobý cíl byl splněn.

Dlouhodobý cíl má pokračující intervence: 2, 3, 6, 7, 8

## RIZIKO INFEKCE 00004

**Doména 11:** bezpečnost/ochrana

**Třída1:** Infekce

**Definice:** Náchylnost k napadení a množení se patogenních organismů, což může vést k oslabení zdraví.

**Rizikové faktory:** Nedostatečné znalosti, jak se vyhýbat patogenům, invazivní postupy PMK, změna integrity kůže (poporodní poranění)

**Cíl krátkodobý:** Pacientka zná prevence vzniku infekce do 1 hodiny

**Cíl dlouhodobý:** Pacientka nemá po dobu své hospitalizace známky infekce PŽK a porodního poranění.

**Priorita:** Vysoká

### Očekávané výsledky:

- Pacientka zná projevy infekce do 1 hodiny v oblasti PŽK, porodního poranění.
- Pacientka zná prevence vzniku infekce do 1 hodiny
- Pacientka má normální tělesnou teplotu po dobu hospitalizace

### Intervence:

1. Pečuj o zavedenou i. v. kanylu, zajisti čistotu okolí vpichu, vždy, porodní asistentka
2. Edukuj pacientku o správné péči a zacházení PŽK, do 1 hodiny, porodní asistentka
3. Sleduj možné známky infekce vpichu, vždy, porodní asistentka
4. Ověř si průchodnost PŽK pomocí fyziologického roztoku, před podáním léků i. vždy, porodní asistentka
5. Zajistit celkovou hydrataci, průběžně, porodní asistentka
6. Zajisti hygienu v oblasti zevního genitálu, vždy, porodní asistentka
7. Edukuj pacientku o hygieně v oblasti zevního genitálu, do 1 hodiny, porodní asistentka
8. Zajisti pacientce dostatek hygienických vložek, vždy, porodní asistentka
9. Zajisti pacientce dostatek ložního i osobního prádla, vždy, porodní asistentka
10. Kontroluj stav po epiziotomii, sleduj možné známky infekce, průběžně, porodní asistentka
11. Sleduj charakter a zápach očístků, průběžně, porodní asistentka
12. Sleduj pacientce fyziologické funkce, průběžně, porodní asistentka

13. Vše řádně zaznamenávej do dokumentace, vždy, porodní asistentka

14. Postupuj asepticky při každém výkonu, vždy, porodní asistentka

**Realizace:**

0. Poporodní den: pacientka při přijetí nebyla schopna vykonat osobní hygienu. Při přijetí byla hygiena provedena porodní asistentkou. Ihned byla edukována o hygieně zevního genitálu, jak pečovat o suturu, aby se minimalizovalo riziko infekce (častá výměna spodního prádla a hygienických vložek, oplachy genitálu). 18:00 TT: 36,7 °C, 18:20 edukována o projevech a prevenci infekce PŽK.
1. Poporodní den: pacientce v 8:00 měřena TT: 36,7° C. Matce byla zajištěna pravidelná výměna ložního i osobního prádla. Asistentka průběžně kontrolovala stav hráze a očistky, které jsou bez zápachu. PŽK průběžně porodní asistentka kontroluje a jsou bez známek infekce.

**Hodnocení ošetrovatelské péče:**

Pacientka je stabilní, bez projevů známek infekce. O hygienu zevního genitálu pečuje sama.

Krátkodobý cíl splněn.

U dlouhodobého cíle pokračují intervence: 1, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14

## AKUTNÍ BOLEST 00132

**Doména 12:** Komfort

**Třída 1:** Tělesný komfort

**Definice:** Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potencionálního poškození tkáně či popsany pomocí termínů pro takové poškození (Mezinárodní asociace pro studium bolesti), náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným či předvídatelným koncem.

**Určující znaky:** Vlastní hlášení o intenzitě bolesti pomocí standardizovaných škál bolesti

**Související faktory:** fyzikální původci zranění

**Cíl krátkodobý:** Pacientka udává zmírnění bolesti ze 7/10 na 2/10 podle



numerické škály bolesti

**Cíl dlouhodobý:** Pacientka nemá žádnou bolest do 3 týdnů

**Priorita:** Střední

**Očekávané výsledky:**

- Pacientka chápe příčiny bolesti do 1 hodiny
- Pacientka pocítuje úlevu od bolesti do jedné hodiny ze stupně 7 na stupeň 2
- Pacientka dodržuje léčebný režim dle lékaře po dobu hospitalizace a po propuštění v domácím prostředí
- Pacientka využívá relaxační metody pro zmírnění bolesti po celou dobu hospitalizace

**Intervence:**

1. Proved' důkladné posouzení bolesti, charakter a místo, ihned, porodní asistentka
2. Zjistí intenzitu bolesti podle numerické škály, ihned, porodní asistentka
3. Podej analgetika a led na oblast hráze dle ordinace lékaře, ihned a dále dle lékaře, porodní asistentka
4. Zjišťuj snížení bolesti podle škály od podání analgetik, do 1 hodiny, porodní asistentka
5. Sleduj pravidelně fyziologické funkce, dle ordinace lékaře, porodní asistentka
6. Edukuj pacientku o úlevových polohách, do 3 hodin, porodní asistentka
7. Edukuj pacientku o častém sprchování sutury intimním gelem a důkladným vysušením, do jedné hodiny, porodní asistentka
8. Edukuj pacientku o časté výměně spodního prádla a hygienických vložek, do jedné hodiny, porodní asistentka
9. Edukuj pacientku, že není dobré hned na sutuře sedět, ihned, porodní asistentka
10. Edukuj pacientku o častém větrání sutury epiziotomie, do 1 hodiny, porodní asistentka
11. Zapisuj vše do dokumentace, po celou dobu hospitalizace, porodní asistentka

**Realizace:**

0. Poporodní den: Pacientka při přijetí udávala bolest podle numerické škály 7/10, porodní asistentka podala analgetika dle ordinace lékaře a led na suturu. Po hodině pacientka udává úlevu od bolesti 2/10. Cítí se mnohem lépe. V 18:00 edukována o úlevových polohách.
1. Poporodní den: Pacientce se v 7:00 změřen TK: 125/75, P: 84/min. Matka žádá

analgetika, numerická škála bolesti 4/10. V 7:30 porodní asistentkou podána analgetika dle lékaře. Pacientka v 8:30 udává úlevu od bolesti 2/10. Po zbytek celého dne žádné bolesti neudává.

**Hodnocení ošetrovatelské péče:**

Pacientka dodržuje léčebný režim dle ordinace lékaře, aktivně spolupracuje a v případě bolesti zaujímá úlevové polohy.

Krátkodobý cíl splněn

Dlouhodobý cíl má pokračující intervence: 1, 2, 3, 4, 5, 11

## NARUŠENÁ INTEGRITA TKÁNĚ 00044

**Doména 11:** Bezpečnost/ochrana

**Třída 2:** Tělesné poškození

**Definice:** Poškození kůže, fascií

**Určující znaky:** Poškozená tkáň

**Související znaky:** Chirurgický zákrok

**Cíl krátkodobý:** Pacientce se hojí rána per primam v průběhu hospitalizace

**Cíl dlouhodobý:** Pacientka má zhojenou suturu do 3 týdnů

**Priorita:** Střední

**Očekávané výsledky:**

- Pacientka poučena o hygieně sutury epiziotomie do 1 hodiny
- Pacientka chápe péči o suturu epiziotomie do 1 hodiny
- Pacientka má suturu bez známek infekce po celou dobu hospitalizace

**Intervence:**

1. Edukuj pacientku o hygieně v oblasti sutury epiziotomie, do 1 hodiny, porodní asistentka
2. Edukuj pacientku častém větrání v oblasti sutury, do 1 hodiny, porodní asistentka
3. Edukuj pacientku o častém výměně spodního prádla a hygienických vložek, do 1 hodiny, porodní asistentka
4. Edukuj pacientku o častém sprchování v oblasti sutury a důkladným vysušením, do 1 hodiny, porodní asistentka
5. Sleduj pacientku, jak dbá na hygienu, průběžně, porodní asistentka

6. Kontroluj stav po sutuře hráze, průběžně, porodní asistentka
7. Dodávej pacientce čisté prádlo a hygienické vložky, po celou dobu hospitalizace, porodní asistentka
8. Prováděj časnou mobilizaci pacientky, ihned, porodní asistentka
9. Měr fyziologické funkce, dle ordinace lékaře, porodní asistentka
10. Dbej na dostatečnou výživu a pitný režim, průběžně, porodní asistentka
11. Vše řádně zaznamenávej do dokumentace, po celou dobu hospitalizace, porodní asistentka

**Realizace:**

0. Poporodní den: pacientka při přijetí byla porodní asistentkou edukována o průběhu pečování sutury. Sutura trošku edematózní, ale klidná. Po ledování hráze edém částečně ustal.
1. Poporodní den: pacientka pečuje o suturu velice dobře, dopřává si stále ledování. Sutura je klidná a bez známek infekce

**Hodnocení ošetrovatelské péče:** Pacientka chápe edukaci od porodní asistentky jak pečovat o hráz. Pacientce se hojí rána per primam, bez známek infekce. Edém po častém ledování ustal 2 den po porodu.

Krátkodobý cíl splněn.

Dlouhodobý cíl má pokračující intervence: 5, 6, 7, 9, 10, 11

## **SNÍŽENÝ OBJEM TEKUTIN (dehydratace) 00027**

**Doména 2:** Výživa

**Třída 5:** Hydratace

**Definice:** Snížení intravaskulárních, intersticiálních nebo intracelulárních tekutin. Vztahuje se k dehydrataci, samotná ztráta vody je beze změn v koncentraci sodíku.

**Určující znaky:** žízeň, slabost

**Související faktory:** Oslabení regulačních mechanismů

**Krátkodobý cíl:** Pacientka nepocítuje slabost ani žízeň, do 1 hodín

**Dlouhodobý cíl:** Pacientka je hydratovaná po dobu hospitalizace

**Priorita:** Střední

**Očekávané výsledky:**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientka nemá pocit žízně do 1 hodiny</li> <li>• Pacientka se vymočila do 4 hodin po porodu</li> <li>• Pacientka nemá slabost do 24 hodin</li> </ul>
<p><b>Intervence:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zjistí příčinu, ihned, porodní asistentka</li> <li>2. Zajisti pacientce dostatek tekutin, ihned, porodní asistentka</li> <li>3. Změř pacientce fyziologické funkce, ihned a dle ordinace lékaře v průběhu hospitalizace, porodní asistentka</li> <li>4. Edukuj pacientku o správném pitném režimu (2-3 litry denně), ihned, porodní asistentka</li> <li>5. Pacientka močí do 4 hodin po porodu, sleduj, porodní asistentka</li> <li>6. Sleduj stav pacientky, ihned a po dobu celé hospitalizace, porodní asistentka</li> <li>7. Vše řádně zaznamenávej do dokumentace, průběžně, porodní asistentka</li> </ol>
<p><b>Realizace:</b></p> <p>Pacientka 2 hodiny po porodu nemočila z důvodu, kdy po celou dobu nepila a po vycévkování před výkonem. Pacientka po přijetí na oddělení šestinedělí se dostatečně vymočila. Při příjmu byla slabá a měla žízeň. Dodržovala pitný režim.</p>
<p><b>Hodnocení ošetrovatelské péče:</b></p> <p>Krátkodobý i dlouhodobý cíl je splněn.</p>

## ÚNAVA 00093

**Doména 4:** Aktivita/Odpočinek

**Třída 3:** Rovnováha energie

**Definice:** Celkově zmáhající dlouhodobý pocit vyčerpání a snížená schopnost fyzické a duševní práce na obvyklé úrovni

**Určující znaky:** Nedostatek energie, únava

**Související znaky:** Fyzický stav

**Cíl krátkodobý:** Pacientka je zajištěn dostatečný odpočinek do 1 dne

**Cíl dlouhodobý:** Pacientka je bez únavy ke dni propuštění

**Priorita:** Nízká

**Očekávané výsledky:**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientka nepocit'uje únavu do 24 hodin</li> <li>• Pacientka má dostatek energie do 2 dnů</li> </ul>
<p><b>Intervence:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zjistí příčinu únavy pacientky, ihned, porodní asistentky</li> <li>2. Změř fyziologické funkce, ihned, porodní asistentka</li> <li>3. Zajisti pacientce dostatečný odpočinek bez rušivých elementů, po celou dobu únavy, porodní asistentka</li> <li>4. Edukuj pacientku o signalizačním zařízení, ihned, porodní asistentka</li> <li>5. Pomáhej pacientce provést důkladně hygienu, po celou dobu únavy, porodní asistentka</li> <li>6. Sleduj stav pacientky, po dobu únavy, porodní asistentka</li> <li>7. Vše řádně zapisuj do dokumentace, průběžně, porodní asistentka</li> </ol>
<p><b>Realizace:</b></p> <p>Pacientka při přijetí pocit'uje únavu, z důvodu vyčerpání z porodu. Porodní asistentka pomáhala pacientce s hygienou, podala pití a jídlo. Zamezila rušivým elementům. Poučila pacientku o signalizačním zařízení, aby si kdykoliv zazvonila.</p>
<p><b>Hodnocení ošetrovatelské péče:</b></p> <p>Dlouhodobý krátkodobý cíl splněn. Pacientka se do druhého dne vyspala a po celou dobu hospitalizace únavu nepocit'ovala.</p>

## Celkové zhodnocení péče

Ošetrovatelskou péči jsme poskytovali pacientce XX po porodu per forcipem od přijetí na oddělení šestinedělí až do propuštění. Při příjmu byla matka unavená, slabá, ale orientovaná místem i časem.

Při hospitalizaci jsme zjistili 6 ošetrovatelských diagnóz, které navazovaly na ošetrovatelské problémy. Každou diagnózu jsme vypracovali, určili cíl, očekávané výsledky, intervence, realizaci a hodnocení. Nejvíce diagnóz bylo určeno první den po porodu. Jako první diagnózu jsme určili riziko infekce z důvodu zavedení, PŽK, poporodního poranění (sutura epiziotomie) a lochia (očistky). Pacientka aktivně spolupracovala a pochopila, jak o sebe pečovat v průběhu hospitalizace i po propuštění

domu. Znamky infekce se žádné neprojeví. Další diagnóza byla riziko krvácení, kdy byla pacientka poučena o projevech a prevenci. Po celou dobu těhotenství se silné krvácení neprojeví. Byla poučena o hygieně sutury, kdy musí dbát na časté omývání a větrání zevního genitálu po celou dobu hospitalizace. Pacientka pečuje o sebe co nejlépe a žádné jiné komplikace při její hospitalizaci nebyly. Všechny ošetrovatelské diagnózy jsme splnili. Pacientka už myslí jen na jedno, těší se, až půjde s dcerou domů.

## Doporučení pro praxi

Doporučení pro praxi je směřováno k porodním asistentkám v rámci edukačních témat u rodiček po ukončeném porodu pomocí kleští.

1. Porodní asistentka by se měla zaměřit na vysvětlení vzhledu očítků, které vymizí v průběhu šestinedělí. Těsně po porodu vypadají očítky jako silná menstruace (1–3 dny), poté postupně hnědnou (3–7 dní), přecházejí v růžovou a světlé růžovou (7–14 dní), nakonec postupně žloutnou, až se úplně ztratí. Očítky jsou velice infekční, takže rodička musí často měnit prodyšné vložky alespoň 10x denně. Velmi důležité je klást důraz na mytí rukou vždy po výměně vložky a dále na časté sprchování.

2. Porodní asistentka by měla matce vysvětlit matce způsob zavínování dělohy. Děloha se postupně zmenšuje a zhruba 10. den po porodu není na pohmat hmatná. Ale v průběhu zavínování, může žena cítit stahy hlavně během kojení, které jsou nepříjemné. Při velkých bolestech a v případě velkých koagul, většího krvácení nebo když si matka není jistá doporučit vždy vyhledat lékaře a problém s ním konzultovat.

3. Další podstatnou oblastí edukace je oblast o způsobu důkladné hygieny porodního poranění (sutura po epiziotomii) a prevence předcházení bolesti hráze. Proti prevenci infekce je vhodné matkám doporučovat mít u sebe prodyšné kalhotky a prodyšné hygienické vložky, které výborně větrají a usnadňují lepší hojení hráze. Matka by měla po každé hygieně omýt oblast sutury po epiziotomii, nejlépe intimním mýdlem, které tolik nedráždí. Také by měla dodržovat pitný režim. Doporučení jak předcházet menší bolesti by měla matka jíst hodně vlákniny, aby nemusela tolik tlačit na stolicí. Ledovat v prodyšné textilií oblast hráze. Poté se doporučuje sedět na kruhu (nafukovací kruh), kdy matka nebude sedět přímo na zašité oblasti hráze. A kdyby se cokoliv nezdálo (svědění, pálení, řezání, bolest, otok, krvácení, teplota), vždy raději navštívit lékaře.

## ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo poskytnout kompletní pohled na problematiku klešťového porodu a seznámit s konkrétním případem ošetrovatelské péče o rodičku po porodu, který byl ukončen pomocí kleští. U pacientky jsme stanovili ošetrovatelské diagnózy, které jsme postupně vypracovali, určili cíle, očekávané výsledky, intervence a následně realizovali. Všechny cíle byly splněny.

Pacientka XX byla hospitalizována na oddělení šestinedělí po ukončeném porodu pomocí Simpson forcepsu z důvodu sekundárně slabých děložních kontrakcí, které nereagovali na Oxytocin. Výkon proběhl bez komplikací. Narodila se zdravá dcera. Rodička byla po porodu vyčerpaná a slabá. Cílem ošetrovatelské péče bylo především obnovit soběstačnost pacientky, odstranit nebo alespoň zmírnit bolest v oblasti epiziotomie a zajistit ideální podmínky pro hojení sutury. V rámci předcházení potencionálním rizikům byla naplánována a provedena opatření k snížení rizika vzniku infekce.

Pacientce byla poskytnuta ošetrovatelská péče podle stanovených intervencí a ve všech bodech bylo dosaženo krátkodobého i dlouhodobého cíle.

Pacientka byla po 1. poporodním dni plně soběstačná, snášela intenzitu bolesti v oblasti sutury, byla edukována o vhodným způsobu péče o epiziotomii. Během hospitalizace se neobjevily žádné známky infekce. Pacientka byla edukována jak pečovat o suturu hráze a dále o zmírňování bolesti po propuštění v domácím prostředí. Pacientka byla poučena o nutnosti návštěvy obvodního gynekologa, po ukončení šestinedělí, na poporodní vyšetření. Pacientka byla propuštěna 4 den po porodu.

Cíle bakalářské práce stanovené v úvodu byly splněny.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BEHINOVÁ, M. a kol., 2012. *Nová velká kniha o mateřství*. Praha: Mladá fronta. ISBN 9788-0204-2816-5.
- BINDER, T. a kol., 2011. *Porodnictví*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1907-1.
- DOLEŽAL, A. a kol., 2007. *Porodnické operace*. První vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-0881-2.
- HÁJEK, Z. a kol., 2014. *Porodnictví*. Třetí zcela přepracované vydání a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.
- HÁJEK, Z., 2013. *Extrakce plodu kleštěmi*. Doporučený postup. **78**, 54-56, ISSN 1211-7832.
- JIRÁSKOVÁ, J., 2005. *Epiziotomie*. *Aperio*. **4**(1), 10-11, ISSN 1214-7389.
- KACEROVSKÝ, M., 2010. Porodnické kleště (Forceps obstetricia). *Gynekolog*. **19**(3), 115-116, ISSN 1210-1133.
- KILIÁN, T., 2008. Porodnické kleště a jejich postavení v současném porodnictví. *Sestra*. **18**(9), 30-31, ISSN 1210-0404.
- KOUDELOVÁ, V., 2013. *Ošetrovatelská péče o ženy v šestinedělí*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-624-1.
- NANDA INTERNATIONAL, 2015. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015–2017*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.
- NĚMCOVÁ, J. a kol., 2015. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Třetí vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-904955-9-3.
- PAŘÍZEK, A. a kol., 2012. *Porodnické kleště*. Kritické stavy v porodnictví. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-949-7.
- PESCHOUT, R., 2015. *Forceps (porodnické kleště)*. *Moderní gynekologie a porodnictví*. **23**(1), 44-55, ISSN 1211-1058.



- PESCHOUT, R., 2009. Forceps (porodnické kleště), část třetí. *Moderní babictví*. s. 16-21, ISSN 1214-5572.
- PESCHOUT, R., 2009. Forceps (porodnické kleště), část druhá. *Moderní babictví*. s. 9-11, ISSN 1214-5572.
- PESCHOUT, R., 2008. Forceps (porodnické kleště). *Moderní babictví*. s. 9-15, ISSN 1214-5572.
- ROZTOČIL, A., 2009. Dnešní místo kleští v porodnictví. *Lékařské listy: odborná příloha Zdravotnických novin*. **58**(9), 6-7. ISSN 0044-1996.
- ROZTOČIL, A., 2009. Porodnické kleště. *Moderní gynekologie a porodnictví*. **18**(3), 245-256, ISSN 12111-1058.
- ROZTOČIL, A. a kol., 2008. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1941-2.
- ŠTEPÁN, J. a kol., 2007. Jak přesné je provedení mediolaterální epiziotomie. *Česká gynekologie*. **72**(6), 381-383, ISSN 1210-7832.
- VOKURKA, M., J. HUGO a kol., 2002. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-85912-70-8.

# PŘÍLOHY

Příloha A – Popis porodnických kleští

Příloha B – Konstrukce porodnických kleští

Příloha C – Druhy porodnických kleští

Příloha D – Simpsonovy kleště

Příloha E – Palfynovy kleště

Příloha F – Provedení výkonu

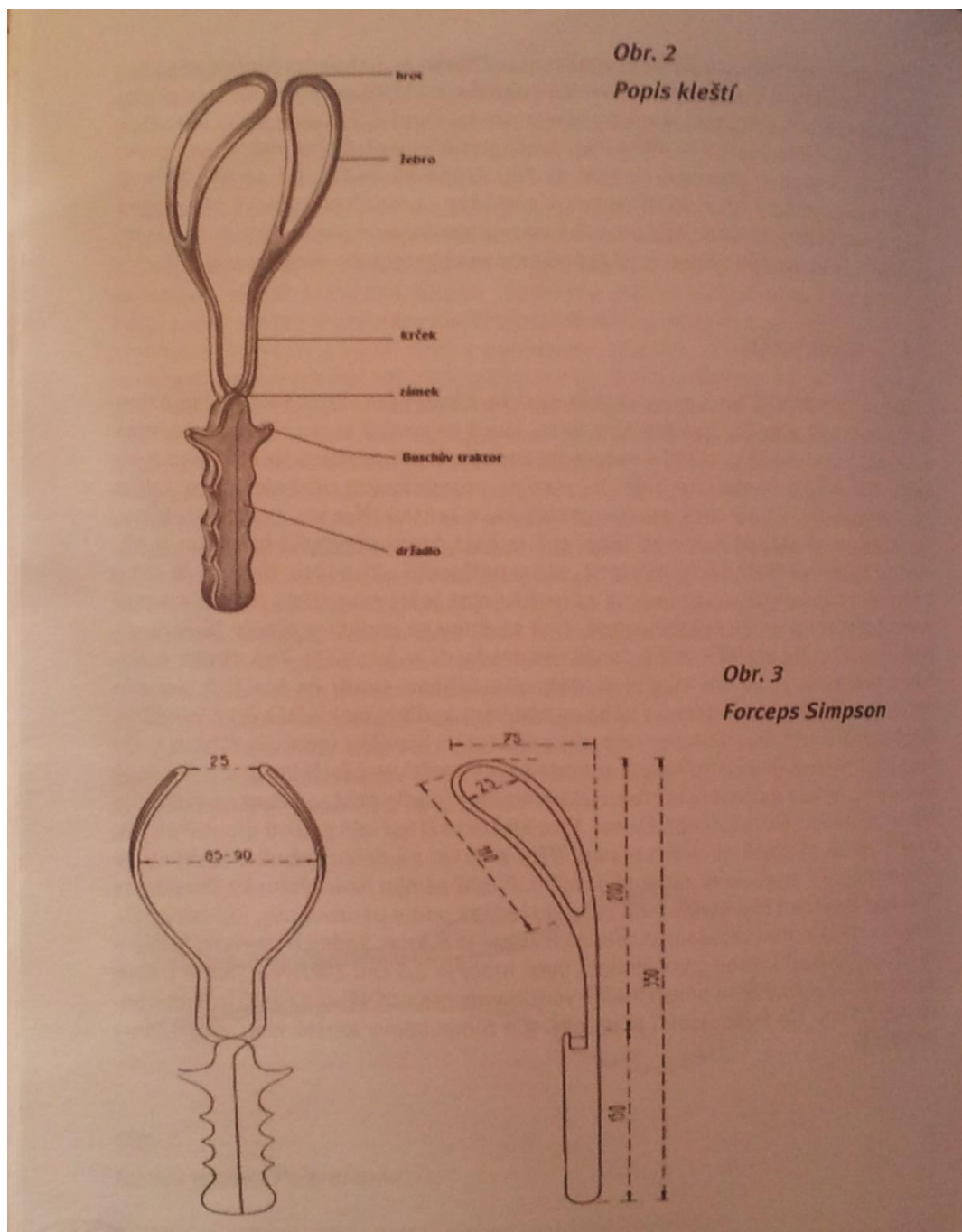
Příloha G – Sklouznutí kleští

Příloha H – Potvrzení překladu abstrakt

Příloha I -- Čestné prohlášení studenta k získání podkladů

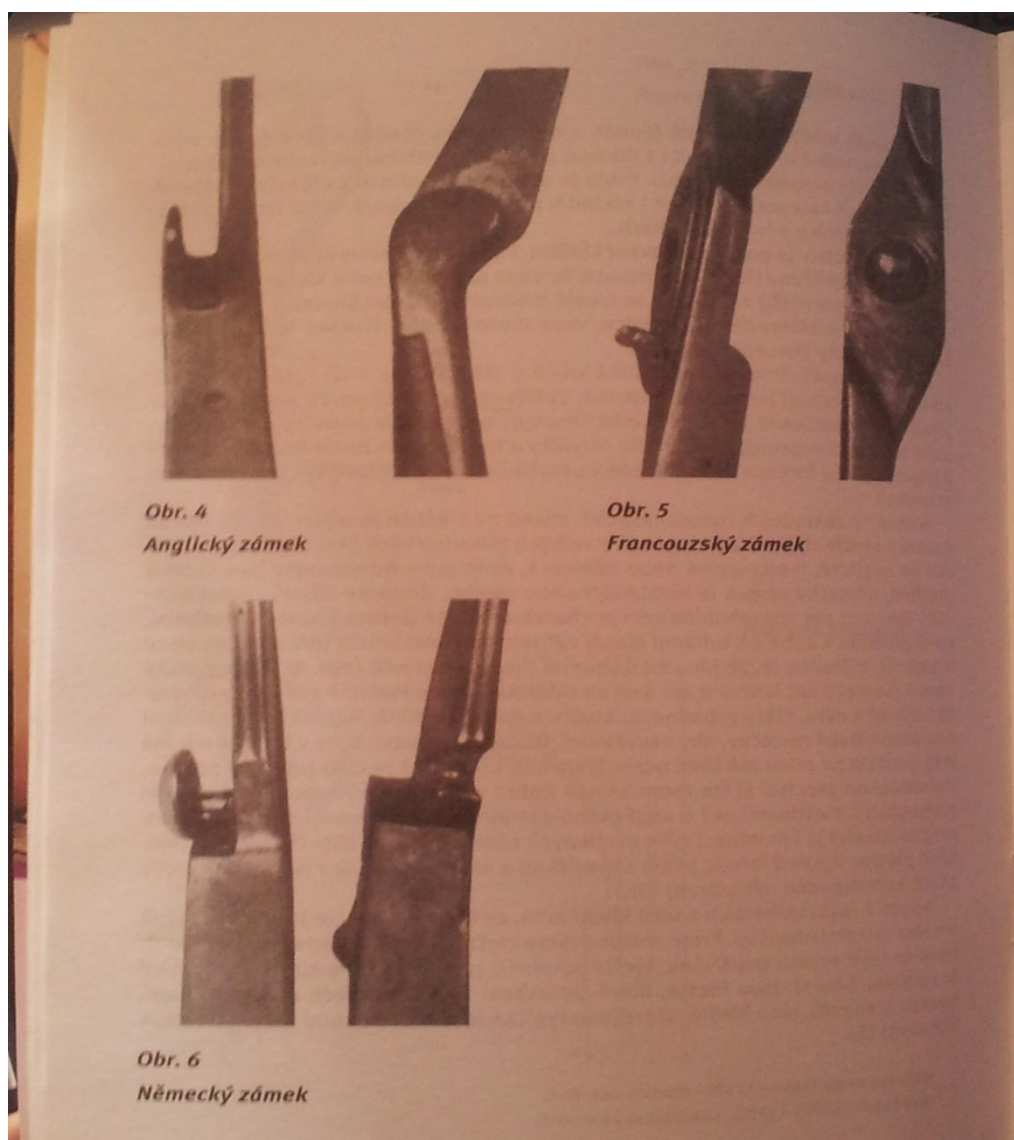
Příloha J – Rešerše

Příloha A – Popis porodnických kleští



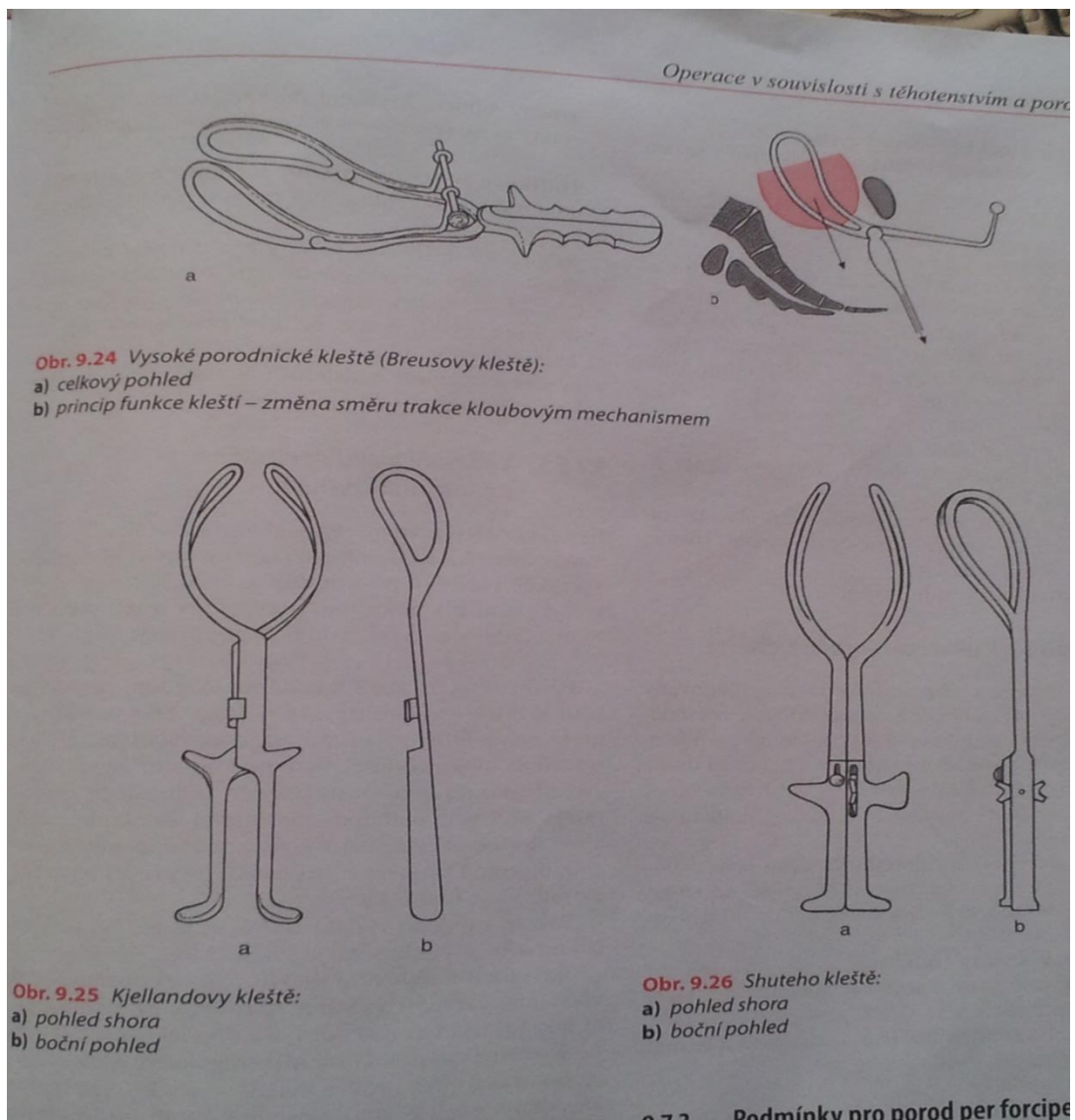
(PESCHOUT, 2008, s. 12)

Příloha B – Konstrukce porodnických kleští



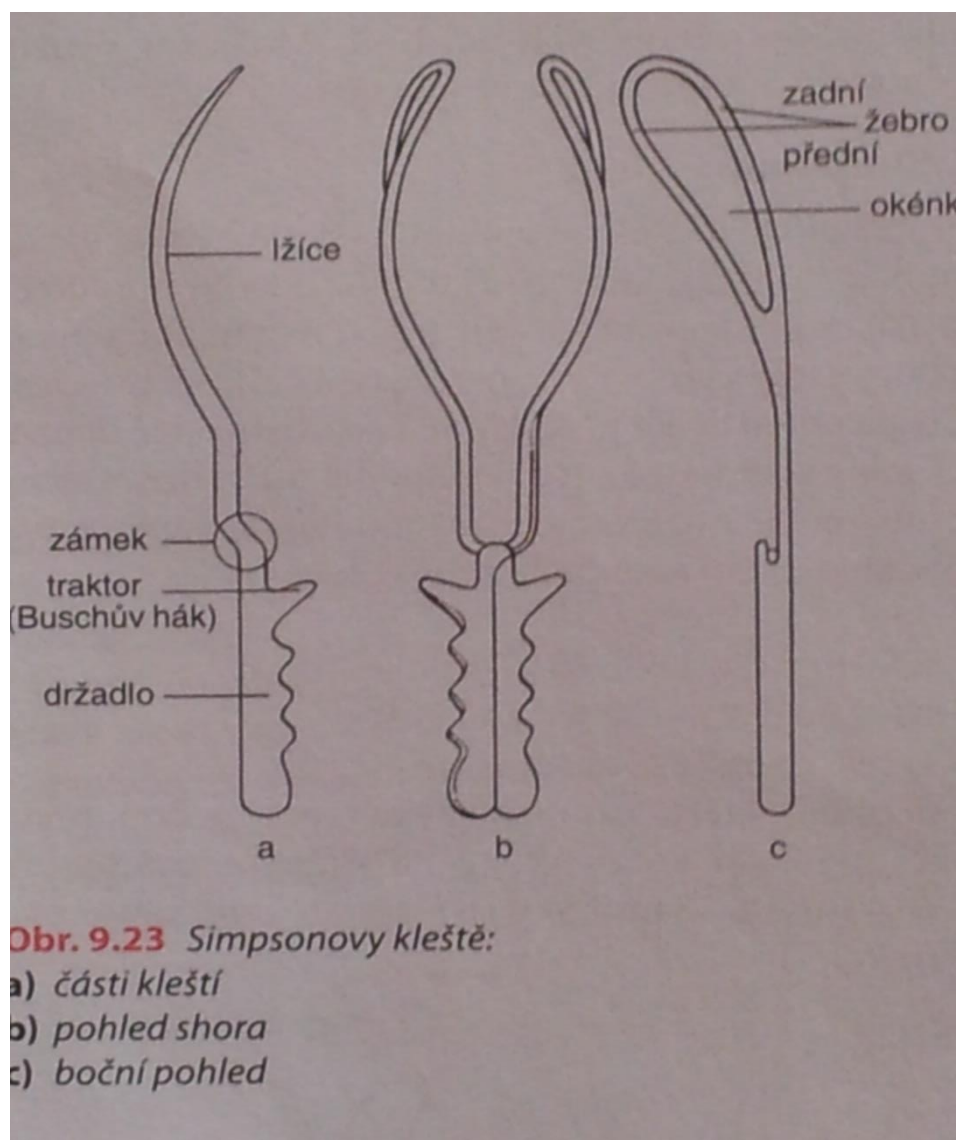
(PESCHOUT, 2008, s. 14)

Příloha C – Druhy porodnických kleští



(HÁJEK, 2014, s. 483)

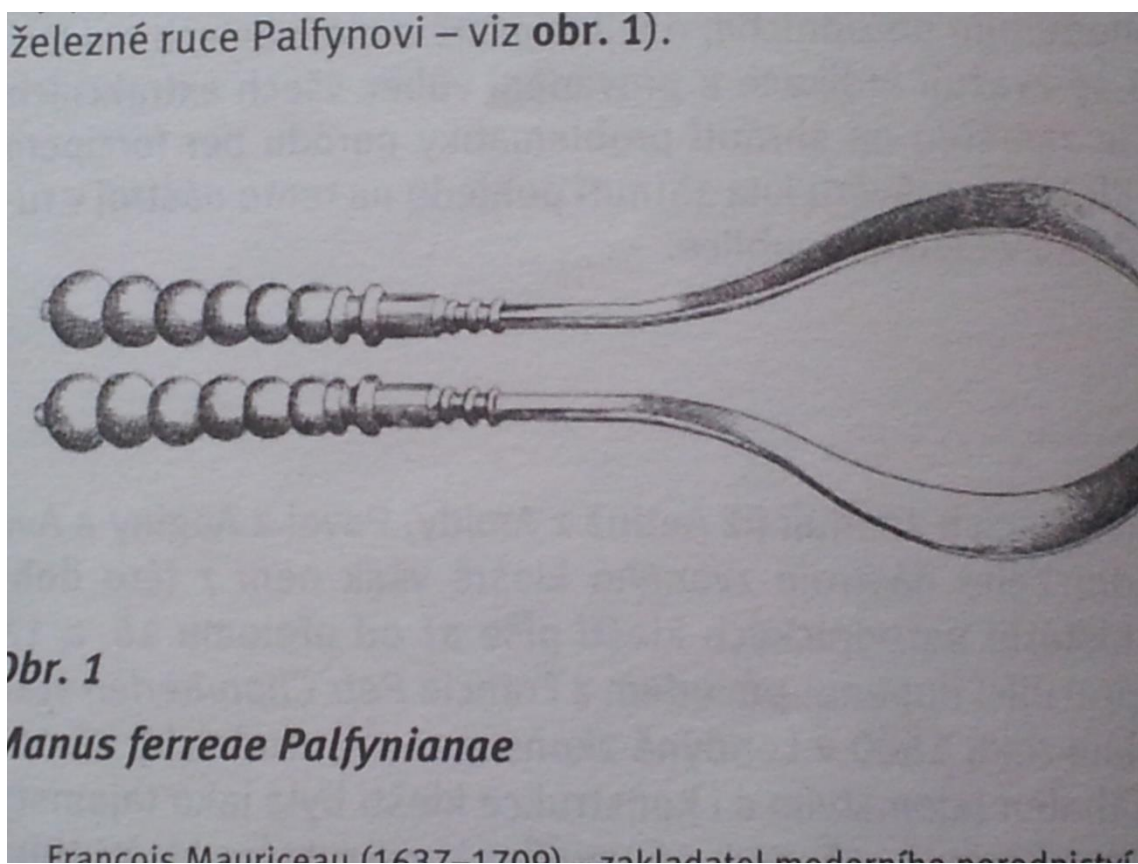
Příloha D – Simpsonovy kleště



(HÁJEK, 2014, s. 482)

Příloha E – Palfynovy kleště

Železné ruce Palfynovi – viz **obr. 1**).



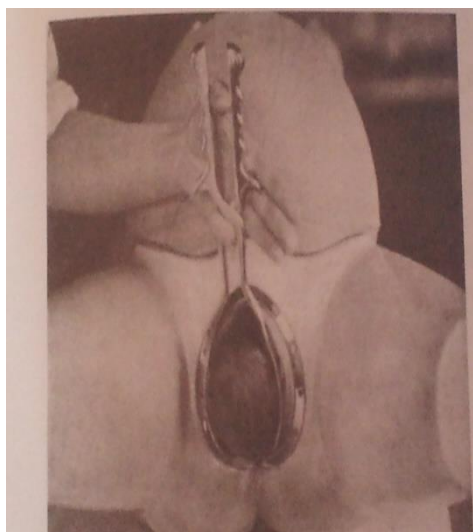
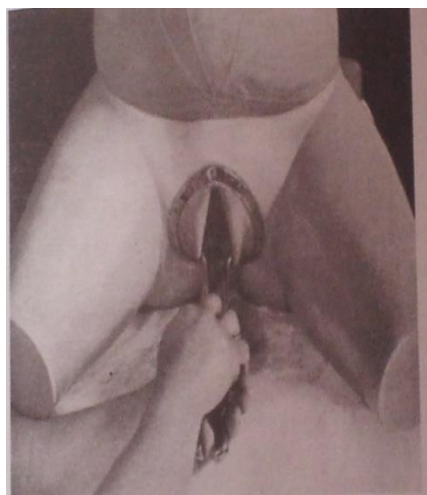
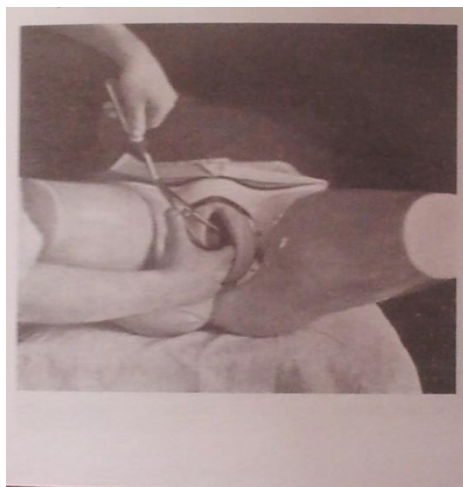
**obr. 1**

*Manus ferreae Palfynianae*

François Mauriceau (1637-1709) – zakladatel moderního porodnictví

(PESCHOUT, 2008, s. 10)

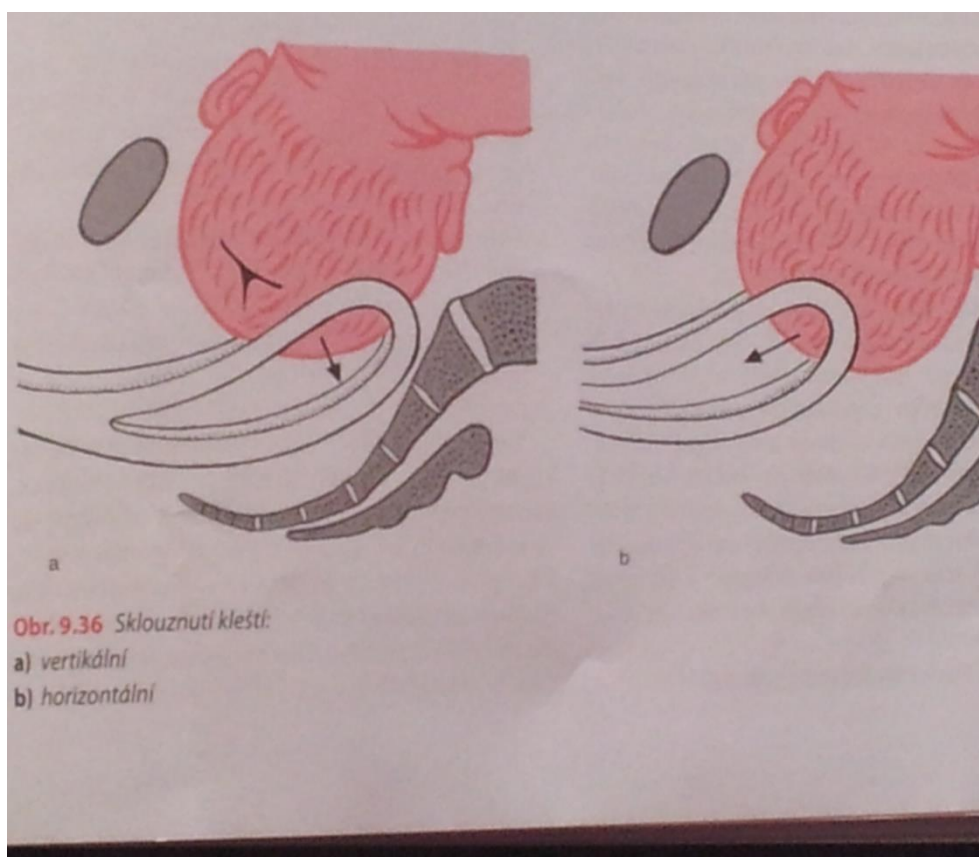
Příloha F – Provedení výkonu



(PESCHOUT, 2009, s. 17-21)



Příloha G – Sklouznutí kleští



(HÁJEK, 2014, s. 489)

## Příloha H – Potvrzení překladu abstraktu

---

### POTVRZENÍ O VYHOTOVENÍ PŘEKLADU ABSTRAKTU BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Potvrzuji tímto, že jsem provedl překlad abstraktu bakalářské práce: *Specifika ošetrovatelské péče o rodičku po kleštovém porodu*, autorka: Kristýna ROTOVÁ.

Libor Šimek  
Masarykova 601  
Kutná Hora 28401  
IČO: 64172180  
tel.: 606 46 16 68

**LIBOR ŠIMEK**  
**TIN: 038-7012 010 830**  
**VERIFIED TRANSLATION**  
**CZECH REPUBLIC**  
*Libor Šimek*

Dne 22.3.2016 v Kutné Hoře

## ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje pro praktickou část bakalářské práce s názvem specifika ošetrovatelské péče o rodičku po klešťovém porodu v rámci odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 31. 3. 2016

.....

Kristýna Rotová

Příloha J – Rešerše

Specifika ošetrovatelské péče o rodičku po klešťovém porodu

**Téma rešerše**

Specifika ošetrovatelské péče po klešťovém porodu

**Žadatel:** Kristýna Rotová

**Jazykové vymezení:** Čeština

**Klíčová slova:**

extrakce porodnická - porodnické kleště - forceps - extrakce porodnická - porod - komplikace - vedení porodu - porodní děj – porod - poloha plodu koncem pánevním - ošetrovatelská péče - porodnické ošetrovatelství - ošetrovatelský proces - chirurgické ošetrovatelství - babictví - ošetrovatelská péče o pacienty v kritickém stavu - ošetrovatelství v péči o matku a dítě

**Časové vymezení:**

V českých zdrojích: 2005 - současnost

**Druhy dokumentů:**

Knihy, kapitoly z knih, články, články ve sbornících, abstrakta, kvalifikační práce

**Počet záznamů:** záznamů: 61

**České zdroje:** (knihy: 5; články, články ve sbornících a abstrakta: 53; kvalifikační práce: 1)/plné texty: 27

**Použitý citační styl:** ČSN ISO 690 a bibliografický záznam v portálu MEDVIK

**České zdroje:** - katalog Národní lékařské knihovny ([www.medvik.cz](http://www.medvik.cz))

**Zdroje:** databáze vysokoškolských prací ([www.theses.cz](http://www.theses.cz))

repozitář závěrečných prací UK (<https://is.cuni.cz/webapps/zzp>)

-