

**UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2010

Petra NÝVLTOVÁ

**Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií**

**Mapa ošetrovatelské péče o šestinedělku po operačním
ukončení porodu vaginální cestou**

Petra Nývltová

**Bakalářská práce
2010**

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2009/2010

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Petra NÝVLTOVÁ**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Porodní asistentka**
Název tématu: **Mapa ošetrovatelské péče o šestinedělku po operačním ukončení porodu vaginální cestou**
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Sběr informací, studium literatury a popis současné problematiky péče o šestinedělku po operačním ukončení porodu vaginální cestou.
2. Stanovení podmínek, metod a cílů práce.
3. Výběr vhodných klientek.
4. Vypracování mapy ošetrovatelské péče o šestinedělku po operačním ukončení porodu vaginální cestou.
5. Zhodnocení účinnosti mapy ošetrovatelské péče.
6. Kritické zhodnocení a doporučení.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího
Rozsah pracovní zprávy: 35 stran
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

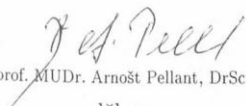
Seznam odborné literatury:

1. ČECH, E. a kol. Porodnictví. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1313-9.
2. DOLEŽAL, A. a kol. Porodnické operace. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-0881-2.
3. DUŠKOVÁ, B.; MAREČKOVÁ, J. Úvod k péči porodní asistentky o těhotnou ženu při nepravidelném porodu. 1. vyd. Ostrava : Ostravská univerzita v Ostravě, Fakulta zdravotnických studií, 2009. ISBN 978-80-7368-663-5.
4. ENKIN, M.; KEIRSE, M.J.N.C.; RENFREW, M.; NEILSON, J. Efektivní péče v perinatologii. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-417-7.
5. ROZTOČIL, A. a kol. Porodnictví. 1. vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků va zdravotnictví, 2001. ISBN 80-7013-339-2.


Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Světlana Beránková
Katedra porodní asistence

Datum zadání bakalářské práce: 30. listopadu 2009

Termín odevzdání bakalářské práce: 23. dubna 2010


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Markéta Moravcová
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 1. února 2010

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 23.4.2010

.....
Petra Nývltová

Poděkování

Děkuji Bc. Lence Scholzové za odborné vedení bakalářské práce, za cenné rady a vstřícnost při jejím zpracování.

Dále děkuji klientkám, o nichž práce pojednává, za jejich ochotu a čas.

Anotace

Bakalářská práce na téma „Mapa ošetrovateľskej péče o šestinedelku po operačnom ukončení porodu vaginálnou cestou“ je prácou teoretickou – praktickou. Je rozdelená na dve časti.

Teoretická časť zahŕňa soubor teoretických poznatkov o operáciách ukončujúcich porod vaginálnou cestou. V jednotlivých kapitolách sú popísané konkrétne porodnícke operácie. Autorka stručne charakterizuje obdobie šestinedelí.

V praktickej časti sú popísané tri kazuistiky žien po operačnom ukončení porodu vaginálnou cestou. Autorka vybrala aktuálne i potencionálne ošetrovateľské diagnózy, ktoré vychádzajú z jednotlivých oblastí potrieb klientky a sestavila plán ošetrovateľskej péče na celý pobyt na oddelení šestinedelí. Na záver autorka vytvorila návrh mapy ošetrovateľskej péče.

Klíčovú slova

porodnícke klešče, vakuumextrakcia, šestinedelí, ošetrovateľský proces, mapa péče

Annotation

The bachelor thesis on „Map of nursing care about puerpera after labour which was ended by vaginal operation“ is a theoretical-practical. The work is divided into two parts.

The theoretical part includes a set of theoretical knowledge about the operations of the terminals vaginal delivery route. Individual chapters describe specific obstetric surgery. The author briefly describes the puerperium.

The practical sections describe three case studies of women after surgical termination of vaginal birth. The author chose the actual and potential nursing diagnoses, based on individual needs of the client areas and formed a plan of nursing care for the whole stay on the department.

In conclusion, the author created a draft map of the nursing care.

Key words

obsterical forceps, vakuumextraction, puerperium, nursing care, map of nursing care

Obsah

Úvod	9
Cíl	10
I. TEORETICKÁ ČÁST	11
1 OPERACE UKONČUJÍCÍ POROD VAGINÁLNÍ CESTOU.....	11
1.1 OPERACE PŘÍPRAVNÉ	11
1.1.1 Epiziotomie.....	11
1.1.2 Mělké nástřihy branky	13
1.1.3 Hluboké nástřihy branky.....	13
1.2 OPERACE UKONČUJÍCÍ POROD VE II. DOBĚ PORODNÍ.....	14
1.2.1 Forceps.....	14
1.2.1.1 Historický úvod.....	14
1.2.1.2 Popis kleští.....	16
1.2.1.3 Rozdělení kleští.....	16
1.2.1.4 Typy kleští	17
1.2.1.5 Indikace kleští	19
1.2.1.6 Podmínky porodu per forcipem	20
1.2.1.7 Provedení klešťové operace	21
1.2.1.8 Úkoly porodní asistentky při klešťovém porodu	23
1.2.1.9 Komplikace porodu per forcipem	23
1.2.2 Vakuumextraktor	24
1.2.2.1 Historický úvod.....	24
1.2.2.2 Popis vakuumextraktoru	25
1.2.2.3 Indikace vakuumextrakce	25
1.2.2.4 Podmínky vakuumextrakce.....	26
1.2.2.5 Provedení vakuumextrakce.....	26
1.2.2.6 Úkoly porodní asistentky při vakuumextrakci.....	27
1.2.2.7 Komplikace vakuumextrakce	27
1.2.3 Extrakce plodu	28
1.2.3.1 Indikace.....	28
1.2.3.2 Podmínky	28
1.2.3.3 Provedení	28
1.2.3.4 Úkoly porodní asistentky	30
1.2.4 Zmenšovací operace	30
1.3 OPERACE PŘI ZADRŽENÍ PLACENTY	32
1.3.1 Manuální vybavení lůžka.....	32
1.3.1.1 Úkoly porodní asistentky	33
2 ŠESTINEDĚLÍ	34
2.1 Péče o ženu v raném šestinedělí	34
II. PRAKTICKÁ ČÁST.....	36
1 METODIKA	36
2 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES.....	36
2.1 PŘÍPADOVÁ STUDIE Č. 1 – POROD PER FORCIPEM.....	37

2.1.1	Posouzení současného stavu potřeb v NANDA doménách	39
2.1.2	Plán ošetrovatelské péče při pobytu na oddělení šestinedělí	41
2.2	PŘÍPADOVÁ STUDIE Č. 2 – VAKUUMEXTRAKCE	51
2.2.1	Posouzení současného stavu potřeb v NANDA doménách	53
2.2.2	Plán ošetrovatelské péče při pobytu na oddělení šestinedělí	55
2.3	PŘÍPADOVÁ STUDIE Č. 3 – VAKUUMEXTRAKCE	63
2.3.1	Posouzení současného stavu potřeb v NANDA doménách	65
2.3.2	Plán ošetrovatelské péče při pobytu na oddělení šestinedělí	67
3	MAPA PÉČE O ŠESTINEDĚLKU PO OPERAČNÍM UKONČENÍ.....	76
	Závěr.....	80
	Soupis bibliografických citací.....	81
	Seznam zkratk	82
	Seznam příloh	83

Úvod

Těhotenství a především samotný porod je v životě každé ženy jedinečným a nezapomenutelným okamžikem. Každá žena by si přála mít porod co nejkratší a co nejméně bolestivý. V posledních letech se velmi moderním stává takzvaný přirozený porod. O přirozeném porodu vychází spousta nových, především zahraničních publikací, ženy si mohou vyhledat informace na webových stránkách, dozvídají se o něm na různých kurzech. Pro ženy je představa toho, že porodí přirozeně, bez léků, v tichém a klidném prostředí a bez zásahu lékařské péče, velmi lákavá. To, že během porodu mohou nastat vážné komplikace, které mohou ohrozit na životě ji nebo dítě, si vůbec nechtějí připustit.

Při mé praxi na porodním sále se mi několikrát stalo, že k porodu přišla žena, která v porodním plánu měla napsáno, že si nepřeje žádné porodnické operace, především klešťový porod. Porodnické kleště jsou obecně v laické populaci velmi obávaným nástrojem. Je to dáno jednak historicky, kdy se kleště používaly při nevhodných indikacích a porod většinou skončil tragicky, a jednak v populaci moderním hnutím žen za přirozený porod. Ženy porod per forcipem, popřípadě jiné porodnické operace mohou vnímat jako selhání své role.

Toto téma mě velmi zaujalo a rozhodla jsem se mu více věnovat. Při mé praxi na porodním sále jsem byla přítomna několika porodnickým vaginálním operacím ukončujících porod. Tři ženy po této operaci jsem si vybrala a s jejich souhlasem jsem se podílela na péči o ně na oddělení šestinedělí. Zajímala mě především psychická stránka ženy, jak vnímá sama sebe po takové operaci, zda ji bere jako selhání své role. Samozřejmě jsem v péči neopomenula ani stránku fyzickou a sociální. Na každou ženu jsem vytvořila plán péče, ve kterém se pomocí ošetrovatelských činností a intervencí snažím dosáhnout naplnění potřeb ve všech oblastech osobnosti. Poté jsem vytvořila mapu ošetrovatelské péče, ve které jsou patrné jednotlivé kroky péče a její výsledky v časovém rozložení.

V teoretické části jsem se snažila přiblížit téma vaginálních porodnických operací ukončujících porod. Popsala jsem jednotlivé porodnické operace. Nejvíce jsem se věnovala problematice porodnických kleští, protože právě ty stále tvoří nenahraditelný základ porodnické operativy. V závěru teoretické části se stručně zmiňuji o období šestinedělí.

Cíl

Cílem bakalářské práce je shrnutí nejnovějších teoretických poznatků o operačním ukončení porodu vaginální cestou.

Dalším cílem je zpracování tří kazuistik klientek po operačním ukončení porodu vaginální cestou. Cílem je vybrat klientky po různých operacích, abych poukázala na odlišnosti v jejich péči. Na základě narušených potřeb klientek v oblasti bio-psycho-sociální, vyberu vhodné ošetrovatelské diagnózy a sestavím plán péče.

Na závěr vytvořím mapu péče pro klientky po tomto výkonu.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Operace ukončující porod vaginální cestou

Většina porodnických operací se provádí z akutní indikace, při které je ohroženo zdraví nebo život matky, plodu nebo obou. Vaginální operace ukončující porod se dělí na operace ve II. a III. době porodní.

Přípravné operace jsou určeny k rozšíření měkkých porodních cest a tím zvětšují prostor pro následné operační výkony. Mezi přípravné operace během porodu řadíme epiziotomii, hysterostomatotomii, hluboké nástřihy branky.

Do porodnických vaginálních operací ukončující porod ve II. době porodní spadají: porodnické kleště, vakuumextrakce, extrakce plodu v poloze koncem pánevním a zmenšovací operace.

Porodnickou vaginální operací, která se provádí ve III. době porodní, je manuální vybavení placenty. (1, 2, 3)

1.1 Operace přípravné

Do této kategorie porodnických operací zahrnujeme výkony, které rozšiřují měkké porodní cesty a tím zvětšují prostor pro vaginální operace ukončující porod. (3)

1.1.1 Epiziotomie

Je to nejrozšířenější porodnická operace, která je prováděna v závěru II. doby porodní. Nástřih hráze se provádí jednak profylakticky před instrumentální vaginální operací, jednak při prořezávání hlavičky na ochranu hráze před hrozcím nepravidelným poraněním. Dále se nástřih hráze provádí u porodů koncem pánevním, u rigidní a zjizvené hráze, u velkých plodů,

u deflexních poloh hlavičky a u předčasných porodů, kdy epiziotomie snižuje tlak hráze na hlavičku nezralého plodu.

Kontraindikací epiziotomie je porod HIV pozitivních žen, kde hrozí aspirace mateřské krve novorozencem.

Rozlišuje se epiziotomii mediální, laterální a mediolaterální. Sporadicky se provádí Schuchardův řez, který vychází z laterální epiziotomie a poloobloukovitě ji rozšiřuje o 6–7 cm až na pubickou a ilickou část. U operačních porodů se profylakticky provádí především **epiziotomie laterální** (šikmá, obliqua). Provádí se 2-3 cm laterálně od středu introitu, v úhlu 45° k hrbolu sedací kosti, v délce 4-5cm. Nástřih zasahuje musculus bulbocavernosus, transversus perinei supraficialis a profundus, při větším rozsahu zasahuje částečně i musculus levator ani. Nejméně je ohrožen řitní svěrač. Tento typ epiziotomie je náročnější na suturu a na hojení, a také často krvácí. **Schuchardův řez** (rozšířená laterální epiziotomie) umožňuje nejlepší přístup pro vaginální porodnické operace, především pro porod per forcipem z vyšších pánevních rovin. Nepoužívá se příliš často. Vychází z laterální epiziotomie, která se skalpelem rozšíří o 6-7 cm dlouhým řezem až na ilickou a pubickou část musculus levator ani. Nevýhodou je silné krvácení a náročná sutura epiziotomie. Epiziotomie mediolaterální je před operačním porodem nevhodná, protože poskytuje méně prostoru a žena je více ohrožena rupturami III. stupně.

Před porodnickými operacemi se většinou epiziotomie provádí na nerozvinuté hrázi. Pokud žena nerodí v epidurální anestezii, vyžaduje tento výkon pudendální svodnou anestezii nebo infiltraci hráze nejčastěji 1% roztokem Mesocainu. Pravostranný nebo levostranný směr epiziotomie je určen dle zvyku porodníka nebo jizvou po předešlém porodu.

Sutura epiziotomie se provádí po revizi měkkých porodních cest v zrcadlech. Zjišťuje se, zda v pokračování epiziotomie není ruptura pochvy, která může směřovat až do klenby poševní. Před výkonem je nutno podat či doplnit lokální anestezii. Ošetření epiziotomie se zakládá od horního pólu porušené poševní sliznice, asi 2 cm nad místem protěťí. Poranění v pochvě se nejčastěji šije pokračujícím stehem až po hymenální okraj. Po sešití poševní sliznice se provádí sutura hráze ve vrstvách jednotlivými stehy, nejčastěji vstřebatelným šicím materiálem. Po dokončení sutury se porodník přesvědčí per rektum, zda nedošlo i k prošíití stěny rekta.

Mezi komplikace epiziotomie se řadí hematoma, infekce a dehiscence rány. Hematom je časnou komplikací a je způsoben nezastaveným nebo následným krvácením. Objeví-li se hematom, je nutné provést neodkladnou revizi nástřihu se zástavou krvácení. Zánět rány je způsoben buď sekundární infekcí hematomu, nebo při neléčené předporodní kolpitudě. Léčí se

včasnou drenáží, při febrilním průběhu s aplikací antibiotik. Dehiscence rány může být výsledkem špatně ošetřené epiziotomie, anebo její příčinou může být rozsáhlý hematom či infekt rány. Resutura se provádí až po odstranění příčiny a dokonalém vyčištění rány, které může trvat až několik dní. (2, 3, 4, 5, 6)

1.1.2 Mělké nástřihy branky

Mělký nástřih branky, hysterostomatomie, je poměrně jednoduchý výkon, který se používá neplánovaně především na anatomicky rigidní brance při pokročilém nálezu a hlavičce vstoupilé do pánve. Pokud žena nerodí v epidurální anestezii, vyžaduje tento výkon pudendální svodnou anestezii nebo infiltraci hráze nejčastěji 1% roztokem Mesocainu.

Nástřihy se provádí po uchopení branky americkými kleštěmi, dlouhými nůžkami na třech místech ve tvaru písmene Y (u čísla 6, 2 a 10), nebo na čtyřech místech ve tvaru písmene X kolmo na okraj branky či lemu. Sutura nástřihu se provádí po detailní revizi v zrcadlech. (3)

1.1.3 Hluboké nástřihy branky

Hluboké nástřihy branky se provádí pouze při akutním ohrožení plodu, je-li hlavička vstoupilá v pánvi. Tyto nástřihy zasahují až do kleneb poševních a jsou opět ve tvaru písmene Y nebo X. Po této přípravné operaci je pak porod většinou dokončen per forcipem. Při revizi porodního poranění je velmi důležité zkontrolovat horní pól nástřihu a nad ním začít suturu. Při značně zjizveném hrdle se tento výkon již neprovádí, primárně se indikuje ukončení těhotenství císařským řezem. (3)

1.2 Operace ukončující porod ve II. době porodní

Tuto skupinu porodnických operací tvoří: porodnické kleště, vakuumextrakce, extrakce plodu v poloze koncem pánevním a zmenšovací operace, které se v moderním porodnictví již nepoužívají. (4)

1.2.1 Forceps

Porodnické kleště jsou nástrojem, který zesiluje nebo nahrazuje chybějící vypuzovací síly. Jsou nejčastějším porodnickým vaginálním výkonem ukončující porod a po císařském řezu jsou ze všech porodnických operací vybavujících plod na druhém místě. (3, 5)

1.2.1.1 Historický úvod

Název forceps (kleště) je odvozen ze složeniny slov formus-horký a capio-uchopovat. Forceps byl tedy chápán jako nástroj na uchopování něčeho horkého. Snaha uměle vybavovat plod z těla matky existuje již od pradávna. Hippokrates se zmiňuje ve svém spisu „De superfatatione“ o tahu rukou. První zmínka o kleštích se nachází v pracích Pavla z Aeginy, Aetia z Amidy a Aviceny. Porodnické nástroje zvané forceps však nejsou v antice doložené, tyto nástroje spíše sloužily k extrakci hlavičky při operacích zmenšujících. Proto se historie porodnických kleští píše až od přelomu 16. a 17. století a jejich obecné rozšíření do 18. století. První porodnické kleště byly zkonstruovány v rodině hugenotského běžence Williama Chamberlena roku 1569 jeho synem Petrem Chamberlenem. Vznik porodnických kleští je zahalen tajemstvím a i konstrukce kleští byla uchována jako rodinné tajemství Chamberlenů. Zmínku o zvláštních železných nástrojích, které Petr Chamberlen používal při obtížných porodech, nalezneme ve zprávě člena Lékařské společnosti v Londýně. Autor již tehdy Petra Chamberlena kritizoval za to, že své znalosti nedal k dispozici jiným. Až prasynovec původního vynálezce kleští, Hugh (Hugo) Chamberlen (též Chamberlain, Chamberline), se toto rodinné tajemství roku 1670 pokusil v Paříži zpeněžit a nabídl ho francouzskému porodníkovi Mauriceovi. Ten chtěl samozřejmě využití nástroje vidět v praxi, proto

Chamberlena přivolal k porodu osmatřicetileté primigravidy, která ležela osm dní v porodních bolestech. Mauriceau zjistil, že rodička má extrémně zúženou pánev a že dovnitř nemůže zavést ani svoji ruku, aby kontroloval hák, kterým by plod vytáhl. Císařský řez Mauriceau odmítl jako smrtelnou operaci. V dnešní době víme, že se jednalo o zcela nevhodnou indikaci k použití porodnických kleští jako prostředku k ukončení porodu. Nicméně Chamberlen souhlasil a slíbil, že porod ukončí během čtvrt hodiny. Asi po třech hodinách vyčerpaný Chamberlen svoji bezvýslednou snahu o extrakci plodu vzdal. Žena zemřela za dalších čtyřadvacet hodin a při pitvě byla zjištěna proděravěná a roztržená děloha. Tato prezentace kleští vzbudila nedůvěru porodníků ve Francii, která byla vůdčí zemí v porodnictví té doby. Kleště ve Francii neprodal a odjel zpět do Anglie. Zde si více úcty zjednal překladem Mauriceauovy knihy do angličtiny, kde se o objevu píše v předmluvě, avšak i nadále porody pomocí kleští v Anglii s úspěchem prováděl. Svůj nástroj prodal až roku 1688 holandskému porodníkovi Rogeru Roonhuysenovi, který svoji praxi vykonával v Amsterdamu. Zde se názory jednotlivých autorů liší. Dle profesora Doležala prodal Hugh pouze jednu branži kleští, kterou používali porodníci na způsob vectis-páky. Původní nástroje, rozkládací zkřížené kleště se zakřivením podle hlavičky a s okénky, byly později nalezeny ve skříši. Jiný názor, který prezentuje ve svém textu lékař Roman Peschout tvrdí, že porodník Roger Roonhuysen koupil od Chamberlena kleště skládající se z obou branží, ale svým žákům představil právě jen polovinu nástroje. Dnes jsou tyto kleště k vidění v muzeu v Göttingen.

Až v 18. století bylo tajemství konstrukce kleští odtajněno zásluhou Jeana Palfyna, pokládaného za otce porodnických kleští. Jean Palfyn, profesor anatomie a chirurgie, roku 1723 vydal pro francouzskou akademii věd zprávu o vlastních kleštích, které využíval při porodu. Šlo o dvě modifikované páky, které vypadaly jako ruce přiložené dlaněmi s mírně ohnutými prsty, lžice byly plné. Jejich název byl manus ferreae Palfynianae, což ve volném překladu znamenalo železné ruce Palfynovi. Tyto kleště jsou základem generací kleští paralelních. Zveřejnění konstrukce kleští umožnilo ostatním porodníkům nástroj vylepšovat. V roce 1747 André Levret předložil nový model kleští původně dlouhých 44 cm, které opatřil zámkem. K dosavadnímu zakřivení podle hlavičky přidal navíc zakřivení podle pánve. Tyto kleště se rozšířily především po kontinentální Evropě. Roku 1752 William Smellie zkonstruoval štíhlé, krátké, třiceticentimetrové kleště, s malým pánevním zakřivením.

V 18. a 19. století nebylo významného porodníka, který by po sobě nezanechal kleště se svým jménem. V roce 1849 Killjan napočítal 130 různých typů kleští a jejich počet se pochopitelně nadále zvyšoval. Snaha kleště neustále vylepšovat trvá dodnes. V roce 1976 Gordon registroval na 600 až 700 druhů kleští. (6, 7, 8)

1.2.1.2 Popis kleští

Každé porodnické kleště se skládají ze dvou ramen, **kleštin** (branží), které se při uzávěru buď kříží, nebo jsou uloženy paralelně. Kleštiny jsou označovány jako pravá a levá. Levá kleština se zavádí levou rukou porodníka na levou stranu rodičky, ležící v poloze na zádech. Pravá kleština naopak. Ve starých učebnicích porodnictví můžeme nalézt pojmenování mužská lžice pro levou kleštinu a ženská lžice pro pravou kleštinu. Části, které slouží k uchopení hlavičky se nazývají **lžice**. U moderních kleští jsou lžice zakřiveny podle hlavičky i podle pánve. U některých typů kleští může být plná, ale u nejčastěji používaných kleštích je lžice s otvorem, okénkem. **Okénko** dále vymezuje přední a zadní **žebro**. Žebra vpředu tvoří **hroty**. Lžice se zužují do krčků, které se obvykle kříží a spojují v **zámku** a přechází v **držadlo**. Pro lepší uchopování a přesnější trakci bývají za zámkem **výběžky**, například Buschovy traktory. U některých kleští byla zaváděna **táhla**, umístěna většinou na konci lžic, která slouží ke zlepšení osového tlaku z vyšších pánevních rovin. Jsou to například kleště Tarnier a Zweifel. (2, 3, 6, 8)

1.2.1.3 Rozdělení kleští

Rozdělení kleští je vzhledem k velkému množství různých typů více než nezbytné a to nejen z didaktického hlediska, ale především z hlediska praktického využití. Indikací k použití porodnických kleští je několik, a proto nelze v určité porodnické situaci použít jakékoliv kleště.

Kleště dělíme **podle pánevní roviny** na kleště **východové**, **střední** z pánevní šíře a kleště **vysoké** z pánevního vchodu, které se dnes již v moderním porodnictví nepoužívají. Jsou ovšem kleště, které lze využít na extrakci plodu ze všech pánevních rovin, například forceps Kjelland.

Podle konstrukce rozlišujeme kleště **zkřížené** a **paralelní**. Paralelní kleště jsou dnes méně obvyklé. Fixace nezkřížených branží se dříve řešila různými tkanicemi, dnes ji nejdokonaleji řeší Schuteho kleště (viz. další text). Výhodou paralelních kleští je možnost zavádět je při nedorotované hlavičce. Jako první zavádíme branži blíže ke sponě, kde je méně prostoru a teprve potom branži bližší perineu, jejíž zavedení je vždy snazší. Navíc umožňují přizpůsobit vzájemnou vzdálenost branží podle velikosti hlavičky plodu. Zkřížené kleště jsou

dnes častěji užívané nástroje lišící se především uzávěrem neboli **zámkem** kleští. Nazývají se podle země, ve které byly zkonstruovány a ve které jsou tradičně užívány. Prvním typem je **zámek anglický** (Smellieův), který je charakterizován dvěma šikmými ploškami, které k sobě těsně přiléhají a k pevnému udržení slouží výčnělek na levé branži. Výhodou tohoto zámku je, že jde velmi snadno dovřít i rozevřít (iunctura per contabulationem). Tento typ kleští je u nás používán nejčastěji. **Francouzský zámek** (Levret) je zámek pevnější, protože se skládá na jedné kleštině z otvoru (levá branže) a na druhé kleštině z nýtu (pravé branže), který do otvoru zapadá. Některé druhy kleští se navíc fixují šroubem na ose. Vedle větší fixace hlavičky neumožňují vzájemný posun branží a jejich rozevření je obtížnější (iunctura per axim). **Německý zámek** (Brüninghausenův) je kombinací obou předchozích zámků. Na levé branži se nalézá nakloněná plocha, v jejímž středu je nýt s hlavičkou a na pravé branži je v nakloněné ploše zářez, kam nýt při uzavření zapadá. Tyto kleště se uzavírají a otvírají snáze než kleště francouzské a hlavičku nesvírají tak pevně (iunctura per axim at per contabulationem). Originální T-zámek mají kleště podle Schute.

Další dělení je **podle zakřivení kleštin**. Zakřivené jsou buď pouze podle hlavičky, například dnes již nepoužívané kleště Chamberlenovy, nebo podle hlavičky a pánve, typické pro forceps Simson, nebo podle hlavičky a hráze, anebo podle hlavičky, pánve, hráze, například forceps Kielland.

Kleště také rozlišujeme **podle** toho, zda jejich **lžice** je plná, jako má například forceps Tucker-McLane, nebo s okénky, což nalezneme u většiny kleští. (3, 5, 6, 8)

1.2.1.4 Typy kleští

U nás má v současnosti porodník k dispozici několik typů kleští a to kleště Simsonovy, Breusovy, Kjellandovy, Shuteho. V Německu navíc forceps Naegele, ve Francii a Španělsku jsou dosud oblíbené francouzské kleště Tarnier, v Anglii se navíc užívají dlouhé kleště se zakřivením podle pánve dle Pipera. V USA na hlavičku s nedokončenou rotací využívají kleště Bartonovy, v Rusku se dle obvyklých navíc užívají paralelní kleště Lazarevičovy. U císařských řezů jsou nejčastěji používány v různých obměnách kleště se zkráceným držadlem jako je Hale, Simson a jiné.

Východový forceps Simson (viz. obr. 1) patří mezi základní porodnické nástroje a jsou nejčastěji používaným forcepsem vůbec. Jsou to kleště anglické a uplatňují se především k extrakci hlavičky z pánevního východu. Jsou zhotoveny z nerezové oceli a váží kolem 700

gramů. Jsou 35 cm dlouhé, z toho 20 cm měří vlastní lžice a 15 cm držadla. Zakřivení mají podle hlavičky a pánve. Kleště mají anglický zámek, což umožňuje velmi snadné zavírání i otvírání. Držadla jsou tvarována pro úchop prsty a směrem ke krčku jsou ukončena tzv. Buschovými traktory, které slouží ruce jako dobrá opora při tahu. Jednou z modifikace forcepsu Simson jsou kleště níže popisované.

Forceps Breus (viz. obr. 2) tvarově vychází ze Simsonových kleští, je však delší o 4 cm, robustnější a s poněkud větším zakřivením podle hlavičky i podle pánve. Lžice jsou s krčkem propojeny podélně výkyvným kloubem, který dovoluje tah v různém směru, což je výhodné při používání těchto kleští k extrakci plodu z vyšších pánevních rovin. Na obou kleštinách vybíhají z předních žeber tyčinky zakončené kroužkem, jímž se po naložení provléká kovová tyčinka, která má za úkol držet zavedené lžice paralelně. Celé uvedené zařízení synchronizuje pohyb obou lžic a ukazuje jejich směr při trakci. Forceps Breus se mohou nakládat pouze do příčného průměru pánve. Při nedorotované hlavičce se často nakládají na šikmé průměry hlavičky. Avšak velké zakřivení podle hlavičky a volnější prostor dovolují, aby hlavička mezi trakcemi vykonávala rotaci. Porodník v té době nechá branže pootevřené. Jelikož hlavička není Breusovým forcepsem držena tak pevně jako u jiných typů kleští, může se uvnitř branží rotovat i během samotné trakce. Profesor Doležal uvádí, že nakládání těchto kleští na hlavičku se švem šípovým v příčném průměru je možné, oproti tomu profesor Čech tuto situaci pokládá za kontraindikaci Breusových kleští, vzhledem k tomu, že by jedna branže mohla být naložena na obličej plodu. Tyto kleště rovněž nejsou nástrojem rotačním. Pokud jsou kleště naloženy do šikmého průměru, zakřivení kleštin podle pánve ztrácí svoji účinnost. Profesor Doležal o tomto forcepsu napsal:

„Během své porodnické praxe jsem tyto kleště hojně užíval, mají velmi rozsáhlé uplatnění, ale nejsou univerzální. Nelze je užít u polohy obličejové a u konce pánevního, nejsou vhodné ani tam, kde je potřeba zdůraznit rotaci. Obvykle však užijeme tyto kleště u hlavičky, kde není rotace ukončena. Branže zavedeme vždy do příčného průměru, což je technicky snadné, zachycují hlavičku šikmo, někdy i příčně v průměru frontoocipitálním. kleště nelze při těchto průměrech řádně uzavřít.“ (Doležal, 2007, s.163)

Forceps Kjelland (viz. obr. 3) jsou zkřížené kleště, zkonstruované norským porodníkem Kjellandem roku 1919. Autorovým cílem bylo vytvořit kleště, které by bylo možno nakládat na hlavičku stojící ještě nad rovinou pánevního vchodu. Dnes se již kleště k této indikaci nevyužívají, ale výhody jejich konstrukce jsou takové, že je možno je označit jako kleště univerzální. Dají se využít u deflexních poloh hlavičky, u polohy řitní a na následnou hlavičku při konci pánevním. Jsou velmi štíhlé a dlouhé, měří 40cm. Jejich zakřivení podle hlavičky je větší než u kleští Simsonových. Zakřivení podle osy je poměrně malé,

v konstrukci je i malé zakřivení podle hráze. Tyto kleště mají poměrně jednoduchý zámek. Na levé branži je napojena krátká vodící drážka, která umožňuje vzájemné posuny kleštin v podélné ose. Jednoduché je také držadlo s Buschovými traktory a hákovitým zakončením. Na hlavičku se nakládají vždy biparietálně, u polohy řitní na průměr bitrochanterický. Kleště jsou lehké do ruky, úzké a dobře ovladatelné, což umožňuje jejich nejširší využití. Slouží nejen jako nástroj trakční, ale i rotační na vybavení hlavičky z pánevní úžiny a šíře. „*V rukou nepoučeného mohou být svojí ostrostí nebezpečným nástrojem.*“ (Doležal, 2007, s. 164)

Forceps Schute je prakticky jediným paralelním forcepsem, který je u nás užíván. Jedná se o velmi robustní nástroj s hmotností kolem 900 gramů. Kleště byly zkonstruovány v Kanadě roku 1959. Zámek je důmyslné konstrukce, kde pevná patka se závitěm ve tvaru písmene T na pravé branži přesně zapadá do zářezu druhé kleštiny. Šroubováním lze tuto patku oddalovat, až vymezí přesné vzájemné paralelní uložení kleštin. Pak je teprve možno kleště uzavřít. Kleště mají malé zakřivení podle pánve i poměrně malé zakřivení podle hlavičky. Podmínkou jejich uplatnění je tzv. kontrolovaná komprese hlavičky, kterou docílíme utahováním postranního šroubu, tudíž lze kleště nastavit podle velikosti hlavičky. Kleště se využívají k trakci, ale také k rotaci, díky malému zakřivení podle pánve.

„Měl jsem možnost osobně autora poznat při demonstracích, kleště výborně ovládal za nejrůznějších komplikací, užíval je i při dystokii ramének. Několikrát jsem je provedl jako východové, ale vidím u nich více nevýhod než výhod. Kleště jsou vyvážené, ale těžké do ruky, vyžadují dobrý odhad při nastavení vzdálenosti branží. Oceňuji originálně řešený zámek, nesouhlasím s fixací hlavičky sešroubováním.“ (Doležal, 2007, s.164) (2, 3, 6,)

1.2.1.5 Indikace kleští

V 18. a 19. století byly kleště typickým porodnickým nástrojem. Pomocí nich byla řešena většina dystokií. Běžně se prováděl vysoký forceps spojený s rotací u hraničně zúžených pánví, který vedl k traumatům u novorozence a byl typickým příkladem iatrogenního poškození. Tehdy kleště získaly smutnou pověst, která stále přetrvává, i když indikace k použité kleští se velmi změnila. Dnes je forceps prováděn především jako neplánovaný výkon. Pouze u některých **celkových onemocnění matky**, kde je kontraindikováno tlačení, se potencionálně s možností porodu per forcipem počítá. Jsou to například kardiopatie, respirační choroby, oční choroby, některá neurologická onemocnění a jiné. Trendem dnešní doby je však tuto indikaci řešit spíše císařským řezem.

Současnou indikací kleští je ukončení druhé doby porodní v případech, kdy je ohrožena matka nebo plod a předpokládá se, že pominou nebo mohou být adekvátně léčeny po rychlém ukončení porodu. Z didaktického hlediska jsou indikace rozděleny na indikace ze strany matky a ze strany plodu, někdy však tyto indikace splývají v zájmu obou.

Mezi indikace ze strany matky řadíme již výše zmíněné **celkové onemocnění ženy**, kde je kontraindikováno použití břišního lisu, dále **sekundárně slabé děložní kontrakce**, **insuficience břišního lisu**, **vyčerpání rodičky**, **febris intra partum**, **protrahovaná druhá doba porodní**, to je delší než šedesát minut a **akutní stavy matky**, jako například krvácení, horšící se preeklampsie, eklampsie, status epilepticus, ztráta vědomí a další.

Indikací ze strany plodu je patologický kardiokografický záznam signalizující **hypoxii plodu**.

Někdy může nastat indikace k porodu per forcipem ze sdružení několika příčin jak ze strany matky, tak plodu. Přitom jednotlivé příčiny samy o sobě nemusí být důvodem k operačnímu ukončení porodu, avšak sdruženy s jinými příčinami závažně zhoršují prognózu porodu.

Kontraindikací klešťového porodu je kafalopelvicový nepoměr, neodstranitelná překážka v porodních cestách, není-li hlavička plodu vstouplá alespoň velkým oddílem a při hrozící ruptuře dělohy. Kontraindikací použití je i nesplnění podmínek pro porod per forcipem. (3, 4, 6, 9)

1.2.1.6 Podmínky porodu per forcipem

Před klešťovou operací je nezbytné vyloučit kafalopelvicový nepoměr, kleště používáme jen u **normální prostorné pánve** a jsou-li zcela **volné měkké porodní cesty**. Rodička před operací musí mít **zašlou** branku, při nedodržení této podmínky může docházet k hlubokým poraněním cervixu, krvácení do parametria a roztržení děložních cév. Pokud se jedná o urgentní situaci a jsou splněny ostatní podmínky porodu kleštěmi, lze zahrnout lem branky za sponu, nebo provést nástřih branky. Plodová voda má být **odteklá**, táhne-li se s hlavičkou zachovalý vak blan, hrozí předčasné odlučování placenty. Plod musí být **živý**, u mrtvého plodu volíme pro matku šetrnější způsoby. Další podmínkou je přesná znalost **uložení plodu**, jeho polohy, postavení, rotace, vedoucího bodu, fontanely, švů a jeho velikosti. V praxi používáme kleště z pánevní šíře, úžiny a východu, proto hlavička má být **vstouplá** aspoň **velkým oddílem**. O vstupu hlavičky do pánve nás nejlépe informuje zevní vyšetření

vzdálenosti krční rýhy nad sponou, třetí Pawlikův hmat. Při výšce dva prsty nad sponou je hlavička vstouplá velkým oddílem, pokud je krční rýha v úrovni spony stydké, je již hlavička v šíři pánevní. Při vnitřním vyšetření u hlavičky vstouplé v šíři palpujeme pouze dolní třetinu zadní stěny stydké spony. Hlavička plodu musí být v pánevní šíři fixovaná, mimo kontrakci nelze hlavičku vysunout do vyšších pánevních rovin. (2, 3, 5, 10)

1.2.1.7 Provedení klešťové operace

Vlastní porod per forcipem má základní pravidla. Kleště zavádíme mimo kontrakci a provedeme pokusnou trakci. Trakce kleštěmi se provádí vždy za kontrakce a vybavení hlavičky plodu musí respektovat její porodní mechanismus a směr pánevní osy.

Než lékař začne provádět porodnickou operaci, žena musí být poučená a připravená k vlastnímu výkonu. V první řadě lékař rodičku edukuje o nebezpečí, které hrozí jí nebo plodu, zdůvodní proč sahá právě k této operaci, poučí ji o komplikacích, které mohou nastat a vždy si nechá podepsat informovaný souhlas. Před výkonem žena leží v gynekologické poloze na rozloženém porodnickém lůžku, nohy má fixovány v opěrách. Rodičce se dle potřeby doholí rodidla a vycévkuje se. Odezinfikuje a zarouškuje se zevní genitál. Poté porodník znečitliví hráz pudendálními bloky na obou stranách, nebo infiltrací hráze a provede vydatnou laterální epiziotomii. Epiziotomie mediolaterální je nevhodná, protože neposkytuje dostatečný prostor pro kleštiny a rodička by byla při výkonu ohrožena rupturou III. stupně. Na velkých souborech byla při použití laterální epiziotomie pozorována poranění svěrače jen v 1,5%. (3) Po vycévkování porodník znovu zevním vyšetřením stanoví výšku krční rýhy. Oblékne si sterilní rukavice a opět provede vnitřní vyšetření a ujistí se o splněných podmínkách, absenci kontraindikací a trvání indikací.

Pak porodník může provést vlastní porodnickou operaci, která se skládá z několika na sebe plynule navazujících částí.

Nejdříve si porodník **nástroj** k operaci **připraví** a to tak, že si zevně před rodidly složí obě branže a znázorní si, jak mají být v pánvi uloženy. Kleště jsou zakřivené podle pánevní osy, proto jsou vždy zaváděny konkávní stranou nahoru. Následuje rozložení kleští. Při rozložení zůstává v levé ruce kleština, která se zavádí jako první do levé strany pánve rodičky, v pravé ruce je kleština pravá. Po rozložení je položí na instrumentační stolek levou branží přes pravou, tedy v pořadí, jak budou zaváděny.

Kleště se **zavádí** zásadně mimo kontrakci (viz. obr. 4). Palcem a ukazovákem levé ruky porodník rozhrne velké a malé stydké pysky, poté zasune čtyři prsty a částečně dlaně pravé ruky až po palec mezi hlavičku a postranní poševní stěnu. Palec zůstává v abdukci před rodidly. Nejprve uchopí operatér levou branži levou rukou s palcem na vnitřní straně. Poté držadlo přetočí nahoru k číslu 11 směrem k pravé inquině tak, aby hrot branže směřoval do zavedené dlaně operátora. Tlakem palce na zadní okénko se pak branže jemně zasunuje přes dlaně a prsty pravé ruky podél zakřivení hlavičky. Až po definitivní umístění branže zůstává pravá ruka v pochvě, kontroluje správnost uložení branže a zároveň chrání poševní sliznici před poraněním hrotem kleštiny. Po sklonění levé branže k perineu asistentem se stejným způsobem zavádí branže pravá. Její zavádění je mnohem složitější, jelikož biparietální průměr je již zvětšen o tloušťku levé kleštiny. K fixaci kleští napomůže malý zevní tlak, který citlivě plochou dlaně nad sponou vykonává porodní asistentka, aby při zavádění pravé branže hlavička nebyla páčena vzhůru. U polohy záhlavím se kleště nakládají příčně na suturu sagitalis.

Branže musí být symetricky zavedeny ve stejné výši, poté se stanou plošky zámku souběžné a lze je bez násilí **uzavřít**. Porodník uchopí manubria zesponu podhmatem, naznačí rotační pohyb a kleště uzamkne. Po uzavření se mezi branže vloží tampon, aby zbytečně nedocházelo ke kompresi hlavičky.

Mimo kontrakci porodník vykoná **pokusnou trakci** a zjistí, zda jsou kleště dobře nasazeny a uzavřeny a zda nekloužou z hlavičky.

Při **vlastní trakci** stojí porodník před rodidly ženy nakročený s levou nohou dopředu. Složené kleště uchopí pravou rukou nadhmatem, prostředník umístí do prostoru mezi krčky, ukazovák a prostředník na Buschovy háky. Čtyři prsty levé ruky drží manubrium podhmatem a palec nadhmatem. Trakce započne při kontrakci a směr tahu je vždy kolmo na jednotlivé pánevní roviny. Při extrakci kleštěmi plod prodělává obdobný mechanismus jako při spontánním porodu. Mimo nutivou kontrakci se tah přeruší a kleště se pootevrou, aby se v těchto přestávkách uvolnil tlak lžic na hlavičku. Držení kleští se mění, jakmile se vedoucí bod objeví ve vulvě. Porodník přejde na levou stranu rodičky, pravou ruku na manubriu přehmátne nadhmatem, mezi krčky umístí malík pravé ruky a postupně vyvádí hlavičku z porodních cest. Levá ruka s rouškou očišťuje a chrání hráz, která má být po celou dobu trakce viditelná. Dle zvyklostí pracoviště může hráz chránit i asistent nebo porodní asistentka. V této fázi je vhodné, aby porodní asistentka vyvíjela zevní tlak za sponou v úhlu 40° vtlačující raménko do pánevního vchodu.

Po porodu hlavičky porodník uvolní sevření pravé ruky, mezi manubria zavede ze shora ukazovák pravé ruky, malík přijde pod artikulaci a tím se kleště rozevrou a jemně se **sejmou** z hlavičky.

Porod se pak dokončí obvyklým způsobem. Po porodu placenty následuje obzvláště pečlivá revize porodního poranění, vrcholu epiziotomie, poševních stěn, kleneb a poševního hrdla v zrcadlech. (2, 3, 4, 6,)

1.2.1.8 Úkoly porodní asistentky při klešťovém porodu

Po stanovení indikace porodu per forcipem porodní asistentka zajistí přítomnost zdravotnického personálu, pediatra, dětské sestry, asistenta. Připraví sterilní stolek a správný typ kleští. Sterilně lékař na instrumentační stolek přihodí sterilní cévku, 20 ml stříkačku a jehlu, podá lokální anestezii, například Mesocain ampulky 20 ml. Podle ozev plodu dá rodičce inhalovat kyslík. Dle zvyklostí pracoviště se postará o to, aby počet přítomných osob u porodu byl snížen na minimum. Pokud doprovázející osoba i nadále trvá na přítomnosti u porodu, porodní asistentka ji postaví k hlavě rodičky a zajistí, aby se jí v případě mdloby nic nestalo. Při fixování kleští a především při samotné trakci může porodu napomoci zevně tlakem dlaní za sponou v úhlu 40% s cílem napomoci vstupu ramének. Po celou dobu porodu je pro ženu psychickou oporou a nabádá ji ke spolupráci. (5, 9)

1.2.1.9 Komplikace porodu per forcipem

Čím je hlavička plodu výše, tím roste riziko klešťové operace. Riziko také narůstá, je-li nutné během trakce provádět současně rotaci hlavičky.

Komplikace klešťového porodu můžeme dělit na mateřské a komplikace postihující plod. Mateřské komplikace mohou být bezprostřední, časné a pozdní.

Sklouznutí kleští je vážná komplikace, která může poranit ženu i plod. K vertikálnímu sklouznutí dochází, když kleště sklouznou ve směru trakce, většinou po nesprávném naložení. Dochází ke vzniku trhlin hrdla, pochvy a hráze. Je-li hlava plodu naložena jen z části, dojde k horizontálnímu sklouznutí kleští přes obličej nebo přes záhlaví plodu. Vzniká především při

použití kleští z vyšších pánevních rovin nebo při použití nevhodného typu kleští. Může dojít k poranění jak matky, tak i plodu.

Při porodu per forcipem při nezašlé brance nebo při uchopení okraje branky kleštěmi může dojít k **trhlinám děložního hrdla**. **Trhliny pochvy** jsou poměrně častou komplikací a vznikají především při rychlé extrakci plodu při nedodržení správného směru pánevní osy nebo při předčasné deflexi hlavičky. Poranění poševních stěn vzniká snáze při zánětlivých změnách poševní sliznice. **Ruptura navazující na epiziotomii** může směřovat do klenby poševní nebo do oblasti rekta s možnou rupturou III. stupně. Vzniká jako důsledek příliš rychlé trakce, velké hlavičky, malé profylaktické epiziotomie, či při nesprávném chránění hráze. **Trhliny dolního děložního segmentu** jsou velmi vzácné, avšak velmi závažné krvácející poranění. **Poranění močového měchýře** může vzniknout hlavně při horizontálním sklouznutí kleští. Velké poranění spojené s krvácením může být příčinou rozvoje DIC nebo embolizace.

Mezi časné komplikace patří **infekce, sekundární hojení poranění, vznik píštělí**. Běžně pozorujeme **otok hráze, edém konečníku** s projevy **přechodné inkontinence moči a střevních plynů**.

Pozdní komplikací rozumíme **špatně zhojené poranění, bolesti v oblasti ošetřeného poranění, chronický výtok, dyspareunii**. Při poškození podpůrného aparátu může být **snížení poševních stěn a někdy i dělohy**. Často jsou tyto stavy spojeny se stresovou inkontinencí moči. Vzácná je inkontinence stolice při špatném zhojení svěrače. (2, 3, 6, 9)

1.2.2 Vakuumextraktor

Vakuumextraktor je přístroj, který se používá k extrakci plodu z porodních cest trakcí za pelotu, která je uchycena na hlavičce plodu uměle vytvořeným podtlakem. (2, 5)

1.2.2.1 Historický úvod

Využití podtlaku k extrakci plodu poprvé navrhnul Yong z Plymouthu v roce 1705. Jednalo se o skleněnou kupoli fixovanou podtlakem k hlavičce. Tento přístroj se v porodnictví

neujal. V roce 1849 J. P. Simson, profesor v Edinburgu, který se v porodnictví proslavil konstrukcí kleští a zavedením chloroformu do praxe, zkonstruoval podtlakový nástroj, který měl redukovat poranění vznikající branží kleští. Nazval jej „Air extraktor“. Tento přístroj se také neujal a upadl v zapomenutí. K myšlence využití podtlaku k extrakci plodu se vrátil Švéd Malström, který sestrojil aparát vakuu extraktor, složený z přísavné pelotky, generátoru podtlaku a systému uskutečňující trakci. Přístroj se ujal a je hojně využíván v Německu, severní Evropě, Africe a Asii, kde namnoze vytlačil forceps. (3, 10)

1.2.2.2 Popis vakuumextraktoru

Přístroj se skládá z přísavného zvonu, neboli **peloty**, vyrobeného z kovu, nebo z umělé hmoty o průměru 30–60 mm. V posledních letech vystřídaly extraktory z umělé hmoty původní extraktory kovové. Ve srovnání s kovovými pelotami jsou měkké peloty snadnější pro použití a vedou méně často k poranění skalpu novorozenců. Na vnitřní straně peloty je umístěna kovová destička s několika vlasy, spojena **kovovým řetízkem**, který je uvnitř polotuhé pryžové či umělohmotné dobře těsnící hadice, s **plastovým držadlem**, za které se při trakci táhne. **Tvorba podtlaku** se uskutečňuje různými způsoby, od ručních po odsávací aparáty elektrické. Používají se podtlaky do 0,8 atmosféry. V současné době se využívá především jednorázových vakuumextraktorů. (viz. obr. 5) (2, 5, 3, 11)

1.2.2.3 Indikace vakuumextrakce

Indikace k použití vakuumextraktoru jsou podobné, ne však totožné, jako u porodu per forcipem. Příprava a provedení operačního výkonu je časově náročnější, proto není vhodný pro řešení akutních stavů rodičky i plodu. **Hrozící hypoxie** může být indikací ukončení porodu per VEX. Vakuumextrakce je vhodnější metoda při nedokončené rotaci hlavičky plodu, než porod klešťový.

Kontraindikací použití vakuumextraktoru je **akutní hypoxie** plodu, při níž je popisováno zvýšené nebezpečí vzniku nitrolebního krvácení. Ze stejného důvodu je kontraindikací větší **nezralost plodu**, tedy plod o hmotnosti menší než 2500g. Další kontraindikací je

kefalopelvický nepoměr, poloha čelní, obličejová, vysoký přímý stav, předchozí odběr krve z hlavičky plodu podle Salinga. Kontraindikací relativní je abnormální rotace. (2, 3, 6)
„ VEX má být prevencí, ale ne léčbou hypoxie plodu.“ (Doležal, 2007, s. 199)

1.2.2.4 Podmínky vakuumextrakce

Podmínkou použití vakuumextraktoru je hlavička vstoupilá velkým oddílem, voda plodová musí odteklá a branka zašlá. Je možno provést VEX u dilatované branky, ze které zbývá lem. Předpokládaná hmotnost plodu musí být větší než 2500g. Názory se liší u podmínky použití vakuumextrakce u mrtvého plodu. Dle profesora Roztočila je porod mrtvého plodu indikací, dle profesora Doležala je použití nástroje v této situaci kontraindikováno. (2, 3, 6, 10)

1.2.2.5 Provedení vakuumextrakce

Rodička je před operací seznámena s výkonem a jeho riziky a podepíše informovaný souhlas. Leží v gynekologické poloze, je vycévkována, odezinfikována a zarouškována. Porodník po znecitlivění hráze provede profylaktickou laterální epiziotomii. Někteří autoři uvádějí použití vakuumextraktoru bez nástřihu nebo v případě nutnosti provádějí epiziotomii při prořezávající hlavičce. Po řádném vnitřním vyšetření a výběru vhodné velikosti peloty ji porodník prsty pravé ruky mimo kontrakci přiloží na hlavičku plodu v místech vedoucího bodu, to je poblíž malé fontanely, které se ale přímo vyhýbá. V případě nedokončené rotace přikládá pelotu na parietální kost. Pečlivě dbá na to, aby se pod pelotu nedostala branka nebo poševní sliznice. Po vytvoření podtlaku $0,2 \text{ kg/cm}^2$ vykoná lékař pokusnou trakci. Během ní zjistí, zda-li je pelota dobře fixována a sleduje, zda hlavička vstupuje. Pokud se hlavička při zkusmé trakci nehýbe, je třeba vykonat operaci jinou. Pak se podtlak pomalu zvyšuje tak, že za 2–3 minuty se dosáhne konečných hodnot $0,7\text{--}0,8 \text{ kg/cm}^2$. Trakce se provádí vždy za kontrakce ve směru pánevní osy. Pravá ruka operátora táhne, levá ruka přidržuje pelotu k hlavičce, aby neklouzala. Trakci je vhodné vykonávat pomocí kývavých pohybů do stran. Porodní asistentka zevně nad sponou dlaní zatlačuje hlavičku do vyhloubení kosti křížové. Výkon nemá trvat déle než 15 minut, většinou postačí 4 trakce synchronizované s kontrakcemi. Pokud se pelota v průběhu opakovaně uvolní, není vhodné ve výkonu

pokračovat a zvolíme porod per forcipem. Po porodu hlavičky porodník podtlak sníží, až se pelota uvolní a porod se dokončí běžným způsobem. Porodní nádor vzniklý na hlavičce plodu podtlakem zmizí zpravidla do 24 hodin po porodu. (2, 3, 6, 10)

1.2.2.6 Úkoly porodní asistentky při vakuumextrakci

Porodní asistentka obstará zdravotnický personál. Sníží počet osob přítomných u porodu na minimum. Dle zvyklostí pracoviště odezinfikuje a zarouškuje rodidla. Zajistí sterilní vakuumextraktor s vhodnou velikostí peloty. Připraví sterilní instrumentační stolec a přihodí potřebné pomůcky, sterilní cévku, sterilní injekční stříkačku 20 ml, sterilní injekční jehlu s samotný VEX. Připraví lokální anestetikum. Podle ozev plodu dá rodičce inhalovat kyslík. Při trakci napomáhá zevním tlakem za sponou zatlačovat hlavičku do vyhloubení kosti křížové. Celou dobu porodu je rodičce psychickou oporou, motivuje ji a nabádá ke spolupráci. (3, 9, 11)

1.2.2.7 Komplikace vakuumextrakce

Podobně jako u porodu per forcipem je riziko komplikací nižší, je li VEX prováděn z pánevního východu než při aplikaci z vyšších pánevních rovin.

Komplikace u rodiček jsou poměrně vzácné, jsou téměř srovnatelné se spontánními porody. Poranění matky jsou častější při porodu kleštěmi.

V místě porodního nádoru může při krvácivých stavech plodu a při nedodržení časové hranice vzniknout zevní a někdy i vnitřní **kefalohematom** a následně **intrakraniální krvácení**. Kefalohematom se objevuje u vyššího stupně vakua trvajícím déle než pět minut. Vyžaduje sledování plodu a obvykle mizí během 3–4 týdnů. Intrakraniální krvácení je velmi vzácné a vyžaduje bezpodmínečnou intenzivní neonatální péči. Pouze zřídka jsou popisovány **fraktury lebky** a **poranění očí**. U dlouhodobých důsledků, jako jsou pozdní změny neuropsychické, poruchy intelektu, jako školní neprospěch, dyslexie, enuréza, se názory jednotlivých autorů různí. (2, 3, 6, 10)

1.2.3 Extrakce plodu

Extrakce plodu je porodnická vaginální operace ukončující porod plodu, který je v poloze koncem pánevním hluboko vstoupilý do pánve. Extrakcí ukončujeme porod po obratu vnitřními hmaty, nebo v průběhu porodu koncem pánevním. (3, 5)

1.2.3.1 Indikace

Nejčastější indikací k extrakci je zástava porodu ve II. době porodní pro sekundárně slabou děložní činnost, u vyčerpané rodičky nebo při poruše mechanismu porodu ramének nebo hlavičky. Častou indikací je hypoxie plodu, život ohrožující stavy matky, například krvácení při zašlé brance. Specifickou indikací je stav po obratu plodu vnitřními hmaty. (2, 6, 12)

1.2.3.2 Podmínky

Podmínkou operace je vyloučení kefalopelvického nepoměru, což je v průběhu porodu mnohem složitější než u porodu hlavičkou. Proto porod koncem pánevním primárně vyloučíme u hraničně zúžené pánve a u plodů, které jsou dle ultrazvukové biometrie větší než 3500 gramů u primipar a 3800 gramů u multipar. Naopak se extrakce neprovádí u plodů menších než 2500 gramů, kde je vyšší riziko traumatizace plodu. Další podmínkou je zašlá branka, voda plodová odteklá, plod musí být živý a porodní cesty volné. (3, 6, 12)

1.2.3.3 Provedení

Úspěšné provedení extrakce plodu předpokládá v první řadě výbornou znalost mechanismu porodu koncem pánevním. Způsob extrakce plodu závisí na stádiu porodu, tedy na rovině, ve které se vedoucí část plodu nachází. Provádí v celkové nebo epidurální anestezii.

Digitální extrakce (Mauriceaův hmat) se provádí, je-li vedoucí bod plodu vstoupilý v pánvi tak, že je přední inguina dosažitelná prstem a to je tehdy, je-li vedoucí bod plodu

v úžině nebo ve východu. Provádí se u plodu v poloze koncem pánevním neúplným řitním nebo neúplným s porozenou zadní nožkou v poševním introitu. Je to náročný výkon, na který další fáze extrakce navazují. Ukazovák se zavede do inguiny vpředu uložené a palec se přiloží do sakrální oblasti plodu. Za vydatné kontrakce se porodí vpředu uložená hýždě. Je-li dosažitelná zadní inguina, uchopí se obdobně druhou rukou a při tahu za obě inguiny se porodí i zadní hýždě.

Manuální extrakce plodu se provádí u plodů koncem pánevním úplným, neúplným nožkami nebo vpředu za sponou porozenou nožkou, nebo kolínkem. Vykonává se za kontrakce a má tři fáze:

1) Extrakce nožek a trupu: není-li více vpředu uložená nožka ještě porozena, ale je dosažitelná, po úchopu za hlezenní kloub ji operatér stáhne až po kolínko před poševní introitus. Pravou nožku uchopí pravou rukou a naopak. Poté nožku uchopí suchou rouškou tak, že konec palce spočívá v podkolenní jamce a ostatní prsty obemykají přední stranu bérce. Při kontrakci se nožka stahuje ve směru pánevní osy, až se porodí celá hýždě. Porodník v této fázi druhou rukou povytáhne pupečník. Stále přes roušku uchopí hýždě plodu tak, že palce opře o křížovou kost a ukazováky zaklesne za hřebeny kyčelních kostí. Popsaným způsobem plod stáhne dozadu dolů až po jeho přední raménko (viz. obr. 6)

2) Vybavení ruček: v praxi se provádí pomocí tří metod.

- **Müllerova metoda** je výhodná při zachovaném držení ruček. Pokud se při sklonění trupu plodu až po přední raménko přední ručka neporodí, opatrně zavedeme prsty protilehlé ruky přes přední raménko a po zaklesnutí v loketní jamce, obvykle ručku lehce vybavíme. Tentýž manévr provede porodník po nadzvednutí trupu plodu u zadní ručky.
- **Kombinovaná metoda** se provádí při vztyčených ručkách plodu a nelze je vybavit obvyklým Müllerovým manévrem. V tomto případě využíváme snazšího přístupu k zadní ručce přes vyhloubení kosti křížové. Po nadzvednutí trupu plodu vybaví porodník nejprve zadní ručku. Poté trup plodu opět skloní a většinou již podstatně snáze vybaví ručku přední.
- **Klasická metoda** se používá tehdy, když ani metodou kombinovanou nelze pevně zaklíněnou přední ručku vybavit. Po vybavení zadní ručky se trup plodu pomocí této ručky přetočí zády pod sponou na opačnou stranu. Původně vpředu zaklíněná ručka se takto octne vzadu a přes vyhloubení kosti křížové ručku již obvykle vybavíme. Tato metoda je spojena se značným rizikem poranění plodu, rupturou humeru, poraněním brachiálního plexu aj.

3) Vybavení hlavičky Mauriceau–Smelliovým hmatem, při kterém si položíme trup plodu jízdmo na ruku, která koresponduje s postavením hřbetu plodu. Druhý a čtvrtý prst této ruky se zaklesne do jařmových oblouků a třetí prst v oblasti maxily. Druhou ruku položíme na hřbet plodu, druhý a čtvrtý prst se zaklesne za raménka a třetí prst se opře o záhlaví plodu. Pak je hlavička mírně stažena dolů tak, aby subokciput vytvořil hypomochlion a mohl se opřít o dolní okraj spony (viz. obr. 7). Poté se trup plodu velkým obloukem nadzvedne a hlavička je postupně vybavována z pánevního východu obličejem přes hráz. (2, 3, 6)

1.2.3.4 Úkoly porodní asistentky

Porodní asistentka obstará zdravotnický personál–vedoucího lékařské služby, anesteziologa, pediatra, dětskou sestru. Dle zvyklostí pracoviště odezinfikuje a zarouškuje zevní rodidla. Na sterilní instrumentační stolek přihodí sterilní cévku, sterilní injekční stříkačku 20 ml, sterilní jehlu a sterilní suchou roušku. Připraví lokální anestetikum a spasmolytikum (například Dolsin), který aplikuje při případném spasmu branky. Je-li žena v epidurální anestezii dá jí inhalovat kyslík. Při porodu hlavičky porodní asistentka pomáhá tlakem dlaní zevně za sponou. (6, 11)

1.2.4 Zmenšovací operace

Tyto výkony patří mezi nejstarší porodnické operace, které se prováděly od starověku až do poloviny 20. století. Principem těchto operací je zmenšení těla plodu, aby byla možná jeho extrakce porodními cestami. Ještě před druhou světovou válkou byly tyto výkony běžné, a to nejen u plodů mrtvých, ale i živých. Často byly jedinou možností, jak zachránit život matky. Se zdokonalováním techniky císařského řezu se stávají ojedinělé a v moderním porodnictví se s nimi prakticky nesetkáme. V rozvojových zemích jsou doposud podmínky jiné a zmenšovací operace jsou tu prováděny celkem běžně. Rozlišujeme tyto zmenšovací operace:

Kraniotomie má několik fází: perforace hlavičky, excerebrace, neboli výplach mozku, kranioklasie, neboli zborcení hlavičky a její extrakce. Výhodou operace je, že rodidly

prochází zmenšený obvod, takže porod lze ukončit již při brance v průměru 5-6 cm a není třeba provádět epiziotomii.

Kranioklasie se provádí pomocí Braunova kranioklastu. Nástroj se nasadí na hlavičku plodu, uzavře se a pomocí otáčení šroubu se hlavička zbortí a poté se pomalu extrahuje (viz. obr. 8)

Dekapitace se prováděla a v rozvojových zemích dosud provádí při zanedbané poloze příčné. Pomocí Braunova háku dojde k oddělení hlavičky od trupu plodu.

Embryotomie se provádí u objemných plodů, jejichž celkový objem, anebo jejich části jsou překážkou spontánního porodu.

Punkce hydrocefalické hlavičky se provádí v místě švů silnou punkční jehlou. Po odtoku mozkomíšního a zmenšení hlavičky je možné plod porodit spontánně.

Kleidotomie je výkon, který se využívá při uváznutí ramének velkého mrtvého plodu. Biakromiální průměr lze zmenšit přerušением jedné nebo obou klíčních kostí masivními Sieboldovými nůžkami. (2, 3, 6)

1.3 Operace při zadržení placenty

Pokud nedojde k odloučení placenty do půl hodiny od porodu plodu a je-li krevní ztráta vyšší jak 350 ml, je třeba tuto situaci řešit aktivně. Zadržení placenty může nastat retencí placenty při spazmu děložního hrdla, sekundárně slabými kontrakcemi ve III. době porodní, poruchou odlučování placenty, například placenta adhaerens nebo kombinací příčin. (2, 3, 6)

1.3.1 Manuální vybavení lůžka

Při této operaci rodička leží v gynekologické poloze, nohy má fixovány na opěrách. Jsou odezinfikována zevní rodidla, je vycévkována a zarouškována. Výkon se provádí vždy v celkové nebo epidurální anestezii. Porodník si po pečlivém umytí a dezinfekci rukou nasadí sterilní rukavici, sahající až po loket. Po rozhrnutí zevních rodidel se ruka svine do špetky a šroubovým pohybem proniká až do děložního hrdla. Zevní ruka přes roušku fixuje dělohu. Během průniku ruky do pochvy lije porodní asistentka na rodidla zředěný dezinfekční roztok, aby došlo k zabránění průniku vzduchu do pochvy a vzniku možné vzduchové embolie.

Vnitřní ruka vyhledává dolní pól placenty. Odtud operatér ulnární hranou ruky začne placentu odlučovat od děložní stěny (viz. obr. 9). Po odloučení celého lůžka jej uchopí všemi prsty a vybaví z dělohy a z rodidel. Následuje kontrola celistvosti placenty, většinou asistentem. Při revizi dutiny děložní se odstraňují případné zbytky placenty, koagula a tkáňová drť. V závěru výkonu nebo těsně po něm jsou rodičce aplikována uterotonika, nejčastěji Oxytocin 5-10 IU s Ergometrinem, která zlepšují kontrakci dělohy.

Je-li příčinou zadržené placenty spasmus vnitřní branky, pak většinou během celkové narkózy povolí, popřípadě jsou aplikována spasmolytika (Dolsin, Buscopan, a jiná).

Pokud nastalo zadržení placenty, která je spojená s děložní stěnou, je výkon mnohem složitější. Často nelze okraj placenty vyhmatať, proto je nutné narušit celistvost placenty, proniknout do tohoto prostoru a poté čtyřmi prsty placentu postupně odlupovat. Velkou roli hraje také zevní ruka, která tlačí dělohu do anteflexe. Poté operatér provede revizi dutiny děložní.

Hluběji inzerující lůžko, placenta accreta nebo increta je závažný problém, který je nutno řešit hysterektomií. (2, 3, 6, 9)

1.3.1.1 Úkoly porodní asistentky

Při stanovení indikace k výkonu manuálního odloučení placenty, porodní asistentka přivolá potřebný zdravotnický personál, anesteziologa, vedoucího lékaře. Pokud žena nemá periferní žilní vstup, porodní asistentka jej obstará. Na instrumentální stolek přihodí sterilní cévku a nástroje k instrumentální revizi. Připraví potřebné léky, spasmolytika, uterotonika a dle ordinace lékaře je aplikuje. Dále připraví zředěný dezinfekční roztok, kterým polévá zevní rodidla při zavádění ruky operátora do pochvy. Po porodu placenty změří krevní ztrátu. Během výkonu a ve IV. době porodní je rodička kontinuálně monitorována. Porodní asistentka ve IV. době porodní pečlivě kontroluje krvácení a retrakci děložní a vše zaznamenává do dokumentace. Dle ordinace lékaře podává infuzní terapii, popřípadě krevní transfuze. (3, 6, 9)

2 Šestinedělí

Je to období po ukončení těhotenství a porodu, kdy anatomické a fyziologické změny, které nastaly v průběhu těhotenství, se postupně navrací do původního stavu před otěhotněním. Rovněž ustupují některé těhotenské patologie, například gestační diabetes, preeklamsie. Toto období je také charakteristické rozvojem laktace. Přes časové vymezení obsažené v názvu, není toto období přesně ohraničeno. U většiny žen trvá 6-8 týdnů po porodu. Lze jej rozdělit na rané a pozdní šestinedělí. Rané šestinedělí zahrnuje prvních sedm dní po porodu, pozdní končí zhruba po šesti až osmi týdnech. (2, 3)

2.1 Péče o ženu v raném šestinedělí

Po porodu nastávají v organismu ženy změny po stránce psychické i fyzické. Nedělka pociťuje úlevu a radost z narozeného dítěte, na druhou stranu vyčerpání jak po stránce fyzické, tak i psychické. Po převozu z porodního sálu na oddělení šestinedělí je rodička uložena do čistě povlečeného lůžka, dostává čisté prádlo, nejlépe bavlněnou košili s rozepínáním vpředu, vhodnou pro kojení a snižující rozvoj infekce bradavek. Porodní asistentka se seznámí s klientkou, s průběhem těhotenství a porodu, zkontroluje zevní krvácení, poporodní poranění a výšku děložního fundu. Změří fyziologické funkce a zjistí, zda rodička na porodním sále již sama vstávala a spontánně močila. Ženu edukuje o hygienickém režimu na oddělení. Nedělka je poučena o nutnosti častého sprchování, o čistotě rukou, o používání čistých a sterilních vložek a o charakteru a infekčnosti očísků. Dále ženu poučíme o správné péči o porodní poranění, to je časté sprchování hráze čistou vodou, bez použití glycerinových mýdel, především po každém močení a stolici. Častá výměna sterilních vložek, používání bavlněného spodního prádla a časté větrání porodního poranění. Dále ženu edukuje o signalizaci a o nutnosti hlášení komplikaci porodní asistentce. Poté klientce dopřejeme klid a novorozence předáme na novorozenecké oddělení.

Úkolem porodní asistentky je sledovat pravidelné vyprazdňování moči i stolice. Po porodu může být močení ztíženo pro hypotonii močového měchýře, kdy není pociťováno nucení na močení nebo obavou ženy před pálením při poranění zevních rodidel. Porodní asistentka nedělku vycévkuje až po vyčerpání běžných metod, jako je močení v teplé sprše, puštěná

voda z kohoutku nebo podání spasmolytik. Stolice by měla být obvykle druhý poporodní den, pokud se nedostaví, použijeme šetrné prostředky, jako jsou glycerinové čípky, Lactulosa nebo miniklyzma. Vyprazdňování moči i stolice porodní asistentka zapisuje do dokumentace.

Při každé vizitě lékař kontroluje celkový stav klientky, výšku děložního fundu, typ a množství očístků, hojení poranění hráze, prsy a tvorbu mléka. Pravidelně je kontrolován krevní tlak a pulz a další vyšetření dle stavu klientky.

V posledních letech je téměř na všech porodnických odděleních zaváděn tzv. rooming-in, při kterém jsou matka i dítě společně na témže pokoji.

Do domácí péče je klientka propouštěna po spontánním porodu i vaginální porodnické operaci ukončující porod za 72 hodin od porodu. (3, 12)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

1 Metodika

V praktické části jsem zpracovala tři kazuistiky žen po operačním ukončení porodu vaginální cestou. Vhodné klientky jsem vybírala během své praxe na porodním sále ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové. U všech klientek jsem byla přítomna celou dobu pobytu na porodním sále, samotnému operačnímu ukončení porodu, spolupodílela jsem se na péči o klientku na oddělení šestinedělí.

Informace o klientkách jsem získala na základě jejich souhlasu pozorováním, anamnestickým rozhovorem a sběrem dat z ošetřovatelské a lékařské dokumentace. Strukturu posouzení a plán ošetřovatelské péče jsem zpracovala podle NANDA taxonomie II. U každé klientky jsem zvážila a vybrala aktuální i potencionální ošetřovatelské diagnózy, zpracovala plán ošetřovatelské péče a následně vytvořila mapu ošetřovatelské péče. Ošetřovatelské diagnózy jsem řadila podle aktuálních k potencionálním.

2 Ošetřovatelský proces

U každé klientky jsem zvážila a vybrala ošetřovatelské diagnózy podle jejich aktuálního stavu, dle anamnézy a po rozhovoru s klientkou. Pro zařazení potencionálních diagnóz pro mě byla rozhodující diagnóza vaginálního operačního porodu. Do plánu ošetřovatelské péče jsem zařadila vhodné ošetřovatelské intervence a činnosti tak, aby vedly k odstranění nebo zmírnění ošetřovatelského problému. Plán ošetřovatelské péče je stanoven na celý pobyt klientky na oddělení šestinedělí, to znamená od převozu z porodního sálu až do propuštění.

2.1 Případová studie č. 1 – porod per forcipem

Paní R. L. byla přijata na porodní sál ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové dne 5.1. 2010 k indukci porodu pro gestační hypertenzi a prodlouženou graviditu. Gravidita probíhala bez komplikací, po spontánní koncepci. Od 36. týdne gravidity se u klientky diagnostikovala gestační hypertenze, užívala Dopegyt 4x denně 1 tabletu.

Klientka přišla na porodní sál v 9:00, byla sepsána ošetrovatelská a lékařská dokumentace, změřeny fyziologické funkce, natočen CTG záznam, který byl lékařem zhodnocen jako fyziologický reaktivní. Klientka byla vaginálně vyšetřena, s pokročilým vaginálním nálezem při brance v průměru 4 cm, byla indikována klasická indukce porodu dirupcí vaku blan. Lékařem byla provedena pelvimetrie a zevní porodnické vyšetření. Poté byla klientce provedena celková příprava k porodu. Po přípravě byla klientka převedena na porodní box a napojena na CTG monitor. Dle jejího přání PA na porodní box doprovodila otce dítěte. Dirupce vaku blan byla provedena 5.1. ve 14: 55, voda plodová byla čirá, bez zápachu, přiměřené množství.

Anamnéza:

Rodinná anamnéza: nikdo se s ničím neléčí, VVV 0

Osobní anamnéza: běžná dětská onemocnění, vážněji nestonala, operace neprodělala, transfuze nikdy nedostala

Sociální anamnéza: svobodná, bydlí s partnerem v rodinném domě

Gynekologická anamnéza: s ničím se neléčila, menses od 14 let, 28/5

Pracovní anamnéza: administrativní pracovnice, nyní na mateřské dovolené

Alergická anamnéza: alergie neudává

Abúzus: nekouří, alkohol nepije

Předchozí těhotenství: porody 0, potraty 0, UUT 0

Nynější těhotenství: HAK- vysadila a hned otěhotněla, léky v těhotenství – Dopegyt 4x 1 od 36. t.gr., hospitalizována nebyla

Výsledky z prenatální poradny:

KS + Rh - A pozitivní

Protilátky – neprokázané

HIV – negativní

HbsAg - negativní

Tripple test - pozitivní

BWR - negativní

GBS – negativní

UZ v I. A II. trimestru - v normě, TP souhlasí

AMC - normální karyotyp 45 XY

oGTT - v normě

Základní screeningová vyšetření při příjmu:

Věk: 31

Délka gestace: 40+1, indukce porodu

Gravidita: I

Parita: I

PM: 3. 4. 2009

TP: 4. 1. 2010

TK: 145/73

P: 82, pravidelný

TT: 36,6

Hmotnost při přijetí: 114 kg

Hmotností přírůstek během gravidity: 18 kg

Výška: 175 cm

BMI: 31

Moč na bílkovinu: negativní

Celkový vzhled, úprava, hygiena: upravená, čistotná

Porodnické vyšetření při příjmu:

Vaginální vyšetření: porodnická branka v průměru 4 cm, hlavička naléhá v zachovalém vaku blan

Zevní vyšetření: děloha normotonická, SF 38 cm, PPHI postavení II. obyčejné, KR 4 prsty nad sponou

Pelvimetrie: 28, 29, 30, 20

CTG: fyziologický reaktivní záznam

Průběh porodu:

Průběh I. doby porodní

Pravidelné děložní kontrakce začaly 5.1. v 16.00 a vedly k postupnému zániku porodnické branky. CTG záznamy v I. době porodní byly fyziologické reaktivní.

Průběh II. doby porodní

Porodnická branka zanikla dne 5.1. v 18:50. Po zániku branky rodička tlačila, spolupracovala. Pro sekundárně slabou děložní činnost byly kontrakce posíleny infuzí s Oxytocinem 5 IU + 500 ml F1/1 i.v.. Došlo k protrahované deceleraci ozev plodu na bazální frekvenci 80 srdečních ozev plodu za minutu. Rodičce byl podán kyslík. Při hlavičce dorotované, vstoupilé v šíři byl k porodu zavolán vedoucí lékař, který indikoval a provedl partus per forcipem Breus. Před naložením kleští klientku vycévkoval, hráz znecitlivil 1% roztokem Mesocainu a provedl vydatnou laterální epiziotomii. V 19:25 se rodí živý křičící plod, chlapec. Astrup dítěte byl 7,09.

Průběh III. doby porodní

Třetí doba porodní byla vedena aktivně, rodičce byly aplikovány 2 IU Oxytocinu i.v.. Placenta se porodila dle Duncana v 19:27, celistvá, nepotrhaná, blan dostatek.

Průběh IV. doby porodní

Po porodu placenty lékař provedl revizi a suturu porodního poranění. Byla zjištěna ruptura pochvy v prodloužení epiziotomie. Krevní ztráta činila 350 ml. Z důvodu mírného otoku hráze byl rodičce přikládán led na hráz.

Po dvou hodinách klientka vstala a osprchovala se. Spontánně nemočila, proto byla cévkována. Flexila byla ponechána. Poté byla klientka převezena na oddělení šestinedělí.

2.1.1 Posouzení současného stavu potřeb v NANDA doménách

Diagnostická doména č. 1 – PODPORA ZDRAVÍ

Klientka svůj zdravotní stav hodnotí jako dobrý. Aby si udržela zdraví dodržuje zásady zdravé výživy, pravidelně chodí na procházky a občas jezdí na kole a chodí plavat. Klientka nekouří a před těhotenstvím pila alkohol příležitostně, nyní alkohol nepije vůbec. Na gynekologické preventivní vyšetření chodí pravidelně. Od 12. týdne těhotenství navštěvuje pravidelně prenatální poradnu ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové. Absolvovala jednu přednášku o kojení, na těhotenský tělocvik nechodila. Selfmonitoring prsu provádí nepravidelně. U porodu by si přála mít partnera jako psychickou oporu.

Diagnostická doména č. 2 – VÝŽIVA

Klientka nedrží žádnou dietu, chuť k jídlu má normální. Její typický denní příjem je snídaně, oběd, večeře. Poruchy polykání nemá, udává pálení žáhy po jídle.

Denně vypije 1,5–2 litry tekutin, dává přednost minerálním vodám, ovocným a zeleným čajům, ovocným šťávám a občas si dá skleničku mléka. Pocit žízně má zvýšený. Poranění a kůže sliznic se jí hojí bez větších problémů.

Diagnostická doména č. 3 – VYLUČOVÁNÍ A VÝMĚNA

Klientka problémy s mikcí neudává. Moč je bez příměsí a zápachu.

Klientka trpí spíše zácpou, vyprazdňuje se 1x za 2-3 dny. Léky k vyprazdňování neužívá. Stolica je fyziologické barvy, bez příměsí. Klientka nezvrací, potí se přiměřeně.

Diagnostická doména č. 4 – AKTIVITA – ODPOČINEK

Klientka cvičí občas, na tělocvik v těhotenství nechodila. Udává dostatek energie na denní činnosti. Nejčastější denní aktivity jsou nakupování, domácí práce a práce okolo domu. Volný čas tráví spíše aktivně, pravidelně chodí na procházky a občas jezdí na kole a chodí plavat, ale ráda si zajde do kina nebo přečte dobrou knihu.

Problémy se spánkem neudává, spí celou noc a po ránu se cítí odpočínutá.

Diagnostická doména č. 5 – VNÍMÁNÍ – POZNÁVÁNÍ

Klientka má zhoršený zrak na pravé i levé oko, trpí krátkozrakostí. Nosí brýle, výjimečně čočky. S čichem problémy nemá.

Diagnostická doména č. 6 – VNÍMÁNÍ SEBE SAMA

Klientka se považuje spíše za optimistu, plně si důvěřuje. Se svým vzhledem je částečně spokojená. Z porodu má strach, hlavně se obává o zdraví svého dítěte.

Diagnostická doména č. 7 – VZTAHY

Klientka je zaměstnaná na pozici administrativní pracovnice, nyní je na rodičovské dovolené. Se svým zaměstnáním je spokojená.

Klientka je svobodná, bydlí s partnerem v rodinném domě. Vztahy v rodině hodnotí jako velmi dobré.

Klientka je přátelská a komunikativní, má ráda společnost svých blízkých a přátel.

Jako psychickou oporu by si u porodu přála mít partnera.

Diagnostická doména č. 8 – SEXUALITA

Klientka neudává žádné sexuální obtíže, pohlavní styk měla i v těhotenství.

Menarché měla klientka ve 14 letech. Menstruaci má pravidelnou v cyklu 28/5, spíše slabší a nebolestivou. Hormonální antikoncepci brala asi 10 let, přibližně dva měsíce před otěhotněním ji vysadila. Klientka je těhotná poprvé, potrat ani umělé přerušování těhotenství neměla. Gynekologické choroby ani operace neprodělala.

Diagnostická doména č. 9 – ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽĚ – ODOLNOST VŮČI STRESU

Klientka napětí neprožívá moc často, ale chvíli jí trvá, než se s ním vyrovná. Napětí většinou vyvolávají problémy v zaměstnání a chování některých lidí. Stres se snaží zvládat relaxací a velkou oporu cítí v partnerovi. Nyní pociťuje obavy a nejistotu z porodu.

Diagnostická doména č. 10 – ŽIVOTNÍ PRINCIP

Pro klientku je nejdůležitější rodina a zdraví a to jak její, tak rodinných příslušníků. Klientka je ateistka, o náboženství moc nepřemýšlí.

Diagnostická doména č. 11 – BEZPEČNOST – OCHRANA

Alergická reakce se u klientky nikdy nevyskytla. Riziko infekce prozatím není zvýšeno.

Diagnostická doména č. 12 – KOMFORT

Klientka děložní kontrakce ani žádnou jinou bolest neudává. Myslí si, že bolest vnímá přiměřeně.

Diagnostická doména č. 13 – RŮST A VÝVOJ

Růst a vývoj je u klientky v normě.

2.1.2 Plán ošetrovatelské péče při pobytu na oddělení šestinedělí

OCHOTA DOPLNIT DEFICITNÍ VĚDOMOSTI – 00161

Diagnostická doména č. 5 VNÍMÁNÍ A POZNÁVÁNÍ

Třída č. 4 POZNÁVÁNÍ

Ochota doplnit deficitní vědomosti je standardizovaný název situace klientka, kdy míra poučení o konkrétním tématu odpovídá zdravotním cílům, ale může být zdokonalena.

Určující znaky:

- má s tématem nedostatečnou předchozí zkušenost

Očekávané výsledky:

- klientka bude seznámena s oddělením a chodem na něm
- klientka bude mít dostatek informací o hygienických zásadách a o správné péči o prsy

Ošetrovatelské intervence:

- zjistit úroveň vědomostí klientky nebo její předchozí zkušenosti v této problematice

- seznámit klientku s oddělením, se signalizací a s chodem na něm
- edukovat klientku o péči o prsy
- dát prostor pro otázky a ochotně na ně odpovídat po celý průběh pobytu
- zpětnou vazbou ověřit, zda klientka informacím porozuměla
- poskytnout edukační materiály, letáky

Realizace:

Klientka byla seznámena s oddělením a chodem na něm po příjezdu na oddělení šestinedělí, byla poučena o signalizaci a o hygienickém režimu. O péči o prsy byla klientka edukována 1. den po porodu. Klientka se aktivně zajímala o danou problematiku. Otázky jí byly ochotně zodpovězeny.

Hodnocení:

Klientka je seznámena s chodem na oddělení šestinedělí, má dostatek informací o péči o prsy a informacím porozuměla. **Cíl byl splněn.**

PORUŠENÁ TKÁŇOVÁ INTEGRITA – 00044

Diagnostická doména č. 11 BEZPEČNOST – OCHRANA

Třída č. 2 TKÁŇOVÉ POŠKOZENÍ

Porušená tkáňová integrita je standardizovaný název ošetřovatelského problému člověka s poškozenou sliznicí, rohovkou, kožním systémem nebo podkožní vrstvou.

Určující znaky:

- poškozená nebo zničená tkáň

Související faktory:

- mechanické vlivy

Očekávané výsledky:

- u klientky dojde k zahojení porodního poranění per primam
- nenastanou komplikace během hojení porodního poranění

Ošetřovatelské intervence:

- edukovat klientku o správné péči o porodní poranění a o důležitosti hygieny v oblasti zevního genitálu
- doporučit klientce sprchování rodidel teplou vodou několikrát denně a po každém vyprázdnění

- sledovat stav porodního poranění–krvácení, hematom, edém, hojení rány
- při otoku sutury přikládat led na hráz
- sledovat celkové i místní projevy infekce–zarudnutí, bolest, sekrece, zvýšení tělesné teploty, fyziologické funkce
- při hojení per secundam dle ordinace lékař podávat medikace, např. lokální ATB, čistící a granulační přípravky aj.

Realizace:

Klientka byla po převozu na oddělení šestinedělí edukována o správné péči o porodní poranění. Byla poučena o důležitosti častého sprchování teplou vodou, bez použití glycerinových mýdel, především po každém kojení a vyprázdnění. Klientce bylo doporučeno používání bavlněného spodního prádla a časté větrání porodního poranění. Stav porodního poranění byl zkontrolován po převozu na oddělení a následně při každé vizitě. První den po porodu byl klientce přikládán led na hráz. Dle ordinace lékaře byly měřeny fyziologické funkce.

Hodnocení:

Během pobytu na oddělení šestinedělí se nevyskytly žádné komplikace při hojení porodního poranění. **Cíl byl splněn.**

AKUTNÍ BOLEST – 00132

Diagnostická doména č. 12 KOMFORT

Třída č. 1 TĚLESNÝ KOMFORT

Akutní bolest je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka, který prožívá nepříjemnou bolest, jež má intenzitu od střední k prudké, má náhlý nebo pozvolný nástup a je u ní předpoklad vymizení do 6 měsíců.

Určující znaky:

- sdělení nebo označení bolesti
- vyhledávání poloh snižujících bolest

Související faktory:

- poškozující agens

Očekávaný výsledek:

- klientka udává zmírnění nebo vymizení bolesti

Ošetrovatelské intervence:

- vnímat subjektivní hodnocení bolesti klientky
- sledovat neverbální projevy bolesti (změny chování, úlevová poloha, mimika aj.)
- zjistit charakter, intenzitu a lokalizaci bolesti dle VAS (vizuální analogová škála)
- v případě zjištění bolesti založit záznam hodnocení bolesti, aktualizovat jej
- dle ordinace podávat analgetika a sledovat jejich účinek
- při otoku sutury, přikládat klientce led na hráz
- při poranění bradavek přikládat ledové obklady, hojivé masti
- při zatvrdnutí mléka doporučit masáže prsu, odstříkávání mléka a teplé obklady
- zajistit klientce dle jejího přání pomůcky zlepšující komfort klientky, například molitanový kruh

Realizace:

Naslouchala jsem subjektivnímu hodnocení bolesti a všímala si neverbálních projevů bolesti a vše jsem zaznamenávala do dokumentace. Dvě hodiny po porodu klientka udávala VAS 4, analgetikum jí bylo podáno. První den po porodu klientka udávala tupou bolest na hrázi, kterou ohodnotila VAS 3. Analgetika jí byla podána celkem 4x první den po porodu (Dicloremum 50 mg supp.), další dny je již odmítla. Klientce byl na její přání zapůjčen nafukovací kruh.

Hodnocení:

Hodinu po podání analgetik klientka udávala zmírnění bolesti na VAS 1. Od druhého dne po porodu klientka udávala VAS 0. Stanovený **cíl byl splněn**.

SITUAČNĚ SNÍŽENÁ SEBEÚCTA – 00120

Diagnostická doména č. 6 VNÍMÁNÍ SAMA SEBE

Třída č. 2 SEBEÚCTA

Situačně snižená sebeúcta je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka s negativním sebehodnocením, které je reakcí na porod per forcipem.

Určující znaky:

- negativně se hodnotí

Související faktory:

- selhání

Očekávaný výsledek:

- klientka se přestane obviňovat z toho, že selhala jako žena

Ošetřovatelské intervence:

- aktivně naslouchat obavám klientky, získat její důvěru
- být klientce psychickou oporou, vysvětlit jí, že v žádném případě jako žena neselhala
- být empatická a pozorná k verbálním i neverbálním projevům klientky

Realizace:

Klientce jsem naslouchala a hovořila s ní o jejích obavách. Vysvětlila jsem jí, že porod per forcipem není pro ženu selháním její role.

Hodnocení:

Klientka udává, že se cítí vyrovnanější a že jí moc pomohlo, že své obavy mohla někomu sdělit. **Cíl byl splněn.**

STRACH – 00148

Diagnostická doména č. 9 ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE – ODOLNOST VŮČI STRESU

Třída č. 2 REAKCE NA ZÁTĚŽ

Strach je reakcí člověka na hrozbu, kterou si připouští jako nebezpečí.

Určující znaky:

- identifikace objektu, který strach vyvolává (o zdraví svého syna)

Související faktory:

- odloučení od opory (partnera, blízkých atd.) v situaci, která navozuje stres

Očekávaný výsledek:

- klientčin strach se zmírní nebo vymizí

Ošetřovatelské intervence:

- informovat klientku o odlišnostech péče o dítě po porodu per forcipem (UZ mozku, vyšetření očního pozadí)

- zajistit, aby klientka byla informovaná o zdravotním stavu svého syna
- zajistit, aby klientka věděla o vyšetřeních, která její syn podstupuje a aby znala výsledky těchto vyšetření
- umožnit klientce co možná nejčastější kontakt s rodinou
- naslouchat obavám klientky, být jí psychickou oporou

Realizace:

Klientka byla informována lékařem před každým vyšetřením jejího syna, byly jí sděleny výsledky vyšetření. Aktivně jsem naslouchala klientčiným obavám o syna. Klientce byl umožněn častý kontakt s rodinou.

Hodnocení:

Klientka udává, že její obavy o syna plynuly z malé informovanosti o porodu per forcipem a důsledcích tohoto výkonu pro dítě. Klientka udává, že po sdělení výsledků vyšetření a rozhovorem s lékařem obavy zcela vymizely. **Cíl byl splněn.**

ÚNAVA – 00093

Diagnostická doména č. 4 AKTIVITA – ODPOČINEK

Třída č. 3 ENERGETICKÁ ROVNOVÁHA

Únava je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka s nepřekonatelným a stálým pocitem vyčerpání a se sníženou schopností vykonávat tělesnou i psychickou práci.

Určující znaky:

- nárůst potřeby odpočinku
- unavenost, ospalost

Související faktory:

- zvýšená tělesná námaha

Očekávané výsledky:

- klientka během dne nepocítuje únavu
- klientka má dostatek energie na péči o dítě

Ošetrovatelské intervence:

- zjistit všechny příčiny vyvolávající současný stav

- zajistit klidné prostředí pro odpočinek klientky
- doporučit klientce činnosti vhodné k relaxaci

Realizace:

Klientka byla velmi unavená po převozu na oddělení šestinedělí, proto po domluvě s klientkou byly požádány novorozenecké sestry, zda by si dítě přes noc nechaly na novorozeneckém oddělení.

Hodnocení:

Klientka si první noc na oddělení šestinedělí dostatečně odpočinula a na další péči o dítě již měla dostatek energie. **Cíl byl splněn.**

RIZIKO INFEKCE – 00004

Diagnostická doména č. 11 BEZPEČNOST – OCHRANA

Třída č. 1 INFEKCE

Riziko infekce je standardizovaný název ošetřovatelského problému člověka zvýšeně ohroženého vstupem patogenních organizmů do těla.

Rizikové faktory:

- nedostatečný primární ochranný systém (poraněná kůže, traumatizovaná tkáň)

Očekávaný výsledek:

- u klientky nedojde k rozvoji infekce během pobytu na oddělení šestinedělí

Ošetřovatelské intervence:

- sledovat celkové i místní projevy infekce několikrát během dne
- kontrolovat místo vpichu periferního žilního katetru
- sledovat a eliminovat všechny faktory související s výskytem infekce
- kontrolovat vitální funkce dle ordinace lékaře
- poučit klientku hygienických zásadách, dbát na jejich dodržování
- poučit klientku o čistotě rukou, o mytí rukou po každé manipulaci s vložkami a před každým kojením

Realizace:

Klientku jsem o důležitosti hygienických zásadách edukovala po příjezdu na oddělení šestinedělí. Průběžně jsem kontrolovala jeho dodržování. Projevy infekce jsem kontrolovala několikrát denně. Fyziologické funkce jsem měřila dle ordinace lékaře. Flexila byla vyndána 1. den po porodu.

Hodnocení:

Klientka dodržuje hygienické zásady. Infekce u ní nevznikla. **Cíl byl splněn.**

RIZIKO DEFICITU TĚLESNÝCH TEKUTIN – 00028

Diagnostická doména č. 2 VÝŽIVA

Třída č. 5 HYDRATAČE

Riziko deficitu tělesných tekutin je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka, který je ohrožen vaskulární, celulární nebo intracelulární dehydratace.

Rizikové faktory:

- ztráta tekutin abnormálními cestami

Očekávaný výsledek

- u klientky nedojde k rozvoji dehydratace

Ošetrovatelské intervence:

- poučit klientku o důležitosti správného pitného režimu
- zpětnou vazbou si ověřit, zda klientka poučení porozuměla
- sledovat dodržování správného pitného režimu
- zkontrolovat krvácení z dělohy a z porodního poranění po převozu na oddělení a následně při každé vizitě
- sledovat známky dehydratace, fyziologické funkce, snížený kožní turgor, suchost kůže a sliznic, snížení náplně krčních žil

Realizace:

Klientku byla poučena o nutnosti dodržovat správný pitný režim po převozu na oddělení šestinedělí. Průběžně bylo sledováno jeho dodržování. Krvácení bylo zkontrolováno po převozu na oddělení, první den několikrát denně, další dny jednou denně při vizitě. Průběžně byly sledovány známky dehydratace. Fyziologické funkce byly měřeny dle ordinace lékaře.

Hodnocení:

Klientka dodržuje zásady správného pitného režimu, krvácení a odchod očístků byl přiměřený. K rozvoji dehydratace nedošlo. **Cíl byl splněn.**

RIZIKO ZÁCPY - 00015

Diagnostická doména č. 3 VYLUČOVÁNÍ A VÝMĚNA

Třída č. 2 GASTROINTESTINÁLNÍ FUNKCE

Riziko zácpy je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka ohroženého méně častou defekací provázenou obtížným nebo nekompletním vyprázdněním nadměrně tuhé stolice.

Rizikové faktory:

- soli železa
- hemeroidy

Očekávaný výsledek:

- klientka netrpí zácpou při pobytu na oddělení šestinedělí

Ošetrovatelské intervence:

- denně sledovat a zaznamenávat do dokumentace pravidelnost stolice
- klientku edukovat o důležitosti správného pitného režimu jako prevence zácpy
- při zjištění hemeroidů podávat analgetické masti dle ordinace lékaře
- při zjištění zácpy informovat lékaře
- podávat laxantia, miniklyzma dle ordinace lékaře

Realizace:

Klientka byla edukována o důležitosti správného pitného režimu po převozu na oddělení šestinedělí a průběžně bylo kontrolováno jeho dodržování. Denně byla sledována a zaznamenávána do dokumentace pravidelnost stolice.

Hodnocení:

Klientka dodržovala pitný režim a během pobytu na oddělení šestinedělí netrpěla zácpou. **Cíl byl splněn.**

RIZIKO PÁDŮ – 00155

Diagnostická doména č. 11 BEZPEČNOST-OCHRANA

Třída č. 2 TĚLESNÉ POŠKOZENÍ

Riziko pádů je standardizovaný název ošetrovatelského problému dospělého nebo dítěte se zvýšenou náchylností k pádům, které mu mohou navodit zranění.

Rizikové faktory:

- kooperativní stavy
- neznámé prostředí

Očekávaný výsledek:

- klientka neupadne po celý pobyt na oddělení

Ošetrovatelské intervence:

- seznámit klientku se signalizací po převozu na oddělení
- poučit klientku, aby poprvé po porodu vstávala pod dozorem zdravotnického personálu
- poučit klientku, aby ošetrovatelskému personálu hlásila změnu stavu (nevolnost, průjem, bolest hlavy...)

Realizace:

Klientka byla poučena o používání signalizace a o nutnosti hlásit změnu stavu zdravotnickému personálu po převozu na oddělení šestinedělí. Klientka vstávala již na porodním sále.

Hodnocení:

Klientka se nezranila. **Cíl byl splněn.**

2.2 Případová studie č. 2 – vakuumextrakce

Paní P. P. byla přijata na porodní sál ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové 9.1.2010 v 11:37 pro spontánní odtok vody plodové. Klientka udávala odtok čiré VP v 10:30. Temesvaryho test vyšel pozitivní. Kontrakce neguje. Jedná se o graviditu po spontánní koncepci, jejíž průběh byl bez komplikací.

Po příchodu na porodní sál byla s klientkou sepsána lékařská a ošetrovatelská dokumentace, byl natočen CTG záznam, změřeny FF. Lékař klientku zevně i vnitřně vyšetřil a provedl pelvimetrii. Poté byla klientce provedena celková příprava k porodu. Po přípravě byla rodička převedena na porodní box a byl natočen CTG záznam. Rodička si nepřála mít partnera u porodu.

Anamnéza:

Rodinná anamnéza: otec a sourozenci zdraví, matka DM II. typu, VVV neudává

Osobní anamnéza: běžná dětská onemocnění, vážněji nestonala, operace neprodělala, transfuze nikdy nedostala, obezita magna

Sociální anamnéza: svobodná, bydlí s partnerem v panelákovém bytě

Gynekologická anamnéza: s ničím se neléčila, menses od 13 let, 28/5

Pracovní anamnéza: nezaměstnaná, nyní na rodičovské dovolené

Alergická anamnéza: alergie neudává

Abúzus: alkohol nepije, kouření 1-2 cigarety za den

Předchozí těhotenství: porody 0, potraty 0, UUT 0

Nynější těhotenství: HAK nebrala, léky v těhotenství – Cyklofotre, hospitalizována nebyla

Výsledky z prenatální poradny:

KS + Rh - B pozitivní

HbsAg - negativní

Protilátky – neprokázané

GBS - negativní

HIV – negativní

Tripple test - negativní

BWR – negativní

AMC – nedělána

UZ v I. a II. trimestru - v normě, TP souhlasí

oGTT - v normě

Základní screeningová vyšetření při příjmu:

Věk: 22 let

Délka gestace: 39+0, partus maturus incipiens, nevčasný odtok VP

Gravidita: I

Parita: I

PM: 3. 4. 2009

TP: 16. 1. 20010

TK: 145/90

P: 86, pravidelný

TT: 36,4°C

Hmotnost při přijetí: 130 kg

Hmotností přírůstek během gravidity: 18 kg

Výška: 162 cm

BMI: 43

Moč na bílkovinu: negativní

Celkový vzhled, úprava, hygiena: upravená, čistotná

Zrak: dobrý, brýle ani kontaktní čočky nenosí

Porodnické vyšetření při příjmu:

Vaginální vyšetření: porodnická branka těsně pro prst, hlavička naléhá, odtéká čirá VP

Zevní vyšetření: děloha dráždivá, SF 38 cm, PPHI postavení I. obyčejné, KR pro obezitu nelze vyšetřit

Pelvimetrie: 29, 33, 37, 22

CTG: fyziologický reaktivní záznam

Průběh porodu:

I. doba porodní:

Pravidelné děložní stahy začaly 9.1. 2010 v 16: 00. V 17: 30 byla klientce podána Lytická směs. Kontrakce vedly k postupnému zanikání porodnické branky. CTG záznamy v I. DP byly fyziologické, reaktivní.

II. doba porodní:

Branka zanikla 9.1. 2010 v 21:10. Sekundárně slabé kontrakce byly posíleny infuzí s Oxytocinem 5IU + 500 ml F1/1 i.v. Rodička tlačila, spolupracovala. Pro nepostupující porod ve II. DP bylo indikováno ukončení porodu vakuumentrací. Lékař znečitlivil hráz 1%

Mesocainem a provedl laterální epiziotomii. Dne 9.1. 2010 v 21:40 byl porod ukončen per VEX normálním porodním mechanismem. Rodí se živý plod, děvče. Po odstřížení pupečníku byla předána dětské sestře. Astrup dítěte byl 7,19.

III. doba porodní

Třetí doba porodní byla vedena aktivně, rodiče byly aplikovány 2 IU Oxtocinu i.v.. Placenta se porodila středem v 21:48, celistvá, nepotrhaná, blan dostatek.

IV. doba porodní

Lékař provedl revizi porodního poranění. Byla zjištěna ruptura cervicis uteri u čísla 3 a ruptura pochvy v prodloužení epiziotomie zasahující do zadní klenby poševní. Po dalším znecitlivění hráze 1% Mesocainem byla provedena sutura porodního poranění. Lékař indikoval podání Methylergometrinu + 5 IU Oxytocinu i.v.. Krevní ztráta činila 400 ml.

Klientka pro větší krevní ztrátu nevstávala, byla cévkována. Flexila byla ponechána. Poté byla klientka převezena na oddělení šestinedělí.

2.2.1 Posouzení současného stavu potřeb v NANDA doménách

Diagnostická doména č. 1 – PODPORA ZDRAVÍ

Klientka hodnotí svůj zdravotní stav jako částečně zhoršený. Asi týden před přijetím na PS se u ní objevuje klidová dušnost. Aby si udržela zdraví chodí na procházky občas si chodí zaplavat. Klientka udává, že během gravidity kouřila 1–2 cigarety za den. Alkohol v těhotenství nepila. Na gynekologické preventivní vyšetření chodí pravidelně. Od 12. týdne těhotenství navštěvuje pravidelně prenatální poradnu. Selfmonitoring prsu neprovádí. U porodu si partnera nepřeje.

Diagnostická doména č. 2 – VÝŽIVA

Klientka nedrží žádnou dietu, chuť k jídlu má normální. Její typický denní příjem je snídaně, svačina, oběd, svačina a večeře. Poruchy polykání nemá, udává pálení žáhy po jídle.

Denně vypije 1–1,5 litry tekutin, dává přednost ovocným šťávám a slazeným minerálními vodám. Pocit žízně nemá. Poranění a kůže sliznic se jí hojí bez větších problémů.

Diagnostická doména č. 3 – VYLUČOVÁNÍ A VÝMĚNA

Klientka problémy s mikcí neudává. Moč je bez příměsí a zápachu.

Klientka má stolici pravidelně, 1-2x denně. Stolice je fyziologické barvy, bez příměsí. Léky k vyprazdňování neužívá. Klientka nezvrací, potí se zvýšeně.

Diagnostická doména č. 4 – AKTIVITA – ODPOČINEK

Klientka volný čas tráví spíše pasivně, necvičí a ani v těhotenství též cvičení neprovedla. Faktorem bránícím tělesné aktivitě je především nezáměr o pohybovou aktivitu a také zhoršená tělesná kondice. Nejčastější denní aktivity jsou nakupování a domácí práce.

Klientka problémy se spánkem nemá, po probuzení se cítí odpočínatá.

Diagnostická doména č. 5 – VNÍMÁNÍ – POZNÁVÁNÍ

Klientka má zrak i sluch normální. Nepoužívá žádné kompenzační pomůcky. Čich má také bez problémů.

Diagnostická doména č. 6 – VNÍMÁNÍ SEBE SAMA

Klientka se považuje spíše za pesimistu, důvěřuje si méně. Se svým vzhledem je nespokojená, přála by si zhubnout. Má velkou obavu z průběhu porodu.

Diagnostická doména č. 7 – VZTAHY

Klientka je nezaměstnaná, nyní je na rodičovské dovolené. Práci by si chtěla najít.

Klientka je svobodná, bydlí s partnerem v bytě v panelovém domě. Vztahy v rodině hodnotí jako dobré.

Klientka je přátelská, má ráda společnost svých blízkých a přátel.

Partnera si u porodu nepřeje.

Diagnostická doména č. 8 – SEXUALITA

Klientka neudává žádné sexuální obtíže, pohlavní styk měla i v těhotenství.

Menarché měla klientka ve 13 letech. Menstruaci má pravidelnou v cyklu 28/5, spíše slabší a nebolestivou. Hormonální antikoncepci nebrala. Klientka je těhotná poprvé, potrat ani umělé přerušování těhotenství neměla. Gynekologické choroby ani operace neprodělala.

Diagnostická doména č. 9 – ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽĚ – ODOLNOST VŮČI STRESU

Klientka napětí neprožívá moc často a vyrovnává se s ním poměrně rychle. Napětí většinou vyvolávají neshody v partnerství. Klientku trápí, že je nezaměstnaná a chtěla by tuto situaci v budoucnu změnit. Stresové situace většinou zvládá sama, rodinu nechce zatěžovat. Stres pomáhá snižovat relaxace a také kouření. Nyní pociťuje obavy a nejistotu z porodu.

Diagnostická doména č. 10 – ŽIVOTNÍ PRINCIP

Pro klientku je nejdůležitější zdraví a to jak její, tak rodinných příslušníků. Klientka je ateistka, o náboženství moc nepřemýšlí.

Diagnostická doména č. 11 – BEZPEČNOST – OCHRANA

Alergická reakce se u klientky nikdy nevyskytla. Riziko infekce je zvýšeno z důvodu odtoku vody plodové.

Diagnostická doména č. 12 – KOMFORT

Klientka děložní kontrakce ani žádnou jinou bolest neudává. Myslí si, že bolest vnímá přiměřeně.

Diagnostická doména č. 13 – RŮST A VÝVOJ

Růst a vývoj je u klientky v normě.

2.2.2 Plán ošetrovatelské péče při pobytu na oddělení šestinedělí

PORUŠENÁ TKÁŇOVÁ INTEGRITA – 00044

Diagnostická doména č. 11 BEZPEČNOST – OCHRANA

Třída č. 2 TKÁŇOVÉ POŠKOZENÍ

Porušená tkáňová integrita je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka s poškozenou sliznicí, rohovkou, kožním systémem nebo podkožní vrstvou.

Určující znaky:

- poškozená nebo zničená tkáň

Související faktory:

- mechanické vlivy

Očekávané výsledky:

- u klientky dojde k zahojení porodního poranění per primam
- nenastanou komplikace během hojení porodního poranění

Ošetrovatelské intervence:

- edukovat klientku o správné péči o porodní poranění a o důležitosti hygieny v oblasti zevního genitálu
- doporučit klientce sprchování rodidel teplou vodou několikrát denně a po každém vyprázdnění
- sledovat stav porodního poranění–krvácení, hematom, edém, hojení rány
- při otoku sutury přikládat led na hráz
- sledovat celkové i místní projevy infekce–zarudnutí, bolest, sekrece, zvýšení tělesné teploty, fyziologické funkce
- při hojení per secundam dle ordinace lékařů podávat medikace, např. lokální ATB,

čistící a granulační přípravky aj.

Realizace:

Po příjezdu na oddělení byla klientka edukována o správné péči o porodní poranění, byla zdůrazněna důležitost hygieny. Stav porodního poranění byl zkontrolován po převozu na oddělení, následující dny při každé vizitě. Tlak, puls a tělesná teplota byla měřena dle ordinace lékaře. První den po porodu byl na hráz přikládán led.

Hodnocení:

Nevyskytly se žádné komplikace při hojení porodního poranění. **Cíl byl splněn.**

POCHOTA DOPLNIT DEFICITNÍ VĚDOMOSTI – 00161

Diagnostická doména č. 5 VNÍMÁNÍ A POZNÁVÁNÍ

Třída č. 4 POZNÁVÁNÍ

Ochota doplnit deficitní vědomosti je standardizovaný název situace klientka, kdy míra poučení o konkrétním tématu odpovídá zdravotním cílům, ale může být zdokonalena.

Určující znaky:

- má zájem se něco konkrétního naučit
- má s tématem nedostatečnou předchozí zkušenost

Očekávaný výsledek:

- klientka bude seznámena s oddělením a chodem na něm,
- klientka bude mít dostatek informací o hygienických zásadách a o správné péči o prsy

Ošetřovatelské intervence:

- zjistit úroveň vědomostí klientky nebo její předchozí zkušenosti v této problematice
- seznámit klientku s oddělením, se signalizací a s chodem na něm
- edukovat klientku o péči o prsy
- dát prostor pro otázky a ochotně na ně odpovídat po celý průběh pobytu
- zpětnou vazbou ověřit, zda klientka informacím porozuměla
- poskytnout edukační materiály, letáky

Realizace:

Klientka byla seznámena s oddělením a chodem na něm po příjezdu na oddělení šestinedělí, byla poučena o signalizaci a o hygienickém režimu. O péči o prsy byla klientka edukována 1. den po porodu.

Hodnocení:

Klientka je seznámena s chodem na oddělení šestinedělí, má dostatek informací o péči o prsy a informacím porozuměla. **Cíl byl splněn.**

AKUTNÍ BOLEST – 00132

Diagnostická doména č. 12 KOMFORT

Třída č. 1 TĚLESNÝ KOMFORT

Akutní bolest je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka, který prožívá nepříjemnou bolest, jež má intenzitu od střední k prudké, má náhlý nebo pozvolný nástup a je u ní předpoklad vymizení do 6 měsíců.

Určující znaky:

- sdělení nebo označení bolesti
- vyhledávání poloh snižujících bolest

Související faktory:

- poškozující agens

Očekávaný výsledek:

- klientka udává zmírnění nebo vymizení bolesti

Ošetrovatelské intervence:

- vnímat subjektivní hodnocení bolesti klientky
- sledovat neverbální projevy bolesti (změny chování, úlevová poloha, mimika aj.)
- zjistit charakter, intenzitu a lokalizaci bolesti dle VAS (vizuální analogová škála)
- v případě zjištění bolesti založit záznam hodnocení bolesti, aktualizovat jej
- dle ordinace podávat analgetika a sledovat jejich účinek
- při otoku sutury, přikládat klientce led na hráz
- při poranění bradavek přikládat ledové obklady, hojivé masti
- při zatvrdnutí mléka doporučit masáže prsu, odstříkávání mléka a teplé obklady

- zajistit klientce dle jejího přání pomůcky zlepšující komfort klientky, například molitanový kruh

Realizace:

První den po porodu klientka udávala tupou bolest na hrázi, kterou ohodnotila VAS 2. Analgetika jí byla podána celkem 2x první den po porodu, v 6:00 a ve 12:00 (Diclorem 50 mg supp.), poté je již odmítala. Klientce byl na její přání zapůjčen nafukovací kruh.

Třetí den po porodu si klientka stěžovala na bolestivost bradavek. Na bradavkách byly přítomny malé trhlínky, na které si klientka po každém kojení aplikovala hojivou mast (Bepanthen), mimo kojení přikládala led. Bolest bradavek přetrvávala i v den propuštění. Klientce bylo doporučeno pokračování v aplikaci masti i v domácím prostředí a při přetrvávající bolestivosti doporučena návštěva svého gynekologa.

Hodnocení:

Hodinu po podání analgetik klientka udávala zmírnění bolesti na VAS 0, další dny klientka neudávala žádnou bolest na hrázi. Objevila se bolestivost prsních bradavek, kterou se nepodařilo zmírnit. Stanovený **cíl byl splněn částečně**.

ÚNAVA – 00093

Diagnostická doména č. 4 AKTIVITA – ODPOČINEK

Třída č. 3 ENERGETICKÁ ROVNOVÁHA

Únava je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka s nepřekonatelným a stálým pocitem vyčerpání a se sníženou schopností vykonávat tělesnou i psychickou práci.

Určující znaky:

- nárůst potřeby odpočinku
- unavenost, ospalost

Související faktory:

- stres
- zvýšená tělesná námaha

Očekávané výsledky:

- klientka během dne nepocítuje únavu

- klientka má dostatek energie na péči o dítě

Ošetřovatelské intervence:

- zjistit všechny příčiny vyvolávající současný stav
- zajistit klidné prostředí pro odpočinek klientky
- doporučit klientce činnosti vhodné k relaxaci

Realizace:

Klientka se po převozu na oddělení cítila velmi unavená. Po domluvě s klientkou byly požádány novorozenecké sestry, zda by si dítě přes noc nechaly na novorozeneckém oddělení.

Hodnocení:

Klientka si první noc na oddělení šestinedělí odpočinula a na další péči o dítě již měla dostatek energie. **Cíl byl splněn.**

DEFICIT TĚLESNÝCH TEKUTIN – 00027

Diagnostická doména č. 2 VÝŽIVA

Třída č. 5 HYDRATACE

Deficit tělesných tekutin je standardizovaný název ošetřovatelského problému člověka s nedostatečným objemem intravaskulárních, intersticiálních a intracelulárních tekutin. Jeho hydratace může a nemusí být spojena se změnami hladiny sodíku.

Určující znaky:

- slabost
- žízeň
- zrychlený pulz, snížený krevní tlak

Související faktory:

- aktivní ztráta tělesných tekutin

Očekávaný výsledek:

- klientka bude dostatečně hydratována

Ošetrovatelské intervence:

- poučit klientku o důležitosti správného pitného režimu
- zpětnou vazbou si ověřit, zda klientka poučení porozuměla
- sledovat dodržování správného pitného režimu
- sledovat známky dehydratace, fyziologické funkce, snížený kožní turgor, suchost kůže a sliznic, snížení náplně krčních žil
- zkontrolovat krvácení z dělohy a z porodního poranění po převozu na oddělení a při každé vizitě
- dle ordinace lékaře podávat infuzní terapii náhrady tělesných tekutin
- dle ordinace provádět odběry krve na laboratorní vyšetření
- dle ordinace lékaře podávat krevní transfuze
- sledovat diurézu

Realizace:

Klientku byla poučena o nutnosti dodržování pitného režimu po převozu na oddělení šestinedělí. Průběžně bylo sledováno jeho dodržování. Krvácení bylo zkontrolováno po převozu na oddělení šestinedělí a následně každé ráno při vizitě. Pravidelně byly sledovány známky dehydratace. Fyziologické funkce byly měřeny dle ordinace lékaře. První den po porodu byl proveden odběr krve na krevní obraz.

Hodnocení:

Klientka dodržovala zásady správného pitného režimu. Výsledky krevního obrazu vyšly v normě. Krvácení bylo přiměřené. Klientka byla dostatečně hydratována. **Cíl byl splněn.**

RIZIKO INFEKCE – 00004

Diagnostická doména č. 11 BEZPEČNOST – OCHRANA

Třída č. 1 INFEKCE

Riziko infekce je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka zvýšeně ohroženého vstupem patogenních organismů do těla.

Rizikový faktory:

- nedostatečný primární ochranný systém (poraněná kůže, traumatizovaná tkáň)

Očekávaný výsledek:

- u klientky nedojde k rozvoji infekce během pobytu na oddělení šestinedělí

Ošetřovatelské intervence:

- sledovat celkové i místní projevy infekce několikrát během dne
- kontrolovat místo vpichu periferního žilního katetru
- sledovat a eliminovat všechny faktory související s výskytem infekce
- kontrolovat vitální funkce dle ordinace lékaře
- poučit klientku o důležitosti hygienických zásad, dbát na jejich dodržování
- poučit klientku o čistotě rukou, o mytí rukou po každé manipulaci s vložkami a před každým kojením
- plnit ordinace lékaře

Realizace:

Klientku byla poučena hygienických zásadách po příjezdu na oddělení šestinedělí. Průběžně bylo kontrolováno jejich dodržování. Projevy infekce jsem kontrolovány několikrát denně. Fyziologické funkce byly měřeny dle ordinace lékaře. První den po porodu byla klientce vyndána flexila.

Hodnocení:

Klientka dodržuje hygienické zásady. Infekce u ní nevznikla. **Cíl byl splněn.**

RIZIKO ZÁCPY - 00015

Diagnostická doména č. 3 VYLUČOVÁNÍ A VÝMĚNA

Třída č. 2 GASTROINTESTINÁLNÍ FUNKCE

Riziko zácpy je standardizovaný název ošetřovatelského problému člověka ohroženého méně častou defekací provázenou obtížným nebo nekompletním vyprázdněním nadměrně tuhé stolice.

Rizikové faktory:

- soli železa
- hemeroidy

Očekávaný výsledek:

- klientka netrpí zácpou při pobytu na oddělení šestinedělí.

Ošetrovatelské intervence:

- denně sledovat a zaznamenávat do dokumentace pravidelnost stolice
- klientku edukovat o důležitosti správného pitného režimu jako prevence zácpy
- při zjištění hemeroidů podávat analgetické masti dle ordinace lékaře
- při zjištění zácpy informovat lékaře
- podávat laxantia, miniklyzma dle ordinace lékaře

Realizace:

Klientka byla edukována o důležitosti správného pitného režimu po převozu na oddělení šestinedělí a průběžně bylo kontrolováno jeho dodržování. Denně byla sledována a zaznamenávána do dokumentace pravidelnost stolice.

Hodnocení:

Klientka dodržovala pitný režim a během pobytu na oddělení šestinedělí netrpěla zácpou.

Cíl byl splněn.

RIZIKO PÁDŮ – 00155

Diagnostická doména č. 11 BEZPEČNOST-OCHRANA

Třída č. 2 TĚLESNÉ POŠKOZENÍ

Riziko pádů je standardizovaný název ošetrovatelského problému dospělého nebo dítěte se zvýšenou náchylností k pádům, které mu mohou navodit zranění.

Rizikové faktory:

- kooperativní stavy
- neznámé prostředí

Očekávaný výsledek:

- klientka neupadne po celý pobyt na oddělení

Ošetrovatelské intervence:

- seznámit klientku se signalizací po převozu na oddělení
- poučit klientku, aby poprvé po porodu vstávala pod dozorem zdravotnického personálu
- poučit klientku, aby ošetrovatelskému personálu hlásila změnu stavu (nevolnost, průjem, závratě...)

Realizace:

Klientka byla poučena o používání signalizace a o nutnosti hlásit změnu stavu zdravotnickému personálu po převozu na oddělení šestinedělí. Klientka poprvé od porodu vstávala pod dohledem porodní asistentky.

Hodnocení:

Klientka se nezranila. **Cíl byl splněn.**

2.3 Případová studie č. 3 – vakuumextrakce

Paní N. D. přišla na porodní sál Fakultní nemocnice v Hradci Králové dne 9.4. 2010 v 22:30 pro kontrakce po pěti minutách. Udávala zchovalou vodu plodovou. Gravidita probíhala bez komplikací, po spontánní koncepci.

Klientka byla vaginálně vyšetřena porodní asistentkou. Pro pokročilý vaginální nález byla bez přípravy k porodu převedena na porodní box, kde byl natočen CTG záznam a sepsána lékařská a ošetrovatelská dokumentace. Lékař klientku zevně vyšetřil a provedl pelvimetrii. 9.4. 2010 v 23:05 byla provedena dirupce vaku blan, odtéká silně zkalená voda plodová. Lékař indikoval kontinuální CTG sledování. PA na porodní box doprovodila otce dítěte.

Anamnéza:

Rodinná anamnéza: rodiče a sourozenci zdraví, VVV neudává

Osobní anamnéza: běžná dětská onemocnění, vážněji nestonala, operace neprodělala, transfuze nikdy nedostala

Sociální anamnéza: svobodná, bydlí s partnerem v rodinném domě.

Gynekologická anamnéza: s ničím se neléčila, menses od 14 let, 28/5

Pracovní anamnéza: pracuje jako přepážková pracovnice na poště

Alergická anamnéza: alergie neudává

Abúzus: nekouří, alkohol nepije,

Předchozí těhotenství: porody 1–císařský řez pro nepostupující porod ve II. DP, potraty 0, UUT 0

Nynější těhotenství: HAK nebrala, léky v těhotenství nebrala, hospitalizována nebyla

Výsledky z prenatální poradny:

KS + Rh - O pozitivní

Protilátky – neprokázané

HIV – negativní

AMC – pro věk matky, normální karyotyp XX

UZ v I. a II. trimestru - v normě, TP souhlasí

HbsAg - negativní

GBS - negativní

Tripple test - negativní

oGTT - v normě

BWR – negativní

Základní screeningová vyšetření při příjmu:

Iniciály: N. D.

Věk: 30 let

Délka gestace: 38+1, partus maturus incipiens

Gravidita: II

Parita: II

PM: 1.7. 2009

TP: 21.4. 2010

TK: 130/80

P: 80, pravidelný

TT: 36,7°C

Hmotnost při přijetí: 79 kg

Hmotností přírůstek během gravidity: 14 kg

Výška: 164 cm

BMI: 24

Moč na bílkovinu: negativní

Celkový vzhled, úprava, hygiena: upravená, čistotná

Zrak: zhoršený, nosí brýle

Porodnické vyšetření při příjmu:

Vaginální vyšetření: branka v průměru 6-7 cm, hlavička naléhá v zachovalém VB

Zevní vyšetření: děloha tonizovaná, SF 38 cm, PPHI postavení I. obyčejné, KR 3 prsty nad sponou

Pelvimetrie: 27, 32, 35, 21

CTG: fyziologický reaktivní záznam

Průběh porodu:

I. doba porodní

Pravidelné děložní kontrakce začaly dne 9.4. 2010 v 20: 30. Dirupce VB byla provedena dne 9.4. 2010 v 23:05, odtéká zkalená voda plodová. Indikováno kontinuální CTG monitoring, suspektní záznam. Kontrakce posíleny infuzí s Oxytocinem 5 IU + 500 ml F1/1 i.v. Pravidelné děložní kontrakce vedou k postupnému zániku porodnické branky.

II. doba porodní

Porodnická branka zanikla dne 10.4. 2010 v 01:35. Po zániku branky rodička tlačila, pro krátkodobou alteraci ozev plodu na bazální frekvenci 80 ozev plodu za minutu byl přivolán vedoucí lékař služby, který indikoval porod ukončit vakuumextrakcí. Po vycévkování a znecitlivění hráze 1% Mesocainem provedl vydatnou laterální epiziotomii a během jedné trakce byl vybaven živý, křičící plod. Astrup dítěte byl 7,29.

III. doba porodní

Aktivní vedení třetí doby porodní, aplikovány 2 IU Oxytocinu i.v.. Porod lůžka dne 10.4. 2010 v 01:40. Placenta se rodí středem, celistvá, blan dostatek.

IV. doba porodní

Lékař provedl revizi porodního poranění. Byla zjištěna ruptura pochvy v prodloužení epiziotomie a provedena sutura porodního poranění. Pro velký rozsah poranění byla zavedena drenáž. Krevní ztráta byla 300 ml. Rodička dvě hodiny po porodu nevstávala, byla cévkována. Flexila byla ponechána.

2.3.1 Posouzení současného stavu potřeb v NANDA doménách

Diagnostická doména č. 1 – PODPORA ZDRAVÍ

Klientka svůj zdravotní stav hodnotí jako dobrý. Aby si udržela zdraví, dodržuje zdravou výživu, pravidelně navštěvuje kurzy jógy a břišní tance. Klientka nekouří a nepije alkohol. Na gynekologické preventivní vyšetření chodí pravidelně. Od 13. týdne těhotenství pravidelně navštěvuje prenatální poradnu u svého gynekologa. Předporodní kurzy ani těhotenský tělocvik nenavštěvovala, jógu i břišní tance prováděla i v těhotenství. Selfmonitoring prsu provádí nepravidelně. U porodu by si přála mít partnera jako psychickou oporu.

Diagnostická doména č. 2 – VÝŽIVA

Klientka nedrží žádnou dietu, chuť k jídlu má normální. Snaží se jíst podle zásad zdravé výživy. Její typický denní příjem je snídaně, svačina, oběd, svačina a večeře. Poruchy polykání nemá, udává pálení žáhy po jídle.

Denně vypije 2 – 2,5 litry tekutin, především vody. Pocit žízně má zvýšený. Poranění a kůže sliznic se jí hojí bez větších problémů.

Diagnostická doména č. 3 – VYLUČOVÁNÍ A VÝMĚNA

Klientka problémy s mikcí neudává. Moč je bez příměsí a zápachu.

Klientka se vyprazdňuje pravidelně, 1–2x denně. Léky k vyprazdňování neužívá. Stolica je fyziologické barvy, bez příměsí. Klientka nezvrací, potí se přiměřeně.

Diagnostická doména č. 4 – AKTIVITA – ODPOČINEK

Udává dostatek energie na denní činnosti. Pravidelně navštěvuje kurzy jógy a břišní tance. Tyto aktivity prováděla i během těhotenství. Nejčastější denní aktivity jsou nakupování, domácí práce a péče o syna. Volný čas tráví spíše aktivně, ale ráda relaxuje nad dobrou knihou.

Problémy se spánkem neudává, spí celou noc a po ránu se cítí odpočinitá.

Diagnostická doména č. 5 – VNÍMÁNÍ – POZNÁVÁNÍ

Klientka má zhoršený zrak na pravé i levé oko, trpí krátkozrakostí. Nosí brýle. S čichem problémy a sluchem problémy nemá.

Diagnostická doména č. 6 – VNÍMÁNÍ SEBE SAMA

Klientka se považuje spíše za optimistu, plně si důvěřuje. Se svým vzhledem je částečně spokojená.

Diagnostická doména č. 7 – VZTAHY

Klientka je zaměstnaná na pozici přepážkové pracovnice na poště, nyní je na mateřské dovolené. Se svým zaměstnáním je spokojená.

Klientka je svobodná, bydlí s partnerem v rodinném domě. Vztahy v rodině hodnotí jako dobré.

Klientka je přátelská a komunikativní, má ráda společnost svých blízkých a přátel.

Jako psychickou oporu by si u porodu přála mít partnera.

Diagnostická doména č. 8 – SEXUALITA

Klientka neudává žádné sexuální obtíže, pohlavní styk měla i v těhotenství.

Menarché měla klientka ve 14 letech. Menstruaci má pravidelnou v cyklu 28/4, spíše slabší a nebolestivou. Hormonální antikoncepci nebrala. Klientka je těhotná podruhé, potrat ani umělé přerušování těhotenství neměla. První dítě porodila císařským řezem.

Diagnostická doména č. 9 – ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽĚ – ODOLNOST VŮČI STRESU

Klientka napětí neprožívá moc často, většinou ho vyvolávají problémy v zaměstnání. Stres se snaží zvládat relaxací a velkou oporu cítí v partnerovi. Nyní pociťuje obavy a nejistotu z porodu.

Diagnostická doména č. 10 – ŽIVOTNÍ PRINCIP

Pro klientku je nejdůležitější rodina a zdraví a to jak její, tak rodinných příslušníků. Klientka je ateistka.

Diagnostická doména č. 11 – BEZPEČNOST – OCHRANA

Alergická reakce se u klientky nikdy nevyskytla. Riziko infekce prozatím není zvýšeno.

Diagnostická doména č. 12 – KOMFORT

Klientka udává děložní kontrakce po pěti minutách, směřující do podbřišku. Myslí si, že bolest snáší dobře.

Diagnostická doména č. 13 – RŮST A VÝVOJ

Růst a vývoj je u klientky v normě.

2.3.2 Plán ošetrovatelské péče při pobytu na oddělení šestinedělí

OCHOTA DOPLNIT DEFICITNÍ VĚDOMOSTI – 00161

Diagnostická doména č. 5 VNÍMÁNÍ A POZNÁVÁNÍ

Třída č. 4 POZNÁVÁNÍ

Ochota doplnit deficitní vědomosti je standardizovaný název situace klientka, kdy míra poučení o konkrétním tématu odpovídá zdravotním cílům, ale může být zdokonalena.

Určující znaky:

- má zájem se něco konkrétního naučit
- má s tématem nedostatečnou předchozí zkušenost

Očekávaný výsledek:

- klientka bude seznámena s oddělením a chodem na něm
- klientka bude mít dostatek informací o hygienických zásadách a o správné péči o prsy

Ošetrovatelské intervence:

- zjistit úroveň vědomostí klientky nebo její předchozí zkušenosti v této problematice
- seznámit klientku s oddělením, se signalizací a s chodem na něm
- edukovat klientku o péči o prsy
- dát prostor pro otázky a ochotně na ně odpovídat po celý průběh pobytu
- zpětnou vazbou ověřit, zda klientka informacím porozuměla
- poskytnout edukační materiály, letáky

Realizace:

Klientka byla seznámena s oddělením a chodem na něm po příjezdu na oddělení šestinedělí, byla poučena o signalizaci a o hygienickém režimu. O péči o prsy byla klientka edukována ráno v den porodu.

Hodnocení:

Klientka je seznámena s chodem na oddělení šestinedělí, má dostatek informací o péči o prsy a informacím porozuměla. **Cíl byl splněn.**

PORUŠENÁ TKÁŇOVÁ INTEGRITA – 00044

Diagnostická doména č. 11 BEZPEČNOST – OCHRANA

Třída č. 2 TKÁŇOVÉ POŠKOZENÍ

Porušená tkáňová integrita je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka s poškozenou sliznicí, rohovkou, kožním systémem nebo podkožní vrstvou.

Určující znaky:

- poškozená nebo zničená tkáň

Související faktory:

- mechanické vlivy

Očekávané výsledky:

- u klientky dojde k zahojení porodního poranění per primam
- nenastanou komplikace během hojení porodního poranění

Ošetrovatelské intervence:

- edukovat klientku o správné péči o porodní poranění a o důležitosti hygieny v oblasti

zevního genitálu

- doporučit klientce sprchování rodidel teplou vodou několikrát denně a po každém vyprázdnění
- sledovat stav porodního poranění–krvácení, hematom, edém, hojení rány
- při otoku sutury přikládat led na hráz
- sledovat celkové i místní projevy infekce–zarudnutí, bolest, sekrece, zvýšení tělesné teploty, fyziologické funkce
- při hojení per secundam dle ordinace lékař podávat medikace, např. lokální ATB, čistící a granulační přípravky aj.

Realizace:

Klientka byla edukována o správné péči o porodní poranění v den porodu ráno. Byla poučena o důležitosti častého sprchování, především po každém vyprázdnění, teplou vodou, bez použití glycerinových mýdel. Klientce bylo doporučeno používání bavlněného spodního prádla a časté větrání porodního poranění. Stav porodního poranění byl zkontrolován po převozu na oddělení a následně při každé vizitě. Celý pobyt na oddělení den byl klientce přikládán led na hráz. Drenáž byla klientce odstraněna druhý den po porodu při ranní vizitě. Dle ordinace lékaře byly měřeny fyziologické funkce.

Hodnocení:

U klientky se v místě poranění objevil edém a mírný podkožní hematom. **Cíl byl splněn částečně.**

AKUTNÍ BOLEST – 00132

Diagnostická doména č. 12 KOMFORT

Třída č. 1 TĚLESNÝ KOMFORT

Akutní bolest je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka, který prožívá nepříjemnou bolest, jež má intenzitu od střední k prudké, má náhlý nebo pozvolný nástup a je u ní předpoklad vymizení do 6 měsíců.

Určující znaky:

- sdělení nebo označení bolesti
- vyhledávání poloh snižujících bolest

Související faktory:

- poškozující agens

Očekávaný výsledek:

- klientka udává zmírnění nebo vymizení bolesti

Ošetřovatelské intervence:

- vnímat subjektivní hodnocení bolesti klientky
- sledovat neverbální projevy bolesti (změny chování, úlevová poloha, mimika aj.)
- zjistit charakter, intenzitu a lokalizaci bolesti dle VAS (vizuální analogová škála)
- v případě zjištění bolesti založit záznam hodnocení bolesti, aktualizovat jej
- dle ordinace podávat analgetika a sledovat jejich účinek
- při otoku sutury, přikládat klientce led na hráz
- při poranění bradavek přikládat ledové obklady, hojivé masti
- při zatvrdnutí mléka doporučit masáže prsu, odstříkávání mléka a teplé obklady
- zajistit klientce dle jejího přání pomůcky zlepšující komfort klientky, například molitanový kruh

Realizace:

Klientka v den porodu ráno udávala tupou bolest na hrázi, kterou ohodnotila VAS 4. V tento den jí byla analgetika podána celkem 4x (Dicloream 50 mg supp.). První den bolest ohodnotila VAS 2, analgetika jí byla podána jen 2x, další podání již odmítala. Druhý den po porodu již bolest neudávala-VAS 0. Klientce byl zapůjčen molitanový kruh a přikládán led na hráz celý pobyt na oddělení.

Hodnocení:

Klientka ohodnotila hodinu po podání analgetik VAS 0, bolest byla zmírněna. Druhý den po porodu již bolest neudávala. Stanovený **cíl byl splněn.**

ÚNAVA – 00093

Diagnostická doména č. 4 AKTIVITA – ODPOČINEK

Třída č. 3 ENERGETICKÁ ROVNOVÁHA

Únava je standardizovaný název ošetřovatelského problému člověka s nepřekonatelným a stálým pocitem vyčerpání a se sníženou schopností vykonávat tělesnou i psychickou práci.

Určující znaky:

- nárůst potřeby odpočinku
- unavenost, ospalost

Související faktory:

- stres
- zvýšená tělesná námaha

Očekávané výsledky:

- klientka během dne nepocítuje únavu
- klientka má dostatek energie na péči o dítě

Ošetřovatelské intervence:

- zjistit všechny příčiny vyvolávající současný stav
- zajistit klidné prostředí pro odpočinek klientky
- doporučit klientce činnosti vhodné k relaxaci

Realizace:

Klientka byla velmi unavená po převozu na oddělení šestinedělí i následující ráno. Proto byl pro klientku zvolen pokoj, kde byla sama a měla dostatečný klid pro odpočinek. Dítě zůstalo po dohodě s dětskými sestrami na novorozeneckém oddělení. V poledne již klientka měla dítě u sebe.

Hodnocení:

Klientka si po porodu odpočinula a na další péči o dítě již měla dostatek energie. **Cíl byl splněn.**

RIZIKO INFEKCE – 00004

Diagnostická doména č. 11 BEZPEČNOST – OCHRANA

Třída č. 1 INFEKCE

Riziko infekce je standardizovaný název ošetřovatelského problému člověka zvýšeně ohroženého vstupem patogenních organizmů do těla.

Rizikový faktory:

- nedostatečný primární ochranný systém (poraněná kůže, traumatizovaná tkáň)

Očekávaný výsledek:

- u klientky nedojde k rozvoji infekce během pobytu na oddělení šestinedělí

Ošetřovatelské intervence:

- sledovat celkové i místní projevy infekce několikrát během dne
- kontrolovat místo vpichu periferního žilního katetru
- sledovat a eliminovat všechny faktory související s výskytem infekce
- kontrolovat vitální funkce dle ordinace lékaře
- poučit klientku o důležitosti dodržování hygienických zásad, dbát na jejich dodržování
- poučit klientku o čistotě rukou, o mytí rukou po každé manipulaci s vložkami a před každým kojením

Realizace:

Klientce byla po porodu preventivně podána ATB (Amoksiklav i.v.) Další dávka ATB byla podána v 10:30. Klientka byla poučena hygienických zásadách po příjezdu na oddělení šestinedělí. Průběžně bylo kontrolováno jejich dodržování. Projevy infekce byly kontrolovány několikrát denně. Fyziologické funkce byly měřeny dle ordinace lékaře. První den po porodu byla klientce vyndána flexila.

Hodnocení:

Klientka dodržuje hygienické zásady. Infekce u ní nevznikla. **Cíl byl splněn.**

RIZIKO DEFICITU TĚLESNÝCH TEKUTIN – 00028

Diagnostická doména č. 2 VÝŽIVA

Třída č. 5 HYDRATAČE

Riziko deficitu tělesných tekutin je standardizovaný název ošetřovatelského problému člověka, který je ohrožen vaskulární, celulární nebo intracelulární dehydratace.

Rizikové faktory:

- ztráta tekutin abnormálními cestami

Očekávaný výsledek:

- u klientky nedojde k rozvoji dehydratace

Ošetřovatelské intervence:

- poučit klientku o důležitosti správného pitného režimu
- zpětnou vazbou si ověřit, zda klientka poučení porozuměla
- sledovat dodržování správného pitného režimu
- několikrát denně kontrolovat krvácení z dělohy a z porodního poranění
- sledovat známky dehydratace, fyziologické funkce, snížený kožní turgor, suchost kůže a sliznic, snížení náplně krčních žil
- pečovat o drenáž, kontrolovat sekret z drenáže

Realizace:

Klientku byla poučena o nutnosti dodržovat správný pitný režim v den porodu odpoledne. Průběžně bylo sledováno jeho dodržování. Krvácení a drenáž bylo zkontrolováno po převozu na oddělení, v den porodu několikrát denně, další dny jednou denně při vizitě. Průběžně byly sledovány známky dehydratace. Fyziologické funkce byly měřeny dle ordinace lékaře.

Hodnocení:

Klientka dodržuje zásady správného pitného režimu, krvácení a odchod očístků byl přiměřený. K rozvoji dehydratace nedošlo. **Cíl byl splněn.**

RIZIKO ZÁCPY - 00015

Diagnostická doména č. 3 VYLUČOVÁNÍ A VÝMĚNA

Třída č. 2 GASTROINTESTINÁLNÍ FUNKCE

Riziko zácpy je standardizovaný název ošetřovatelského problému člověka ohroženého méně častou defekací provázenou obtížným nebo nekompletním vyprázdněním nadměrně tuhé stolice.

Rizikové faktory:

- soli železa
- hemeroidy

Očekávaný výsledek:

- klientka netrpí zácpou při pobytu na oddělení šestinedělí.

Ošetrovatelské intervence:

- denně sledovat a zaznamenávat do dokumentace pravidelnost stolice
- klientku edukovat o důležitosti správného pitného režimu jako prevence zácpy
- při zjištění hemeroidů podávat analgetické masti dle ordinace lékaře
- při zjištění zácpy informovat lékaře
- podávat laxantia, miniklyzma dle ordinace lékaře

Realizace:

Klientka byla edukována o důležitosti správného pitného režimu po v den porodu po probuzení a průběžně bylo kontrolováno jeho dodržování. Denně byla sledována a zaznamenávána do dokumentace pravidelnost stolice.

Hodnocení:

Klientka dodržovala pitný režim a během pobytu na oddělení šestinedělí netrpěla zácpou.

Cíl byl splněn.

RIZIKO PÁDŮ – 00155

Diagnostická doména č. 11 BEZPEČNOST-OCHRANA

Třída č. 2 TĚLESNÉ POŠKOZENÍ

Riziko pádů je standardizovaný název ošetrovatelského problému dospělého nebo dítěte se zvýšenou náchylností k pádům, které mu mohou navodit zranění.

Rizikové faktory:

- kooperativní stavy
- neznámé prostředí

Očekávaný výsledek:

- klientka neupadne po celý pobyt na oddělení

Ošetrovatelské intervence:

- seznámit klientku se signalizací po převozu na oddělení
- poučit klientku, aby poprvé po porodu vstávala pod dozorem zdravotnického personálu
- poučit klientku, aby ošetrovatelskému personálu hlásila změnu stavu (nevolnost, průjem, bolest hlavy...)

Realizace:

Klientka byla poučena o používání signalizace a o nutnosti hlásit změnu stavu zdravotnickému personálu po převozu na oddělení šestinedělí. Klientka poprvé od porodu vstávala pod dohledem porodní asistentky.

Hodnocení:

Klientka se nezranila. **Cíl byl splněn.**

3 Mapa péče o šestinedělku po operačním ukončení porodu vaginální cestou

Mapa péče sleduje jednotlivé kroky PA při péči o šestinedělku po operačním ukončení porodu vaginální cestou. Do mapy jsem zařadila aktuální a potencionální diagnózy, které vyplývají z průběhu operačního porodu. V mapě je vyčleněna část pro diagnózy, které nejsou typické pro šestinedělku po tomto výkonu, ale dávají prostor pro individuální potřeby klientek. PA u konkrétní ženy vybere aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy. Diagnózy stanoví sledováním, rozhovorem s klientkou, z anamnézy a z dokumentace průběhu porodu. U každé diagnózy jsou rozpracovány jednotlivé činnosti, které mají vézt k odstranění problému klientky. Dle situace zvolí intervence, kterými se v průběhu péče řídí.

Mapa je sestavena na jednotlivé dny pobytu šestinedělky na oddělení, například den přijetí, 1. den po porodu, 2. den atd. V bakalářské práci je znázorněna pouze jedna mapa péče, která se vztahuje ke dni přijetí klientky na oddělení. (viz Tab. 1). Na následující dny bude platná stejná tabulka, jelikož potřeby klientek a činnosti PA jsou během celého pobytu na oddělení téměř shodné. Hodnocení péče vykonává PA vždy na konci konkrétního dne.

Jméno + Příjmení:				
	OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	CÍLE	INTERVENCE	HODNOCENÍ
V den přijetí	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ochota doplnit deficitní vědomosti	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> klientka bude seznámena s oddělením <input type="checkbox"/> klientka bude poučena o správné péči o prsy	<u>Edukace klientky o:</u> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> chodu oddělení <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> péči o prsy <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ověřit, zda porozuměla <u>Činnosti PA:</u> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> seznámit klientku s oddělením <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> seznámit klientku se signalizací <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> jiné.....	<input type="checkbox"/> klientka je seznámena s chodem oddělení <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> respektuje chod oddělení <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nerespektuje chod odd. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dodržuje správnou péči o prsy <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nedodržuje správnou péči o prsy
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Porušená tkáňová integrita	<input type="checkbox"/> nenastanou komplikace během hojení porodního poranění <input type="checkbox"/> u klientky dojde k zahojení porodního poranění per primam	<u>Edukace klientky o:</u> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> hygieně v oblasti zevního genitálu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> péči o porodní poranění <u>Činnosti PA:</u> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sledovat stav porodního poranění (při přijetí, při vizitě) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sledovat celkové a místní projevy infekce <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> přikládat led na hráz <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zapůjčit molitanový kruh <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> podávat medikaci dle ordinace lékaře <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> jiné.....	<input type="checkbox"/> nedošlo ke vzniku žádných komplikací <input type="checkbox"/> vznikly komplikace: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> hematom <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> infekce <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dehiscence <input type="checkbox"/> edém <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> jiné..... Poranění je zhojeno: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> per primam <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> per secundam
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Akutní bolest	<input type="checkbox"/> zmírnění nebo vymizení bolesti	<input type="checkbox"/> podávat analgetika dle ordinace lékaře <input type="checkbox"/> přikládat led na hráz <input type="checkbox"/> zapůjčit molitanový kruh <input type="checkbox"/> sledovat intenzitu, lokalizaci a charakter bolesti dle VAS <input type="checkbox"/> jiné.....	<input type="checkbox"/> udává zmírnění nebo vymizení bolesti <input type="checkbox"/> udává přetrvávání bolesti

	OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	CÍLE	INTERVENCE	HODNOCENÍ
V den přijetí	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Únava	<input type="checkbox"/> klientka bude mít dostatek energie na péči o dítě	<input type="checkbox"/> zajistit klientce klidné prostředí <input type="checkbox"/> doporučit klientce vhodné relaxační metody <input type="checkbox"/> jiné.....	<input type="checkbox"/> udává dostatek energie <input type="checkbox"/> únava přetrvává
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Strach dítě	<input type="checkbox"/> strach bude zmírněn nebo vymizí	<input type="checkbox"/> zajistit dostatek informací od lékaře <input type="checkbox"/> umožnit kontakt s rodinou <input type="checkbox"/> naslouchat a být psychickou oporou <input type="checkbox"/> jiné.....	<input type="checkbox"/> strach je zmírněn <input type="checkbox"/> strach přetrvává
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Situačně snížená sebeúcta	<input type="checkbox"/> klientka nebude pociťovat selhání	<input type="checkbox"/> aktivně naslouchat <input type="checkbox"/> být psychickou oporou <input type="checkbox"/> jiné.....	Podporu: <input type="checkbox"/> přijímá <input type="checkbox"/> odmítá Psychický stav: <input type="checkbox"/> zlepšení <input type="checkbox"/> beze změny
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Riziko infekce	<input type="checkbox"/> nedojde k rozvoji infekce	<u>Edukace klientky o:</u> <input type="checkbox"/> čistotě rukou <input type="checkbox"/> hygienických zásadách <input type="checkbox"/> jiné..... <u>Činnosti PA:</u> <input type="checkbox"/> sledovat projevy infekce <input type="checkbox"/> sledovat místo vpichu PŽK <input type="checkbox"/> eliminovat riziko infekce <input type="checkbox"/> kontrolovat FF <input type="checkbox"/> plnit ordinace lékaře <input type="checkbox"/> jiné.....	Infekce: <input type="checkbox"/> vznikla <input type="checkbox"/> nevznikla Flexila: <input type="checkbox"/> nemá <input type="checkbox"/> ex <input type="checkbox"/> ponechána

V den přijetí	OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	CÍLE	INTERVENCE	HODNOCENÍ
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Riziko deficitu tělesných tekutin <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Deficit tělesných tekutin	<input type="checkbox"/> u klientky nedojde k rozvoji dehydratace <input type="checkbox"/> klientka bude dostatečně hydratována	<u>Edukace klientky o:</u> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> pitném režimu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ověřit, zda edukaci porozuměla <u>Činnosti PA:</u> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sledovat dodržování pitného režimu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sledovat známky dehydratace <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> měřit FF dle ordinace lékaře <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> kontrolovat krvácení <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> podávat infuzní terapii dle ordinace lékaře <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> podávat transfuze dle ordinace lékaře <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> provádět odběry krve dle ordinace lékaře <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sledovat diurézu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> jiné.....	K rozvoji dehydratace: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nedošlo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> došlo Klientka dostatečně hydratována: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> je <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> není
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Riziko zácpy	<input type="checkbox"/> u klientky nedojde k rozvoji zácpy	<u>Edukace klientky o:</u> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> pitném režimu <u>Činnosti PA:</u> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> denně sledovat a zaznamenávat vyprazdňování stolice <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> při zjištění zácpy informovat lékaře <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> podávat medikaci dle ordinace lékaře	Zácpa: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> vznikla <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nevznikla
	<input type="checkbox"/> Riziko pádů	<input type="checkbox"/> klientka se nezraní	<u>Edukace klientky o:</u> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> prvním vstávání po porodu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> použití signalizace <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> o nutnosti hlásit změnu stavu	Klientka: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> se zranila <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> se nezranila
	<input type="checkbox"/> Jiné.....			

Závěr

V bakalářské práci jsem se věnovala tématu operačního ukončení porodu vaginální cestou. V teoretické části jsem charakterizovala konkrétní porodnické operace, u každé operace jsem se zmínila o úkolech porodní asistentky, důraz jsem kladla také na komplikace vyplývající z dané operace, jelikož právě to je zásadní při další péči o ženu po tomto výkonu. V závěru teoretické části se stručně zmiňuji o období šestinedělí, především se věnuji péči o klientku v tomto období. Teorii jsem se snažila dokreslit výstižnými obrázky, které jsou umístěny v příloze.

V praktické části jsem zpracovala tři případové studie o ženách po operačním ukončení porodu vaginální cestou. Mé téma je velmi rozsáhlé, mezi operace ukončující porod vaginální cestou spadá několik, především z ošetrovatelského hlediska, rozdílných problematik. Cílem mé práce bylo vybrat ženy po různých operacích a na ně vypracovat plán péče, ve kterém by byly patrné odlišnosti v péči. Tohoto cíle se mi bohužel nepodařilo dosáhnout, protože jsem při své praxi nebyla přítomna třem odlišným porodnickým operacím ukončujících porod. Z tohoto důvodu jsem vybrala jednu ženu po porodu per forcipem a dvě ženy po vakuumextrakci. Na každou klientku jsem sestavila plán péče, ve kterém se zabývám individuálními potřebami dané klientky. U všech klientek byly stanoveny téměř shodné ošetrovatelské diagnózy, které jsem pro přehlednost rozpracovala u každé klientky zvlášť. Klientka po porodu per forcipem udávala strach o dítě a zklamání sebe samu, což klientky po vakuumextrakci nepociťovaly. Tento výsledek může být zkrácen individuálními vlastnostmi klientek a nelze z něho dělat žádné závěry.

Plán péče mi pomohl při výběru vhodných diagnóz, které byly použity v mapě péče o ženy po operačním ukončení porodu vaginální cestou.

Soupis bibliografických citací

1. KOBILKOVÁ, J. a kol. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vyd. Praha : Galén, Karolinum, 2005. ISBN 80-7262-315-X. ISBN 80-246-1112-0.
2. ROZTOČIL, A. a kol. *Porodnictví*. 1. vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. ISBN 80-7013-339-2.
3. ČECH, E. a kol. *Porodnictví*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1313-9.
4. ROZTOČIL, Aleš. Dnešní místo kleští v porodnictví. *Lékařské listy* [online]. 4.5.2009, 6, [cit. 2010-04-12]. Dostupný z WWW: <nemji.cz>.
5. OSTRČIL, Antonín. *Www.porodnici.cz* [online]. 2006 [cit. 2010-04-12]. Porodnická encyklopedie. Dostupné z WWW: <porodnici.cz>. ISSN 1802-5560.
6. DOLEŽAL, A. a kol. *Porodnické operace*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-0881-2.
7. DOLEŽAL, A. *Od babictví k porodnictví*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0277-6.
8. PESCHOUT, Roman. Forceps (porodnické kleště). *Moderní babictví* [online]. 2008, 16, [cit. 2010-04-12]. Dostupný z WWW: <levret.cz>.
9. DUŠKOVÁ, B.; MAREČKOVÁ, J. *Úvod k péči porodní asistentky o těhotnou ženu při nepravidelném porodu*. 1. vyd. Ostrava : Ostravská univerzita v Ostravě, Fakulta zdravotnických studií, 2009. ISBN 978-80-7368-663-5.
10. VĚTR, Miroslav. Vakuumextrakce. *Moderní babictví* [online]. 2003, 1, [cit. 2010-04-12]. Dostupný z WWW: <levret.cz>.
11. ROZTOČIL, A. a kol. *Intenzivní péče na porodním sále*. 1. vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1996. ISBN 80-7013-230-2.
12. ZWINGER, A. et al. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha : Galén, Karolinum, 2001. ISBN 80-7262-257-9. ISBN 80-246-0822-7.
13. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247-1399-3.

Seznam zkratek

AMC	amniocentéza
ATB	antibiotika
BMI	body mass index
CTG	kardiotokograf
DM	Diabetes mellitus
DP	doba porodní
FF	fyziologické funkce
HAK	hormonální antikoncepce
i.v.	intravenózně
KR	krční rýha
KS	krevní skupina
oGTT	orálně glukózotoleranční test
P	pulz
PA	porodní asistentka
PM	poslední menstruace
PPHl	poloha podélná hlavičkou
PS	porodní sál
PŽK	periferní žilní katetr
Rh	rhesus faktor
SF	spona - fundus
TK	tělesný tlak
TP	termín porodu
UUT	umělé ukončení těhotenství
UZ	ultrazvuk
VAX	vakuumextrakce
VP	voda plodová
VVV	vrozená vývojová vada

Seznam příloh

Příloha A: obrázky

Příloha B: VAS

Příloha C: informovaný souhlas s výkonem

Příloha A: Obrázky

Obr.1: Forceps Simson



Obr. 2: Forceps Breus

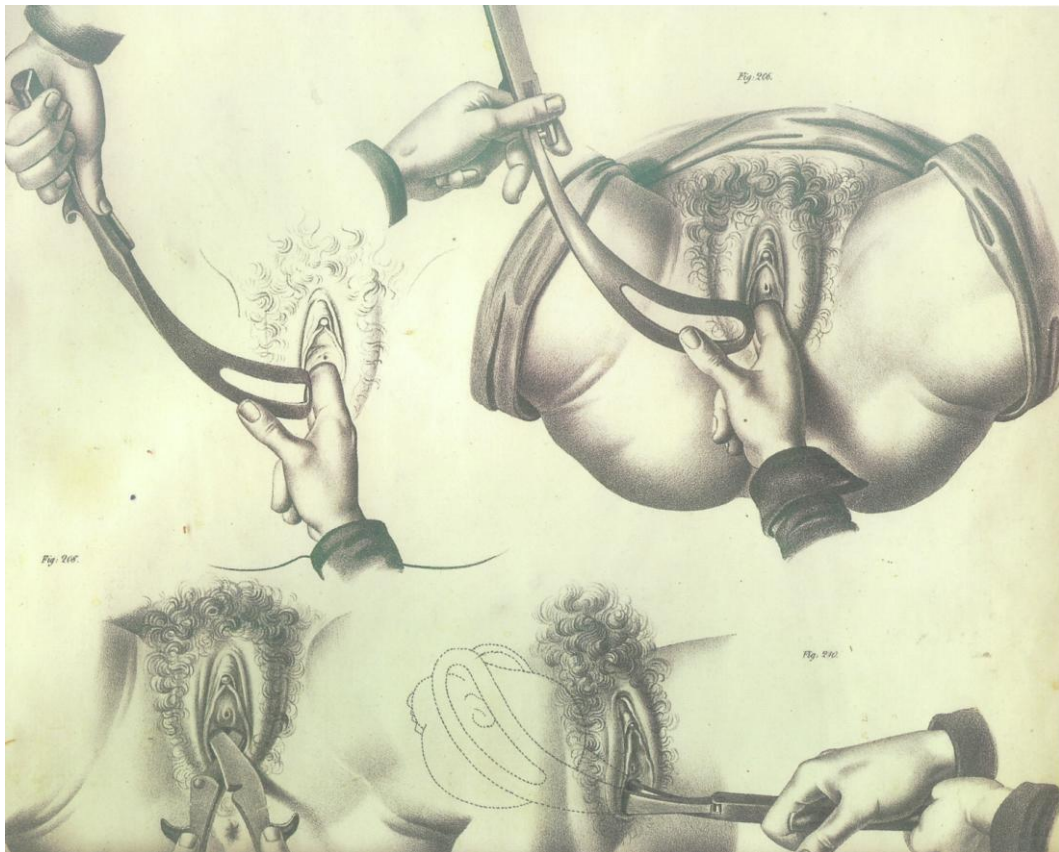


Obr. 3: Forceps Kjelland



Obrázek dostupný z: <http://www.zambon.es/areasterapeuticas/03mujer/atlas/fichas/6145.htm>

Obr. 4: Nakládání kleští



Obrázek dostupný z: http://www.porodnice.com/upload/prednasky-kurz2/porodnicke_kleste_forceps2.ppt

Obr. 5: Vakuumextraktor



Obr. 6: Extrakce hýždí



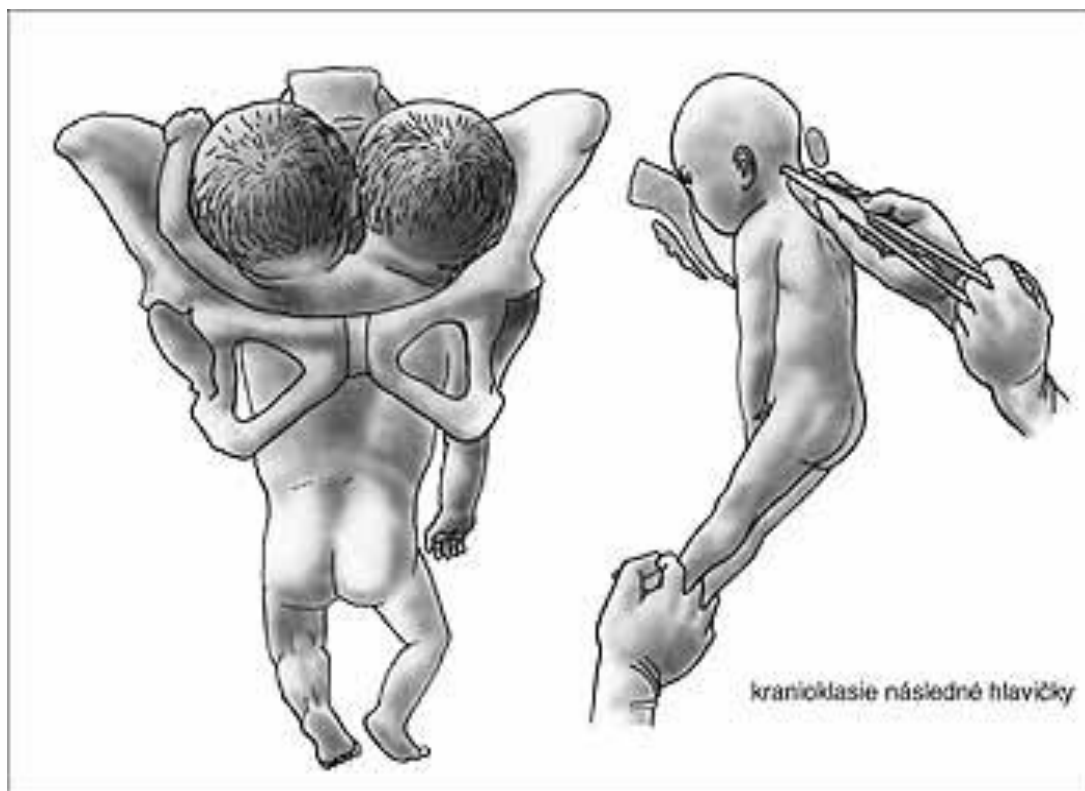
<http://www.porodnici.cz/porodnicke-operace>

Obr. 7: Vybavení hlavičky Mauriceau-Smelliho hmatem



<http://www.porodnici.cz/porodnicke-operace>

Obr. 8: Zmenšovací operace



<http://www.porodnici.cz/porodnicke-operace>

Obr. 9: Manuální vybavení lůžka



<http://www.porodnici.cz/porodnicke-operace>

Příloha B: VAS



Fakultní nemocnice Hradec Králové

Záznam hodnocení bolesti

Klinika: 051

FAKULTNÍ NEMOCNICE
500 05 HRADEC KRÁLOVÉ
Klinika por. gyn.
Porodní sál.
tel. 2411

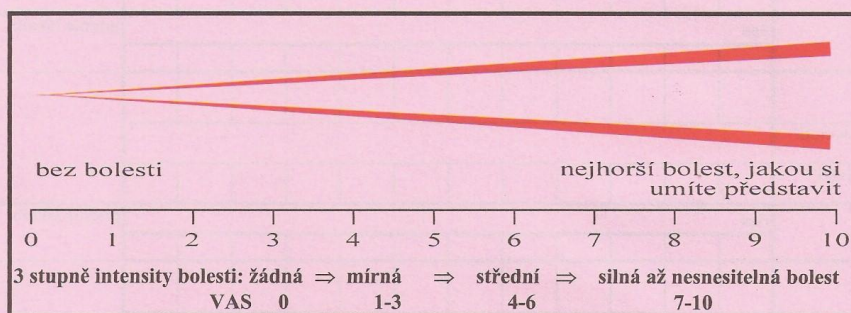
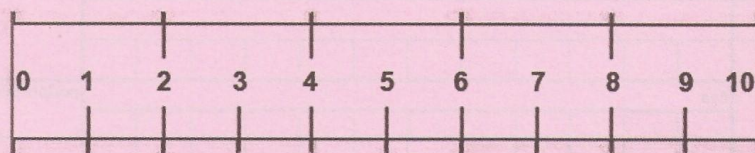
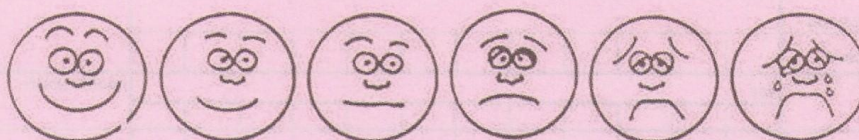
Štítek

Datum:	čas	podpis lékaře
stupeň VAS 1-10		
lokalizace 1/24 hod.		
charakter bolesti		
Datum:	čas	podpis lékaře
stupeň VAS 1-10		
lokalizace 1/24 hod.		
charakter bolesti		
Datum:	čas	podpis lékaře
stupeň VAS 1-10		
lokalizace 1/24 hod.		
charakter bolesti		
Datum:	čas	podpis lékaře
stupeň VAS 1-10		
lokalizace 1/24 hod.		
charakter bolesti		
Datum:	čas	podpis lékaře
stupeň VAS 1-10		
lokalizace 1/24 hod.		
charakter bolesti		
Datum:	čas	podpis lékaře
stupeň VAS 1-10		
lokalizace 1/24 hod.		
charakter bolesti		
Datum:	čas	podpis lékaře
stupeň VAS 1-10		
lokalizace 1/24 hod.		
charakter bolesti		
Datum:	čas	podpis lékaře
stupeň VAS 1-10		
lokalizace 1/24 hod.		
charakter bolesti		

Podklady pro hodnocení a záznam bolesti

Charakter bolesti	<input type="checkbox"/>	Tupá	<input type="checkbox"/>	Vystřelující	<input type="checkbox"/>	Neurčitá
	<input type="checkbox"/>	Bodavá	<input type="checkbox"/>	Pulzující	<input type="checkbox"/>	klaudační
	<input type="checkbox"/>	Kolikovitá	<input type="checkbox"/>	Řezavá	<input type="checkbox"/>	Jiná
	<input type="checkbox"/>	Svíravá	<input type="checkbox"/>	pálivá		

VAS: Vizuální analogová škála: rozsah: 0-10



Příloha C: Informovaný souhlas s výkonem



Fakultní nemocnice Hradec Králové
Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové

.....
pracoviště

Souhlas pacientky s výkonem

POROD

Pacient/ka /x/ Rodné číslo.....
jméno příjmení titul

oddělení
(ambulace)

.....
jmenovka

Důvod výkonu:

Účel a povaha zdravotního výkonu, typ navrhované léčby, výhody a rizika pro pacienta, prognóza:

Spontánní porod je fyziologický děj, při němž dochází k narození Vašeho dítěte poševní cestou. Přibližně ve 20% může proběhnout operačně, cestou poševní nebo břišní. O tom, jakým způsobem se Vaše dítě narodí, rozhodují medicínské důvody. V průběhu spontánního porodu mohou nastat komplikace, které mohou vést k ohrožení zdraví a života jak rodičky tak plodu. Metody moderního porodnictví jsou uzpůsobeny tak, aby se jim v co největší míře dalo předcházet. Komplikace mohou nastat v každé ze tří dob porodních.

Komplikace I.doby porodní:Jedná se o náhle vzniklé stavy, které nelze vyšetřovacími postupy předem předvídat. Radíme sem především náhlé ohrožení plodu nedostatečným přísunem kyslíku například při předčasném odloučení placenty, pupečnickových komplikací apod. Velmi vzácně může být ohrožen i život matky při plicní embolii, embolii plodovou vodou, záchvatu křečí při eklampsii, při vysokém tlaku krve apod. Porod je v takovém případě nutno neprodleně ukončit císařským řezem.

Komplikace v průběhu II.doby porodní:V této části porodu je opět nejčastější komplikací akutní ohrožení plodu nedostatkem kyslíku. Hlavička plodu je v této fázi porodu již obvykle vstoupilá v pánvi a císařský řez již nelze provést. Porod je třeba ukončit co nejdříve operačně pomocí porodnických kleští nebo vakuumextraktoru (zvonu na hlavičku). Operaci provádíme i v případě nepostupujícího porodu, kdy se vypuzovací doba prodlužuje..

Komplikace ve III.době porodní.Tyto komplikace se týkají především krevní ztráty při silném poporodním krvácení například z porodního poranění, ze zadrženého lůžka nebo jeho částí, nedostatečným stažením dělohy apod.. Intenzita krvácení může vést k ovlivnění celkového stavu rodičky, k rozvoji šoku a poruch srážení krve. K odstranění příčin krvácení je velmi často nutné použít operační výkony, tzn.:vyprázdnění dělohy kyretáží, nebo vybavení placenty rukou, většinou v celkové anestézii.Zcela ojediněle dochází k tak závažným komplikacím z neztišitelného krvácení, kdy pro záchranu života rodičky je po vyčerpání všech možností nutno přistoupit

k operačnímu odstranění dělohy. V souvislosti s porodem, častěji u operačních porodů (kleště nebo vakuumextrakce), může v ojedinělých případech dojít k poranění nejen pochvy ale i konečníku.

Poučení, zda má zdravotní výkon nějaké alternativy a zda má pacient možnost zvolit si jednu z alternativ:

Porod alternativu nemá. O způsobu vedení porodu rozhodují pouze medicínské důvody.

Údaje o případném možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti, případné změny zdravotní způsobilosti:

Po operačním porodu, nebo porodu s větší krevní ztrátou je někdy delší rekonvalescence. Projevuje se únavou, vyčerpáním apod. Při známkách chudokrevnosti někdy podáváme krevní náhradu – transfuzi.

Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních (edukace), o provedení kontrolních zdravotních výkonů:

Metody moderního porodnictví jsou uzpůsobeny tak, aby se komplikacím v co největší míře dalo předcházet. U velkého plodu jako prevence poranění konečníku provádíme tzv. episiotomii - nástřih hráze. Při poševní porodnické operaci (kleště, vakuumextrakce) provádíme nástřih hráze vždy.

Byl/a jsem srozumitelně seznámen/a s mým zdravotním stavem a s jeho možným vývojem. Byl/a jsem poučen/a o možnostech vyšetření a léčby. Byly mi zodpovězeny všechny mé otázky, a to srozumitelně, včetně všech rizik či komplikací.

Prohlašuji, že jsem lékařům nezamlčel/a žádné údaje o svém zdravotním stavu, mně známé, které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu nebo ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.

Souhlasím s navrhovaným postupem léčby dnev.....hod .

.....

Podpis pacienta/tky

Hradec Králové dnev.....hod.

.....
Jmenovka a podpis lékaře/řky

/x/ vyplní zdravotnický zaměstnanec, nehodící se škrtně