



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav ošetrovatelství

**Ošetrovatelská péče o rodičku
po klešťovém porodu**

Nursing Care of the Patient
after Forceps Delivery

případová studie

bakalářská práce

Praha, březen 2008

Pavla Chudá
Ošetrovatelství
Zdravotní vědy

Autor práce: Pavla Chudá
Studijní program: Ošetřovatelství
Bakalářský studijní obor: Zdravotní vědy

Vedoucí bakalářské práce:
PhDr. Radomila Drozdová

Pracoviště vedoucího práce:
Ústav ošetřovatelství 3. LF UK v Praze

Odborný konzultant:
as. MUDr. Rajmund Pokorný

Pracoviště odborného konzultanta:
Gynekologicko – porodnická klinika fakultní nemocnice
Královské Vinohrady v Praze

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla použita ke studijním účelům.

V Náchodě dne 7. 3. 2008

Pavla Chudá

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí diplomové práce PhDr. Radomile Drozdové a odbornému konzultantovi MUDr. Rajmundovi Pokornému za čas a cenné rady věnované při přípravě této práce. MUDr. Josefu Doležalovi děkuji za pomoc při grafické úpravě práce. MUDr. Marku Střechovi děkuji za poskytnutí literatury a užitečných rad. Svoji rodině děkuji za podporu a trpělivost při psaní práce.

OBSAH

1 ÚVOD	7
2 KLINICKÁ ČÁST	8
2.1 Anatomie reprodukčních orgánů ženy	8
2.1.1 Vnitřní rodidla.....	8
2.1.2 Zevní rodidla.....	9
2.1.3 Pánev.....	10
2.2 Mechanismus a fyziologie porodu	11
2.2.1 Definice porodu.....	11
2.2.2 Spouštěcí mechanismy porodu.....	11
2.2.3 První doba porodní.....	12
2.2.4 Druhá doba porodní.....	12
2.2.5 Třetí doba porodní.....	14
2.3 Porodnické kleště	15
2.3.1 Historický úvod.....	15
2.3.2 Popis a charakteristika porodnických kleští.....	16
2.3.3 Porodnické kleště používané v podmínkách českého porodnictví..	17
2.3.4 Indikace klešťových operací.....	18
2.3.5 Kontraindikace klešťových operací.....	18
2.3.6 Podmínky použití forcepsu.....	19
2.3.7 Provedení výkonu.....	19
2.3.8 Specifika ukončení porodu pomocí Breusových kleští.....	21
2.3.9 Komplikace při porodu kleštěmi.....	22
2.4 Základní údaje o klientce	23
2.4.1 Údaje z lékařské anamnézy.....	23
2.4.2 Průběh porodu.....	25
2.4.3 Překlad klientky na oddělení šestinedělí a 1. poporodní den.....	28
3 OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST	30
3.1 Ošetřovatelský proces a jeho princip	30
3.2 Ošetřovatelský model „funkčního zdraví“ dle Gordonové	31
3.3 Ošetřovatelská anamnéza a hodnocení klientky při přijetí na oddělení šestinedělí	34

3.3.1 Základní screeningové fyzikální vyšetření sestrou.....	40
3.3.2 Předvedená schopnost pro soběstačnost.....	41
3.3.3 Objektívni pozorování v průběhu získávání informací.....	41
3.4 Ošetrovatelské diagnózy – 1. poporodní den.....	42
3.5 Krátkodobý ošetrovatelský plán, realizace a hodnocení	
1. poporodní den.....	43
3.5.1 Aktuální ošetrovatelské diagnózy	43
3.5.2 Potenciální ošetrovatelské diagnózy.....	49
3.6 Dlouhodobý ošetrovatelský plán.....	52
3.7 Edukace klientky po klešťovém porodu.....	55
3.8 Psychologická reakce rodičky na operativní ukončení porodu.....	58
4 ZÁVĚR.....	61
5 SUMMARY.....	63
Seznam odborné literatury	65
Seznam zkratk.....	68
Seznam příloh.....	69
Přílohy	

1 ÚVOD

V České republice je ročně ukončeno přibližně 1,5 % porodů pomocí porodnických kleští. Cílem této práce je zpracování případové studie věnující se ošetrovatelské péči u rodičky po klešťovém porodu. Třiatřicetiletá primipara, slečna M.M., byla hospitalizovaná na porodnickém oddělení po porodu ukončeném pomocí Breusova forcepsu z důvodu protrahované druhé doby porodní.

V klinické části zmiňuji základní anatomii ženského pohlavního systému, mechanismus a fyziologii porodu. Dále se věnuji problematice porodnických kleští. Nejprve připomínám historický vývoj a základní charakteristiku forcepsu. Poté zmiňuji indikace, kontraindikace klešťového porodu, popisuji výkon samotný a jeho možné komplikace.

V rámci klinické části předkládám základní údaje o klientce a důležité informace z lékařské anamnézy. Přibližuji okolnosti přijetí na porodní sál a průběh porodu. Podrobně se věnuji průběhu prvního poporodního dne.

V ošetrovatelské části zmiňuji význam ošetrovatelského procesu a přibližuji model dle Marjory Gordonové, podle kterého je tato případová studie zpracována. Dle vzorců funkčního zdraví M. Gordonové byla odebrána ošetrovatelská anamnéza u klientky. Aktuální a potenciální ošetrovatelské diagnózy byly stanoveny po konzultaci s klientkou v pořadí aktuálnosti z jejího pohledu. Byl vypracován krátkodobý ošetrovatelský plán pro období 24 hodin prvního poporodního dne. Tento den byl dnem, kdy byla klientka po náročném porodu vyčerpaná, kolabovala a byla v mnoha aktivitách nesoběstačná. Popisuji realizaci a efekt (hodnocení) ošetrovatelských intervencí. Dále nastiňuji průběh dalších poporodních dní. Předkládám způsob edukace klientky po klešťovém porodu a psychologické aspekty ukončení porodu operativním způsobem.

Práce je doplněna seznamem odborné literatury, seznamem zkratk, seznamem příloh a přílohami.

2 KLINICKÁ ČÁST

2.1 Anatomie reprodukčních orgánů ženy

Podle uložení ženských pohlavních orgánů rozlišujeme rodidla zevní - uložena na dolním pólu trupu - a vnitřní uložena v pánevním prostoru. Pro úzký vztah k reprodukčnímu procesu jsou k ženskému pohlavnímu ústrojí obvykle přiřazovány i prsy a kostěná pánev¹⁰.

2.1.1 Vnitřní rodidla

K vnitřním rodidlům počítáme dělohu, vaječníky, vejcovody a děložní vazy. Spojení se zevními rodidly tvoří pochva.

Pochva (vagina) je orgán představující štěrbinovitou dutinu, která ústí do poševní předsíně a vzadu nahoře se upíná na hrdlo děložní. Mezi čípkem a poševními stěnami vznikají poševní klenby – mělčí přední, hlubší zadní a dvě postranní. Stěny poševní, přední (7 cm dlouhá) a zadní (8 cm dlouhá) na sebe naléhají, v místě přechodu jsou poševní hrany. Poševní stěna je tvořena vazivovými a svalovými vlákny, je poddajná a roztažitelná, což je důležité během porodu pro postup plodu. Pochva je vystlána vrstevnatým dlaždicovým epitelem. Počet vrstev epitelu se v období pohlavní zralosti mění v závislosti na menstruačním cyklu. Sliznice přední stěny vytváří příčné řasy.

Děloha (uterus) je svalový orgán hruškovitého tvaru, 8 - 9cm dlouhý, vážící 50 g¹⁰. Horní, objemnější část dělohy je označována jako tělo děložní (corpus uteri), dolů směřující část se nazývá hrdlo děložní (cervix uteri). Přejít těla děložního v hrdlo děložní tvoří tzv. isthmus – děložní úžinu. Na děložním těle rozlišujeme přední a zadní stěnu, hrany děložní, rohy děložní a děložní fundus. Děložní stěny jsou 1,5 cm silné, tvořené hladkými svalovými vlákny, která probíhají spirálovitě. Dutina děložní (cavum uteri) má tvar trojúhelníku postaveného na vrchol. V kaudální části přechází do kanálu hrdla děložního (canalis cervicis uteri), kranálně je dutina děložní spojena s lumen vejcovodů. Děložní sliznice (endometrium) podléhá cyklickým změnám pod vlivem ovariálních hormonů.

Děložní hrdlo je 3 - 5 cm dlouhé. Jeho tvar záleží na tom, zda žena již rodila či nikoliv. U žen, které nerodily, je tvar hrdla děložního kónický, u žen po porodu nacházíme tvar válcovitý. Na hrdle děložním rozlišujeme supravaginální a intravaginální část. Kanál hrdla děložního má větvenovitý tvar. V místě děložního istmu se nachází vnitřní branka, která spojuje kanál s dutinou děložní. Zevní branka se nachází v místě vyústění cervikálního kanálu do pochvy. Kanál je vystlaný sliznicí s hlenotvornými buňkami.

Vejcovody (tubae uterinae) jsou trubicovité orgány odstupující z děložních rohů, asi 12 cm dlouhé. Končí rozšířenou ampulární částí. Stěnu vejcovodu tvoří svalová vrstva s možností peristaltického pohybu. Lumen je vystlaný sliznicí s hlenotvornými buňkami uspořádanou v bohaté řasy.

Vaječníky (ovaria) jsou párové orgány o velikosti přibližně 5 x 3 x 1,5 cm. Jsou zavěšené na peritoneální řasu zadního širokého vazu pod ampulární částí vejcovodu. Směrem k pánevní stěně prochází peritoneální řasa – plica suspensoria ovarii, kterou je vaječník zavěšen na pánevní stěnu, a kterou zároveň probíhají cévy a nervy. Hlavní funkcí ovarii je jak tvorba a uvolňování vajíček, tak produkce ovariálních hormonů.

2.1.2 Zevní rodidla

Zevní rodidla jsou tvořena hrmou, velkými a malými stydkými pysky, klitorisem, hrází a hymenem.

Hrma (mons pubis) je nahromadění tukové tkáně v dolní části podbřišku před stydkou sponou. Tuková vrstva je zpevněna vazivem a kryta hrubší kůží s ochlupením.

Velké stydké pysky (labia maiora pudendi) jsou kožní valy vycházející z hrmy. Vzadu se spojují v oblasti zadní komisury. Tvoří je tuková tkáň. V dospělosti je kožní kryt více pigmentovaný s řídkým ochlupením na zevních plochách. Ve střední čáře na sebe stydké pysky naléhají a tvoří stydkou štěrbinu. V zadní třetině velkých stydkých pysků ústí Bartholinské žlázy, které produkují sekret zvlhčující při pohlavním vzrušení poševní předsíň a poševní vchod.

Malé stydké pysky (labia minora pudendi) jsou kožní řasy uložené mediálně od velkých stydkých pysků. Tvoří je elastické vazivo a žilní síť. Jsou kryty jemnou kůží bez ochlupení s početnými žlázkami. Vpředu se malé stydké pysky rozdělují na 2 raménka – zevní přecházejí na přední plochu klitorisu a vytvářejí jeho předkožku (praeputium clitoridis), vnitřní raménka přirůstají ke klitorisu zespoda jako jeho uzdička (frenulum clitoridis)¹⁰. Dorzálně se malé stydké pysky snižují. Buď přejdou do ztracena do velkých stydkých pysků nebo se z obou stran spojí do uzdičky malých stydkých pysků a vytvoří jamku poševní předsíně (fossa vestibuli vaginalis)¹⁰.

Klitoris je tvořen houbovitou tkání, která se při pohlavním vzrušení naplní krví a ztopoří.

Hráz (perineum) je část zevních rodidel mezi zadní komisurou velkých stydkých pysků a análním otvorem. Je asi 4 cm vysoká. Tvoří ji přední raménka řitního svěrače a zevně ji zesiluje zevní řitní svěrač (m. sphincter ani externus). Hráz se za porodu stává součástí měkkých porodních cest.

2.1.3 Pánev

Pánev vytváří tvrdé cesty porodní. Je složena ze 2 kostí pánevních, mezi něž je vzadu vklíněna křížová kost. Vpředu mezi rameny stydkých kostí se nachází vazivová ploténka – stydká spona. Pánev je směrem dolů otevřená a přechází v malou pánev. Rovina, v níž velká pánev přechází v kostěný porodní kanál, se nazývá pánevní vchod. Má tvar oválu s dlouhým příčným průměrem (13 cm) a krátkým předozadním průměrem. Pánevní vchod přechází v pánevní šíři, která má kruhovitý tvar s přímým průměrem cca 12,5 cm. Pod rovinou pánevní šíře změní porodní kanál znovu svůj tvar v tzv. pánevní úžině na oválný s dlouhým předozadním průměrem – měří 11,5 cm. Příčný průměr této roviny, mezi trny sedacích kostí, je 10,5 cm. Východ z kostěné pánve je také oválný, delší předozadní průměr od dolního okraje stydké spony ke hrotu kostrče měří 10 – 12 cm. Může se prodloužit, neboť kostrč je ve skloubení s křížovou kostí pohyblivá

dopředu a dozadu. Příčný průměr, mezi vnitřními plochami sedacích hrbolů, měří 11 cm.

2.2 Mechanismus a fyziologie porodu

2.2.1 Definice porodu

Porod je děj, při kterém dochází k vypuzení plodového vejce (plod, placenta, pupečník, plodová voda, plodové obaly) porozením z organismu ženy¹⁷. Porozeným plodem rozumíme novorozence se známkami života (cca od 24. týdne těhotenství) nebo bez známek života s porodní hmotností 1000 g a více. Za známky života považujeme akci srdeční, dýchací pohyby, aktivní pohyb svalstva a pulzaci pupečníku. Pokud tyto podmínky nejsou splněny, jde o potrat. U vícečetného těhotenství rozhoduje o klasifikaci stav a hmotnost většího, respektive největšího plodu¹⁷. Podle ukončeného týdne těhotenství klasifikujeme porod na:

- Předčasný – k porodu dojde před ukončeným 37. týdnem těhotenství
- Porod v termínu – k porodu dojde v průběhu 38. - 42. týdne těhotenství
- Potermínový porod – k porodu dojde po ukončeném 42. týdnu těhotenství

2.2.2 Spouštěcí mechanismy porodu

Vyvolávající příčiny porodu nejsou stále zcela objasněny. Mechanismus začátku porodu je multifaktoriální. Proces vedoucí k spuštění porodu u ženy je postupný a trvá dny až týdny před vlastním započítáním děložní činnosti. Mezi faktory vyvolávající spuštění děložní činnosti patří¹⁷:

- Pokles hladiny progesteronu
- Zvýšená produkce estrogenu (zvýší citlivost myometria na oxytocin, který vyvolává děložní stahy)
- Výrazné zvýšení prostaglandinů E2 a F2 - alfa v plodové vodě. (prostaglandiny pravděpodobně hrají hlavní roli v aktivaci děložní

činnosti. Vyvolávají kontrakce myometria a ovlivňují působení oxytocinu)

- Nepoměr velikosti plodu s velikostí dělohy (taktéž vede k vyvolání kontrakcí)

2.2.3 První doba porodní

V tomto období dochází následkem pravidelných děložních kontrakcí k pasivnímu rozvíjení dolního děložního segmentu. Děložní hrdlo se postupně otevírá, až zcela vymizí. Na konci první doby porodní již není bariéra mezi dutinou děložní a pochvou. První dobu porodní dělíme na 3 fáze ¹⁷:

- 1) Latentní fáze - kontrakce se stabilizují, zvyšuje se jejich frekvence, trvání a intenzita. Hrdlo děložní se postupně zkracuje, až vznikne tenká porodnická branka. Její průměr na konci latentní fáze je 2 – 2,5 cm
- 2) Aktivní fáze - období mezi koncem latentní fáze a dilatací branky do 8 cm
- 3) Transitorní fáze - označuje období mírného zpomalení rozvoje porodního nálezu na brance a to od 7 cm do úplného zajetí branky. V tomto období dochází k sestupu naléhající části plodu do nižších rovin porodního kanálu

2.2.4 Druhá doba porodní

Začíná zánikem branky a končí porodem plodu. V tomto období rodička pociťuje potřebu zapojit břišní lis následkem tlaku sestupující hlavičky na nervové pleteně v oblasti pánevního dna ¹⁷. V průběhu tohoto období prochází plod přes dolní děložní segment, zašlou branku, pochvu a pánevní dno směrem k poševnímu introitu. S postupným sestupem hlavičky plodu dochází k napínání perinea, labia se od sebe vzdalují.

Mechanismus porodu hlavičky

Na začátku porodu naléhá hlavička plodu svým šípovým švem na šikmou nebo příčnou rovinu pánevního vchodu. Hlavička naléhá synkliticky, indiferentně a centricky.

První fází porodního mechanismu je flexe hlavičky. Při jejím postupném vstupu do pánevního vchodu se bradička přitahuje k hrudníku.

Vedoucím bodem se stává oblast malé fontanely. Hlavička vstupuje hlouběji do pánevního vchodu a postupně prochází dalšími rovinami porodních cest. Tento postup se nazývá progrese hlavičky. Fyziologicky prochází hlavička porodními cestami svým nejmenším suboccipitobregmatickým obvodem (32 cm).

Druhou fází porodního mechanismu je vnitřní rotace. Hlavička se za progrese otáčí o 90 stupňů z původního uložení švu šípového v příčném průměru pánevního vchodu do přímého průměru pánevní úžiny¹⁷. Vedoucí bod hlavičky se dostává za stydkou sponu. Vnitřní rotace je vyvolána tvarem pánevních rovin a jejich průměry. Významný vliv má i svalstvo pánevního dna. V rovině pánevního východu je již vnitřní rotace ukončena.

Třetí fází porodního mechanismu je deflexe. Odpor hráze nutí hlavičku do záklonu. Hypomochlion hlavičky se opře o dolní okraj stydké spony, hlavička se postupně zaklání, a tím se přes hráz rodí předhlaví, čelo a nakonec obličej plodu.

Čtvrtým mechanismem je zevní rotace. Jakmile je celá hlavička porozená, otáčí se záhlavím na tu stranu, kde je hřbet plodu a obličejem na stranu opačnou.

Mechanismus porodu ramének a trupu

Po porodu hlavičky vystupují z porodních cest ostatní části plodu. Jedině raménka jsou natolik objemná, že jsou nucena procházet vlastním mechanismem. V okamžiku, kdy hlavička postupuje po vnitřní rotaci z kostěného východu do měkkých porodních cest, vstupují raménka do pánevního vchodu v jeho příčném nebo šikmém průměru¹¹. Po porodu

hlavičky je vedoucím bodem ramének raménko přední, a to levé nebo pravé, podle postavení plodu. Přední raménko se po porodu z rodidel opře svým hypomochliem, kterým je úpon deltového svalu, o dolní okraj symfýzy a rotací trupu kolem tohoto bodu se přes hráz porodí zadní raménko.

Ostatní části plodu se rodí bez zvláštního mechanismu obvykle velmi rychle.

2.2.5 Třetí doba porodní

Třetí doba porodní (doba k lůžku) začíná porodem plodu a končí vypuzením placenty. Zahrnuje sled tří dějů: odloučení lůžka, vypuzení lůžka a zástavu krvácení¹¹. Trvá 15 – 30 minut. Při odlučování lůžka dochází ke krvácení. Při dnešním způsobu tzv. aktivního vedení třetí doby porodní se krevní ztráta snižuje na cca 100 – 200 ml.

2.3 Porodnické kleště

2.3.1 Historický úvod

Dříve předtím, než byly vynalezeny porodnické kleště, užívalo se od nepaměti různých pák, jimiž byla hlavička vybavována z pánve⁶.

Samotné porodnické kleště byly vynalezeny někdy kolem roku 1600. Vynálezcem byl pravděpodobně Peter Chamberlen, hugenotský běželec. V Chamberlenově rodině byl tento nástroj chován v přísném tajemství a děděn z generace na generaci. V roce 1670 se toto rodinné tajemství pokusil v Paříži zpeněžit Hugh Chamberlen, prasynovec vynálezce, když se snažil kleště prodat porodníku Mauriceauovi. Ten však od koupi upustil poté, co demonstrace forcepsu dopadla letálně pro ženu i pro plod. Pravděpodobně se jednalo u ženu se zúženou pávní⁶. Nakonec v roce 1688 Hugh Chamberlen prodal kleště holandskému porodníkovi Rogerovi Roonhuysenovi. To, co Hugh, prodal, byla jen jedna branže kleští, kterou porodníci používali na způsob páky³. Původní kleště byly později nalezeny ve skrýši. Jednalo se o zkřížené, rozkládací kleště se zakřivením podle hlavičky s okénky.

Za otce porodnických kleští je pokládán Johann Palfyn, profesor anatomie a chirurgie v Gentu. V roce 1723 popsal kleště, které jsou základem generací kleští paralelních³.

André Levret předložil roku 1747 model nových kleští původně dlouhých 44 cm opatřených zámkem. K dosavadnímu zakřivení podle hlavičky měly navíc zakřivení podle pánve. Tyto kleště se rozšířily po kontinentální Evropě.

V Anglii roku 1752 William Smellie, proslavený nádhernými morfologickými pracemi, konstruuje krátké, štíhlé, třiceticentimetrové kleště, s malým pánevním zakřivením. Okénka povléká k omezení bodového tlaku kůží.

V roce 1849 napačítal Kilian na 130 různých typů kleští. Snaha konstrukci kleští zlepšovat nadále trvá. V roce 1976 udává Gordon na 600 - 700 popsaných typů kleští³.

2.3.2 Popis a charakteristika porodnických kleští

Na kleštích rozeznáváme: 2 ramena – branže – pravou a levou. Části, které slouží k uchopení hlavičky, se nazývají lžice. Mají zakřivení podél hlavičky a podél pánve, aby středy odpovídaly ose pánevní. Bratři Gregoirové zavedli do kleští okénka, která vymezují žebro přední a žebro zadní, která vepředu vytvářejí hroty³. Spojení obou žeber se děje zúžením do krčků, které se kříží a spojují v zámku a přecházejí do rukověti. Za zámek bývají vyběžky pro lepší úchop, tzv. Bushovy traktory.

Kleště dělíme dle zakřivení:

1. Podle hlavičky (Chamberlen)
2. Podle hlavičky a pánve (např. Simpson)
3. Podle hlavičky, pánve a hráze (např. Kielland, Piper)
4. Podle hlavičky a hráze

Dále rozlišujeme kleště³:

1. Kleště paralelní - tento typ nemá zámek, branže se nekříží, prototypem byly kleště Palfynovy, z novější doby sem patří kleště Demelinovy a Shuteho
2. Kleště zkřížené - branže kleští jsou zkříženy v zámku, který může být konstruován trojím způsobem:
 - Anglické kleště mají zámek složený ze šikmých dotykových ploch, které do sebe přesně zapadají. Zámek drží pevně obě lžice a lze jej snadno rozevřít
 - Francouzské kleště jsou opatřeny zámek, kde levá branže má nýt, který přesně zapadá do kruhového otvoru nebo zářezu pravé branže
 - Německý zámek je vlastně kombinací zámku anglického a francouzského, obě lžice kleští do sebe zapadají v zářezu a navíc jsou fixovány nýtem

Podle místa aplikace rozeznáváme:

1. Kleště vysoké – z pánevního vchodu, dnes zakázané
2. Kleště střední – z pánevní šíře
3. Kleště východové – z pánevní úžiny a východu

2.3.3 Porodnické kleště používané v podmínkách českého porodnictví

Východový forceps Simpson

Jsou to kleště anglické, užívají se převážně k extrakci hlavičky z pánevního východu. Kleště mají anglický zámek. Na rukověti jsou Bushovy traktory, dovolující ruce dobrou oporu při tahu. Jsou 35 cm dlouhé, 20 cm měří vlastní lžice, 15 cm držadla³.

Forceps Breus

Autor roku 1882 doporučil kleště podobně vyhlížející jako Simpsonovy, ale delší, s poněkud větším zakřivením podle hlavičky. Jsou 39 cm dlouhé. Při zavření jsou hroty od sebe 2,5 cm vzdáleny, příčný tlak na kloub dovolí jejich vzdálení až o 3 cm. Šířka lžice je asi o 0,5 cm menší než u Simpsonových kleští, délka o 1 cm větší³. Tyto kleště mají speciální kloub umístěný za okénky. Na předním žeburu se nachází indikátor (kovová tyčinka, která se provléká kovovým kroužkem), který má za úkol držet zavedené lžice paralelně. Tento kloub dovoluje tah v různém směru, což je výhodné při používání těchto kleští z vyšších pánevních rovin. Forceps Breus se nakládá do příčného průměru pánve, bez ohledu na to, v jakém průměru je šev šípový. Velké zakřivení podle hlavičky a volnější prostor dovolují, aby mezi trakcemi v nich hlavička vykonávala rotaci.

2.3.4 Indikace klešťových operací

Indikace v zájmu matky:

- Primárně či sekundárně slabá děložní činnost
- Protrahovaná druhá doba porodní – (delší než 60 minut), což může být způsobeno deflexními polohami – převážně předhlaví, polohy záhlavím v abnormní rotaci nebo hluboký příčný stav, pérující hlavička v důsledku pupečnicku omotaného kolem některé části tělíčka plodu či v důsledku salutující ručky
- Vyčerpaná rodička
- Nedostatečnost břišního lisu (diastáza přímých břišních svalů, pupeční hernie)
- Akutní nebezpečné stavy matky – eklampsie, akutní srdeční dekompenzace
- Chronická onemocnění matky – kardiopatie, oční choroby, respirační choroby, choroby znemožňující užití břišního lisu
- Krvácení při porodu – krvácení z trhlin branky, pochvy, vulvy
- Horečka za porodu
- Indikace psychiatrické a psychologické

Indikace v zájmu plodu:

- Projevy hypoxie diagnostikované prostřednictvím kardiokografu, fetální oxymetrie, fetálního EKG nebo odběrem krve ze skalpu plodu na vyšetření ABR – pH³

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

2.3.5 Kontraindikace klešťových operací

- Nepoměr mezi hlavičkou a pánevními rovinami (patologicky zúžené pánve nebo velký plod)
- Neodstranitelné překážky v porodních cestách
- Není-li hlava vstoupá aspoň velkým oddílem

2.3.6 Podmínky použití forcepsu

- Není známek nepoměru mezi hlavičkou a porodními cestami
- Branka zašlá (nedbání této podmínky může vést k hlubokému poranění cervixu, krvácení do parametria a roztržení děložních cév)
- Plodová voda odteklá
- Hlavička vstoupá alespoň velkým oddílem. V praxi se používají kleště z roviny pánevní šíře a východu. O vstupu do pánve nás nejlépe informuje zevní vyšetření výšky krční rýhy nad sponou.
- Živý a životaschopný plod

2.3.7 Provedení výkonu

K provedení forcepsu přistupujeme za aseptických podmínek. Lékař poučí rodičku, jaké jí nebo plodu hrozí nebezpečí, proč volí tento způsob operačního porodu, upozorní na možné komplikace. Vždy je nutný Informovaný souhlas rodičky. Někteří autoři doporučují, aby v rámci prevence infekce byl počet přítomných osob snížen na minimum. Pokud manžel trvá na své dosavadní přítomnosti, umístíme ho za hlavu rodičky, aby nepřekážel a zajistíme, aby se mu v případě mdloby nic nestalo.

V gynekologické poloze se po předchozí dezinfekci zevních rodidel a vycévkování provede lokální infiltrace anestetikem a široká laterální nebo mediolaterální epiziotomie.

Po vycévkování by měla být znovu zevně vyšetřena krční rýha a vnitřně exaktně stanovena pánevní rovina, ve které se plod nachází³. Vyhmatáme, kde je největší procházející obvod, kde hlavička naléhá nejintimněji. V oblasti spony stydké je toto stanovení poměrně obtížné. Lépe to lze vyšetřit pohmatem podle vnitřních ploch acetabula a podle vyhloubení sakrální kosti. Vyhmatáme-li promontorium, je hlavička nad rovinou vchodu. Teprve když je biparietální průměr pod rovinou vchodu, je hlavička vstoupá velkým oddílem. U velkých porodních nádorů je vhodné vyšetřit rukou co nejvýše a orientovat se podle výšky boltce. Je-li hmatný celý, je záhlaví pod rovinou pánevního vchodu a hlavička je vstoupá³. Podle nálezu je ještě možno odstoupit od klešťové operace.

Zavedení a naložení kleští

Kleště zavádíme zásadně mimo kontrakci. Nejprve zavádíme levou kleštinu levou rukou mezi hlavičku a palmární stranu pravé ruky tak, aby konvexita kleštin směřovala k vedoucímu bodu hlavičky. Kleštinu uložíme nad protilehlou inguinu a palcem pravé ruky ji opatrně zasunujeme podél hlavičky. Zavedení branže je ukončeno, jakmile je rukověť kleštiny skloněna dorzálně k perineu¹⁷. Stejný manévr provedeme i na straně druhé.

Uzavření kleští

Držadla se uchopí oběma rukama, palce paralelně vedle sebe, pravou branži přiložíme vedle levé a zasunujeme je společně do zámku. Pokud nelze kleštiny navzájem uzavřít, nejsou správně naloženy a je třeba naložení znovu opakovat¹⁷.

Pokusná trakce

Pokusná trakce se vykonává mimo kontrakci. Přesvědčíme se tím, zda kleště byly dobře naloženy, zda nesklouzávají a zda jsou dobře uzavřeny. Tento manévr většinou s nastupující kontrakcí předchází vlastní trakci¹⁷.

Vlastní trakce s vybavením hlavičky

Trakce kleštěmi se provádí vždy za kontrakce. Děje se tak ve směru pánevní osy a je nutné přesně napodobit normální porodní mechanismus hlavičky¹⁷. Aktivní spolupráce matky, která současně mohutně tlačí, je zcela nezbytná. Vydatnou kontrakci je vhodné podpořit i.v. podáním Oxytocinu. Při prořezávání hlavičky je nutné chránit hráz. Během trakce stále sledujeme postup hlavičky. Jakmile pozorujeme, že děložní kontrakce ustala, přerušíme trakci a kleště v zámku pootevřeme, aby hlavička nebyla v této přestávce zbytečně tísněna⁶. Při další kontrakci uzavřeme kleště a pokračujeme v trakci opět ve spolupráci s tlačící rodičkou.

Sejmutí kleští

Sejmutí kleští provádíme, jakmile byl největší obvod hlavičky porozen. Palcem levé ruky rozevřeme držadla a vyjmeme nejdříve branži pravou, pak levou. Obě branže vytahuje velkým obloukem po konvexitě hlavičky. Porod ramének a trupu je ukončen obvyklým způsobem.

2.3.8 Specifika ukončení porodu pomocí Breusových kleští

Jak již bylo uvedeno, kloubové zařízení Breusových kleští umožňuje určitý pohyby lžic v předozadním směru, takže lze táhnout ve směru pánevní osy ve vyšších rovinách: zakřivení hlavičky je volnější, takže hlava může v kleštích rotovat.

Branže Breusova forcepsu nakládáme nejčastěji do příčného průměru pánve. Šípový šev ve vyšších rovinách pánve probíhá nejčastěji v šikmém pánevním průměru, takže kleště uložené v příčném průměru objímají hlavičku jednak přes konvexitu čelního hrbolu, jednak přes konvexitu parietálního hrbolu opačné strany. Kleště tedy uchopí hlavičku v šikmém průměru frontookcipitálním⁶. Po naložení kleští držadla nedovírají, poněvadž hlava je uchopena v šikmých průměrech. Volnější zakřivení lžic dovoluje, že během trakce se branže posouvají k příčným průměrům hlavičky⁶. Kleště drží hlavičku biparietálně obvykle v době, kdy hlavička dospěje do pánevního východu a je již rotována tak, že šev šípový je v přímém průměru pánevním.

2.3.9 Komplikace při porodu kleštěmi

1. Smeknutí kleští - je to vážná příhoda, která může poranit matku i plod. K vertikálnímu smeknutí dochází, když kleště smeknou ve směru trakce. Stává se tak, pokud nejsou branže dobře naloženy. Může dojít k poranění hrdla, pochvy a hráze. Horizontální sesmeknutí kleští je vzácné.
2. Trhliny hrdla děložního
3. Trhliny pochvy – bývají relativně častou komplikací. Vznikají při příliš rychlé extrakci, kdy hlavička není extrahována ve směru pánevní osy, nebo při předčasném provedení deflexe hlavičky.
4. Trhliny hráze – vznikají při nedostatečně provedené epiziotomii a při rychlé trakci kleštěmi.
5. Poranění močového měchýře a konečníku – jsou vzácné.
6. Pozdní následky – do této skupiny je možno zařadit poruchy závěsného aparátu děložního, které se projevují sestupem rodidel, event. stresovou močovou inkontinencí.
7. Poranění plodu – kromě otisků kleštín na hlavičce plodu se vznikem krevních sufúzí by nemělo dojít k poranění plodu. Hlubší trauma měkkých a tvrdých tkání plodu je známkou špatného postupu při klešťovém porodu.

2.4 Základní údaje o klientce

Slečna M.M., ročník narození 1974, primigravida, primipara, graviditas hebd. 37+6.

Přijata na porodní sál 30. 5. 2007 ve 23:40 pro spontánní odtok čiré vody plodové týž den ve 23:00 – Temeshvary je pozitivní. Kontrakce v době příjmu nepocítuje, nekrvácí, pohyby plodu cítí. Kultivace z pochvy ze dne 9. 5. 2007 je GBS negativní, prokázány byly pouze kvasinky, které byly následně vaginálně přeléčeny. Vstupní kardiokografické vyšetření prokazuje jen ojedinělou děložní aktivitu, akce srdeční plodu byla fyziologická.

TK – 105/70 mm Hg, P – 70/min., TT – 36,6 °C, moč – bílkovina i glukóza orientačně negativní

Zevní porodnické vyšetření: SF 42, poloha podélná hlavičkou, postavení I, krční rýha 5 prstů nad sponou stydkou, pelvimetrie 27-29-32-20

Vaginální příjmové vyšetření: klenba plná, nevyvinutá, čípek zašlý, hrdlo na phalangu pro prst těsně, hlavička volně naléhá na vchod pánevní, balotuje, odtéká čirá voda plodová.

2.4.1 Údaje z lékařské anamnézy :

Rodinná anamnéza:

Matka otce rodičky zemřela v 65 letech na nádor mozku. Otec otce rodičky zemřel v 70 letech na colorectální karcinom. Matka klientčina druha (otce dítěte) má prokázanou agenezi pravé ledviny.

Osobní anamnéza:

Klientka udává, že nikdy vážně nestonala, prodělala běžné dětské nemoci a ve 20 letech mononukleózu, nekouří, alkohol a drogy také neguje.

Alergická anamnéza:

Pouze alergie na některé druhy trav, bez léčby.

Gynekologická anamnéza:

Menstruace pravidelná, asi od 13 let, cyklus 28/4, menses nebolestivé. Před graviditou užívala 10 let hormonální antikoncepci. V roce 2003 byla provedena konizace děložního čípku z důvodu Ca in situ. Jinou operaci pacientka nepodstoupila. Klientka je primigravida, primipara.

Současná gravidita:

Pacientka udává bezproblémové těhotenství. Pouze v 7. týdnu prodělala angínu, která byla léčena penicilinem. Jiné těhotenské obtíže se nevyskytly. Udává spíše nižší krevní tlak a občasné závratě spojené s rychlou změnou polohy. HIV, HBsAg a BWR je negativní. Krevní skupina B negativní, protilátky v graviditě 3x negativní. Poradnu navštěvovala pravidelně. V těhotenství se zúčastnila kurzu psychoprofylaktické přípravy k porodu.

Pracovní a sociální anamnéza:

Klientka je svobodná, žije s druhem ve společné domácnosti. Před mateřskou dovolenou pracovala jako účetní.

2.4.2 Průběh porodu:

Po přijetí na oddělení byl po dohodě s klientkou aplikován Yal gel rektálně, oholení zevního genitálu nebylo třeba – klientka již byla oholena. Po vyprázdnění a teplé sprše byla rodička uložena na observační pokoj a byl aplikován Plegomazin 1 ampule i.m. Děložní činnost byla nepravidelná a slabá, což umožnilo klientce pospávat. Pravidelně byly kontrolovány ozvy plodu auskultačně a prostřednictvím CTG monitoringu.

Od 10 hodin klientka udává zesilující se kontrakce v intervalu 7 - 8 minut. Vaginální nález vykazuje mírnou progresi – zkrácení hrdla a vnitřní branku pro 2 prsty. Je přesunuta na porodní sál.

V 11 hodin (12 hodin po odtoku plodové vody) jsou provedeny odběry krve na krevní obraz a vyšetření CRP. Zároveň je aplikován Ampicilin 2 g ve 100 ml FR i.v.

Kontrakce postupně zesilují, rodička udává jejich interval po 5 minutách. Pomáhá jí chůze, úlevová poloha na balónu a teplá sprcha.

Ve 12:30 je klientka opět vaginálně vyšetřena: navalitá branka 3 - 4 cm, hlavička těsně naléhá na vchod pánevní. CTG záznam je fyziologický. Kontrakce jsou pravidelné, po 4 - 5 minutách. Rodičce je doporučena aplikace Spasmopanu rektálně. Ta souhlasí, sama si čípky zavádí. Největší bolestivost pociťuje v oblasti kříže, ulevuje jí masáž křížové oblasti prováděná partnerem. Epidurální analgezii odmítá.

V 15 hodin je aplikována další dávka antibiotik – 1 g Ampicilinu ve 100 ml FR i.v. Rodička udává slábnoucí kontrakce po 5 minutách. Vaginálně je vyšetřena pevná branka 4 - 5 cm, hlavička těsně naléhá, počíná se tvořit porodní nádor. Dle ordinace lékaře a po dohodě s klientkou je aplikována infuze 5% Glukózy se dvěmi jednotkami Oxytocinu přes infuzní pumpu rychlostí 60 ml/hodinu i.v. a Buscopan 1 ampule i.m. Klientka začíná pociťovat únavu, využívá polohu vleže na levém boku. CTG monitoring, který je prováděný každé 2 hodiny, vykazuje fyziologické ozvy plodu. Ty jsou fyziologické i při pravidelném poslechu auskultačně po 15 minutách.

V 17 hodin je odebrán další kontrolní vzorek krve na KO a CRP. Klientka využívá sprchu v kombinaci s uvolňováním na balónu. Kontrakce jsou silnější, po 3 minutách. Vaginálně nález progreduje: branka 7 cm, hlavička má při kontrakci tendenci vstupovat malým oddílem, tvoří se porodní nádor, odtéká čirá plodová voda.

V 18:45 rodička udává kontrakce po 2 minutách, při kontrakci pociťuje nucení na tlačení. Je vaginálně vyšetřena a zjištěn tenký, pevnější cirkulární lem, hlavička malým oddílem vstoupá. Je aplikována No-Spa 1 ampule i.v. Jelikož se klientka nemůže vymočit spontánně, je po vzájemné dohodě jednorázově vycévkována. Množství vycévkované moči je asi 150 ml. Pro podporu rotace hlavičky je rodičce doporučena opět poloha na levém boku a k prevenci tlačení „do neotevřených porodních cest“ trénujeme s rodičkou povrchní, tzv. „psí“ dýchání.

V 19:05 zachází branka, rodička začíná tláčit v poloze na levém boku vzhledem k nedorotované hlavičce plodu. Zároveň je aplikována 3. dávka antibiotik – Ampicilin 1g ve 100 ml FR i.v. Celou druhou dobu porodní je kontinuálně snímán CTG záznam. Během druhé doby porodní tlačíme s rodičkou střídavě v poloze na levém boku, ve dřepu a vpolosedě. Po 45 minutách druhé doby porodní kontrakce slábnou, jsou krátké. Hlavička s porodním nádorem je vstoupá velkým oddílem. Lékař ordinuje zvýšení rychlosti infuze na 90 ml/hodinu.

Po 90 minutách druhé doby porodní, při vaginálním nálezu: branka zašlá, hlavička nedorotovaná v šíři pánevní, lékař přistupuje k ukončení porodu per forcipem Breus. Jsou splněny podmínky: živý a životaschopný plod, zašlá branka, nejsou známky kefalopelvického nepoměru, prostorná pánev, hlavička nedorotovaná v šíři. Po vycévkování rodičky a dezinfekci zevních rodidel je provedena v lokální anestezii vydatná levostranná mediolaterální episiotomie. Mimo kontrakci lékař nakládá po prstech pravé ruky do příčného průměru pánevního nejprve levou kleštinu Breusových kleští, poté po prstech levé ruky pravou kleštinu. Kleště v zámku uzavírá přes tampón a vkládá indikátor. Následně je provedena zkusmá trakce – kleště drží. Během jedné kontrakce je porozena hlavička plodu, kleště

sejmuty a porod dokončen. Ve 20:30 je porozen plod ženského pohlaví, pupečník na peánech přestřižen a křičící dítě předáno pediatrovi.

Ve 20:40 se rodí placenta dle Duncana. Její hmotnost je 580 g, je celistvá. Po revizi porodních poranění zjišťuje lékař kromě mediolaterální epiziotomie ještě rupturu pochvy v prodloužení epiziotomie a rupturu cervixu u čísla 2. Poranění je ošetřeno vstřebatelným stehem. Celková krevní ztráta po porodu činí 300 ml.

Porozená holčička váží 3760 g a měří 51 cm. Apgar skóre: 8-9-10, pH pupečnickové krve: 7,32.

Klientka je po porodu vyčerpaná, ale šťastná, že se jí narodila zdravá dcera. Ve čtvrté době porodní odpočívá v přítomnosti partnera na porodním sále. Dítě je přiloženo k prsu a zůstává s rodiči po následující 2 hodiny. Na suturu epiziotomie jsme přiložili led. Krvácení ve čtvrté době porodní je přiměřené, děloha retrahovaná – 1 prst pod pupek. TK – 100/60 mm Hg, P – 82/ min., TT – 37,3 °C.

2.4.3 Překlad klientky na oddělení šestinedělí a 1. poporodní den

Ve 23:00 byla klientka přeložena z porodního sálu do péče porodní asistentky na oddělení šestinedělí. Před přeložením byly hodnoty jejích fyziologických funkcí následující: TK – 90/55 mm Hg, P – 78/ min., TT – 37,4 °C. Děloha byla retrahovaná, fundus děložní hmatný v oblasti pupku. Krvácení přiměřené. Sutura epiziotomie byla mírně edematózní, ale klidná. Vzhledem k operačnímu způsobu porodu byla ponechána i.v. kanyla.

Při pokusu o postavení udává klientka závratě a „hučení v uších“. Proto jsme se rozhodly pro její převoz na lehátko. Jelikož klientka měla potřebu močit, což se jí však spontánně nepodařilo, byla vycévkována. Množství moči činilo zhruba 500 ml. Byla provedena hygienická očista zevních rodidel. Klientce jsme pomohly obléci čisté osobní prádlo. Poté byla klientka přeložena na oddělení šestinedělí, na nadstandardní pokoj, o který požádala. Dítě bylo vzhledem ke stavu pacientky po dohodě ponecháno v péči dětských sester.

Po přeložení byly novopečené mamince nabídnuty tekutiny a lehký pokrm. Chtěla pouze polévku a teplý, sladký, ovocný čaj. Po občerstvení požádala o přiložení ledu na suturu. Jak nám sdělila, ve čtvrté době jí přiložený led přinášel úlevu a nyní opět začínala pociťovat bolest v oblasti epiziotomie. Asi za půl hodiny po přiložení ledu udává zmírnění bolesti. Je poučena, aby zatím sama neopouštěla lůžko, ale v případě potřeby si zazvonila na porodní asistentku. Dáváme všechny potřebné pomůcky (termoska, hrnek s čajem, signalizace, mobilní telefon) na dosah z lůžka. Vzhledem k celkovému vyčerpání po porodu brzy usnula.

Kolem 4. hodiny ranní přináší dětská sestra holčičku k přiložení. Po té, co po přiložení sestra s dítětem odešla, se chce maminka pokusit dojít s doprovodem porodní asistentky na WC. Vzhledem k předchozím problémům s vymočením jsme se s klientkou domluvily, že se pokusí vymočit ve sprše. S dopomocí dojde klientka do sprchy, kde si v poloze „vkleče na patách“ pouští vlažnou vodu na podbřišek. Po pár minutách se jí skutečně podařilo se dostatečně vymočit. Během cesty z WC k lůžku již

klientka znovu udává slabost a závrať. Proto ji rychle ukládáme. Domlouváme se, že naše předchozí dohoda, že sama nebude opouštět lůžko, stále platí.

V 6:30 je mamince zkontrolován krevní tlak, pulz a teplota: TK – 110/70 mm Hg, P – 82/ min., TT – 36,8 °C. Subjektivně se klientka cítí, lépe, sděluje, že v noci celkem asi 5 hodin spala tvrdým spánkem a cítí se odpočínutá. Chce se jít v doprovodu porodní asistentky osprchovat. Během sprchování se jí znovu daří se vymočít. Sice se stále cítí slabá, ale neudává již závratě a chce si již dokonce i umýt hlavu. Tentokrát již vše zvládá bez tendencí kolabovat.

Po vizitě a snídani, během dopoledne, stále ještě pospává. Dětské sestry přinášejí děťátko pouze na kojení.

Po obědě se již klientka pohybuje bez obtíží, závratě neudává. Močí spontánně. Krvácení je v normě. Je afebrilní. Ve 14:00 je jí odstraněna i.v. kanyla. Vyšetřením pupečnickové krve byla zjištěna krevní skupina dítěte – B pozitivní. Matka je poučena a je jí aplikován Partobulin 250 mikrogramů i.m.

Vzhledem k očekávané návštěvě rodiny si přeje dítě k sobě na pokoj. Po skončení návštěvy žádá mít miminko již stále u sebe a je dětskými sestrami poučena o základní péči o miminko. Klientka je v této době již soběstačná. Využívá pouze pomoci dětských sester s přiložením holčičky.

Porodní asistentkou je poučena, jak pečovat o porodní poranění, jak se stravovat v době kojení a je seznámena s cvičením vhodným pro první poporodní dny.

3 OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

V ošetrovatelské části práce se věnuji především 1. poporodnímu dni klientky. Podle modelu Marjory Gordonové jsem vypracovala krátkodobý ošetrovatelský plán pro prvních 24 hodin po přeložení klientky na oddělení šestinedělí. První den po porodu byl dnem, kdy klientka potřebovala nejvíce ošetrovatelské péče. Byla vyčerpaná po náročném porodu, během předchozího dne byl omezen přísun potravy, také měla určitý spánkový deficit, protože předchozí noc se příliš nevyspala. To se projevilo po porodu, kdy klientka měla tendenci kolabovat. Nebyla si schopna zajistit základní péči a potřeby. Byla narušena její soběstačnost. Některé její činnosti tedy musela suplovat porodní asistentka.

3.1 Ošetrovatelský proces a jeho princip

Ošetrovatelský proces je vědecká metoda řešení problémů nemocných, které může profesionálně ovlivnit sestra. Je to série vzájemně propojených činností, které se provádějí ve prospěch nemocného, případně i za různé míry jeho spolupráce¹⁹.

Ošetrovatelský proces umožňuje specifikovat potřeby každého jednoho pacienta a ošetrovatelskou péči tak individualizovat.

Základní fáze ošetrovatelského procesu jsou:

1. Zhodnocení nemocného – zjišťování informací a sesterské ošetrovatelské anamnézy
2. Stanovení ošetrovatelských diagnóz
3. Stanovení cílů ošetrovatelské péče a plán k jejich dosažení
4. Realizace navržených opatření
5. Hodnocení efektu poskytnuté péče

Každá fáze je sice samostatná, ale přístup k ošetrovatelské péči musí být uplatněn jako celek, každý krok je závislý na ostatních. Ošetrovatelský proces je kontinuální, cyklický, nikdy nekončící vztah mezi sestrou a pacientem¹⁹. Sestra musí nejprve nemocného poznat, zjistit jeho základní

problémy z ošetrovatelského hlediska. Poté přistoupí k rozhodnutí, jakou strategii při ošetrovatelské péči zvolí. Na rozhodnutí by se měl spolupodílet i pacient, případně i jeho rodina. Po vykonání ošetrovatelské činnosti sestra s klientem vyhodnotí efekt péče a dohodnou se na dalším postupu.

Ošetrovatelský proces vede ke zvyšování kvality a efektivity poskytované péče. Umožňuje hlubší poznání potřeb a problémů pacienta. Odstraňuje tradiční „nálepkování“ pacienta lékařskou diagnózou¹⁹.

Ošetrovatelský proces zvyšuje profesní pravomoc sester, umožňuje tomu, kdo o nemocného pečuje, vyšší stupeň samostatnosti a řízení vlastní práce. Přináší pečujícím lepší pocit pracovní spokojenosti a seberealizace, a tím iniciuje jejich další snahu o poskytování efektivní ošetrovatelské péče.

3.2 Ošetrovatelský model „funkčního zdraví“ dle Gordonové

Autorka modelu Marjory Gordonová získala základní ošetrovatelské vzdělání na Mount Sinai Hospital School of Nursing v New Yorku. Pokračovala ve studiu bakalářského a magisterského studia na Unter Collage of the City University v New Yorku. Doménou Marjory Gordonové je ošetrovatelská diagnostika, jíž se věnovala i ve své doktorandské práci. Autorka roku 1973 identifikovala 11 okruhů vzorců zdraví. V roce 1987 pak publikovala Model funkčních vzorců zdraví. Tento model je výsledkem grantu, který byl v 80. letech minulého století financován federální vládou USA. Marjory Gordonová je profesorkou a koordinátorkou ošetrovatelství dopělých na Boston Collage, Chestnut Hill v Messachussets. Do roku 2004 byla prezidentkou NANDA. Věnuje se výzkumu v oblasti ošetrovatelských diagnóz a plánování ošetrovatelské péče¹⁵.

Koncepce modelu:

Model Marjory Gordonové vychází z hodnocení kvality zdraví jedince z hlediska funkčního stavu jeho organismu. Podle autorky může být zdravotní stav člověka funkční nebo dysfunkční. Model „funkčního zdraví“ jednotlivce/rodiny/komunity je založen na interakci člověka a prostředí a vyjadřuje jeho celkovou bio-psycho-sociální integritu.

Funkční typy zdraví jsou ovlivněny biologickými, vývojovými, kulturními, sociálními a spirituálními faktory.

Dysfunkční vzorec je projevem aktuálního onemocnění jedince nebo může být znakem potenciálního problému. Sestra vyjadřuje aktuální nebo potenciální problém prostřednictvím ošetřovatelských diagnóz. Při posuzování vzorců funkčního zdraví M. Gordon navrhuje, aby sestra porovnávala údaje s jednou nebo několika následujícími položkami¹⁵:

- Individuální výchozí stav (tzv. báze)
- Normy stanovené pro danou věkovou skupinu
- Normy kulturní, společenské a jiné

Je to jeden z novějších teoretických modelů užívaných v současné době v některých evropských zemích.

Dvanáct vzorců zdraví dle Marjory Gordonové

1. Vnímání zdraví - udržování zdraví - obsahuje vnímání zdraví a pohody jedincem a způsoby, jakými se stará o vlastní zdraví
2. Výživa - metabolismus - zahrnuje způsoby a zvyklosti klienta týkající se příjmu potravy, tekutin a dále metabolické potřeby organismu (stav kůže, sliznic, chrupu, vlasů, hojení ran, výška, hmotnost klienta)
3. Vylučování - zjišťujeme exkreční funkci střev, močového měchýře a kůže
4. Aktivita - cvičení - obsahuje způsoby udržování tělesné kondice cvičením nebo jinými aktivitami, zahrnuje činnosti denního života, zjištění úrovně sebepěče

5. Spánek - odpočinek - zahrnuje způsob spánku, odpočinku relaxace a zvyky s tím související
6. Vnímání - poznávání - zjišťuje se schopnost smyslového vnímání a poznávání, včetně bolesti a poznávací schopnost jedince: orientace v čase, prostoru a vlastní osobě, paměť, abstraktní myšlení, schopnost rozhodování, atd.
7. Sebepojetí - sebeúcta - vyjadřuje, jak jedinec vnímá sám sebe a to v oblasti tělesné, emocionální, poznávací a intelektové.
8. Role - vztahy - sleduje přijetí a plnění životních rolí, povinnosti z nich vyplývající, úroveň mezilidských vztahů, zejména v rodině, na pracovišti a ve společnosti
9. Reprodukce - sexualita - zahrnuje reprodukční období a sexualitu, problémy s tím spojené, změny a spokojenost v této oblasti
10. Stres, zátěžové situace - tolerance, zvládání – zahrnuje celkový způsob zvládání stresu, míru tolerance zátěže
11. Víra - životní hodnoty - zjišťuje individuální hodnotovou orientaci jedince včetně spirituálního života a hodnot, které řídí nebo ovlivňují jeho rozhodování
12. Jiné - zahrnuje všechno další, co může ovlivňovat funkční zdraví jedince a nebylo to zahrnuto v předchozích okruzích

Metaparadigmatické koncepce dle M. Gordonové

Osoba - člověk je holistická bytost. Všechny lidské bytosti mají společné určité funkční vzorce, které se podílejí na jejich zdraví, kvalitě života a dosahování lidského potenciálu¹⁵.

Prostředí - podílí na funkčních vzorcích zdraví v integraci s osobou.

Zdraví - je vyjádřením rovnováhy bio-psycho-sociálních interakcí a je ovlivňované kulturními, vývojovými, duchovními a dalšími faktory. Když dojde k poruše zdraví, a to i potenciální, označuje se tento stav jako dysfunkce¹⁵.

Ošetřovatelství - je obor, který se zabývá funkčními a dysfunkčními vzorci zdraví.

3.3 Ošetřovatelská anamnéza a hodnocení klientky při přijetí na oddělení šestinedělí

(dle modelu Marjory Gordonové)

Vnímaní zdraví, snaha o udržení zdraví

Nynější hospitalizace je druhou hospitalizací v životě klientky. Před čtyřmi lety byla hospitalizována na gynekologickém oddělení, kde jí byla provedena konizace pro Ca in situ čípku děložního. Tato diagnóza tehdy pacientku velmi zaskočila, měla strach, „že má rakovinu“. Když další dispenzarizace neprokázala postup nemoci, po čase se uklidnila. Uvědomila si význam pravidelných preventivních prohlídek, jejichž termín důsledně dodržuje. Stejně tak v graviditě dodržovala termíny návštěv u gynekologa a snažila se zachovávat zdravou životosprávu. Klientka je zvyklá sportovat. Před těhotenstvím s přítelem hodně jezdili na kole, občas zašla s kamarádkami na aerobic. V zimě pravidelně jezdila s druhem a přáteli lyžovat. V těhotenství se vzhledem k předchozí gynekologické operaci bála provozovat nějaký sport, tak převážně chodila na procházky se psem. Snažila se na porod a na miminko dobře připravit, proto se zúčastnila předporodního kurzu. Hodně také četla časopisy pro maminky a internetové stránky věnované mateřství.

Při přijetí na oddělení šestinedělí se klientka cítí unavená, slabá. Vyčerpání z náročného porodu se objektivně projevilo sklonem pacientky kolabovat při vertikalizaci. Svůj podíl má jistě i nízký krevní tlak (při přeložení z porodního sálu 90/55 mmHg), který mívala matka i mimo graviditu. Jak říká klientka, doufá, že „až něco sní a trochu se vyspí“, bude se cítit lépe. 1. poporodní den odpoledne se cítí již mnohem lépe. V dalších dnech se její subjektivní „pocit zdraví“ postupně zvyšuje.

Výživa a metabolismus

Klientka se snaží jíst zdravě, a to jak mimo těhotenství, tak i v těhotenství. První 2 měsíce gravidity jí bývalo celé dopoledne nevolno, sice zvracela jen několikrát, ale jediné, co byla schopná dopoledne sníst byla přesnídávka pro děti. Odpoledne to již bývalo lepší. Od třetího měsíce nevolnosti ustaly. Jedla pravidelně, většinou 6x denně, spíše menší porce, hlavně ke konci těhotenství, kdy měla „díky velkému bříšku“ rychle pocit sytosti. V jídlu preferuje ovoce, má ráda již zmíněné dětské přesnídávky. Maso má nejraději kuřecí. Po zkušenostech z předchozí hospitalizace jí bude v nemocniční stravě určitě chybět tmavé pečivo. Vzpomíná si, že při poslední hospitalizaci dostávala spíše chléb a bílé pečivo.

Denně vypije asi 2,5 litru tekutin. Preferuje obyčejnou vodu a slazený ovocný čaj.

Hmotnostní přírůstek v těhotenství činil 13 kg. Výchozí hmotnost klientky na začátku gravidity byla 61 kg při výšce 170 cm.

V těhotenství klientka užívala vitamínové a minerálové preparáty, které jí doporučil její obvodní gynekolog. V prvním trimestru se jednalo o vitamín E, Acidum folicum a Iodid. Poté užívala Calibrum.

Po přeložení z porodního sálu snědla klientka jen polévku a vypila asi ½ litru teplého, sladkého, ovocného čaje. Na další jídlo už neměla chuť. Poté, co si v noci odpočinula, se jí vrátila i chuť k jídlu. Během hospitalizace klientka dostávala výživnou dietu (D - 11) určenou pro kojící matky. Nemocniční stravu si zpestřovala tmavým pečivem, které jí přinášel přítel, stejně jako její oblíbené ovocné přesnídávky. Každý den snědla alespoň jednu. Také si nechala přinést švestkový kompot a popíjela hodně tekutin, především neperlivé vody a ovocného čaje. Zvýšeným příjmem vlákniny a tekutin se snažila, aby neměla problém s vyprazdňováním tuhé stolice. Bála se více zatlačit na stolicí kvůli blízkosti sutury epiziotomie.

Stav kůže je v normě. V levé části perinea je patrná mírně edematózní sutura epiziotomie. V levé horní končetině, v oblasti předloktí, má klientka zavedenou i.v. kanylu. Vlasy jsou upravené. Chrup v graviditě sanován (2x navštívila svého stomatologa).

Vylučování

S vyprazdňováním moči neměla klientka nikdy problémy. V těhotenství chodila močit častěji než obvykle. S udržením moči neměla problém. V momentě, kdy došlo k odtoku plodové vody, si zpočátku myslela, že poprvé neudržela moč, ale když voda odtékala i nadále, pochopila situaci.

Vyprazdňování stolice je pravidelné i v graviditě. Jak sděluje pacientka, asi hlavně díky tomu, že jedla hodně ovoce, pila kolem 2,5 litrů tekutin a snažila se pohybovat.

Klientka udává, že poslední 3 měsíce se více potila, „pořád jí bylo teplo“. Řešila to častějším větráním v a regulací topení v místnosti.

Po porodu měla klientka problém se spontánně vymočit. Musela být jednorázově vycévkována. Až poté, co vypila větší množství tekutin a podařilo se jí dojít do sprchy, se spontánně vymočila. V průběhu dalších dní hospitalizace se problém s vymočením již neobjevil.

K defekaci došlo 2. poporodní den odpoledne. K prevenci obtížného vyprazdňování přijala klientka výše uvedená dietní opatření. Klientka mi sdělila, že jedním z důvodů, proč chtěla pobývat na nadstandardním pokoji, byla i skutečnost, že tyto pokoje mají své samostatné WC a soukromí je pro ni pro bezproblémové vyprazdňování velmi důležité.

Aktivita – cvičení

Klientka rekreačně sportovala, před těhotenstvím se hodně věnovala cyklistice, někdy s přáteli v létě splouvali řeku, v zimě jezdili lyžovat, jak sjezdově, tak na běžky. Tak jednou týdně chodila s kamarádkami cvičit aerobic. V těhotenství se bála věnovat nějakým sportovním aktivitám, žádné organizované cvičení nenavštěvovala. Občas si zacvičila doma cviky na posílení pánevního dna a na uvolnění bederní páteře, která jí ke konci těhotenství občas pobolívala. Hodně chodila na procházky se psem, někdy i 3 km denně.

Po přeložení z porodního sálu byla klientka vyčerpaná, v základním aktivitách (dojít si na WC, umýt se, pohybovat se po místnosti...)

nesoběstačná. Po dodání energie jídlem a tekutinami a po odpočinku, již byla kolem poledne 1. poporodního dne takřka zcela soběstačná. Od 2. poporodního dne se snažila podle schématických obrázků i cvičit několik cviků na posílení pánevního dna a prsních svalů.

Spánek- odpočinek

Pacientka je zvyklá spát 7 - 8 hodin denně. Zhruba poslední 4 týdny spala hůře, díky bříšku se častěji budila. Jak udává, nejraději spí na břiše, což v graviditě nebylo možné. Přerušovaný noční spánek se snažila nahradit odpočinkem během dne. Většinou si tak na 1 - 2 hodiny chodila lehnout po obědě nebo aspoň „odpočívala na pohovce s nohama nahoře“. Na mateřské dovolené jí také vyhovovalo, že nemusela brzy vstávat. Jak říká, brzké vstávání „jí nedělá dobře“. Žádné léky na spaní klientka nikdy nepoužívala.

Po porodu byla klientka velmi unavená. Po přeložení na šestinedělí rychle usnula. Ráno nám sdělila, že spala poměrně tvrdě asi 5 hodin. Stejně jako v graviditě nahrazovala klientka nedostatek nočního spánku také spánkem během dne, relaxací a odpočinkem při čtení časopisů.

Vnímaní, poznávání

Zrak i sluch má klientka v pořádku. Nikdy nenosila brýle. Učení jí nedělá problémy, i když jak říká „mezi nejlepší žáky nikdy nepatřila“. Rozhoduje se celkem snadno. Nějaké informace o péči po porodu získala v těhotenství při četbě časopisů a z článků na internetu. Hodně se vyptává na další informace.

Sebekoncepce, sebeúcta

Klientka se hodnotí jako velmi společenská, má spoustu přátel, navázat kontakt jí nečiní obtíže. Označuje sebe samu za „typického sangvinika“. Na druhou stranu se sice dokáže rozčílit, ale většinou na problém rychle zapomíná.

Změny tělesného vzhledu v souvislosti s těhotenstvím jí nevadí. Říká, že už se těší, až bude moci začít cvičit a jezdit s kočárkem na procházky, tím že se získaných těhotenských kilogramů rychle zbaví.

Role - mezilidské vztahy

Klientka žije spolu s přítelem v bytě 3+1. Jak rodiče druhá, tak rodiče klientky žijí v blízkém městě, takže v případě potřeby jsou rychle k dispozici. S rodiči z obojí strany má mladý pár dobré vztahy. Maminka klientky chodila v těhotenství své dceři s některými pracemi vypomáhat.

Asi do 20. týdne těhotenství chodila klientka do práce, potom jí začalo občas „tvrdnout břicho“, tak po dohodě s gynekologem zůstala v pracovní neschopnosti. Do práce chodila ráda, má tam dobré přátele.

Klientka má široký okruh přátel, se kterými podnikají různé sportovní a společenské aktivity. Několik přátel jí přišlo během hospitalizace navštívit. Partner s ní absolvoval celý porod. Byl jí, jak sama klientka udává, velkou oporou. Masíroval jí bolavá záda, podepíral ji a podával jí pití. Denně za ní během hospitalizace přicházel na návštěvu. Ke klientce i dceři se choval velmi pozorně.

Sexualita, reprodukční schopnost

Základní body gynekologické anamnézy:

menstruace pravidelná, asi od 13 let, cyklus 28/4, menses nebolestivé. Před graviditou užívala 10 let hormonální antikoncepci. Dobře ji snášela.

V roce 2003 byla provedena konizace děložního čípku z důvodu Ca in situ. Klientka je primigravida, primipara.

Datum poslední menstruace bylo 7. 9. 2006.

V těhotenství se klientka pohlavními styky zcela nevyhýbala, ale ani se mu s partnerem nevěnovali pravidelně. Měla trochu strach, aby neporodila předčasně, protože jak říká „nemá po operaci ten čípek“. Teď ke konci už se tolik nebála, věděla, že miminko už je téměř připravené se narodit.

Klientka byla při hospitalizaci poučena, že v rámci prevence infekce pohlavního ústrojí, je po porodu vhodné dodržovat alespoň čtyřtýdenní sexuální abstinenci.

Stres, zátěžové situace a jejich zvládání

Kromě těhotenství se v posledních dvou letech v klientčině životě neobjevila žádná významnější či krizová situace. Poslední krizová a velmi nepříjemná situace byla pro klientku nutná operace děložního čípku. V té situaci ji nejvíce podpořil partner. Pomohl jí také přístup obvodního gynekologa, který jí vše vysvětloval a uklidňoval ji.

Klientka nekouří, před těhotenstvím si příležitostně dala alkohol s přáteli, v graviditě jej nepila vůbec. Drogy nikdy nezkoušela. Sedativa ani hypnotika nikdy nepoužila. Dokud chodila do práce byla zvyklá pít 2 až 3 šálky instantní kávy denně. V těhotenství na ni již neměla takovou chuť. Pila ji jen příležitostně, pouze slabou a s mlékem.

Myslí si, že stres zvládá celkem dobře. Podporu má hlavně v partnerovi a rodině. Druh jí byl velkou oporou při porodu. Klientka sama zvládala náročný porod vyrovnaně. Na miminko se moc těšila. Svěřuje se však, že ve druhé době porodní, když děťátko stále nemohla vytlačit, začínala propadat bezmoci. Ukončení porod pomocí kleští bylo pro ni vysvobozením. Strach neměla, říká, že lékaři důvěřovala. Hlavně už to chtěla mít za sebou.

Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Klientka je ateistka. V dětství sice občas s babičkou chodila do kostela, teď už se dlouho žádné bohoslužby nezúčastnila. Největší hodnotou pro klientku je zdraví, rodina a přátelé.

Teď je ráda, že má už porod za sebou. Nejdůležitější pro ni je, že dítě se narodilo zdravé a ona je po porodu také v pořádku. Už se těší domů, až budou s přítelem i dcerou spolu pohromadě.

3.3.1 Základní screeningové fyzikální vyšetření sestrou

Celkový vzhled, úprava, hygiena:	upravena
Dutina ústní a nos:	v normě
Zuby: Zubní náhrady	nemá
Chybění zubů	0
Slyší šepot?	ano
Přečte novinové písmo?	ano
Má brýle?	ne
Puls: Rychlost 78/min. Pravidelnost: ano	Jakost (síla): v normě
Dýchání: čisté Pravidelnost: ano	Hloubka: v normě
Krevní tlak:	90/55 mm Hg
Stisk ruky:	přiměřený
Může zvednout tužku:	ano
Rozsah pohybu kloubů:	v normě
Svalová tuhost, pevnost:	dostatečná
Kůže: Kožní výběžky:	beze změn
Změna barvy:	pigmentovaná linea fusca
Kožní léze:	drobné stryže na podbřišku
Chůze:	kolabuje v důsledku vyčerpání
Držení těla:	nejisté, přidržuje se doprovodu a stěny
Chybění části těla:	0

3.3.2 Předvedená schopnost pro soběstačnost

KÓD PRO FUNKČNÍ UROVEŇ 0 – 5

Schopnost najít se	1	Umýt se	3
Okoupat se	4	Celkový pohyb	4
Schopnost dojít si na toaletu	5	Pohyb na lůžku	0
Schopnost obléknout se	3	Uvařit si	5
Nakoupit si	5	Udržování domácnosti	5
Kanyly intravenózní	ano	Vývody/cévký	nemá
Odsávání	nemá	Jiné	0
Nynější hmotnost	74 kg	Hmotnost nahlášená	74 kg
Výška	170 cm	Tělesná teplota	37,4 °C

3.3.3 Objektívni pozorování v průběhu získávání informací

Orientace	dobrá
Chápe myšlenky a otázky (podstatu, abstraktní výrazy, konkrétní pojmy)	ano
Řeč, způsob vyjadřování	v normě
Hlas a způsob řeči	v normě
Úroveň slovní zásoby	dobrá
Oční kontakt	ano
Rozsah pozornosti (odvádění, rozptylování)	v normě
Nervozita (rozrušení nebo uvolnění)	klientka je klidná
Asertivní nebo pasivní	spíše asertivní
Vzájemná spolupráce a součinnost se členy rodiny nebo osobou doprovázející	dobrá

3.4 Ošetrovatelské diagnózy - 1. poporodní den

(2. den hospitalizace)

Ošetrovatelské diagnózy byly stanoveny u klientky M.M. po přeložení na oddělení šestinedělí. Jednotlivé ošetrovatelské diagnózy jsou řazeny podle aktuálnosti po dohodě s klientkou.

Aktuální ošetrovatelské diagnózy

1. Snížená sebek péče v důsledku vyčerpání po protražovaném a operativním porodu projevující se závratěmi, slabostí a tendencí klientky kolabovat při vertikalizaci
2. Bolest v oblasti hráze v důsledku provedení epiziotomie a přidružených porodních poranění projevující se zaujímáním úlevových poloh a verbálně stížnostmi klientky na bolest
3. Retence moči v důsledku otoku tkání v okolí močové trubice projevující se neschopností klientky se spontánně vymočit
4. Porucha integrity tkáně v důsledku provedení epiziotomie při operačním porodu patrná jako sutura rány na zevním genitálu

Potenciální ošetrovatelské diagnózy

1. Potenciální riziko infekce v důsledku protražovaného a operativního porodu
2. Potenciální riziko senzibilizace matky anti D protilátkami dítěte – matka Rh negativní

3.5 Krátkodobý ošetrovatelský plán, realizace a hodnocení: 1. poporodní den

Ošetrovatelský plán byl sestaven po přeložení klientky na oddělení šestinedělí a následném stanovení ošetrovatelských diagnóz po dohodě s klientkou. Je určen pro příštích 24 hodin po přeložení.

3.5.1 Aktuální ošetrovatelské diagnózy

1. Ošetrovatelská diagnóza:

Snížená sebezpečí v důsledku vyčerpání po protrahovaném a operativním porodu projevující se závratěmi, slabostí a tendencí klientky kolabovat při vertikalizaci

Ošetrovatelský cíl

- Klientka má všechny pomůcky na dosah tak, aby byla schopna se obsloužit z lůžka
- Klientka má po ruce signalizační zařízení, aby kdykoliv případě potřeby mohla zavolat sestru
- Klientka má zajištěno nerušené prostředí, aby mohla odpočívat a načerpat síly
- Klientce načerpá novou energii podáním vhodné stravy a nápojů
- Klientka je schopná se postavit, dojít na WC a do sprchy a zvládnout běžné denní aktivity

Ošetrovatelský plán:

- Ulož všechny nezbytné pomůcky (termoska, čaj, mobilní telefon, signalizace) na noční stolek tak, aby na ně klientka z lůžka dobře dosáhla
- Zajisti klientce dobré podmínky pro nerušený spánek (vyvětrej, zajisti teplotní pohodu, pomoz nalézt vhodnou polohu v lůžku, zajisti čisté osobní prádlo)
- Podej klientce lehkou večeři a vhodný nápoj

- Pomáhej klientku mobilizovat
- Dohlížej na klientku při vstávání z lůžka, dokud nepomine nebezpečí orthostatického kolapsu
- Pouč klientku o nejlepších způsobu vstávání z lůžka (pomalu se posazovat, nevstávat příliš rychle, zhluboka dýchat, dívat se před sebe, nikoliv na zem)
- Pouč klientku o umístění signalizačních zařízení ve sprše a na WC
- Pochval klientku za každý úspěch

Realizace ošetřovatelského plánu:

Klientka při pokusu se postavit na porodním sále kolabovala. Po převzetí klientky na oddělení šestinedělí jsme jí všechny výše uvedené pomůcky uložily v blízkosti lůžka na noční stolek, aby na ně bez problému dosáhla. Klientka si přála povečeřet pouze teplou polévku a požádala o sladký ovocný čaj. Pokoj jsme vyvětraly a klientka byla uložena v čistém lůžku a v čistém osobním prádle. Dle domluvy klientka zvonila, pokud něco potřebovala. Byla poučena o správném způsobu vstávání lůžka. Zpočátku vstávala ještě s obtížemi, vždy v doprovodu porodní asistentky. Ráno již porodní asistentka jen dohlížela, klientka již došla do sprchy sama a zvládla provést základní hygienu. Byla poučena o umístění signalizačního zařízení ve sprše a na WC.

Hodnocení ošetřovatelského procesu:

Ošetřovatelské cíle byly dosaženy. Klientka po odpočinku a dodání energie polévkou a sladkým ovocným čajem vstala, nejprve sice ještě s určitými obtížemi a s pomocí porodní asistentky, později již bez větších závratí. Během následujícího dopoledne byla prakticky soběstačná, nepotřebovala již dohled.

2. Ošetrovatelská diagnóza

Bolest v oblasti hráze v důsledku provedení epiziotomie a přidružených porodních poranění projevující se zaujímáním úlevových poloh a verbálně stížnostmi klientky na bolest

Cíl ošetrovatelské péče:

- Odhalit způsoby přinášejících úlevu od bolesti
- Zmírnit bolest do 30 minut nejméně o 2-3 stupně analogové stupnice 0 – 10 (stupeň 0 = žádná bolest, stupeň 10 = nesnesitelná bolest)
- Bolest neruší klientku ve spánku

Plán ošetrovatelské činnosti:

- Zjistí aktuální stupeň bolesti udávaný klientkou
- Pouč klientku o příčině bolesti a možnostech jejího tlumení
- Pomoz nalézt úlevovou polohu
- Přilož na oblast epiziotomie led
- Dle potřeby aplikuj analgetika dle ordinace lékaře
- Po 30 minutách zkontroluj stupeň úlevy od bolesti, popřípadě modifikuj další postup

Realizace ošetrovatelského plánu:

Po přeložení na oddělení šestinedělí udává klientka, „že šití přichází k sobě“, stěžuje si na bolest v oblasti epiziotomie. Pro upřesnění používám analogové škály. Klientka udává bolest na stupni 5. Udává, že přiložení ledu na porodním sále jí pomohlo ke zmírnění nepříjemných vjemů z oblasti zevního genitálu. Přikládáme tedy na hráz led. Klientka zaujímá polohu vleže na zádech s pokrčenými dolními končetinami a mírně zvýšenou horní částí lůžka. Domlouváme se, že za 30 minut ji přijdu zkontrolovat, zda-li je bolest mírnější. Po 30 minutách již klientka ospává, udává zmírnění bolesti přibližně na stupeň 2. Analgetika nevyžaduje. Brzy poté usíná.

Hodnocení ošetřovatelského procesu:

Cíle bylo dosaženo. Do 30 minut po aplikaci ledu na ránu došlo ke zmírnění bolesti o 3 stupně. Klientka usnula.

3. Ošetřovatelská diagnóza

Retence moči v důsledku otoku tkání v okolí močové trubice projevující se neschopností klientky se spontánně vymočit

Cíl ošetřovatelské péče:

- Pacientka je poučena o opatřeních, která podporují možnost spontánního vymočení
- Pacientka se vymočí spontánně, v dostatečném množství, do 6 hodin od posledního vycévkování
- Pacientka subjektivně pocítuje úlevu, objektivní není hmatný prominující močový měchýř nad symfýzou

Plán ošetřovatelské činnosti:

- Zajisti klientce dostatečný příjem tekutin
- Zajisti klientce soukromí při močení
- Seznam klientku s opatřeními podporující spontánní vymočení (poslech tekoucí vody, teplý obklad na podbříšek či sprchování podbříšku)
- Zkontroluj subjektivní a objektivní příznaky možné retence moči
- V případě potřeby klientku včas vycévkuj

Realizace ošetřovatelského plánu:

Na konci IV. doby porodní bylo umožněno klientce vymočit se spontánně na podložní míse. To se jí nepodařilo, přestože jí bylo zajištěno soukromí, poloha vpolosedě a puštěna tekoucí voda (akustická stimulace vymočení). Pokus o vymočení se na WC byl vyloučen vzhledem k tendenci klientky kolabovat. Přistoupily jsme tedy k vycévkování klientky, protože nad symfýzou byl hmatný naplněný močový měchýř a klientka sama udávala

potřebu vymočit se. Vycévkovaly jsme přibližně 500 ml moči. Po přeložení na pokoj klientka snědla polévku a vypila cca ½ l čaje. Asi za 5 hodin poté se jí podařilo se spontánně vymočit ve sprše. Další cévkování již nebylo třeba. Klientka měla pocit „dostatečného vymočení“, močový měchýř již nebyl hmatný.

Hodnocení ošetřovatelského procesu:

Ošetřovatelské cíle byly splněny. Klientce se přes počáteční obtíže podařilo vymočit spontánně, což ji přineslo úlevu.

4. Ošetřovatelská diagnóza

Porucha integrity tkáně v důsledku provedení epiziotomie při operačním porodu patrná jako sutura rány na zevním genitálu

Cíle ošetřovatelské péče:

- Klientka zná důvod, proč k provedení epiziotomie došlo
- Po dobu nesoběstačnosti klientky udržuje porodní asistentka, poté sama klientka, úzkostlivou hygienu oblasti zevního genitálu
- Klientka je seznámena se způsobem ošetření epiziotomie (intradermální vstřebatelný steh)
- Klientka zná způsoby, jak pečovat o porodní poranění
- Nejsou přítomny žádné známky komplikací v souvislosti s provedením epiziotomie (např. vznik paravaginálního hematomu)
- Epiziotomie a přidružená porodní poranění se hojí per primam

Plán ošetřovatelské činnosti:

- Pouč klientku o důvodu, proč byla epiziotomie provedena
- Zajisti úzkostlivou hygienu oblasti zevního genitálu
- Zajisti klientce dostatek hygienických vložek
- Zajisti klientce dostatek čistého ložního i osobního prádla

- Pravidelně kontroluj stav epiziotomie, pátrej po možných známkách komplikací (vznik paravaginálního hematomu)
- Pouč klientku o způsobu ošetření epiziotomie
- Doporuč klientce způsoby péče, které podporují hojení rány a snižují diskomfort v souvislosti s porušenou integritou tkání

Realizace ošetřovatelského plánu:

O důvodu provedení epiziotomie seznámil klientku již lékař, když prováděl její ošetření. Před přeložením klientky z porodního sálu byla provedena hygienická očista zevního genitálu. Matce byl byla přiložena čistá vložka, posléze ještě též led, který kromě bolesti snižuje i tvorbu edému v oblasti poranění. Klientka byla uložena v čistém prádle do čistého lůžka. Dokud klientka neusnula, pravidelně jsme kontrolovaly stav hráze a pátraly po příznacích vzniku paravaginálního hematomu, a to objektivně pohledem na oblast poranění a otázkou na subjektivní pocity klientky (pro vznik hematomu svědčí silná bolest v oblasti sutury a pocity tlaku v konečníku). Klientce jsme vysvětlily, že sutura je ošetřena vstřebatelným intradermálním stehem. Doporučily jsme jí časté oplachy hráze chladnou vodou, přikládání ledu, oplachy poranění ředěným roztokem přípravku Rosalgin, který kromě účinku dezinfekčních má i účinky analgetické, a to 2x denně. Dále jsme zmínily význam přístupu vzduchu k ráně, což urychluje hojení. Při bolestivém sezení je možné využít „kruh na plavání“, jelikož zabrání tlaku a poraněnou tkáň a sníží tím diskomfort klientky.

Hodnocení ošetřovatelského procesu:

Cíle bylo dosaženo. Neobjevily se žádné komplikace v souvislosti s epiziotomií. Klientka byla seznámena s hlavními zásadami péče o porodní poranění.

3.5.2 Potenciální ošetrovatelské diagnózy

1. Ošetrovatelská diagnóza

Potenciální riziko infekce v důsledku protrahovaného a operativního porodu

Cíl ošetrovatelské péče:

- Nejsou lokální známky infekce v oblasti porodního poranění, rána se hojí per primam
- Nejsou přítomny celkové příznaky infekce, pacientka je afebrilní
- Laboratorní markery zánětu (leukocyty, CRP) nejsou zvýšeny

Plán ošetrovatelské činnosti:

- Zajisti úzkostlivou hygienu oblasti zevního genitálu
- Zajisti klientce dostatek hygienických vložek
- Zajisti klientce dostatek čistého ložního i osobního prádla
- Pravidelně kontroluj stav epiziotomie, pátrej po možných lokálních známkách zánětu
- Sleduj charakter a zápach očístků k vyloučení puerperální endometritidy
- Sleduj pravidelně fyziologické funkce klientky
- Ber v potaz subjektivní stesky klientky, které by mohly svědčit pro infekci (malátnost, třesavka, zimnice, únava)
- Pečuj o zavedenou i.v. kanylu, zajisti čistotu okolí vpichu, sleduj možné známky infekce v místě vpichu
- Doporuč klientce opatření, které podporují hojení rány

Realizace ošetrovatelského plánu:

V době, kdy klientka nebyla schopna samostatného povedení hygieny, převzaly péči o hygienu, především v genitální oblasti, porodní asistentky. Klientka byla poté poučena, jak o suturu pečovat, aby se minimalizovalo riziko infekce (časté oplachy genitálu, oplachy Rosalginem, častá výměna vložek a spodního prádla). Klientce byl zajištěna pravidelná výměna ložního

i osobního prádla. Porodní asistentka pravidelně kontrolovala stav hráze i očítků, měřila vitální funkce. Během porodu byly v důsledku předčasného odtoku plodové vody pravidelně kontrolovány hladiny zánětlivých markerů a profylakticky podávány antibiotika venózně. Do odstranění i.v. kanyly první poporodní den odpoledne bylo místo vpichu pravidelně kontrolováno.

Hodnocení ošetrovatelského procesu:

Během prvního poporodního dne se neobjevily žádné známky infekce. Sutura byla mírně edematózní, ale jinak klidná, bezprostředně po přeložení z porodního sálu byla pacientka subfebrilní, po zavodnění a odpočinku se tělesná teplota vrátila do normálu.

2. Ošetrovatelská diagnóza

Potenciální riziko senzibilizace krevního oběhu matky anti D protilátkami dítěte – matka Rh negativní

Cíl ošetrovatelské péče:

- Zajištění včasného vyšetření krevní skupiny a Rh faktoru dítěte z pupečnickové krve
- Včasné zjištění Rh faktoru dítěte
- V případě Rh positivity dítěte je do 72 hodin od porodu aplikován imunoglobulin anti D
- Matka zná důvody vyšetření krevní skupiny a Rh faktoru dítěte
- Matka je poučena o důvodu případné aplikace imunoglobulin anti D
- Matka je poučena o nutnosti odběru krve na protilátky anti D za 6 měsíců po provedeném očkování

Plán ošetrovateľskej péče:

- Zisti čo najďívve krvnú skupinu a Rh faktor dieťa
- Vysvetli matke dôvod vyšetrenia krvnej skupiny a Rh faktoru dieťa
- V prípade pozitivity Rh faktoru dieťa zdôvodni matke nutnosť vakcinácie imunoglobulínom anti D a proved' očkovaní do 72 hodín od porodu
- Pouč matku o dôvodoch a okolnostiach odběru krvi na protilátky anti D po 6 mesícich od provedení očkovaní

Realizace ošetrovateľského plánu:

Po porodu byla pupečníková krev byla odeslána do laboratoře ke zjištění Rh faktoru a krvní skupiny plodu. Výsledky ukázaly, že narozená holčička má krvní skupinu B pozitivní. Krvní skupina matky je B negativní. První poporodní den ve 14 hodin bylo provedeno očkovaní matky aplikací přípravku Partobulin 250 mikrogramů i.m. Matka obdržela doklad o aplikaci a byla poučena o důvodu očkovaní a nutnosti kontroly hladiny protilátek anti D za 6 mesíců.

Hodnocení ošetrovateľského procesu:

Cíl byl splněn. Včas byla zjištena krvní skupina a Rh faktor dieťa, včas bylo provedeno očkovaní matky. Matka byla o všem poučena.

3.6 Dlouhodobý ošetrovatelský plán

2. poporodní den

Druhý poporodní den je klientka ráno unavená, udává, že asi od 2 hodin v noci moc nespala, protože dítě se často hlásilo na kojení a hodně plakalo. Stěžuje si na bolestivost sutury, protože v noci hodně chodila a chovala holčičku. Také udává pobolívání podbřišku po kojení. Její fyziologické funkce jsou: TK - 123/78 mm Hg, P- 87/ min., TT – 36,8 °C. Děloha je retrahovaná, fundus děložní sahá 2 prsty pod pupek, krvácí přiměřeně (lochia rubra). Sutura epiziotomie je klidná.

V péči o suturu je klientce kromě častého osprchování hráze chladnou vodou a přikládání ledu doporučen i oplach roztokem Rosalginu dvakrát denně. K minimalizaci bolestivé retrakce děložní je doporučena poloha vleže na břicho s malým polštářkem pod břichem a čaj pro kojící matky. Zároveň je po dohodě s lékařem klientce nabídnut Novalgin 1 tbl. ke zmírnění bolesti poranění a podbřišku. Klientka ráda přijímá. Jelikož dítě po „proplakané“ noci nyní spí, rozhodla se klientka také zkusit odpočívat a asi 2 hodiny během dopoledne se prospala. V poledne se již cítila lépe, bolesti v podbřišku již neudává, bolestivost hráze se významně snížila. Zbytek dne pacientka nemá větší obtíže. Odpoledne přichází na návštěvu partner a několik známých, takže klientka má poté i lepší náladu.

Ošetrovatelské diagnózy:

1. Únava z důvodu nedostatku nočního spánku projevující se sníženým motorickým tempem klientky, kruhy pod očima a verbálně stížnostmi na vyčerpání
2. Bolest v oblasti hráze v důsledku provedení epiziotomie a přidružených porodních poranění projevující se zaujímáním úlevových poloh a verbálně stížnostmi klientky na bolest.
3. Bolest podbřišku po kojení z důvodu děložní retrakce projevující se vyhledáváním úlevových poloh a verbálně stížnostmi na bolest

3. poporodní den

Klientka ráno udává, že tuto noc již spala trochu lépe. Dítě se sice budilo asi po 2 hodinách na kojení, ale rychle usínalo a tolik neplakalo.

Fyziologické hodnoty jsou v normě: TK – 115/72 mm Hg, P – 74/min., TT – 36,9 °C. Děloha je retrahovaná, 3 prsty pod pupek. Krvácení je přiměřené (lochia rubra). Sutura epiziotomie je klidná. Klientce je odebrán kontrolní krevní obraz: leukocyty 16,1 erytrocyty 3,60 hemoglobin 119 hematokrit 0,342 trombocyty 225.

Klientka pociťuje bolestivé napětí v prsou. Je poučena, že se jedná o fyziologický projev provázející zvyšující se tvorbu mléka – tzv. „nástřel prsů“, přechodný stav, který by se měl přibližně během 24 hodin upravit. Je jí doporučeno často přikládat dítě ke kojení. Prsy je možné před kojením prohřát v teplé sprše, aby se mléko lépe uvolňovalo. Dítě je třeba ke kojení budít, protože v důsledku novorozenecké žloutenky je spavější. S pomocí dětské sestry se „nástřel prsů“ daří mamince zvládnout bez dalších opatření.

Pacientka nám oznamuje, že bolest v oblasti epiziotomie je dnes již mnohem mírnější, zvládá ji jen s oplachy chladnou vodou, Rosalginem a sezením na kruhové podložce. Bolest v podbříšku již nepociťuje vůbec.

Ošetrovatelské diagnózy:

Bolest prsů z důvodu přechodně zvýšené tvorby mléka projevující se zvětšením a „nalitím“ prsů

4. poporodní den

Klientka se cítí mnohem lépe, bolestivé „nalití“ prsů se podařilo zvládnout, bolesti epiziotomie jsou snesitelné. Cítí se odpočatá, jiné obtíže neudává. Dokonce by již chtěla jít domů. Kvůli vyšším hladinám novorozenecké žloutenky u dítěte však hospitalizace pokračuje.

Fyziologické funkce jsou v normě: TK – 114/80 mm Hg, P – 72/min., TT – 36,4 °C. Děloha je retrahovaná, fundus děložní 3 prsty pod pupek, lochia serosanguinolentní. Sutura klidná.

Klientka hodně odpočívá, čte si časopisy pro maminky. Také za ní chodí hodně návštěv, takže pokračující hospitalizace jí nevadí. Izolaci od rodiny a přátel nepocítuje.

5. poporodní den

Pacientka se cítí subjektivně i objektivně dobře. Udává minimální bolest epiziotomie, jiné obtíže nemá. Kojí bez problémů. Těší se domů.

Fyziologické funkce jsou normální: TK – 110/70 mm Hg, P – 73/min., TT - 36,5 °C. Fundus děložní je hmatný 4 prsty pod pupkem, lochia serosanguinolentní. Sutura klidná.

U dítěte došlo k poklesu hladiny bilirubinu a je možné propuštění matky i dítěte.

3.7 Edukace klientky po klešťovém porodu

Péče o porodní poranění

Klientka byla poučena, že provedená epiziotomie byla ošetřena intradermálním vstřebatelným materiálem. Byla též upozorněna, že na zevním genitálu nejsou hmatné žádné stehy. Poučili jsme ji, že pro bezproblémové hojení je důležité hráz osprchovat po každém močení, stolici a kojení (při kojení se uvolňuje hormon oxytocin, který nejen stimuluje tvorbu mateřského mléka, ale i napomáhá zavinování dělohy, což může způsobit krátkodobé silnější krvácení). Krev je živnou půdou pro choroboplodné zárodky, proto je nutné zabránit kumulaci krve v blízkosti rány. V rámci hygieny genitálu stačí osprchování chladnou vodou, není třeba pokaždé použít mýdlo. Omytí genitálu mýdlem je dostačující 1x - 2x denně. Vhodné je mýdlo určené pro intimní partie.

Ve volných chvílích odpočinku je prospěšné větrat poranění bez kalhotek, jen s vložkou podloženou pod sebou. Vzhledem k bolestivosti poranění při sezení, bylo klientce doporučeno použít k sezení kruh. Na ránu ve volném prostoru kruhu nic netlačí a sezení je tedy pohodlnější. Oplach rány roztokem Rosalginu ránu nejen dezinfikuje, ale i snižuje bolestivost. Oplach Rosalginem není vhodné provádět častěji než 2 x denně. Bolest rány také snižuje přiložení ledových obkladů. Samotné hojení rány trvá 10 - 14 dní.

Zavinování dělohy a odchod očístků

Klientka byla poučena, že děloha se po porodu postupně zavinuje. První den po porodu je možné ji nahmatat jako kulovitý útvar v oblasti pupku. Další dny se zmenšuje, až kolem 10. dne po porodu není již hmatná za stydkou sponou. Zavinování dělohy mohou doprovázet nepříjemné poporodní stahy, zvláště po kojení. K jejich minimalizaci se doporučuje pravidelně polohovat na břiše, což napomáhá rychlejšímu zavinutí dělohy. Čaj pro kojící matky s obsahem bylinek jako např. fenykl a anýz také působí proti křečím a je možné je

použít i k zmírnění poporodních stahů. Při silných poporodních stazích je možné podat dle ordinace lékaře i slabé analgetikum.

Dále byla klientka poučena o odchodu očítků, které jsou produktem tkáňového hojení v ranné ploše po placentě. První 3 dny po porodu jsou převážně krvavé a může jich být až 200 ml za den. Ke konci prvního týdne jsou již spíše hnědé. V průběhu druhého poporodního týdne mají nažloutlou barvu. Ve třetím týdnu jsou šedobílé. Postupně jich ubývá. Obsahují velké množství choroboplodných zárodků. Proto je důležitá pravidelná výměna vložek, které by měly být dobře prodyšné. První dny po porodu, kdy jsou očítky hojné, jsme matce doporučili nosit jednorázové mateřské kalhotky. Klientka byla též poučena o pravidlech šestinedělí – vyhnout se koupeli ve vaně, raději použít sprchu a z důvodu prevence zanesení infekce dodržet čtyřtýdenní sexuální abstinenci.

Cvičení po porodu

Klientka byla poučena, že cvičit je možné již od 1. dne po porodu. Vhodné jsou především cviky na posílení pánevního dna. Cvičení zlepšuje prokrvení pánevní oblasti a usnadňuje tak hojení porodních poranění. Napomáhá také zpevnění pánevního dna, které během těhotenství a porodu ochabuje, což může v pozdějším věku vést k problémům s udržení moče. Klientka již jednotlivé cviky určené k posílení pánevního dna znala z těhotenství.

Kromě cvičení pánevního dna byly klientce doporučeny cviky k posílení prsních svalů, cviky podporující odtok krve z dolních končetin, procvičování kloubů horních i dolních končetin a hluboké břišní dýchání k podpoře peristaltiky.

Péče o prsy

Klientce jsme doporučili omývat prsy vodou bez použití mýdla a také nepoužívat parfemované krémy a mléka, které by miminku bránily v rozpoznání přirozené vůně své maminky. Druhý poporodní den

se na klientčiných bradavkách objevily drobné ragády, k jejichž ošetření jsme jí doporučili použít Bepanten mast v tenké vrstvě. Před kojením jej není třeba smývat. Vzhledem k hojivému účinku mateřského mléka jsme doporučili klientce po kojení vymáčkout z prsu několik kapek mateřského mléka a rozmazat je po bradavce.

Klientka byla též seznámena, že kolem 3. dne po porodu se začíná mléko tvořit ve větším množství. Prsy mohou být bolestivě nalité a tvrdé. Stav je označován jako „nástřel či nalití“ prsů. Pomůže jej zvládnout časté kojení, eventuálně lze zbývající množství mléka odšťávkovat. Pokud jsou prsy obzvláště bolestivě nalité, studené až ledové obklady pomohou zabránit otoku a sníží bolestivost. Naopak před kojením pomohou teplé obklady či teplá sprcha uvolnit nahromaděné mléko. Stav se většinou vyřeší během 24 hodin.

Výživa

Výživa kojící matky má být lehce stravitelná a neměla by obsahovat nadýmavé látky, které vadí nejen mamince, ale mlékem se dostávají i k miminku. Klientce jsme zdůraznili, že by se měla vyhýbat luštěninám, čerstvému kynutému pečivu, perlivým minerálkám, květáku.

Některá miminka mají větší sklon k alergiím, proto by kojící maminky neměly pít 100% citrusové džusy, které by u těchto dětí mohly způsobit vyrážku. Lepší je 100% džusy ředit neperlivou vodou nebo je nahradit džusy z tuzemského ovoce a zeleniny (např. jablek, meruněk, mrkve).

V prevenci zácpy, hlavně k omezení nutnosti intenzivně tlačit při vyprazdňování stolice, jsme klientce doporučili zvýšit příjem tekutin a vlákniny, hlavně ve formě tmavého pečiva a ovoce.

Komplikace šestinedělí

Klientce jsme zdůraznili, že pokud by se po propuštění do domácího ošetřování u ní objevila horečka, silné krvácení, silná bolest v oblasti epiziotomie, bolest prsů doprovázená zarudnutím či silné

bolesti hlavy a poruch vidění, je třeba co nejdříve vyhledat lékařské ošetření.

Dále jsme klientce připomněli, že po šestinedělí by měla být zkontrolována svým obvodním gynekologem a za 6 měsíců po porodu podstoupit odběr krve na protilátky anti D vzhledem k provedenému přeočkování imunoglobulinem anti D.

3.8 Psychologická reakce rodičky na operativní ukončení porodu

Již mnohé studie se zabývaly nejen dopadem operativního porodu na psychiku ženy, ale také vlivem psychologických a sociálních faktorů na způsob ukončení porodu.

V roce 2005 byla v Nizozemí provedena studie, které se zúčastnilo 354 žen²⁸. Jejím cílem bylo zjistit možnou souvislost mezi psychosociální faktory (osobnostní vlastnosti ženy, úroveň vzdělání, kvalita partnerského vztahu, způsob života a přítomnost depresivních symptomů) a rizikem operativního ukončení porodu. Ve výsledku bylo shledáno, že ani dobrý partnerský vztah, ani nepřítomnost depresivních symptomů či specifické osobnostní rysy nejsou protektivním faktorem ve vztahu k operativnímu způsobu porodu.

Psychologická reakce ženy na operativní porod se velmi liší v závislosti na situaci, ve které k ukončení porodu došlo. Záleží i na tom, jaké představy o porodu ženy měly, zda během porodu aktivně spolupracovaly či pasivně očekávaly pomoc od poskytovatelů péče. Zvláště v případě klešťového porodu kolují v populaci někdy až hrůzostrašné příběhy. V rámci předporodní přípravy si ženy nepřipouští, že by zrovna ony měly porodit pomocí kleští nebo vakuumextrakce. Informací mají tedy málo a se samotnou realitou takového způsobu porodu se pak setkávají v případě potřeby až na porodním sále, což může vést k úzkosti.

V situacích, kdy ženy neměly příležitost se na operativní porod připravit, jako např. akutní stavy hypoxie plodu, které vyžadují rychlé ukončení porodu, může být psychologická reakce na operativní porod mnohem silnější, než v situacích, kdy je operační ukončení porodu pro ženy „vysvobozením“ - např. v případě protrahovaných porodů. Negativní reakce na operativní způsob porodu může mít podobu poklesu sebevědomí, pocitu selhání jako ženy („nejsem schopná splnit svoji funkci – porodit dítě), sebeobviňování. K minimalizaci takového psychického stresu ženy je potřeba vysvětlování a podpory ze strany

poskytovatelů péče. Je vhodné, nechat ženu vyjádřit všechny své pocity v souvislosti s operačním ukončením porodu, zodpovědět všechny její dotazy. To jí může snáze pomoci smířit se s tím, že porod neproběhl podle jejích představ.

U slečny M.M. byl porod ukončen operativně v důsledku protrahované druhé doby porodní. Klientka byla během celého porodu velmi vyrovnaná, aktivně spolupracovala, na porod se připravovala v předporodním kurzu. S bolestí počítala, dobře ji zvládala. Na miminko se těšila, chtěla udělat všechno proto, aby porodila spontánně. Ve druhé době porodní, když porod postupoval jen velmi pomalu, začínala propadat skepsi. Byla již vyčerpaná, docházely jí síly a pozvolna ustupovala od svého přesvědčení porodit spontánně. Poté, co ji lékař seznámil s rozhodnutím ukončit porod pomocí kleští, souhlasila. Později se mi svěřila, že v tu chvíli to pro ni bylo opravdu vysvobození. Z naší komunikace po porodu jsem pochopila, že klešťový porod neměl na klientku negativní dopad. Nebrala tento způsob ukončení porodu jako své selhání, sama řekla, že se snažila opravdu udělat vše, aby porodila přirozeně.

4 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce je věnována ošetrovatelské péči o ženu po porodu ukončeném pomocí porodnických kleští. Cílem této práce bylo poskytnout ucelený pohled na problematiku klešťového porodu a seznámit s konkrétním případem.

Slečna M.M. byla hospitalizována na porodnickém oddělení po porodu ukončeném pomocí Breusova forcepsu z důvodu protražované druhé doby porodní. Výkon proběhl bez komplikací. Narodila se zdravá dcera. Rodička byla po porodu vyčerpaná a i vzhledem k jejímu obvykle nižšímu tlaku měla po porodu tendenci kolabovat. Byl vypracován krátkodobý ošetrovatelský plán pro prvních 24 hodin po přeložení na oddělení šestinedělí. Jeho cílem bylo především obnovit soběstačnost klientky, odstranit nebo alespoň zmírnit bolest v oblasti epiziotomie, pomoci klientce se spontánně vymočit a zajistit ideální podmínky pro hojení porodního poranění. V rámci předcházení potencionálním rizikům byla naplánována a provedena opatření k snížení rizika vzniku infekce vzhledem k operativnímu způsobu porodu. V souvislosti s Rh negativitou matky byla vyšetřena krevní skupina a Rh faktor dítěte a následně provedena vakcinace imunoglobulinem anti D.

Klientce byla poskytnuta péče podle stanoveného plánu a ve všech bodech bylo dosaženo vytyčeného cíle. Přibližně za 12 hodin po stanovení plánu byla klientka plně soběstačná, udávala snesitelnou intenzitu bolesti v ráně, močila spontánně a byla seznámena s vhodným způsobem péče o epiziotomii. Během hospitalizace se neobjevily žádné lokální ani celkové známky infekce. Vakcinace imunoglobulinem anti D byla včas provedena.

Další dny hospitalizace proběhly bez výraznějších komplikací. V rámci dlouhodobého plánu jsme se zaměřily na mírnění bolestí v oblasti epiziotomie, bolestí v podbříšku v souvislosti s poporodní retrakcí dělohy a zvládání bolestivě „nalitých“ prsů. Klientka byla poučena o způsobech, jak tyto problémy zvládnout.

Pátý den po porodu mohla být klientka i její dítě propuštěni do domácího ošetřování. Dítě bylo předáno do péče klientkou zvoleného

praktického lékaře pro děti a dorost. O způsobu porodu a o propuštění matky z nemocnice byl informován její obvodní gynekolog. Klientka byla poučena, aby se po ukončení šestinedělí dostavila ke svému gynekologovi na poporodní vyšetření.

5 SUMMARY

The theme of this graduation thesis is devoted to the care of patients after a forceps delivery. The aim of this work is to provide a compact view of forceps delivery problems and to introduce a concrete case.

Miss M.M. was hospitalized at the maternity department after the delivery finished with forceps because of the prolonged second stage of the labour. The operation proceeded without any complications. A healthy baby girl was delivered. After the childbirth, the mother was exhausted and also due to her usual hypotension she tended to faint. For that reason, a short – time nursing plan was developed for first 24 hours after admission to the maternity department. We wanted to approach the regeneration of self-sufficiency of the patient, to relieve the pain of episiotomy, to help the patient with spontaneous urination and to provide ideal conditions for the healing of the birth injury. Within the frame of potential risk prevention measures were planned and determined to decrease the risk of infection due to forceps delivery. With regard to the mother's rhesus negativity, the blood group and rhesus factor of the baby were examined. When the baby's rhesus positivity was confirmed, the mother was vaccinated with immunoglobulin anti D consequently.

We provided the care according to the established nursing plan and we approached all of the setting targets. The client was fully self - sufficient approximately 12 hours after the setting of the nursing plan. She also indicated the acceptable intensity of the birth injury pain. She passed urine without any problems. She was educated about the appropriate method of care of episiotomy. Neither local nor general signs of infection occurred.

The following days of hospitalization had an uncomplicated course. Within the frame of the long – term nursing plan, we focused on relieving episiotomy pain, relieving lower abdominal pain due to uterine retraction and to relieving breast pain caused by the onset of lactation. The client has been acquainted with all the methods how to manage these problems.

The fifth day after the labour the mother and her baby could be discharged home from the hospital. A paediatrist has been informed about

the baby's dismissal. The client's gynaecologist has been informed about her dismissal and about the way of her birth. The client has been educated about coming to her gynaecologist to be examined in six weeks after the birth.

Seznam odborné literatury

1. Červinková, E. a kol.: Ošetrovatelské diagnózy. Brno: NCO NZO, 2005. 165 s. ISBN 80-7013-358-9
2. Doenges, M. E., Moorhouse, M. F.: Kapesní průvodce zdravotní sestry. Praha: Grada Publishing, 1996. 576 s. ISBN 80-7169-294-8
3. Doležal, A. a kol.: Porodnické operace. Praha: Grada Publishing, 2007. 376 s. ISBN 978-80-247-0881-2
4. Kameníková, M., Kyasová, M.: Ošetrovatelské diagnózy na porodním sále. Praha: Grada Publishing, 2003. 92 s. ISBN 80-247-0285-1
5. Klaus, K.: Porodnické operace. Praha: Nakladatelská a vydavatelská společnost s.r.o., 1942. 430 s.
6. Kotásek, A.: Porodnické operace. Praha: Avicenum, 1976. 232 s.
7. Kozierová, B., Erbová, G., Olivierová, R.: Ošetrovatelstvo 1. Martin: Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0
8. Kozierová, B., Erbová, G., Olivierová, R.: Ošetrovatelstvo 2. Martin: Osveta, 1995. 635 s. 80-217-0528-0
9. Leifer, G.: Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství. Praha: Grada Publishing, 2004. 992 s. ISBN 80-247-0668-7
10. Macků, F.: Gynekologie pro 3. ročník středních zdravotnických škol. Praha: Scientia medica, 1995. 88s. ISBN 80-85526-41-7
11. Macků, F., Macků, J.: Průvodce těhotenstvím a porodem. Praha: Grada Publishing, 1998. 328s. ISBN 80-7169-589-0
12. Marečková, J.: Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách. Praha: Grada Publishing, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3
13. Mikešová, Z., Froňková, M., Hernová, R., Zajíčková, M.: Kapitoly z ošetrovatelské péče I. Praha: Grada Publishing, 2005. 248 s. ISBN 80-247-1442-6
14. Mikešová, Z., Froňková, M., Zajíčková, M.: Kapitoly z ošetrovatelské péče II. Praha: Grada Publishing, 2005. 172 s. ISBN 80-247-1443-4

15. Pavlíková, S.: Modely ošetrovatelství v kostce. Praha: Grada Publishing, 2006. 152 s. ISBN 80-247-1211-3
16. Rokyta, R. a kolektiv: Fyziologie. Praha: ISV nakladatelství, 2000. 359 s. ISBN 80- 85866-45-5
17. Roztočil, A. a kolektiv: Porodnictví. Brno: IDVPZ, 2001. 333 s. ISBN 80-7013-339-2
18. Staňková, M.: Jak provádět ošetrovatelský proces. České ošetrovatelství 4. Brno: NCO NZO, 2004. 66 s. ISBN 80-7313-283-3
19. Staňková, M.: Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe. České ošetrovatelství 3. Brno: NCO NZO, 2004. 49s. ISBN 80-7013-282-5
20. Staňková, M.: Základy teorie ošetrovatelství: učební texty pro bakalářské a magisterské studium ošetrovatelství. Praha: Karolinum. 1996. 193 s. ISBN 80-7184-293-5
21. Svobodová, H., Nejedlá, M., Šafránková, A.: Ošetrovatelství III/1. Praha: Informatorium, 2004. 245 s. ISBN 80-7333-030-X
22. Svobodová, H., Nejedlá, M., Šafránková, A.: Ošetrovatelství III/2. Praha: Informatorium, 2004. 158 s. ISBN 80-7333-031-8
23. Svobodová, H., Nejedlá, M., Šafránková, A.: Ošetrovatelství IV/1. Praha: Informatorium, 2004. 190 s. ISBN 80-7333-032-6
24. Svobodová, H., Nejedlá, M., Šafránková, A.: Ošetrovatelství IV/2. Praha: Informatorium, 2004. 136 s. ISBN 80-7333-034-2
25. Trachtová, E. a kolektiv: Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. Brno: NCO NZO, 2006. 186 s. ISBN 80-7013-324-4
26. Venglářová M., Makrová, G.: Komunikace pro zdravotní sestry. Praha: Grada Publishing, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8
27. Vondráček, L., Ludvík, J., Nováková, J.: Ošetrovatelská dokumentace v praxi. Praha: Grada Publishing, 2003. 72 s. ISBN 80-247-0704-7

28. Van de Pol, G., De Leeuw, J. R. J., Van Brummen, H. J., Bruinse, H. V.: Psychological factors and mode of delivery. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 2006, vol. 27, no. 4, p. 231 – 236
29. Ošetrovatelská dokumentace Oblastní nemocnice v Náchodě a.s.

Seznam zkratek

ABR	Acidobazická rovnováha
BWR	Bordett – Wassermannova reakce
Ca	Karcinom
CRP	C - reaktivní protein
CTG	Kardiotokogram
EKG	Elektrokardiogram
FR	Fyziologický roztok
GBS	Skupina beta – hemolytických streptokoků
HBsAg	Australský antigen – povrchový antigen hepatitidy B
i.m.	Intramuskulární aplikace injekce
i.v.	Intravenózní aplikace injekce
KO	Krevní obraz
NANDA	North American Nursing Diagnosis Assotiation – Severoamerická sesterská diagnostická asociace
P	Pulz
SF	Vzdálenost spona stydká – fundus děložní
TK	Tlak krve
TT	Tělesná teplota

Seznam příloh

Příloha č. 1

Obr. č. 1: Levretovy kleště ⁶

Obr. č. 2: Anglický zámek (junctura per confabulationem) ⁶

Obr. č. 3: Francouzský zámek (junctura per axim) ⁶

Obr. č. 4: Kjellandovy kleště ⁶

Obr. č. 5: Simpsonovy kleště ⁶

Příloha č. 2

Obr. č. 6: Chamberlenovy kleště ⁶

Obr. č. 7: Palfynovy kleště ⁶

Obr. č. 8: Tarnierovy kleště ⁶

Obr. č. 9: Breusovy kleště ⁶

Příloha č. 3

Obr. č. 10: Zavedení levé lžice kleští ⁶

Obr. č. 11: Zavedení pravé lžice kleští ⁶

Příloha č. 4

Obr. č. 12: Uzavření kleští ⁶

Obr. č. 13: Trakce ⁶

Příloha č. 5

Obr. č. 14: Průběh trakce ⁶

Obr. č. 15: Situace před snětím kleští ⁶

Příloha č. 6

Obr. č. 16: Chránění hráze při klešťovém porodu ⁶

Obr. č. 17: Sejmutí kleští ⁶

Příloha č. 7

Obr. č. 18: Kontraindikace - nasazení Breusových kleští na hlavičku v pánevním vchodu ⁶

Obr. č. 19: Nasazení Breusových kleští na hlavičku v pánevní šíři ⁶

Příloha č. 8

Obr. č. 20: Horizontální sesmeknutí kleští ⁶

Obr. č. 21: Vertikální sesmeknutí kleští ⁶

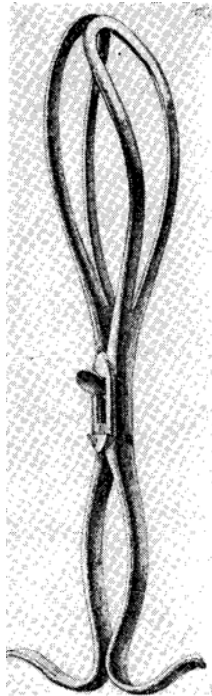
Příloha č. 9

Informační leták pro maminky po porodu

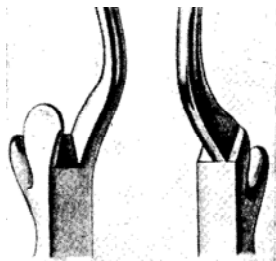
Příloha č. 10

Ošetřovatelská dokumentace klientky M.M. – první poporodní den

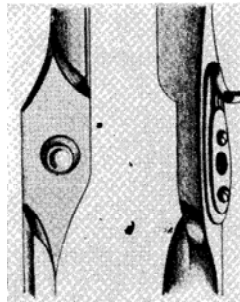
Příloha č. 1:



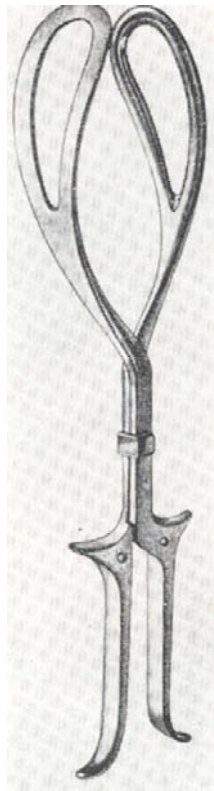
Obr. č.1: Levretovy kleště⁶



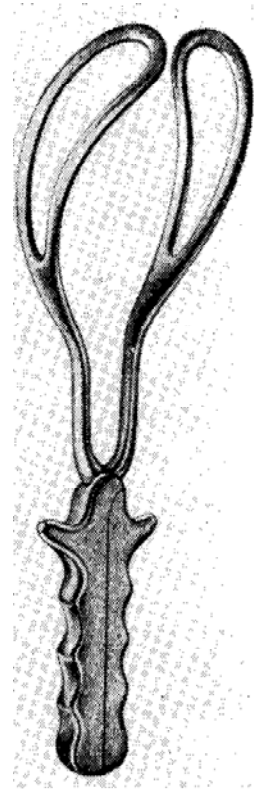
Obr. č.2: Anglický zámek (junctura per confabulationem)⁶



Obr. č. 3: Francouzský zámek (junctura per axim)⁶

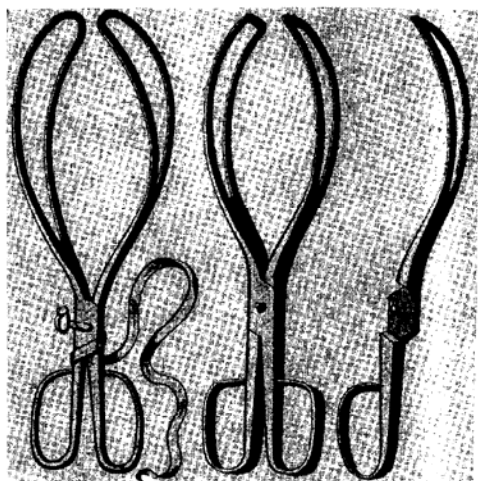


Obr. č. 4: Kjellandovy kleště⁶

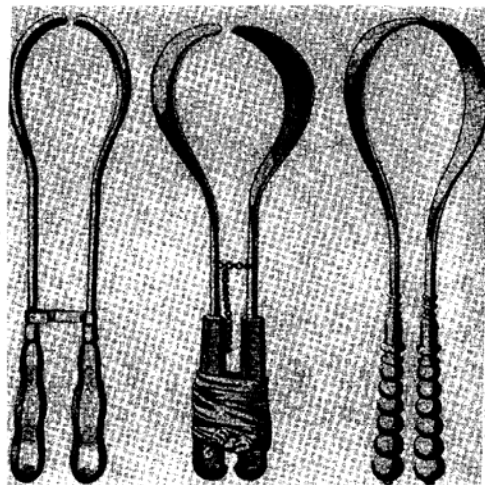


Obr. č. 5: Simpsonovy kleště⁶

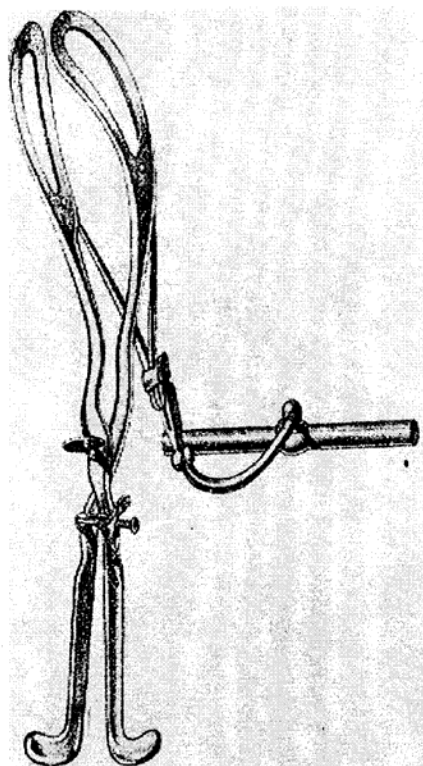
Příloha č. 2:



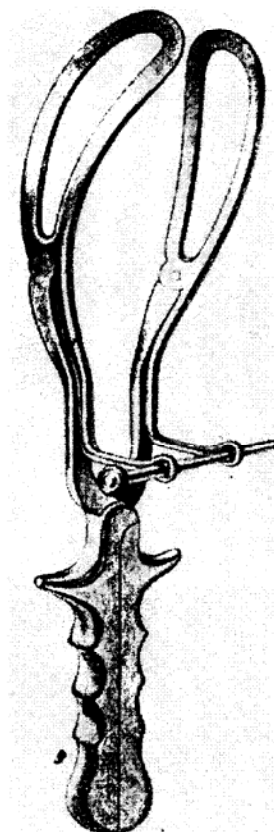
Obr. č. 6: Chamberlenovy kleště



Obr. č. 7: Palfynovy kleště

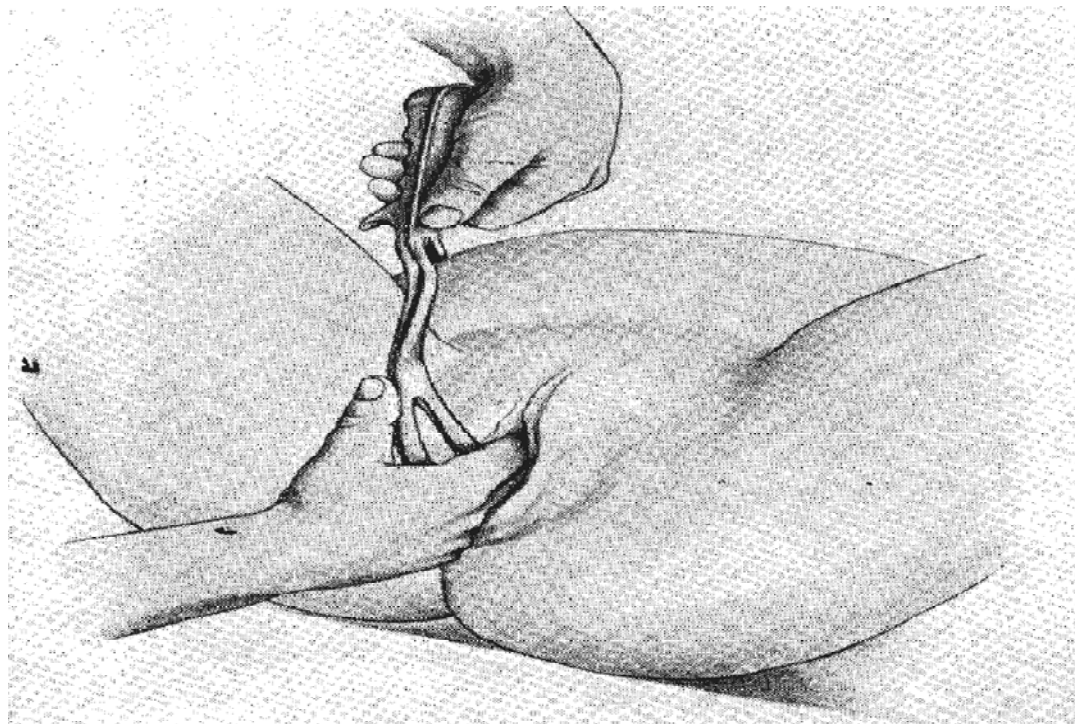


Obr. č. 8: Tarnierovy kleště

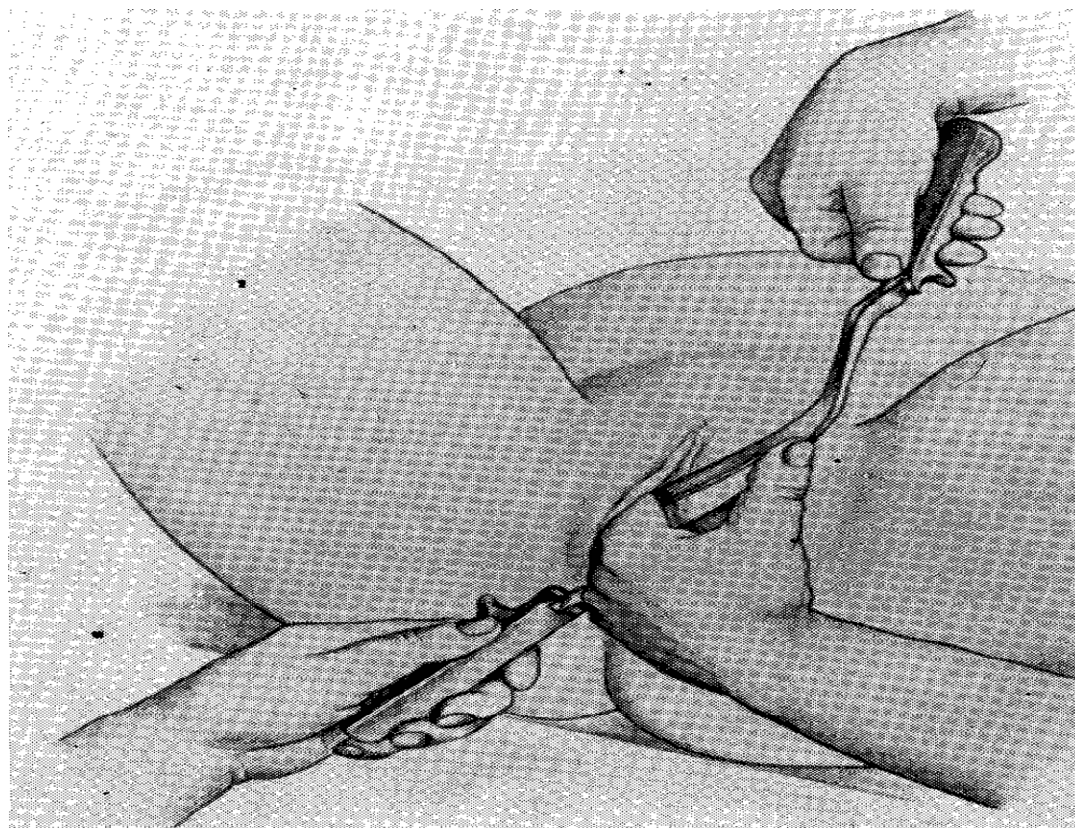


Obr. č. 9: Breusovy kleště

Příloha č. 3:



Obr. č. 10 : Zavedení levé lžice kleští⁶

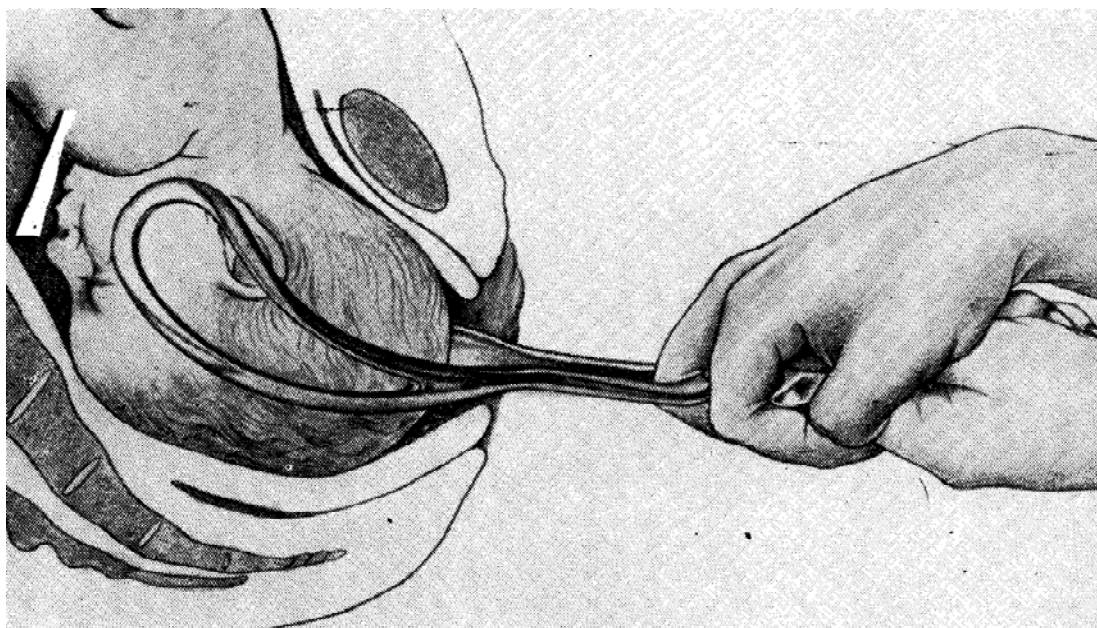


Obr. č. 11 : Zavedení pravé lžice kleští⁶

Příloha č. 4:

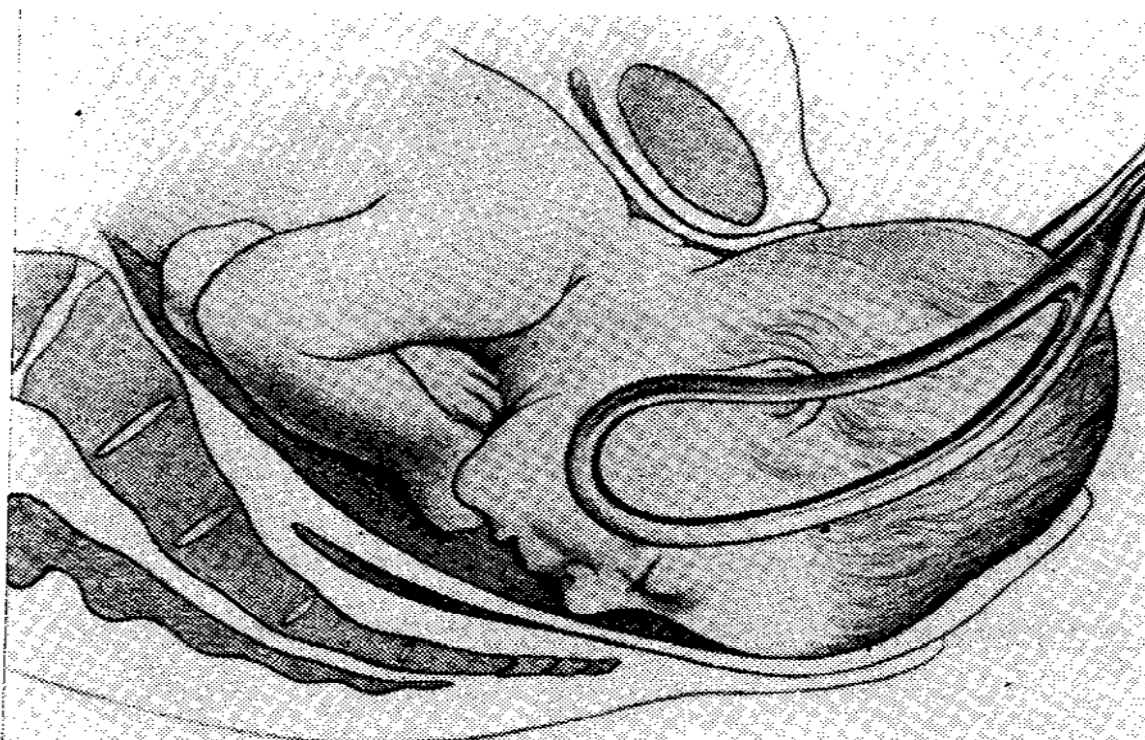


Obr. č. 12: Uzavření kleští⁶

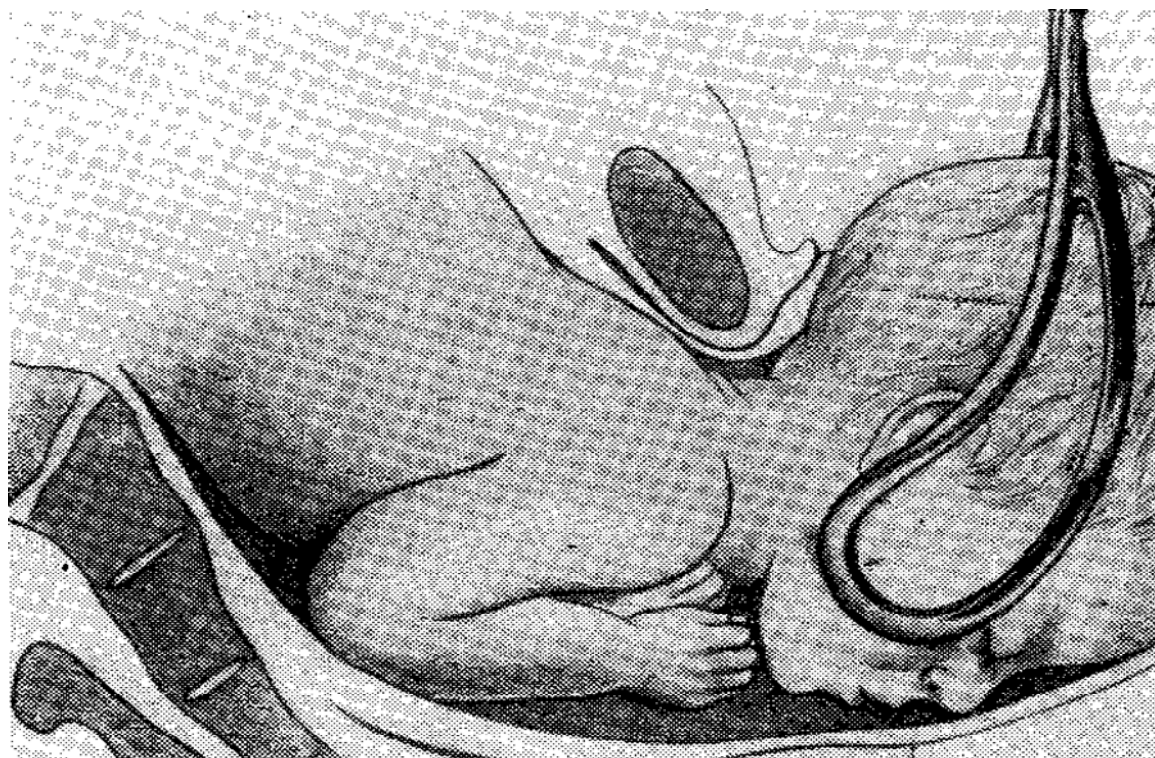


Obr. č. 13: Trakce⁶

Příloha č. 5:

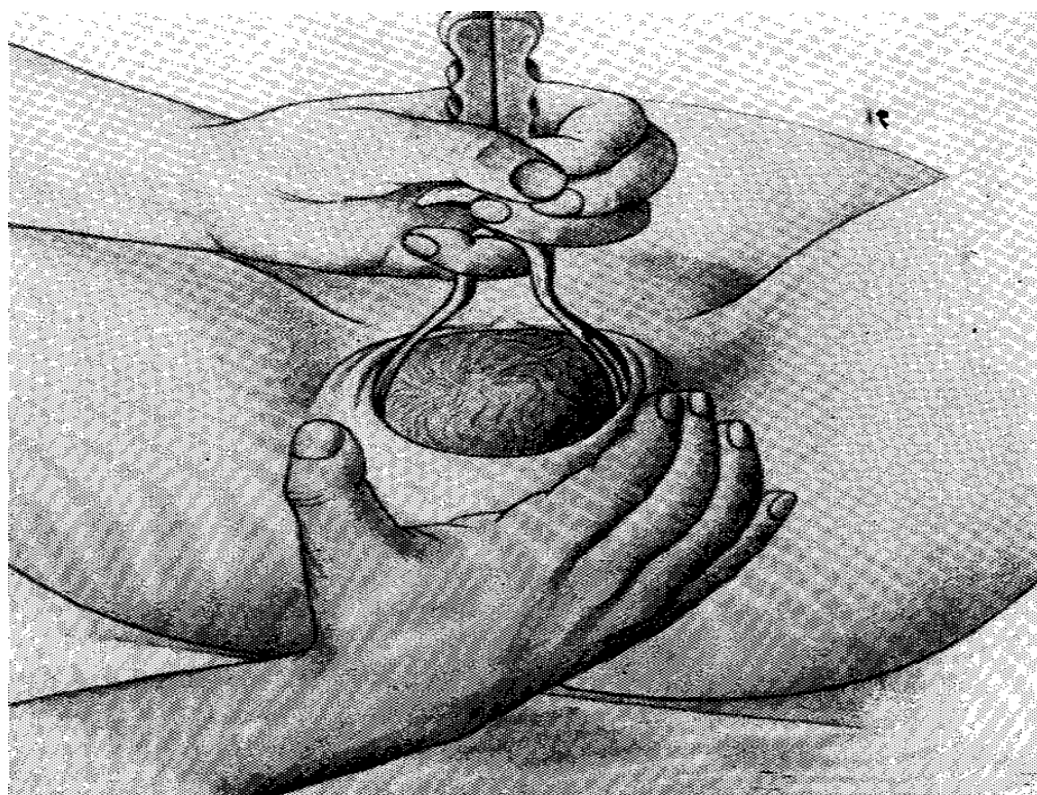


Obr. č. 14 : Průběh trakce⁶

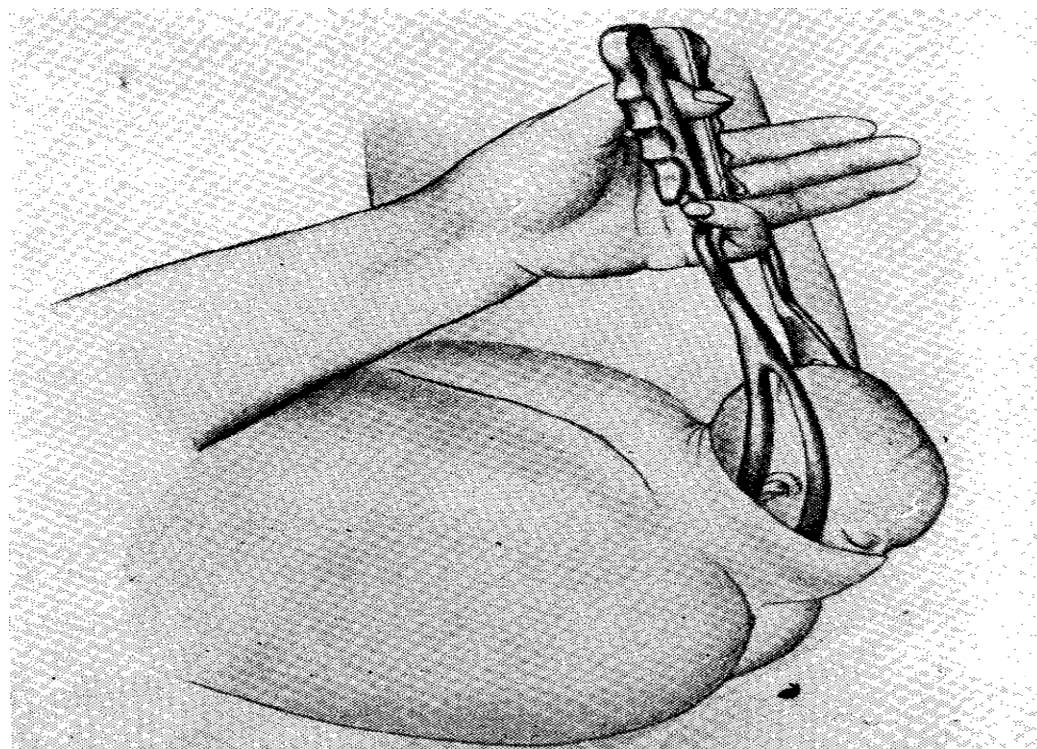


Obr. č. 15 : Situace před snětím kleští⁶

Příloha č. 6:

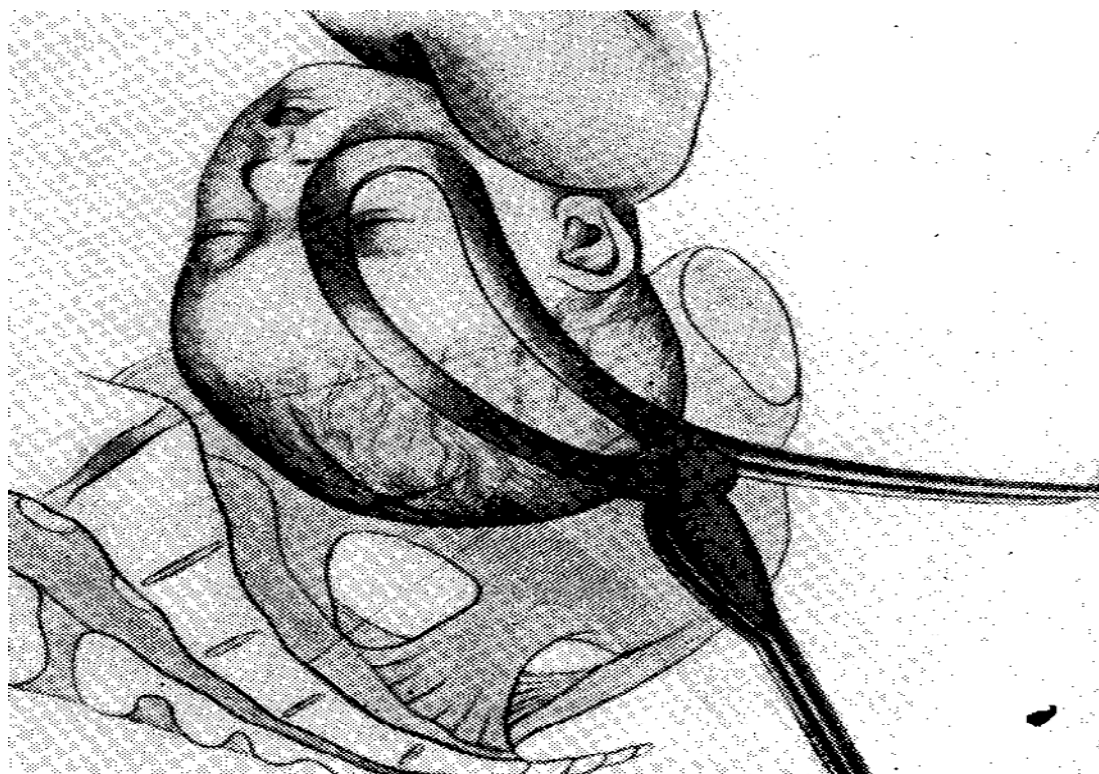


Obr. č. 16: Chránění hráze⁶

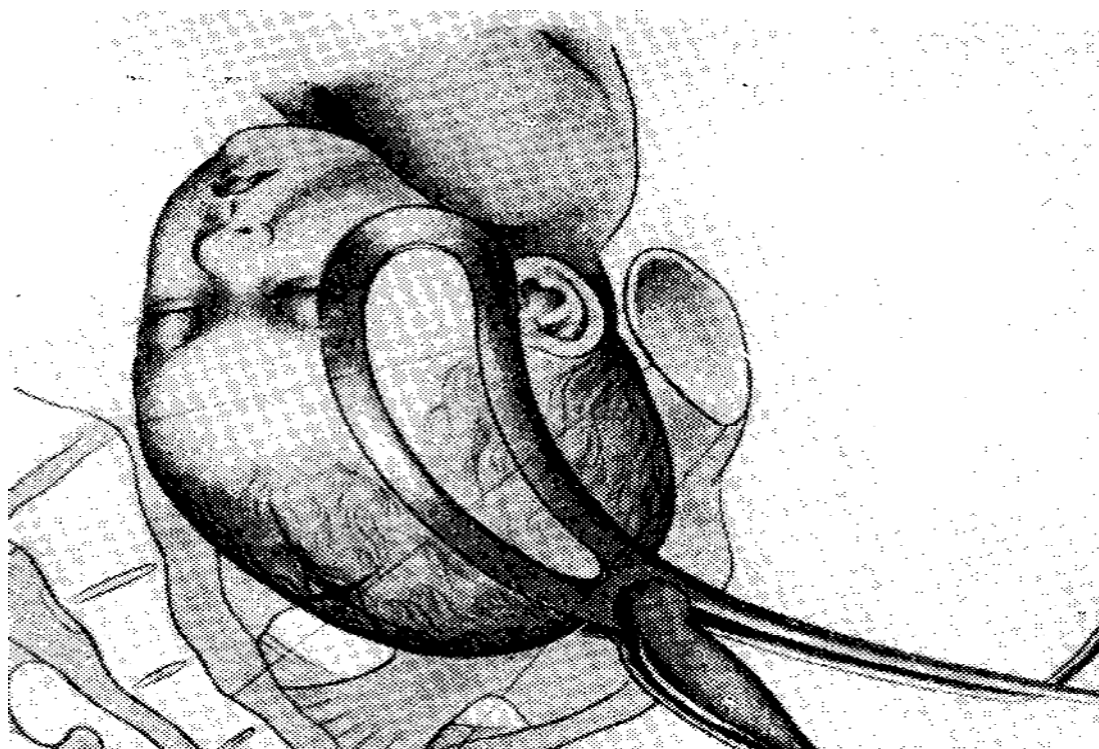


Obr. č. 17: Sejmutí kleští⁶

Příloha č. 7:

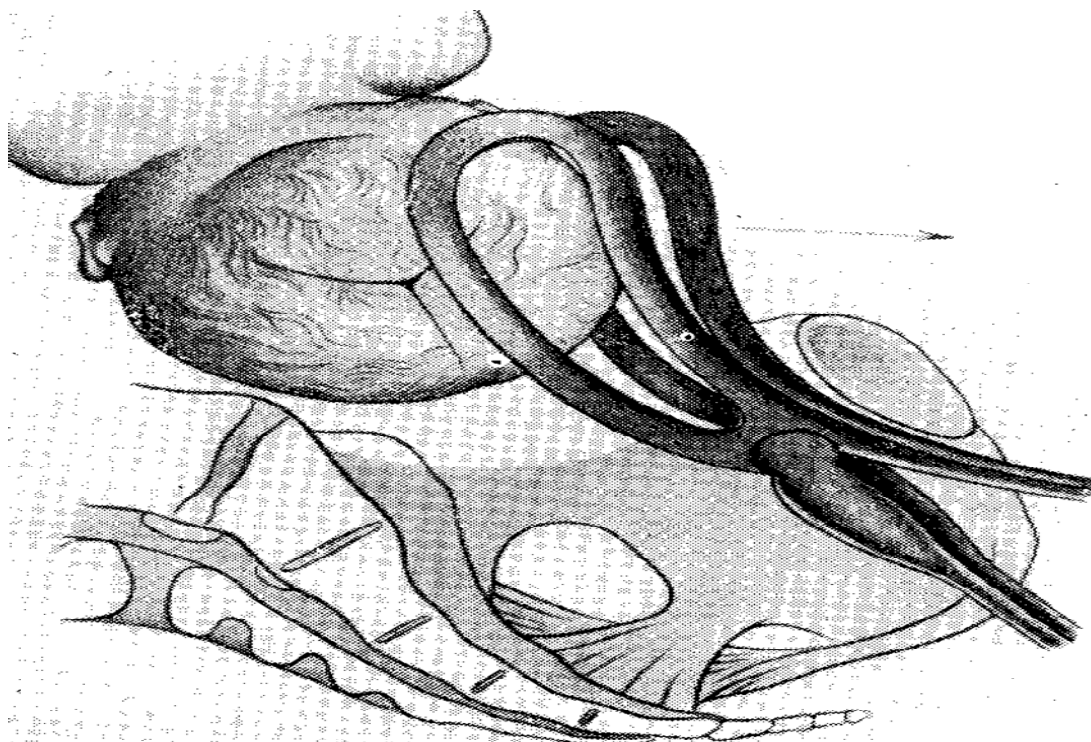


Obr. č. 18: Nasazení Breusových kleští na hlavičku v pánevním vchodu – kontraindikace!!!⁶

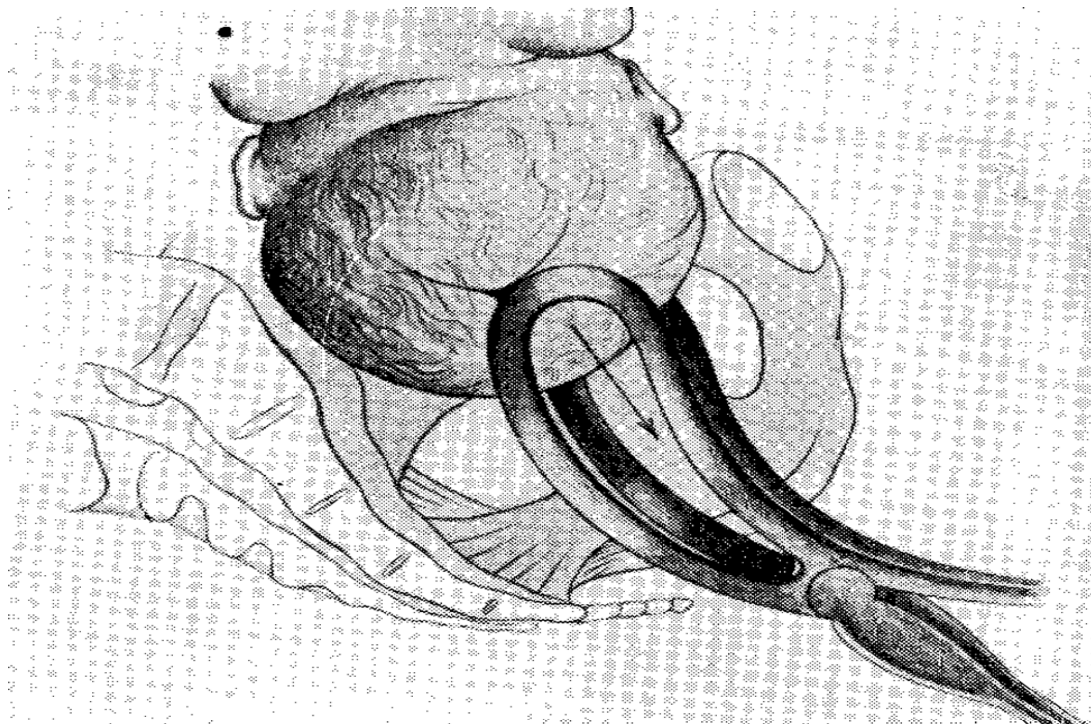


Obr. č. 19: Nasazení Breusových kleští na hlavičku v pánevní šíři⁶

Příloha č. 8:



Obr. č. 20: Horizontální sesmeknutí kleští⁶



Obr. č. 21: Vertikální sesmeknutí kleští⁶

Příloha č. 9

Milá maminko!

Srdečně Vám blahopřejeme k narození děťátka. Nyní, v poporodním období, dostáváte mnoho informací, jak pečovat o sebe i o miminko. Rádi bychom Vám pomohli k brzkému zotavení, a proto Vám nabízíme několik doporučení, jak se o sebe po porodu starat.



Zavinování dělohy a očistky

Děloha váží po porodu asi 1 kg. Můžete si ji nahmatat jako kulovitý, tvrdý útvar zhruba v úrovni pupku. Postupně zmenšuje svoji velikost a ukládá se za stydkou sponu (říkáme, že se „zavinuje“). Na konci šestinedělí již není za stydkou sponou hmatná a váží asi 75 g.

Aby se Vám děloha dobře zavinovala, je vhodné několikrát denně ležet na břiše.

U vícerodíček mohou zavinování dělohy doprovázet nepříjemné poporodní stahy. Pomůže Vám čaj pro kojící matky.

Očistky jsou produktem tkáňového hojení v ranné ploše po placentě. První 3 dny po porodu jsou převážně krvavé a může jich být až 200 ml za den. Ke konci prvního týdne jsou již spíše hnědé. V průběhu druhého poporodního týdne mají nažloutlou barvu. Ve třetím týdnu jsou šedobílé. Postupně jich ubývá. Obsahují velké množství choroboplodných zárodků. Proto je důležitá pravidelná výměna vložek, které by měly být dobře prodyšné. Doporučujeme nosit jednorázové mateřské kalhotky. Během šestinedělí se vyhněte koupeli ve vaně, raději použijte sprchu. Z důvodu prevence zanesení infekce je vhodná 4 - týdenní sexuální abstinence.

Porodní poranění

Během porodu mohlo u Vás dojít k nástřihu či natržení hráze. Pro správné hojení je důležité hráz osprchovat po každém močení, stolici a kojení (při kojení se uvolňuje hormon oxytocin, který nejen stimuluje tvorbu mateřského mléka, ale i napomáhá zavinování dělohy, což může způsobit krátkodobé silnější krvácení). Pro hygienu můžete 2 x denně použít intimní sprchový gel, jinak stačí chladná voda. Pokud budete mít volnou chvíli, větrejte poranění bez kalhotek, jen s vložkou podloženou pod sebou. Při větším poranění mají maminky obtíže se sezením. Uleví se Vám, pokud si sednete na nafouknutý dětský plovací kruh – na ránu nebude nic tlačit. Bolestivost a otok zmírňuje chlad (ledové obklady, studená voda).



Péče o prsy

Prsy omývejte vodou bez použití mýdla. Na prsy nepoužívejte parfemované krémy a mléka. Miminko by pak nemohlo rozpoznat přirozenou vůni své maminky. Pokud se na bradavkách nacházejí oděrky, použijte Bepanten mast v tenké vrstvě. Před kojením jej nemusíte smývat. Hojivé účinky má i mateřské mléko, proto je možné po kojení několik kapek odstříknout a rozmazat po bradavce.

Do mateřské podprsenky vkládejte speciální kulaté vložky určené pro kojící matky. Kolem 3. dne po porodu se začíná mléko tvořit ve větším množství – mluvíme o tzv. „nástřelu prsů“. Prsy mohou být bolestivě nalité a tvrdé. Snažte se proto často kojit, eventuálně zbývající množství mléka odstříkejte.

Pokud jsou prsy obzvláště bolestivě nalité, přikládejte mezi kojením studené až ledové obklady, které bolest a otok zmírní, před kojením naopak prsy prohřejte v teplé sprše, aby se mléko lépe uvolnilo.

Výživa

Výživa kojící matky má být lehce stravitelná a neměla by obsahovat nadýmavé látky, které vadí nejen mamince, ale mlékem se dostávají i k miminku. Vyhněte se tedy luštěninám, čerstvému kynutému pečivu, perlivým minerálkám, kvěťáku.

Některá miminka mají větší sklon k alergiím, proto by kojící maminky neměly pít 100 % citrusové džusy, které by u těchto dětí mohly způsobit vyrážku. Lepší je 100 % džusy ředit neperlivou vodou nebo je nahradit džusy z tuzemského ovoce a zeleniny (např. jablek, meruněk, mrkve)



Cvičení po porodu

Cvičit je možné již od 1. dne po porodu. Cvičení pánevního dna napomáhá k jeho zpevnění, neboť pánevní dno během těhotenství a porodu ochabuje, což může v pozdějším věku vést k problémům s udržení moče. Cvičení též zlepšuje prokrvení pánevní oblasti a usnadňuje tak hojení porodním poranění. Cvičení prsních svalů pomáhá udržet pěkný tvar prsů.



Přejeme Vám rychlé zotavení a mnoho krásných chvil
s Vaším děťátkem.

