

UNIVERZITA KARLOVA  
1. LÉKAŘSKÁ FAKULTA  
Ústav teorie a praxe ošetrovatelství  
Bakalářské studium ošetrovatelství

**ZÁVĚREČNÁ BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**  
**Ošetrovatelská kasuistika: Péče o těhotnou ženu s dg fetus mortuus.**  
**The care about pregnant woman with dg fetus mortuus.**

2007/2008

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Nováková

Lýdie Veselá

**Prohlášení:**

**Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala sama, pouze s použitím uvedené literatury.**

**2008-03-02**

.....

**Poděkování:**

**Děkuji Mgr. Lence Novákové za odborný dohled a konzultace.**

## OBSAH:

<b>1. ÚVOD</b> .....	1
<b>2. KLINICKÁ ČÁST</b> .....	2
<b>2.1 Příčiny</b> .....	3
<b>2.2 Příznaky</b> .....	3
<b>2.3 Diagnostika</b> .....	3
<b>2.4 Komplikace</b> .....	3
<b>2.4.1 DIC</b> .....	3
<b>2.4.2 Zmenšovací operace</b> .....	4
<b>2.5 Terapie</b> .....	4
<b>2.6 Ošetrovatelská péče</b> .....	5
<b>2.7 Prognóza</b> .....	5
<b>2.8 Edukace</b> .....	6
<b>3. LÉČEBNÁ ČÁST</b> .....	7
<b>3.1 Identifikační údaje</b> .....	7
<b>3.2 Lékařská anamnéza a diagnóza</b> .....	7
<b>3.3 Diagnosticko-terapeutická péče</b> .....	9
<b>3.4 Farmakoterapie</b> .....	10
<b>3.5 Průběh hospitalizace</b> .....	12
<b>4. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST</b> .....	13
<b>4.1 Ošetrovatelská anamnéza</b> .....	13
<b>4.2 Hodnocení současného stavu</b> .....	16
<b>4.3 Ošetrovatelské diagnózy</b> .....	16
<b>4.4 Plán ošetrovatelské péče</b> .....	18
<b>4.5 Ošetrovatelská prognóza</b> .....	28
<b>5. ZÁVĚR</b> .....	29
<b>6. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	31
<b>7. SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK</b> .....	32
<b>8. SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	3

## 1. ÚVOD

Svou profesi porodní asistentky jsem si vybrala právě pro to hezké, co porodnictví přináší, nenapodobitelný emotivní zážitek provázející příchod každého nového člověka na svět, radost a úsměv čerstvých rodičů, lásku a pocit štěstí.

Ale tak jako život přináší vedle radostných okamžiků i chvíle smutku a beznaděje, tak i v mém povolání to nejsou vždy jen radostné chvíle, kterých jsme svědky. Naštěstí je jich méně, ale jsou o to bolestnější. Smrt miminka je porušením přirozeného řádu života, smrt nemá předcházet zrození a je tak nespravedlivé, má-li dítě umřít dřív, než dostane možnost vyrůst a prožít plný život.

Naučila jsem se, jak pomáhat maminkám při porodu, usnadnit jim porod, pomoci jim zvládnout porodní bolesti, spolupracovat s tatínky, zapojit je v průběhu porodu tak, aby se i oni cítili součástí děje, ale nikdo mě nikdy neučil, jak mám pomoci ženě, která má porodit dítě mrtvé, jejíž fyzická bolest nebude odměněna narozením živého a zdravého miminka a jejíž psychickou bolest si nedokáže nikdo představit a nelze jí změřit, ani zmírnit, ani utiřit.

Zjistila jsem, že není snadné najít literaturu, která by se zabývala touto tematikou, není mnoho materiálů ani na internetu. Proto se většina z nás, i já dosud, těmto situacím vyhýbá, cítíme neznalost, ostych a obavy, abychom dokázali být takové pacientce oporou a dokázali jí alespoň trochu pomoci zvládnout její bolest a tíseň.

Proto jsem si pro svou práci vybrala ženu s touto diagnózou, abych se pokusila prožít její smutek s ní, naučit se, jak k takové pacientce přistupovat, jak s ní komunikovat a jak jí pomoci.

## 2. KLINICKÁ ČÁST

Mrtvorozenost zahrnuje úmrtí plodu v těhotenství a při porodu. Počítá se na 1000 narozených dětí. Mrtvě narozený je plod bez známek života, který váží 1000g a více. Plod pod 1000g porodní hmotnosti bez známek života se považuje za potrat. (1)

V České republice se mrtvorozenost podle statistických údajů pohybuje dlouhodobě kolem 3,00‰ a zahrnuje všechna prenatální úmrtí plodu s porodní váhou nad 1000g, které po vypuzení z dělohy nejeví žádné známky života.

Za mrtvorozený tedy označujeme plod, který nezačal spontánně dýchat, u kterého nebyla po porodu zjištěna srdeční činnost, ani svalový pohyb. Nepochybnou známkou prenatální smrti je macerace kůže jako projev postmortální intrauterinní autolýzy.

Příčinu smrti u macerovaných plodů není obvykle možné zcela spolehlivě určit. Nejčastější příčinou prenatální smrti je asfyxie plodu. Může vzniknout i intrapartum. Pitevnická diagnóza se opírá o ekchymózy na serózách dutiny hrudní (epikardu, pleure a pouzdrů thymu). (2)

### 2.1 Příčiny:

Příčiny nitroděložního úmrtí plodu lze stanovit pouze 50 – 80 % případů. Jako nejčastější jsou uváděny :

#### **A : Příčiny ze strany plodu**

Těžké vrozené malformace, nitroděložní infekce, vícečetná těhotenství ( u dvojčat je výskyt intrauterinních úmrtí až 5 x častější než u jednočetných gravidit), chromozomální aberace (představují až 66% všech intrauterinních úmrtí), vrozené poruchy metabolismu.

#### **B: Příčiny ze strany matky**

EPH gestóza, diabetes melitus, hypertenze, renální, plicní, kardiovaskulární, endokrinní, infekční či jiná onemocnění matky, traumata, abusus léků a omamných látek životní a pracovní prostředí matky, malnutrice.

#### **C: Poruchy placenty a pupečníku**

Například předčasné odlučování lůžka ( zodpovídá za 8 – 20 % případů, z hlediska této příčiny patří do rizikové skupiny zejména těhotné hypetroničky, kuřačky, ženy po

abdominálním traumatu), vcestné lůžko, membranaceosní placenta, zánětlivé a infekční změny placenty, nádory placenty, abnormální úpon pupečníku, pravé uzle, torze pupečníku, prolaps a strangulace pupečníku.

## 2.2 Příznaky

Nejčastěji matky přichází s pocitem změny frekvence či intenzity vnímání pohybů plodu, méně často s tím, že necítí pohyby plodu vůbec, ve většině případů i zpětně uvádí, že pohyby plodu byly jiné, vnímané spíše jako převalování, než jako aktivní pohyb. Tento údaj je často velice nespolehlivý, je ovlivněn zejména stupněm úzkosti matky. Těhotná udává pocit cizího tělesa v břiše, přechodné napětí prsů, stěžuje si na nechutenství, nevěli, mívá mrazení, později může být subikterická . (1) Další příznaky mohou být společné i jiným patologiím (krvácení, děložní kontrakce, výtok).

## 2.3 Diagnostika

Současnou suverénní diagnostickou metodou je ultrazvuk:

1. časné známky :
  - nezjistitelná srdeční akce
  - neregistrujeme pohybovou aktivitu
2. pozdní známky:
  - podkládání lebečních kostí (Spaldingovo znamení) za 2 – 3 dny
  - porušené držení plodu

Při stanovení diagnózy je třeba šetrným způsobem informovat matku eventuelně i otce a odeslat ji do ústavního zařízení. Zde následuje zhodnocení celkového stavu (FF, palpační nález při vnějším i vnitřním vyšetření), stanovení základního biochemického souboru k vyloučení EPH gestózy, HELLP syndromu, DM matky, rozvoje infekce, a zejména vyšetření parametrů koagulace.

## 2.4 Komplikace

### 2.4.1 DIC

Syndrom mrtvého plodu je považován za rizikový faktor vzniku syndromu diseminované intravaskulární koagulace – DIC. Může dojít k nadhраниční, nekontrolované aktivaci plasmatického koagulačního systému po vyplavení tkáňového faktoru do cirkulace matky

z tkání plodu. Tkáňový faktor je integrální membránový glykoprotein, který je při uvolňování do cirkulace integrován s negativně nabitými membránovými fragmenty. Tak tvoří komplexy s vysokou prokoagulační aktivitou – tromboplastiny. Dochází ke generaci trombinové aktivity dysregulací plasminové aktivity, k systémovému poškození endotelu, krevních destiček a rozvratu v plasmatickém koagulačním systému s hyper nebo hypofibrinolýzou, trombotickými nebo hemorrhagickými příznaky vedoucími k multiorgánové dysfunkci.(2)

Právě k zabránění vzniku tohoto stavu se doporučuje preventivní podání heparinu ihned po stanovení diagnózy, nejpozději však před indukcí porodu mrtvého plodu a to např.: a) Heparin retard 5000j. s.c.po 12 hod., nebo b) nízkomolekulární heparin – Fraxiparine v doporučených dávkách 1 x 24 hod., c) při akutní peroperační indikaci, zejména akutně vzniklém DIC, i.v. bolus kalciové soli heparinu 2500j. i.v. dále v kontinuální infuzi 70j/kg hmotnosti během 12 hod.

#### **2.4.2 Zmenšovací operace plodu**

Soubor těchto destruktivních výkonů patří v současnosti mezi velmi ojedinělé. Provádí se zcela vyjíměčně ve dvou situacích :

1. při porodu mrtvého plodu se zborcenou hlavičkou v posledním trimestru těhotenství. Tak je možno ušetřit rodičku, např. s kardiopatií, od větší porodní námahy, zabránit poranění měkkých tkání (děložního hrdla, hráze), či urychlit porod při ohrožení ženy, např. při krvácení v průběhu porodu mrtvého plodu.
2. při porodu pozdě poznaného, těžce malformovaného plodu, který by svými zvětšenými partiemi představoval porodní překážku (např. rozsáhlý hydrocefalus neslučitelný se životem).(3)

#### **2.5 Terapie**

Při zjištění diagnózy intrauterinního úmrtí je třeba ukončit těhotenství co nejdříve. Terapie závisí na délce těhotenství, velikosti dělohy a nálezu na děložním hrdle. U nízkých těhotenství v I. trimestru provádíme dilataci hrdla a evakuaci. Ve II. trimestru indukujeme některým s prostaglandinových preparátů (v časném gestačním stadiu je vnímavost vůči těmto preparátům nižší než v termínu porodu). Ve III. trimestru indukujeme porod mrtvého plodu stejným způsobem jako ostatní indukce. Při nepříznivém nálezu na děložním hrdle je možné

zvolna dilatovat hrdlo pomocí hydrofilních dilatátorů. Dále se dle zvyklostí zařízení používají prostaglandinové preparáty k preindukci a indukci porodu, děložní činnost se posiluje infuzí s oxytocinem.

Jako vhodná se jeví alespoň jednorázová antibiotická profylaxe, eventuelně antibiotická terapie při nejasné infekci děložního obsahu.

Indukce porodu mrtvého plodu má probíhat snáze a rychleji než živého plodu, proto samozřejmostí musí být řádná anestezie, přinejmenším podání spasmolytik a opiátů. Nejúčinnější je jistě podání epidurální analgezie, nejsou –li kontraindikace, nejčastěji krvácivé stavy. Pro případnou revizi dutiny děložní nebo zmenšovací operace plodu se užívá celková anestezie.

## 2.6 Ošetrovatelská péče

Cílem ošetrovatelské péče o ženu s indukovaným porodem mrtvého plodu je jednak péče o průběh porodu, který by měl být co nejkratší, pokud možno co nejméně bolestivý. Předcházení komplikacím vycházejícím ze základní diagnózy a jednak pomoc matce, často oběma rodičům, přijmout diagnózu a pokusit se vyrovnat se ztrátou dítěte. Dobrý pocit z kvalitní péče, pochopení a empatického přístupu zdravotnického personálu je to jediné pozitivní, co si může pacientka z porodnice odnést.

V této oblasti ošetrovatelské péče máme veliké nedostatky. Chybí možnost lepšího proškolení zdravotnického personálu, jak zvládat péči o takto traumatizované pacientky. My sami se obáváme péče o tyto pacientky, cítíme velký závazek, abychom jim dokázali být opravdovou oporou a byli schopni jim poskytnout odpovídající péči. Nejsou dostupné žádné semináře ani kurzy zabývající se touto tematikou, není dostupná téměř žádná literatura, ani dostatečné množství informací na internetu.

V mnoha porodnicích není možné zajistit spolupráci s psychologem, nefungují žádné poradny ani specializovaná pracoviště, která by se zabývala pomocí lidem, kteří ztratili dítě, pacienti musí hledat pomoc sami.

## 2.7 Prognóza

Prognóza u diagnostikovaného mrtvého plodu je jednoznačná, plod je nezbytné porodit a to nejlépe v co nejkratším čase, jednak z hlediska rizika rozvoje syndromu DIC, jednak

z hlediska psychiky matky.

Ztráta dítěte patří mezi nejnáročnější životní situace. Úmrtí nenarozeného dítěte je komplikováno předchozím pocitem štěstí a radostného očekávání, který vystřídá pocit bolesti ze ztráty, beznaděje, sebeobviňování, hledání viníka. Je to situace na kterou nelze být připraven.

Bohužel často nelze zjistit příčinu, ani určit viníka a pocit ztráty a křivdy přetrvává v psychice matky po celý život. Je potřeba rodiče připravit na to, že i při veškeré snaze, se často příčiny nezjistí.

## 2.8 Edukace

Edukace pacientky by měla probíhat v průběhu celé hospitalizace, je potřeba oběma rodičům poskytnout dostatečný prostor pro jejich otázky, komunikovat s nimi, pokud jsou toho schopni, pokusit se s nimi navázat kontakt, pokud se uzavřou do sebe a vyrovnávají se sami se svou bolestí.

Důležité je poskytnout rodičům dostatek informací k vyřízení administrativních záležitostí, nabídnout jim pomoc v této oblasti.

Při propuštění je pacientka informována lékařem, dle zvyklostí ústavu a obvykle objednána ke konzultaci s lékařem, zhruba za měsíc po porodu. Cílem je pokusit se objasnit příčiny, které mohly vést k úmrtí plodu. Lékař sdělí rodičům výsledek pitvy, zhodnotí výsledky krevních vyšetření, případných genetických vyšetření a poskytne rodičům prostor k otázkám, které je s odstupem času trápí.

Pacientce bychom měli umožnit kontakt s psychologem, který by jí i rodině pomohl zvládnout tuto náročnou životní situaci. Pokud nemá ústav možnost zajistit psychologa, měla by být alespoň poučena o tom, že je v tomto případě pomoc psychologa žádoucí.

### 3.LÉČEBNÁ ČÁST

#### 3.1. Identifikační údaje

Jméno: Š. R.

Bydliště: Praha

Věk: 27 let

Národnost: česká

Stav: svobodná

Povolání: projektový manager, t.č. MD

Vzdělání: středoškolské s maturitou

Vyznání: bez vyznání

Pojišťovna: 207

Kontaktní osoba: Ing. V.Š.- otec dítěte, adresa dtto

Datum přijetí: 13. 10. 2007

Důvod přijetí: Pacientka přijata k indukci porodu ve 41. týdnu těhotenství pro absenci akce srdeční na UZ.

Datum propuštění: 16. 10. 2007

#### 3.2. Lékařská anamnéza + diagnóza

**RA:** VVV: 0, DM: matka matky– dieta, ca: otec matky– plic  
rodiče a sourozenci žijí, zdraví

**OA:** v dětství mononukleóza, později se s ničím neléčila

operace: 2006 LS dg + HS pro transcervikální resekci děložního septa

alergie: 0

chronická medikace: v graviditě Fe

abusus: kouření – 0

alkohol – pouze příležitostně

drogy – 0

TRF: 0

**GA:** primigravida

gynekologické operace: 2006 LS + HS pro transcervikální resekci děložního septa

HAK: 0

menstruace: od 12 let, perioda 28/4-5

**SA:** sociální poměry dobré, žije s přítelem v bytě 2+1

### **Nynější těhotenství:**

I/I po intrauterinní inseminaci ( st.p. resekci septa děložního), komplikace:0, UZ datace souhlasí

**Choroby přidružené k těhotenství:** GBS pozitivní

**Průběh porodu před přijetím:** Odeslána z monitorovny na UZ vyšetření pro absenci ozev, pohyby cítila včera méně, předtím normálně, kontrakce nemá, nekrvácí, močení v normě, stolice dnes + .

### **Objektivní nález:**

**F.F:** TK 140/85, P: 98/min, TT: 37,1

výška: 178 cm, hmotnost před těhotenstvím: 65 kg, při přijetí: 89,5 kg, přibyla 24,5 kg

moč orientačně: negativní

barva kůže: bledá

břicho klidné, kontrakce nezastižena

varixy, edémy: nemá

neklidná, pláče

### **Závěr:**

**Gravidita hebdominis 40 + 1, Fetus mortuus**

### **Doporučuji:**

Ad porodní sál k preindukci porodu, KO, koagulace, biochemie, Augmentin 1,2 g i.v. á 8 hod, fraxiparine 0,3 ml s.c., dále dle výsledků. Informován konziliář.

### 3.3. Diagnosticko – terapeutická péče

**FF:** TK: 140/85

P: 98/min

TT: 37,1

Dech: 18/min, klidné

#### **Laboratorní vyšetření:**

**KO:** Ery 3,88, Leuko 7,20, Hb 110,0, Hk 0,324, Trombo 143,0 mírně anemická

**Glykémie:** 3,9 v normě

**Biochemie:** ALT, AST, GMT, bilirubin, mineralogram, urea, kyselina močová, bílkovina, albumin, amylázy v normě

S - cholesterol 7,32 (norma 3,50 – 5,20) zvýšený

CRP 56,0 (norma 0,0 – 8,0) zvýšený

**Koagulace:** APTT, Quick, D-dimery, AT III v normě

Fibrinogen 5,46 (norma 2,0 – 4,0) zvýšený

**po porodu plodu odebráno:** f-ce štít. žlázy, serologie(CMV, toxo, parvovir B 19, listerie), lupusové protil., protein C, protein S, antikoagulační vyš. (leidenská mutace, MTHFR), fetální embryo, toxikologické vyš.(barbituráty, benzodiazepiny, kanabioidy, opiáty, sympatomimetika, kokain, methadon) – **všechny výsledky negativní**

#### **Porodnické vyšetření:**

**zevně:** děloha odpovídá 40. týdnu těhotenství, normotonická, poloha podélná hlavičkou, postavení levé, fdx/4

**vaginálně:** pochva klidná, hrdlo sakrálně, měkké, pro špičku prstu prostupné, hlava naléhá na vchod pánevní, VB zachován.

#### **UZ vyšetření:**

1 plod v poloze podélné hlavičkou, postavení levé, placenta ve fundu bez známek odlučování, oligohydramnion, akci srdeční neprokazují.

### 3.4 Farmakoterapie:

13. 10. 2007

Augmentin 1,2 g i.v. á 8 hod

Fraxiparine 0,4ml á 24 hod

Prostin E2 3 mg vag.

Diazepam 10mg tbl

#### **Augmentin – Amoxicillinum natrium a Kalii clavulanas :**

pulver 1,2 g v lahvičce, i. v . ve F1/1 100ml

indikační skupina: antibiotikum

nežádoucí účinky: průjem, pseudomembranózní kolitida, zažívací poruchy,  
nauzea, zvracení, kandidóza

#### **Fraxiparine – Nadroparinum calcium:**

inj. roztok 0,4 ml

indikační skupina: antikoagulans, antitrombotikum

nežádoucí účinky: krvácivé projevy, trombocytopenie, eozinofilie reverzibilní,  
hematomy v místě vpichu, kožní nekrózy v místě vpichu, zvýšení  
transamináz

#### **Prostin E2 – Dinoprostomum:**

vaginální tbl. 3 mg

indikační skupina: prostaglandin

nežádoucí účinky: plicní embolizace plodové vody, ruptura dělohy, abrupce placenty, porod  
mrtvého plodu, děložní hyperkontraktilita, hypertonie, fetální distres

#### **Diazepam – Diazepamum:**

Diazepam tbl, 2mg, 5mg, 10mg p.o.

indikační skupina: anxiolytikum, sedativum, benzodiazepinový derivát

nežádoucí účinky: spavost, porucha souměrnosti pohybů, závratě, porucha výslovnosti

**14. 10. 2007**

Prostin E2 0,5 mg intracervikálně

EPA – Marcaine 0,5% , Sufenta, F1/1

Oxytocin 2j ve F1/1 500ml

Buscopan 1 amp i.v.

Plegomazin 25mg i.m.

**Marcaine – Bupivacini hydrochloridum monohydricum:**

inj. sol. 0,5%, i.v.

indikační skupina: anestetikum, amidy

nežádoucí účinky: projevy celkové toxicity i lokální neurotoxicity

**Sufenta – Sufenta Forte**

inj. 2ml v lahvičce, i.v.

indikační skupina: anestetikum opioidní

nežádoucí účinky: projevy celkové nebo lokální toxicity

**Oxytocin – Oxytocin Ferring:**

inj. roztok., 2m.j., 5m.j. amp., pro i.v, i.m aplikaci

indikační skupina: uterotonikum, galaktokinetikum

nežádoucí účinky: zvýšené poporodní krvácení, hypoprotrombinémie, zvracení, alergická reakce, bradykardie plodu

**Buscopan – Butylscopolaminii bromidum:**

inj. roztok pro i.m, i.v. aplikaci

indikační skupina: spasmolytikum

nežádoucí účinky: poruchy akomodace, tachykardie, retence moči, závratě, alergická reakce, pokles TK, zrudnutí kůže

**Plegomazin – Chlorpromazin:**

inj. roztok, dražé, gtt, supp.

indikační skupina: sedativum, anxiolytikum, antiemetikum

nežádoucí účinky:

**15. 10. 2007**

Zástava laktace

Diazepam 5 mg tbl

Plegomazin 25mg tbl

**Dostinex:**

0,5mg por tbl

indikační skupina:gynekologikum, inhibitor prolaktinu

nežádoucí účinky: nauzea, zvracení

### **3.5 Průběh hospitalizace:**

13. 10. 2007

Paní Š. R přichází na plánované CTG vyšetření. Pro absenci ozev plodu na CTG byla odeslána na UZ vyšetření . Byla potvrzena diagnóza fetus mortuus a paní Š. R. byla přijata na porodní sál k plánované indukci porodu. Byly provedeny odběry krve a zahájena preindukce porodních cest Prostinem E2 3mg vaginálně.

14. 10. 2007

Pokračuje indukce porodu Prostinem E2, je zavedena epidurální analgezie, děložní činnost je posílena infuzí s Oxytocinem. Ve 13. 15 je spontánně porozen mrtvý plod, následně placenta a provedena revize dutiny děložní. Pacientka je po standardních 2 hodinách na PS převezena na samostatný pokoj na odd. gynekologie.

15. 10. 2007

Pacientka se zotavuje z porodu, na pokoji je s ní po celou dobu přítomen přítel V. Š. Pacientka má mírnou teplotu a cítí se velmi unavená. Zastavujeme laktaci.

16. 10. 2007

Paní Š. R. je bez teploty, malé porodní poranění se hojí dobře, pacientka žádá vzhledem ke svému psychickému stavu dimisi. Po pohovoru s lékařem je objednána za měsíc k ošetřujícímu gynekologovi s výsledky krevních testů a pitvy plodu na konzultaci a propuštěna do domácího ošetřování.

## **4. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST**

Ošetrovatelskou anamnézu jsem sbírala první den hospitalizace a použila jsem model V. Hendersonové podle kterého je hlavním cílem ošetrovatelství udržet člověka maximálně soběstačného, nezávislého na svém okolí, aby byl schopen hodnotně žít. Sestra má pomáhat člověku nemocnému nebo zdravému provádět činnosti přispívající k udržení nebo návratu jeho zdraví, případně klidné smrti, které by prováděl bez pomoci, pokud by měl potřebnou sílu, vůli a znalosti.

### **4.1 Ošetrovatelská anamnéza**

#### **1. Pomoc s dýcháním**

Paní R nikdy potíže s dýcháním neměla, dýchá se jí dobře, pouze při větší námaze (chůzi do schodů, namáhavější práci) se mírně zadýchává, což je způsobeno současným váhovým přírůstkem v těhotenství.

#### **2. Pomoc při příjmu potravy**

Potravu přijímá sama, bez obtíží, v těhotenství se snažila jíst zdravě a s ohledem na dítě, méně solila, nejedla kořeněná jídla. Je zvyklá jíst hodně ovoce a zeleniny. Maso má raději bílé, netučné. Pečivo jí téměř všechno, snaží se nejíst mnoho sladkého. Pitný režim dodržuje dobře, vypije běžně 2,5 – 3,0 litry tekutin denně, preferuje ovocné čaje a šťávy. Zvláštní dietu nedrží, nemocniční strava jí příliš nechutná, ale nemá s ní větší problém.

#### **3. Pomoc při vyměšování**

Potíže s mikcí nemá, pije dostatečně, v těhotenství se vzhledem k tlaku těhotné dělohy na močový měchýř vyprazdňovala častěji. Občas trpí zácpou, což řeší ovocnými kompoty a šťávami, někdy používá ovocná projímadla.

#### **4. Pomoc při udržení žádoucí polohy**

Nemá problémy s udržením polohy při chůzi, vsedě ani vleže. V těhotenství chodila pomaleji než je zvyklá, byla opatrná, s břichem s připadala neohrabaná.

## **5. Pomoc při odpočinku a spánku**

Se spaním dosud potíže neměla, ke konci těhotenství si zvykla spát více než před ním, často si chodila lehnout i po obědě. Nyní se potíží s spánkem obává, ví, že když prožívá stresovou situaci, má problémy s usínáním, nemůže dlouho usnout, pak se brzy budí a cítí se unavená. Obává se bezesných nocí v porodnici, žádá samostatný pokoj a přítomnost svého partnera na pokoji i v noci. Trápí jí smutek ze ztráty dítěte, žádá na noc léky na uklidnění a na spaní.

## **6. Pomoc používat vhodný oděv**

Potíže s oblékáním nemá, trošku se obává svého váhového přírůstku, pravděpodobně neobleče oblečení, které nosila před těhotenstvím. Těhotenské oblečení chce vyhodit, připomíná jí smutný konec těhotenství (projevy maladaptivního chování, nenávisť k oblečení).

## **7. Pomoc udržovat tělesnou teplotu**

Normálně nemá potíže s udržením normální teploty, ale od okamžiku, kdy se dozvěděla diagnózu, je jí stále chladno, má pocity mrazení. Ví, že je to způsobeno psychickou reakcí, spíše než další přikrývkou, žádá horkou kávu.

## **8. Pomoc při udržování čistoty a upravenosti těla, ochrana pokožky**

Péči o svůj vzhled zvládá bez problémů, ví, že o sebe bude dbát i nadále, ale předpokládá, že jí to nebude těšit a připadá jí to zbytečné.

## **9. Ochrana před nebezpečím z okolí**

Paní R. se obává reakce okolí. Obává se zvědavých otázek sousedů, reakce rodiny. Ví, že má podporu svého partnera i rodiny, ale ona sama má pocit, že zklamala, selhala, obviňuje sama sebe a hledá, co udělala špatně. Chápe, že situaci nezavinila, ale stále na to musí myslet a cítí se provinile, že něco nepoznala dříve, kdyby třeba ještě bylo možné miminko zachránit. Vděčně přijala informaci, že má nárok na částečnou mateřskou dovolenou. Je ráda, že může nějaký čas zůstat doma, ale pravděpodobně jí nevyužije celou, chtěla by se brzy vrátit do zaměstnání. Nechce být doma příliš dlouho, obává se nečinnosti, smutných myšlenek a samoty. Pracuje převážně v mužském kolektivu, neobává se všetečných otázek, ví, že kolegové budou chápaví a že jí práce odvede od starostí.

## **10. Pomoc při komunikaci**

Paní R. má problém s komunikací pouze v počáteční chvíli šoku po sdělení diagnózy. Není schopná reagovat na otázky, nechce uvěřit diagnóze, nechce se nechat hospitalizovat, projevuje maladaptivní chování. Žádá přítomnost svého partnera, kterému telefonuje, není však schopná komunikovat ani s ním, žádá ho jen, aby přijel. Jeho přítomnost a sdílení zármutku jí uklidnilo, přestože její smutek a bolest byli velmi patrné, snažila se komunikovat, spolupracovala dobře, byla schopná o svých pocitech mluvit s ošetřujícím personálem.

## **11. Pomoc při vyznání víry, akceptování pojetí dobra a zla**

Paní R. není věřící. Nyní říká, že je ráda, protože by se musela Boha ptát, jak to, že to dopustil, aby jí zemřelo dítě! Cítí velikou křivdu a nespravedlnost, proč zrovna její dítě?! Cítí zlobu, že je tolik lidí, kteří by snad ani děti mít neměli, nebo jim dokonce ubližují, a přesto je mají a ona, která se na dítě tolik těšila a milovala by ho, o něj přišla.

## **12. Pomoc při produktivní činnosti**

Paní R. se považuje za velmi aktivního člověka, má ráda svou práci, je ráda v kontaktu s lidmi, má ráda ruch. Má spoustu koníčků, ráda cestuje, fotografuje, čte, sportuje. V tuto chvíli nemá představu, co by jí utěšilo a zaneprázdnilo, ví, že se bude muset nějak zaměstnat, ale chybí jí chuť a vůle.

## **13. Pomoc při odpočinkových činnostech**

Ráda čte, fotografuje, sportuje. S pobytem v nemocnici nepočítala, nemá s sebou žádné věci, uvítá zapůjčení nějakých časopisů, než jí partner donese věci z domova, ale neví, jestli bude schopná číst, nebo vnímat čtený text. Prosí, zda by jí mohl být někdo nablízku, až partner odejde a povídal si s ní, nechce být sama.

## **14. Pomoc při učení**

Paní R. se potřebuje naučit žít v nové situaci. Smířit se se ztrátou miminka, najít nový smysl života. Nemá představu o tom, jak to dokáže, její bolest je příliš veliká a čerstvá. Očekává pomoc od partnera, je jí velikou oporou. Pomoc psychologa by uvítala, bohužel ústav psychologa nemá. Počítá s tím, že pravděpodobně pomoc psychologa vyhledá.

## 4.2 Hodnocení současného stavu

Paní R. je za normálních okolností soběstačná mladá žena, bez větších zdravotních potíží. V těhotenství se cítila dobře, dítě si přála a s partnerem se na něj velice těšili. Zpráva o úmrtí plodu pro ní znamená obrovský šok, bolest, zármutek. Cítí křivdu, proč se to stalo zrovna jí, cítí ztrátu, beznaděj, pocit selhání, nedovede si představit návrat do normálního života. Strídají se u ní stavy smutku, zlosti, apatie. Obává se porodu, cítí nespravedlnost, vydržela by bolest, kdyby byla vykoupená radostí z dítěte. Ale teď má pocit, že bude trpět zbytečně, protože jí nic hezkého nečeká. Projevuje známky maladaptivního chování, známky stresu, agresivní chování (averze vůči těhotenskému oblečení, přenesená zlost vůči našemu zdravotnickému zařízení „už nikdy nepůjdu rodit do Podolí“), únikové chování („chci aby to bylo rychle za mnou, nechci vědět co to je, nechci to dítě vidět, abych nevěděla jak vypadá a rychle na něj zapoměla“). Reálně si uvědomuje, že situaci nezavinila ani ona, ani nikdo z nás, ale chvílemi má tendence obviňovat okolí, hledá viníka. Prožívá velkou bolest a má pocit, že se chová tak, jak se sama nezná.

Cítí velkou oporu ve svém partnerovi, který, přestože cítí stejnou bolest, je schopen praktického jednání, ujme se vyřízení všech nepříjemných administrativních záležitostí, rychle se snaží naplánovat všechno, co je potřeba, aby návrat paní R. domů proběhl co nejméně bolestivě.

Žádné jiné komplikace zatím nehrozí, všechna laboratorní vyšetření paní R. jsou v pořádku, cílem je co nejrychleji a pokud možno bez bolesti porodit, zajistit paní R. co největší soukromí a být jí oporou, zajistit jí veškerou možnou péči a pomoc, kterou bude potřebovat.

## 4.3 Ošetřovatelské diagnózy

13. 10. 2007

### **Bolest (psychická) vzniklá na podkladě sdělení nepříznivé diagnózy.**

Nečekaná zpráva o úmrtí dítěte při běžném plánovaném těhotenském vyšetření paní R. velmi bolestně zasáhla.

### **Smutek vyvolaný ztrátou dítěte.**

Paní R. cítí skutečnou ztrátu milované osoby, donošeného plodu ve svém těle.

### **Beznaděj vyvolaná ztrátou dítěte.**

Paní R. ztratila smysl svého života, veškeré její plány do blízké i vzdálené budoucnosti byly spojené s očekávaným dítětem. Má pocit selhání vlastní osoby, selhání v roli matky.

### **Strach z indukovaného porodu z důvodů neznalosti.**

Obává se indukce porodu, nemá představu, co jí čeká, přála by si, aby vše proběhlo co nejrychleji.

### **Obavy z porodu vyvolané strachem ze zbytečné bolesti.**

Nechce fyzickou bolest, když už cítí obrovskou psychickou bolest a zátěž. Nechce trpět, když za to nebude odměněna radostí z dítěte.

### **Potenciální riziko vzniku infekce z důvodu zavedeného periferního katetru.**

Paní R byl zaveden periferní katetr z důvodů pravidelné aplikace ATB.

**14. 10. 2007**

### **Bolest způsobená podáním prostaglandinů za účelem vyvolání děložní činnosti.**

Zavedené prostaglandiny vyvolávají děložní činnost, která se projevuje bolestivými kontrakcemi dělohy, vedoucími k postupnému vypuzování plodu z dělohy.

### **Duševní tíseň vyvolaná ztrátou milované osoby.**

Po počátečních fázích odmítání skutečnosti si paní R. začíná uvědomovat nezvratnost situace, svůj pocit osamění, beznaděje a smutku. Cítí úzkost z přibližující se reality porodu mrtvého dítěte.

### **Potenciální riziko vzniku porodního poranění z důvodů porodu velkého plodu.**

Z důvodů většího váhového odhadu plodu na UZ je potřeba zvážit provedení preventivního nástřihu hráze nebo pokusu o porod bez porodního poranění (což je výhodnější z hlediska průběhu poporodního období matky).

### **Porucha usínání způsobená prožívaným stresem.**

Potíže s usínáním za normálních okolností nemá, ze zkušenosti však ví, že při stresových situacích jí usínání a kvalitní spánek trápí. Cítí se unavená a potřebuje odpočinek a spánek.

**15. 10. 2007**

### **Únava způsobená porodem a přetrvávajícím stresem.**

Cítí se unavená, porod byl vyčerpávající, má zvýšenou teplotu, špatně spí, stále myslí na své mrtvé dítě.

### **Hypertermie způsobená únavou a stresem.**

Celý den má zvýšenou TT, pravděpodobně na podkladě únavy a stresu, nachlazená se necítí, je pod clonou ATB.

### **Zármutek chronický způsobený ztrátou dítěte**

Paní R. prochází všemi stádii smíření se smrtí svého miminka, stále přetrvává pocit smutku, bolesti, beznaděje, ztráty.

## **4.4 Plán ošetrovatelské péče**

### **1. Bolest (psychická) vzniklá na podkladě sdělení nepříznivé diagnózy**

#### **Cíl:**

zvládnout bolest

#### **Plán péče:**

- pacientka má dostatek informací
- pacientka se necítí sama, je jí stále někdo nablízku
- umožnit přítomnost partnera po celou dobu hospitalizace
- pacientka ví, že může kdykoli vyjádřit své pocity v souvislosti s bolestí kterou cítí
- zajistit klidné a intimní prostředí
- péče o pohodlí pacientky

#### **Realizace:**

Paní R. byla o všech výkonech a o průběhu celého porodu vždy dokonale informována lékařem, měla možnost se aktivně podílet na způsobu vedení indukce porodu i vlastního

porodu( v určitou chvíli si nepřála podporovat děložní kontrakce Oxytocinem, bála se nepříjemné bolesti a v jednu chvíli chtěla oddálit porod – neporodit.).

Partner V.Š byl přítomen po celou dobu pobytu na porodním sále i na gynekologickém oddělení. Sestra byla přítomna tak často, jak to jen bylo možné a jak to paní R. vyhovovalo.

Celou situaci jsme mnohokrát probrali, podařilo se navázat dobrý kontakt s pacientkou, hovořila o svých pocitech, kladla otázky, vyjadřovala své názory.

O paní R. pečoval stále téměř stejný personál, ke kterému cítila důvěru, zajistili jsme soukromí jak na porodním sále, tak na nadstandardním pokoji na oddělení gynekologie.

### **Hodnocení:**

Přestože se podařilo realizovat všechny vytyčené cíle, bolest způsobená ztrátou dítěte se při odchodu z porodnice nesnížila, přetrvávala ve stále stejné intenzitě, ale paní R. při odchodu z porodnice udávala, že cítila k personálu důvěru, ocenila empatii personálu a měla pocit, že se jí díky našemu vstřícnému chování podařilo situaci zvládnout dobře.

## **2. Smutek vyvolaný ztrátou dítěte**

### **Cíl:**

dokáže rozpoznat a vyjádřit své pocity  
nebude se obviňovat ze smrti dítěte  
začne plánovat krátkodobou budoucnost

### **Plán péče:**

- pobízení k hovoru
- naslouchání, když bude chtít mluvit o svých pocitech
- vytvořit plán pro následujících několik dní po návratu domů
- vytvořit rámcový plán budoucnosti

### **Realizace:**

Paní R. po celou dobu hospitalizace docela dobře komunikovala, snažila se maximálně spolupracovat, vyjadřovala slovně všechny své pocity.

S realizací plánů do blízké budoucnosti velmi pomohl partner paní R., který byl velice praktický. Zorganizoval odstranění a úschovu všech věcí pro dítě, aby usnadnil návrat paní R. domů (toho se paní R. velice obávala), naplánoval pro paní R. cestu do Jižní Ameriky, kterou si už dlouho přála procestovat.

Oba partneři si slíbili, že se pokusí v brzké době mít další dítě.

### **Hodnocení:**

Smutek vyvolaný ztrátou dítěte, na které se oba partneři těšili nelze zmírnit za 4 dny, trvá dlouhé měsíce, roky než čas otupí pocity smutku ze ztráty milované osoby. Splnění cíle vidím v tom, že pacientka je schopná připustit to, že bude mít ještě nějakou budoucnost, že bude mít ještě nějaké další dítě.

### **3. Beznaděj vyvolaná ztrátou dítěte.**

#### **Cíl:**

spolu s pacientkou a partnerem najdeme způsob, jak čelit pocitům beznaděje  
paní R. se zapojí do každodenní činnosti  
najdeme pro pacientku přijatelný způsob rozptýlení

#### **Plán péče:**

- zajistit používání obranných mechanismů (spánek, zábava)
- pacientka bude schopná řešit aktuální problémy spojené se ztrátou dítěte
- předejít sociální izolaci pacientky dostatečným kontaktem s ní, a účastí partnera

#### **Realizace:**

Zajistili jsme pro paní R. soukromí na porodním sále, spala alespoň 2 hodiny, snažila se chvíli číst časopisy.

Po porodu byl pro paní R. připravený nadstandardní pokoj na gynekologickém oddělení, kde mohla strávit pro ní nepříjemný čas hospitalizace se svým partnerem. Partner s jejím minimálním zatížením zorganizoval všechny administrativní záležitosti. Naplánoval cestu do Jižní Ameriky.

## **Hodnocení:**

Přestože navenek došlo ke splnění cílů, pacientka jedla, spala, občas i četla, cítí stále bezvýchodnost a neměnnost situace, její bolest je příliš čerstvá. Sama sebe a své fungování přirovnává ke stroji, automaticky vykonává navyklé stereotypy, ale nic jí nepřináší uspokojení a útěchu.

## **4. Strach z indukovaného porodu z důvodů neznalosti.**

### **Cíl:**

zmírnit obavy pacientky z indukovaného porodu

pacientka bude mít dostatečné množství informací o průběhu indukce porodu

### **Plán péče:**

- zajistit podání dostatečného množství informací o průběhu indukovaného porodu
- zajistit souhlas s indukcí porodu

### **Realizace:**

Ošetřující lékař podrobně vysvětlil paní R. průběh indukovaného porodu. Poučil jí o preindukci (přípravě) porodních cest a následném zavedení Prostinu E do hrdla děložního za účelem vyvolání kontrakcí i o možnosti podání Oxytocinu ve druhé době porodní za účelem posílení kontrakcí a urychlení porodu. Pacientka podepsala souhlas s indukcí porodu.

## **Hodnocení:**

Paní R. se uklidnila po rozhovoru s ošetřujícím lékařem a anesteziologem, věděla co jí čeká, měla dostatečné množství informací o průběhu porodu a pocítovala menší strach.

## **5. Obavy z porodu vyvolané strachem ze zbytečné bolesti.**

### **Cíl:**

zmírnit obavy z bolesti

pacientka nebude cítit bolest

### **Plán péče:**

- zajistit konzultaci s anesteziologem ohledně informací o možnosti podání epidurální analgezie
- zajistit vyšetření krve před plánovanou EPA (epidurální analgezie)
- zajistit souhlas s podání EPA

### **Realizace:**

Paní R. probrala s anesteziologem možnost využití epidurální analgezie, lékař jí podrobně vysvětlil celý výkon i výsledný efekt. Zhodnotil výsledky krevního obrazu a koagulace a ujistil paní R. o tom, že není problém v podání EPA. Paní R. podepsala souhlas s podáním EPA.

### **Hodnocení:**

Paní R. souhlasila s podáním EPA, uklidnilo jí, že nebude cítit bolest a udávala velké zmírnění strachu z bolesti při porodu.

## **6. Potenciální riziko vzniku infekce z důvodů zavedeného periferního katetru.**

### **Cíl:**

u pacientky nevznikne infekce v místě zavedeného periferního katetru

### **Plán péče:**

- zajistit sterilní podmínky pro zavedení periferního katetru
- sterilní provedení výkonu
- sterilní převaz místa vpichu 1x za 24 hodin
- výměna periferního katetru za 72 hodin

### **Realizace:**

Sterilně jsem zavedla periferní katetr do levého předloktí paní R. Pravidelné převazy byly předány v hlášení.

## **Hodnocení:**

U paní R. nevznikla infekce z důvodů zavedeného periferního katetru.

## **7. Bolest způsobená podáním prostaglandinů za účelem vyvolání děložní činnosti.**

### **Cíl:**

pacientka nebude vnímat děložní kontrakce bolestivě

### **Plán péče:**

- zajistit včas anesteziologa a podání EPA
- polohování pacientky, naučit pacientku úlevové polohy
- umožnit pacientce volný pohyb (sprcha, balón)

### **Realizace:**

Do příchodu anesteziologa jsme bolest vyvolanou prostaglandiny zmírňovaly nahříváním ve sprše, skákáním na balónu. Zavolaný anesteziolog včas aplikoval epidurální analgezii.

## **Hodnocení:**

Po zavedení EPA pacientka udává výraznou úlevu od bolesti, kontrakce už nevnímá jako bolestivé, spíš jako pocit stahů břišního svalstva a mírného tlaku.

## **8. Duševní tíseň vyvolaná ztrátou milované osoby.**

### **Cíl:**

pacientka nebude cítit vinu na úmrtí dítěte

pacientka bude cítit alespoň malou naději do budoucna

### **Plán péče:**

- znovu vysvětlit možné důvody úmrtí dítěte
- pokusit se navodit pocit důvěry, komunikovat s pacientkou vždy, když cítí potřebu

- zajistit si dostatek času na rozhovor s oběma partnery
- nastítnit plán budoucnosti

### **Realizace:**

Kdykoli měla paní R. potřebu hovořit o svých pocitech a výčitkách, naslouchala jsem jí, snažila jsem se jí ujistit o tom, že určitě nemohla nic udělat pro záchranu miminka, protože nemohla vědět, že se mu nedaří dobře. Znovu jsem jí vysvětlila možné příčiny. Upozornila jsem jí na možnost toho, že ani pitva nedokáže mnohdy určit jasnou příčinu úmrtí. Hovořili jsme o možnosti dalšího těhotenství z důvodů strachu, zda je pravděpodobnost, že by se mohla situace opakovat. Dítě si po porodu nepřála vidět, bála se, že by získala ještě větší citovou náklonnost k dítěti, které ztratila, pokud by viděla jeho tvář. Zajistila jsem plentu, kterou byl oddělen prostor pro porodníka, aby byl vidět pouze lékař a nic z toho, co se děje na porodnickém stole. Bohužel přes mé upozornění, že si pacientka nepřeje žádné informace o dítěti, přivolaný pediatr informoval rodiče o pohlaví dítěte, což oba těžce nesli.

Pokusili jsme se řešit, co bude paní R. dělat po návratu domů. S partnerem jsme se domluvili, že zajistí odvoz věcí připravených pro miminko ke svým rodičům, paní R. se velmi bála příchodu domů, že jí věci budou prožity traumatizující zážitek připomínat.

### **Hodnocení:**

S blížícím se porodem pro paní R. začala situace nabývat na realitě, opět projevovala známky stresu, byla nervózní, často plakala, udávala pocit tísně na hrudi, strašně se bála momentu, kdy po porodu neuslyší žádný pláč a bude s jistotou vědět, že její dítě nežije. Sama říkala, že přesto, že to ví, něco v ní stále doufá, že jsme se všichni spletli. Přesto, že si přála, aby měla celý porod rychle za sebou, najednou chtěla odejít domů, neporodit, aby neměla tu jistotu, že je dítě opravdu mrtvé, aby mohla ještě doufat. Špatně nesla moment, kdy jí pediatr informoval o pohlaví dítěte, vyvolalo to v ní novou vlnu pláče, pak se uklidnila, ale byla apatická a uzavřená. Přes všechnu snahu jsem nemohla paní R. pomoci necítit tíseň a bolest, ale říká, že jsem jí pomohla urovnat si myšlenky.

## **9. Potenciální riziko vzniku porodního poranění z důvodů velkého plodu.**

### **Cíl:**

u pacientky nedojde k porodnímu poranění

v případě, že nebude možné porodit sine, provedeme s preventivním znecitlivěním minimální epiziotomii

### **Plán péče:**

- zajistit polohováním dostatečnou fixaci velké části plodu v porodních cestách
- zajistit dostatečně silné kontrakce v průběhu druhé doby porodní
- naučit rodičku efektivně využívat břišní lis při tlačení

### **Realizace:**

Paní R. byla velice ukázněná, spolupracovala dobře, velkou část porodu jsme polohovaly, vyhovoval jí pohyb na míči. Rodička tlačila až v momentě, kdy hlavička plodu už napínala hráz. Na posílení děložních kontrakcí jsme použili infuzi s Oxytocinem. Druhá doba porodní trvala déle, protože měkká hlavička mrtvého plodu nedilatovala hráz moc dobře, nakonec ale nebylo nutné provést epiziotomii, podařilo se porodit sine. Po kompletní revizi porodních cest jsme zjistili pouze malé lacerace po obou stranách pochvy, způsobené dlouhotrvajícím tlakem hlavičky na měkké tkáni pochvy, které byly ošetřeny vicrylovými stehy.

### **Hodnocení:**

Podařilo se porodit s minimálním porodním poraněním, přestože plod vážil 4120g. Pro pacientku to znamená výhodu v usnadnění hojení v šestinedělí, eliminaci bolesti v poporodním období způsobenou porodním poraněním.

## **10. Porucha usínání způsobená prožívaným stresem.**

### **Cíl:**

pacientka se po porodu vyspí alespoň 6 hodin

### **Plán péče:**

- zajistit samostatný pokoj na gynekologickém oddělení
- zajistit přítomnost partnera
- zajistit naordinování sedativ, eventuelně hypnotik lékařem

### **Realizace:**

Na gynekologickém oddělení zajistily pro paní R. samostatný pokoj, a povolily jí přítomnost partnera po dobu její hospitalizace. Lékař naordinoval po porodu podání sedativ a na noc doporučil podat hypnotika.

### **Hodnocení:**

Podařilo se zajistit samostatný pokoj i možnost přítomnosti partnera. Večer dostala paní R. hypnotika a udávala, že se spala od 22,00 hod. do 5,00 následujícího dne, spala s malými přerušeními, ale přítomnost partnera jí uklidňovala, takže vždy zase brzy usnula. Ráno se cítila vyspalá, ale unavená a smutná.

## **11. Únava způsobená porodem a přetrvávajícím stresem.**

### **Cíl:**

pacientka si odpočine a načerpá nové síly

### **Plán péče:**

- zajistit klid na odpočinek
- zajistit dostatečný pitný režim

### **Realizace:**

Paní R. byla seznámena s oddělením, informována o signalizačním zařízení. Po domluvě s ošetřujícím personálem byly naplánovány u paní R. kontroly lékařem a sestrou, paní R. ví, jakým způsobem si přivolat sestru v případě potřeby. Většinu dne odpočívala, chvílemi i spala. Partner jí přinesl nějaké nové časopisy a ovoce, které postrádala v nemocniční stravě. Dohlíželi jsme na dostatečný pitný režim.

### **Hodnocení:**

Paní R. vypila 3 litry tekutin (čaj, stolní vodu, ovocný džus). Odpočívala, spala, přečetla i nějaké časopisy, na knihu se zatím prý necítí, nedokázala by se tak dlouho soustředit. Po předchozí domluvě jsem jí přinesla nějaké materiály o zkušenostech jiných maminek, za ty byla velice ráda, pomohly jí vysvětlit si některé své pocity. Večer se cítila o hodně lépe než ráno, chtěla by jít už domů.

## **12. Hypertermie způsobená únavou a stresem.**

### **Cíl:**

pacientka bude mít normální TT.

### **Plán péče:**

- zajistit dostatek tekutin
- zajistit odpočinek
- zajistit podání antipyretik dle ordinace lékaře

### **Realizace:**

Pacientce byl podán Paralen 1 tbl 3 x denně dle ordinace lékaře. Zajistila jsem dohled nad pitným režimem a doporučila jsem paní R. odpočinek a spánek.

### **Hodnocení:**

Následující den měla paní R. normální TT a mohla být podle svého přání propuštěna do domácího ošetřování.

## **13. Zármutek chronický způsobený ztrátou dítěte.**

### **Cíl:**

pacientka chápe dopad zármutku a naučí se, jak si poradit  
naučí se slovně vyjádřit pocit ústupu smutku a naději do budoucna

### **Plán péče:**

- zjistit zda má pacientka snahu vyrovnat se se svým zármutkem
- zjistit rodinné zázemí pacientky, zda jí bude mít kdo pomoci
- určit stupeň fungování pacientky v péči o sebe sama
- pomoc pacientce projít zármutkem

## **Realizace:**

Z rozhovoru s paní R. i s jejím přítelem jsem se dozvěděla hodně o její rodině i o rodině jejího partnera, oba mají dobré rodinné zázemí, ke svým rodičům i k rodičům partnera cítí důvěru. Ví, že se jim může se vším svěřit, ale bojí se, jestli budou schopni, pro svůj vlastní zármutek, být oporou ještě jí. Doporučila jsem jí, aby s nimi o všem mluvila, aby se nebála říct jim, co právě v danou chvíli potřebuje a jak se cítí. Sama udávala, že potřebuje cítit, že jí má někdo rád a že jí neobviňují ze smrti miminka. V partnerovi má velikou oporu, neobává se, že by je ztráta dítěte rozdělila, pomáhá jí jeho jiný přístup.

Dala jsem jí přečíst materiály, které se mi podařilo sehnat od maminky, která prošla stejnou situací, ve kterých popisuje svoje prožitky 3 roky po smrti svého dítěte, popisuje jaké relaxační techniky jí pomáhaly překonat stavy tísně a zkušenosti jiných žen, které se jí podařilo zachytit.

S partnerem jsme se domluvili, že zajistí pomoc psychologa. Sám se domnívá, že by bylo nejlepší navštěvovat ho spolu, aby jim pomohl oběma.

## **Hodnocení:**

Mým cílem bylo, aby se paní R. stále neobviňovala ze smrti svého dítěte, aby chápala, že vše co cítí a dělá je normální, že její pocity jsou normální a že nikdo z nás nemůže vědět, jak by se sám choval. Aby věděla, že jí čeká dlouhá doba, než nejhorší smutek poleví, ale že i ten nejhorší smutek se jednou zmírní, pocit tísně se bude vracet méně často a bude přibývat světlých dní. Paní R. při odchodu domů udávala, že to všechno ví, jen to ještě tak necítí. Naši péči hodnotila kladně, byla vděčná se empatii a pomoc veškerého personálu.

## **4.5 Ošetřovatelská prognóza**

Bolest ze ztráty miminka je úplně jiná, než bolest ze ztráty partnera, rodičů, sourozenců, nebo jiného milovaného člověka. Je mnoho faktorů, které mohou to, jak člověk bude prožívat zármutek a jak se s ním vyrovná ovlivnit. Moje pacientka má všechny předpoklady pro to, aby skutečnost přijala a časem se vyrovnala se ztrátou svého dítěte. Má podporu partnera, který s ní bolest sdílí, pomáhá jí řešit aktuální problémy, které v tuto chvíli není schopná řešit sama a svým praktickým přístupem je jí skutečnou oporou.

Přesto je oba čeká neradostné období, kterým si musí projít, aby se dokázali smířit se svou ztrátou. Období truchlení se projevuje silnými bolestnými pocity, je provázeno neustálými myšlenkami na toho, kdo zemřel, podrážděností, neklidem, úzkostí, strachem, beznadějí, zmatkem, touhou po tom, aby všechno bylo jinak, aby se všichni splatili. Má také své fyzické

projevy: pocit staženého hrdla, únavu, záchvaty pláče, ospalost, změny chuti k jídlu, bušení srdce a jiné projevy úzkosti. Tyto projevy se mohou opakovat ve vlnách, trvat několik minut i hodin.

Oba je čeká období vyhýbání se druhým, protestu, konfrontace, rezignace, změn. Zpočátku bude asi více těch špatných dnů, ale jak bude plynout čas, bude přibývat světlých chvil a jejich bolest bude mírnější.

Nejvýznamnějším klíčem k přežití je vědomá volba své miminko oplakat a přitom nedovolit, aby jim to zničilo život. Každý se může rozhodnout nad tím zvítězit, nebo se tomu poddat. Jednoho dne se prostě rozhodnout přestat si přát, aby se to nikdy nebylo stalo a začít se učit s tím žít.

Toto všechno jsem se kromě péče o zdravotní stav a pokud možno nekomplikovaný průběh porodu snažila své pacientce předat. Doufám, že se mi to alespoň částečně podařilo, a že naděje, že jednou bude mít zdravé miminko, jí pomůže hledět do budoucna.

## 5. ZÁVĚR

Práce, na které jsem pracovala, nebyla radostná, ale přinesla mi uspokojení z toho, že jsem se zbavila svého strachu z konfrontace se smrtí. Ve zdravotnictví pracuji již 15 let, z toho přibližně polovinu na porodním sále a samozřejmě to nebylo poprvé, co jsem se setkala s podobným případem. Ale musím přiznat, že v minulosti se většinou péče o tyto ženy ujaly buď starší a zkušenější kolegyně, pokud jsem se musela o takovou pacientku starat já, bylo to vždy se strachem a obavami. Moje péče se většinou omezovala na plnění ordinací lékaře, péči o zdravotní stav pacientky a projev účasti. Komunikace s pacientkou, která přišla o dítě jsem se obávala, jako většina mých kolegyně. Přitom právě tyto ženy potřebují naši psychickou podporu a odbornou pomoc nejvíce.

Všeobecně se domnívám, že máme velké nedostatky v péči o tyto pacientky. Chybí návaznost psychologické péče, kterou by pacientky jistě uvítaly a jsem přesvědčená o tom, že by jí využilo i mnoho zdravotníků, cítili by se jistější, kdyby se měli jít kam poradit, jestli je jejich péče dostatečná a správná.

Myslím si, že neposkytujeme rodičům, kteří přišli o dítě dostatečné množství možností, jak se s dítětem rozloučit. Každý by měl mít právo rozloučit se po svém, v cizině například mají rodiče možnost udělat si otisk ručičky, nebo nožičky na rozloučenou, nebo své dítě vykoupat, obléknout a pak ho dát pohřbít. U nás se loučení omezí na strohý formulář zda si rodiče přejí

pohřeb, či nikoli, který navíc musí vyplnit bezprostředně po porodu, aniž by jim byl poskytnut čas na to, aby se vůbec rozmysleli. Zpětně pak mohou litovat toho, že když už o dítě museli přijít, nemohli se s ním alespoň pořádně rozloučit a může je dlouhou dobu trápit pocit, že něco měli udělat lépe.

Stejně tak i my se musíme snažit, abychom si získali potřebné znalosti a zkušenosti, abychom nemuseli žít s pocitem, že jsme něco měli udělat lépe.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY:

1. ČECH E.; HÁJEK. Z.; MARŠÁL K.; SRP B. a kolektiv; *Porodnictví*, Grada Publishing s.r.o., Praha, 1999, ISBN 80-247-1303-9
2. DOENGES M. E.; MOORHOUSE M. F.; *Kapesní průvodce zdravotní sestry*, Grada Publishing s.r.o., 2. vydání, Praha, 2001
3. DOLEŽAL A.; *Porodnické operace*, Grada Publishing s.r.o., Praha, 2001, ISBN 978-80-247-0881-2
4. HOLUB Z.; *Kasuistiky z gynekologie a porodnictví*, Galén, Praha, 2002, ISBN 80-7262-144-0
5. KÜBEL – ROSS E.; *Odpovědi na otázky o smrti a umírání*, Tvorba s.r.o., Praha, 1995, angl. orig. *Questions and answers on death and dying* přeložili MUDr. Drábek T.; MUDr. Drábková J.; MUDr. Tolar J.
6. ROZTOČIL A.; JELÍNEK J.; *Prostaglandiny v porodnictví*, Velké Němčice, vydavatelství Z. Frömmel, 1997
7. ZWINGER A. et al; *Porodnictví*, Galén, Praha, 2004, ISBN 80-7262-257-9 (1)
8. <http://www.porodnici.cz//syndrom-mrtvehoplodu>
9. <http://www.gyne.cz//clanky2000//200cl3.htm> (2)
10. <http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/psychsupp202/07htm>

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

**EPH gestóza:** chorobný stav vázaný na těhotenství, provázený otoky (edémy), vylučováním bílkoviny močí (proteinurie), vysokým tlakem (hypertenze).

**HELLP syndrom:** soubor příznaků provázející těžké formy těhotenské preeklampsie, provázený vysokým tlakem (H – hypertenze), elevací JT (EL), poruchou koagulace (LP). Vyskytuje se nejčastěji ve II., a III. Trimestru, vzácněji i porodu.

**DM:** diabetes melitus, cukrovka

**DIC:** diseminovaná intravaskulární koagulace, porucha krevní srážlivosti

**LS dg:** laparoskopie diagnostická

**HS:** hysteroskopie

**EPA:** epidurální analgezie

**CTG:** kardiokografické vyšetření, zaznamenává srdeční činnost plodu a tonus děložní Svaloviny

**PS:** porodní sál

## **SEZNAM PŘÍLOH:**

1. Vstupní ošetřovatelský záznam
2. Plán ošetřovatelské péče