



UNIVERZITA KARLOVA
V PRAZE



3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství

Markéta Mrzilková

Ošetrovatelská péče o pacientku po císařském řezu

Nursing Care of the Patient after a Caesarean Section

Bakalářská práce

Praha, červen 2013

Autor práce: **Markéta Mrzilková**

Studijní program: **Ošetrovatelství**

Bakalářský studijní obor: **Všeobecná sestra**

Vedoucí práce: **Mgr. Jana Holubová**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetrovatelství 3. LF UK v Praze**

Odborný konzultant: **MUDr. Jiří Popelka**

Pracoviště odborného konzultanta: **Klinika gynekologie a porodnictví FNKV v Praze**

Datum a rok obhajoby: **9. 9. 2013**

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 používána ke studijním účelům.

V Praze dne 26. června 2013

Markéta Mrzílková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala své vedoucí práce Mgr. Janě Holubové za trpělivost a cenné rady a MUDr. Jiřímu Popelkovi za ochotu a vstřícnou pomoc při tvorbě bakalářské práce. Další poděkování patří mé rodině, která s trpělivostí snášela mé studium, za všechnu její podporu, pomoc a pochopení.

Obsah

OBSAH	5
ÚVOD.....	7
1. KLINICKÁ ČÁST	8
1.1. CÍSAŘSKÝ ŘEZ.....	8
1.1.1. Historie císařského řezu.....	8
1.1.2. Podmínky a indikace císařského řezu.....	10
1.1.3. Frekvence a komplikace císařského řezu.....	13
1.1.4. Přehled operačních metod.....	16
1.1.5. Předoperační vyšetření a příprava.....	21
1.1.6. Anestezie	23
1.1.7. Pooperační péče	27
1.2. ZÁKLADNÍ ÚDAJE PACIENTKY	28
1.2.1. Lékařská anamnéza pacientky	28
1.2.2. Indikace a průběh porodu u pacientky	29
1.2.3. Péče po operaci.....	30
1.2.4. Použitá farmakoterapie	37
2. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST.....	41
2.1. CHARAKTERISTIKA OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU	41
2.2. MODEL MARJORY GORDONOVÉ.....	45
2.3. OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA	48
2.4. OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	52

2.5. KRÁTKODOBÝ PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	53
2.5.1. Aktuální ošetřovatelské diagnózy.....	53
2.5.2. Potenciální ošetřovatelské diagnózy.....	59
2.6. DLOUHODOBÝ PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	68
2.7. PSYCHIKA PO OPERATIVNÍM PORODU.....	72
3. EDUKACE.....	74
3.1. KOJENÍ.....	74
3.2. KOJENÍ PO CÍSAŘSKÉM ŘEZU.....	77
3.3. PÉČE O PRSY.....	77
4. ZÁVĚR.....	78
5. SEZNAM ZKRATEK.....	79
6. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	82
7. SEZNAM PŘÍLOH.....	84

Úvod

Cílem mé bakalářské práce je zpracování případové studie ošetrovatelské péče u pacientky po porodu císařským řezem. Toto téma jsem si zvolila, protože se mě tato problematika osobně týká a velmi mne zajímá. Během svého studia jsem měla možnost praxe na oddělení šestinedělí. Zde jsem mohla vidět vše, co se týká vlastní operace, včetně péče o pacientky.

Práci jsem rozdělila na několik částí.

V klinické části jsem stručně popsala historii císařského řezu, podmínky, indikace, frekvenci a komplikace. V dalších bodech se zmiňuji o operačních metodách, předoperační přípravě a vyšetřeních. Popisuji i možné způsoby anestezie. Součástí klinické části jsou i základní údaje pacientky, průběh porodu a pooperační péče. Všechny tyto údaje byly použity s písemným souhlasem pacientky.

V ošetrovatelské části jsem popsala charakteristiku ošetrovatelského procesu. Pro sběr anamnestických dat jsem použila model funkčního zdraví Marjory Gordonové. Na jejich základě jsem stanovila ošetrovatelské diagnózy, cíle, plán péče, jeho realizaci a na závěr jsem daný plán péče zhodnotila. V této části je i popsán dlouhodobý plán ošetrovatelské péče. Nezbytnou součástí této kapitoly je i psychika pacientky po operativním porodu.

Další částí je edukace, která je zaměřena na informace o kojení a péči o prsy.

Práce je doplněna o seznam zkratk, přehledem použité literatury a seznamem příloh.

1. Klinická část

1.1. Císařský řez

Císařský řez je porodnická operace, kterou se ukončuje těhotenství a plod je vybavován břišní cestou. (Zwinger et al, 2004). V minulosti býval spojen s vysokou mortalitou matek i plodu a proto nebyval tak rozšířen. (Čech a kol, 1999)

Četnost císařských řezů v moderním porodnictví stoupá. Díky moderní anesteziologii, transfúzní službě a dostupnosti antibiotik se riziko komplikací snižuje.

1.1.1. Historie císařského řezu

Tento výkon je v historii porodnictví jeden z nejstarších. První zprávy sahají až do starověku. Název operace sectio caesarea pochází od Plinia staršího (23-79 n. l.). Děti chirurgicky vyňaté byly nazývány Caesares, od caedo – rozřezávati. Římský zákon „LEX REGIA “ císaře Nummy Pompilia (715 – 672 n. l.) stanovoval povinnost provést císařský řez na mrtvé nebo umírající ženě, pokud je zde možnost zachránit život dítěte. Zákon byl přijat i do křesťanské kultury, kde církve podporovala operace na mrtvých ženách, aby živý plod mohl být pokřtěn. Poprvé provedl údajně řez na živé ženě švýcarský zvěrokleštič Jakub Nufer v roce 1500, a to s pozitivním výsledkem pro matku i dítě. Monografie Françoise Rousseta z roku 1581 zahájila novou etapu této operace. Autor sebral 15 případů provedeného řezu na živých s kladným výsledkem pro matku i dítě. V 18. století

operací přibývá. Při operacích prováděných nesterilně a bez narkózy byla úmrtnost takřka 100%. Ženy umíraly na záněty pobřišnice, infekci, často i na krvácení, protože podélné řezy na děloze se nešily, děloha při kontrakci zela a obsah se dostával do dutiny břišní. Roku 1788 provede T. E. Lauerjat příčný řez na děložním fundu, kde se kontrakcí stahovala svalová vlákna k sobě. V Čechách byl proveden první císařský řez na živé ženě plukovníkem Josefem Staubem v roce 1786, dítě bylo mrtvé a matka zemřela druhý den.

Mezníkem pro vývoj této operace bylo zavedení anestezie. Hrozba infekce stále zůstávala. (<http://lekari.porodnice.cz/historie-cisarskeho-rezu>, cit. 14. 4. 2013)

„Eduardo Porro v roce 1876 po císařském řezu provedl zástavu krvácení tím, že nasadil ve výši vnitřní branky na děložní hrdlo měděné oko a provedl amputaci dělohy, čímž odstranil zdroj infekce. Z prvních 100 operovaných, zemřelo jen 57. Porro a jeho asistenti užívali k mytí rukou a k vymývání dutiny břišní roztok kyseliny karbové, k narkóze užívali chloroform. Při zdokonalování techniky císařského řezu se většina lékařů postupně kloní k šití dělohy ve dvou vrstvách. Kehler byl v roce 1882 první, který provedl transversální řez v dolním segmentu. Frank v roce 1906 zavádí transperitoneální příčný řez na dolním segmentu a překrývá ho vezikouterinní plikou. Sellheim v roce 1908 zavádí extraperitoneální řez. V průběhu 20. století je popsáno množství malých modifikací, způsobů šití, drénování a podobně. Podstatnější změny představuje technika Misgav Ladach, kde se nešije peritoneum.“ (Doležal a kol, 2007, s. 206)

Rozvojem mikrobiologie, zavedení antiseptiky a aseptiky se stává operace daleko bezpečnější. Významně bezpečnost také zvýšilo zavedení transfuze a zejména objev antibiotik. (Doležal a kol, 2007)

Císařský řez se v současnosti stává nejčastěji prováděnou operací. Jejich počet rok od roku stoupá.

1.1.2. Podmínky a indikace císařského řezu

Dá – li se to tak říci, tak sectio caesarea je operace jednoduchá, ale má své charakteristiky, úskalí, které je potřeba respektovat. Od indikace, přípravy, prvního řezu do posledního stehu myslíme na okamžité, ale i na následné důsledky. Výsledkem operace má být zdravá žena a novorozenec, rodička by měla být nepoškozena ve své plodnosti, esteticky, sexuálně i psychosociálně. Nesmí se opomenout předoperační vyšetření krevního obrazu, srážlivosti krve, pulzu, teploty, zajištění krevní transfuze, heparinizace, kultivace z pochvy. Profylaktické podávání antibiotik může zabránit tvorbě abscesů, šoku, tromboflebitidy. Výsledek operace záleží nejenom na technickém provedení, ale nejméně důležitá je i předoperační a pooperační péče. Operace se samozřejmě provádí také v mnoha případech i neplánovaně, bez přípravy.(Doležal a kol, 2007)

Zásadní a prakticky i jedinou podmínkou pro provedení císařského řezu je, že velká část plodu nesmí být vstouplá a fixovaná v porodních cestách. (Kobilková et al, 2005)

Operace se někdy dělí podle povahy indikací na císařský řez:

- plánovaný, tzv. primární, kdy už během těhotenství se rozhodne o jeho provedení a dopředu se naplňuje termín
- neplánovaný, tzv. sekundární, kdy se porod rozběhne přirozenou cestou a vyvine se akutně indikace k operaci, kdy může být na životě ohrožena matka nebo dítě (Čech a kol, 1999)

Indikací k císařskému řezu je hned několik. Týkají se především porodních cest, celkového stavu rodičky či dítěte. Matka i dítě jsou ve vzájemné interakci celé těhotenství i při porodu, takže ve většině případů jsou indikace společné.

1. nepoměr mezi rozměry pánve a plodu:

vzniká při deformitách a úrazech pánve nebo u příliš velkého plodu, indikace se stanovuje na podkladě UZ vyšetření a změření pánevních rovin (Zwinger et al, 2004)

„Pánevní rozměry se měří pelvimetrem a jsou důležité 4 roviny.

- distantia bicristalis- největší vzdálenost mezi hřebeny kostí kyčelních (28-29 cm)
- distantia bispinalis- vzdálenost mezi zevními okraji horních trnů kyčelních kostí (25-26 cm)
- distantia bitronchanterica- vzdálenost mezi zevními okraji velkých trochanterů (31-32 cm)
- conjugata externa- vzdálenost od středu lumbosakrální meziobratlové ploténky k zevnímu hornímu okraji stydké spony (19-20 cm)“ (Čech a kol, 1999, s. 97)

2. patologické procesy v pánvi:

tumory, včestné myomy, ovariální tumory, nádory rekta, močového měchýře – brání vstupu naléhající části plodu do porodních cest

3. pooperační stavy:

např. po plastikách hrdla, operacích pro močovou inkontinenci, vrozených vad dělohy, po opakovaných císařských řezech, (především po korporálním a cervikokorporálním řezu), které mohou být příčinou ruptury dělohy, operacích píštělí, plastikách břišní stěny

4. porodnické krvácení:

placenta praevia, předčasné odloučení lůžka, poševní varixy, krvácení neznámého původu (Zwinger et al, 2004)

5. nepravidelné postavení plodu:

příčná a šikmá poloha, poloha koncem pánevním u velkého plodu, deflexní polohy (čelní, obličejová, u nepostupujícího porodu i temenní), přední a zadní asynklitismus, vysoký přímý stav, prolaps pupečníku

6. prodloužené těhotenství:

po opakovaných nezdařených indukcích

7. dlouho odteklá plodová voda

8. onemocnění ženy v anamnéze:

diabetes mellitus, hypertenze, choroby srdeční, ledvinové, endokrinní, plicní, hrozící eklampsie, při cévních onemocněních (aneuryzma, trombóza), sítnicové krvácení, nepostupující porod pro slabou děložní činnost (Čech a kol, 1999)

9. indikace ohrožující plod:

akutní a chronická hypoxie, retardace růstu, Rh- inkompatibilita s narůstajícím titrem protilátek, vícečetné těhotenství, nezralost zejména u konce pánevního (Zwinger et al, 2004)

10. herpes genitalis

11. sdružená indikace:

stanovují se po individuálním a komplexním posouzením (např. předčasný porod, věk těhotné, léčená sterilita a infertilita aj.) (Čech a kol, 1999)

12. iterativní sekce:

po třetí opakovaný řez, kdy hrozí ruptura

13. císařský řez na ženě mrtvé nebo umírající:

indikace, naštěstí velmi vzácná, (provádí se u infaustní prognózy nebo po těžkých úrazech, je nutný souhlas příbuzných), plod může přežít až 15 minut (Zwinger et al, 2004)

1.1.3. Frekvence a komplikace císařského řezu

Celosvětově přibývá císařských řezů a ČR není výjimkou. Jedním z důvodů je zvyšující se věk prvorodiček, nárůst umělých oplodnění a z toho vyplývající multigravidita. U nás není povolen císařský řez na přání, ale bohužel realita bývá jiná. (Čech a kol, 1999) „Komplikace se dělí na peroperační, postoperační a pozdní.“ (Doležal a kol., 2007 s. 253)

1. peroperační:

anesteziologické

- Mendelsonův syndrom
- edém plic
- obtíže při intubaci

- laryngospasmus
- bronchospasmus
- aspirace
- anafylaktický šok
- zástava srdce

chirurgické

- poranění močového měchýře
- poranění střev
- dělohy
- břišní stěny (Doležal a kol, 2007)

komplikace spojené s krvácením

- poruchy srážlivosti
- embolie, vzniklá krevním vmetkem, ale může být i embolie vzduchová nebo plodovou vodou, (lze předejít preventivními opatřeními jako je miniheparinizace, bandáže dolních končetin, časná pooperační vstávání a rehabilitace)
- krevní ztráta nad 1500 ml může vést k diseminované intravaskulární koagulaci (DIC) (Zwinger et al, 2004)

2. postoperační komplikace:

- infekce (endometritida, adnexitida, infekce sutury, peritonitida, atelektázy, pneumonie), preventivní podávání antibiotik je nutné hlavně u urgentních řezů
- hojení ran per secundam
- paralytický ileus
- bolesti v jizvě při vstávání, při kašli, při obrácení z boku na bok
- mohou nastat poruchy neurologické v souvislosti s anestezií

3. pozdní komplikace:

- estetické defekty
- hernie v jizvě
- keloidní jizvy
- pelipatie
- urologické komplikace
- sterilita, infertilita
- peritoneální srůsty
- figurují zde i poruchy psychologické

4. komplikace u novorozenců:

- oddálená kardiopulmonální adaptace
- v prvním týdnu je třeba počítat s nižším přívodem mateřského mléka
- trauma po obtížném vybavování plodu
- respiratory distress syndrom (RDS) (Doležal a kol, 2007)

1.1.4. Přehled operačních metod

1) Konzervativní metody

Tyto metody znamenají ponechání dělohy po císařském řezu v dutině břišní.

a) Korporální (klasický) císařský řez (sc.corporalis classica):

- dnes se už prakticky nepoužívá
- je veden ve střední čáře od fundu, protíná svalová vlákna myometria a končí v děložním istmu
- nevýhodou je kontraindikace dalšího těhotenství pro možnou rupturu a vzniku pooperačních adhezí v děloze
- jeho indikace je v případě hysterektomie, při rozsáhlé varikozitě v dolním segmentu, u pacientek, které již tento řez měly, po některých operacích pro močovou inkontinenci a u umírající nebo mrtvé (Čech a kol, 1999)

b) Cervikokorporální císařský řez (sc.cervicocorporalis):

- řez je veden ve střední čáře, jeho kaniální část zasahuje do oblasti děložního těla, druhá je v oblasti dolního děložního segmentu

- provádí se hlavně při zcela nerozvinutém dolním děložním segmentu u předčasných porodů“ (Čech a kol, 1999, s. 412)

c) Supracervikální transperitoneální císařský řez (sc. supracervicalis transperitonealis transversa):

Tento řez je nejpoužívanější operační metodou. Operace je zahájena laparotomií, přičemž jsou dva přístupy:

- střední dolní laparotomie

- podélný řez vedený ve střední čáře od pupku k symfýze v délce 10-12 cm

- výhodou je případná možnost rozšíření řezu nad pupek

- provádí se při předpokládaných komplikacích během operace

- v původní jizvě po minulých operacích

- u obézních žen

- u vyznačené makrosomie

- u vícečetných těhotenství

- řez se tedy volí v případech, vyžadujících bezpečnost matky a plodu, volí je lékař i v nejistotě, estetická stránka je podřízena (Čech a kol, 1999)

- příčná suprapubická laparotomie (sc. Pfannenstiel)

- nejčastěji užívaný způsob- řez je vedený poloobloukovitě nejlépe v řase na horním okraji pubického ochlupení

- příčně se protíná kůže, podkoží i fascie, podélně pak přímé břišní svaly a ve stejném směru otevírá peritoneální dutina

- výhodou řezu je jeho kosmetický efekt a velmi malý výskyt pooperačních hernií, častější je výskyt subfasciálních hematomů, který souvisí s preparací fascie od svalu při laparotomii, také je obtížné v případě potřeby tento řez rozšířit

„Kožní řez má být dostatečně veliký, aby nebyla potíží při vybavování plodu. Kůže je řezána až na fascii, řez je veden kolmo, bříškem skalpelu, ne špičkou, aby zbytečně nerostl odpor a tření. Fascie se protne příčně, kraniálně i kaudálně se nadzvedne Kocherovými kleštěmi, podtuneluje se a opatrně příčně prostříhne, aby se neporanily svaly. Prostor mezi přímými svaly břišními se uvolní opatrným, mělkým řezem skalpelem, zpřístupní se peritoneum. Musculi pyramidales se rozdělí nůžkami za kontroly prsty i zrakem. Peritoneum při otevírání se uchopí co nejkraniálněji, je třeba dávat pozor na močový měchýř. Měchýř bývá kraniálně vytažen. Peritoneum se protne od shora dolů. Pokud není dostatek prostoru pro vybavování plodu, lze naříznout fascii dodatečně ještě podélně ve střední čáře. Po otevření peritonea se zarouškují okraje rány, aby se omezila kontaminace plodovou vodou. Zavede se ekartér, na jehož kvalitě mnoho záleží. Pinzetou se nadzvedne plika, nastříhne se, močový měchýř se sesune několik cm kaudálně, aby rána na děloze při pozdější sutuře byla dobře viditelná. Před řezem na děloze (hysterotomie) se rozloží podél děložních hran roušky k zachycování plodové vody, kterou při jejím zkalení smolkou, u předčasného odtoku a subfebrilitách musíme vyšetřit mikrobiologicky. Prostor vzniklý řezem má umožnit šetrné vybavení plodu, neměl by způsobit větší krvácení a zejména trhlinu do děložních hran nebo pod močový měchýř. Před provedením řezu je důležité osahat dolní segment, vyhmatat hlavičku. Incize dělohy se dělá skalpelem, někteří používají pro

rozšíření nůžky. Řez se lokalizuje centrálně do dolního segmentu.“
(Doležal a kol, 2007, s. 218 - 224) (příloha č. 1)

„Možnosti řezu“:

- **korporální**, volí se u malých plodů v apozici, u poloh příčných, nevýhody jsou v rozpadu děložní sutury, infekci, vzniku pooperačních srůstů střeva a omenta

- **cerviko-korporální**

- **malé řezy transversální**, rovné v dolním segmentu, nedostatek místa a následné násilí při vybavování plodu může vést k maltretaci plodu, u matky k nebezpečným rupturám do děložních hran

- **poloměsíčitý-semilunární podle Gepperta**, je velmi často užíván, je bezpečnější, čím je oblouk strmější a otvor větší

- **S řez podle Chmelíka**, získáváme jím až o 20% prostoru více, lze použít u větších plodů

- **příčný řez ve fundu podle Lauverjata**, se prováděl v 18. století, děložní rána se nešila, výjimečně lze užít, chceme-li se vyhnout myomu, tumoru v dolním segmentu, u extrémně malých plodů

- **obrácený T řez**, často bývá východiskem z nouze při složitém vybavování, když získaný prostor se ukazuje jako nedostatečný

- **U řez**, má řadu výhod, málokdy se děloha roztrhne, je dostatek prostoru pro vybavení, oba póly jsou přístupné zrakové kontrole, používá se pro plody extrémně nízké hmotnosti, u apozice děložní, u iteraktivních sekcí

- **extraperitoneální** (vysoko uložený U řez), není u nás mnoho rozšířen

1. **Joel Cohen**, je podobný semilunárnímu, je položen až nad plikou vezikouterinní“ (Doležal a kol, 2007, s. 224 - 226) (příloha č.1)

„Po porušení vaku blan se velmi šetrně vybaví naléhající část plodu a elevuje se před ránu, poté se porodí celý plod. Po podvázání pupečníku a odsátí horních cest dýchacích se předá novorozenec neonatologovi.

Následuje aplikace uterotonik a při kontrakci vybaví placenta a zreviduje se děložní dutina a operační rána. Sešití rány se provádí po anatomických vrstvách. Sutura myometria je většinou vedena ve dvou vrstvách extramukózními stehy. Plica vezikouterina se sešívá pokračujícím stehem a pak se vysuší břišní dutina. Zrevidují se obojí adnexa a appendix. Po sečtení roušek a nástrojů se postupně sešívají vrstvy přední břišní stěny. Kůže se šije intradermálním plastickým stehem.“ (Čech a kol, 1999, s. 415)

d) „*Extraperitoneální císařský řez (sc.supracervicalis extraperitonealis)*:

- s částečným odpreparováním močového měchýře se získává extraperitoneální přístup k dolnímu děložnímu segmentu bez porušení peritonea

- indikace při intraovulární infekci

- časté následné krvácení brání rozšíření této metody“ (Čech a kol, 1999, s. 412)

2) Radikální metody

„Operace jsou spojené s odstraněním dělohy.

a) Císařský řez s následnou supravaginální amputací (sc. cum amputatione uteri supravaginalis):

- vzhledem ke krvácení z ponechaného děložního hrdla, s následnou amputací děložního těla, je tento postup zavrhován

b) Císařský řez s následnou hysterektomií (sc.cum hysterectomy):

- může se provádět při krvácení myomatózní dělohy, při nereparabilní ruptuře, krvácivých stavech a také při placenta accreta, ve všech případech snaha zachovat adnexa

- radikálně se operuje při operabilním karcinomu děložního hrdla

c) Extirpace těhotné dělohy (extirpatio uteri gravid):

- v minulosti se používala výjimečně pouze při infikovaném děložním obsahu s retinovaným plodovým vejcem s mrtvým plodem

- v éře antibiotik se od tohoto způsobu upustilo“ (Čech a kol, 1999, s. 413 - 414)

1.1.5. Předoperační vyšetření a příprava

1) Plánovaný císařský řez

Operace se plánuje předem, při známé indikaci nebo v případě, že jsou potencionální komplikace předpokládány. V tomto případě je těhotná hospitalizovaná předem a je jí provedeno komplexní předoperační vyšetření. Jeho součástí jsou biochemické a další laboratorní vyšetření krve a moče, EKG. Definitivně se rozhodne o operační indikaci a aktuální porodní nález. Pokud je to nutné upraví se anémie, kompenzuje se diabetes mellitus, léčí se příznaky infekce (např. respirační, močové) a také infekce lokální (především poševní záněty). Léčí se i preeklampsie a hypertenze. Zajišťuje se příprava u žen s nemocemi orgánů, jako jsou játra, ledviny, srdce nebo s nemocemi

ojedinělými, avšak závažnějšími jako je např. myasthenia gravis, lupus erythematodes apod. Před operací se aplikují i potřebné léky a antibiotika.

ATB jsou nutností při febrilním a protražovaným průběhu porodu, více než šest hodin odteklá plodová voda, větší počet vaginálních vyšetření před císařským řezem, obezita matky, DM, kardiopatie, opakovaný sc.

Důležitá je také profylaktická předoperační heparinizace, která je prevencí tromboembolických komplikací a zároveň DIC u rizikových skupin žen. Mezi primární opatření patří prevence dehydratace, energetická a iontová substituce, které jsou velmi důležité zvláště u iterativních císařských řezů. Nemalou důležitost má i bandáž dolních končetin, rané vstávání a časná pooperační rehabilitace.

Před operací se pacientkám podává očistné klyzma (YAL) a koupel nebo sprcha. V průběhu operace je zaveden permanentní močový katétr a moč je zachycována. Anesteziolog pracuje na přípravě a určuje nejen premedikaci, ale i způsob anestezie. (Čech a kol, 1999)

2) Neplánovaný císařský řez (akutní)

„Velmi často je důvod k ukončení těhotenství neodkladný a v této akutní situaci se bezprostředně před operací nebo v jejím průběhu provedou nejnutnější opatření. Základní interní vyšetření si na rozdíl u plánované operace udělá sám anesteziolog a rozhodne, jak postupovat dále u těhotných, které nelačnily a pozřely stravu. Zajišťuje se narychlo nitrožilní přístup do oběhu, podávají se náhradní roztoky, může se zajistit krev. Okamžitě se odebírá krev na nejdůležitější vyšetření, jako je krevní obraz, krevní srážlivost a další. Výsledky se celou dobu průběžně vyhodnocují. Akutní operace s sebou vždy přináší větší rizik.“(Čech a kol, 1999, s. 414)

1.1.6. Anestezie

U císařského řezu můžeme použít dva typy anestezie. Anestezii celkovou a anestezii regionální (svodnou). Oba způsoby mají své výhody a nevýhody. Volba anestezie záleží na aktuálním zdravotním stavu jak matky, tak dítěte. Pokud je to možné, lze i přihlídnout na přání těhotné.

1) Celková anestezie

Je metodou volby u kritických stavů, ke kterým dochází při akutním ohrožení matky či plodu.

Je vyřazeno vědomí a vnímání bolesti z celého těla. Je navozen umělý spánek. Tohoto stavu je dosaženo podáváním kombinace uspávacích prostředků, léků působících proti bolesti a látek navozujících svalové uvolnění.

Typy:

- *intravenózní*: uspávací a bolest ztišující lék se podává do žíly
- *inhalační*: vdechujete kyslík a narkotické plyny přes masku, která je umístěna přes nos a ústa
- *intubační*: vdechujete kyslík a narkotické plyny přes dýchací kanylu umístěnou v průdušnici

Uvedené typy CA jsou často používány v kombinaci jako anestezie intravenózní a inhalační nebo intravenózní a intubační.

Indikace:

- dechová tíseň plodu
- hypotenze

- předporodní krvácení
- koagulopatie
- infekce
- onemocnění CNS nebo léze v bederní krajině

Nevýhody a rizika:

- možnost neúspěšné intubace, komplikované s regurgitací, zvracením a následnou aspirací
- laryngospasmus může dát vzniknout hypoxii, spojenou s oběhovým selháním
- transplacentární přestup anestetik
- maminka je ochuzena o první kontakt s novorozencem

Výhody:

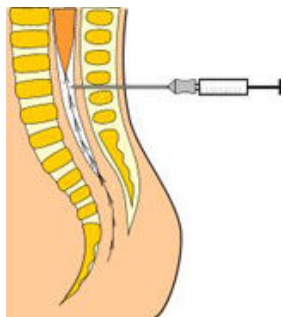
- rychlý úvod do anestezie
- dokonalá svalová relaxace
- menší výskyt hypotenzí a destabilizací oběhu
- ziskem je i oxygenace matky a plodu

2) Regionální (svodná) anestezie

Podíl regionálních anestezií u sekci v posledních letech roste. Jeden z důvodů je přání rodiček, aby mohly být při vědomí a účastnit se prvního kontaktu s novorozencem.

Typy:

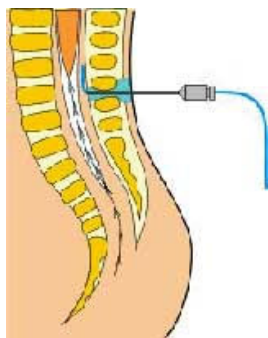
- spinální (subarachnoidální, SA) – výkon spočívá v injekci, kterou podá anesteziolog do oblasti subarachnoidálního prostoru v oblasti páteře



(<http://www.litnem.cz/anesteziologicko-resuscitacni-oddeleni-provadene-tytu-anestezii/>) (cit.14.4.2013)

Obr. č. 5

- epidurální (periduální, ED) – anestetikum se podá do epidurálního prostoru, který je uložen vně prostoru subarachnoidálního, tedy o něco povrchněji



(<http://www.litnem.cz/anesteziologicko-resuscitacni-oddeleni-provadene-tytu-anestezii/>) (cit.14.4.2013)

Obr. č. 8

- kombinovaná – kombinace SA+ED ve snaze využít výhod obou metod, lze použít anestezie s rychlým nástupem, s možností účinné analgezie v pooperačním období

Indikace:

- myasthenia gravis
- preeklampsie
- choroby plic a dýchacích cest
- epilepsie
- přání pacientky
- vhodné u rodiček HIV+, protože nezatěžuje imunitní systém
- u závislých na psychotropních látkách, šetří toxickou zátěž

Nevýhody a rizika:

- pomalejší nástup účinku
- riziko poklesu krevního tlaku a tím i porucha přísunu okysličené krve pro dítě

Výhody:

- vyšší bezpečnost pro matku s minimálním rizikem aspirace
- nízké riziko anafylaktické reakce
- čilejší novorozenec, což umožní rychlejší kontakt a brzký nástup kojení

- podáno méně léků (Doležal a kol, 2007, <http://lekari.porodnice.cz/porodnicka-anestezie,cit.14.4.2013>)

1.1.7. Pooperační péče

Po císařském řezu mohou být pacientky převezeny na oddělení šestinedělí, kde je vyhrazen pokoj pro pacientky bezprostředně po operaci nebo na jednotku intenzivní péče. Pokud je vše v pořádku, pacientka je převezena na standardní oddělení do 24 hodin.

Ihned po operaci pokračuje sledování životních funkcí v časových intervalech dle ordinace lékaře:

- TK, tepové frekvence, oxymetrie, EKG, počet dechů, TT
- podle potřeby se vyšetřuje hemokoagulace, krevní obraz
- kontroluje se vědomí, krvácení, stav rány, příjem, výdej tekutin
- podávají se léky na tišení bolesti
- aplikují se podle potřeby antibiotika, uterotonika, antikoagulancia
- náhrada tekutin, parenterální výživa, popřípadě krevní náhrady

Stále má pacientka bandáže dolních končetin jako prevenci TEN, zvláště při varixech a žilních zánětech. Sleduje se mikce a střevní peristaltika. Pečuje se o invazivní vstupy. Hodnotí se stav rány a množství odpadu z drénu, pokud ho má pacientka zaveden. Sleduje se stahování dělohy. Převádí se tekutá strava na kašovitou, postupně na normální. Velmi důležité je časně vstávání a rehabilitace. (Čech a kol, 1999) Je nutné

pacientce co nejdříve umožnit kontakt s novorozencem a pokud to dovolí zdravotní stav, co nejdříve dítě přikládat k prsu.

Doba hospitalizace bývá delší než po spontánním porodu. Stehy se vytahují 7. – 10. den po operaci.

1.2. Základní údaje pacientky

1.2.1. Lékařská anamnéza pacientky

Osobní anamnéza: pacientka se léčí s astma bronchiale, prodělala běžné dětské nemoci, spála v 7 letech, vážné úrazy 0, operace 0, alkohol příležitostně, nekouří

Farmakologická anamnéza: Symbicort 2-0-2/ vdechy, Sorbifer durules tbl. p.o. 1-0-0 v těhotenství, antikoncepce 0

Alergologická anamnéza: prach, pyl, zvířata

Gynekologická anamnéza: menarché od 12 let, cyklus 28/6, mírné bolesti, střední krvácení, v roce 2007 interrupce v 8. týdnu těhotenství (plod bez srdeční akce), nynější těhotenství bez komplikací

Rodinná anamnéza: matka ročník 1956 se léčí s hypertenzí, DM II. typu na PAD, otec časté bronchitidy, alergik, hypertenze, dědeček se narodil s VVV ledvin

Sourozenci: 0

Pracovní anamnéza: zdravotní sestra, nyní mateřská dovolená

Sociální anamnéza: vdaná

1.2.2. Indikace a průběh porodu u pacientky

Pacientka, ročník 1980 byla přijata na porodní sál, pro kontrakce po 5-7 minutách ve 40 + 3, plodová voda zachována. PM 1. – 7. 4. 2012

Objektivní nález: orientovaná, spolupracující, eupnoická, kardiopulmonálně kompenzovaná, kůže bez cyanózy a bez ikteru, bez zevních známek celkového onemocnění, traumatu, malignity. Hlava, krk, prsa bez patologického nálezu, břicho klidné zvětšené těhotnou dělohou, játra nehmatná, tapottement 0, bez otoků dolních končetin, varixy 0

Poloha plodu podélně hlavičkou.

Krevní skupina: B +

distantia bispinalis: 25 cm, distantia bicristalis: 28 cm, distantia bitrochanterica: 31 cm, conjugata externa: 19 cm

Porodní asistentka dovolila, aby se pacientka mohla vysprchovat, mohla využít pohupování na míči. Ukázala jí, jak správně dýchat. Bylo natočeno kontrolní CTG, kde byl suspektní záznam, pozdní decelerace, známky hypoxie plodu.

Hlavička volně naléhala na branku, která byla otevřena na 7-8 cm.

Se souhlasem pacientky byl porod ukončen operativně ve spinální anestezii. Pacientce byl aplikován přípravek YAL, operační pole nebylo potřeba oholit, byl zaveden permanentní žilní katetr do levé ruky a permanentní močový katetr.

Operace začala v 13.06 hod. V klidné spinální anestezii, byla otevřena dutina břišní z Pfannenstielova řezu. Prořala se plika vezikouterinní, byl kaudálně sesunut močový měchýř. Dutina děložní otevřena řezem dle Gepperta, který byl tupě rozšířen do stran. Odtekla zkalená plodová voda. Bez potíží byl vybaven plod mužského pohlaví. Váha 2740 g, míra 46 cm, který ihned v dobrém stavu byl

předán do péče pediatra. Apgar skóre 8-9-10. Manuálně byla vybavena placenta. Následovala revize dutiny děložní, která byla prázdná a symetrická, po aplikaci uterotonik dobře kontrahovaná. Dilatace děložního hrdla pro prst. Sutura uterotomie pokračovacím stehem. Drobné krvácení stavěno elektrokoagulací. Dutina břišní uzavřena po jednotlivých anatomických vrstvách. Na kůži intradermální plastický steh. Konec v 13.26 hod. Výkon byl bez komplikací. Krevní ztráty 500 ml. Byl zaveden Redonův drén.

I. doba porodní: nebyl podán Oxytocin, nebyla provedena dirupce

II. doba porodní: porod komplikovaný srdeční frekvencí plodu, péče o matku pro známky hypoxie plodu

III. doba porodní: byl podán Oxytocin 5. j. i.v., 1 ampule Methylergometrinu

Pacientka byla převezena na jednotku intenzivní péče při vědomí a v dobrém stavu, kde probíhala monitorace fyziologických funkcí dle ordinace lékaře, sledování intenzity bolesti, aplikace infuzí s analgetiky a uterotoniky. Dětské sestry přinesly pacientce novorozence a pokusily se o první nakojení. Pomohly jí s držením hlavičky a se správnou polohou. Dítě se na chvíli přisálo. Po dalších 3 hodinách proběhl další pokus kojení. Novorozenec sál po celou dobu krmení.

1.2.3. Péče po operaci

0. pooperační den

Pacientka měla ordinovaný klidový režim na lůžku, elastické punčochy na dolních končetinách jako prevenci TEN.

Hygiena byla zpočátku za pomoci sestry v lůžku, pacientka rovněž potřebovala pomoci s výměnou vložek.

Rána byla sterilně převázána, neprosakovala. Drén odvedl 50 ml.

Monitorace TK, P, po hodině 3x, poté 3x denně, TT 2x denně, sledování příjmu a výdeje tekutin, odpadu z drénu.

Je zaveden PMK, sleduje se množství, barva, koncentrace moče. PŽK je zaveden do LHK, do oblasti loketní jamky.

Lochia +, bez zápachu.

Děloha retrahovaná, dobře hmatná.

Laktace 0, matka přikládá za pomoci dětských sester, dítě saje bez velkých obtíží.

Odpoledne se mohla pacientka napít, dieta čajová

Medikace: Fyziologický roztok + 5. j. Oxytocinu

Dipidolor 1 ampule i.m. po 6. hodinách

Fraxiparine 0,4 ml s.c. v 18.00 hod

Stilnox 1 tbl. p.o. na noc

Symbicort večer 2 vdechy

Krevní obraz: leukocyty 11,2, erytrocyty 4,19, hemoglobin 119, hematokrit 0,353, trombocyty 298

Biochemie: Na 139 mmol/l, K 4,4 mmol/l, Cl 111 mmol/l

1. pooperační den

Pacientka byla přeložena na oddělení šestinedělí. Na základě ordinace lékaře začala pacientka s rehabilitací a vertikalizací. Sestra ukázala pacientce, jak vstávat přes bok a vysvětlila nutnost časně rehabilitace a cvičení nohou. Za doprovodu sestry se šla pacientka vysprchovat.

Byla poučena o důležitosti časté hygieny hlavně v okolí genitálu. Sestra dopomohla při oblékání a natáhnutí elastických punčoch.

Sestra doprovodila pacientku na lůžko. Po osprchování byla rána vydezinfikována a přiloženo suché sterilní krytí. Okolí rány klidné, bez sekrece. Redonův drén odvedl 30 ml krve.

Monitorace TK, P, 3x denně, TT 2x denně, sledování příjmu a výdeje tekutin.

Odpoledne byl vytažen PMK a do večera se pacientka vymočila bez obtíží. Moč čirá, stolice 0, flaty +

Lochia odchází, bez zápachu, množství přiměřené.

Děloha P1, retrahovaná

Laktace 0, prsa nalitá, dítě pravidelně přikládáno

Dieta tekutá (bujón). Pacientka ví, že pro kojení je vhodné zvýšit příjem tekutin.

Pije čaj, vodu bez bublinek.

Medikace: Diclorem 50 mg supp. max. 3x denně při bolesti 6-14-22

Fraxiparine 0,4 ml s.c. v 18.00 hod

Sorbifer durules tbl. p.o. 1-0-0

Stilnox 1 tbl. p.o. na noc

Symbicort 2-0-2/vdechy

2. pooperační den

Pacientka již chodí sama, bez pomoci, dojde si do sprchy i na WC, je soběstačná. Sprchuje se 3 krát denně, je jí to příjemné a cítí se svěží. Pacientka potřebuje jen malou pomoc při nandání elastických punčoch. Při chůzi se pacientka drží za podbřišek, ale snaží se sama chodit.

Sutura klidná, bez sekrece. Byl vyndán Redonův drén, rána vydezinfikována a přiložen sterilní čtvereček a přelepen. Večer byl odstraněn PŽK.

Monitorace TK, P, 3x denně, TT 2x denně

Močení spontánní bez obtíží, flaty +, stolice 0

Lochia odchází, dnes silnější krvácení, pacientce bylo dáno čisté prádlo a lůžko bylo čistě povlečeno. Očistky bez zápachu.

Děloha P1, retrahovaná

Novorozence pravidelně nosí dětské sestry na kojení. Pacientka už má mlezivo, prsa nalitá, kojení se dobře rozbíhá. Stěžuje si, ale na bolest levé bradavky.

Dieta mletá, kašovitá. Pacientka se snaží vypít 2 litry tekutin denně. Pije ledové čaje, ovocné šťávy. Je poučena o nevhodnosti některých nápojů během kojení, jako je alkohol, kofeinové nápoje, perlivé vody.

Medikace: Dicloream 50 mg supp. max. 3x denně při bolesti

Fraxiparine 0,4 ml s.c. v 18.00 hod

Sorbifer durules tbl. p.o. 1-0-0

Stilnox 1 tbl. p.o. na noc

Symbicort 2-0-2/vdechy

3. pooperační den

Pacientka soběstačná, snaží se chodit i delší trasy, využívá společné jídelny. Bez otoků, bandáže zatím zachovány.

Sutura klidná, bez sekrece, v místě vyndaného drénu použita dezinfekce a krytí přelepeno náplastí. Pacientka používá síťované, prodyšné kalhotky, určené pro šestinedělí.

Monitorace TK, P, TT 2x denně

Vylučování bez obtíží, moč čirá, flaty +, stolice +

Lochia odchází, krvácení zeslabilo, bez zápachu, sanguinolentní

Děloha P2, retrahovaná

Kojení se pomalu rozbíhá. Byla edukována dětskou sestrou v péči o novorozence, pod dohledem sestry sama miminko vykoupala a přebalila.

Levá bradavka mírně zarudlá, bolestivá, pacientka kojí přes silikonový prsní klobouček a bradavku maže mastí.

Dieta šetřící pro kojící matky, vypije 2,5 litru tekutin, včetně mléka

Medikace: Diclorem 50 mg supp. max. 3x denně při bolesti

Fraxiparine 0,4 ml s.c. v 18.00 hod

Sorbifer durules tbl. p.o. 1-0-0

Stilnox 1tbl. p.o. na noc

Symbicort 2-0-2/vdechy

Pacientka nemá novorozence u sebe, je stále na novorozeneckém oddělení.

4. pooperační den

Pacientce, vzhledem k volnému pohybovému režimu byly dle ordinace lékaře sundány elastické punčochy, pacientka je pohyblivá, soběstačná, bez otoků.

Rána bez sekrece, klidná, bez krytí.

Monitorace TK, P, TT 2x denně, teplota naměřena 37,4, FF ve fyziologickém rozmezí. Možnost zvýšení teploty s nastupující laktací.

Vylučování bez obtíží, spontánní, stolice +, flaty +

Lochia odchází, krvácení méně intenzivní, bez zápachu

Děloha P2/3, retrahovaná

Laktace se rozběhla, bolest bradavky mírnější, nicméně stále pacientka kojí přes silikonový prsní klobouček a maže mastí. Novorozence už má u sebe, systém rooming-in.

Dieta racionální pro těhotné a kojící. Vypila 2,5 litru tekutin.

Medikace: Dicloream 50 mg supp. max. 3x denně při bolesti

Fraxiparine 0,4 ml s.c. v 18.00 hod

Sorbifer durules tbl. p.o. 1-0-0

Symbicort 2-0-2/vdechy

5. pooperační den

Pacientka je soběstačná.

Sutura klidná, bez zarudnutí, bez sekrece

Monitorace TK, P, TT 2x denně, pacientka bez teplot, FF ve fyziologickém rozmezí.

Vylučování bez obtíží, stolice +

Lochia mírnější intenzity

Děloha P3, retrahovaná

Laktace rozběhlá, kojení stále přes silikonový prsní klobouček, bolest neudává. Odmítla ordinovaná analgetika. Pacientka poučena o péči o prsy. Kojí minimálně 8x denně.

Dieta racionální pro těhotné a kojící

Medikace: Dicloream 50 mg supp. podle potřeby

Fraxiparine 0,4 ml s.c. v 18.00 hod

Sorbifer durules tbl. p.o. 1-0-0

Symbicort 2-0-2/vdechy

Pacientka se snaží spát i přes den, je unavená nočním vstáváním a péčí o dítě.

6. pooperační den

Pacientka propuštěna, soběstačná.

Rána klidná, bez zarudnutí, bez známek infekce. Pacientka objednána do gynekologické ambulance na vyndání stehu.

Monitorace FF 0

Vylučování spontánní, bez obtíží

Očistky sanguinolentní, mírnější intenzity, pacientka poučena o důležitosti hygieny v šestinedělí.

Děloha retrahovaná, P3/4

Laktace plně rozběhlá, prsa bez bolesti, silikonový prsní klobouček už nepoužívá, zopakována péče o prsy v šestinedělí.

Dieta racionální, pacientka je poučena o stravování a pitném režimu v době kojení

Medikace: Sorbifer durules tbl. p.o. 1-0-0

Symbicort 2-0-2/vdechy

Pacientka je poučena o návštěvě svého obvodního gynekologa a pediatra.

1.2.4. Použitá farmakoterapie

Betadine - mast

Indikační skupina - dermatologikum

Použití - prevence a léčba kožních erozí, ragád, fisur, opruzenin, pravidelné ošetřování prsů u kojících matek, suchost kůže, podpora hojení a epitelizace malých poranění

Nežádoucí účinky – ve velmi vzácných případech může dojít k alergickým kožním reakcím

Diclorem 50 mg supp.

Indikační skupina - nesteroidní antirevmatikum

Použití - snižuje projevy akutního a chronického zánětu, tlumí bolest, snižuje horečku

Nežádoucí účinky - zažívací obtíže, zejména bolesti v oblasti žaludku, nauzea, průjem, závratě, bolesti hlavy

Dipidolor - injekční roztok

Indikační skupina - analgetikum - anodynum

Použití - silné a velmi silné pooperační bolesti

Nežádoucí účinky - pokles krevního tlaku, tachykardie, ospalost, závratě, nauzea, bolest hlavy

Fraxiparine - injekční roztok

Indikační skupina - antikoagulans, antitrombotikum

Použití – ovlivňují srážlivost krve, zabraňují tvorbě a narůstání trombů, profylaxe tromboembolické choroby

Nežádoucí účinky – krvácivé projevy v různých místech, kopřivka, svědění, trombocytopenie

Methylergometrin spofa - injekční roztok

Indikační skupina - uterotonikum

Použití - terapie a prevence akutního děložního krvácení z hypotonie a atonie myometria po porodu, po evakuaci či revizi dutiny děložní po potratu, medikamentózní vedení III. doby porodní po porodu ramének, subinvoluce v šestinedělí

Nežádoucí účinky - bolesti hlavy, závrať, hučení v uších, bolest břicha, zvracení, průjem, bušení srdce, dušnost

Oxytocin - injekční roztok

Indikační skupina – uterotonikum

Použití - indukce porodu při odpovídající zralosti čípku děložního, stimulace slabých stahů, řízení děložní práce při lékařském vedení porodu, hypotonie a atonie děložní po porodu

Nežádoucí účinky - poporodní krvácení, hypoprotrombinémie, zvracení, alergická reakce, arytmie

Sorbifer durules tbl.

Indikační skupina – antianemikum

Použití - při léčbě anémie, k suplementaci železa

Nežádoucí účinky - nevolnost, bolest břicha, průjem, zácpa

Stilnox tbl.

Indikační skupina – hypnotikum

Použití - léčiva navozující spánek a uklidnění

Nežádoucí účinky - únava, svalová slabost, ranní útlum či bolest hlavy, zmatenost, halucinace, kožní reakce, nechutenství, zácpa, po dlouhodobém podávání možnost vzniku lékové závislosti

Symbicort – inhalace

Indikační skupina - adrenergika, antiastmatikum

Použití - k pravidelné léčbě bronchiálního astmatu

Nežádoucí účinky - třes, palpitace, kandidová infekce nosohltanu, kopřivka, dermatitida, úzkost, poruchy spánku, tachykardie, chrapot, kašel

YAL – rektální roztok

Indikační skupina – laxativum

Použití - příprava před vyšetřením tlustého střeva a konečníku, ledvin, močových a pohlavních orgánů, předoperační příprava tlustého střeva a konečníku, příprava před operacemi, kde je vyprázdnění střeva nezbytné, zahájení léčby zácpy

Nežádoucí účinky - při nesprávném používání přípravku (např. při jeho častém nebo trvalém používání) je možné nadýmání, průjmy, únava, svalová slabost, hypokalémie, poruchy srdeční funkce (Švihovec,2002, www.sukl.cz, cit. 20. 5.)

2. Ošetrovatelská část

2.1. Charakteristika ošetrovatelského procesu

„Ošetrovatelský proces je metodický rámec pro plánování a poskytování ošetrovatelské péče. Jedná se o cyklický proces, jehož jednotlivé fáze se vzájemně prolínají a opakují.

Smysl stanovení a vypracování ošetrovatelského procesu spočívá v zabezpečení odborného a kvalitního plánování a postupu při uspokojování potřeb nemocných. Zabezpečuje soustavnou péči, dovolí pacientovi podílet se na péči.“(Šamánková, 2006, s. 32). Ošetrovatelský proces se zaměřuje na potřeby fyzické, psychické, sociální a duchovní.

Výhody ošetrovatelského procesu pro pacienta:

- je to kvalitní ošetrovatelská péče, která plánovaně uspokojí potřeby pacienta
- neustálá péče, která se mění podle aktuálního zdravotního stavu
- pacient se účastní ošetrovatelského procesu

Výhody ošetrovatelského procesu pro sestru:

- dobrý pocit z dobře vykonané práce
- odborný růst
- vyhýbání se rozporům se zákonem
- splnění odborných standardů a norem akreditovaných nemocnic (Staňková, 2002)

Charakteristika ošetrovatelského procesu:

- proces je tvořivý, přizpůsobivý danému zdravotnímu stavu, dynamičnost
- umožňuje individuální přístup ke každému pacientovi dle jeho vlastních potřeb
- je přesně cílený a plánovaný, cyklický
- umožňuje společný přístup sestry a pacienta při hledání optimálního řešení, jak vyřešit zdravotní problém

- je zde velmi důležitá komunikace mezi sestrou a pacientem
- poskytuje zpětnou vazbu, na jejímž základě se odvíjí další plánování péče
- je možno ho použít ve všech typech zdravotnické péče, s pacienty jakéhokoli věku (Jarošová, 2000)

Ošetrovatelský proces se skládá z pěti kroků:

1. Shromáždění všech údajů, týkajících se pacienta i jeho choroby.

„*Kdo je můj nemocný?*“ (Staňková, 2002, s. 15)

Jedná se o osobní údaje, celkový vzhled nemocného, změření fyziologických funkcí, výšky, váhy. Zajímáme se o jeho individuální potřeby a zvyky a snažíme se je pacientovi umožnit a tím mu zlepšit jeho hospitalizaci. Je to tzv. sesterská anamnéza, která se prolíná s lékařskou, i když nejsou stejné. Údaje získáváme přímo od pacienta, od jeho rodinných příslušníků nebo od nejbližších z jeho okolí.

2. Sesterská diagnóza.

„*Co ho trápí?*“ (Staňková, 2002, s. 15)

Podkladem pro stanovení diagnóz je analýza veškerých sebraných dat. Poznáme reálné potřeby pacienta, posoudíme míru jejich splnění a snažíme se najít cestu k nápravě. Je to vlastně návod, který se týká ošetřování nemocného, jak na ošetřování tělesných potřeb, tak i potřeb psychických.

Sesterské diagnózy se dělí na:

- aktuální, které vyjadřují potřebu nebo problém již existující
- potenciální, vyjadřují problémy nebo rizika, způsobené nemocí, které mohou nastat

Na základě sesterských a lékařských diagnóz je možné sestavit komplexní plán péče o nemocného.

3. Plán péče.

„Čeho nemocný dosáhne?“

Na základě stanovených diagnóz se sestavuje plán péče. Je to souhrn ošetrovatelských intervencí neboli zásahů. Stanoví se krátkodobé a dlouhodobé cíle ošetrovatelské péče a způsoby k jejich naplnění. Cíl by měl být zaměřený na daného pacienta, na jeho individuální potřeby.

4. Realizace.

„Co pro něj mohu udělat?“ (Staňková, 2002, s. 15)

Uplatnění ošetrovatelských intervencí v praxi, které vedou k naplnění stanoveného cíle.

5. Hodnocení.

„Pomohla jsem mu?“ (Staňková, 2002, s. 15)

Sestra hodnotí výsledky ošetrovatelské péče, zda byl cíl splněn. Navrhuje případné změny plánu podle individuálních potřeb a zdravotního stavu pacienta. (Šamánková a kol, 2006)

„Aby sestra mohla všechny tyto naplánované úkoly splnit, musí k tomu mít odborné předpoklady, musí být tvůrčí, samostatná, mít organizační schopnosti. Měla by být nadána morálními kvalitami a v neposlední řadě by měla mít ráda svoji práci.“

„Měla by mít na paměti, že:

- nemocný je lidskou bytostí, ke kterému se musím chovat s úctou
- v přístupu k člověku musím dodržovat určitá pravidla, a pokud tomu tak není, vznikají konflikty
- každý má právo na vlídné zacházení a kvalitní péči
- nejdůležitější je vzájemná důvěra a dobrý vztah mezi sestrou a nemocným“ (Doenges a kol, 1996, s. 25 - 26)

Ošetrovatelská činnost je zaznamenána do dokumentace, které má každé pracoviště k dispozici podle svých potřeb. Píše se ošetrovatelský plán i jeho plnění. Díky tomu se sleduje celý průběh onemocnění.

2.2. Model Marjory Gordonové

„Model obecně je abstraktní vyjádření reality, zjednodušený koncepční pracovní rámec, sestavený tak, aby ověřil určitou teorii.“ (Mastiliaková, 2002, s. 71)

Marjory Gordon získala základní ošetrovatelské vzdělání na Mount Sinai Hospital School of Nursing v New Yorku, bakalářské a magisterské studium na Unter College of the City University v New Yorku.

Výrazně přispěla ke sjednocení ošetrovatelské terminologie a diagnostiky. Byla první ředitelkou NANDA a aktivně se účastní přípravy amerických sester na jejich povolání. Je profesorkou a koordinátorkou na Boston College. Věnuje se výzkumu a diagnostice v ošetrovatelství. Ve tvorbě profesionálních standardů ošetrovatelské péče jsou její aktivity nepřehlédnutelné. V roce 1974 identifikovala 11 okruhů vzorců chování a 1987 publikovala Model funkčních vzorců zdraví. (Pavlíková, 2006)

Model můžeme odvodit z interakcí osoby s prostředím. Zdraví je vyjádřením rovnováhy bio-psycho-sociálních interakcí a je ovlivněno kulturními, duchovními a dalšími faktory. Funkční vzorce (ve zdraví) každého jedince se podílejí na kvalitě života a jejich zdraví. Jakmile dojde k poruše rovnováhy, sestra pomocí analýzy získaných informací identifikuje funkční nebo dysfunkční (v nemoci) vzorce zdraví.

Každý ze vzorců představuje oblast zdraví, která může být, buď funkční, nebo dysfunkční. Rozlišujeme dvanáct vzorců zdraví. (Pavlíková, 2006)

1. Vnímání zdraví - udržování zdraví

„Popisuje, jak nemocný vnímá své zdraví, jakým způsobem se o něj stará, jaký je jeho životní styl.

2. Výživa - metabolismus

Zahrnuje stravovací návyky. Kolik toho pacient sní, jak často jí, jaká je skladba potravin, potravinových doplňků. Jaký je jeho pitný režim a jaké je složení tekutin.

3. Vylučování

Vyjadřuje funkčnost střev, močového měchýře. Hodnotíme pravidelnost, kontinenci, sleduje se i pocení.

4. Aktivita - cvičení

Zaměřuje se na aktivity denního života. Jakým způsobem si jedinec udržuje tělesnou kondici, zda pohybem nebo jinými způsoby, rekreační cvičení.

5. Spánek

Hodnotí způsob spánku, kvalitu, dobu spánku. Použití medikace nebo nějakých zvyků před spaním, způsoby odpočinku a relaxace.

6. Citlivost - poznávání

Obsahuje schopnost poznávání a smyslového vnímání, včetně bolesti. Hodnotí kognitivní schopnosti jedince jako je orientace, řeč, paměť, schopnost rozhodnout se, učení...

7. Sebepojetí - sebeúcta

Popisuje, jak jedinec vnímá sám sebe, své schopnost, svou identitu. Jakou má o sobě představu.

8. Role - vztahy

Pojímá přijetí a plnění životních rolí. Navazování kontaktů, úroveň interpersonálních vztahů, výše zodpovědnosti.

9. Reprodukce - sexualita

Zahrnuje reprodukční období a sexualitu, spokojenost, změny, problémy.

10. Stres, zátěžové situace - zvládání, tolerance

Popisuje, jak jedinec zvládá stresové či zátěžové situace, celkový způsob tolerance, vnímání vlastního zvládnutí stresu, oporu nejbližších.

11. Víra - životní hodnoty

Obsahuje individuální vnímání životních hodnot, přesvědčení, cílů, náboženského vyznání.

12. Jiné

Shrnuje další informace, které nebyly uvedeny výše.“ (Pavlíková, 2006, s. 101)

„Model Marjory Gordonové je označován za nejkompexnější pojetí člověka z hlediska holistické filozofie. Splňuje požadavek na rámcový standard pro ošetřovatelské hodnocení zdravotního stavu pacienta, v jakémkoli systému zdravotní péče.“ (Pavlíková, 2006, s. 99-102)

2.3. Ošetřovatelská anamnéza

Anamnestická data jsem získávala 1. pooperační den v ranních hodinách. Nejvíce informací bylo sebráno na základě rozhovorů s pacientkou, lékařem, vlastním pozorováním během ošetřování, z lékařské dokumentace a díky pomoci ostatního ošetřovatelského personálu. (příloha č. 2)

Vnímání zdraví

Pacientka prodělala během dětství běžné dětské nemoci. V 7 letech onemocněla spálou. Všechny nemoci byly bez komplikací. Neměla žádné vážné úrazy. Nyní se léčí s astma bronchiale, je alergická na prach, pyl a zvířata. Snaží se maximálně dodržovat předepsanou léčbu a pravidelně chodí na kontroly ke svému alergologovi. Svůj současný zdravotní stav vnímá jako dobrý, pouze během jarních měsíců má častější rýmy a slzení očí, způsobené alergickou reakcí na pyly. V těhotenství navštěvovala pravidelně svého ošetřujícího lékaře a

absolvovala všechna prenatální vyšetření. Během těhotenství neměla žádné vážnější problémy.

Výživa a metabolismus

Pacientka před otěhotněním vážila 77 kg. V těhotenství přibrala 15 kg. Měří 165 cm. Má velké obavy, že se jí nepodaří dostatečně zhubnout na tolik, aby se vrátila alespoň na svou původní hmotnost. Během těhotenství se snažila jíst pestrou a zdravou stravu, ale jak uvádí, dříve se při jejím pracovním rytmu, střídání denních a nočních směn, dost odbývala a jedla velmi nepravidelně. Toto bylo markantní hlavně během nočních směn. Své stravovací návyky by ráda změnila a chtěla by se zaměřit hlavně na ovoce, zeleninu a mléčné výrobky. Nechce vzhledem ke kojení držet diety, ale ráda by se stravovala pravidelněji a raději po menších dávkách. Ze začátku těhotenství trpěla nauzeou a občas ranními nevolnostmi. Ihned po začátku těhotenství začala jíst zdravěji a snažila se maximálně dodržovat pitný režim. Pacientka uvádí, že vypije denně asi 2 litry tekutin. Dává přednost neperlivým vodám a ovocným čajům. Nekouří, alkohol si dá jen příležitostně, v těhotenství se alkoholu zcela vyhýbala. Dá si jeden šálek kávy denně. 1. pooperační den měla pacientka dietu tekutou (bujón).

Vylučování

Před otěhotněním pacientka neměla problémy s vylučováním, stolice byla pravidelná 1 krát denně. V těhotenství močila častěji, hlavně v noci. Považovala to za normální stav. Občas trpěla zácpou, ale léky neužívala. Před operací jí byl podán přípravek YAL na vyprázdnění a nyní má zavedený PMK CH 16, který odvádí čirou moč, bez zápachu a patologických příměsí. Stolice od operace zatím nebyla.

Aktivita – cvičení

Pacientka před otěhotněním žádný aktivní sport nedělala. Vzhledem k její práci a službám na to moc času nezbývalo. V zimě si rekreačně jezdila zalyžovat, občas si šla zaplavat. V těhotenství trpěla bolestmi zad, proto chodila 1 týdně na cvičení pro těhotné. V budoucnu by se ráda více věnovala pohybovým sportovním aktivitám, také i proto, aby se dostala zpět na svou původní váhu. Má v plánu začít jezdit s kočárkem na kolečkových bruslích. Pacientka měla v den operace klidový režim. Dnes, kdy byla přeložena na oddělení šestinedělí, má dle ordinace lékaře začít s pomocí sestry s vertikalizací. Sama procvičuje dolní končetiny v lůžku a snaží se měnit polohy.

Spánek a odpočinek

Před otěhotněním neměla se spánkem žádné velké potíže. Chodila unavená ráno z práce a usnula bez problémů v jakékoli denní době. Dobře se jí usíná, když ji neruší denní světlo, a proto si hodně zatahuje. V těhotenství spala daleko více, často usnula i přes den, v noci se budila na záchod. Usínala většinou bez problémů, občas jí bolela záda a nemohla najít optimální polohu. Léky na spaní nikdy neužívala. Na oddělení je na třílůžkovém pokoji, má strach z neznámého prostředí, jak to zvládne po operaci, tuší že se v noci nebude moct vyspat. Na základě ordinace lékaře během hospitalizace užívala Stilnox 1 tbl. p.o. na noc.

Vnímání, poznávání

Pacientka nenosí brýle, slyší dobře. Řeč je plynulá, srozumitelná, bez zadrhávání. Je orientovaná místem, časem. Jak udává, s pamětí a s rozhodováním nikdy problémy neměla. Z bolesti strach nemá, má ordinovaná analgetika. Je komunikativní, spolupracuje velmi dobře.

Sebepojetí, sebeúcta

Myslí si o sobě, že je veselý, přátelské povahy. Nerada je sama. Často se navštěvovala s kamarádkami, které jsou také na mateřské dovolené. Práce s lidmi ji uspokojuje, dělá svou práci ráda. Byla ráda, že otěhotněla, jen měla strach, aby bylo vše v pořádku. Po první interrupci se obávala, že se vyskytnou další problémy. Je trošku zklamaná z operativního porodu, ale uvědomuje si, že je důležité, že ona i novorozenec jsou zdraví.

Role, vztahy

Pacientka je vdaná. Má velmi dobré zázemí, je se všemi v blízkém kontaktu. Myslí si, že se na rodinu může v nouzi obrátit. Po odchodu domů s ní bude maminka doma pár dní. Neví, jak rychle se po operaci zotaví a její pomoc velmi uvítala.

Sexualita, reprodukce

Menstruaci měla poprvé ve 12 letech. Cyklus mívala díky hormonální antikoncepci pravidelný. V roce 2007 poprvé otěhotněla a v 8. týdnu byla na miniinterrupci pro nulovou srdeční akci. Nynější těhotenství bylo plánované. Otěhotnět se jí podařilo po 6 měsících. Ráda by v budoucnu ještě měla další dítě.

Stres, zátěžové situace

Pacientka uvádí, že se stresem se umí vypořádat dobře. Vzhledem k jejímu povolání, mu byla vystavena téměř každý den. Nyní je pro ni velice stresující fakt, že porod musel být proveden císařským řezem. Má obavy, jak zvládne péči o dítě. Cítí se unavená. Těší se, na ukončení hospitalizace a odchod do domácího prostředí.

Životní hodnoty, víra

Nehlásí se k žádnému náboženství, i když věří, že osud má každý předurčen. Nejvíce si váží zdraví svých nejbližších. Má pocit, že začíná nejhezčí etapa jejího života.

Jiné

Vše bylo uvedeno již výše. Není nic, co by mi pacientka ještě chtěla říci.

2.4. Ošetrovatelské diagnózy

Na základě sebraných anamnestických dat a zdravotního stavu pacientky jsem stanovila aktuální a potenciální ošetrovatelské diagnózy, vztahující se k 1. pooperačnímu dni.

Aktuální ošetrovatelské diagnózy

1. akutní bolest v souvislosti s operačním výkonem
2. částečně snížená soběstačnost v oblasti hygieny a vyprazdňování z důvodu operačního výkonu
3. strach o dítě v souvislosti s nedostatkem informací a zkušeností s daným stavem

Potenciální ošetrovatelské diagnózy

1. riziko vzniku infekce v souvislosti se zavedením Redonova drénu, operační ránou, PŽK, PMK
2. riziko vzniku infekce pohlavních orgánů pacientky z důvodu odchodu lochií a snížené sebepěče v oblasti hygieny

3. riziko tromboembolické nemoci z důvodu operačního výkonu
4. neefektivní kojení v souvislosti s oddělením matky od dítěte a nedostatkem informací o kojení
5. riziko poruchy dýchání z důvodu astma bronchiale
6. riziko pádu v souvislosti s pooperačním stavem

2.5. Krátkodobý plán ošetrovatelské péče

Krátkodobý plán ošetrovatelské péče byl vypracován k 1. pooperačnímu dni. Byl stanoven na 12. hodin, po dobu ranní směny. Byl naplánován podle stanovených diagnóz.

2.5.1. Aktuální ošetrovatelské diagnózy

1. Akutní bolest v souvislosti s operačním výkonem

Cíl ošetrovatelské péče:

- pacientka rozumí a umí používat škálu bolesti
- 30 minut po podání analgetik nebude pacientka udávat intenzitu bolesti vyšší než stupeň 3 na škále bolesti od 0-10

Plán péče:

- vysvětlit pacientce, jak se používá škála bolesti
- zjišťovat u pacientky míru bolesti v pravidelných intervalech
- podávat analgetika dle ordinace lékaře

- sledovat účinek podávaných analgetik
- věnovat pozornost neverbálním projevům
- informovat o úlevové poloze
- sledovat FF

Realizace plánu péče:

Pacientce jsem vysvětlila, jak se hodnotí bolest na analogové stupnici, udávala na ní bolest č. 3. Míru bolesti jsem u pacientky zjišťovala v pravidelných 3 hodinových intervalech. Rovněž jsem pacientku informovala o úlevových polohách. Střídavě ležela v poloze na pravém a levém boku s pokrčenými koleny a ve Fowlerově poloze. Vzhledem k zavedenému Redonovu drénu jsem pacientku upozornila na opatrnost při ležení na boku v místě zavedení a v případě potřeby jsem pacientce pomohla s přemístěním lahve na odpovídající stranu lůžka. Analgetika jsem jí podávala dle ordinace lékaře, Dicloreum 50 mg supp. 3 krát denně v 6-14-22 hod. Při ordinované vertikalizaci jsem pacientku poučila o tom, že je vhodnější vstávat přes bok a nepoužívat hrazdičku. Při chůzi si přidržovala ob vaz dlaní ruky a chodila v mírném předklonu. Fyziologické funkce byly měřeny 3 krát denně.

Ráno v 8.00 hod TK 120/75, P 79', TT 36,8

Odpoledne ve 13. 00 hod TK 129/84, P 86'

Večer v 18.00 hod TK 122/80, P 80', TT 36,6

Hodnocení:

Pacientka umí užívat škálu hodnocení bolesti, dobře spolupracovala. V pravidelných 3 hodinových intervalech odpovídala na dotazy ohledně bolesti.

Její hodnocení intenzity bolesti během se pohybovalo v rozmezí 1-3. Ordinovaná analgetika pro ni byla dostačující. Cíl byl splněn. Diagnóza vzhledem k pooperačnímu stavu stále pokračuje.

2. Částečně snížená soběstačnost v oblasti hygieny a vyprazdňování z důvodu operačního výkonu

Cíl ošetrovatelské péče:

- pacientka, během mé služby, zvládne dojít sama do sprchy a na WC

Plán péče:

- zjistit aktuální skóre základních všedních činností dle testu Bartelové
- dojít s pacientkou do sprchy, pomoci s výměnou vložek, osobní hygienou
- pomoci s oblékáním
- pomoci jí s pohybem a se vstáváním, doprovodit na WC
- zajistit na dosah pacientky signalizační zařízení
- zajistit nápoje k lůžku

Realizace plánu péče:

Pacientka měla při přijetí na standardní oddělení šestinedělí, bodové skóre v testu základních všedních činností dle testu Barthelové (viz příloha č. 3) 60 bodů, což je závislost středního stupně. Pacientka měla naordinovanou vertikalizaci a rehabilitaci. Ráno jsem šla s pacientkou do sprchy. Vysvětlila jsem pacientce techniku vstávání. Dle mých instrukcí nepoužila k sedu hrazdičku, ale vstávala s mou pomocí přes bok. Několik vteřin musela zůstat sedět na lůžku, z důvodu

ortostatické hypotenze. Sundala jsem jí z nohou elastické punčochy, které měla kvůli prevenci TEN. Měla mírné otoky kolem kotníků. Nazula jsem jí domácí obuv. Podpírala jsem jí za paži a držela PMK a Redonův drén. Společně jsme došly pomalou chůzí do koupelny. Během cesty se pacientka držela za podbřišek. V koupelně jsem jí pomohla s vysvlečením košile. Oblékla jsem si rukavice a odstranila jsem hygienickou vložku a vše hodila do infekčního odpadu. Pacientka si vlezla do sprchy, přidržovala si invazivní vstupy. Podala jsem jí několik perlanů a vysvětlila jí, že je nutné, aby vždy použila na okolí genitálu jinou žínku než na zbytek těla, protože očistky jsou vysoce infekční. Rovněž jsem jí připomněla, že po každé výměně vložek si musí důkladně umýt ruce, z již výše uvedeného důvodu. Pacientce jsem pomohla s namydlením a osprchováním, obličej si umyla sama. Operační ránu jsem opláchla pouze čistou vodou. Poté jsem jí pomohla s utřením ručníkem a s výměnou hygienických vložek. Připomněla jsem jí i nutnost použít více ručníků. Pacientka dostala čistou košili. Zuby si vyčistila sama, v sedě ze židle u umyvadla. Učesala si vlasy a říkala, jak se nyní cítí velmi dobře a příjemně. Doprovodila jsem jí zpátky k lůžku, rychle upravila postel a dala novou jednorázovou podložku. Pomohla jsem jí opět s navlečením elastických punčoch. Pacientka ulehla na lůžko a pod dohledem porodní asistentky jsem vydezinfikovala operační ránu Betadine roztokem a přiložila jsem sterilní čtverce a přelepila. Pacientka dostala signalizační zařízení k ruce a na dosah sklenici s pitím. Při každé potřebě výměny hygienických vložek si pacientka zazvonila a pomohla jsem jí dojít na WC i s výměnou vložek. Během dne se stávala více a více samostatnou. Večer už došla na WC i do sprchy sama. Rovněž u vlastní hygieny již nebyla nutná moje pomoc.

Hodnocení:

Během dne se pacientka stávala čím dál tím samostatnější, přestávala potřebovat asistenci sestry. Večer se zaktualizoval test základních všedních činností dle testu Barthelové. Pacientka měla 90 bodů, což je lehká závislost. (příloha č. 4)

Cíl byl splněn.

3. Strach o dítě v souvislosti s nedostatkem informací a zkušeností s daným stavem

Cíl ošetrovatelské péče:

- pacientka bude udávat zmírnění strachu

Plán péče:

- zajistit dostatek informací s pomocí dětské sestry o péči o dítě
- na základě rozhovoru a informací bude vědět, jak se starat o novorozence na oddělení, postupný nácvik pod dohledem sestry
- pravidelně přikládat a pomáhat pacientce s kojením
- ujišťovat a podporovat jí, že to zvládá dobře

Realizace plánu péče:

V 9. 00 přinesla dětská sestra chlapce na kojení. Informovala ji o režimu na oddělení, o preventivních vyšetřeních dítěte, o koupání, vážení a péči o dítě, až bude mít chlapce pacientka u sebe na pokoji. Přinesla jí i informační brožuru. Vysvětlila jí, že dítě zatím bude na novorozeneckém oddělení a budou jí ho pravidelně po 3 hodinách nosit. Až se bude cítit lépe, může mít chlapce u sebe na

pokoji, tzv. rooming-in. Sestra pacientku uklidnila, že zatím se o něj budou starat samy. Přebalování a koupání jí názorně ukážou, až jí to zdravotní stav dovolí. Všechno jí vysvětlí a rády odpoví na veškeré její dotazy. Také jí řeknou, co je důležité si k péči o dítě opatřit. Sestra jí uklidnila, že určitě všechno dobře zvládne. Nabídla jí, že až přijde rodina, může to znovu vysvětlit i její matce, která s ní týden bude doma a pomáhat jí. Edukovala pacientku o možných polohách a vzhledem k operační ráně, jí doporučila, kojit chlapce v sedě na lůžku. Zvedla jsem pacientce lůžko do sedu, zkontrolovala jsem, aby měla zvednuté obě postranice. Dítě jsem jí podložila polštářem a ruku pokrývkou. Dětská sestra pacientce sama novorozence na lůžku přiložila a ukazovala jí, jak správně chlapce držet, aby bylo kojení co nejefektivnější a účinné. Chlapec se přisál bez obtíží. Když přinesla dětská sestra novorozence na kojení před obědem, pacientka si byla jistější, zkusila si chlapce sama přiložit a povedlo se jí to velmi dobře. Sestra jí ujistila, že jí to jde výborně. Chtěla jsem jí také psychicky podpořit a vysvětlila jsem jí, že je normální, že má takové obavy. Každá novopečená maminka má strach, jak to všechno zvládne. Je v situaci, kdy se jí mění život a režim a musí si na novou životní roli zvyknout.

Hodnocení:

Pacientka byla ráda za společný rozhovor. Hodně jí pomohla edukace dětskou sestrou. Necítila se tak bezradná, měla lepší pocit, více informací. Byla ráda za ujistění, že je naprosto přirozené, že má obavy. Také velmi ocenila, že si to bude moci vše vyzkoušet pod dohledem dětské sestry. Cíl byl splněn částečně, protože zatím si péči zkusit nemohla vzhledem k jejímu zdravotnímu stavu.

2.5.2. Potenciální ošetrovatelské diagnózy

1. Riziko vzniku infekce v souvislosti se zavedením Redonova drénu, operační ránou, PŽK, PMK

Cíl ošetrovatelské péče:

- minimalizovat riziko vzniku infekce v oblasti operační rány a invazivních vstupů
- známky případné infekce budou včas rozpoznány

Plán péče:

- odstranit sterilní krytí a provést hygienu rány ve sprše
- kontrolovat prosáknutí a sekreci z rány, odpad z drénu, charakter rány
- sledovat případné místní i celkové známky infekce (zarudnutí, otok, třesavka, teplota, bolest)
- postupovat asepticky při převazech invazivních vstupů i operační rány
- kontrolovat 1 krát denně místo vstupu PŽK, sledovat délku zavedení a funkčnost
- sledovat množství, barvu a příměsi v moči
- zajistit zvýšený přísun tekutin
- pacientku poučit o případných příznacích infekce močových cest (pálení, řezání, nucení na močení, krev v moči)
- měřit TT

- pacientka bude znát případné známky infekce a v případě projevů bude informovat ošetřující personál

Realizace plánu péče:

Ráno při vizitě jsem si připravila rukavice, emitní miskou a sundala jsem pacientce krytí rány. Rána byla klidná, bez zarudnutí, bez sekrece. Odpad z drénu byl 30 ml. Doprovodila jsem pacientku se vysprchovat. Ve sprše jsem ránu opláchla čistou vodou bez použití mýdla a důkladně osušila. Po ranní hygieně jsem ránu vydezinfikovala roztokem Betadine na sterilním tampónku a překryla sterilními čtverci a přelepila. Přes den rána neprosakovala. TT jsem měřila 2krát denně, ráno a večer. Ráno byla pacientce naměřena TT 36,8, večerní teplota 36,6.

Při převazu PŽK, který měla pacientka zavedený v loketní jamce LHK, jsem postupovala asepticky pod dohledem porodní asistentky. Opatrně jsem sundala krytí kanyly, zkontrolovala jsem příznaky infekce, ověřila jsem funkčnost PŽK proplachem 10 ml FR 1/1. Místo vstupu jsem ošetřila dezinfekcí Cutasept F a přelepila krytím, určeným k fixaci kanyl. Dětský spojovací set jsem pacientce důkladně přelepila náplastí. Pacientka neudávala žádné subjektivní potíže. Na krytí jsem napsala nové datum a čas převazu. Porodní asistentka udělala záznam do zdravotnické dokumentace.

Pacientce byl před operací asepticky zaveden PMK. Sledovala jsem barvu moče, příměsí, množství. Vypouštěla jsem ho podle potřeby a množství zapisovala do dokumentace. Při hygieně a mobilizaci bylo zapotřebí jistit rukou sběrný sáček, aby nedošlo ke zbytečnému poranění močových cest. Pacientka znala příznaky případné infekce. Pravidelně jsem dolévala pacientce tekutiny a sledovala jsem vypité množství. V odpoledních hodinách začala pacientka dodržovat pitný režim sama. Tekutiny měla vždy na dosah ruky. Vypila 2 litry tekutin. Ve 13. 30 hodin jsem na základě ordinace lékaře a pod dohledem porodní asistentky odstranila

PMK. Bylo vypuštěno 1600 ml moče, čiré barvy, bez zápachu a příměsí krve. Večer 1. pooperačního dne se pacientka vymočila bez obtíží.

Hodnocení:

Rána neprosakovala, byla bez zarudnutí, sekrece, okolí bylo klidné. Redonův drén odvedl 30 ml krve. Místo vstupu PŽK bylo bez zarudnutí, pacientka neudávala subjektivní potíže. Místo operační rány, okolí Redonova drénu a intravenózních vstupů nejevily známky infekce. Po odstranění PMK se pacientka ve večerních hodinách spontánně vymočila. Byla afebrilní. Cíl splněn. Diagnóza i nadále trvá.

2. Riziko vzniku infekce pohlavních orgánů pacientky z důvodu odchodu loží a snížené sebepéče v oblasti hygieny

Cíl ošetrovatelské péče:

- minimalizovat riziko vzniku infekce pohlavních orgánů pacientky

Plán péče:

- seznámit pacientku s příznaky infekce (zvýšená teplota, páchnoucí očistky, bolest v podbříšku, velké množství krevních sraženin)
- zdůraznit časté mytí rukou
- vysvětlit pacientce důležitost hygieny v oblasti rodidel
- pomoci s hygienou v oblasti genitálu
- zajistit dostatečné množství vložek, pomoci s častou výměnou

Realizace plánu péče:

Při ranní hygieně, když jsem šla s pacientkou do koupelny, jsem jí zdůraznila důležitost čistoty v oblasti genitálu a zvýšenou hygienu rukou před každou výměnou hygienických vložek, po výměně a před každým kojením. Seznámila jsem jí s případnými příznaky infekce. Pacientka by se měla oplachovat po každém použití toalety. Je nezbytné často měnit vložky. Vždy jsem sledovala, aby jich bylo na vozíku v koupelně dostatečné množství. Pacientku jsem vždy doprovázela na toaletu a pomáhala jí s jejich výměnou minimálně po 3. hodinách nebo dle potřeby. Sledovala jsem i charakter lochií. Po odstranění PMK jsem pacientce podala vlhkou žínku, aby se umyla v okolí genitálu na lůžku. Pomohla jsem jí s výměnou vložek a obléknout síťované prodyšné kalhotky, určené pro šestinedělí. Vyměnila jsem podložku a dala čistou košili. Večerní sprchu už pacientka zvládla bez asistence. TT měřena 2 krát denně.

Hodnocení:

Pacientka ví o důležitosti hygieny, sledování lochií a časté výměně vložek. Očistky odcházely v přiměřeném množství, byly bez zápachu, sanguinolentní. Nebyly patrné známky infekce. Cíl splněn. Diagnóza i nadále trvá.

3. Riziko tromboembolické nemoci z důvodu operačního výkonu

Cíl ošetrovatelské péče:

- minimalizovat riziko vzniku TEN
- včas odhalit případné příznaky

Plán péče:

- poučit a vysvětlit důvod bandáží a časné mobilizace
- informovat a ukázat cvičení DK
- časně vertikalizovat a mobilizovat nemocného
- ukázat pacientce správný způsob vstávání z lůžka
- sledovat funkčnost bandáží dolních končetin
- sledovat příznaky TEN (barvu, teplotu končetiny, otok)
- podávat antikoagulantia dle ordinace lékaře

Realizace plánu péče:

Před ranní hygienou jsem pacientce vysvětlila, proč je důležité mít stále nataženy elastické punčochy a zároveň jsem jí upozornila, že má naordinovanou aplikaci nízkomolekulárního heparinu. Ukázala jsem jí cvičení DK. Pacientka opakovala plantární flexi a extenzi, cvičila kotníky krouživými pohyby. Poučila jsem jí o důležitosti časné mobilizace a správného vstávání z lůžka. V dopoledních hodinách cvičení opakovala s fyzioterapeutem.

Sundala jsem jí bandáže před ranní koupelí a zkontrolovala DK. Řekla jsem jí o příznacích TEN, jako je změna barvy, teplota končetin, bolestivost, citlivost a vysvětlila jí, že v případě jakýchkoli změn je potřeba informovat sestru. Po ranní hygieně jsem pacientce opět natáhla elastické punčochy. Během dne jsem sledovala správné natažení a v případě potřeby punčochy upravila. V 18. hodin jsem pod dohledem porodní asistentky, na základě ordinace lékaře, aplikovala Fraxiparine 0,4 ml s.c. Před večerní hygienou jsem opět pomohla pacientce se sundáním bandáží a zkontrolovala jsem končetiny.

Hodnocení:

U pacientky se během mé směny neprojevily příznaky TEN. Zopakovala mi příznaky TEN a věděla, že v případě jakýchkoli obtíží informuje sestru. Sama si cvičila v lůžku. Večer už pacientka chodila sama. V noci byly bandáže zachovány. Cíl splněn. Diagnóza i nadále trvá.

4. Neefektivní kojení v souvislosti s oddělením matky od dítěte a nedostatkem informací o kojení**Cíl ošetrovatelské péče:**

- pacientka zná techniky kojení a péči o prsy
- pacientka ví o důležitosti kojení a o možném pozdějším nástupu laktace

Plán péče:

- podat informace o správné technice kojení
- poučit pacientku v péči o prsy
- umožnit pravidelné tříhodinové intervaly mezi kojeními

Realizace plánu péče:

Hlavní podmínkou nástupu laktace je co nejčastější přikládání dítěte a správná technika kojení. Pacientce byl novorozenec přiložen už na porodním sále. Na standardním oddělení, nebude mít pacientka zatím chlapce u sebe, ale zůstane vzhledem k jejímu zdravotnímu stavu na novorozeneckém oddělení. Pacientka byla informována dětskou sestrou o režimu na standardním oddělení hned v 9.00 ráno, kdy jí sestra přinesla novorozence na první kojení. Na krmení dětské sestry

nosí novorozence pravidelně po 3 hodinách, což je rozdíl mezi tzv. rooming-in, kdy má matka dítě u sebe permanentně a může kojit dítě podle potřeby. Podala jí podrobné informace a vyzkoušela si s ní několik poloh. Pacientka si zvolila polohu v sedě na lůžku, kdy má dítě položené na břiše, vypodložené polštářem a přikrývkou. Dětská sestra pacientce pomohla se zvolenou polohou a správně pod ní položila polštář i přikrývku tak, aby kojení bylo efektivní. Sestra jí přinesla i podrobné tištěné materiály o kojení a o jeho významu. Novorozenec byl nošen pravidelně po 3 hodinách. V případě, že dítě spalo, byla maminka informována, že ho musí budit. Sdělila jsem pacientce, jak správně pečovat o prsy. Neměla by používat na mytí parfémovaná mýdla, ale pouze čistou vodu, aby se nenarušila ochranná vrstva. Také je nežádoucí, aby si omývala prsa často, protože by umyla sekret z mazových žlázek, který funguje jako dezinfekce. V případě bolestivého nalití mohou pomoci studené obklady. V případě zdravých bradavek není potřeba ničím mazat.

Hodnocení:

Pacientka věděla o významu kojení, seznámila se s jednotlivými polohami. Byla ráda, že bude krmít v pravidelných intervalech a věřila, že se rozběhne laktace bez obtíží a kojení zvládne. Cíl byl splněn částečně, protože laktace nebyla ještě plně rozběhlá. Diagnóza i nadále pokračuje.

5. Riziko poruchy dýchání z důvodu astma bronchiale

Cíl ošetrovatelské péče:

- minimalizovat riziko vzniku astmatických potíží
- včas rozpoznat dechovou tíseň a počínající astmatický záchvat

Plán péče:

- zajistit vhodné prostředí a polohu
- sledovat FF
- podávat chronickou medikaci dle ordinace lékaře
- všímat si zdravotních potíží pacientky a v případě potřeby hned informovat lékaře

Realizace plánu péče:

Pacientka ráda ležela ve Fowlerově poloze. Lůžko měla u okna, které bylo stále pootevřené, pouze při krmení jsem okno zavírala. Ostatním pacientkám to nevadilo a souhlasily s větráním. TK, P jsem pravidelně měřila dle ordinace lékaře 3 krát denně. Naměřené hodnoty se pohybovaly ve fyziologickém rozmezí. TT měřena 2 krát denně (ráno a večer). Pacientka byla celý den afebrilní. Sledovala jsem zdravotní stav pacientky a pravidelně jí byla podávána chronická medikace, Symbicort 2-0-2 vdechy.

Hodnocení:

Během mé denní směny byla pacientka bez astmatických obtíží, cítila se dobře. Cíl byl splněn. Diagnóza i nadále pokračuje.

6. Riziko pádu v souvislosti s pooperačním stavem**Cíl ošetrovatelské péče:**

- minimalizovat riziko pádu

- pacientka bude mít ve svém dosahu signalizační zařízení a bude ho používat

Plán péče:

- zhodnotit riziko pádu dle příslušné hodnotící škály (viz příloha č. 5)
- barevně označit identifikační štítek pacientky
- poučit pacientku o riziku pádu
- zajistit potřebné pomůcky k lůžku
- zajistit k ruce signalizační zařízení
- nacvičit správné vstávání z lůžka
- doprovázet pacientku, pokud nebude schopna se již sama pohybovat

Realizace plánu péče:

Po přeložení na oddělení, během sběru informací do ošetrovatelské anamnézy, jsem zhodnotila riziko pádu dle příslušné hodnotící škály (viz příloha č. 5). Pacientka měla součet 5 bodů, což je střední riziko pádu. Označila jsem červeným puntíkem identifikační štítek pacientky a cedulku na lůžku. Pacientka byla poučena o riziku pádu a o nutnosti vždy zavolat sestru, jakmile bude potřebovat vstát. Zvedla jsem jí pravou postranici, aby se mohla přidržet při otáčení, zkontrolovala jsem, zda je dobře zabrzděné lůžko, nachystala jí obuv na levou stranu lůžka. Také noční stolek měla po levé ruce a na něm všechny osobní věci a sklenici s pitím. Signalizační zařízení měla zavěšené nad sebou u hrazdičky lůžka tak, aby ho mohla hned kdykoliv použít. Ukázala jsem jí, jak vstávat přes bok, upravila jsem lůžko do optimální polohy, aby pacientka dosáhla na zem. Pacientka se nejprve otočila na bok, vzepřela se v lokti a svésila nohy, kde měla

připravenou vhodnou obuv. Věděla o tom, že je vhodné vstávat za pomoci hrazdičky. V případě kýčání a kašle je důležité rukou přidržovat operační ránu. Při posazení zůstávala chvilku sedět, protože udávala, že se jí mírně motá hlava. Vždy při chůzi během mé směny jsem jí přidržovala drén a PMK. Chůze byla nejistá, opatrná, pouze do koupelny a zpět. Samostatné chůze byla pacientka schopná až večer a to opět pouze na toaletu. Při lehu se opět pokládala přes bok. Fyzioterapeut jí v dopoledních hodinách poučil a ukázal vhodnou rehabilitaci v lůžku.

Hodnocení:

Během 1. pooperačního dne nedošlo k pádu. Pacientka porozuměla riziku a při potřebě odejít z lůžka vždy zazvonila na sestru a ta jí doprovodila. Cíl byl splněn.

2.6. Dlouhodobý plán ošetrovatelské péče

2. pooperační den

Pacientka udávala bolest mírnou, mezi 2-3 stupněm analogové škály. Ordinovaná analgetika pro ni byla dostačující. Pokračovalo se v podávání Diclorem 50 mg supp 3 krát denně (6-14-22 hod). V oblasti hygieny byla pacientka samostatná, do koupelny i na WC si došla sama bez doprovodu sestry. Pouze si přidržovala operační ránu. Sprchovala se 3 krát denně, bylo jí to příjemné. Byla poučena o zvýšené potřebě hygieny v šestinedělí a častého sprchování především z důvodu přenosu infekce jak na novorozence, tak do operační rány. Věděla, že je důležité, aby používala na okolí genitálu zvláštní žínku i samostatný ručník. Nepoužívala parfémovaná mýdla. Byla poučena, že nejlepší je pouze čistá voda nebo přípravky na intimní hygienu. Po každé výměně vložek je nezbytná důkladná očista rukou a totéž platí také před každým kojením novorozence. Lochia odchází, dnes silnější krvácení, hlavně při vertikalizaci. Převlékla jsem pacientce lůžko a dala jsem jí

čisté prádlo, vyměnila jednorázovou podložku. Očistky bez zápachu, sanguinolentní. Chlapce nosí dětské sestry pravidelně po 3 hodinách na krmení. Pacientka kojí v sedě na lůžku. Prsa má nalitá, produkují mlezivo. Kojení se úspěšně rozbíhá. Pacientka si stěžovala na citlivost a výraznou horkost v levé bradavce. Bylo to vyřešeno aplikací masti.

Byl vyndán Redonův drén, rána vydezinfikována, přiloženo sterilní krytí a přelepeno. Sutura klidná, bez zarudnutí, bez sekrece. Večer byl odstraněn PŽK, místo vpichu bylo zkontrolováno, bez zarudnutí, bez známek infekce. Močení spontánní, bez obtíží. Pacientka udává, že zatím nebyla na stolici. Chronická medikace pravidelně podávána dle ordinace lékaře. Bandáže zatím zachovány. Pacientka potřebovala pomoc při sundání a nandání punčoch před koupelí. V 18.00 byl aplikován Fraxiparine 0,4 ml s.c. Monitorace TK, P, 3 krát denně, TT 2 krát denně. Fyziologické funkce byly naměřeny v mezích normy. Ráno bylo přehodnoceno riziko pádu a pacientka dle hodnotící škály byla bez rizika. Dietu má mletou, kašovitou. Denně vypije 2 l tekutin. Pije ovocné šťávy a neperlivou vodu. Byla poučena o nevhodnosti některých nápojů během kojení. Cítila se unavená, v noci vzhledem k pravidelnému krmení špatně spala.

3. pooperační den

Pacientka udávala bolest v rozmezí 1-2 na stupnici bolesti. Má ordinovaná analgetika Diclorem 50mg supp. 3 krát denně při bolesti. (6-14-22). Je soběstačná, sprchuje se 3 krát denně. Prochází se po chodbě, využívá k jídlu společenskou místnost. Sutura je už bez sterilního krytí, pouze v místě drénu byla rána vydezinfikována a přelepena. Rána klidná, bez zarudnutí, bez sekrece. Používá síťované, prodyšné kalhotky, určené pro šestinedělí. Bandáže stále zachovány. Před každou koupelí potřebovala pomoc s nandáním elastických punčoch. V 18.00 hodin byl aplikován Fraxiparine 0,4 ml s.c. Monitorace FF 2 krát denně. FF naměřeny ve fyziologickém rozmezí. Močení spontánní bez obtíží.

Pacientka měla první stolici. Peristaltika obnovena. Lochia bez zápachu, sanguinolentní, krvácení zeslabilo. Pravidelně po 3 hodinách nosí dětské sestry chlapce na kojení. Stále je na novorozeneckém oddělení. Pacientka začala kojit v křesle. Je to pro ni pohodlnější. Bolest levé bradavky přetrvává, je zarudlá, nateklá, citlivá. Maže si jí Bepanthenem a na doporučení porodní asistentky začala kojit přes silikonový gumový klobouček, aby jí kojení tolik nebolelo. Každý večer jí je ošetřující personál vyvaří. Dnes měla chlapce u sebe pár hodin a pod dohledem dětské sestry malého vykoupala, přebalila i nakojila. Byla o všem důkladně edukována, protože by ráda měla druhý den už chlapce u sebe. Dietu má šetřící pro kojící matky, pije 2,5 l denně, převážně neperlivé vody a mléka. V noci kojila 2 krát. Přes den mezi kojením několikrát usnula.

4. pooperační den

Pacientka měla ordinovaná analgetika 3 krát denně podle bolesti. Diclorem 50 mg supp. Udávala bolest na stupni č. 1. Analgetika byla aplikována pouze ráno a večer. Pacientka je soběstačná, sprchuje se 3 krát denně. Soběstačnost byla opět zhodnocena podle testu základních všedních činností dle Bartelové. Pacientka dosáhla maximálního počtu bodů. (100 bodů). Rána je klidná, bez zarudnutí, bez sekrece. Není použito sterilní krytí, rána je volná, pacientka používá pouze prodyšné síťované kalhotky. Chodí po oddělení a do společenské místnosti. Byly zrušeny bandáže dolních končetin, DK bez otoků. Fraxiparine 0,4 ml s.c. aplikován v 18.00. FF měřeny 2 krát denně. TK, P ve fyziologickém rozmezí. Teplota 37,4, která byla ráno naměřena, je přisuzována nastupující laktaci. Laktace rozběhlá, bolest bradavky mírnější. Stále kojí přes silikonový prsní klobouček a maže mastí. S novorozencem už je na pokoji, využívá systému rooming-in. Kojí podle potřeby, maximálně však v intervalu 3 hodin. Lochia odchází, jsou mírnější intenzity, sanguinolentní. Dietu má ordinovanou racionální pro těhotné a kojící. Dodržovala pitný režim, vypila 2,5 litru tekutin.

5. pooperační den

Pacientka nechtěla ordinovaná analgetika. Neudávala žádnou bolest. Je soběstačná, sprchuje se 3 krát denně. Sutura klidná, bez sekrece, bez zarudnutí. Nebylo použito krytí na operační ránu. FF měřeny 2 krát denně, byly ve fyziologickém rozmezí. Lochia mírnější intenzity. Kojí přes silikonový prsní klobouček, 8 krát denně. Chlapec začal přibývat na váze. Polehává a spí i přes den. Je unavená péčí o dítě. V 18.00 aplikován Fraxiparine 0,4 ml s.c. Dieta racionální pro těhotné a kojící.

6. pooperační den

Pacientka byla propuštěna. Rána nejevila známky infekce, hojila se per primam. Pokud se nevyskytnou komplikace, budou 7-10 den vyndány stehy na gynekologické ambulanci, kam byla pacientka objednána. Pacientce jsem sdělila, jak pečovat o jizvu. Zopakovala jsem důležitost hygieny v oblasti operačního pole a častého oplachování čistou vodou. Osvědčila se tlaková masáž, kterou by měla pacientka provádět pravidelně jemnými stisky v místě zjizvení, ale také tam, kde jizva přechází ve zdravou tkáň. Cílem masáže je prokrvení a tím zlepšení regenerace tkáně. V procesu hojení jizvy je také neméně důležitý přísun vitamínu C, který podporuje tvorbu pojivových tkání. Důležité je i železo, měď, zinek. Jizva se může mazat mastnými krémy, které nejsou parfémované, např. indulonou. Také je důležité, aby jizva „dýchala“ a pacientka nosila prodyšné síťované kalhotky, nevhodné jsou umělé materiály. Vylučování bylo spontánní, pacientka neudávala obtíže. Lochia sanguiolentní, mírnější intenzity. Pacientka byla poučena o tom, že očistky mají zásaditý charakter, mění kyselý pH v pochvě a jsou živnou půdou pro bakterie. Je nutná zvýšená hygiena doma, po celé šestinedělí. Časté sprchování a mytí rukou. Také před každým kojením je nutné pořádně umýt ruce. Je lepší používat obyčejné savé vložky namísto ultratenkých, ty nejsou prodyšné a tudíž, nevhodné. Používat síťované kalhotky pro

šestinedělky. Sledovat charakter lochií, neznepokojoval se, pokud budou měnit barvu z krvavé, přes tmavě hnědou, kdy odchází i tkáňový sekret, žlutou, bělavou a v závěru těhotenství mohou mít charakter hlenu. Očistky mohou odcházet celé šestinedělí, ale není výjimkou, když skončí dříve. Pacientka je informována, že po jejich skončení má jít na kontrolní vyšetření a UZ. Laktace je plně rozběhlá. U chlapce byl zaznamenán váhový přírůstek. Kojí bez obtíží, silikonové prsní kloboučky již nejsou potřeba. Byla poučena o pitném režimu a stravování v šestinedělí, rovněž i o nevhodnosti tekutin jako jsou perlivé nápoje, káva, alkohol. Je důležitý přísun mléčných výrobků. Také byla informována o návštěvě obvodního gynekologa a pediatra.

Medikace: Symbicort 2-0-2/vdechy

Sorbifer durules tbl. 1-0-0

2.7. Psychika po operativním porodu

Příchod dítěte je velice silný zážitek plný emocí. Po porodu ale mohou některé ženy cítit i jiné než pozitivní a šťastné pocity.

Je spousta žen, které se připravují a těší na přirozený porod. O to větší je jejich zklamání, když je potom indikován císařský řez. Mají snížené sebevědomí a výčitky, že jsou neschopné porodit dítě. Dostává se smutek nad tím, že si neprožily normální porod a byly ochuzeny o zážitek prvního kontaktu s novorozencem. Pooperační situaci může komplikovat i ošetřující personál a rodina, kteří sekci berou sice jako nepříjemnou, ale normální věc. Všichni jsou rádi, že to dopadlo dobře a matka i dítě jsou zdraví a v pořádku. Neuvědomují si, že po psychické stránce se s tím nemnohá žena vyrovnává obtížněji. Je také rozdíl v tom, pokud žena ví, že dítě přijde na svět operativní technikou z různých zdravotních důvodů nebo pokud přijde sekce neplánovaně. Nečekaný porod

císařským řezem ženu zasáhne nejen bolestivou fyzickou zkušeností, ale též psychickou krizí a strachem o zdraví její i dítěte. Každá rodička se s tím vyrovnává sama po svém v různém časovém rozpětí. Zklamání je pak o to větší, čím více si žena přála přirozený porod. Pokud ženě není umožněno, aby se s tím vnitřně vyrovnala, pokud má tu potřebu, může to narušit její vztah k sobě samé, k dítěti, manželovi a může to vyústit až v depresi. (Labusová a kol, 2004, s. 70 - 71)

Deprese může mít různou intenzitu, délku trvání i více podob. Žena může mít návaly pláče, je nervózní, vyčerpaná, úzkostlivá. Má pocity viny, že je neschopná a špatná matka.

Mezi hlavní příznaky deprese patří:

- únava
- poruchy spánku, děsivé sny
- smutek, apatie
- odmítání kojit dítě a kontakt s ním
- sebepodceňování a nenávisť k vlastnímu tělu

Poporodní deprese může vzniknout na základě kolísání změn hormonální hladiny. Můžou na to mít vliv i krize v manželství, dlouhotrvající nebo komplikovaný porod, operativní porod, finanční potíže, nevyřešená bytová situace a další starosti, které maminka řeší.

V léčbě poporodní deprese může pomoci hlavně podpora rodiny a pomoc dalších přátel. Je důležité o svém problému mluvit s kamarádkou, manželem nebo lékařem. Hlavně se neuzavírat do sebe a nesnažit se to řešit potají sama. Při déletrvajících obtížích je nutné vyhledat lékařskou pomoc. Využívá se především

psychoterapie a farmakologická léčba. Poporodní deprese může bez odborné pomoci narušit vztah mezi manželi a může zabránit vytvoření citového pouta mezi matkou a dítětem. (www.naseporodnice.cz, cit. 9. 5. 2013)

Pacientka byla operována ve svodné anestezii, takže svého chlapce viděla hned po porodu. Nepřišla tedy o svůj první kontakt. Byla velmi ráda, že vše dopadlo dobře a její miminko je v pořádku. To pro ni, bylo to nejcennější, protože pacientka jako zdravotní sestra si zdraví váží ze všeho nejvíce. Tyto pocity u ní převážily nad pocity zklamání a neschopnosti porodit své dítě přirozenou cestou. Během hospitalizace se u ní projevila lítost a strach, že se nezvládne o dítě postarat vzhledem ke své snížené soběstačnosti. Díky pomoci dětských sester, které si novorozence braly na noc na oddělení, zvládla péči postupně bez problémů. Rychle se zotavila a bylo na ní vidět, jak je pyšná na své dítě i na sebe sama, že to i přes počáteční komplikace s kojením přese všechno dokázala zvládnout.

3. Edukace

3.1. Kojení

Kojení je nenahraditelnou přirozenou výživou novorozence. Mateřské mléko svým složením odpovídá měnícím se potřebám kojence. Mění se během jednoho kojení (přední mléko, zadní mléko), ale i během prvních dní (kolostrum, přechodné mléko, zralé mléko). Je v něm ideální poměr bílkovin, cukrů, tuků. Má nízkou koncentraci bílkovin, avšak nízká hladina zajišťuje optimální růst a vývoj a odpovídá schopnostem nezralých ledvin. Obsah tuku se mění i během jednoho kojení. Je velmi bohaté na cholesterol. Cukry jsou v mateřském mléce zastoupeny hlavně laktózou, která je důležitá pro dobrý vývoj CNS, usnadňuje resorpci vápníku a podporuje kolonizaci střeva laktobacilem. Dále obsahuje dostatečné

množství vitamínů, minerálů, stopových prvků, hormonů, enzymů, růstových faktorů a obranných látek.

Kolostrum se tvoří hned po porodu a je vysoké kvality. Odpovídá přesně potřebám novorozence. Obsahuje více bílkovin a méně cukrů a tuků než mléko zralé. Obsahuje také obranné látky, čímž chrání dítě před mikroorganismy a alergii.

Přední mléko je bohaté na cukr a vodu a slouží dítěti především na žízeň.

Zadní mléko je bohaté na tuk a vitamíny a proto ho dítě má na hlad. (Sedlářová a kol, 2008)

Správně kojené dítě nepotřebuje navíc ani čaj, ani vodu ani mléko do konce 6. měsíce života.

Pacientce byl novorozenec přiložen již na porodním sále a v pravidelných 3 hodinových intervalech přinášen dětskými sestrami. Po přeložení na oddělení šestinedělí byla pacientka podrobněji edukována o významu kojení, jeho technikách, polohách a o péči o prsy. Dostala veškeré informace i v písemné podobě, doplněné obrázkovou přílohou. Edukaci prováděla dětská sestra, která rovněž polohy názorně předváděla.

Kojení nesmí matku bolet. Pokud kojení bolí, znamená to, že je nesprávná poloha a je nutné ji upravit. Nesprávná poloha je i příčinou poranění a bolestivosti bradavek.

Vzhledem k operační ráně, musela pacientka ze začátku kojit chlapce vsedě na lůžku, v dalších dnech už kojila na židli.

Při kojení je velmi důležitá vzájemná poloha matky a dítěte (dítě je zcela na boku, břicho se dotýká matčina břicha, ucho, rameno a kyčle jsou v jedné linii). Prsty

matky se nesmí dotýkat dvorce, prs se podepírá zesponu všemi prsty, kromě palce, ten je vysoko nad dvorcem. Dítě se přikládá k prsu, nikoliv prs k dítěti, bradavka musí být vždy v úrovni úst dítěte. Dítě musí uchopit co největší část dvorce, nejen bradavku. Není vhodné přikládat plačící dítě. Ve většině případů se to ani nepodaří, protože při pláči má dítě jazyk nahoře a znemožní se tím sání. U správného přiložení dolní ret a jazyk dítěte překrývají oblast pod bradavkou. Špička nosu dítěte a brada by se měla prsu dotýkat.

„Použití lahve či dudlíku kazí techniku sání. Pití z lahve a prsu se od sebe podstatně liší, učit se sát dvěma různými způsoby je pro dítě matoucí.“ (Sedlářová a kol, 2008, s. 90)

Při edukaci dětská sestra pacientce ukázala různé polohy při kojení. Ukázala jí polohu vleže, kdy dítě leží podél boku matky, břicho přitisknuté k břichu matky, vsedě, tzv. fotbalové držení, kdy dítě leží na předloktí matky, která podpírá rukou ramínka a hlavu dítěte, nožky dítěte jsou podél matčina boku. Doporučila jí polohu vleže na zádech nebo vsedě na lůžku. Já jsem pacientku upozornila na to, že špatnou technikou popřípadě nepravidelným kojením může dojít k bolestivému nalití prsů. Pomoci mohou studené obklady, popřípadě odstříkání mléka. Dalším problémem mohou být drobná poranění při špatné technice, ke kterým může dojít už při jednom špatném přiložení. S tímto problémem se naše pacientka setkala 2. pooperační den. Dočasně proto kojila přes silikonový prsní klobouček a bolavou bradavku ošetřovala mastí. Pokud pacientce bolestivě zrudne a ztuhne část prsu, může dojít k retenci mléka, které je způsobeno opět špatnou technikou, kdy dojde k blokádě vývodu zaschlým mlékem. Mnohdy se objeví i značná bolest a horečka. Řeší se to antipyretiky, masážemi a ledovými obklady.

3.2. Kojení po císařském řezu

Odloučení od matky, které po operativním porodu následuje, je považováno za jednu z největších překážek v úspěšném rozběhnutí laktace. Dalším negativním faktorem jsou i bolesti, které po operaci matky pociťují. Není pravda, že po operativním porodu nelze kojit nebo, že laktace je opožděná. Aby se kojení úspěšně rozběhlo, platí stejné zásady jako u porodu vaginálního. A to začít s kojením ihned, jakmile je to možné. V případě celkové anestezie by měl být novorozenec přiložen hned, jakmile se pacientka probudí.

Další nevýhodou bývá i odloučení matky od dítěte na pokoji. Novorozenci jsou na dětských odděleních, aby se matky lépe zotavovaly po operaci. Sestry jim děti v pravidelných intervalech přinášejí. Tak nemůže kojení probíhat dle potřeb dítěte, ale podle zvyklosti oddělení, kdy a jak se děti nosí. V případě hospitalizace dítěte na JIP, je důležité, aby matka prsy stimulovala a odstříkávala, aby se laktace mohla rozběhnout, jak to zdravotní stav dítěte dovolí. (www.mamaaja.cz/activeweb/article/1868/ne-kojeni-po-cisarskem-rezu.html, cit. 10. 6. 2013)

3.3. Péče o prsy

Po porodu se prsy omývají pouze čistou vodou, bez mýdel a parfémovaných sprchových gelů. Neměla by se narušit ochranná vrstva a také pach. V oblasti dvorce se nacházejí mazové žlázy, jejichž sekret pomáhá zvlhčovat dvorce a zároveň funguje jako dezinfekce. Proto i těsně před kojením není žádoucí prsy omývat. Po kojení by se měla bradavka nechat oschnout. Není doporučeno po kojení okamžitě nasazovat podprsenku nebo oděv, ale nechat prsa chvíli volně, aby došlo k jejich uvolnění a osušení. Důležitý je i správný výběr podprsenky, hlavně u velkých prsou. Zdravou bradavku není potřeba ničím mazat.

V případě bolestivého nalití prsou si může matka pomoci studeným obkladem. Před kojením je naopak žádoucí buď použití teplého obkladu, teplé sprchy nebo vypití teplého nápoje. Následně je nutno dvorec jemně masírovat, aby se dítě mohlo přisát. Opět je zde potřeba připomenout správnou techniku kojení, která je v začátku opravdu důležitá. Je dobré tedy už před porodem vědět, že počáteční nalití prsou je normální stav, který mohou některé ženy pociťují i velmi bolestivě. (Sedlářová a kol, 2008)

4. Závěr

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala zpracováním ošetrovatelské péče o pacientku na oddělení šestinedělí, kam byla přijata po neplánovaném císařském řezu 1. den po operaci. Průběh operace byl bez komplikací. Narodil se chlapec 2740 g, 46 cm.

V teoretické části práce jsem se krátce zmínila o historii císařského řezu, dále pak popisují stručně podmínky, indikace, komplikace, operační metody a způsoby anestezie. Popisují zde obecně předoperační přípravu, vyšetření i pooperační péči. Dále jsem zde uvedla se souhlasem pacientky její základní údaje, lékařskou anamnézu, průběh porodu a hospitalizace.

V praktické části popisují ošetrovatelský proces a jeho jednotlivé fáze. Informace do ošetrovatelské anamnézy jsem získala rozhovorem s pacientkou, lékaři, zdravotnickým personálem a z dokumentace. Stanovila jsem aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy k 1. pooperačnímu dni, a na jejich základě jsem vypracovala krátkodobý plán ošetrovatelské péče na 12. hodin.

Na závěr jsem se zmínila o psychice pacientky, která je, vzhledem k této diagnóze, neopomenutelnou součástí. Krátce jsem se zmínila i o edukaci kojení.

Pacientka byla propuštěna 6. den po operaci v dobrém fyzickém i psychickém stavu. Byla náležitě poučena o hygieně, stravování, pitném režimu v šestinedělí, i o termínech, ve kterých je nutno navštívit gynekologa a pediatra. Po ukončení hospitalizace, pacientka své dítě plně kojila a byla se svou rolí matky velmi spokojená.

5. Seznam zkratek

apod. - a podobně

ATB - antibiotika

CA - celková anestezie

Cl - chloridy

cm - centimetr

CNS - centrální nervová soustava

CTG - kardiogram

DIC - diseminovaná intravaskulární koagulace

DK - dolní končetina

DM - diabetes mellitus

ED - epidurální

EKG - elektrokardiogram

FF - fyziologické funkce

FR - fyziologický roztok

g - gram

HIV - Human imunodeficiency virus

hod. - hodin

CH - Charrierova stupnice

i.m. - intramuskulárně

i.v. - intravenózně

j. - jednotka

JIP - jednotka intenzivní péče

K - draslík

LHK - levá horní končetina

max. - maximálně

mg. - miligram

min. - minuta

ml - mililitr

mmol - milimol

Na - sodík

NANDA - North American Nursing Diagnosis Association

P - puls

PAD - perorální antidiabetika

Ph - veličina, vyjadřující koncentraci vodíkových iontů v krvi

PM - poslední menstruace

PMK - permanentní močový katetr

p.o. - per os

PŽK - permanentní žilní katetr

RDS - Respiratory Distress Syndrom

SA - spinální anestezie

Sc - sectio caesarea

s.c. - subkutánně

supp. - čípek

tbl. - tablety

TEN - tromboembolická nemoc

TK - tlak krve

TT - teplota těla

tzv. - tak zvaný

UZ - ultrazvuk

VVV - vrozená vývojová vada

6. Seznam použité literatury

1. ARULKUMARAN, Sabaratnam et al. *Oxford handbook of obstetrics and gynaecology*. 1. korigované vyd. Oxford: OXFORD UNIVERSITY PRESS, 2004. s. 804. ISBN 0 - 19 - 263181 - 0
2. APERIO a kol. *Průvodce porodnicemi České republiky*. 2. vyd. Praha 3: Argo, 2004. s. 239. ISBN 80 - 7203 - 631 - 9
3. ČECH, Evžen a kol. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. s. 434. ISBN 80 - 7169 - 355 - 3.
4. DOENGES, Marilyn a kol. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 5. vyd. Praha: Grada Publishing, 1996. s. 576. ISBN 80 - 7169 - 294 - 8.
5. DOLEŽAL, Antonín a kol. *Porodnické operace*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. s. 376. ISBN 978 – 80 - 247 - 0881 - 2.
6. JAROŠOVÁ, Darja. *Teorie moderního ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha 6 : ISV nakladatelství, 2000. s. 133. ISBN 80 - 85866 - 55 - 2.
7. KAMENÍKOVÁ, Miloslava, KYASOVÁ, Miroslava. *Ošetrovatelské diagnózy na porodním sále*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. s. 92. ISBN 80 - 247 - 0285 - 1.
8. KOBILKOVÁ, Jitka et al. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén, Karolinum, 2005. s. 368. ISBN 80 - 7262 - 315 - X (Galén), ISBN 80 - 246 - 1112 - 0 (Univerzita Karlova v Praze).
9. KOCINOVÁ, Svatava, ŠTERBÁKOVÁ, Zdeňka. *Přehled nejužívanějších léčiv*. 4. vyd. Praha: Informatorium, 2003. s. 94. ISBN 80 - 7333 - 012 - 1.

10. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetrovatelství, I. díl*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. s. 187. ISBN 80 - 246 - 0429 - 9.
11. PANAY, Nick. et al. *Obstetrics and Gynaecology* 1. vyd. Londýn: Elseiver Limited, 2004. s. 350. ISBN 0 – 7234 – 3151 - 5
12. SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE, *Lemon 4*. 1. vyd. IPVZ v Brně, 1997. s. 160. ISBN 80 - 7013 - 248 - 5.
13. NEJEDLÁ, Marie. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada publishing, 2006. s. 264. ISBN 80 - 247 - 1150 - 8.
14. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. s. 152. ISBN 80 - 247 - 1211 - 3.
15. SEDLÁŘOVÁ, Petra a kol. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing 2008. s. 248. ISBN 978 - 80 - 247 - 1613 - 8.
16. SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. s. 280. ISBN 978 - 80 - 247 - 3373 - 9.
17. STAŇKOVÁ, Marta. *Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe*. 1. vyd. IPVZ v Brně, 2002. s. 49. ISBN 80 - 7013 - 282 - 5.
18. ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kol. *Základy ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. s. 353. ISBN 80 - 246 - 1091 - 4.
19. ŠVIHOVEC, Jan et al. *Pharmindex Breviř*. 12. vyd. Praha: MediMedia Information, 2002. s. 1067. ISBN 80 - 86336 - 04 - 2.
20. WORKMAN, A. Barbara, BENNET, L. Clare. *Klíčové dovednosti sester*. 1. vyd. Praha. Grada Publishing, 2006. s. 260. ISBN 80 - 247 - 1714 - X.

21. ZÁBRANSKÝ, František. *Technika císařského řezu*. 1. vyd. Praha: Galén, 1997. s. 133. ISBN 80 - 85824 - 69 - 8.

22. ZWINGER, Antonín et al. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén, Karolinum, 2004. s. 532. ISBN 80 - 7262 - 257 - 9 (Galén), ISBN 80 - 246 - 0822 - 7 (Karolinum).

Ostatní zdroje:

23. <http://lekari.porodnice.cz/historie-cisarskeho-rezu>, (cit. 14. 4. 2013)

24. <http://ona.idnes.cz/cisarsky-rez> (cit. 20. 4. 2013)

25. www.litnem.cz/anesteziologicko-resuscitacni-oddeleni-provadene-typy-anestezii, copyright 2005-2013, Litomyšlská nemocnice (cit. 14. 4. 2013)

26. www.mamaaja.cz/activeweb/article/1868/ne-kojeni-po-cisarskem-rezu.html (cit. 10. 6. 2013)

27. www.naseporodnice.cz/poporodni-splin.php (cit. 10. 6. 2013)

28. www.sestinedeli.cz/involuce-delohy/ (cit. 10. 6. 2013)

29. www.sukl.cz (cit. 10. 6. 2013)

7. Seznam příloh

Příloha č. 1 – Přehled operačních metod

Příloha č. 2 – Ošetřovatelská anamnéza, zdroj: ÚO, 3. LF UK

Příloha č. 3 – Barthelové test základních všedních činností, vyhodnoceno ráno,
zdroj: ÚO, 3. LF UK

Příloha č. 4 – Barthelové test základních všedních činností, vyhodnoceno večer,
zdroj: ÚO, 3. LF UK

Příloha č. 5 – Hodnocení nutričního stavu, zhodnocení rizika pádu pacienta,
hodnocení rizika vzniku dekubitů, zdroj: ÚO, 3. LF UK

Příloha č. 6 – Plán ošetrovatelské péče