



**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**



### **3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

Ústav ošetrovatelství

**Andrea Bubáková**

**Ošetrovatelská péče o ženu po akutním císařském  
řezu s indikací preeklampsie.**

*Nursing care of the patient after urgent Ceasarean  
section with pre-eclampsia indication*

*Bakalářská práce*

Praha, květen 2014

Autor práce: **Andrea Bubáková**

Studijní program: Ošetrovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **Mgr. Tereza Bakusová**

Pracoviště vedoucího práce: **3. lékařská fakulta UK**

Klinický konzultant: **MUDr. Michal Krčmář, PhD.**

**Ústav pro péči o matku a dítě, Praha 4**

Datum a rok obhajoby: 9. 9. 2014

## **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 10. května 2014

Andrea Bubáková

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala

Mgr. Tereze Bakusové za odborné vedení při zpracovávání ošetrovatelské části práce,

PhDr. Haně Svobodové za cenné připomínky k ošetrovatelské části práce,

MUDr. Michaelu Krčmářovi za ochotu, s jakou přehlédl klinickou část práce  
a za cenné rady,

paní N. M. za to, že obětovala část svého vzácného času,

staniční sestře a kolegyním z oddělení za nezměrnou míru pochopení a kolegiality,  
bez nichž bych nevystudovala a nenapsala předkládanou bakalářskou práci.

Děkuji.

# Obsah

<b>ÚVOD</b>	<b>5</b>
<b>1. KLINICKÁ ČÁST</b>	<b>6</b>
<b>1.1 Preeklampsie</b>	<b>6</b>
1.1.1 Frekvence preeklampsie	7
1.1.2 Etiologie.	8
1.1.3 Patofyziologie	10
1.1.4 Klasifikace preeklampsie	11
1.1.5 Diagnostika preeklampsie	13
1.1.6 Terapie	14
1.1.7 Komplikace preeklampsie	15
<b>1.2 Císařský řez</b>	<b>17</b>
1.2.1 Pravidla provedení císařského řezu	18
1.2.2 Provedení císařského řezu	19
1.2.3 Anestezie císařského řezu	19
1.2.4 Komplikace při porodu císařským řezem	20
1.2.5 Frekvence císařského řezu	22
<b>1.3 Identifikační údaje</b>	<b>23</b>
1.3.1 Základní údaje o pacientce	23
1.3.2 Lékařská anamnéza	23
1.3.3 Nynější těhotenství a přidružené choroby	24
1.3.4 Přehled farmakoterapie	25
1.3.5 Dietoterapie a pohybový režim	26
<b>1.4 Průběh hospitalizace</b>	<b>26</b>
<b>2. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST</b>	<b>28</b>
<b>2.1 Charakteristika ošetrovatelského procesu</b>	<b>28</b>
<b>2.2 Model funkčních vzorců zdraví Marjory Gordonové</b>	<b>30</b>
<b>2.3 Kazuistika</b>	<b>31</b>
2.3.1 Anamnéza	31
2.3.2 Katamnéza	31
2.3.3 Ošetrovatelská anamnéza	33

<b>2.4</b>	<b><i>Krátkodobý plán ošetrovateľskej péče</i></b>	<b>36</b>
2.4.1	<i>Aktuální ošetrovateľské diagnózy</i>	36
2.4.2	<i>Potenciální ošetrovateľské diagnózy</i>	39
<b>2.5</b>	<b><i>Dlouhodobý plán ošetrovateľskej péče</i></b>	<b>42</b>
2.5.1	<i>Aktuální ošetrovateľské diagnózy</i>	42
2.5.2	<i>Potenciální ošetrovateľské diagnózy</i>	45
<b>2.6</b>	<b><i>Edukace</i></b>	<b>47</b>
<b>2.7</b>	<b><i>Psychika matky s preeklampií</i></b>	<b>49</b>
<b>ZÁVĚR</b>		<b>51</b>
<b>SOUHRN</b>		<b>52</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b>		<b>53</b>
<b>SEZNAM TABULEK, OBRÁZKŮ A GRAFŮ</b>		<b>56</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b>		<b>57</b>

## ÚVOD

Po střední zdravotnické škole jsem vystudovala obor porodní asistentka a v současné době pracuji na gynekologicko-porodnické klinice. Během nástupní praxe jsem pracovala na prenatální ambulanci, na porodním sále, na oddělení šestinedělí a na jednotce intenzivní péče. Práce na více odděleních byla pro mne velice přínosná, kde jsem získala širší a komplexnější přehled.

Těhotenství, porod a šestinedělí představují pro ženu biologickou zátěž, se kterou se většina zdravých žen dokáže vyrovnat. Stále však přibývá počet žen, u kterých se objevují poruchy v oblasti látkové výměny, neurohumorálních korelací i v oblasti nervové soustavy. Vzniká tak skupina příznaků souhrnně nazývaných gestózy, které se vyskytují pouze v návaznosti na těhotenství. Mezi pozdní gestózy řadíme preeklampsii, poruchu, která se vyskytuje ve III. trimestru těhotenství.

Paní M. po akutním císařském řezu z důvodu preeklampsie jsem si vybrala proto, že v poslední době na oddělení takto nemocných žen stále přibývá. Preeklampsie se může vyvinout u ženy do té doby zcela zdravé. Postiženy bývají převážně starší ženy, které rodí poprvé, ženy s mnohočetným těhotenstvím a matky s nadměrným množstvím plodové vody. Často se nemoc vyvine u žen, které již před početím trpěly vysokým tlakem, nemocí ledvin, cukrovkou nebo chorobou jater.

Těhotné ženy s příznaky preeklampsie se považují za rizikové a musí být již v poradně častěji sledovány, plod opakovaně vyšetřován, aby neměl nedostatek kyslíku. Toto sledování je důležité pro další průběh gravidity, způsob vedení porodu, terapii i prevenci.

# 1 KLINICKÁ ČÁST

## 1.1 Preeklampsie

*„Preeklampsie je závažné onemocnění vázané na trofoblast a podílejí se na zvýšení mateřské i perinatální mortality i morbidity, a také na zvýšení prematurity a intrauterinní růstové retardace.“<sup>1</sup>*

Při preeklampsii neboli pozdní gestóze dochází k multiorgánovému poškození organismu, které postihuje především vitálně důležité parenchymatozní orgány jako jsou ledviny, játra, mozek, plíce, placenta, krevtovorný systém a cévy. Hájek definuje preeklampsii jako: „... těhotenstvím podmíněnou hypertenzi s proteinurií a případně edémy po 20. týdnu gravidity. Před 20. týdnem gravidity se můžeme s hypertenzí setkat u hydatiformní moly či u neimunologického hydropsu plodu.“<sup>2</sup>

Mezi predispoziční a rizikové faktory preeklampsie řadíme mnohočetné těhotenství, chronickou hypertenzi, chronická renální onemocnění, diabetes mellitus, onemocnění pojiva, Body mass index > 30, celkovou malnutrici, těhotenství u žen mladších než 18 let, těhotenství u žen starších než 35 let nebo pokud se preeklampsie vyskytne již v předchozí graviditě. Dalšími faktory mohou být hydatiformní mola, non-imunní hydrops plodu, hydropická placenta a abnormální placentace.<sup>3</sup>

Mezi klinické příznaky preeklampsie patří cefalea v důsledku systémového poškození endotelu a projevuje se v CNS za přítomnosti vazospasmu. Dalším příznakem je epigastrická bolest, která může signalizovat zvýšené napětí jaterního pouzdra způsobené subkapsulárními petechiemi, periportalními hemoragiemi,

---

<sup>1</sup> HÁJEK, Z. *Rizikové a patologické těhotenství*. 1. vyd. Praha, 2004, s. 95.

<sup>2</sup> HÁJEK, Z. *Rizikové a patologické těhotenství*. 1. vyd. Praha, 2004, s. 95.

<sup>3</sup> ADÁMKOVÁ, V a kol. *Arteriální hypertenze mladých, těhotných a dětí*, 1. vyd. Praha: Jiří Flégl – Vega, 2005. 67 s.



ischemickými infarkty, vznikem fibrinových trombů v jaterní mikrocirkulaci, rupturou subkapsulárního hematomu nebo rupturou jater. K příznakům pozdních gestóz patří poruchy vizu, k nimž dochází následkem skotomů a fotofobie. Změny na očním pozadí, jako jsou vazospasmus a zvýšená periferní cévní rezistence, mají vliv na vznik těhotenské hypertenzní retinopatie, edému papily i ablace retiny.<sup>4</sup>

### **1.1.1 Frekvence preeklampsie**

Preeklampsie se vyskytuje u primipar v 10 – 14 % a 5 – 7 % u multipar. Vzniká po 20. týdnu gravidity, kdy je přítomna hypertenze s proteinurií a případně edémy.

Za hypertenzi považujeme krevní tlak 140/90 a vyšší při dvou měřeních v rozmezí nejméně 6 hodin. Fyziologická proteinurie v graviditě je do 300 mg/24 hodin. Vyšší proteinurie u preeklampsie vzniká poškozením glomerulů a snížením zpětné resorpce proteinů v tubulech.<sup>5</sup>

Edémy vznikají při vazokonstrikci, při přesunu plazmy do tkání. Oteklé nártý, kotníky a nárůst hmotnosti bývají prvními příznaky preeklampsie. Za přijatelný se považuje přírůstek hmotnosti těhotné ženy do 500 gramů za týden a celkový hmotnostní přírůstek by se měl pohybovat okolo 12 kilogramů. Rychlejší přírůstek hmotnosti většinou doprovází retenci tekutin a vznik edémů. Varovným signálem jsou otoky po ránu převážně v oblasti obličeje, rukou a kolen.<sup>6</sup>

Při laboratorním vyšetření jsou pro preeklampsii charakteristické vzestup hladiny kyseliny močové - nad 320 mmol/l, vzestup hladiny kreatininu –

---

<sup>4</sup> ADÁMKOVÁ, V a kol. Arteriální hypertenze mladých, těhotných a dětí, 1. vyd. Praha: Jiří Flégl – Vega, 2005. 67 s.

<sup>5</sup> HÁJEK, Z. *Rizikové a patologické těhotenství*. 1. vyd. Praha, 2004

<sup>6</sup> MIKULANDOVÁ, M. *Těhotenství a porod*, 1. vyd. Brno: Computer Press, a.s., 2004. 160 s.

nad 88  $\mu\text{mol/l}$ , hypoalbuminemie a pokles poměru albumin: globulin, trombocytopenie - pod 150000/ml.<sup>7</sup>

### **1.1.2 Etiologie**

Preeklampsie je přechodná, avšak potenciálně nebezpečná komplikace těhotenství, která postihuje 3 - 5 % těhotných žen. Příčina vzniku preeklampsie není jednoznačně známa. Uvádí se několik hypotéz:<sup>8</sup>

- Hypotéza uteroplacentární ischemie - předpokládá dvoufázový vývoj onemocnění. V první fázi zřejmě následkem poruchy syntézy adhezivních molekul cytotrofoblastu nedostatečná vniknutí trofoblastu do děložních arterií způsobí, že v myometriu zůstane průsvit těchto cév zúžený a tím se sníží uteroplacentární perfuze. V druhé fázi ischemická placenta poškozuje plod. Tato ischemie způsobí poškození cévního epitelu a možné spuštění intravaskulárních hemokoagulačních pochodů. U preeklampsie je tradičním nálezem menší placenta s četnými infarkty.
- Genetická hypotéza - tato hypotéza je postavena na familiárním výskytu. V běžné populaci je výskyt onemocnění v průměru 5 %, u dcer matek, které preeklampsii prodělaly, se riziko zvyšuje na 22 %, u sester dokonce na 39 %.
- Hypotéza o lipoproteinech s nízkou denzitou a o aktivitě albuminu potlačující toxicitu - vychází z výsledků vyšší toxicity séra takto nemocných matek pro endotelové buňky *in vitro* a z faktu vyšší koncentrace triglyceridů a VLDL v plazmě. Situace je snad způsobena vyššími energetickými nároky matka versus plod.

---

<sup>7</sup> ČEPICKÝ, P. KURZOVÁ, H. *Gynekologie a porodnictví v ordinaci praktického lékaře*, 1.vyd. Praha: Karolinum, 2003. 174 s.

<sup>8</sup> HÁJEK, Zdeněk. *Rizikové a patologické těhotenství*. 1. vyd. Praha, 2004.

Mezi nejčastější hypotézy patří hypotéza porušené imunologické adaptace a hypotéza o působení kyslíkových radikálů a projektivní funkci jejich „zametačů“.

- Hypotéza porušené imunologické adaptace - zde je předpoklad, že fetoplacentární jednotka je tolerovaný štěp obsahující otcovské antigeny, kdy tato porucha imunologické tolerance zpomalí invazi trofoblastu. V placentě se aktivují neutrofilové, které by mohly přispět k oxidačnímu stresu, který preeklampsii provází. Během prvního těhotenství je riziko preeklampsie vyšší než při druhém těhotenství. K poklesu rizika při druhém těhotenství dochází pouze v případě, že žena nezmění partnera a počet let mezi prvním a druhým těhotenstvím nepřesáhne 10 let.<sup>9</sup>
- Hypotéza o působení kyslíkových radikálů a projektivní funkci jejich „zametačů“ - této hypotéze se v poslední době věnuje velká pozornost a má také největší pole zastánců. Teorie nepopírá účast imunologických či genetických faktorů, ale detailněji rozebírá mechanismus poškození uteroplacentární cirkulace i celého organismu matky.

Novější hypotézy o etiologii preeklampsie stavějí na propojení již relativně známé patofyziologie s novějšími biochemickými poznatky. Tímto se mohou identifikovat nové markery, které by v budoucnu měly pomoci k její časné diagnostice, tedy ještě před manifestací klinických příznaků, mezi které patří již zmíněné edémy a vysoký krevní tlak. „*Preeklampsie se vyvíjí pozvolna po týdny až měsíce – hypertenze a proteinurie jsou poměrně pozdními projevy.*“<sup>10</sup> U preeklampsie dochází k invazi trofoblastu do spirálních arterií. Vzniká periferní vazokonstrikce, snižuje se volum plazmy, dochází k hemokoncentraci a snižuje

---

<sup>9</sup> SKJAERVEN, R. WICOX, AJ, LIE RT. *The interval between pregnancies and the risk of preeclampsia.* N Engl J Med, 2002. 346: 33-8

<sup>10</sup> JANKU, K. *Hypertenze v těhotenství.* 1. vyd. Brno: IDVPZ, 1998. s. 31

se tepový a minutový objem. Dochází k hypoperfuzi důležitých orgánů. U ledvin hypoxie působí morfologické poškození glomerulů, endoteliozu, tvorbu endotelinů, paravazální hemorrhagie, snížení glomerulární filtrace až k selhání ledvin. Výrazná proteinurie je faktorem vzniku tkáňových edémů a příčinou snížení koloidně osmotického tlaku plazmy. Příčinou tvorby otoků je i zvýšení tubulární resorpce, retence NaCl a vody za spolupůsobení aldosteronu a reninu. Stoupá periferní vazokonstrikce a vytváří se hemokoncentrace, stoupá zátěž levé srdeční komory a minutový objem krve se snižuje. Stoupá plicní arteriální tlak a může se vyvinout nekardiogenní plicní edém z poruchy permeability kapilár a ze snížení osmotického tlaku plazmy.<sup>11</sup>

### ***1.1.3 Patofyziologie***

Nehledě na výše zmíněné hypotézy, pozorování ukázala, že dochází k poškození cévního endotelu, který je zodpovědný za její hypoperfuzi s tvorbou antiangiogenních faktorů. Tyto substance potom cirkulují v matčině oběhu a způsobují systémovou dysfunkci endotelu, zejména v ledvinách.

Mezi faktory, které představují zvýšené riziko vzniku onemocnění, byly na základě klinických studií stanoveny u nuliparity:<sup>12</sup>

- věk nad 40 let;
- věk pod 18 let;
- preeklampsie v minulém těhotenství;
- antifosfolipidový syndrom;
- trombofilie;
- chronická hypertenze;
- diabetes mellitus i gestační;
- vyšší BMI;

---

<sup>11</sup> JANKŮ, K. Hypertenze v těhotenství, 1. vyd. Brno: IDVPZ, 1998. 170 s.

<sup>12</sup> JANKŮ, K. Hypertenze v těhotenství, 1. vyd. Brno: IDVPZ, 1998. 170 s.

- IUGR;
- abrubce placenty;
- molla hydatidosa.

### 1.1.4 Klasifikace preeklampsie

Je doporučeno respektovat klasifikaci podle National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy z roku 2000.<sup>13</sup>

Tab. 1 Klasifikace preeklampsie

Klasifikace	Diagnostická kritéria	Laboratorní ukazatele	Terapie
<b>Preeklampsie</b>  <b>Lehká</b>	Vznik hypertenze s proteinurií, event. edémy v graviditě po 20 týdnu. TK 140/90 – 159/109 mmHg, proteinurie 0,3 g/l až 5 g/l za 24 hod.	Hemoglobin, hematokrit, trombocyty, kyselina močová, kreatinin, aminotransferázy, bilirubin, albumin, hemokoagulační parametry, proteinurie.	Podle hodnot TK: Antihypertenzní terapie chronická – perorální léčba nebo antihypertenzní terapie akutní – parenterální podání antikonvulzivní terapie MgSO <sub>4</sub> .
<b>Těžká</b>	TK > 160/110, proteinurie > 5 g/24 hod., oligurie < 400 ml/24 hod., epigastrická bolest či bolest v pravém hypochondriu, cefalea, poruchy vizu nebo HELLP syndrom (hemolýza, zvýšení jaterních enzymů, trombocytopenie).		Ukončení těhotenství.
<b>Eklampsie</b>	Záchvat tonicko-	Statim, identické	Antihypertenzní

<sup>13</sup> MĚCHUROVÁ, A. Moderní babičství [online]. *Hypertenze v graviditě*. 2003

	klonických křečí navazující na těžkou nebo superponovanou preeklampsii nemajících příčinu v jiné mozkové patologii.	parametry, ev. Magnezémie.	terapie akutní – parenterální podání, antikonvulzivní terapie, ukončení těhotenství.
<b>Chronická hypertenze</b>	Trvalá systolická i diastolická hypertenzní choroba zjištěna před těhotenstvím či diagnostikována před 20. T gravidity nebo trvalá hypertenze po 12. týdnu po porodu. Esenciální (neznámé etiologie). Sekundární (např. onem. ledvin, endokrinní onem.).	Identické parametry (vhodné pro zařazení hypertenze a následně zachycení superpozice preeklampsie).	Podle hodnot TK: antihypertenzní terapie chronická – perorální léčba nebo antihypertenzní terapie akutní – parenterální podání, ukončení těhotenství.
<b>Chronická hypertenze se superponovanou preeklampsii</b>	Superpozice na kterýkoliv druh chronické hypertenze.	Identické parametry (vhodné pro zachycení superpozice preeklampsie).	Podle hodnot TK: antihypertenzní terapie akutní – parenterální podání antikonvulzivní terapie MgSO <sub>4</sub> , ukončení těhotenství
<b>Gestační hypertenze</b>	Hypertenze bez proteinurie po 20. týdnu gravidity: tranzitorní – nejsou změny v laboratorních hodnotách, vymizení v graviditě či raném puerperiu, není – li úprava do 12 týdnu po porodu – deklasifikace hypertenze	Identické parametry (vhodné pro dif. dg. Gestační hypertenze či preeklampsie)	Podle hodnot TK: antihypertenzní terapie chronická nebo akutní. Závažné stavy – ukočení těhotenství.

Zdroj: Měchurová A. 2013, s. 4

### **1.1.5 Diagnostika preeklampsie**

Projevy hypertenze a proteinurie mohou být variabilní, a proto diagnostika preeklampsie bývá často obtížná.

Mezi diagnostická kritéria při lehké preeklampsii patří vznik hypertenze s proteinurií, eventuálně edémy v graviditě po 20. týdnu. Krevní tlak je 140/90 – 159/109 mmHg, proteinurie 0,3 g/l až 5 g/l za 24 hod. Při těžké preeklampsii je krevní tlak vyšší než 160/110, proteinurie je vyšší než 5 g/24 hod., oligurie je nižší než 400 ml/24 hod., vyskytuje se epigastrická bolest nebo bolest v pravém hypochondriu, cefalea, poruchy visu nebo HELLP syndrom.<sup>14</sup>

Hlavními laboratorními kritérii preeklampsie jsou: hladina kyseliny močové v séru je vyšší než 320  $\mu\text{mol/l}$ , zato hodnota je dána sníženou clearencí kyseliny močové při zhoršené funkci ledvin. Dále je to zvýšení kreatininu v séru, kdy hodnota je nad 88  $\mu\text{mol/l}$  a svědčí o poškození ledvin. Dochází ke změnám v plasmatických bílkovinách, kdy klesá hladina albuminu a hladina globulinu se nemění. Důsledkem toho je pokles kvocientu albumin/globulin z původní hodnoty 1,4 na hodnotu 1 či méně, což se vyskytuje u těžké preeklampsie. Už malé poškození hepatocytu vede ke zvýšení cytoplasmatického enzymu v krevní cirkulaci a zvýšení aktivit aspartátaminotransferázi v séru je známkou nekrózy hepatocytu. Dále se jedná o hemokoncentraci, jejímž projevem je vzestup hematokritu nad 40 % a hemoglobinu nad 14 g/l a zvýšení počtu erytrocytů. Provází-li trombocytopenii hemolýza a zvýšení jaterních enzymů jedná se o HELLP syndrom.<sup>15</sup>

---

<sup>14</sup> JANKŮ, K. *Hypertenze v těhotenství*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 1998. 170 s.

<sup>15</sup> BINDER, T. SALAJ, P. VAVŘINKOVA, B. *Hematologické nemoci a poruchy v porodnictví a gynekologii*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2004. 222 s.

### 1.1.6 Terapie

Antihypertenzní terapie spočívá v medikamentózní terapii, která je indikována při diastole 95 – 100 mmHg. Cílem terapie u lehké preeklampsie je diastola 90 mmHg a u těžké preeklampsie diastola 100 mmHg. Antihypertenzní terapie těžké preeklampsie. Pro akutní stavy preeklampsie s nutností rychlého poklesu krevního tlaku se používá:

- dihydralazin - např. Nepresol inj. 25 mg + roztok v obvyklém dávkování, což je lék působící na stěnu cévní;
- labetalol – např. Trandate inj. 20 ml/100 mg, což je lék blokující současně adrenergní receptory alfa i beta;
- antikonvulziva – např. Magnesium sulfuricum inj. – Magnesii sulfas 10 ml/1 g, 10 ml/2 g, kdy hořčík svým antagonismem vůči vápníku na membránách i intracelulárně snižuje systémové i mozkové vazospasmy, používá se u těžké preeklampsie;
- diuretika - např. Furosemid, který je používán především postpartálně a indikován je pouze u hrozícího či vyvinutého plicního edému.<sup>16</sup>

Antihypertenzní terapie se používá při lehké či středně těžké arteriální preeklampsii. Při terapii se používá:

- methyldopa – např. Dopegyt tbl. 250 mg, který má však pomalý nástup účinku;
- kardioselektivní betablokátory bez vnitřní sympatomimetické aktivity (ISA) – metoprolol – např. Vasocardin tbl. 100 mg, 50 mg;

---

<sup>16</sup> MĚCHUROVÁ, A. Moderní babictví [online]. *Hypertenze v graviditě*. 2003



- blokátory kalciových kanálů - antagonisty kalcia nifedipinového typu I. generace – nifedipin – např. Cordipin tbl. 10 mg, který je vhodný především pro akutní potřebu snížení TK;
- Magnesium sulfuricum 20% amp. s individuálním dávkováním;
- Benzodiazepin - např. Apaurin i. m.<sup>17</sup>

### ***1.1.7 Komplikace preeklampsie***

Nejzávažnější komplikace preeklampsie jsou eklampsie, abrupce placenty, poruchy hemostázy, encefalopatie, nefropatie, hepatopatie a kardiomyopatie.<sup>18</sup>

Eklampsie je nejzávažnější komplikace, která může ohrozit život matky i plodu. Prvními příznaky jsou bolesti hlavy a závratě, které mohou být doprovázeny nevolností a zvracením. Hlavním projevem jsou však následující křeče celého těla, které často připomínají těžký epileptický záchvat. Křeče mohou ustát, ale opakovaně se vracejí. Na rozdíl od epilepsie se eklampsie objevuje u žen ke konci těhotenství, v průběhu porodu nebo po porodu. Velmi vzácný je komatózní stav eclampsia sine eclampsia bez stadia křečí, kde po prudkých bolestech hlavy následuje bezvědomí. Jednou z příčin eklampsie může být nedostatečně léčená nebo vůbec neléčená preeklampsie.<sup>19</sup>

Další závažnou komplikací je abrupce placenty, tedy předčasné odlučování lůžka. Hlavním příznakem je poševní krvácení doprovázené bolestí, která je způsobena zvětšujícím se krevním výronem mezi placentou a děložní stěnou.

---

<sup>17</sup> MĚCHUROVÁ, A. Moderní babictví [online]. *Hypertenze v graviditě*. 2003.

<sup>18</sup> HÁJEK, Zdeněk. *Rizikové a patologické těhotenství*. 1. vyd. Praha, 2004.

<sup>19</sup> ADÁMKOVÁ, V. a kol. *Arteriální hypertenze mladých, těhotných a dětí*. 1. vyd. Praha: Jiří Flégl – Vega, 2005.

U plodu mohou být známky nedostatku kyslíku. Při těžkém krvácení je nutné provést akutní císařský řez.<sup>20</sup>

Poruchy hemostázy (DIC - Diseminovaná intravaskulární koagulace) patří mezi nejzávažnější a nejčastější život ohrožující komplikace, kdy dochází k systémovému poškození endotelu, krevních destiček a rozvratu v plazmatickém koagulačním systému.<sup>21</sup>

Encefalopatie je patologicko-anatomické mozkové krvácení. U těžké preeklampsie se magnetickou rezonancí zjistí abnormální nález se specifickými ložisky hluboko v bílé hmotě. U eklampsie jsou léze v šedé i bílé hmotě, vyskytuje se edém kůry, krvácení a léze bazálních ganglií.<sup>22</sup>

Nefropatie jsou ledvinné komplikace, které jsou velmi časté. Mírné formy poškození po porodu úplně vymizí, v těžších případech může přejít až v selhání ledvin, které se může kombinovat s hepatopatií i s encefalopatií.<sup>23</sup>

HELLP syndrom je jednou z nejzávažnějších forem preeklampsie, kdy dochází k selhání ledvin, k poruše krevní srážlivosti a k předčasnému odloučení lůžka. Dále dochází k vysrážení krve, která v játrech způsobuje zvýšení jaterních enzymů, klesá hladina destiček a dochází k rozpadu červených krvinek. Plod může být ohrožen následkem nedostatečného přísunu kyslíku. Název HELLP syndromu vznikl z jednotlivých písmen laboratorních nálezů v anglickém jazyce:

- hemolýza (H - hemolysis);
- zvýšení jaterních testů (EL - elevated liver enzymes);
- pokles koncentrace krevních destiček (LP - low platelet count).<sup>24</sup>

---

<sup>20</sup>GREGOROVÁ, R. *Placenta a její komplikace* [online]. 2011.

<sup>21</sup>BINDER, T. SALAJ, P. VAVŘINKOVÁ, B. *Hematologické nemoci a poruchy v porodnictví a gynekologii*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2004.

<sup>22</sup>JANKŮ, K. *Hypertenze v těhotenství*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 1998.

<sup>23</sup>JANKŮ, K. *Hypertenze v těhotenství*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 1998.

<sup>24</sup>CHMEL, R. *Otázky a odpovědi o porodu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 116 s.

HELLP syndrom se vyskytuje stejně jako preeklampsie na konci II. a III. trimestru nebo může vzniknout až po porodu. Vrchol intenzity nemoci bývá nejčastěji 24 – 48 hodin po porodu.<sup>25</sup> Hlavním příznakem je epigastrická bolest nebo bolest v pravém hypogastriu a v pravé podklíčkové krajině, které jsou doprovázeny nauzeou a zvracením. Přidává se bolest hlavy, malátnost a únava, z vážnějších komplikací plicní edém, akutní selhání ledvin, ascites, abrupce placenty, ruptura subkapsulárního hematomu jater, DIC, eklampsie, IUGR plodu, hypoxie plodu, úmrtí matky.<sup>26</sup>

Peripartální kardiomyopatie (PKMP) řadíme mezi specifické kardiomyopatie, které se mohou projevit v posledním měsíci gravidity nebo v následujících 5 měsících po porodu v podobě srdečního selhání, absence srdečního selhání a přítomnost echokardiografických kritérií.<sup>27</sup>

## 1.2 Císařský řez

Císařský řez (sectio caesara – S. C.) je operace, kterou se nejčastěji ukončuje těhotenství ve třetím trimestru anebo během porodu, kdy se mohou vyskytnout komplikace. Císařský řez je prováděn dříve než jiné vaginální operace, které porod ukončují až ke konci druhé doby porodní.<sup>28</sup> „Císařský řez je porodnická operace, při níž je plod extrahován z dělohy cestou břišní.“<sup>29</sup>

Zmínky o císařském řezu sahají až do starověku, kdy císařský řez je řazen mezi nejstarší výkon prováděný v porodnictví. Rozvoj farmakoterapie, anestezie, transfuzní služby a objev antibiotik umožnil rozšíření indikací k operaci.<sup>30</sup>

V dnešní době se císařský řez stal bezpečnější v mnoha ohledech:

---

<sup>25</sup> JANKŮ, K. Hypertenze v těhotenství, 1. vyd. Brno: IDVPZ, 1998. 170 s.

<sup>26</sup> ČECH, E. a kol. Porodnictví, 2. vyd. Praha: Grada Publishing, spol.s.r.o., 2006. 544 s.

<sup>27</sup> ČEPELOVÁ, J. ZAVORAL, M. *Peripartální kardiomyopatie*. [online]. 2013.

<sup>28</sup> ČECH, Evžen a kol. *Porodnictví*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, spol.s. r. o., 2006.

<sup>29</sup> ROZTOČIL, Aleš. *Porodnictví*, 1. vyd. Brno, 2001. s. 300.

<sup>30</sup> ROZTOČIL, Aleš. *Porodnictví*, 1. vyd. Brno, 2001.

- přísná asepse;
- zlepšení operační techniky;
- nové šicí materiály;
- pokroky ve farmakologii;
- zdokonalení anestezie;
- transfuzní služba, krevní náhrady;
- pokroky v dalších medicínských směrech.<sup>31</sup>

### 1.2.1 Pravidla provedení císařského řezu

Aby mohl být proveden císařský řez, musí být splněna určitá pravidla:<sup>32</sup>

- *„Podmínky: musí být splněny všechny porodnické předpoklady pro provedení S. C., ty jsou výrazně jednodušší, než je tomu při porodu per forcipem.*
- *Indikace: má představovat plné zdůvodnění operace.*
- *Předoperační vyšetření.*
- *Informovaný souhlas: těhotná žena a případně její partner mají být srozumitelnou formou poučeni o důvodech a principech operace a případných možných rizicích. O jednání se vede v dokumentaci zápis a souhlas s výkonem potvrdí žena, event. také partner svými podpisy.*
- *Předoperační příprava.*
- *Vlastní provedení operace.*
- *Pooperační péče.“*

Dřívější podmínky, které musely být splněny k tomu, aby mohl být proveden císařský řez, jsou dnes opuštěny. Mezi ně patřily dobré děložní kontrakce, prostupnost děložního hrdla, živý plod. V dnešní době se operace provádí i při plodu mrtvém z důvodu ohrožení matky, např. při silném krvácení.

<sup>31</sup> ČECH, Evžen a kol. *Porodnictví*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, spol. s. r. o., 2006.

<sup>32</sup> ČECH, E. a kol. *Porodnictví*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, spol. s. r. o., 2006. s. 515

*„Prakticky jedinou, avšak zásadní podmínkou je, že velká část nemá být vstouplá a fixovaná hluboko v pánvi, např. v pánevní šíři, i když je nutno připustit, že hlavička vstouplá pouze velkým oddílem do pánevního vchodu se při císařském řezu někdy obtížně vybavuje. Pokud je horní, zadní okraj spony stydké dosažitelný, jsou podmínky splněny. Ve výjimečných případech lze plod vybavit i při hlavičce vstouplé velkým oddílem s vaginální elevací hlavičky, prsty dalšího porodníka.“<sup>33</sup>*

### **1.2.2 Provedení císařského řezu**

Sectio caesarea supracervicalis transperitonealis je v dnešní době nejvíce používaná operační metoda, kdy operace začíná laparotomií s použitím dvou přístupů. Střední dolní laparotomie, kdy je řez veden v sagitální rovině mezi pupkem a sponou. Dnes se provádí při předpokládaném komplikovaném průběhu operace anebo také v původní jizvě po předchozích operacích.

Příčná suprapubická laparotomie (sec. Pfannenstiel), kdy řez je veden poloobloukovitě cca 2 cm nad sponou. Výhodou tohoto řezu je kosmetický efekt. Mohou se ale vyskytnout častěji subfasciální hematomy.<sup>34</sup>

### **1.2.3 Anestezie u císařského řezu**

U císařského řezu se používá buď celková anebo místní anestezie. Vždy záleží na mnoha faktorech, jaký typ anestezie zvolit. Obě metody mají své pozitivní či negativní vlastnosti.

---

<sup>33</sup> ČECH, E. a kol. *Porodnictví*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, spol. s. r. o., 2006. s. 516

<sup>34</sup> ČECH, E. a kol. *Porodnictví*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, spol. s. r. o., 2006.

Přednosti místní anestezie:

- žena je při vědomí a má zachované obranné reflexy (kašel), takže riziko vdechnutí žaludečního obsahu je minimální;
- do krku se nezavádí endotracheální rourka;
- žena je během operace vzhůru, může komunikovat a nehrozí útlum plodu léky;
- ihned po porodu dítěte může mít dítě u sebe a je možné přiložit dítě k prsu.

Nevýhody místní anestezie:

- pokles krevního tlaku, kdy může nastat problém s přísunem okysličené krve k plodu.

Přednosti celkové anestezie:

- rychlý nástup anestezie;
- nehrozí nebezpečí poklesu krevního tlaku;
- při intubaci je spolehlivější kontrola dýchání.

Nevýhody celkové anestezie:

- může být silnější utlumení novorozence;
- zvýšené riziko vdechnutí žaludečního obsahu;
- novorozenec se k prsu přikládá, až po probuzení matky.<sup>35</sup>

#### **1.2.4 Komplikace při porodu císařským řezem**

*„Ukončení těhotenství a porodu císařským řezem je pro ženu většinou náročnější než porod spontánní. Ve více jak polovině případů se provádí*

---

<sup>35</sup> PAŘÍZEK, A. *Kniha o těhotenství @ porodu*. 2. vyd. Praha: Galen, 2005. 414 s.

*z akutních indikací, které svojí naléhavostí často nedovolí předoperační přípravu ženy a navíc co nejrychlejší provedení výkonu.*<sup>36</sup>

- Krvácení - jednou z nejčastější a nejnebezpečnější komplikací je krvácení, které může být arteriálního, venózního původu. Dále je velmi nebezpečná porucha hemokoagulace. Důležitá je včasná a dostatečná náhrada.
- Embolie - během operace může vzniknout embolie plodovou vodou nebo vzduchová embolie. Prevencí je miniheparinizace, bandáže dolních končetin, včasná rehabilitace.
- Poškození orgánů - může být poškozen močový měchýř nebo klička tenkého střeva z důvodu rychlého nebo komplikovaného operačního postupu. Důležitá je včasná diagnostika a ošetření poškozeného orgánu.
- Pooperační hematom - hematom vzniká při krácení do ohraničených prostorů. Nejčastěji jde o subfasciální hematom, nebo může jít o krvácení do plica vesicouterina či do parametrií.
- Infekce - může jít o lokální infekci v operační ráně až po přestup infekce na parametria, adnexa, peritoneum malé pánve až následně na septický stav.
- Anesteziologické komplikace - při epidurální anestezii se můžou vyskytnout bolesti hlavy, zvracení. Při celkové anestezii je nebezpečí laryngospasmu, aspirace žaludečního obsahu do dýchacích cest.<sup>37</sup>

---

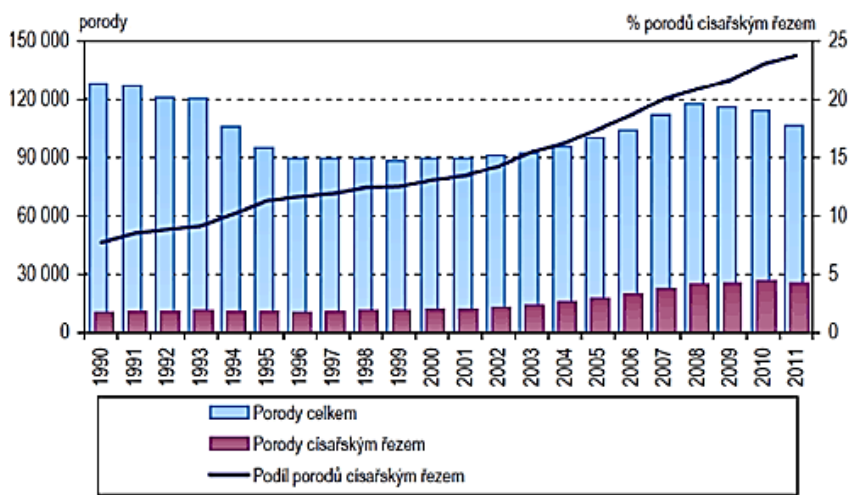
<sup>36</sup> ČECH, Evžen a kol. *Porodnictví*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, spol. s. r. o., 2006. s. 522.

<sup>37</sup> ČECH, E. a kol. *Porodnictví*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, spol. s. r. o., 2006.

### 1.2.5 Frekvence císařského řezu

Frekvence císařských řezů se stále zvyšuje. Graf 1 znázorňuje frekvenci porodů císařským řezem v České republice za posledních 22 let. V roce 2012 se porodnost císařským řezem vrací na úroveň roku 2010.

Graf 1 Vývoj počtu porodů a podílu císařských řezů



Zdroj: ÚZIS, dostupné z <http://www.uzis.cz/publikace/rodicka-novorozenec-2011>

Data byla převzata ze statistiky Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR.<sup>38</sup>

Snahou porodníků je snížit počet akutních císařských řezů nesoucích zvýšené riziko pro matku i pro plod ve prospěch plánovaných operací. Další velmi diskutovanou otázkou je rozšiřující se fenomén naší doby, kterým je císařský řez na přání.<sup>39</sup>

<sup>38</sup>ÚZIS. *Rodička a novorozenec* [online]. 2011.

<sup>39</sup>VELEBIL, P. Epidemiologie císařského řezu: *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2008, vol. 17, č. 1, s. 12 – 18.



### **1.3 Identifikační údaje**

#### **1.3.1 Základní údaje o pacientce**

Paní M. byla odeslána z prenatální ambulance pro elevaci tlaku a pozitivní index mikroalbuminurie na porodní sál, kde byla nasezena infuzní terapie, ale i přes terapii elevace TK dosáhla až na hodnoty 189/117, proto bylo indikováno ukončení těhotenství císařským řezem. Paní M. po operaci byla převezena na jednotku intenzivní péče, kde jsem se o ni starala nultý, druhý, třetí a čtvrtý pooperační den.

Osobní údaje:

Jméno: N. M.

Oslovení: paní M.

Narozena: 1982

Pojišťovna: 111

Národnost: česká

Vzdělání: středoškolské s maturitou

Povolání: administrativní pracovnice

Osoba, kterou lze kontaktovat: manžel

#### **1.3.2 Lékařská anamnéza**

Osobní anamnéza: v dětství běžné dětské nemoci, operace - neudává

Rodinná anamnéza: matka – diabetes mellitus na PAD, otec – ICHS, manžel - zdrav

Alergická anamnéza: bez alergie

Sociální anamnéza: pracuje jako administrativní pracovnice, žije s manželem ve společné domácnosti, sociální poměry jsou dobré

Abusus: kouření - před těhotenstvím jen příležitostně, alkohol - jen příležitostně, drogy - ne

Gynekologická anamnéza: menarche - od 13 let, cyklus pravidelný 28/5, nebolestivá, krvácení silnější; porody: 2009, spont., 4500/52, kluk, zdrav, šest. bnp., kojila 6 měsíců; UPT - 0

### ***1.3.3 Nynější těhotenství a přidružené choroby***

INT+ EKG: v normě

TRF: 0

GBS: neg.

II/II, grav. po spont. koncepci, bez komplikací

Zevní a vnitřní vyšetření:

Odeslána z PA pro hypertenzi a mikroalbuminurii

S: PP cítí normálně, VP zach., nekrvácí, kontrakce 0, bolest hlavy neguje, poruchy vizu neguje, bolesti v epigastriu neguje

CTG F-S

Vag.: mediosakrálně promoklé hrdlo 1cm, prostupné pro prst

UZ: 1 živý plod, AS +, pp +, pohl, post pravé, placenta na PS, normohydramnion

Závěr: grav. heb. 38 + 3 II/II; hypertenze 170/106, zvýšené MAU, mírná anemie, JT v normě, trombocyty v normě.

Dop. ad PS, na příjmu PS podán Vasocardin 50 mg p. o. ve 12.15, v 11.00 hod. naposledy jedla chlebiček, kontrola TK á 30 min., interní kontrola, sběr moči na proteinurii, CTG zopakovat za 1 hod., lační, odebrat koagulaci, zavést kanylu, Nepresol 2 amp. do 500 ml FR i. v.

Stav při přijetí:

Pacientka přijata dne 14. 11. 2013 po akutním císařském řezu, který byl proveden ve 38. týdnu gravidity ve 14.35 hod. Císařský řez byl proveden v celkové anestezii s krevní ztrátou 500 ml. Narodila se živá žena s porodní váhou 3380 g

s Apgar skóre 10-10-10. Pacientka je lehce spavá, jinak orientovaná, stabilizovaná, spolupracuje.

Diagnosticko – terapeutická péče:

Tab. 2 Fyziologické funkce při příjmu na JIP

TK: 172/ 99 mmHg	P: 124/min.	Dech: 28/min.
Výška: 172 cm	Váha: 97 kg	Váha před otěhotněním: 80 kg

Zdroj: Bubáková, 2014

Sledování vitálních funkcí po operaci jednu hodinu po 15 minutách, dále po hodině. Sledoval se odpad do drénu, zavinování dělohy a krvácení.

### ***1.3.4 Přehled farmakoterapie***

Intravenózní aplikace:

Ringer, sol. 1000 ml + 10 j. Oxytocinu

Oxytocin 5IU inj. sol. uterotonikum, galaktokinikum

Plazmalyte s 5% Glukozou, sol., 1000 ml s 6 j. Humulinu R, 10 ml Calcium glukonicum, 5 ml Acidum ascorbicum

Magnesium sulfuricum 20%, inj. sol., ionty pro parentrální aplikaci, myorelaxans

Nepresol, inj. sol., 50 mg, antihypertenzivum, vazodilatanc, aplikováno 50 mg

Nepresolu v 50 ml FR

Dipidolor, inj. sol., 2 ml, analgetikum, anodynum, aplikovány 4 amp. Dipidoloru do 50 ml FR

Furosemid, inj. sol., 20 ml, diuretikum, aplikace bolusově po 5 mg

Torecan, inj. sol., 1 ml, antiemetikum, antivertiginózum, aplikace jednorázově při přijetí na JIP

Subkutánní aplikace:

Fragmine, inj., 5000 mj., nízkomolekulární heparin, antikoagulant, antiagregans, aplikováno jednou za 24 hod.

Perorálně:

Vasocardin, tbl., 50 mg, antihypertenzivum, selektivní beta-blokátor, aplikován á 8 hod.

Diazepam, 10 mg por. tbl. anxiolytikum, sedativum, centrální myorelaxans, podávána 1tbl. na noc

Rektálně:

Dicloream, supp., 100 mg, nesteroidní antiflogistikum, antirevmatikum, podán při příjezdu na JIP, dále dle potřeby á 12 hod.

### ***1.3.5 Dietoterapie a pohybový režim***

Paní M. bude mít nultý den jen čaj, první den dostane k čaji v poledne a večer bujón. Druhý pooperační den bude moci dostat kaši a další dny dietu šetřící.

Po operaci, která byla z důvodu akutního vedena v celkové anestezii, může vstávat již za osm hodin. Z důvodu hypertenze paní M. vstává až první pooperační den. Během dne na JIP přišla rehabilitační sestra, která provedla pohybovou a dechovou rehabilitaci. První operační den se paní M. s rehabilitační sestrou naučila posazovat přes bok a vstávat z lůžka. Další dny již paní M. zvládá vše bez pomoci.

## ***1.4 Průběh hospitalizace***

Paní M. byla přijata na JIP dne 14. 11. 2013 in grav. hebd. 38 + 3 z důvodu preeklampsie. I přes infuzní terapii byla elevace TK na 189/117, proto indikováno ukončení těhotenství per s. c. Operace byla vedena v celkové anestezii, krevní ztráta byla 500 ml, operační přístup z řezu dle Pfannenstiela. Paní M. měla ze sálu zavedeny dva periferní katétry na levé horní končetině,

permanentní močový katétr, který odváděl čistou moč, redon uložený subfasciálně, který při příjezdu odvedl jen minimum. Na JIP byly nepřetržitě sledovány vitální funkce, krevní tlak z počátku po 15 minutách jednu hodinu, dále pak po hodině, sledování příjmu a výdeje á 6 hodin a tělesná teplota jedenkrát denně. Dále se kontrolovalo zavínování dělohy a s tím spojené krvácení, odpad do drénu a kontrola operační rány. Dle ordinace anesteziologického lékaře byla podána infuzní terapie, analgezie, oxygenoterapie a léky proti tromboembolické nemoci.

Paní M. po úplném nabytí vědomí jsem informovala o průběhu režimu na JIP, odebrala jsem ošetřovatelskou anamnézu. V odpoledních hodinách přišel pediatr informovat o zdravotním stavu holčičky a asi po hodině dětská sestřička přinesla holčičku ukázat a přiložit k prsu. První pooperační den byla paní M. tlakově a pulsově stabilní. Bolesti neguje.

## 2. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

### 2.1 *Charakteristika ošetřovatelského procesu*

Moderní ošetřovatelství je disciplína založená na nových poznatcích, které se ověřují a uplatňují v praxi, na samostatnosti sestry, na týmové spolupráci s lékaři a ostatními odborníky. Prudký rozvoj medicíny ovlivnil práci sester natolik, že se jejich pozornost a schopnosti soustředily na zvládnutí složitých diagnostických a léčebných postupů a z ryze ošetřovatelské péče se vytratila podstata samotného člověka a jeho potřeb.<sup>40</sup>

Snaha o zachování rovnováhy mezi technickým rozvojem a potřebami pacienta vedla v ošetřovatelství k uplatnění holistického přístupu k člověku, který vyžaduje orientaci na biologické, psychické, sociální a duchovní aspekty ve zdraví i v nemoci. Holistická ošetřovatelská péče akceptuje práva pacienta, která jsou integrální součástí ošetřování a ošetřovatelského procesu. Neoddělitelnou součástí holistického ošetřovatelství je ošetřovatelský proces, který představuje systémový přístup a komplexní řešení problémů pacienta a vždy je zaměřený na celého člověka, nejen na vlastní nemoc. Dobře a zodpovědně vedený ošetřovatelský proces je zárukou rovnocenného partnerského vztahu mezi sestrou, nemocným a jeho rodinou, a také zajištěním kontinuity individualizované ošetřovatelské péče.<sup>41</sup>

*„Ošetřovatelský proces je systematický přístup k ošetřování nemocných, který řeší jejich individuální problémy a je zaměřený na tělesné, psychické, sociální a duchovní potřeby jednotlivce, rodiny a komunity.“*<sup>42</sup> Ošetřovatelský proces probíhá ve fázích, které se vzájemně prolínají:

---

<sup>40</sup> MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetřovatelství I.* 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002.

<sup>41</sup> PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetřovatelství v kostce.* Praha: Grada Publishing a.s., 2006. 150 s.

<sup>42</sup> STAŇKOVÁ, M. *České ošetřovatelství I.* Brno: NCO NZO, 2003. 37 s.

- Fáze posuzování:

V této fázi ošetrovatelského procesu zjišťujeme informace o pacientce: „*Kdo je moje pacientka?*“ Sběr informací předpokládá profesionální všímavost, pozorovací talent, odborné znalosti, schopnost vyhledávat data a různé údaje. Informace získáváme rozhovorem s pacientkou a pozorováním, ze zdravotnické dokumentace, od příbuzných a od zdravotnického personálu. Shromažďováním informací o nemocné provádíme ošetrovatelskou anamnézu a získané poznatky zaznamenáváme do ošetrovatelské dokumentace.

- Fáze stanovení ošetrovatelské diagnózy:

Tato fáze zahrnuje zhodnocení a stanovení ošetrovatelského problému: „*Co pacientku trápí?*“ Problémy můžeme hodnotit jako aktuální, permanentní, potencionální i neexistující. Ošetrovatelská diagnóza musí být jasná, stručná, vztahující se k problému pacientky, mění se jejím stavem a doplňuje lékařskou diagnózu.

- Fáze plánování:

V této fázi si stanovíme cíle a plán ošetrovatelské péče k odstranění ošetrovatelského problému: „*Co můžu pro pacientku udělat?*“ Ošetrovatelský plán musí být realistický, řídí se potřebami nemocného, musí obsahovat závazné úkoly vyplývající z ordinace lékaře, které musí být vždy splněny, musí respektovat technické vybavení oddělení, musí mít podporu nemocného nebo příbuzných, musí respektovat bezpečnost nemocného a k jedné ošetrovatelské diagnóze může být více cílů i intervencí. Ošetrovatelský plán používá výrazy jako: „*Vysvětlí, zjistí, pouč, aplikuj,....*“

- Fáze realizace navržených opatření a intervencí:

Při realizaci ošetrovatelského plánu plníme ordinace lékaře, činnosti vyplývající z harmonogramu práce a činnosti vyplývající ze sesterských ordinací. Sestra zodpovídá za splnění úkolů uvedených v plánu a stvrzuje to svým podpisem.

- Fáze hodnocení poskytnuté ošetrovatelské péče:

V této fázi ošetrovatelského procesu máme objektivní zpětnou vazbu úspěšnosti ošetrovatelské péče: „*Pomohla jsem své pacientce?*“ Zjišťujeme, zda bylo dosaženo cíle, pacientka byla spokojena s ošetrovatelskou péčí. Mezi faktory, které ovlivňují hodnocení, patří osobnost pacienta, osobnost lékaře, ošetrovatelský personál a organizace práce.<sup>43</sup>

## **2.2 Model funkčních vzorců zdraví Marjory Gordonové**

Model funkčních vzorců zdraví Marjory Gordonové patří do skupiny intervenčních modelů, které kladou důraz na ošetrovatelské zásahy. Tento model je z hlediska holistické péče nejkompexnější. Uplatňuje se při poskytování ošetrovatelské péče v praxi, kdy všeobecná sestra může kvalifikovaně zhodnotit zdravotní stav klienta. Při použití tohoto modelu sestra získá komplexní informace k sestavení ošetrovatelské anamnézy, k stanovení aktuální i potenciální ošetrovatelské diagnózy a k efektivnímu naplánování i realizaci ošetrovatelské péče.<sup>44</sup>

Základní strukturu tohoto modelu tvoří dvanáct oblastí, z nichž každá představuje funkční nebo dysfunkční součást zdravotního stavu. Všeobecná sestra systematicky shromažďuje informace v rámci jednotlivých vzorců zdraví. Získané informace porovnává s normami příslušnými pro daný věk, s individuálním výchozím stavem, kulturními a společenskými normami.<sup>45</sup>

---

<sup>43</sup> DUDA, M. at al. *Práce sestry na operačním sále*, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o., 2000. 392 s.

<sup>44</sup> PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. 150 s.

<sup>45</sup> PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. 150 s.



## **2.3 Kazuistika**

Paní M. byla 14. 11. 2013 odeslána z prenatální ambulance pro elevaci tlaku a pozitivní index mikroalbuminurie na porodní sál, kde byla nasezena infuzní terapie. Elevace TK však dosáhla až na hodnoty 189/117, proto bylo indikováno ukončení těhotenství císařským řezem ve 14.35 hodin. Paní M. po operaci byla převezena s veškerou lékařskou dokumentací na jednotku intenzivní péče, kde jsem se o ni starala nultý, druhý, třetí a čtvrtý pooperační den.

### **2.3.1 Anamnéza**

Paní M. je 31 let. Z prenatální ambulance byla odeslána na porodní sál pro elevaci tlaku a pozitivní index mikroalbuminurie, kde byla nasezena infuzní terapie. Bylo indikováno ukončení těhotenství císařským řezem pro elevaci TK až na hodnoty 189/117. V osobní ani v rodinné anamnéze se hypertenze nevyskytuje, u matky diabetes mellitus na PAD, u otce ICHS, manžel je zdravý. Doposud byla zdravá, těhotenské odběry a vyšetření byly v normě. Potíže se sluchem či zrakem nejuje. Pracovní a sociální anamnéza je bez rizika, klientka pracuje jako administrativní pracovnice, je vdaná a žije s manželem ve společné domácnosti. V gynekologické anamnéze je jeden porod v roce 2009, spont., 4500/52, chlapec, zdravý, šest. bnp., matka kojila 6 měsíců, menstruace od 13 let, pravidelná, hormonální antikoncepci neužívala, nyní druhý porod.

### **2.3.2 Katamnéza**

Pacientka byla přijata na JIP dne 14. 11. 2013 po akutním císařském řezu z důvodu preeklampsie. Klientka si byla vědoma závažnosti svého stavu, rozuměla a souhlasila s navrženou léčbou a postupy, pochopila možná rizika onemocnění jak pro sebe, tak pro plod, byla srozuměna s nutností ukončení těhotenství v případě neúčinné medikamentózní léčby. Císařský řez byl proveden

v celkové anestezii s krevní ztrátou 500 ml ve 38. týdnu gravidity ve 14.35 hod., operační přístup k řezu dle Pfannenstiela. Narodila se živá žena s porodní váhou 3380 g s Apgar skóre 10-10-10. Paní M. měla ze sálu zavedeny dva periferní katétrů na levé horní končetině, permanentní močový katétr, který odváděl čirou moč, redon uložený subfasciálně, který při příjezdu odvedl jen minimum. Na JIP byly nepřetržitě sledovány vitální funkce, krevní tlak z počátku po 15 minutách jednu hodinu, dále pak po hodině, sledování příjmu a výdeje á 6 hodin a tělesná teplota jedenkrát denně. Dále se kontrolovalo zavinování dělohy a s tím spojené krvácení, odpad do drénu a kontrola operační rány. Dle ordinace anesteziologického lékaře byla podána infuzní terapie, analgezie, oxygenoterapie a léky proti tromboembolické nemoci. Pacientka je lehce spavá, jinak orientovaná, stabilizovaná, spolupracuje.

0. den: TK při příjezdu na oddělení je 138/86, P 124/min., saturace 97 %, D 28, TH - Ringer laktát s 10 j. Oxytocínu, který kape rychlostí 100 ml/hod. Nepresol 50 mg/50 ml fyziologického roztoku kape rychlostí 1 ml/hod. Po dvou hodinách TK se zvyšuje na hodnoty 156/95 a Nepresol se zvyšuje na 3 ml/hod. Na bolest byly aplikovány 4 amp. Dipidolor/50 ml fyziologického roztoku i. v. Při příjezdu byl aplikován Dicloream supp., Vasocardin 50 mg, p. o. á 8 hod., 18 hod., 2 hod., 10 hod. Fraxiparin 5000 j. ve 20 hod. s. c. Na noc byl aplikován Diazepam 10 mg p. o.

2. den: TK přes dosavadní medikaci se stále pohybuje v rozmezí 165/101, P 110/min., pokračuje kontinuální podávání Nepresolu, který kape na 5 ml/hod., přidáno je 20% MgSO<sub>4</sub> 50 ml, i. v., který kape 3 ml/hod., bolusově podán Furosemid 10 mg i. v., Plazmalyte 1000 ml, který kape 50 ml/hod., Vasocardin 50 mg p. o. á 8 hod, přidán Lomir 5 mg p. o. 1 krát denně, Fragmine 5000 j. s. c. v., při bolesti může být podán Dipidolor 1 amp. i. m., Dicloream 100 mg supp.

3. den: Tlakově v rozmezí 145/80, kontinuálně kape Nepresol i. v. 2 ml/hod, přikapává fyziologický roztok 50 ml/ hod., podáván je Vasocardin 50 mg á 6 hod. p. o., Lomir 5 mg 1 krát za 24 hod.

4. den: Tlakově v rozmezí 155/90, P 100/min, kontinuálně kape Nepresol na 1 ml/hod., bolusově podán Ebrantil 25 mg i. v., Vasocardin 3 x 100 mg p. o., Lomir 5 mg p. o. á 12 hod., Prestarium 5 mg p. o. á 24 hod. Při bolesti Dicloreum supp., Dipidolor 1amp. i. m.

5. den: TK v rozmezí 145/80, P 95/min, pacientka přeložena na standardní oddělení s perorální medikací Vasocardim 3 x 100 mg, Lomir 5 mg 1 krát á 12 hod., Prestarium 5 mg 1 krát á 24 hod.

### ***2.3.3 Ošetrovatelská anamnéza***

Podkladem pro sběr informací byl rozhovor s paní M., vlastní pozorování při ošetrování, lékařská dokumentace, která byla na JIP předána při příjmu pacientky, a komunikace s ostatními členy ošetrovatelského týmu (příloha č. 1).

Na základě ošetrovatelské anamnézy jsem formulovala aktuální a potenciální ošetrovatelské diagnózy pro bezprostředních 24 hodin po porodu. Stanovila jsem cíle péče, navrhla krátkodobý a dlouhodobý plán péče včetně realizace. Krátkodobý plán péče jsem začala realizovat ihned po operaci 14. 11. 2013 v 15.00 hodin. Vyhodnocení plánu jsem provedla 15. 11. 2013 v 15.00 hodin (příloha č. 2).

Většina aktuálních i potenciálních ošetrovatelských diagnóz přesahuje z období těsně po operaci do dalších dní. V dlouhodobém plánu péče byly řešeny všechny problémy v oblasti fyzické, psychické i sociální, které se vyskytují po porodu císařským řezem. Vyhodnocení plánu jsem provedla 19. 11. 2013 v 8.55 hodin, kdy byla pacientka přeložena na standardní oddělení (příloha č. 3).

#### **▪ Vnímání zdravotního stavu a aktivit k udržení zdraví:**

Paní M. žije zdravě, ekonomická a sociální situace je dobrá, kouřila a pila alkohol jen příležitostně, ale přestala obojí v těhotenství, kávu pila před těhotenstvím 3 krát denně, během těhotenství 1 krát denně. Volný čas tráví s manželem

a s prvorozeným synem. V dětství neprodělala žádné vážné onemocnění ani operaci. Do těhotenské poradny docházela pravidelně.

- Výživa a metabolismus:

Před těhotenstvím vážila 80 kg a měřila 172 cm. V těhotenství přibrala 17 kg, což považuje za nadměrné. Vitamínové preparáty neužívala, kůži má čistou bez defektu, v těhotenství používala kosmetiku proti striím, vlasy a nehty jsou čisté, chrup sanován. Je bez teploty. Při příjezdu na JIP má periferní katétr, místo vpichu je kryto náplastí, popsáno datem a hodinou vpichu. Katétr je na levém předloktí, aby pacientku neomezoval v pohybu. Na operačním sále dostala v rámci antibiotické profylaxe Cefazolin 2 g i. v. a infuzní terapii Ringer laktát s 10 j. Oxytocínu. Na JIP byla zahájena infuzní terapie dle ordinací anesteziologa. Pít může za dvě hodiny čaj nebo vodu a nebude jíst. V podbříšku má operační ránu vedenou dle Pfannestiela, krytou sterilním krytím bez drénů. Děloha je retrahovaná, krvácení přiměřené.

- Vylučování:

V těhotenství měla občasné potíže se zácpou, ale to považovala za normální vzhledem ke zkušenostem z prvního těhotenství. Na operačním sále byl zaveden permanentní Foleyův močový katétr, který odvádí čistou moč bez příměsi krve. Výdej byl dostatečný. Dále byl zaveden redon, který byl uložen subfasciálně a při příjezdu odvedl jen minimum. Stolicí neočekáváme, ale peristaltika funguje.

- Aktivita a cvičení:

Před těhotenstvím žádný sport aktivně neprovozovala. Pracovala jako administrativní pracovnice. S manželem a synem chodili na procházky a se synem chodila plavat. Ráda si zašla s kamarádkou na kávu. V těhotenství žádné cvičení nenavštěvovala. Pacientka je po celkové anestezii, vstávat by mohla za 8 hod. dle jejího aktuálního stavu, ale bude vstávat až další den odpoledne. Na posteli jsou prováděny cviky na prevenci TEN a peristaltiku.

- Spánek a odpočinek:

Nikdy se spaním problémy neměla, chodila spát okolo 23. hod., vstávala v 6 hod., v těhotenství velmi spavá, spala i po obědě. Druhé těhotenství bylo pro ni náročné. Po operaci pacientka leží na JIP, kde jsou ještě další dvě maminky po císařském řezu. Pacientka pospává, ale je rozrušená z nové situace, a to ze svého zdravotního stavu a z obav o zdraví holčičky.

- Vnímání a poznávání:

Při příjmu je pacientka lehce spavá, ale orientuje se v místu i času. Aktivně se zajímá o miminko, o průběh zákroku a o svůj zdravotní stav. Těhotenství bylo ukončeno akutně. Je klidnější, když ví, co a jak bude probíhat.

- Sebepojetí a sebeúcta:

Vnímá sama sebe jako introvertní bytost. Má vždy strach z nových a neznámých věcí. Na mě působí jistě, hovoří nahlas, je schopná očního kontaktu.

- Plnění rolí a mezilidské vztahy:

Pro paní M. je to druhé dítě, které bylo plánované. Je vdaná, má fungující partnerský vztah. Na manžela je spolehnutí. Uvědomuje si, že s druhým dítětem to bude náročnější, ale doufá, že to s manželem zvládnou.

- Sexualita a reprodukční schopnost:

Těhotenství bylo plánované, bez problému přišla do jiného stavu.

- Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání a tolerance:

Nerada se hádá, konflikty nevyhledává, napětí a stres nemá ráda. Rodiče má daleko. Operace proběhla akutně, bez komplikací, ale přesto má nepříjemné pocity.

- Víra, přesvědčení a životní hodnoty:

Nehlásí se k žádnému náboženství. Věří ve šťastnou rodinu, a pro toto přesvědčení dělá vše.

- Jiné:

Má jen obavy, zda nastoupí laktace z důvodu akutního řezu a preeklampsie.

## ***2.4 Krátkodobý plán ošetrovatelské péče***

Na JIP probíhala ošetrovatelská péče paní M. nultý až pátý den, poté byla převezena na standardní oddělení. Na základě ošetrovatelské anamnézy byl stanoven krátkodobý plán ošetrovatelské péče pro bezprostředních 24 hodin po porodu, který zahrnuje aktuální a potenciální ošetrovatelské diagnózy. Součástí jsou krátkodobé cíle, ošetrovatelské intervence, realizace a dílčí vyhodnocení.

### ***2.4.1 Aktuální ošetrovatelské diagnózy***

**Diagnóza 1:** Nedostatek soběstačnosti v pohybu a v oblasti hygieny

Ošetrovatelské cíle: Paní M. pochopí, že musí strávit 24 hodin po operaci na lůžku, po 24 hodinách bude schopna dojít s doprovodem k umyvadlu a provést sama hygienu, bude znát hlavní zásady pohybu po operačním zákroku.

Ošetrovatelské intervence:

- vysvětlit paní M. důvod nutnosti setrvat v poloze na zádech;
- pečovat o hygienu na lůžku, zabezpečit přístup k osobním věcem;
- první pooperační den naučit paní M. správně vstávat z lůžka, nacvičit správný způsob vstávání po břišní operaci;
- před vstáváním zkontrolovat krevní tlak a vhodnou obuv, doprovázet paní M., dokud není zcela zmobilizovaná a zhodnotit, kdy je schopna pohybovat se sama.

Realizace: Paní M. jsem vysvětlila, že z důvodu hypertenze může vstát až první pooperační den odpoledne, musí setrvat na lůžku v klidu v poloze

na zádech, aby předešla bolestem hlavy. Při kontrole krvácení jsem pravidelně vyměňovala paní M. vložky a provedla jsem hygienu vleže na lůžku. Nečistoty jsem odstranila čistící pěnou, rodidla jsem opláchla teplou vodou, upravila jsem vlasy a pomohla jí převléknout čistou operační košili. Během dne na JIP přišla rehabilitační sestra, která provedla pohybovou a dechovou rehabilitaci. První pooperační den se paní M. s rehabilitační sestrou naučila posazovat přes bok a vstávat z lůžka, ale samostatně provést hygienu u umyvadla ještě nezvládla. Paní M. ocenila, že má na dosah sklenku s brčkem a mobilní telefon pro spojení s rodinou.

Dílčí hodnocení: Paní M. pochopila nutnost setrvat v klidu na lůžku, cítila se dobře, negovala bolest a učila se správně vstávat z lůžka. Cíl byl splněn.

## **Diagnóza 2:** Strach z pozdního nástupu laktace

Ošetrovatelské cíle: Informováním a edukací pomoci paní M. překonat strach z pozdního nástupu laktace.

Ošetrovatelské intervence:

- vysvětlit paní M. podmínky nástupu laktace;
- zajistit časté a správné přikládání dítěte k prsu.

Realizace: V odpoledních hodinách přišla dětská sestřička, přinesla ukázat holčičku a přiložit k prsu. Paní M. bylo vysvětleno, že hlavní podmínkou časného nástupu laktace je přikládání dítěte k prsu bez omezení frekvence a délky co nejdříve po porodu, a to minimálně 8 krát denně. V období 24 hodin po porodu byla holčička velmi šikovná a intenzivně sála. Paní M. se při kojení nemohla otočit na bok, proto jsme volili při kojení holčičky polohu, kdy miminko leží na břiše matky. Zároveň jsme pomáhali se správným přiložením.

Dílčí hodnocení: Holčička se přisála 8 krát za 24 hodin. Paní M. se přestala obávat pozdního nástupu laktace. Cíl byl splněn.

**Diagnóza 3:** Únava v důsledku nedostatku spánku a z obav o své zdraví a zdraví dítěte

Ošetrovatelské cíle: Zabezpečit, aby paní M. v průběhu 24 hodin po operaci spala nepřetržitě min. 4 hodiny.

Ošetrovatelské intervence:

- vysvětlit paní M. nutnost klidného spánku;
- podat jí dostatek informací o jejím zdravotním stavu a o stavu holčičky.

Realizace: Paní M. po porodu byla spavá, ale ve velmi krátkých intervalech. Vysvětlila jsem jí, že čas, kdy nemůže vstávat z lůžka a kdy nemusí pečovat o své dítě, by měla využít k odpočinku a spánku. Bolest paní M. nepocítovala, pediatr informoval paní M. o dobrém zdravotním stavu dítěte a lékař ji ubezpečil o stabilizaci jejího zdravotního stavu. Po uspokojujících informacích se paní M. uklidnila a usnula. Paní M. jsem zbytečně při odpočinku nerušila, přesto se probudila po 2 hodinách.

Dílčí hodnocení: Paní M. se cítí stále unavená, pociťuje tlaky z otoků. Cíl byl splněn částečně.

**Diagnóza 4:** Porucha integrity kůže způsobená císařským řezem

Ošetrovatelské cíle: Zajistit, aby operační rána nejevila známky infekce.

Ošetrovatelské intervence:

- pravidelně kontrolovat prosakování krytí operační rány;
- věnovat pozornost příznakům infekce;
- asepticky ošetřovat operační ránu.

Realizace: Pravidelně jsem kontrolovala prosakování krve do krytí operační rány. V 18 hodin jsem provedla převaz operační rány. Odstranila jsem krytí, ránu



jsem osušila sterilním tamponem, použila jsem dezinfekční sprej a přelepila sterilním krytím. V průběhu ošetřování jsem komunikovala s paní M. a předem jsem popisovala úkony, které jsem následně prováděla. O převazech jsem udělala záznam do dokumentace. Ráno první pooperační den jsem krytí odstranila při kontrole lékaře. Rána nejevila známky infekce, znovu jsem ji potřela dezinfekčním prostředkem a přelepila sterilním krytím.

Dílčí hodnocení: Rána neprosakuje a nejeví známky infekce. Cíl byl splněn.

#### **2.4.2 Potenciální ošetrovatelské diagnózy**

**Diagnóza 1:** Riziko tromboembolické nemoci v souvislosti s provedením císařského řezu

Ošetrovatelské cíle: Paní M. nebude jevit známky tromboembolické nemoci a tyto známky budou včas odhaleny.

Ošetrovatelské intervence:

- zkontrolovat správné použití kompresivních punčoch;
- zajistit časnou rehabilitaci a návrat k samostatnému pohybu;
- aktivně nabízet tekutiny.

Realizace: V době, kdy Paní M. není zcela mobilizovaná, má oblečené elastické punčochy. Je poučená o možnostech cvičení na lůžku. Mezi důležité cviky patří extenze a flexe chodidel, kroužení končetinami v kotnících a v koleni. Paní M. aktivně nabízíme tekutiny. Pít může za 2 hodiny po návratu z operačního sálu.

Dílčí hodnocení: Paní M. nejeví známky tromboembolické nemoci. Cíl byl splněn.

**Diagnóza 2:** Riziko vzniku infekce močových cest v souvislosti se zavedením permanentního močového katétru, riziko vzniku infekce v důsledku zavedení periferních žilních katétrů a v místě zavedení drenáže spojené se sledováním odpadu drénu

Ošetrovatelské cíle: U paní M. se neprojeví známky infekce močových cest a v místě zavedení periferních žilních katétrů i drenáže nebudou patrné známky infekce. O množství odpadu drénu pravidelně informovat ošetřujícího lékaře.

Ošetrovatelské intervence – permanentní močový katétr:

- pečovat o permanentní močový katétr;
- ponechat ho zavedený jen po nezbytně nutnou dobu;
- poučit paní M. o příznacích infekce močových cest, jako je pálení a řezání;
- zajistit dostatek tekutin.

Ošetrovatelské intervence – periferní žilní katétr:

- pečovat o dva periferní žilní katétr;
- zhodnotit místa vpichu 1 krát za 24 hodin;
- poučit paní M. o možných příznacích infekce.

Ošetrovatelské intervence – redon:

- pečovat o redon;
- ponechat ho zavedený jen po nezbytně nutnou dobu;
- důkladně poučit paní M. o možnosti zalomení drénu, přilehnutí pacientkou;
- zdůraznit nezbytnost spolupráce paní M.

Realizace: Paní M. měla ze sálu zavedeny dva periferní katétr na levé horní končetině, permanentní močový katétr, který odváděl čistou moč, redon, který byl uložen subfasciálně a při příjezdu odvedl jen minimum odpadu.

Místa vpichu periferních katétrů na levé horní končetině jsem převazovala 1 krát za 24 hodin. Převaz byl prováděn přísně asepticky. Po šetrném odstranění krytí hodnotím známky infekce. Místo vpichu jsem potřela alkoholovým roztokem, nechala zaschnout a překryla novým sterilním krytím. Krytí jsem označila datem a hodinou převazu. Během výkonu komunikuji s paní M. a informuji ji o všech úkonech a zjištěních. O převazu jsem provedla zápis do dokumentace.

Během hygienické péče na lůžku jsem omývala rodidla paní M. vlažnou vodou a dbala jsem na to, aby permanentní močový katétr byl zajištěn proti posunutí. Moč je sbírána do uzavřeného systému, odkud je v šestihodinových intervalech odpouštěna. Paní M. jsem aktivně nabízela tekutiny a zajistila, aby měla tekutiny na dosah ruky. Katétr byl po 24 hodinách od operace odstraněn.

Během hygienické péče jsem dbala i na to, aby redon byl zajištěn proti posunutí a odstranění pacientkou přelepením. Na místě drenáže je sterilní krytí, dezinfekce byla prováděna kruhovým pohybem od místa drenáže směrem ven, převazy byly prováděny za přísně aseptických podmínek, dle ordinace lékaře byl drén proplachován a okolí drénu bylo udržováno čisté a suché. Bylo prováděno pravidelné sledování množství a charakteru sekretu z drénu, funkčnost a průchodnost drénu. Množství odvedeného sekretu se započítává do celkového denního výdeje pacientky a každá změna byla hlášena lékaři.

Dílčí hodnocení: V okolí místa zavedení permanentního močového katétru, periferních žilních katétrů a drénu nejsou patrné známky infekce. Odpad z drénu byl nízký. Cíl byl splněn.

## **2.5 Dlouhodobý plán ošetrovatelské péče**

Jak už bylo řečeno, většina aktuálních i potenciálních ošetrovatelských diagnóz přesahuje z období těsně po operaci do dalších dní v rámci dlouhodobého ošetrovatelského plánu.

### **2.5.1 Aktuální ošetrovatelské diagnózy**

**Diagnóza 1:** Nedostatek soběstačnosti v pohybu a v oblasti hygieny

Ošetrovatelské cíle: Paní M. bude schopna dojít s doprovodem k umyvadlu a provést sama hygienu, bude znát hlavní zásady pohybu po operačním zákroku a začne být soběstačná.

Ošetrovatelské intervence:

- před vstáváním zkontrolovat krevní tlak a vhodnou obuv;
- doprovázet paní M., dokud není zcela zmobilizovaná;
- zhodnotit, kdy je schopna pohybovat se sama.

Realizace: Druhý pooperační den je paní M. schopná provést hygienu za asistence sestry a během dopoledne půjde s doprovodem do sprchy, kde provede celkovou hygienu. Před vstáváním kontrolujeme krevní tlak a celkový stav pacientky. Pacientka vstává pod dohledem a s pomocí sestry. Nejprve si lehne na bok, poté spustí nohy a opře se o loket. Druhou rukou se vzepře o polštář a tím se posadí bez namáhání přímých svalů břišních. Několik minut zůstane sedět, poté se postaví. Paní M. se cítí dobře, pomohli jsme jí dojít k umyvadlu a po provedení hygieny se s doprovodem vrátila na lůžko. Lehla si za použití stejných pohybů, ale v opačném pořadí. Další dny je již schopná vstávat sama a provést hygienu. Paní M. edukujeme o tom, že je vhodné po každém kojení a po použití toalety opláchnout rodidla a často vyměňovat porodnické vložky. V případě změny charakteru očístků nebo zvláštního zápachu je nutné upozornit porodní asistentku.

Dílčí hodnocení: Paní M. druhý pooperační den provedla celkovou hygienu. Při vstávání a chůzi nedošlo k pádu, paní M. se pohybuje s jistotou a další dny již provádí hygienu samostatně. Cíl byl splněn.

## **Diagnóza 2:** Strach z pozdního nástupu laktace

Ošetrovatelské cíle: Informováním a edukací pomoci paní M. překonat strach z nedostatečné laktace a nalézt nejvhodnější polohu matky i dítěte při kojení

Ošetrovatelské intervence:

- povzbuzovat paní M. při kojení;
- zajistit časté a správné přikládání dítěte k prsu;
- zajistit neoptimálnější polohu při kojení.

Realizace: V průběhu druhého pooperačního dne byla paní M. natolik zotavená, že dítě jsme mohli přikládat k oběma prsům bez omezení frekvence a délky. Matka kojila, kdykoliv si holčička řekla. Od třetího dne jsme zjišťovali množství mléka vypitého během jednoho kojení. V této době jsme zkoušeli i různé polohy při kojení, aby maminka mohla zvolit takovou, která jí nejlépe vyhovuje při jejím zdravotním stavu. Paní M. pokračovala v kojení 8 krát denně. Napětí v prsou nepocítovala a laktace se rozbíhala plynule. Holčička přibývala na váze. Veškerý čas, který paní M. strávila na JIP jsme věnovali nácviku správné techniky kojení. Nakonec maminka zvolila boční fotbalovou polohu, kdy miminko měla položené z boku na polštáři. Paní M. jsme doporučili dodržovat úzkostlivou hygienu při manipulaci s prsy. Nejpozději od třetího dne je vhodné nosit speciální kojící podprsenky opatřené vložkami na zachytávání odkapávajícího mléka. Paní M. však již byla zkušenou matkou, co se týče kojení, a spolupráce s ní byla bez problémů.

Dílčí hodnocení: Holčička sála pěkně a přibývala na váze. Paní M. se přestala obávat, že by měla nedostatek mléka. Podařila se najít neoptimálnější poloha pro matku i dítě při kojení. Cíl byl splněn.

**Diagnóza 3:** Únava v důsledku nedostatku spánku a z obav o své zdraví a zdraví dítěte

Ošetrovatelské cíle: Zabezpečit, aby paní M. spala i přes den, kdy spí i její holčička a přestala se obávat o své zdraví a zdraví dítěte.

Ošetrovatelské intervence:

- vysvětlit paní M. nutnost klidného spánku;
- podat jí dostatek informací o jejím zdravotním stavu a o stavu holčičky.

Realizace: Paní M. následující dny začala klidně spát. V noci se budila jen z důvodu kojení. Bolest paní M. nepociťovala, pediatr informoval paní M. o dobrém zdravotním stavu dítěte a lékař ji ubezpečil o stabilizaci jejího zdravotního stavu. Po uspokojivých informacích se paní M. velmi uklidnila.

Dílčí hodnocení: Paní M. se cítí dobře, stále ještě pociťuje tlaky z otoků, ale spí již klidně min. 7 hodin denně. Cíl byl splněn.

**Diagnóza 4:** Porucha integrity kůže způsobená císařským řezem

Ošetrovatelské cíle: Zajistit, aby operační rána nejevila známky infekce a dobře se hojila

Ošetrovatelské intervence:

- pravidelně kontrolovat operační ránu;
- věnovat pozornost příznakům infekce;
- asepticky ošetřovat operační ránu.

Realizace: Od druhého pooperačního dne již operační ránu nekryjeme obvazem. Paní M. byla poučena, aby ve sprše šetrně ránu osprchovala a snažila se odstranit zbytky dezinfekce a zaschlou krev. Udržování jizvy v suchu a přístup vzduchu k šití podporuje hojení a omezuje riziko vzniku infekce. Paní M. byla dále poučena, že má k jizvě umožnit co největší přístup vzduchu a nosit vhodné prádlo. Ideální jsou síťované kalhotky ve velikosti, ve které pohodlně přesahují přes celé břicho. Jizva je denně kontrolována lékařem, přesto je nutné pacientku seznámit s příznaky infekce v jizvě, aby v případě zpozorování zarudnutí, otoku nebo zvýšené bolestivosti upozornila ihned zdravotnický personál.

Dílčí hodnocení: Rána nejeví známky infekce a dobře se hojí. Cíl byl splněn.

### ***2.5.2 Potenciální ošetrovatelské diagnózy***

**Diagnóza 1:** Riziko tromboembolické nemoci v souvislosti s provedením císařského řezu

Ošetrovatelské cíle: Paní M. nebude jevit známky tromboembolické nemoci a tyto známky budou včas odhaleny.

Ošetrovatelské intervence:

- zajistit časnou rehabilitaci a návrat k samostatnému pohybu;
- aktivně nabízet tekutiny.

Realizace: Paní M. je poučena o možnostech cvičení na lůžku. Mezi důležité cviky patří extenze a flexe chodidel, kroužení končetinami v kotnících a v koleni. Paní M. stále aktivně nabízíme tekutiny.

Dílčí hodnocení: Paní M. nejeví známky tromboembolické nemoci. Cíl byl splněn.

**Diagnóza 2:** Riziko vzniku infekce v důsledku zavedení periferních žilních katétrů a v místě zavedení drenáže spojené se sledováním odpadu drénu

Ošetrovatelské cíle: U paní M. se neprojeví známky infekce v místě zavedení periferních žilních katétrů a drenáže. O množství odpadu drénu pravidelně informovat ošetřujícího lékaře.

Ošetrovatelské intervence – periferní žilní katétrů:

- pečovat o dva periferní žilní katétrů;
- zhodnotit místa vpichu 1 krát za 24 hodin;
- poučit paní M. o možných příznacích infekce.

Ošetrovatelské intervence – redon:

- pečovat o redon;
- ponechat ho zavedený jen po nezbytně nutnou dobu;
- zdůraznit nezbytnost spolupráce paní M.

Realizace: Místa vpichu periferních katétrů na levé horní končetině převazují 1 krát za 24 hodin. Převaz je prováděn přísně asepticky. Po šetrném odstranění krytí hodnotím známky infekce. Místo vpichu jsem potřela alkoholovým roztokem, nechala zaschnout a překryla novým sterilním krytím. Krytí jsem označila datem a hodinou převazu. Podmínkou odstranění žilních katétrů je ukončená infuzní terapie a plná mobilizace paní M. Katétrů byly odstraněny 5. pooperační den a při odstranění jsem znovu vyhodnotila místa vpichu.

Paní M. měla ze sálu zaveden redon. Bylo prováděno pravidelné sledování množství a charakteru sekretu z drénu, funkčnost a průchodnost drénu. Množství odvedeného sekretu se započítává do celkového denního výdeje pacientky a každá změna byla hlášena lékaři. Podmínkou odstranění drénu je nízký odpad z drénu na základě ordinace lékaře. Drén byl odstraněn 2. pooperační den dezinfekcí místa zavedení drénu, přerušením podtlaku tláčky, odstřížením stehu a rázným,



ale zároveň opatrným pohybem. Místo bylo ošetřeno sterilním krytím a následovala kontrola sekrece ze stopy po drénu.

Dílčí hodnocení: V okolí místa zavedení žilních katétrů a drénu nejsou patrné známky infekce. Katétrů byly odstraněny 5. den a drén 2. den od operace. Cíl byl splněn.

## **2.6 Edukace**

Cílem edukace je osvojení si nových poznatků, získání nových zručností, vědomostí a je nepostradatelnou součástí léčby pacientky. Edukace musí být jednoduchá, citlivá dle emocionálního stavu pacientky a informace by se měly několikrát opakovat k snadnějšímu zapamatování. Při edukaci je nutné zajistit intimitu, edukovat od základního k podrobnému a od jednoduchého ke složitějšímu pomocí rozhovoru a konzultace.<sup>46</sup>

Nejlepší formou edukace je edukace pro celou rodinu metodou přednášky s diskuzí. Pro maminku samotnou je dobré přidat rozhovor, aby mohla vyjádřit své pocity a myšlenky, nebo uskutečnit besedu pro ženy s preeklampsií, kde by si mohly sdělit navzájem své pocity a zkušenosti. Pacientka s preeklampsií by měla být edukována v oblastech výživy, pohybového režimu, polohy na lůžku, kojení, o prováděných vyšetřeních a o nebezpečnosti neléčené preeklampsie. Sestra by měla dát pacientce prostor na otázky, které ji zajímají.<sup>47</sup>

Preeklampsie je nemoc, která se vyskytuje pouze a jedině v těhotenství. Její příčina není přesně známá. Jedná se o onemocnění placenty. Více bývají ohroženy ženy s diabetem mellitus, hypertenzí, srdečním a autoimunitním onemocněním. Rizikovým faktorem je i věk matky nad 40 let nebo již prodělaná

---

<sup>46</sup> VOJTÍŠKOVÁ, J. Kompetence všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře [online]. 2006.

<sup>47</sup> JEKLOVÁ, A., TROJANOVÁ, B. *Ošetrovatelská péče o těhotnou, rodičku a šestinedělku s vybranými onemocněními*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. 52 s.

preeklampsie v předchozím těhotenství. Tento stav ohrožuje zdraví a život matky i plodu. U paní M. bylo indikováno ukončení těhotenství císařským řezem pro elevaci TK až na hodnoty 189/117. V osobní ani v rodinné anamnéze se hypertenze nevyskytuje. Doposud byla zdravá, těhotenské odběry a vyšetření byly v normě. Potíže se sluchem či zrakem neměla. V gynekologické anamnéze byl spontánní porod zdravého chlapce v roce 2009 a matka kojila 6 měsíců.

U matek s diagnostikovanou preeklampsie se však často setkáváme s obavami z opožděného nástupu laktace i z nezvládnutí techniky kojení. Základní úlohou všeobecné sestry je edukace pacientek o laktačním procesu a kojení. Sestra by měla především diferencovat ošetrovatelskou péči dle individuálních potřeb šestinedělky, pomáhat matce potlačovat všechny negativní vlivy, které by mohly do laktačního procesu rušivě zasahovat, jak po stránce psychické, tak somatické. Velmi důležité je náležitě připravit matku na první kojení, zdůrazňovat význam osobní hygieny před každým kojením, zabezpečit čistotu prsů a vysvětlit způsob jejich ošetření, naučit matku správně odstříkovat mateřské mléko a zaměřit se na prevenci mastitidy. Při edukaci je nutné zdůrazňovat biologickou jednotu kojící matky a jejího dítěte i význam správné výživy po dobu kojení pro zdravý i duševní vývoj dítěte.<sup>48</sup>

Mezi nejdůležitější cíle edukace patří naučit matku pečovat o prsy. Kojící matky by měly mít bavlněné podprsenky vhodné velikosti, které je potřeba často vyměňovat, především pokud jsou na nich skvrny od mléka. Vhodné je používat prsní vložky, které samovolně vsakují odcházející mléko. Prsy by se měly mýt denně vlažnou vodou bez mýdla, bradavky a dvorce sušit jen dotykem roušky, nikoliv třením. Před každou manipulací s prsy by si měla matka důkladně omýt ruce, aby nedošlo k přenosu infekce. Velmi častým problémem kojících matek jsou bolestivé a citlivé bradavky. Základní prevencí je správná technika kojení a dostatečné vyprazdňování prsů.<sup>49</sup>

---

<sup>48</sup> GREGUŠOVÁ, E a kol. *Starostlivost' o ženu*, 3. vyd. Banská Bystrica: Osveta, 2005. 63 s.

<sup>49</sup> PAŘÍZEK, A. *Kniha o těhotenství @ porodu*, 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 414 s.

Paní M. kojení zvládala bez problémů. Byla to již zkušená matka, která 6 měsíců kojila své první dítě. Přesto byla vděčná za každou radu poskytnutou sestrami. Její obavy byly spíše psychického charakteru, kdy měla strach, že po císařském řezu a z důvodu preeklampsie u ní nenastane včasná a dostatečná laktace.

## ***2.7 Psychika matky s preeklampsií***

Často se setkáváme se vžitým názorem, že žena po porodu pocítuje pozitivní a radostné emoce. O psychických problémech v šestinedělí se sice vědělo, ale nevěnovala se jim příliš velká pozornost. V současné době se sklíčenost u matek po porodu nebere na lehkou váhu a mluví se o ní s naprostou vážností. Ignorování příznaků sklíčenosti by mohlo vést až k sebevraždě matky nebo k ublížení dítěti. Vědci dokázali, že třetí den po porodu téměř všechny ženy prožívají tzv. poporodní splín, který může být vyvolán hormonálními změnami, ale i psychikou samotné ženy. Na rovnováhu hormonů mohou mít vliv zážitky z dětství, duševní krize, manželské problémy, finanční krize nebo i v našem případě zdravotní stav matky.<sup>50</sup>

Mezi typické příznaky poporodní sklíčenosti patří náhlý a nevysvětlitelný výbuch pláče, únava a nedostatek spánku, vyčerpanost, nechutenství, žaludeční a střevní potíže, úzkost a nervozita. Nejzávažnější jsou pocity viny u matek po císařském řezu a se zdravotními problémy, mezi které patří mimo jiné i preeklampsie. Žena si často myslí, že je špatná a neschopná matka, že její tělo selhalo a nefungovalo tak, jak má. V tomto případě je důležitá především pomoc zdravotnického personálu. Nejdůležitější věcí, jak vyřešit tento problém, je mluvit s matkou o jejich pocitech a nedovolit jí neuzavírat se do sebe. Je zde potřeba pochopení nejbližšího okolí, pomoc a schopnost vcítit se do situace. Pokud se nedaří minimalizovat negativní pocity komunikací šestinedělky s rodinou,

---

<sup>50</sup> PAŘÍZEK, A. *Kniha o těhotenství @ porodu*, 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 414 s.

kamarádkami, sestrami nebo s lékařem, je nutné zajistit konzultaci s psychologem nebo psychiatrem, který doporučí další léčbu.<sup>51</sup>

Paní M. po porodu vykazovala již výše zmíněné obavy z opožděné a nedostatečné laktace. Tyto obavy se však nenaplnily i díky včasné a vyčerpávající edukaci zdravotnického personálu. Paní M. pochopila závažnost své nemoci, uklidnila se po sdělení, že se jí narodila zdravá holčička a její zdravotní stav se postupně zlepšuje. Velkou roli zde sehrálo i harmonické zázemí matky, kdy dítě bylo plánované, rodina byla úplná a matka měla velkou psychickou podporu ze strany svého manžela.

---

<sup>51</sup> GREGUŠOVÁ, E a kol. *Starostlivost o ženu*, 3. vyd. Banská Bystrica: Osveta, 2005. 63 s.

## ZÁVĚR

Preeklampsie se v průběhu gravidity vyskytuje čím dál častěji, proto je třeba, aby porodní asistentky měly o této problematice dostatek vědomostí, které by uměly v praxi použít. Preeklampsie je závažný stav a nejčastěji se projevuje v druhé polovině těhotenství se zhoršením stavu na konci těhotenství.

Péče o klientky s preeklampií by měla začít již dlouho před vlastní graviditou. Edukace žen by měla být zaměřená na zdůraznění rizikových faktorů pro vznik preeklampsie, ženy by měly mít dostatek informací o svých zdravotních problémech, o rizicích a komplikacích, které by mohly nastat v těhotenství. Měly by vědět, že jedinou léčbou preeklampsie je porod. Ženy s preeklampií jsou hospitalizovány v porodnici, kde je trvale sledován jejich stav a stav dítěte. Opakovaně je prováděno ultrazvukové vyšetření a monitoring srdečních ozev plodu. Porod je obvykle vyvoláván dříve než v termínu porodu a proveden císařským řezem.

Plánovaný císařský řez je v dnešní době často prováděnou operací. Stále se však jedná o velkou břišní operaci, která vyžaduje důkladnou předoperační přípravu a kvalitní pooperační péči. Ženy s preeklampií vyžadují specifickou ošetrovatelskou péči, která zahrnuje sledování a měření krevního tlaku, otoků, péči o klientku v oblasti hygieny, vyprazdňování i psychiky. Péče o ženy s preeklampií je náročná i z hlediska uspokojování potřeb klientky, aby nedošlo ke zhoršení zdravotního stavu a aby péče o ženu byla celistvá. Kvalitní pooperační péče by měla vyústit v efektivní kojení, které dále upevní dobrý pocit rodičky z porodu.

## SOUHRN

Bakalářská práce se zabývá ošetrovatelskou péčí o ženu po akutním císařském řezu s indikací preeklampsie. Práce je rozdělena do dvou částí, klinické a ošetrovatelské. Klinická část práce se skládá ze čtyř kapitol. První kapitola se zabývá preeklampsií z hlediska její frekvence, etiologie, patofyziologie, klasifikace, diagnostiky, terapie a komplikací, které preeklampsie vyvolává. Druhá kapitola pojednává o problematice porodu císařským řezem. Zabývá se jeho provedením, anestezií, komplikacemi při porodu císařským řezem a frekvencí císařského řezu. Třetí kapitola uvádí základní informace o pacientce, lékařskou anamnézu, přehled farmakoterapie a dietoterapie. Čtvrtá kapitola pojednává o průběhu hospitalizace pacientky. Ošetrovatelská část se skládá z pěti kapitol. První kapitola pojednává o problematice ošetrovatelského procesu a druhá kapitola o modelu funkčních vzorců zdraví Majory Gordonové. Ve třetí kapitole je zpracovaná kazuistika do anamnézy, katamnézy a ošetrovatelské anamnézy. Čtvrtá kapitola obsahuje plán ošetrovatelské péče s aktuálními a potencionálními diagnózami. Pátá kapitola se zabývá edukací. Výstupem práce je edukační leták o preeklampsii v příloze této bakalářské práce.

Klíčová slova: Preeklampsie. Gestoza. Hypertenze. Císařský řez. Kazuistika. Edukace.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ADÁMKOVÁ, V. at al. *Arteriální hypertenze mladých, těhotných a dětí*. 1. vyd. Praha: Jiří Flégl – Vega, 2005. 67 s. ISBN 80-903186-9-X.

BINDER, T. a SALAJ, P. a VAVŘÍNKOVÁ, B. *Hematologické nemoci a poruchy v porodnictví a gynekologii*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2004. 222 s. ISBN 80-7254-540-X.

ČECH, E. at al. *Porodnictví*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, s.r.o., 2006. 544 s. ISBN 80-247-1303-9.

ČEPELOVÁ, J. a ZAVORAL, M. Peripartální kardiomyopatie. [online]. 2013 [cit. 2. 5. 2014]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/peripartalni-kardiomyopatie-367835/>

ČEPICKÝ, P. a KURZOVÁ, H. *Gynekologie a porodnictví v ordinaci praktického lékaře*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2003. 174 s. ISBN: 80-246-0677-1.

DUDA, M. at al. *Práce sestry na operačním sále*, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o., 2000. 392 s. ISBN 80-7169-642-0.

GREGOROVÁ, R. Placenta a její komplikace [online]. 2011 [cit. 2. 5. 2014]. Dostupné z: <http://www.babyweb.cz/placenta-jeji-komplikace,2011/>

GREGUŠOVÁ, E. at al. *Starostlivost o ženu*, 3. vyd. Banská Bystrica: Osveta, 2005. 62 s. ISBN 80-217-0439-X.

HÁJEK, Z. *Rizikové a patologické těhotenství*. 1. vyd. Praha, 2004, 444 s. ISBN 80-247-0418-8.

CHMEL, R. *Otázky a odpovědi o porodu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 116 s. ISBN 80-247-1124-9.

JANKŮ, K. *Hypertenze v těhotenství*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 1998. 170 s. ISBN 80-7013-254-X.

JEKLOVÁ, A. a TROJANOVÁ, B. *Ošetrovatelská péče o těhotnou, rodičku a šestinedělku s vybranými onemocněními*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. 52 s. ISBN: 80-7013-411-9.

MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0429-9.

MĚCHUROVÁ, A. Moderní babičtví [online]. *Hypertenze v graviditě*. 2003 [cit. 2. 5. 2014]. Dostupné z: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2003-2/?pdf=156>

MIKULANDOVÁ, M. *Těhotenství a porod*. 1. vyd. Brno: Computer Press, a.s., 2004. 160 s. ISBN: 80-251-0205-X.

PAŘÍZEK, A. *Kniha o těhotenství @ porodu*, 2. vyd. Praha: Galen, 2005. 414 s. ISBN: 80-7262-411-3.

PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. 150 s. ISBN 80-247-1211-3.

ROZTOČIL, A. *Porodnictví*, 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2001. 333 s. ISBN 80-7013-339-2.

SKJAERVEN, R. and WICOX, AJ, LIE RT. *The interval between pregnancies and the risk of preeclampsia*. N Engl J Med, 2002. 346 s.



STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 1*. Brno: NCO NZO, 2003. 50 s. ISBN 80-7013-263-9.

ÚZIS. Rodička a novorozenec [online]. 2011. [cit. 4. 5. 2014]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/rodicka-novorozenec> ISSN: 1213-2683/

VELEBIL, P. Epidemiologie císařského řezu: *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2008, vol. 17, č. 1, s. 12 – 18.

VOJTÍŠKOVÁ J. Kompetence všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře [online]. 2006. [cit. 4. 5. 2014]. Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/med/2006/02/12.pdf>

## **SEZNAM TABULEK, OBRÁZKŮ A GRAFŮ**

<b>Tab. č. 1</b>	<b>Klasifikace preeklampsie</b>	<b>11</b>
<b>Tab. č. 2</b>	<b>Fyziologické funkce při příjmu na JIP</b>	<b>25</b>
<b>Graf č. 1</b>	<b>Vývoj počtu porodů a podílu císařských řezů</b>	<b>21</b>

## **SEZNAM PŘÍLOH**

**Příloha č. 1 Ošetrovatelská anamnéza**

**Příloha č. 2 Krátkodobý plán ošetrovatelské péče**

**Příloha č. 3 Dlouhodobý plán ošetrovatelské péče**

**Příloha č. 4 Preeklampsie v těhotenství – edukační leták**

## Příloha č. 1 Ošetřovatelská anamnéza

### Ošetřovatelská anamnéza

Oddělení: JIP gynekologie.....

Datum a čas odběru anamnézy: 14. 11. 2013 v 15.00 hod.....

Jméno (iniciály): M. N. .... Pohlaví: žena..... Věk: 31.....

Datum přijetí: 14. 11. 2013 ..... Datum propuštění: 19. 11. 2013 .....

Stav: vdaná..... Povolání: administrativní pracovnice .....

Rodina informována:  ano  ne

Diagnóza při přijetí (základní): 082.1.....

Chronická onemocnění: - .....

Infekční onemocnění:  NE  ANO.....

Režimová opatření: pít může za dvě hodiny čaj nebo vodu a nebude jíst, klid na lůžku.....

Léčba: preeklampsie

Operační výkon: per s. c. ....Pooperační den: 14. 11. 2013.....

Farmakoterapie: TH - Ringer laktát s 10 j. Oxytocínu - 100 ml/hod., Nepresol 50 mg/50 ml fyziologického roztoku - 1 ml/hod. - po 2 hod. - 3 ml/hod., 4 amp. Dipidolor/50 ml fyziologického roztoku i. v., Dicloream supp., Vasocardin 50 mg, p. o. á 8 hod., 18 hod., 2 hod., 10 hod.

Jiné léčebné metody: infuzní terapie, analgezie, oxygenoterapie a léky proti tromboembolické nemoci .....

Má nemocný informace o nemoci:  ano  ne  částečně

Alergie:  ano  ne jaké: .....

Fyziologické funkce: P: 124/min. TK: 172/ 99 mmHg D: 28/min. SpO<sub>2</sub>: 97 %  
TT: 28'.

### 1) Vědomí

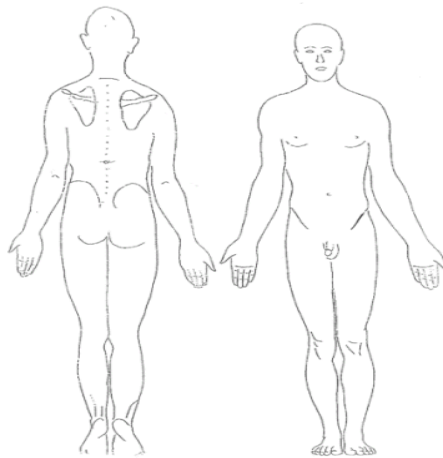
Stav vědomí:  při vědomí  porucha vědomí  bezvědomí  GSC: .....  
 orientovaný  dezorientovaný

.....

### 2) Bolest

Bolest:  ano  akutní  chronická  
 tupá  bodavá  křečovitá  svalová  jiná  
 ne

Lokalizace:



Intenzita: /---/---/---/---/---/---/---/---/---/---/

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

.....

### 3) Dýchání

Potíže s dýcháním:  ano  ne

Dušnost:  ano  klidová  námahová  noční  
 ne

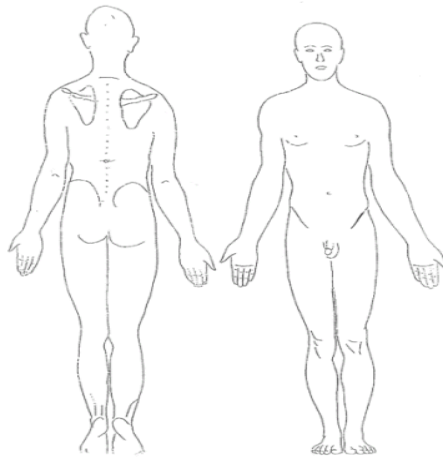
kuřák:  ano  ne kašel:  ano  ne

v těhotenství přestala kouřit.....

### 4) Stav kůže

Změny na kůži:  ano  ekzém  otoky  dekubity  jiné  
 ne riziko vzniku dekubitů – Nortonové skóre:.....

Lokalizace:



Ošetření rány:.....  
.....

### 5) Vnímání zdraví

Celková úroveň zdraví (nemocnost, vleklá choroba): zdravá, v těhotenství zjištěna preeklampsie .....

Úrazy:  ano  ne jaké: .....

Prodělaná dětská onemocnění: ...- .....

Infekční onemocnění:  ano  ne jaká: .....

### 6) Výživa, metabolismus

Dieta: přijímání tekutin 2 hod. po příjetí, druhý den šetřící dieta

Váha: ...97 kg..... Výška: ...172 cm..... BMI: 33 kg/m<sup>2</sup>.....

Chuť k jídlu:  ano  ne  
Potíže s přijímáním potravy:  ano  ne jaké: .....  
Jakým druhům potravin dává přednost: .....  
Užívá doplňky výživy:  ano  ne jaké : .....  
Enterální výživa ... - ..... Parenterální výživa ... infuze.....  
Denní množství tekutin: ..... 1,5 l ..... Druh tekutin: voda.....  
Úbytek nebo zvýšení hmotnosti v poslední době:  ano  ne o kolik: ..-.....  
Umělý chrup:  ano  ne  horní  dolní  
Potíže s chrupem:  ano  ne  
.....

## 7) Vyprazdňování

Problémy s močením:  ano  pálení  řezání  retence  inkontinence  
 ne

Problémy se stolicí:  ano  průjem  zácpa  inkontinence  
 ne

Stolice pravidelná:  ano  ne

Poslední stolice: 14. 11. 2013.....

Způsob vyprazdňování:  podložní mísa/močová láhev  
 inkontinenční pomůcky  
 toaletní křeslo  
 močový katétr počet dní zavedení: ... 1 .....  
 rektální odvodný systém:.....  
 stomie.....

## 8) Aktivita, cvičení

Pohybový režim: ... cviky na prevenci TEN a peristaltiku .....

Barthel test: 60 bodů – závislost středního stupně.....

Riziko pádu:  ANO skóre..... 3.....  NE

Pohyblivost:  chodící samostatně  chodící s pomocí  
 ležící pohyblivý  ležící nepohyblivý

pomůcky jaké : .....

### 9) Spánek, odpočinek

Počet hodin spánku: ...2..... hodina usnutí: ...21.00.....

Poruchy spánku:  ano  ne jaké: .....

Hypnotika:  ano  ne

Návyky související se spánkem: .....-.....

### 10) Vnímání, poznávání

Potíže se zrakem:  ano  ne jaké: .....

Potíže se sluchem:  ano  ne jaké: .....

Porucha řeči:  ano  ne jaká: .....

Kompenzační pomůcky:  ano  ne jaké: .....

Orientace:  orientován

dezorientovaný  místem  časem  osobou

.....

### 11) Sebepojetí, sebeúcta – hodnocení psychosociálního stavu

Je raději:  sám  v kolektivu

Co si myslí o svém zevnějšku a o sobě: .....

Pocit zlosti, vzteku:  ano  ne

Pocit strachu:  ano  ne z čeho : ...pozdní nástup laktace.....

Pocit úzkosti:  ano  ne

Jak klient vyjadřuje negativní emoce: ...rozhovor.....

Emocionální stav: ...po edukaci klidná.....

Úroveň komunikace a spolupráce: ...dobrá.....

### 12) Role, vztahy

Vztah klienta k ostatním lidem: ...dobrý.....

Bydlí doma sám:  ano  ne

Kdo bude o klienta pečovat po propuštění: ...manžel.....

Kontakt s rodinou:  ano  ne

.....



### 13) Reprodukce, sexualita

Počet porodů: .....2.....

Počet potratů: .....0.....

Antikoncepce:  ano  ne jaká: .....

Pravidelnost menstruace:  ano  ne Klimakterium:  ano  ne

Problémy s prostatou:  ano  ne jaké: .....

pohlavní onemocnění:  ano  ne jaké : .....

zvláštnosti v sexuálním chování: .....- .....

### 14) Stres, zátěžové situace

psychický stav:  klidný  rozrušený  úzkostný  depresivní  strach

prožívá nějaké napětí:  ano  ne jaké, z čeho: laktace.....

způsob odreagování: ...edukace.....

kouření:  ano  ne kolik: .....

alkohol:  ano  ne kolik: .....

drogy:  ano  ne jaké: .....

.....

### 15) Víra

Víra:  ano  ne jaká : .....

### 16) Invazivní vstupy

Drény:  ano  ne jaké: redon Datum zavedení: 14. 11. 2013.....

Permanентní močový katétr:  ano  ne

I. v. vstupy:  ano  periferní datum zavedení: 14. 11. 2013 kde: levá horní končetina

stav: bez známek infekce.....

centrální datum zavedení: ..... kde:.....

stav : .....

ne

Sonda:  ano  ne jaká : ..... datum zavedení : .....

Stomie:  ano  ne jaká:..... stav: .....

Endotracheální kanyla:  ano  ne č. ETR:..... datum zavedení: ....

Tracheotomie:  ano  ne č.: ..... od kdy: .....

Arteriální katétr:  ano  ne

Epidurální katétr:  ano  ne

Jiné invazivní vstupy:.....

Zdroj: Ústav ošetrovatelství, 3. LF UK©, 2014

**Příloha č. 2 Krátkodobý plán ošetřovatelské péče**

Pani/pan: M. N. PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE č. 1 platí od: 14. 11. 2013 uzavřen: 15. 11. 2013 sestra: Andrea Bubáková

<u>DIAGNÓZA</u>	<u>OŠETŘOVATELSKÉ CÍLE</u>	<u>OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE</u>	<u>REALIZACE</u>	<u>DÍLČÍ HODNOCENÍ</u>
<p><b>Aktuální oš. dg.</b></p> <p><b>Diagnóza 1:</b> Nedostatek soběstačnosti v pohybu a v oblasti hygieny</p> <p><b>Stanovena dne:</b> 14. 11. <b>Zrušena dne:</b> 15. 11.</p>	<p><b>Cíl:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ pacientka pochopí, že musí strávit 24 hodin po operaci na lůžku</li> <li>▪ po 24 hodinách bude schopna dojít s doprovodem k umyvadlu a provést sama hygienu</li> <li>▪ bude znát hlavní zásady pohybu po operačním zákroku</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ vysvětlit pacientce důvod nutnosti setrvat v poloze na zádech</li> <li>▪ pečovat o hygienu na lůžku, zabezpečit přístup k osobním věcem</li> <li>▪ první pooperační den naučit pacientku správně vstávat z lůžka, nacvičit správný způsob vstávání po břišní operaci</li> <li>▪ před vstáváním zkontrolovat krevní tlak a vhodnou obuv, doprovázet pacientku, dokud není zcela zmobilizovaná a zhodnotit, kdy je schopna pohybovat se sama.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ vysvětlení pacientce, že z důvodu hypertenze může vstát až první pooperační den odpoledne, musí setrvat na lůžku v klidu v poloze na zádech, aby předešla bolestem hlavy</li> <li>▪ při kontrole krváčení jsem pravidelně vyměňovala pacientce vložky a provedla jsem hygienu vleže na lůžku</li> <li>▪ nečistoty jsem odstranila čistící pěnou, rodidla jsem opláchlá teplou vodou, upravila jsem vlasy a pomohla jí převléknout čistou operační košili</li> <li>▪ přišla rehabilitační sestra, která provedla pohybovou a dechovou rehabilitaci</li> <li>▪ pacientka se s rehabilitační sestrou naučila posazovat přes bok a vstávat z lůžka, ale samostatně provést hygienu u umyvadla ještě nezvládla</li> <li>▪ pacientka ocenila, že má na dosah sklenku s brčkem a mobilní telefon pro spojení s rodinou</li> </ul>	<p><b>DATUM:</b> 15. 11.</p> <p><b>Dosažení cíle:</b> cíl byl splněn</p> <p><b>Odhodnocení:</b> pacientka je vstřícná, spolupracuje</p> <p><b>Hodnocení intervencí:</b> pacientka pochopila nutnost setrvat v klidu na lůžku, cítila se dobře, negovala bolest a učila se správně vstávat z lůžka</p> <p>Podpis: A. Bubáková</p>
<p><b>Diagnóza 2:</b> Strach z pozdního nástupu laktace</p> <p><b>Stanovena dne:</b> 14. 11. <b>Zrušena dne:</b> 15. 11.</p>	<p><b>Cíl:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ informováním a edukací pomoci pacientce překonat strach z pozdního nástupu laktace</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ vysvětlit pacientce podmínky nástupu laktace</li> <li>▪ zajistit časté a správné přikládání dítěte k prsu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ dětská sestřička přinesla ukázat holčičku a přiložila ji k prsu</li> <li>▪ pacientce vysvětleno, že hlavní podmínkou časného nástupu laktace je přikládání dítěte k prsu bez omezení frekvence a délky co nejdříve po porodu, a to minimálně 8 krát denně</li> <li>▪ v období 24 hodin po porodu holčička intenzivně sála</li> <li>▪ pacientka se při kojení nemožila otočit na bok, proto byla zvolena poloha, kdy miminko leží na břiše matky</li> </ul>	<p><b>DATUM:</b> 15. 11.</p> <p><b>Dosažení cíle:</b> cíl byl splněn</p> <p><b>Odhodnocení:</b> holčička velmi šikovná, spolupracuje matky, pomoc sestry</p> <p><b>Hodnocení intervencí:</b> holčička se přisála 8 krát za 24 hodin, pacientka se přestala obávat pozdního nástupu laktace</p> <p>Podpis: A. Bubáková</p>

<p><b>Diagnóza 3:</b> Únava v důsledku nedostatku spánku a z obav o své zdraví a zdraví dítěte</p> <p><b>Stanovena dne:</b> 14. 11. <b>Zrušena dne:</b> 15. 11.</p>	<p><b>Cíl:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>zabezpečit, aby pacientka v průběhu 24 hodin po operaci spala nepřetržitě min. 4 hodiny</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>vysvětlit pacientce nutnost klidného spánku</li> <li>podat jí dostatek informací o jejím zdravotním stavu a o stavu holčičky</li> </ul>	<p>pacientka po porodu byla spavá, ale ve velmi krátkých intervalech vysvětlili, že čas, kdy nemůže vstávat z lůžka a kdy nemusí pečovat o své dítě, by měla využít k odpočinku a spánku</p> <p>bolest pacientka nepocíťovala</p> <p>pediatr informoval pacientku o dobrém zdravotním stavu dítěte</p> <p>lékař ji ubezpečil o stabilizaci jejího zdravotního stavu</p> <p>pacientka se uklidnila a usnula</p> <p>probudila se po 2 hodinách</p>	<p><b>DATUM:</b> 15. 11.</p> <p><b>Dosažení cíle:</b> cíl byl splněn částečně</p> <p><b>Odhodnocení:</b> stále přetrvávají otoky, pacientka je nespokojená se svým zdravotním stavem</p> <p><b>Hodnocení intervencí:</b> pacientka se cítí stále unavená, pocíťuje tlaky z otoků</p> <p>Podpis: A. Bubáková</p>
<p><b>Diagnóza 4:</b> Porucha integrity kůže způsobená císařským řezem</p> <p><b>Stanovena dne:</b> 14. 11. <b>Zrušena dne:</b> 15. 11.</p>	<p><b>Cíl:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>zajistit, aby operační rána nejevila známky infekce</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>pravidelně kontrolovat prosakování krytí operační rány</li> <li>věnovat pozornost příznakům infekce</li> <li>asepticky ošetřovat operační ránu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>pravidelná kontrola prosakování krve do krytí operační rány</li> <li>v 18 hodin jsem převaz operační rány - odstranění krytí, osušení sterilním tamponem, dezinfekční sprej a přelepění sterilním krytím</li> <li>kommunikace s pacientkou, popis úkonů, které se prováděly</li> <li>záznam do dokumentace</li> <li>ráno první pooperační den odstranění krytí při kontrole lékaře</li> <li>rána nejevila známky infekce</li> <li>opětné pořízení dezinfekčním prostředkem a přelepění sterilním krytím</li> </ul>	<p><b>DATUM:</b> 15. 11.</p> <p><b>Dosažení cíle:</b> cíl byl splněn</p> <p><b>Odhodnocení:</b> rána se dobře hojí a zlepšuje se zdravotní stav pacientky</p> <p><b>Hodnocení intervencí:</b> rána neprosakuje a nejeví známky infekce</p> <p>Podpis: A. Bubáková</p>

<p><b>Potenciální oš. dg.</b>  <b>Diagnóza 1:</b> Riziko tromboembolické nemoci v souvislosti s provedením císařského řezu</p> <p><b>Stanovena dne:</b> 14. 11.  <b>Zrušena dne:</b> 15. 11.</p>	<p><b>Cíl:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ pacientka nebude jevit známky tromboembolické nemoci tyto známky budou včas odhaleny</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ zkontrolovat správné použití kompresivních punčoch</li> <li>▪ zajistit časnou rehabilitaci a návrat k samostatnému pohybu</li> <li>▪ aktivně nabízet tekutiny</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ pacientka má obléčené elastické punčochy je poučena o možnostech cvičení na lůžku mezi dležité cviky patří extenze a flexe chodidel, kroužení končetinami v kolních a v kolenní</li> <li>▪ aktivně nabízet tekutiny</li> <li>▪ pít mlíže za 2 hodiny po návratu z operačního sálu</li> </ul>	<p><b>DATUM:</b> 15. 11.  <b>Dosažení cíle:</b> cíl byl splněn  <b>Odhodnocení:</b> pacientka dodržovala veškerá doporučení  <b>Hodnocení intervencí:</b> pacientka nejeví známky tromboembolické nemoci</p>
<p><b>Diagnóza 2:</b> Riziko vzniku infekce močových cest v souvislosti se zavedením permanentního močového katétru, riziko vzniku infekce v důsledku zavedení periferních žilních katétrů a v místě zavedení drenáže spojené se sledováním odpadu drénu</p> <p><b>Stanovena dne:</b> 14. 11.  <b>Zrušena dne:</b> 15. 11. - pouze u permanentního močového katétru</p>	<p><b>Cíl:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ u pacientky se neprojeví známky infekce močových cest</li> <li>▪ u pacientky se neprojeví známky infekce v místě zavedení periferních žilních katétrů a drenáže</li> <li>▪ množství odpadu drénu pravidelně informovat ošetřujícího lékaře</li> </ul>	<p>Ošetrovatelské intervence – periferní žilní katétr:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ pečovat o dva periferní žilní katetry</li> <li>▪ zhodnotit místa vpichu 1 krát za 24 hodin</li> <li>▪ poučít pacientku o možných příznacích infekce</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ pacientka měla ze sálu zavedeny dva periferní katetry na levé horní končetině, permanentní močový katétr, redon, který byl uložen subfasciálně a při příjezdu odvedl jen minimum odpadu</li> <li>▪ místa vpichu periferních katétrů na levé horní končetině převazovány 1 krát za 24 hodin - převaz byl prováděn přísně asepticky</li> <li>▪ po šetrném odstranění krytí jsou hodnoceny známky infekce</li> <li>▪ místo vpichu pořízeno alkoholovým roztokem, po zasnucení překryto novým sterilním krytím</li> <li>▪ krytí označeno datem a hodinou převazu</li> <li>▪ během výkonnou komunikace s pacientkou, informace o všech úkonech a zjištěných o převazu proveden zápis do dokumentace</li> </ul>	<p><b>DATUM:</b> 15. 11.  <b>Dosažení cíle:</b> cíl byl splněn  <b>Odhodnocení:</b> ošetření bylo prováděno přísně asepticky  <b>Hodnocení intervencí:</b> v okolí místa zavedení permanentního močového katétru, periferních žilních katétrů a drénu nejsou patrné známky infekce, odpad z drénu byl nízký.          permanentní močový katétr byl odstraněn</p> <p>Podpis: A. Bubáková</p>
<p><b>Diagnóza 3:</b> Riziko vzniku infekce močových cest v souvislosti se zavedením permanentního močového katétru, riziko vzniku infekce v důsledku zavedení periferních žilních katétrů a v místě zavedení drenáže spojené se sledováním odpadu drénu</p> <p><b>Stanovena dne:</b> 14. 11.  <b>Zrušena dne:</b> 15. 11. - pouze u permanentního močového katétru</p>	<p><b>Cíl:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ u pacientky se neprojeví známky infekce močových cest</li> <li>▪ u pacientky se neprojeví známky infekce v místě zavedení periferních žilních katétrů a drenáže</li> <li>▪ množství odpadu drénu pravidelně informovat ošetřujícího lékaře</li> </ul>	<p>Ošetrovatelské intervence – permanentní močový katétr:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ pečovat o permanentní močový katétr</li> <li>▪ ponechat ho zavedený jen po nezbytné nutnou dobu</li> <li>▪ poučít pacientku o příznacích infekce močových cest, jako je pálení a rezání</li> <li>▪ zajistit dostatek tekutin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ během hygienické péče na lůžku omývání rodidel paní M. vlažnou vodou</li> <li>▪ permanentní močový katétr je zajištěn proti posunutí</li> <li>▪ moč je sbírána do uzavřeného systému, odkud je v šestihodinových intervalech odpuštěna</li> <li>▪ pacientce aktivně nabízeny tekutiny</li> <li>▪ tekutiny na dosah ruky</li> <li>▪ katétr byl po 24 hodinách od operace odstraněn</li> </ul>	<p><b>DATUM:</b> 15. 11.  <b>Dosažení cíle:</b> cíl byl splněn  <b>Odhodnocení:</b> ošetření bylo prováděno přísně asepticky  <b>Hodnocení intervencí:</b> v okolí místa zavedení permanentního močového katétru, periferních žilních katétrů a drénu nejsou patrné známky infekce, odpad z drénu byl nízký.          permanentní močový katétr byl odstraněn</p> <p>Podpis: A. Bubáková</p>
<p><b>Diagnóza 4:</b> Riziko vzniku infekce močových cest v souvislosti se zavedením permanentního močového katétru, riziko vzniku infekce v důsledku zavedení periferních žilních katétrů a v místě zavedení drenáže spojené se sledováním odpadu drénu</p> <p><b>Stanovena dne:</b> 14. 11.  <b>Zrušena dne:</b> 15. 11. - pouze u permanentního močového katétru</p>	<p><b>Cíl:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ u pacientky se neprojeví známky infekce močových cest</li> <li>▪ u pacientky se neprojeví známky infekce v místě zavedení periferních žilních katétrů a drenáže</li> <li>▪ množství odpadu drénu pravidelně informovat ošetřujícího lékaře</li> </ul>	<p>Ošetrovatelské intervence – redon:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ pečovat o redon</li> <li>▪ ponechat ho zavedený jen po nezbytné nutnou dobu</li> <li>▪ důkladně poučít pacientku o možnosti zalomení drénu, přilehnutí pacientkou</li> <li>▪ zdůraznit nezbytnost spolupráce s pacientkou</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ redon byl zajištěn proti posunutí a odstranění pacientkou přelepením</li> <li>▪ na místě drenáže je sterilní krytí</li> <li>▪ dezinfekce byla prováděna kruhovým pohybem od místa drenáže směrem ven</li> <li>▪ převazy byly prováděny za přísně aseptických podmínek</li> <li>▪ dle ordinace lékaře byl drén proplachován</li> <li>▪ a okolí drénu bylo udržováno čisté a suché</li> <li>▪ bylo prováděno pravidelné sledování množství a charakteru sekretu z drénu, funkčnost a průchodnost drénu</li> <li>▪ množství odvedeného sekretu se započítává do celkového denního výdeje pacientky a každá změna byla hlášena lékař</li> </ul>	<p><b>DATUM:</b> 15. 11.  <b>Dosažení cíle:</b> cíl byl splněn  <b>Odhodnocení:</b> ošetření bylo prováděno přísně asepticky  <b>Hodnocení intervencí:</b> v okolí místa zavedení permanentního močového katétru, periferních žilních katétrů a drénu nejsou patrné známky infekce, odpad z drénu byl nízký.          permanentní močový katétr byl odstraněn</p> <p>Podpis: A. Bubáková</p>

FINÁLNÍ HODNOCENÍ (pro každou oš. dg.)

DATUM: 15. 11. 2013

ČAS: 15:30

Podpis: A. Bubáková

VÝSLEDKY FINÁLNÍHO HODNOCENÍ:

**AKTUÁLNÍ OŠ. DG/ KE ZLEPŠENÍ ZDRAVÍ**

přetrvává  
odůvodnění:

odstraněna

Související faktory

stejné

změnil se:

vymizely:

Určující znaky

stejné

změnil se:

vymizely:

**Hodnocení cílů oš. péče**

Cíl č. 1  splněn  nesplněn  splněn částečně

Cíl č. 2  splněn  nesplněn  splněn částečně

Cíl č. 3  splněn  nesplněn  splněn částečně

Cíl č. 4  splněn  nesplněn  splněn částečně

splněn,  ponechán, odůvodnění:

splněn,  ponechán, odůvodnění:

splněn,  ponechán, odůvodnění: pacientka se stále obává o své zdraví

splněn,  ponechán, odůvodnění:

nesplněn, odůvodnění:

nesplněn, odůvodnění:

nesplněn, odůvodnění: obava z pozdního nástupu laktace a o zdraví dítěte

nesplněn, odůvodnění:

**POOTENCIÁLNÍ OŠ. DG:**

přetrvává  
odůvodnění:

odstraněna

Rizikové faktory

stejné

změnil se:

vymizely:

Cíl č. 1  splněn  nesplněn  splněn částečně

Cíl č. 2  splněn  nesplněn  splněn částečně

splněn,  ponechán, odůvodnění:

splněn,  ponechán, odůvodnění: zůstávají dva periferní katetry a redon

### Příloha č. 3 Dlouhodobý plán ošetrovatelské péče

Paní/pan: M. N. PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE č. 2      platí od: 15. 11. 2013      uzavřeni: 19. 11. 2013      sestra: Andrea Bubáková

<b>DIAGNÓZA</b>	<b>OŠETŘOVATELSKÉ CÍLE</b>	<b>OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE</b>	<b>REALIZACE</b>	<b>DÍLČÍ HODNOCENÍ</b>
<p><b>Aktuální oš. dg.</b></p> <p><b>Diagnóza 1:</b> Nedostatek soběstačnosti v pohybu a v oblasti hygieny</p> <p><b>Stanovena dne:</b> 15. 11. <b>Zrušena dne:</b> 19. 11.</p>	<p><b>Cíl:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ pacientka bude schopna dojít s doprovodem k umyvadlu a provést sama hygienu</li> <li>▪ bude znát hlavní zásady pohybu po operacím zákroku</li> <li>▪ začne být soběstačná</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ před vstáváním zkontrolovat krevní tlak a vhodnou obuv</li> <li>▪ doprovázet pacientku, dokud není zcela zmobilitovaná</li> <li>▪ zhodnotit, kdy je schopna pohybovat se sama</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ druhý pooperační den je pacientka schopná provést hygienu za asistence sestry</li> <li>▪ před vstáváním kontrolujeme krevní tlak a celkový stav pacientky</li> <li>▪ pacientka vsívá pod dohledem a s pomocí sestry - nejprve si lehne na bok, poté spustí nohy a opře se o loket, druhou rukou se vzepře o polštář a tím se posadí bez namáhání</li> <li>▪ přímých svalů břišních, několik minut zůstane sedět, pak se postaví</li> <li>▪ pacientka se cítí dobře, s pomocí došla k umyvadlu a po provedení hygieny se s doprovodem vrátila na lůžko, lehla si za použití stejných polybů, ale v opačném pořadí další dny je již schopná vsívat sama a provést hygienu</li> <li>▪ pacientku edukujeme o tom, že je vhodné po každém kojení a po použití toalety opláchnout rodidla a často vyměňovat porodnické vložky - v případě změny charakteru očísků nebo zvláštního zápachu je nutné upozornit porodní asistentku</li> </ul>	<p><b>DATUM:</b> 19. 11.</p> <p><b>Dosažení cíle:</b> cíl byl splněn</p> <p><b>Odhodnocení:</b> pacientka je vstřícná, spolupracuje</p> <p><b>Hodnocení intervencí:</b> pacientka druhý pooperační den provedla celkovou hygienu. Při vstávání a chůzi nedošlo k pádu, paní M. se pohybuje s jistotou a další dny již provádí hygienu samostatně.</p> <p>Podpis: A. Bubáková</p>
<p><b>Diagnóza 2:</b> Strach z pozdního nástupu laktace</p> <p><b>Stanovena dne:</b> 14. 11. <b>Zrušena dne:</b> 17. 11.</p>	<p><b>Cíl:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ informováním a edukací pomoci pacientce překonat strach z nedostatečné laktace</li> <li>▪ nalézt nejvhodnější polohu matky i dítěte při kojení</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ povzbuzovat pacientku při kojení</li> <li>▪ zajistit časté a správné přikládání dítěte k prsu</li> <li>▪ zajistit neoptimálnější polohu při kojení</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ v průběhu druhého pooperačního dne jsme mohli dítě přikládat k oběma prsům bez omezení frekvence a délky</li> <li>▪ matka kojí, kdykoliv si holčička tekne od třetího dne jsme zjišťovali množství mléka vypitého během jednoho kojení</li> <li>▪ zkusili i různé polohy při kojení</li> <li>▪ pacientka pokračovala v kojení 8 krát denně</li> <li>▪ napětí v prsu nepocítovala a laktace se rozbíhala plynule</li> <li>▪ holčička přibývá na váze</li> <li>▪ nácvik správné techniky kojení</li> <li>▪ maminka zvolila boční fotbalovou polohu - miminko je položené z boku na polštář</li> <li>▪ doporučení dodržovat úzkostlivou hygienu při manipulaci s prsy</li> <li>▪ nejpозději od třetího dne je vhodné nosit speciální kojící podpírsky opatřené vložkami na zachytávání odkapávajícího mléka</li> </ul>	<p><b>DATUM:</b> 17. 11.</p> <p><b>Dosažení cíle:</b> cíl byl splněn</p> <p><b>Odhodnocení:</b> pacientka však již byla zkušena matkou, co se týče kojení, a spolupráce s ní byla bez problémů.</p> <p><b>Hodnocení intervencí:</b> holčička sála pěkně a přibývala na váze, matka se přestala obávat, že by měla nedostatek mléka, podářila se najít neoptimálnější poloha pro matku i dítě při kojení.</p> <p>Podpis: A. Bubáková</p>

<p><b>Diagnóza 3:</b> Únava v důsledku nedostatku spánku a z obav o své zdraví a zdraví dítěte</p> <p><b>Stanovena dne:</b> 15. 11. <b>Zrušena dne:</b> 16. 11.</p>	<p><b>Cíl:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ zabezpečit, aby pacientka spala i přes den, kdy spí i její holčička</li> <li>▪ zabezpečit, aby se přestala obávat o své zdraví a zdraví dítěte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ vysvětlit pacientce nutnost klidného spánku</li> <li>▪ podat ji dostatek informací o jejím zdravotním stavu a o stavu holčičky</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ pacientka začala klidně spát v noci se budila jen z důvodu kojení</li> <li>▪ bolest pacientka nepocítovala</li> <li>▪ pediatr informoval pacientku o dobrém zdravotním stavu dítěte</li> <li>▪ lékař ji ubezpečil o stabilizaci jejího zdravotního stavu</li> </ul>	<p><b>DATUM:</b> 16. 11. <b>Dosažení cíle:</b> cíl byl splněn <b>Odhodnocení:</b> po uspokojivých informacích se pacientka velmi uklidnila <b>Hodnocení intervencí:</b> pacientka se cítí dobře, stále ještě pociťuje tlaky z otoků, ale spí již klidně min. 7 hodin denně</p> <p>Podpis: A. Bubáková</p>
<p><b>Diagnóza 4:</b> Porucha integrity kůže způsobená cisařským řezem</p> <p><b>Stanovena dne:</b> 15. 11. <b>Zrušena dne:</b> 19. 11.</p>	<p><b>Cíl:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ zajistit, aby operační rána nejevila známky infekce</li> <li>▪ zajistit dobré hojení rány</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ pravidelně kontrolovat operační ránu</li> <li>▪ věnovat pozornost příznakům infekce</li> <li>▪ asepticky ošetřovat operační ránu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ od druhého pooperačního dne již operační ránu nekryjeme obvazem</li> <li>▪ pacientka byla poučena, aby ve sprše šetrně ránu osprchovala a snažila se odstranit zbytky dezinfekce a zasmolou krev</li> <li>▪ udržování jizvy v suchu a přístup vzduchu k šiti podporuje hojení a omezuje riziko vzniku infekce</li> <li>▪ pacientka byla poučena, že má k jizvě umožnit co největší přístup vzduchu a nosit vhodné prádlo - síťované kalhotky ve velikosti, ve které pohodlně přesehají přes celé břicho</li> <li>▪ jizva je denně kontrolována lékařem, přesto je nutné pacientku seznámit s příznaky infekce v jizvě, aby v případě zpozorování zarudnutí, otoku nebo zvýšené bolestivosti upozornila ihned zdravotnický personál</li> </ul>	<p><b>DATUM:</b> 19. 11. <b>Dosažení cíle:</b> cíl byl splněn <b>Odhodnocení:</b> rána se dobře hojí a zlepšuje se zdravotní stav pacientky <b>Hodnocení intervencí:</b> rána nejeví známky infekce a dobře se hojí.</p> <p>Podpis: A. Bubáková</p>



<p><b>Potenciální oš. dg.</b>  <b>Diagnóza 1:</b> Riziko tromboembolické nemoci v souvislosti s provedením císařského řezu</p> <p><b>Stanovena dne:</b> 15. 11.  <b>Zrušena dne:</b> 19. 11.</p>	<p><b>Cíl:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ pacientka nebude jevit známky tromboembolické nemoci</li> <li>▪ tyto známky budou včas odhaleny</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ zajistit časnou rehabilitaci a návrat k samostatnému pohybu</li> <li>▪ aktivně nabízet tekutiny</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ pacientka je poučena o možnostech cvičení na lůžku</li> <li>▪ mezi důležité cviky patří extenze a flexe chodidel, kroužení končetinami v kotnicích a v koleni</li> <li>▪ aktivně nabízáme tekutiny</li> </ul>	<p><b>DATUM:</b> 19. 11.  <b>Dosažení cíle:</b> cíl byl splněn  <b>Odhodnocení:</b> pacientka dodržovala veškerá doporučení  <b>Hodnocení intervencí:</b> pacientka nejvíe známky tromboembolické nemoci</p> <p>Podpis: A. Bubáková</p>
<p><b>Diagnóza 2:</b> Riziko vzniku infekce v důsledku zavedení periferních žilních katétrů a v místě zavedení drenáže spojené se sledováním odpadu drénu</p> <p><b>Stanovena dne:</b> 15. 11.  <b>Zrušena dne:</b> 19. 11.</p>	<p><b>Cíl:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ u pacientky se neprojeví známky infekce v místě zavedení periferních žilních katétrů a drenáže</li> <li>▪ o množství odpadu drénu pravidelně informovat ošetřujícího lékaře</li> </ul>	<p>Ošetrovatelské intervence – periferní žilní katétr:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ pečovat o dva periferní žilní katétr</li> <li>▪ zhodnotit místa vpichu 1 krát za 24 hodin</li> <li>▪ poučít pacientku o možných příznacích infekce</li> </ul> <p>Ošetrovatelské intervence – redon:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ pečovat o redon</li> <li>▪ ponechat ho zavedený jen po nezbytné nutnou dobu</li> <li>▪ zdůraznit nezbytnost spolupráce s pacientkou</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ místa vpichu periferních katétrů na levé horní končetině převazována 1 krát za 24 hodin</li> <li>▪ převaz byl prováděn přísně asepticky</li> <li>▪ po šetrném odstranění krytí jsou hodnoceny známky infekce</li> <li>▪ místo vpichu potřeno alkoholovým roztokem, po zaschnutí překryto novým sterilním krytím</li> <li>▪ krytí označeno datem a hodinou převazu</li> <li>▪ během výkonu komunikace s pacientkou, informace o všech úkonech a zjištěných</li> <li>▪ informace o přechodu zápis do dokumentace</li> <li>▪ katétr byly odstraněny 5. pooperační den</li> <li>▪ a při odstranění jsem znovu vyhodnotila místa vpichu.</li> <li>▪ bylo prováděno pravidelné sledování množství a charakteru sekretu z drénu, funkčnost a průchodnost drénu</li> <li>▪ množství odvedeného sekretu se započítává do celkového denního výdeje pacientky a každá změna byla hlášena lékaři</li> <li>▪ drén byl odstraněn 2. pooperační den</li> <li>▪ dezinfekci místa zavedení drénu, přerušením podtlaku tačky, odstřížením stehu a rázným, ale zároveň opatrným pohybem</li> <li>▪ místo bylo ošetřeno sterilním krytím</li> <li>▪ a následovala kontrola sekrece ze stopy po drénu.</li> </ul>	<p><b>DATUM:</b> 19. 11.  <b>Dosažení cíle:</b> cíl byl splněn  <b>Odhodnocení:</b> podmínkou odstranění žilních katétrů je ukončená infúzní terapie a plná mobilizace pacientky, podmínkou odstranění drénu je nízký odpad z drénu na základě ordinace lékaře  <b>Hodnocení intervencí:</b> v okolí místa zavedení žilních katétrů a drénu nejsou patrné známky infekce, katétr byly odstraněny 5. den a drén 2. den od operace</p> <p>Podpis: A. Bubáková</p>

FINÁLNÍ HODNOCENÍ (pro každou oš. dg.)

DATUM: 19. 11. 2013

ČAS: 15:30

Podpis: A. Bubáková

VÝSLEDKY FINÁLNÍHO HODNOCENÍ:

**AKTUÁLNÍ OŠ. DG/ KE ZLEPŠENÍ ZDRAVÍ**

přetrvává  
odůvodnění:  
 odstraněna

Související faktory

stejné  
 změnil se:  
 vymizely:

Určující znaky

stejné  
 změnil se:  
 vymizely:

**Hodnocení cílů oš. péče**

Cíl č. 1  splněn  nesplněn  splněn částečně  
Cíl č. 2  splněn  nesplněn  splněn částečně  
Cíl č. 3  splněn  nesplněn  splněn částečně  
Cíl č. 4  splněn  nesplněn  splněn částečně

splněn,  ponechán, odůvodnění:  
 splněn,  ponechán, odůvodnění:  
 splněn,  ponechán, odůvodnění: pacientka se stále obává o své zdraví  
 splněn,  ponechán, odůvodnění:

nesplněn, odůvodnění:  
 nesplněn, odůvodnění:  
 nesplněn, odůvodnění: obava z pozdního nástupu laktace a o zdraví dítěte  
 nesplněn, odůvodnění:

**POOTENCIÁLNÍ OŠ. DG:**

přetrvává  
odůvodnění:  
 odstraněna

Rizikové faktory

stejné  
 změnil se:  
 vymizely:

Cíl č. 1  splněn  nesplněn  splněn částečně  
Cíl č. 2  splněn  nesplněn  splněn částečně

splněn,  ponechán, odůvodnění:  
 splněn,  ponechán, odůvodnění: zůstávají dva periferní katétry a redon

# PREEKLAMPISIE V TĚHOTENSTVÍ

**DIAGNOSTIKA PREEKLAMPISIE V TĚHOTENSTVÍ**  
opakované naměření vysokého krevního tlaku -  
přítomnost bílkovin v moči -  
rozběr krve pro zjištění funkce ledvin a jater

**ONEMOCNĚNÍ PŘED TĚHOTENSTVÍM**  
vysoký krevní tlak -  
cukrovka - migrény -  
revmatoidní artritida -  
onemocnění ledvin

**RIZIKOVÉ FAKTORY**  
rodinná anamnéza - první těhotenství - věk pod 20 let -  
věk nad 40 let - obezita -  
vícesměrné těhotenství -  
těhotenská cukrovka

**PREEKLAMPISIE**  
závažný stav - projevuje se v druhé polovině těhotenství

**PŘÍZNAKY PREEKLAMPISIE V TĚHOTENSTVÍ**  
vysoký krevní tlak - zvýšené množství bílkovin v moči -  
otoky - přínostky na zádech -  
silná bolest hlavy - poruchy zraku - mdloby - nevolnost -  
zvracení

**KOMPLIKACE PŘI PREEKLAMPISII**  
nedostatečné zásobení placenty krví -  
předčasně odloučení placenty od děložní stěny - HELLP syndrom -  
eklampsie

**LÉČBA PREEKLAMPISIE**  
jedinou léčbou preeklampsie je porod - porod je obvykle vyvoláván dříve než v termínu porodu - porod je proveden císařským řezem

