

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Porodní asistence

Studijní obor: Porodní asistentka



Trtková Eliška

Ošetrovatelská péče o ženu s hrozícím předčasným porodem

Nursing care of the women with imminent premature labour

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: PhDr. Jana Endlicherová

Konzultant: as. MUDr. Michal Koucký, Ph.D.

Praha, 2018

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 30.04.2018

ELIŠKA TRTKOVÁ

Podpis:.....

Identifikační záznam:

TRTKOVÁ, Eliška. *Ošetrovatelská péče o ženu s hrozícím předčasným porodem. [Nursing care of the women with imminent premature labour]*. Praha, 2018. 65 s., 3 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Gynekologicko-porodnická klinika. Endlicherová, Jana.

Poděkování:

Tímto bych chtěla poděkovat vedoucí práce PhDr. Janě Endlicherové a konzultantovi as. MUDr. Michalovi Kouckému, Ph.D. za cenné rady, spolupráci, trpělivost a věnovaný čas při zpracování této závěrečné práce.

Dále bych chtěla poděkovat za skvělou spolupráci a ochotu paní S.Š., bez které by tato práce nemohla vzniknout.

Abstrakt:

Bakalářská práce se zaměřuje na problematiku předčasných porodů a ošetrovatelskou péči o ženu, u které hrozí předčasný porod. Práce se skládá z teoretické a klinické části. V teoretické části práce je popsán průběh těhotenství, příčiny, rizika, diagnostika a terapie předčasného porodu a dále charakteristika nedonošených novorozenců. Poslední kapitolou teoretické části je psychologie těhotné ženy s hrozícím předčasným porodem. Klinická část je zpracována ve formě kazuistiky a pro její zpracování je využita metoda ošetrovatelského procesu dle Marjory Gordonové. Práce se dále zabývá vznikem ošetrovatelského procesu, jeho historií a stanovením ošetrovatelských diagnóz. Dále je popsána charakteristika ošetrovatelského modelu zdraví a domén použitých pro práci. V kazuistice je uvedena anamnéza těhotné ženy, průběh hospitalizace a stanovení aktuálních a potencionálních ošetrovatelských diagnóz. V závěru práce je popsán průběh porodu naší pacientky a stav novorozence.

Klíčová slova:

ošetrovatelská péče, předčasný porod, těhotenství, nedonošený novorozenec

Abstract:

The bachelor thesis focuses on the problem of premature labour and the nursing care of the woman at risk of premature labour. The thesis consists of a theoretical and clinical part. In the introduction of this work, the progress of pregnancy, causes, risks, diagnosis and the therapy of premature labour and the characteristics of premature newborns are described. The last chapter of the theoretical part is focused on the psychology of pregnant woman with imminent premature labour. The clinical part is done in the form of case reports and the method of the nursing process according to Marjory Gordon for its processing is used. The study also deals with the emergence of the nursing process, its history and determining nursing diagnoses. The characteristics of the nursing model of health and domains used in this study is also described. In the casuistry, the history of the pregnant woman, the course of hospitalization and the assessment of current and potential nursing diagnoses are mentioned. In the conclusion of the thesis, the process of the delivery and the status of the newborn are described.

Keywords:

nursing care, premature labour, pregnancy, premature newborn

Obsah

Úvod.....	11
Teoretická část.....	12
1 Těhotenství	12
1.1 Změny organismu ženy v těhotenství	12
2 Vývoj plodu	13
2.1 Fertilizace, rýhování a nidace.....	13
2.2 Embryonální vývoj.....	13
2.3 Fetální vývoj	13
3 Vývoj placenty.....	14
4 Předčasný porod	15
4.1 Rizikové faktory ze strany matky	15
4.1.1 Genetická predispozice	15
4.1.2 Etnická a rasová predispozice	15
4.1.3 Socioekonomický status a vzdělání	15
4.1.4 Abusus návykových látek, vliv výživy a ftalátů	15
4.1.5 Psychologické faktory	16
4.1.6 Mateřský a fetální stres	16
4.1.7 Infekční onemocnění matky	16
4.2 Gynekologická a reprodukční anamnéza	17
4.3 Rizikové faktory a příčiny v aktuálním těhotenství.....	18
4.3.1 Krvácení v těhotenství a poruchy placentace.....	18
4.3.2 Uteroplacentární ischémie a deciduální hemorrhagie	18
4.3.3 Porucha imunologické tolerance plodu matkou	18
4.3.4 Alergie	18
4.3.5 Nadměrné rozpětí dělohy	19
4.3.6 Asistovaná reprodukce a vícečetné těhotenství.....	19
4.3.7 Inkompetence děložního hrdla	19
4.3.8 Abnormální působení progesteronu	19
5 Diagnostika předčasného porodu.....	20
5.1 Vyšetření symptomatických těhotných	20
5.2 Cervikometrie.....	20

5.3	Klinický obraz	21
5.3.1	Partus praematurus imminens	21
5.3.2	Partus praematurus incipiens	21
5.3.3	Partus praematurus in cursu	21
5.3.4	Předčasný předtermínový odtok plodové vody	22
5.3.5	Předčasný porod s kontrakcemi	22
5.3.6	Nevysvětlitelné krvácení z dělohy	22
5.3.7	Chorioamnionitis.....	22
6	Prevence předčasného porodu.....	24
7	Terapie předčasného porodu	25
7.1	Neinvazivní terapie.....	25
7.2	Tokolytika	25
7.2.1	Tokolytická léčiva	25
7.3	Antibiotika	26
7.4	Kortikosteroidy.....	26
7.5	Cerclage	26
8	Charakteristika nedonošených novorozenců	28
8.1	Rozdělení dle hmotnosti	28
8.2	Rozdělení dle gestačního týdne	28
8.3	Znaky nezralosti.....	28
8.4	Poruchy poporodní adaptace.....	28
9	Psychologie ženy v souvislosti s hrozícím předčasným porodem	30
10	Ošetřovatelský proces	31
10.1	Charakteristika ošetřovatelského procesu.....	31
10.2	Historie ošetřovatelského procesu a taxonomie ošetřovatelských diagnóz.....	31
10.3	Ošetřovatelské diagnózy	31
10.4	Postup při vytváření diagnóz – fáze ošetřovatelského procesu.....	32
10.4.1	Posouzení.....	32
10.4.2	Stanovení ošetřovatelské diagnózy – diagnostika	32
10.4.3	Plánování – intervence	33
10.4.4	Realizace	33
10.4.5	Hodnocení.....	33

11	Ošetrovatelský model funkčního zdraví dle Marjory Gordonové	34
11.1	Ošetrovatelské domény.....	34
11.2	Stanovení ošetrovatelských diagnóz	35
12	Kazuistika	37
12.1	Anamnéza	37
12.1.1	Rodinná anamnéza	37
12.1.2	Osobní anamnéza	37
12.1.3	Farmakologická anamnéza	37
12.1.4	Sociální anamnéza	38
12.1.5	Gynekologická anamnéza	38
12.2	Nynější těhotenství.....	38
12.3	Průběh porodu před přijetím	39
12.4	Celkové vyšetření při příjmu.....	39
12.4.1	Porodnické vyšetření při příjmu	39
12.5	Ošetrovatelská anamnéza pacientky dle Marjory Gordonové.....	40
12.5.1	Vnímání zdravotního stavu a aktivity k udržení zdraví	40
12.5.2	Výživa a metabolismus	40
12.5.3	Vylučování.....	41
12.5.4	Pohybová aktivita a cvičení.....	41
12.5.5	Spánek a odpočinek	41
12.5.6	Vnímání a poznávání.....	41
12.5.7	Sebepojetí a sebeúcta.....	41
12.5.8	Mezilidské vztahy a plnění rolí.....	41
12.5.9	Sexualita a reprodukční schopnost.....	41
12.5.10	Psychický stav a zvládání stresu	41
12.5.11	Víra, přesvědčení a životní hodnoty.....	41
12.6	Průběh hospitalizace	42
12.7	Stanovení ošetrovatelských diagnóz	45
12.7.1	Aktuální ošetrovatelské diagnózy	45
12.7.2	Potencionální ošetrovatelské diagnózy	45
13	Návrh pro praxi	53
14	Diskuse a závěr.....	54

15	Seznam použité literatury	56
16	Seznam zkratk	59
17	Seznam příloh	60
	Přílohy	61

Úvod

Bakalářská práce se zabývá problematikou hrozícího předčasného porodu a ošetrovatelskou péčí o těhotnou ženu, u které hrozí předčasný porod. Cílem práce je zpracování kazuistiky, u ženy hospitalizované na gynekologicko-porodnickém oddělení v Praze. Práce je rozdělena do dvou částí. První část se zabývá teorií a druhá část je klinická.

V teoretické části je popsáno období těhotenství, vývoj plodu a placenty. Dále jsou uvedeny příčiny předčasného porodu a jsou zde popsána rizika spojená s předčasným porodem, jeho diagnostika a prevence, možná terapie a také charakteristika nedonošených novorozenců. V neposlední řadě je uvedena psychologie ženy v souvislosti s hrozícím předčasným porodem.

Pro klinickou část, která je zpracována ve formě kazuistiky, je použita metoda ošetrovatelského procesu dle Marjory Gordonové. Pro tuto práci byla vybrána jedna hospitalizovaná pacientka, která dala souhlas k nahlížení do její zdravotnické dokumentace, díky níž byla následně zpracována ošetrovatelská anamnéza a aktuální a potenciální diagnózy. Dále byly použity metody pozorování, rozhovoru s pacientkou, lékaři a porodními asistentkami a klinická vyšetření.

Téma bakalářské práce jsem si vybrala, protože jsem chtěla nahlédnout více do této problematiky, jelikož já a moje sestra jsme předčasně narozené.

Předčasný porod je definován jako porod před dokončeným 37. týdnem gravidity a můžeme ho rozdělit na indikovaný a spontánní. Indikovaný předčasný porod zahrnuje závažné důvody, ze strany matky a/nebo plodu. Je to například preeklampsie, IUGR, fetální stres plodu nebo i vícečetné těhotenství.

Dolní hranice prematurity není v mezinárodním kontextu stanovena jasně, Česká gynekologicko-porodnická a Česká neonatologická společnost ji stanovily na 24. týden těhotenství. Příčiny předčasného porodu zatím nejsou přesně známy, za nejvýznamnější je považována infekce.

Teoretická část

1 Těhotenství

V období těhotenství dochází k vývoji plodu a můžeme ho rozdělit na embryonální vývoj (embryo) a fetální, kdy už hovoříme o plodu (fetu). Průměrné těhotenství trvá 280 dní, což odpovídá 40 týdnům, a to je 10 lunárních měsíců. Můžeme ho též rozdělit na tři trimestry, kdy první trimestr trvá zhruba 12 týdnů, druhý trimestr začíná 12. týdnem a třetí pak 28. týdnem. Nejpresnější stanovení délky těhotenství představuje hodnocení jeho stáří dle ultrazvukového měření tzv. temeno-kostrční délky plodu v I. trimestru (Hájek et al., 2014).

1.1 Změny organismu ženy v těhotenství

Těhotenství sebou přináší mnoho změn, ať už po stránce fyzické či psychické. Organismus se velmi rychle přizpůsobuje těmto změnám, hlavně v oblastech genitálních a endokrinních. Vlivem hormonálních změn dochází ke změnám na děloze, kdy se mění její konzistence a tvar. Děloha je poté měkčí, prosáklejší a z malé pánve se dostává do dutiny břišní. Dále se také mění hrdlo děložní, které se pomalu zkracuje a měkne. V cervikálním kanálu se shromažďuje hustý hlen, který tak tvoří hlenovou zátku. Ta slouží jako mechanická zábrana pro možný vstup infekce. Hladké svalstvo v oblasti pochvy mění svou délku a sliznice barvu. Dochází k větší produkci hustého většinou bílého výtoku. Zevní rodidla jsou překrvená a mění se vnější stavba hráze. Mléčná žláza se postupně zvětšuje a pigmentace na dvorcích tmavne. Prsy jsou citlivější a může dojít k pocitu napětí v obou prsou. Již po 10. týdnu gravidity může žena pozorovat nažloutlou tekutinu (tzv. kolostrum), které ke konci těhotenství houstne. Díky zvětšujícím se tkáním mohou vznikat nejčastěji na břicho a na prsou strie. V ostatních orgánech jsou změny ve smyslu zvětšení objemu krve až o 1500 ml, zrychlení tepové frekvence, změny krevního tlaku, zvýšení srdečního výdeje a stoupá potřeba kyslíku. Změny postihují i uropoetický, imunitní systém, gastrointestinální trakt, pohybový aparát, metabolismus a endokrinní žlázy. Jak již bylo řečeno, změny přicházejí i v psychické oblasti těhotné ženy a to bez ohledu na to, jestli těhotenství bylo chtěné nebo ne. Jsou propojeny se změnami fyzickými, sociálními i ekonomickými. Těhotná si zvyká na novou roli a je pro ni důležité, aby ji její okolí akceptovalo. Jak samotné těhotenství, tak i psychologii v tomto období můžeme rozdělit do tří trimestrů. V první třetině je žena často náladová a rozladěná a hlavním úkolem je přijetí těhotenství. Ve druhém trimestru má těhotná přijmout plod jakožto samostatné individuum a třetí fáze může být označována jako „stavění hnízda“, kdy se žena připravuje na porod a novorozence. V období mezi druhou a třetí fází dochází ke střetu mezi obavami z předčasného porodu a přáním porodit (Roztočil, 2017).

2 Vývoj plodu

2.1 Fertilizace, rýhování a nidace

Děložní sliznice prodělává změny vlivem hormonů a během menstruačního cyklu se připravuje na možné přijetí oplozeného vejce. K oplození dochází při splynutí ženské pohlavní buňky – vajíčka a mužské pohlavní buňky – spermie. Vzniká zygota, která má diploidní počet chromozomů, tj. 46 a nese genetický kód. K oplození dochází nejčastěji v ampule vejcovodu, dále se dělí a rýhuje v morulu a následně se posunuje vejcovodem blíže k děloze. Zhruba šest dní po ovulaci se oplozené vejce dostává do dělohy ve formě blastocysty. Blastocysta je rozdělena na embryoblast, ze kterého se dále vyvíjí samotné embryo a na trofoblast, ze kterého vznikají obaly a placenta. Díky trofoblastu dochází k nidaci a dále implantaci (Hájek et al., 2014).

2.2 Embryonální vývoj

Po oplození, okolo 22. dne embryogeneze začíná tvorba prvosegmentů. Na embryu se nejdříve vyvíjí kraniální část a základ pro mozek a srdce, které se vyvíjí velice rychle. Zhruba po čtyřech týdnech srdce rozvádí krev po těle zárodku a choriu, a asi od 6. týdne můžeme registrovat srdeční činnost. Po šesti týdnech jsou na embryu znatelné končetiny s prsty, oční víčka, nos i ústa. Tvoří se osifikační jádra a postupně se vyvíjí zevní genitál, který byl před tím nediferenciovaný, ale s jistotou pohlaví určíme po 14. až 16. týdnu těhotenství. Lze již rozlišit orgánovou soustavu a jednotlivé vnitřní orgány. Koncem 10. týdne od oplodnění plod měří zhruba 9 cm a váží asi 14 g. Toto období je ukončeno koncem 10. týdne od oplození a dále již hovoříme o období fetálním (Hájek et al., 2014).

2.3 Fetální vývoj

Fetogenezi označujeme růst, zrání a funkční diferenciací plodu. Během větší části vývoje je růst plodu lineární. Koncem 4. měsíce těhotenství tedy 16. týdne je plod asi 16 cm dlouhý. Vyvíjí se nehty plodu a vlasy začínají růst. V podkoží se ukládá tuk, na kůži je tzv. lanugo – chmýří a kůže je červená a vrásčitá. Po 20. týdnu je kůže pokryta mázkem. V 7. měsíci těhotenství u chlapců jsou varlata v inguinálním kanále, oční víčka se otevírají a vrásky na kůži mizí. Koncem 10. měsíce těhotenství u holčiček jsou labia minora (malé stydké pysky) překryty labia majora (velkými stydkými pysky), u chlapců jsou varlata sestouplá v šourku, kůže je růžová, lanugo pokrývá pouze záda a ramena, nehty přesahují konce prstů a střevo obsahuje tzv. mekonium neboli smolku (Hájek et al., 2014).

3 Vývoj placenty

Trofoblast prostupuje do deciduy, přičemž je endotel mateřských cév zničen. Placenta je hemochoriální a to proto, že mateřská krev a chorium se dostávají do přímého kontaktu. Trofoblast je ze dvou částí – vnitřní cytotrofoblast, který kryje vnější syncytiotrofoblast. Dále se kolem 16. týdne tvoří choriové klky, které se tvoří z mezodermy vrůstajícího do cytotrofoblastu a probíhají zde cévy. Plodové vejce je poté kryto těmito klky. Na jedné straně plodového vejce se klky vyhlazují, decidua capsularis se ztenčuje a vzniká tak chorion leve. Na druhé straně směrem k decidua basalis je chorion frondosum, klky zde hypertrofují a tvoří tak placentu. Koncem 6. týdne dochází k průniku trofoblastu do mateřských spirálních artérií a mění jejich stěnu, dále proniká do artérií v myometriu. Tyto arterie zajišťují přívod krve do intervilózních prostor. Při nedostatečné invazi trofoblastu, je těhotenství náchylnější k vývoji preeklampsie a IUGR. Ve třetím měsíci těhotenství se díky dotvoření placenty mění oběh na placentární – umbilikální, který z mateřské krve zásobuje plod kyslíkem a živinami (Hájek et al., 2014).

4 Předčasný porod

Předčasný porod může být vyvolán celou řadou příčin a jedná se o patologický děj. Můžeme ho také nazývat jako syndrom předčasného porodu (Pařízek, 2012b). Má tři složky, kterými jsou aktivace plodových obalů, zrání děložního hrdla a kontrakce dělohy (Hájek et al., 2014).

Existuje celá řada rizikových faktorů, které samy o sobě porod nevyvolají, ale mohou k rozvoji této závažné situace přispět. Můžeme je rozdělit do tří základních skupin. První skupinou jsou epidemiologické faktory ze strany matky a patří sem genetická, etnická a rasová predispozice, socioekonomický status a vzdělání, abusus návykových látek a vliv výživy a ftalátů. Dále pak psychologické faktory zahrnující mateřský a fetální stres, a v neposlední řadě infekční onemocnění. Druhou skupinu rizikových faktorů představuje gynekologická a reprodukční anamnéza, kdy se za nejvýznamnější riziko považuje předchozí předčasný porod. Třetí skupinou jsou rizikové faktory vyskytující se v aktuálním těhotenství (Koucký et al., 2014).

4.1 Rizikové faktory ze strany matky

4.1.1 Genetická predispozice

Bylo provedeno již několik studií, které poukazují na souvislost předčasného porodu u sester, kdy žena má 1,8krát vyšší riziko, že předčasně porodí, pokud její sestra porodila předčasně (Winkvis et al., 1998 in Koucký et al., 2014, s. 12).

4.1.2 Etnická a rasová predispozice

U černé afroamerické rasy v některých zemích jako jsou například Spojené státy americké a Velká Británie dochází k předčasnému porodu téměř 2krát častěji, než u asiátů, kavkazské bílé rasy a hispánců (Hamilton et al., 2005 in Koucký et al., 2014, s. 13).

4.1.3 Socioekonomický status a vzdělání

Některé faktory zvyšují pravděpodobnost předčasného porodu a jsou jimi například nízký socioekonomický status, nízký stupeň vzdělání, absence partnera, věk pod 18 let a nad 35 let. Přesná souvislost ale není prokázána (Roztočil, 2017).

4.1.4 Abusus návykových látek, vliv výživy a ftalátů

V souvislosti s měkkými a tvrdými drogami a také alkoholem nebyl předčasný porod prokázán. Riziko předčasného porodu bylo prokázáno u těhotných kuřáček, kdy při kouření více jak deseti cigaret denně je riziko 1,7krát vyšší a spolupodílí se na intrauterinní růstové retardaci, hypoxii plodu a předčasném odlučování lůžka. Při vdechování cigaretového kouře dochází zřejmě k vazokonstrikčnímu působení nikotinu a tedy k uteroplacentární ischémii, která poté může vyvolat předčasný porod (Kyrklund-Blomberg et al., 1998 in Koucký et al., 2014, s. 13).

Vědci v laboratoři zkoumali lidskou placentu a vystavovali ji oxidativnímu stresu, kdy pozorovali cigaretový kouř a jeho efekt. Oxidativní stres je v určité míře fyziologický, avšak právě kouření nebo konzumace alkoholu zvyšuje tento stres nad hranici normy.

Placenta tak rychleji stárne a je zde zvýšené riziko předčasného porodu, kdy ani antioxidanty toto riziko nesnižují (Petr, 2014).

Nízké hladiny vitamínů, folátů, železa a zinku se mohou podílet na nižší odolnosti proti infekci (Neggers et al., 2003 in Koucký et al., 2014, s. 13). Dále má na riziko předčasného porodu vliv nízký body mass index pod 19 (Roztočil, 2017).

Na zvýšené riziko předčasného porodu mohou mít vliv i ftaláty, což jsou látky, které se vyskytují například v parfémtech, deodorantech, lacích na nehty, tělové kosmetice, plastových obalech a hračkách, ale i léčivých přípravcích. Prevence před těmito látkami je zcela jednoduchá, stačí se vyvarovat balených potravin, kupovat čerstvé a také číst etikety na kosmetických výrobcích. Podle zveřejněných výsledků studie, která byla uvedena v časopise Americká lékařská asociace (JAMA), se u zkoumaných 130 žen měřila hladina ftalátových metabolitů v moči. Zvýšené hladiny těchto ftalátů, hlavně di (2-ethylhexyl) ftalátu (DEPH), mono (2-ethylhexyl) ftalátu (MEPH) a mono (2-ethyl-5karboxypentyl) ftalátu (MECPP), mají spojitost s předčasným porodem. Pravděpodobnost předčasného porodu se přímo úměrně zvyšuje s vystavením těmto látkám (Zdravotnické noviny, 2013, s. 14).

4.1.5 Psychologické faktory

Vyšší riziko předčasného porodu je také při zvýšeném stresu těhotné (Ruiz et al., 2003, Kiecolt-Glaser et al., 2002 in Koucký et al., 2014, s. 13). Dlouhodobý stres oslabuje imunitní systém a těhotná je poté vnímavější k infekcím. Mezi plodem a matkou tak dochází k poruše tolerance (Annells et al., 2004 in Koucký et al., 2014, s. 13).

4.1.6 Mateřský a fetální stres

Stres, ať už je endogenního nebo exogenního původu se dává do souvislosti s rizikem předčasného porodu. Mohou to být vlivy jak psychické, tak i fyzické. Během stresu mateřského i fetálního je produkován CRH – kortikotropin stimulující hormon, který stimuluje tvorbu prostaglandinů (Lockwood, 1990 in Koucký et al., 2014, s. 45).

CRH je produkován placentou, obaly plodů i deciduou. Uvolňuje se z placenty, kde dochází k jeho tvorbě okolo 7. týdne, poté se jeho hladiny zvyšují. Dále stoupá syntéza proteinu, který tento hormon váže, a společným mechanismem se uplatňují na začátku porodu. Byly prokázány zvýšené hladiny CRH u předčasných porodů. U plodu během reakce na stres, CRH podněcuje tvorbu hormonů v nadledvinách a vzniká tak komunikace mezi plodem a placentou (Hájek et al., 2014).

4.1.7 Infekční onemocnění matky

Zánět může být lokální i celkový. Nejčastějšími agens jsou streptokoky skupiny B (GBS), Ureaplasma urealyticum, Chlamydia trachomatis, mykoplazmata, trichomoniáda a Gardnerella vaginalis, které vyšetřujeme kultivací z pochvy (Hájek et al., 2014).

Infekce vstupuje do organismu nejčastěji přes děložní hrdlo. Může dojít k útlumu normální bakteriální flóry, kterou zajišťuje Lactobacillus acidophilus, a přemnožení bakterií s následným vznikem bakteriální vaginózy. Laktobacil za normálních podmínek chrání poševní prostředí proti infekci a zaručuje nízké pH (Nugent et al., 1991 in Koucký et al., 2014, s. 14).

Vlivem hormonálních změn v těhotenství může dojít k dysmikrobii a přestoupení patogenů z hrda děložního na dolní pól plodových obalů, kdy hovoříme o tzv. amnionitis (Pařízek, 2012b). Pokud infekce přestoupí přes bariéru cervikálního hlenu, jedná se o akutní infekci či reinfekci a spolupodílí se na dilataci a zkrácení děložního hrdla (Hájek et al., 2014). Jestliže se infekce dostane až k plodu, hrozí i jeho úmrtí. Spolu s děložními kontrakcemi může dojít k puknutí plodových obalů a následně k odtoku plodové vody (Pařízek, 2012b).

Mikroorganismy se nejspíše mohou šířit do ostatních orgánů hematogenní cestou. Poté vznikají extragenitální infekce, které se vyskytují například v močovém systému jako je pyelonefritida nebo bezpříznaková bakteriurie. Uplatňují se zde neléčené infekce, jako je pneumonie, apendicitida a dokonce i periodontitis (Mašata et al., 2008).

Za rizikový faktor předčasného porodu je považován i špatný stav chrupu těhotné, konkrétně již zmíněná periodontitis. Těhotenství je provázeno změnou stravovacích návyků a u některých žen klesá i úroveň ústní hygieny. Tím dochází k ukládání zubního plaku, kdy mikroorganismy v něm obsažené, vyvolávají vznik zubního kazu. Dále se uplatňuje i snížení pH vlivem nevolností a opakovaných zvracení. Zvýšená hladina progesteronu má pak vliv i na postižení parodontu. Zde se uplatňuje i vyšší věk těhotných, kdy se mohou objevovat pravé parodontální choboty. Studie ze zahraniční literatury poukazují na souvislost chronické periodontitis, předčasného porodu a také nízké hmotnosti novorozenců (Hecová et al., 2015).

Výzkum Lopeze a kol. (Lopez et al., 2002 in Hecová et al., 2015, s. 83) poukázal na souvislost mezi periodontitis a nízkou hmotností novorozence, kdy zdravé ženy porodily novorozence o nízké hmotnosti ve 2,5 %, kdežto neléčené ženy v 8,6 %. Je důležité věnovat zvýšenou pozornost těhotným ženám z hlediska stomatologické péče. Stomatolog by měl kromě vyšetření chrupu upozornit těhotnou na riziko, které přinášejí mikroorganismy v zubním plaku a také o významu ústní hygieny.

V závěru studie Hecová a kol. (2015, s. 87) udává, že ženy s rizikovým těhotenstvím mají horší parodont a je potřeba těmto ženám věnovat větší péči. Avšak se neprokázalo, že by měly parodontální choboty vliv na předčasný porod.

Maninder Kaur a kol. (2014) ve své studii popisuje, že zvýšená sekrece cytokinů hlavně interleukinu IL-1 β , IL-6, faktoru nekrózy nádorů TNF- α a prostaglandinu E2 (PGE2) způsobuje parodontální zánět. Parodontální patogeny se systémově rozšiřují a zvýšené protizánětlivé markery se mohou nacházet v amniální dutině, kdy ovlivňují placentární tkáň a způsobují poruchy v mateřsko-fetální jednotce. Vše pak může vést k poruše vývoje plodu a předčasným kontrakcím.

V další studii poukázali na to, že léčba parodontózy významně snížila riziko předčasného porodu z 6,8 % na 1,1 % (Weidlich et al., 2013).

4.2 Gynekologická a reprodukční anamnéza

Pokud žena již jednou rodila předčasně, je u dalšího plodu riziko 2krát tak vyšší. Záleží i na období těhotenství, kdy došlo k předčasnému porodu. Čím dříve v předchozím těhotenství žena předčasně porodila, tím je vyšší riziko předčasného porodu v následném

těhotenství. Důležitou roli hraje také nadměrné rozpětí dělohy při vícečetném těhotenství, vrozených vadách dělohy a nadměrném množství plodové vody. Dalším rizikovým faktorem jsou i umělá ukončení těhotenství z jakýchkoliv příčin a chirurgická ošetření děložního hrdla v souvislosti s prekancerózou (Roztočil, 2017).

4.3 Rizikové faktory a příčiny v aktuálním těhotenství

4.3.1 Krvácení v těhotenství a poruchy placentace

Krvácení v I. trimestru zvyšuje riziko předčasného porodu přibližně dvojnásobně (Koucký et al., 2014). Další rizikový faktor v této oblasti představují poruchy placentace, jako jsou včasná placenta a předčasné odlučování lůžka. Uvedené stojí v pozadí přibližně 12 % předčasných porodů, oproti 1 % porodů v termínu (Roztočil, 2017).

4.3.2 Uteroplacentární ischemie a deciduální hemorrhagie

Těhotenství samo o sobě je považováno za přirozený hyperkoagulační stav vzhledem ke zvýšené kapacitě žilního řečiště (Křepelka, 2007).

Jak uteroplacentární ischemie tak i deciduální hemorrhagie jsou s velkou pravděpodobností způsobeny vrozenou či získanou poruchou srážlivosti krve, tzv. trombofilií. V důsledku trombofilií dochází k nadměrné produkci trombinu s následkem vzniku mikrotrombů v cévách placenty. Tyto pochody mohou vést k rozvoji uteroplacentární ischemie a následnému oxidativnímu stresu. A naopak, z dosud neznámých důvodů vede někdy narušení koagulační rovnováhy k tzv. deciduální hemorrhagii, která může vyústit až v odloučení placenty (Gill et al., 2010).

Za nejčastější trombofilní stavy jsou považovány antifosfolipidový syndrom, Leidenská mutace, mutace genu pro protrombin (PG20210A), rezistence k aktivovanému proteinu C, nedostatek proteinu S a antitrombinu III, a v neposlední řadě hyperhomocystinémie - MTHFR, což je homozygotní forma nedostatku metylentetrahydrofolát reduktázy. V těhotenství jsou trombofilní stavy spojené nejen s předčasným porodem, ale i s hlubokou žilní trombózou, dále opakujícími se potraty, abrupcí a insuficiencí placenty, časným rozvojem preeklampsie a dále s intrauterinní restrikcí plodu, někdy i jeho úmrtím (Křepelka, 2007).

4.3.3 Porucha imunologické tolerance plodu matkou

Při předčasném porodu dochází k neobvyklým imunologickým pochodům jak na molekulární, tak na genetické úrovni. Opakované potraty a předčasné porody souvisejí s poruchou imunologické tolerance plodu matkou (Roztočil, 2017).

Také při špatné identifikaci fetálních antigenů mateřskou imunitou dochází k selhání udržení těhotenství. Je potřeba dokonalé souhry mezi T regulačními lymfocyty, NK buňkami a stromálními dendritickými buňkami (Koucký et al., 2014).

4.3.4 Alergie

Při alergii dochází k abnormální imunitní odpovědi na alergeny, důsledkem je vyšší produkce eozinofilů. Eozinofilní granulocyty přítomné v amniální tekutině, mohou podpořit rozvoj děložních kontrakcí (Roztočil, 2017).

4.3.5 Nadměrné rozpětí dělohy

Pokud má těhotná polyhydramnion, vrozené vady dělohy nebo se jedná o vícečetné těhotenství, je zde vyšší riziko předčasného porodu. Nadměrné rozpětí dělohy může vést k pravidelným kontrakcím a k uvolnění zánětlivých cytosinů (Roztočil, 2017).

4.3.6 Asistovaná reprodukce a vícečetné těhotenství

Fertilita žen klesá po 35. roce a je závislá na kvalitě ženských pohlavních buněk. Transfer více embryí s sebou nese vyšší pravděpodobnost vícečetného těhotenství, které sebou přináší i zvýšené riziko předčasného porodu a nižší hmotnost novorozenců (Roztočil, 2017). Časování porodu by měla být u bichoriálních biamniálních dvojčat do dovršení 39. týdne gravidity a u monochoriálních monoamniálních dvojčat do 35. týdne těhotenství (Hájek et al., 2014).

4.3.7 Inkompetence děložního hrdla

Vlivem inkompetence neboli dilatace a zkrácení děložního hrdla, může dojít ve II. a III. trimestru k ukončení těhotenství. Většinou probíhá asymptoticky bez klinických příznaků. Podílí se na ní mnoho faktorů, jako jsou například faktory výživy a expozice matky diethylbestrolem na začátku těhotenství, nízké BMI a dále zákroky na čípku. Pro stanovení diagnózy inkompetence děložního hrdla je rozhodující anamnéza (osobní i rodinná anamnéza potratů, zejména druhotrimestrálních a předčasný porod). Dispozice k inkompetenci může být tedy jak vrozená (výše uvedené anamnestické údaje) nebo i získaná - předchozí zákrok na děloze, především děložním hrdle (např. konizace, interrupce) a MIAC (angl. zkratka microbial invasion of amniotic cavity – mikrobiální osídlení dutiny děložní). V aktuálním těhotenství je vyšetření určující tuto diagnózu měření délky děložního hrdla vaginální ultrazvukovou cervikometrií. Léčba spočívá v nasazení progesteronu vaginálně, tokolyze a jen výjimečně stehem na děložním hrdle (Roztočil, 2017). U intrauterinní infekce je však cerclage kontraindikována. Infekci lze prokázat amniocentézou a následnou kultivací plodové vody (Koucký et al., 2014).

Při fyziologickém těhotenství je délka hrdla mezi 22. - 24. týdnem gravidity okolo 36 mm. Vavřinková (2009, s. 46) uvádí: „Riziko spontánního předčasného porodu je nepřímo úměrné délce hrdla děložního a stoupá exponenciálně při zkrácení hrdla na 15 mm a méně. Hrdlo o délce 15 mm a méně se vyskytuje cca u 1 % žen, z nichž asi 30 % porodí před 34. týdnem. U vícečetných gravidit platí vztah délky hrdla děložního a předčasného porodu stejně, za hranici exponenciálního vzrůstu rizika předčasného porodu je považována již délka 25 mm.“

Pokud je těhotenství ukončeno před 10. týdnem gravidity, nezvyšuje se riziko předčasného porodu. Je-li však při abortu hrdlo dilatováno na více jak 10 mm je riziko předčasného porodu vyšší. Pacientky, které mají v anamnéze opakované spontánní potraty nebo interrupce, řadíme mezi vysoce rizikové (Vavřinková, 2009).

4.3.8 Abnormální působení progesteronu

Progesteron ovlivňuje mnoha způsoby „udržení“ těhotenství. Zabraňuje děložní činnosti, ovlivňuje zrání hrdla a aktivaci plodových obalů. Dle dostupných studií je zřejmé, že podávání progesteronu snižuje riziko předčasného porodu (Defranco et al., 2007).

5 Diagnostika předčasného porodu

Diagnostika předčasného porodu je velmi obtížná. Záleží na subjektivních pocitech těhotné (vnímání děložních kontrakcí) i objektivně na nálezu na děložním hrdle (Pařízek, 2012b). Diagnostiku provádíme pomocí anamnézy těhotné, kdy mezi nejvýznamnější údaje patří subjektivní vnímání tlaku nebo bolesti v podbříšku, polyurie, odtok plodové vody nebo přímo krvácení z rodidel. Dále děláme gynekologické a ultrazvukové vyšetření, kdy provádíme palpační gynekologické vyšetření a není-li zcela zjevná dilatace děložního hrdla více jak 3 cm, provádíme jeho měření vaginální ultrazvukovou cervikometrií. Odebereme moč na kultivaci a krev na zánětlivé markery. Děložní činnost a stav plodu můžeme hodnotit objektivně pomocí zevního snímání děložní činnosti a srdeční činnosti plodu – (CTG) kardiokardiografií (Slezáková, 2011).

5.1 Vyšetření symptomatických těhotných

Pouze 18 % těhotných, které přicházejí s objektivními změnami (zkrácení hrdla) či subjektivními obtížemi (kontrakce), jsou skutečně ohroženy. Diagnóza je tedy asi z 80 % nepřesná a hospitalizace zbytečná. V experimentu, ale nikoliv běžné klinické praxi, můžeme vyšetřovat různé biochemické markery zánětu, které by mohly včas poukázat na hrozící předčasný porod. Jsou to například leukocyty, interleukin 1, 6, a 8, faktor nekrotizující nádory, C-reaktivní protein, prokalcitonin, protéazy a fetální fibronektin. Všechny tyto markery mají relativně vysokou senzitivitu, ale poměrně nízkou specificitu – tj. jen na jejich podkladu nemůžeme určit prognózu a nejsou tedy v klinické praxi využitelné. Za nejvýznamnější vyšetření je v současné době považováno vyšetření fetálního fibronektinu. Představuje jakési „lepídko“ mezi plodovými obaly a stěnou dělohy. Do sekretu z cervixu a vaginy, se přirozeně uvolňuje fibronektin z choriodeciduálního prostoru, díky zvýšené proteolýze. Fetální fibronektin se patologicky vyskytuje v cervikálním hlenu mezi 24. a 36. týdnem těhotenství, přičemž při fyziologické graviditě je zde prokazatelný do 20. týdne gravidity a v období po 37. týdnu těhotenství. Jak je již řečeno výše, klíčovým vyšetřením pro posouzení rizika předčasného porodu představuje ultrazvukové vyšetření děložního hrdla, neboli vaginální ultrazvuková cervikometrie (Pařízek, 2012b).

Těhotné, které mají vysoké riziko předčasného porodu, byt' je na základě zkrácení děložního hrdla, hospitalizujeme a podáme jim tokolytika a kortikosteroidy. Jak se ukazuje v poslední době, právě kombinace hodnocení délky děložního hrdla a stanovení fetálního fibronektinu výrazně přispívá k upřesnění diagnostiky. Vyšetření fibronektinu je indikováno při zkrácení děložního hrdla pod 25 mm měřeného ultrazvukovou cervikometrií. Pakliže je test na fibronektin negativní, žena má 99% pravděpodobnost, že neporodí do 14 dnů a přibližně 92% pravděpodobnost, že neporodí předčasně vůbec (Marešová, 2014).

5.2 Cervikometrie

Cervikometrie se provádí mezi 22. a 24. týdnem gravidity. Nejdříve se provádí palpační vyšetření, tzv. cervix skóre – Bishopovo skóre, kdy těhotná musí mít prázdný močový měchýř. Používá se transvaginální přístup a aby sonda nedeformovala děložní hrdlo, musí se umístit volně do přední poševní klenby. Ultrazvukem se sleduje obraz

sliznice, provede se sagitální řez čípkem a je vidět vnitřní branka, která má tvar „T“. Pokud je vnitřní branka okrajovým bodem tzv. nálevky, uvažujeme o tzv. funnelingu. Cervical length (CL) neboli funkční délka hrdla, je uzavřenou částí hrdla. V milimetrech zaznamenáváme nejmenší naměřenou hodnotu uzavřeného čípku po třech po sobě jdoucích měřeních. Tak můžeme diagnostikovat cervikální nedostatečnost (Marešová, 2014).

První, kdo popsal míru zkrácení děložního hrdla, byl tým lamse. Hodnotili CL ve 24. a 28. týdnu těhotenství a popsali, že ve 24. týdnu gravidity by měla být hodnota CL 35 mm, což odpovídalo 50. percentilu. Hodnota CL pod 25 mm, tedy 10. percentil poukazovala na zvýšené riziko předčasného porodu (Iams, 1996).

U rizikových těhotných provádíme dvoustupňové hodnocení mezi 18. a 24. týdnem gravidity. Velkou nevýhodou je, že ve skutečnosti nemůžeme zcela změřit délku kanálu čípku a vnitřní branku, tudíž často dochází k chybnému vyhodnocení (*příloha č. 1*) (Vlk, 2010).

5.3 Klinický obraz

Nejprve je potřeba definovat různé pojmy. Je to předčasný porod hrozící (partus praematurus imminens), předčasný porod počínající (partus praematurus incipiens) a předčasný porod probíhající (partus praematurus in cursu) (Hájek et al., 2014).

5.3.1 Partus praematurus imminens

Těhotná subjektivně udává bolesti v zádech, tlaky v podbřišku a výtok z pochvy. Ve zhruba 10 % případů dojde k předčasnému odtoku plodové vody. Vaginálním vyšetřením můžeme posoudit stav děložního hrdla. Jeho dilataci, zkrácení a změnu konzistence, dále jeho lokalizaci a stupeň vývoje klenby. Provádí se i vyšetření v zrcadlech a ultrazvukové vyšetření, při kterém odhadujeme hmotnost plodu a lokalizaci placenty. Můžeme zjistit i výhřez vaku blan, předčasný otok plodové vody a/nebo prolaps malých částí plodu. Jak je již ale opakovaně zmíněno, pokud při palpačním vyšetření není patrná zjevná dilatace děložního hrdla více jak 3 cm, přesnější informaci o případném ohrožení ženy předčasným porodem dává ultrazvuková cervikometrie (Hájek et al., 2014).

5.3.2 Partus praematurus incipiens

Počínající předčasný porod představuje situaci, kdy hrdlo děložní zaniká, klenby jsou plné, dilatace děložního hrdla je nejméně 3 cm a ani přes tokolýzu děložní činnost neustává (Hájek et al., 2014).

5.3.3 Partus praematurus in cursu

Měkké porodní cesty se i nadále dilatují a velká část plodu vstupuje do pánve a často nastává i předčasný odtok plodové vody PPRM (Hájek et al., 2014).

Předčasný porod má v současnosti dvě základní formy – PPRM a předčasný porod s kontrakcemi (Koucký et al., 2014).

5.3.4 Předčasný předtermínový odtok plodové vody

Diagnóza PPRM je u 90 % těhotných stanovena pouze na základě klinického hodnocení. U 10 % žen není PPRM klinicky zjevný, a proto využíváme různé metody, kterými se snažíme odtok plodové vody potvrdit/vyloučit. Únik moči, vaginální výtok, předchozí pohlavní styk, použití vaginálních globulí či výplach pochvy mohou mít podobný klinický obraz. Ke zjištění PPRM používáme nejčastěji Temesváryho činidlo, které ale může reagovat falešně pozitivně, proto dále hodnotíme množství plodové vody ultrazvukem a hodnotíme odtok plodové vody testy Actim PROM a Amnisure (Koucký et al., 2014).

Pokud se prokáže odtok plodové vody, je nezbytná hospitalizace těhotné a provedení dalších testů. Provádí se laboratorně stanovení markerů zánětu, tedy počtu leukocytů a CRP. Tato vyšetření se denně pravidelně opakují. Dále se provádí odebrání kultivace z pochvy a hrdla na mikrobiální vyšetření, CTG pro nebezpečí stlačení pupečníku a následného distresu plodu. Pro snížení rizika zanesení infekce bychom měli omezit vaginální vyšetření na minimum (Měchurová et al., 2009).

5.3.5 Předčasný porod s kontrakcemi

Pokud jsou přítomny pravidelné kontrakce a současně pokračující dilatace děložního hrdla, hovoříme o spontánním předčasném porodu s kontrakcemi. Hodnotíme pravidelnost kontrakcí, které mají otevírací efekt na děložní hrdlo. Avšak u části žen k předčasnému porodu ani nedojde (King JF, 1988 in Koucký et al., 2014, s. 46).

Pokud děložní činnost spontánně ustává a zastaví se dilatace děložního hrdla, až „ex post“ celou situaci vyhodnotíme jako kontrakce Braxton – Hicksova typu. Nicméně, i přes zjevné ustávání děložní činnosti musíme vždy i nadále myslet na možné riziko předčasného porodu a abnormální děložní činnosti, pokud má žena bolesti v oblasti břišní, bederní a pánevní. Takové těhotné proto již dispenzarizujeme v ambulanci pro rizikové těhotné (Koucký et al., 2014).

Následující dvě klinické jednotky již nepředstavují samostatné klinické formy předčasného porodu, ale mnohdy se vyskytují v pozadí obou zmiňovaných základních klinických obrazů, a proto je potřeba je zde uvést.

5.3.6 Nevysvětlitelné krvácení z dělohy

Rizikovým faktorem předčasného porodu je krvácení z dělohy v I. a II. trimestru. Pokud jde o masivní krvácení z rodidel, jde většinou o abrupci placenty. Jestliže má krvácení nevysvětlitelný charakter, je nutné považovat takovou situaci jako obraz možné deciduální hemorrhagie a situaci vyhodnotit jako možný předobraz následujícího spontánního předčasného porodu (Koucký et al., 2014).

5.3.7 Chorioamnionitis

Chorioamnionitis je široký pojem, zahrnující několik jednotek. Rozeznáváme především klinickou chorioamnionitis, která je charakterizována níže uvedenými

klinickými a laboratorními projevy. Objektivně ji můžeme diagnostikovat zvýšeným CRP nebo počtem leukocytů a případně hodnocením zánětlivých cytokinů v plodové vodě odebíraných pomocí aminocentézy. Obecně je způsobená bakteriální infekcí choriových membrán a amnionu, kdy infekce nejčastěji postupuje ascendentně z cervixu a pochvy do dělohy. Poté může přestoupit i do plodové vody a následně na plod, u kterého způsobí fetální a/nebo po porodu i neonatální sepsi (Roztočil, 2017).

Charakteristickými klinickými příznaky klinické chorioamnionitis jsou horečka matky nad 37,8 °C, dále tachykardie matky při více než 120 úderech za minutu, tachykardie plodu při více než 160 - 180 úderech za minutu, zkalená plodová voda nebo vaginální výtok, leukocytóza více než 15 000 - 18 000 buněk/ μ L a hypertonus dělohy. Riziko zánětu se zvyšuje, pokud jsou přítomny alespoň dvě z těchto kritérií (Sherman, 2017).

Pokud se klinická chorioamnionitis prokáže, musíme předpokládat přítomnost infekce a těhotenství bychom měli směřovat k ukončení. Histologická chorioamnionitis je pak definována zánětlivými změnami plodových obalů a placenty. Za funisitis je považována histologická zánětlivá odpověď pupečníku, v obou případech zjištěné po porodu vyšetřením placenty. Oba patologicko-anatomické nálezy patří mezi obraz zánětlivé reakce, jejichž přítomnost je spojena s vyšším rizikem morbidit novorozenců (Koucký et al., 2014).

6 Prevence předčasného porodu

Primární prevence neexistuje, jelikož mechanismy způsobující předčasný porod jsou velice složité. Sekundární prevence zahrnuje jednak vyhledávání žen, u kterých by mohlo nastat riziko předčasného porodu a prekoncepční příprava, hlavně u žen, které mají předčasný porod v anamnéze. K tomu využíváme především ultrazvukovou cervikometrii a screening, kdy hodnotíme obtíže a rizikové faktory těhotné ženy. Koucký (2014, s. 94) uvádí: „Do budoucna je cílem časovat předpověď rizika předčasného porodu do období prvního trimestru, studie v této oblasti se již začínají formovat.“ Terciární prevencí je prodloužení těhotenství, snížení komplikací a správné načasování podání kortikoidů.

Diskutuje se také o používání poševních pesarů právě k prevenci předčasného porodu a jejich následné zavedení do klinické praxe. V současné době se pesary používají především u prolapsů pohlavních orgánů žen. Jejich výhody spočívají hlavně ve snadné jednorázové aplikaci, nízkých nákladech a optimální profylaxi. Díky transvaginální sonografii se mohou pak lépe vybrat pacientky, které by z těchto pesarů mohly mít prospěch. Podle studie Vitskyho by mohly poševní pesary změnit sklon cervikálního kanálu a stlačit tak děložní hrdlo (Arabin et al., 2013).

Dále by mohly pomoci různé vzdělávací materiály pro pacientky, další vzdělání pro lékaře a podpora prekoncepčního zdraví (Damus, 2008). Díky publikaci jedné americké studie, se lékařská péče změnila v oblasti asistované reprodukce, kde bylo popsáno, že by se měla embrya transferovat ženám do 35 let, a tak došlo k mírnému snížení výskytu předčasných porodů ve Spojených státech amerických. Také by se mělo dvojnásobně zvýšit úsilí o vzdělání matek o preventivních metodách předčasného porodu a tak snížit jeho riziko. Studie ukazují, že pozitivní výsledky má navštěvování zdravotnických zařízení před těhotenstvím, během něj i po něm (Agger et al., 2016).

V další studii popisují použití 17-hydroxyprogesteronkaproátu (17P) jakožto sekundární prevence předčasného porodu. Byla zkoumána jeho účinnost na snížení rychlosti předčasného porodu u žen, které měly v anamnéze předčasný porod. Těhotným mezi 16. až 20. týdnem gravidity se 17P podával injekčně jednou týdně a bylo prokázáno snížení výskytu předčasného porodu u 33 % testovaných žen (Rebarber et al., 2010).

7 Terapie předčasného porodu

7.1 Neinvazivní terapie

Jednou z možností neinvazivní terapie je hospitalizace, klid na lůžku nebo i Trendeleburgova poloha, která nemá vliv na děložní kontrakce, ale snižuje tlak na dolní děložní segment a jeho uzávěrovou funkci. Nesmí se provádět při krvácení z dělohy a při oteklé plodové vodě (Slezáková, 2011).

7.2 Tokolytika

Tokolytika jsou léky zastavující či zmírňující děložní kontrakce a oddalují tak předčasný porod. Také můžeme tokolytika použít v perioperačním období při cerclage. Zahájení tokolýzy před 20. týdnem gravidity je neúčinné, proto se doporučuje začít až po 24. týdnu těhotenství, ale maximálně do 34. ukončeného týdne (Pařízek, 2012b).

Podmínkami pro tokolytickou léčbu je dobrá tolerance matky, bezpečnost pro matku i plod, účinnost a zhodnocení výhod i nevýhod. Jak již bylo řečeno, díky tokolytikům dochází ke zklidnění děložní činnosti, a to na 24 až 48 hodin. Snažíme se o transport in utero do perinatologického centra, za tu dobu stihne nastoupit účinek glukokortikoidů, které urychlují zrání plic plodu a také antibiotik, a v neposlední řadě se u plodu snižuje riziko nitrokomorového krvácení. Tokolytika indikuje lékař při hrozící akutní hypoxii plodu, při císařském řezu u plodu, který je v patologické poloze a kdy je u ženy potřeba relaxovat myometrium (Pařízek, 2012a).

Kontraindikací podání tokolytické léčby ze strany matky je podle Pařízka (2012a) těžká preeklampsie a eklampsie, srdeční onemocnění, krvácení nebo špatná tolerance na tokolytikum. Kontraindikací ze strany plodu je porodní hmotnost větší než 2500 g, týden gravidity větší než 37., dále zánět chorioamnionu, VVV neslučitelná se životem, abúzus návykových látek u matky, chronická IUGR a akutní hypoxie.

7.2.1 Tokolytická léčiva

Dnes jediným klinicky používaným lékem pro tokolýzu v těhotenství je atosiban, protože má na rozdíl od B-sympatomimetik pro těhotnou menší vedlejší účinky. Je to syntetický nonapeptid, který blokuje působení vasopresinových a oxytocinových receptorů. Tím brání vstupu vápníku do buněk hladké svaloviny dělohy a snižuje tak její kontraktilitu. Podmínkou pro užívání atosibanu je 24. - 33. týden gravidity, zkrácení hrdla děložního o více jak 50 %, branka v průměru 1 - 3 cm. Potom také kontrakce děložní, které trvají více než 30 sekund a během 30 minut se vyskytují častěji než 4krát, matka starší 18 let a fyziologické CTG. Atosiban podáváme maximálně 48 hodin a celková dávka nepřesahuje 330 mg (Pařízek, 2012a).

Beta-sympatomimetika se vážou na β_2 -receptory spojené s G-proteinem a aktivují tak adenylátcyklázu. Ta vede ke snížení volných vápenatých iontů, které jsou v cytoplazmě a u myozinových lehkých řetězců ke snížení fosforylace kinázy, čímž se zkracují sarkomery a frekvence kontrakcí se tak snižuje. Dále se zvyšuje produkce progesteronu, jakožto fyziologického tokolytika, díky aktivaci β_2 -receptorů trofoblastu β -sympatomimetik. Provádíme buď totální tokolýzu, kdy se snažíme potlačit děložní činnost úplně podáním tokolytik intravenózně a/nebo ji můžeme redukovat tzv. parciální tokolýzou. Pokud dojde

k zástavě kontrakcí, tak se po dobu 12 hodin nechá nejnižší účinná infuzní dávka. Je nutné sledovat možné nežádoucí účinky, a pokud se vyskytnou, redukovat dávku infuze. Tyto tokolytika mohou mít vliv na vznik plicního edému (*příloha č. 2*) (Pařízek, 2012a).

7.3 Antibiotika

Jednou z hlavních rolí na předčasný porod má infekce, jejímž důsledkem může být zkracování děložního hrdla, PPRM a také předčasný nástup kontrakcí. Rozhodování, kdy zahájit léčbu není jednoduché, proto také záleží na vyskytujících se rizikových faktorech, jako jsou například předčasný porod v anamnéze, polyhydramnion, potrat ve vyšším stádiu těhotenství nebo vícečetné těhotenství i když 50 % předčasných porodů probíhá asymptomaticky. V článku Farmakoterapie v gynekologii a porodnictví je doporučený postup pro aplikaci antibiotik na Gynekologicko-porodnické klinice VFN a 1. LF UK Praha při PPRM. Je nutné individualizovat každou pacientku. Před ukončením 26. týdnem gravidity se musí léčba antibiotiky konzultovat s neonatologem a také provést mikrobiologická vyšetření spolu se stanovením citlivosti na ATB. Profylaxe podání ATB u GBS infekce je založena na vlastním standartu. Pokud jsou negativní známky zánětu, PPRM je více než 12 hodin a pacientka je ve vyšším, než 34. týdnu těhotenství, podává se Azitromycin p.o. 500 mg/24 hodin. Jestliže jsou pozitivní známky zánětu, podává se stejná dávka, za stejný časový úsek, ale i.v. Pokud je PPRM více než 12 hodin, ale gestační týden je menší než 34., podává se také Azitromycin i.v. 500 mg v intervalu 24 hodin. Antibiotikem první volby je Penicilin G i.v., kdy se podává iniciální dávka 5 mil. IU a dále 2,5 mil. IU v intervalu 4 hodiny. Dále Klindamycin i.v. kdy je iniciální dávka 900 mg, poté 600 mg každých 8 hodin. Může se podávat také Erythromycin 500 mg i.v. v intervalu 6 hodin. Vankomycin je tzv. reverzní ATB podávané pacientkám, které mají k předchozím ATB prokázanou rezistenci a také pro ty, které mají vysoké riziko anafylaxe. Podává se 1 g i.v. každých 12 hodin. Všechny tyto ATB se podávají až do porodu (Mašata et al., 2008).

7.4 Kortikosteroidy

Podávají se k podpoře plicní zralosti a snižují intraventrikulární krvácení u plodu. Glukokortikoidy se používají k podpoře produkce surfaktantu a také snižují riziko RDS plodu. Účinná aplikace je mezi 24. - 34. týdnem těhotenství. Účinky kortikoidů trvají až 7 dnů a projevují se za 24 hodin. Aplikuje se Betametazon 14 mg i.m. za 24 hodin nebo po 6 - 12 hodinách Dexametazon 8 mg i.m. ve čtyřech dávkách. Kontraindikací není PPRM, ani intraamniální zánět u matky, ale je jím SIRS, glaukom, těžká hypertenze a DM matky. Krátkodobými nežádoucími účinky může být dekompenzace diabetu u diabetiček, a u plodu zvýšení rizika infekce a potlačení funkce nadledvin. V předškolním věku se mohou projevit psychické i motorické poruchy, po jeho prolongovaném podávání v těhotenství, kdy se poruší myelinizace CNS a vývoj mozku. Proto se běžně podává pouze jedna léčebná dávka. Pokud je však první léčebná kúra podána v nižším týdnu těhotenství, může se podat i druhá (Hájek et al., 2014).

7.5 Cerclage

Léčba inkompetence děložního hrdla je založena na předchozí UZ cervikometrii. Při insuficienci děložního hrdla se podle McDonalda dělá tzv. cerclage dvojitým hedvábným

stehem. Steh se odstraňuje, pokud se rozvíjí děložní činnost nebo dojde k PPRM, jinak dva týdny před termínem porodu. Indikací k cerclage je většinou prolaps vaku blan, opakované potraty, které byly způsobeny inkompetencí hrdla, a někdy se provádí při vícečetném těhotenství jako prevence. Kontraindikací je krvácení, odtok plodové vody, infekce a počínající kontrakce. Spolu s cerclage je indikována tokolýza po dobu 48 hodin. Jizva po zákroku může být však příčinou rigidity branky za porodu. Úspěšnost této léčby je však pouze 50% (Hájek et al., 2014).

8 Charakteristika nedonošených novorozenců

Za nedonošeného novorozence je považován novorozenec narozený do 36 týdnů a 6 dnů (36+6). Ve výjimečných případech může být novorozenec při chronickém intrauterinním stresu více zralý než nedonošený nebo u diabetické fetopatie méně vyžralý než nedonošený (Dort et al., 2013).

8.1 Rozdělení dle hmotnosti

Rozlišujeme novorozence s nízkou porodní hmotností, jejichž hmotnost je pod 2500 g. Dále novorozenci s velmi nízkou porodní hmotností pod 1500 g a novorozenci s extrémně nízkou porodní hmotností, kteří mají hmotnost pod 1000 g (Hájek et al., 2014).

8.2 Rozdělení dle gestačního týdne

Dle gestačního týdne dělíme nedonošené novorozence na extrémně nezralé – týden menší než 28., těžce nezralé – pod 32. týden těhotenství, středně nezralé – mezi 32. a 34. týdnem a lehce nezralé mezi 35. a 37. týdnem těhotenství (Hájek et al., 2014).

8.3 Znaky nezralosti

Kůže je červená, tenká, prosáklá s edémy a bez mázku. Prsní areoly jsou malé a ušní boltce mohou chybět nebo jsou měkké. Na chodidlech a rukou u velmi nedonošených chybí rýhování. U dívek nepřesahují velké stydké pysky přes malé a u chlapců jsou nesestouplá varlata. V plicích je nedostatečná výměna plynů z důvodu nedostatku surfaktantu, i když stavba plic je dokončena. Odchod smolky je často zpožděný někdy i o dva týdny, v důsledku zpomalené pasáže trávicího systému. Ledviny jsou senzitivní k nedostatku kyslíku. Jelikož jsou nezralá játra, dochází tak k rozvoji těžší novorozenecké žloutenky (Slezáková, 2011).

8.4 Poruchy poporodní adaptace

Mezi poruchy poporodní adaptace patří syndrom dechové tísně (RDS) a následný rozvoj chronické plicní nemoci kvůli nevyzrálosti plic. Může dojít k poporodnímu krvácení do komor mozku a také k lézi bílé hmoty, přičemž tyto poruchy mohou mít dlouhodobé následky. Nezralý novorozenec může být oběhově nestabilní, kdy následně dojde k hypotenzi a hypoperfuzi orgánů a může se zde projevit i přetrvávající Botalova dučej. Jak už bylo zmíněno pasáž GIT je zpomalená a novorozenec musí být vyživován enterálně. Je zde také zvýšené riziko nekrotizující enterokolitidy. Vyšší ztráty vody a solí jsou způsobeny nezralostí ledvin. Kvůli velkému tělesnému povrchu dochází k rychlým ztrátám tepla, ale i k náchylnosti na přehřátí. V prvních dnech života novorozenec ztrácí poměrně hodně tekutin. Nedonošený novorozenec je ohrožen infekčními onemocněními, ať už získanými od matky nebo nozokomiálními, z důvodu jeho nezralého imunitního systému. Pro nezralé novorozence může být kyslík při oxygenoterapii toxický, a to díky nezralosti tkání, kdy dochází pak k retinopatii a bronchopulmonální dysplazii. Je nutno dávat pozor i na metabolická onemocnění jako jsou hyperbilirubinemie, hypokalcemie a hypoglykemie (Dort et al., 2013).

Děti narozené do 37. – 38. týdne těhotenství mají vyšší riziko diagnózy ADHD až o 20 % na rozdíl od donošených dětí. Hospitalizace dospívajících dětí pro psychiatrické poruchy má určitou souvislost s jejich nedonošeností (Lindstrom et al., 2009 in Craighead, 2012, s. 141).

Předčasný porod je hlavní příčinou neonatální mortality a morbidity. V jedné studii bylo prokázáno, že jedno z pěti předčasně narozených dětí trpí mentální retardací, jedno ze tří poruchou vidění a polovina dětskou mozkovou obrnou. Novorozenci s porodní hmotností nižší než 2500 g, jsou v dospělosti vystaveni zvýšenému riziku srdečně cévních onemocnění a diabetu mellitu (Spong, 2009).

9 Psychologie ženy v souvislosti s hrozícím předčasným porodem

V této kapitole jsem se chtěla zaměřit na psychiku ženy s hrozícím předčasným porodem a poukázat na možná úskalí, které těhotnou provázejí.

V souvislosti s těhotenstvím a vlivem hormonů, které se během něj rapidně mění, dochází ke změně emocionálního ladění těhotné. Je náladová, podrážděná, přecitlivělá, plačtivá a zranitelná. V těhotenství a po porodu dochází k tvorbě pouta s dítětem a partner je nevědomky dočasně odsunut do pozadí (Janáčková, 2009).

Riziko předčasného porodu je pro rodičku obrovskou zátěží, hlavně na její psychiku. Jestliže je předčasný porod náhlý, žena se na tuto situaci nemůže dopředu připravit a strach přijde často až po porodu. Pokud u ženy předčasný porod hrozí a komplikace nastávají již v průběhu těhotenství, těhotná hledá viníka a/nebo obviňuje sama sebe. Dále je také stresující situací častější monitorování plodu a možné provedení preventivní episiotomie. Může vzniknout i tzv. hospitalizmus, kdy může být žena uzavřená sama do sebe, může protestovat, být agresivní, plačtivá, depresivní a regresivní. Mnoho potřeb těhotné je ohroženo. Potřeba jistoty a bezpečí je narušena. Může se objevovat také předvídatvá úzkost, kdy má rodička strach z toho, co bude nebo dokonce strach ze strachu. Měli bychom sledovat hlavně mimické a neverbální projevy pacientky a zajistit jí styk s rodinou a přáteli a podpořit její psychiku. Důležité je u pacientky vzbudit důvěru v nemocniční personál, který jí chce pomoci (Ratislavová, 2008).

Na psychiku mají také vliv prenatální diagnostické metody jako je například ultrazvuk nebo ty testy, kdy žena musí dlouze čekat na výsledek. Z některých výzkumů vyplývá, že žena si nechce vytvářet s plodem v děloze vztah, kdyby těhotenství skončilo špatně. Informace, které se podávají pacientce, by měly být přiměřené a měli bychom přihlížet i k jejímu vzdělání. Pokud podáme menší množství informací a pacientku tak „nezahltíme“ tím, co všechno by se mohlo stát, pacientka působí poté klidněji a může poté odvrátit svou pozornost jinam. Těhotenství může být ovlivněno dlouhodobým stresem buď přímo, kdy hraje hlavní roli fyziologie a/nebo nepřímo, kdy se projevuje tzv. zdravotní chování. K vyprovokování předčasného porodu může přispět i imunitní systém nebo změny ve funkcích na neuroendokrinní úrovni vyvolané úzkostí. Z jednoho výzkumu vyplývá, že těhotné s předčasnými kontrakcemi často popírají stres, ale jsou depresivní a tyto pacientky často balancují na hraně svých sil. Jestli vnější stresory spustí kaskádu vedoucí k předčasným kontrakcím, závisí hlavně na individuálních vlastnostech těhotné. Ihned po porodu si většinou dětský lékař převezme nedonošeného novorozence na novorozeneckou JIP a dochází tak k odloučení matky a dítěte. Rodička prožívá poté mnoho emocí, kdy se mísí strach o novorozence, pocit selhání jako matky, pocity nejistoty a bezmoci. Někdy může dojít i k tomu pocitu, že její dítě vlastně neexistuje. S narůstajícím věkem dítěte se snižuje pocit viny, ale naopak narůstá pocit selhání. Důležitá je v tomto směru i podpora rodiny a hlavně partnera především v prvním půl roku života dítěte, kdy se psychický stav matky promítá do vztahu k novorozenci (Ratislavová, 2008).

Ratislavová (2008) dále uvádí, že žena na mateřské dovolené je zatížena jak psychicky, tak i fyzicky. Musí zvládat zároveň péči o dítě/děti a péči o domácnost. Poté můžeme hovořit o syndromu tzv. přetížení a nevytíženosti.

Klinická část

10 Ošetrovatelský proces

10.1 Charakteristika ošetrovatelského procesu

V každé definici ošetrovatelského procesu se klade důraz hlavně na individualizaci jedince. Měli bychom přihlížet na potřeby a problémy ošetrovaného člověka a snažit se jim předcházet. V ošetrovatelském procesu plánujeme činnosti tak, abychom dostali jasný výsledek. Ošetrovatelský proces propojuje metodu řešení problému a vědeckou metodu. Problém může vzniknout, pokud ošetrovaný není schopen sám uspokojit své potřeby. Vědecká metoda problém prokazuje, řeší ho a používá se, jestliže máme prověřit daný problém nebo ho prozkoumat (Tóthová, 2014).

10.2 Historie ošetrovatelského procesu a taxonomie ošetrovatelských diagnóz

V 60. letech 20. století se dostala do Evropy teorie ošetrovatelského procesu. První teoretičkou, která použila termín „ošetrovatelský proces“, byla Hallová. V roce 1973 ANA (American Nursing Association) zavedla pět fází ošetrovatelského procesu (Tóthová, 2014).

Poprvé bylo do abecedy v roce 1973 formulováno 31 diagnóz, což bylo velmi neefektivní. Tudiž se o devět let později v roce 1982 vyvinul nový název NANDA. Taxonomie NANDA neboli North American for Nursing Diagnosis Assotiation seřazuje určité ošetrovatelské diagnózy, jejímž cílem je standardizovat terminologii pro sestry a snažit se zlepšit systém těchto diagnóz. Slouží hlavně jako návod, který se nemusí přísně dodržovat, kromě číselného označení. Až v roce 2002 se definovala NANDA taxonomie II, ve které bylo formulováno 13 domén rozdělených dále na třídy, ve kterých jsou následně jednotlivé ošetrovatelské diagnózy s číselným označením. Tato taxonomie byla vytvořena ze vzorců modelu funkčního zdraví Marjory Gordonové (Ščepoňcová, 2009). Pro posouzení ošetrovatelského procesu nás efektivně informuje řada 11 vzorců (Herdman et al., 2016).

10.3 Ošetrovatelské diagnózy

Můžeme rozlišit lékařskou a ošetrovatelskou diagnózu. Lékařská diagnóza je zaměřena na onemocnění pacienta, zatímco ošetrovatelská se zabývá hlavně pacientem, jeho rodinou, reakcemi člověka a jeho problémy (Herdman et al., 2016).

Ošetrovatelské diagnózy lze dělit do tří skupin. První skupinou jsou aktuální ošetrovatelské diagnózy, kdy jde o narušení funkce nějaké potřeby, a je zaměřená na určitý problém. Základním a nejdůležitějším bodem je odebrat pacientovu anamnézu a aktivně hledat narušení funkčnosti a odchylky v potřebách jedince. Dále máme druhou skupinu potencionálních diagnóz, kdy je nějaké riziko vzniku určitého diskomfortu či problému. Poslední skupinou je edukační diagnóza, kdy na základě této diagnózy můžeme edukovat pacienta a která vede ke zlepšení stavu a podpoře zdraví. Vždy bychom si měli

u těchto diagnóz stanovit cíl, následně plán, který by měl být v rozkazovacím způsobu v první osobě jednotného čísla. Dále realizaci a hodnocení, kdy sledujeme, jestli se nám podařilo splnit cíl a odstranit problém (Ščeпоčová, 2009).

Je nutné znát definice diagnóz, jejich určující znaky v podobě symptomů, poté související faktory, které se zaměřují na určitý problém a jsou například příčinou diagnózy a v neposlední řadě rizikové faktory přispívající k poškození zdraví (Herdman et al., 2016).

10.4 Postup při vytváření diagnóz – fáze ošetřovatelského procesu

V České republice používáme pět fází ošetřovatelského procesu, jimiž jsou:

- posouzení
- diagnostika
- plánování
- realizace
- hodnocení

(Tóthová, 2014)

10.4.1 Posouzení

Základem vytvoření diagnózy je posouzení a klinické zvažování. Posuzujeme subjektivní a objektivní poznatky a jak již bylo řečeno, musíme znát anamnézu pacientky. Posouzení většinou děláme na základě nějaké ošetřovatelské teorie. V této práci je to metoda funkčního zdraví dle Marjory Gordonové. Zvažujeme potřeby pacientky, její obavy a problémy týkající se zdravotního stavu. Na základě sdělení pacientky či na pozorování jejího chování, tedy verbálně i nonverbálně můžeme zjistit diskomfort. Ke stanovení diagnózy musíme znát tzv. diagnostické indikátory, jimiž jsou určující znaky zahrnující související a rizikové faktory (Herdman et al., 2016).

10.4.2 Stanovení ošetřovatelské diagnózy – diagnostika

Určující znaky

Určující znaky jsou související a rizikové faktory, které nám pomáhají správně určit ošetřovatelskou diagnózu. Jsou to všechny faktory, které se spolupodílí na problému a narušení funkce zdraví. Můžeme je určit nejen díky tomu, co vidíme, ale i to co nám sdělí sám pacient jeho rodina či přátelé, můžeme je cítit nebo se jich i dokonce dotýkat (Herdman et al., 2016).

Související faktory

Jsou to faktory, které mají vztah k ošetřovatelské diagnóze. Mohou předcházet stanovené diagnóze nebo přispívají nějakým způsobem k problému nebo ho i vyvolávají, ale nelze je vyloučit či omezit. Souvisejícími faktory může být například věk nebo pohlaví, které musíme brát v potaz, ale často nám nepomohou v určování diagnózy. Měli bychom znát spíše rizikové faktory, podílející se na diagnóze. Mohou to být například nějaká onemocnění, která se častěji vyskytují u žen a/nebo u starších pacientů. Související a rizikové faktory jsou si velice podobné (Herdman et al., 2016).

Rizikové faktory

Jedinec nebo skupina mohou být náchylnější k těmto faktorům. Patří mezi ně například fyziologické, genetické, chemické a psychologické faktory. Poté podle nich můžeme určit rizikové diagnózy (Herdman et al., 2016).

10.4.3 Plánování – intervence

Stanovujeme pořadí priorit, kdy první je diagnóza s nejvyšší prioritou. Nejdříve musíme stanovit cíle, než začneme plánovat ošetrovatelskou péči. Intervence je definována jako: „Jakékoliv ošetření založené na klinickém úsudku a znalostech, které provádí sestra s cílem zlepšit výsledky pacienta/klienta.“ (CNC, n.d. in Herdman et al., 2016, s. 25).

10.4.4 Realizace

Realizujeme plán péče, kdy musíme postupovat diplomaticky, ne automaticky. Musíme znovu posoudit stav ošetrovaného, jestli nedošlo k nějaké rapidní změně či nevznikl nový problém. Pokud by došlo k jakékoliv změně, musíme pozměnit plán a postup péče. Vše zaznamenáváme do ošetrovatelské dokumentace a vyhodnocujeme důležitost podaných informací pacientkou pro případnou rychlou intervenci (Tóthová, 2014).

10.4.5 Hodnocení

Průběžně zhodnocujeme efekt ošetrovatelské péče a hodnotíme, zdali se nám podařilo splnit předem stanovené cíle, či nikoliv. Musíme se zamyslet nad tím, jestli nám nemohlo něco uniknout, a jestli byla správně stanovena diagnóza a došlo k potvrzení diagnózy pacientkou (Herdman et al., 2016).

11 Ošetřovatelský model funkčního zdraví dle Marjory Gordonové

Marjory Gordonová se v roce 1973 stala předsedkyní národní konference o klasifikaci ošetřovatelských diagnóz. Poté byla v roce 1982 zvolena první prezidentkou asociace, kde tuto funkci vykonávala až do roku 1988 (Nanda International, [b.r.]).

Tento model hodnotí kvalitu zdraví a funkčnost zdravotního stavu jedince či skupiny. Funkčnost zdraví můžeme hodnotit na úrovni bio-psycho-sociální, kdy faktory ovlivňující zdraví jsou hlavně biologické, vývojové, sociální, kulturní a spirituální. Pro hodnocení dysfunkčního zdraví používáme ošetřovatelské diagnózy, které se opírají o problém nebo chorobný stav jedince/skupiny. Při dysfunkci zdraví dochází k bio-psycho-sociálnímu střetu s okolním prostředím a tak poruše jeho funkcí. Cílem je dosáhnout co nejvyšší možné úrovně zdraví (Tóthová, 2014).

Je možné, že nadále budeme používat taxonomii III dle modelu dr. Gunn von Kroghové, která má pouze sedm ošetřovatelských domén (Herdman et al., 2016).

11.1 Ošetřovatelské domény

Podle NANDA taxonomie v klinické praxi využíváme 13 domén. Jsou to podpora zdraví, výživa, vylučování a výměna, aktivita/odpočinek, percepce/kognice, sebepercepce, vztahy mezi rolemi, sexualita, zvládání zátěže/tolerance stresu, životní principy, bezpečnost/ochrana, komfort a růst/vývoj. Základním složením modelu dle Gordonové je 11 domén (Herdman et al., 2016).

Domény využité pro ošetřovatelskou anamnézu

1. Vnímání zdravotního stavu a aktivity k udržení zdraví
2. Výživa a metabolismus
3. Vylučování
4. Pohybová aktivita a cvičení
5. Spánek a odpočinek
6. Vnímání a poznávání
7. Sebepojetí a sebeúcta
8. Mezilidské vztahy a plnění rolí
9. Sexualita a reprodukční schopnost
10. Psychický stav a zvládání stresu
11. Víra, přesvědčení a životní hodnoty

11.2 Stanovení ošetřovatelských diagnóz

Rozhovorem s pacientkou jsem zjistila ošetřovatelské diagnózy a popsala tak její stav. K rozhovoru jsem použila těchto 11 domén, které jsem převzala od autorky Tóthové (2014, s. 53-55) a použila je v souboru položených otázek (*příloha č. 3*).

Vnímání zdravotního stavu a aktivity k udržení zdraví

Popisujeme zde vnímání zdravotního stavu pacientky, zda se momentálně cítí nemocná a jak vnímá celkovou pohodu po stránce psychické i somatické. Ověřujeme si také, jak vnímá důvody onemocnění i následnou hospitalizaci. Sledujeme průběh jejího zdravotního stavu od dětství, včetně úrazů i jiných závažnějších zdravotních problémů (např. operace). Zaměřujeme se zejména na změny zdravotního stavu v průběhu posledního roku. Důležitý je také zájem pacientky o udržení dobré zdravotní kondice a dále její snaha o vytvoření aktivit, které pomohou zdraví nejen obnovit, ale také udržet.

Výživa a metabolismus

Hodnotíme zde změnu ve výživě, pestrost stravy, příjem a výdej tekutin a stravy, dodržování diety - pokud lékař nějakou předepsal. Pokládáme otázku týkající se pití alkoholu, užívání omamných látek a kouření, které mají bezpochyby vliv na těhotenství. Dále se ptáme pacientky na stav její kůže, sliznic, chrupu, nehtů a vlasů. V neposlední řadě nás zajímá, zda zaznamenala nějaké změny ve schopnosti hojení ran.

Vylučování

Sledujeme schopnost a pravidelnost vylučování v závislosti na denním příjmu tekutin a stravy. Jak často má dotyčná stolicí a jestli jsou nějaké změny v její konzistenci (průjem, zácpa). Popisujeme četnost močení a problémy při něm (pálení, řezání, časté močení). Pokud má pacientka nějaké problémy, zda je řeší a jak (užívání medikamentů).

Pohybová aktivita a cvičení

V tomto bodě se zajímáme, jak těhotná udržuje svou fyzickou kondici, jestli provozuje nějaký sport, popřípadě typ cvičení a jeho frekvenci. Popisuje trávení volného času a pohyb v zaměstnání. Pokud má pacientka nějaké problémy kvůli kterým nemůže sportovat, tak jaké a s tím související onemocnění zabraňující aktivitě.

Spánek a odpočinek

Hodnotíme kvalitu spánku a jeho délku. Schopnost usínání, probouzení, nočního buzení a rušivost okolních podnětů. Činnosti před usínáním, způsob odpočinku, spaní během dne a pocit odpočatosti. V neposlední řadě užívání medikamentů k navození spánku.

Vnímání a poznávání

Týká se používání pomůcek, jako jsou brýle a naslouchadla. Vnímání bolesti, prožívání bolesti a aktuálního zdravotního stavu. Jak pacientka vnímá svojí osobu, jestli má nějaké obavy. Jaký je její stav vědomí a poznávání. Schopnost komunikace a řeči.

Sebepojetí a sebeúcta

Zajímá nás, jak pacientka vnímá sebe samu (optimista, pesimista, realista), jak o sebe pečuje, ať už jde o celkový vzhled nebo o osobní prožívání. Ptáme se na obavy spojené s onemocněním či hospitalizací pacientky a prožívání současné situace.

Mezilidské vztahy a plnění rolí

Ptáme se na bydlení a rodinné zázemí. Dále vnímání své role (role matky, manželky, rodičky), poruchy prožívání rolí a schopnost plnění rolí. Rodinné problémy, schopnost řešení vážných situací, výchova dětí, péče o domácnost a vnímání okolí.

Sexualita a reprodukční schopnost

Hodnotíme schopnost reprodukce a sexuální aktivity. Střídání partnerů, častost pohlavního styku, problémy při pohlavním styku a spokojenost. Začátek a pravidelnost menstruace, užívání antikoncepčních metod. Počet porodů či potratů, jejich komplikace a průběh.

Psychický stav a zvládání stresu

Vnímání psychického stavu, tolerance a zvládání stresových situací. Činitelé vedoucí ke stresu a změny v posledním roce, vedoucí k celkovému vypětí. Kdo pomáhá zvládat stres a jestli má v někom pocit opory. Užívání medikamentů a nutnost kontaktování psychologem.

Víra, přesvědčení a životní hodnoty

Ptáme se na životní cíle a hodnoty, jestli má pacientka pocit jejich naplnění. Dále pokládáme otázku nábožnosti či víry v něco nadpřirozeného. Potřeba duchovního v době hospitalizace, pokud je pacientka věřící.

12 Kazuistika

Na porodní sál byla přeložena z nemocnice Kolína dne 18.12.2017 34letá pacientka ve 26 + 5 týdnu gravidity pro partus praematurus imminens. Příčinou bylo zakrvácení a nepravidelné kontrakce. Pacientka je kvartigravida sekundipara - IV/II. Následně byla druhý den přeložena na oddělení rizikového těhotenství. S pacientkou jsem se setkala až 24. den hospitalizace. Pro zpracování klinické části jsme použila pacientčinu zdravotnickou dokumentaci, záznamy z vyšetření a UZ, rozhovor s lékaři, porodními asistentkami a naší pacientkou.

12.1 Anamnéza

12.1.1 Rodinná anamnéza

- Matka těhotné: zdravá
- Otec těhotné: zdravý
- Sourozenci těhotné: sestra zdravá
- Otec dítěte: zdravý

12.1.2 Osobní anamnéza

- Dětské infekční choroby: neudává
- Krevní náhrady: neudává
- Poruchy krevní koagulace: neudává
- Interní onemocnění: neudává
- Psychiatrická, neurologická, záchvatovitá onemocnění: neudává
- Dispenzarizace: Alergologie
- Alergie: roztoči, fluor, náplasti
- Hospitalizace: neudává
- Otoky: nemá
- Varixy: hemoroidy (konečník)
- Dieta, porucha příjmu potravy: neudává
- Vrozené vývojové vady: neudává
- Infekční onemocnění: neudává
- Operace: 2002 – LPT APPE, 2012 – FESS
- Úrazy: neudává
- Piersing: neudává
- Kontaktní čočky: neudává
- Kouření: neudává
- Alkohol: neudává
- Jiné drogy: neguje

12.1.3 Farmakologická anamnéza

- Magnesii lactici 0,5 mg tbl. 4x denně 2 tbl.
- Tafen spray 50 mg intranazálně dle potřeby

12.1.4 Sociální anamnéza

- Učitelka v ZŠ
- Momentálně na mateřské dovolené
- Žije s manželem a dvěma dětmi

12.1.5 Gynekologická anamnéza

- Menarche: od 14 let
- Cyklus: pravidelný 28/4
- Poslední menstruace: 16.6.2017
- Pohlavně přenosné infekce: neudává
- Gynekologická léčba: neudává
- Onkologická prevence: cytol. bpn.
- Zákroky na děložním hrdle: neudává
- Antikoncepce: neudává
- UUT: 0
- Potraty: 2010 – spont. ab. po IVF
- Graviditas extrauterina: 0
- Jiné gynekologické operace: 2009 a 2010 - LPSK s hydrotubací 2x pro primární sterilitu, 2012 - 2x RCUI po druhém porodu
- Porody:
 - 2011 – spont. záhl. – hoch 3250 g/48 cm, 37. t.g., kojila 6 měsíců, šestinedělí bez komplikací, dítě zdrávo
 - 2012 – spont. záhl. – děvče 3400 g/50 cm, 40. t.g., kojila 9 měsíců, provedena 2x RCUI z důvodu reziduí a krvácení, dítě zdrávo

12.2 Nynější těhotenství

- Termín porodu dle poslední menstruace: 23.3.2018, dle UZ 24.3.2018
- Dosavadní průběh: tuhnutí břicha od 20. týdne gravidity – předepsáno Magnesium lacticum tbl. 0,5 mg 4x denně 2 tbl.
- Vyšetření ultrazvukem ve 20. týdnu gravidity: plod odpovídá gestačnímu stáří, podezření na uterus subseptus
- Amniocentéza: neprovedena
- Hospitalizace: neudává
- Diabetes mellitus: 10.8.2017 OGTT v normě
- Bolest NRS: 0
- Výška: 171 cm
- Hmotnost před těhotenstvím: 69 kg
- Nyní: 79 kg
- Přibrala: 10 kg
- Teplota: 36,0
- Krevní tlak: 130/68
- Puls: 117

12.3 Průběh porodu před přijetím

- Děložní kontrakce v době příjmu neudává
- Plodová voda zachovalá
- Pohyby plodu cítí
- OP + pravidelné
- t.č. nekrvácí
- Otoky nemá

12.4 Celkové vyšetření při příjmu

Pacientka je při plném vědomí, je orientovaná, spolupracuje, emočně stabilní, bez cyanózy, ikteru, eupnoická, přiměřené hydratace a výživy, samostatně pohyblivá. Hlava nebolestivá, zornice izokorické, bez zarudnutí, jazyk plazí ve střední čáře, nepovleklý, sliznice růžové, náplň krčních cév přiměřená, uzliny nezvětšeny. Hrudník souměrný, dýchá pravidelně, akce srdeční pravidelná, prsy klidné. Břicho měkké, nebolestivé, bez známek peritoneálního dráždění. Končetiny bez otoků, známky TEN, či jiných krevních poruch, hybnost normální.

Závěr:

Pacientka byla přeložena z nemocnice Kolína pro partus praematurus imminens ve 26 + 5 t.g., IV/II, kde hospitalizována 18.12.2017 pro zakrvácení a kontrakce, v 8:00 v Kolíně aplikovány 2 amp. Diprophos 12 mg inj. i.m., GBS odebráno při příjmu - negativní. Pacientka byla poučena, že nebude užívat své léčivé přípravky a byla lékařem seznámena s režimem podávání léčivých přípravků na oddělení a jejich účincích. Příjem k observaci a dovyšetření.

12.4.1 Porodnické vyšetření při příjmu

Zevní vyšetření:

- Děloha normotorická – Fd X/3
- Poloha plodu: labilní – transverzální
- Pánev prostorná, promontorium nedosahuje, spona hladká, spiny neprominují, os sacrum konkávní, kostrč pružná

Vaginální vyšetření:

- Jemně vyšetřuji sakrálně hrdlo 2 cm pro prst, vedoucí část nehmatám, VP zachována, drobná koagula na rukavici

CTG:

- vstupní CTG neprovedeno

Laboratorní vyšetření:

- CRP 3,1
- Moč: Glykosurie: 17,0
- Moč: ERY: 54,0
- KO: Leu: 13,67, HB: 120, Plt: 216

Ultrazvukové vyšetření:

- Týden těhotenství: 26 + 3
- Poloha plodu: koncem pánevním, postavení pravé
- Váhový odhad: 816 g, odpovídá gestačnímu stáří plodu
- Placenta: uložena na přední stěně, zasahuje k úponu pliky vesicouterinní
- Voda plodová: normální množství
- Arteria umbilicalis: normální průtoky placentou
- Délka hrdla děložního: 18,0 mm s funnelingem, délka i šířka 15 mm

Doporučení lékaře:

Snaha o prodloužení těhotenství, observace matky a plodu, pacientka poučena, při silném krvácení ukončit S.C.

Ordinace na porodním sále:

- 2 amp. 20% MgSO₄ + 500 ml fyziologického roztoku i.v.
- 2 amp. 25 ug Gynipralu + 500 ml fyziologického roztoku v kontinuální infuzi rychlostí 80 ml/hodinu

12.5 Ošetřovatelská anamnéza pacientky dle Marjory Gordonové

12.5.1 Vnímání zdravotního stavu a aktivity k udržení zdraví

Pacientka byla v dětství zdravá a prodělala běžná dětská onemocnění. Po druhém porodu musela jít na operaci, kvůli chronickému zánětu nosních dutin. Dvakrát podstoupila revizi dutiny děložní po druhém porodu z důvodu reziduí a následného krvácení. Po celé těhotenství pravidelně docházela ke svému obvodnímu gynekologovi na gynekologická vyšetření. I při dlouhodobé hospitalizaci se necítí nemocná a je ráda, že je pod dohledem lékařů.

12.5.2 Výživa a metabolismus

Při vyšetření v těhotenství byl zjištěn cukr v moči, ale těhotenská cukrovka se nepotvrdila. Dietu předepsanou lékařem nemá. Snaží se vyvarovat nadýmavým a pálivým potravinám. Chuť k jídlu není narušena. V těhotenství přibrala 10 kilogramů. Denně vypije asi 2 litry tekutin, většinou čaj nebo vodu. Pacientka je nekuřačka, alkohol pila před těhotenstvím příležitostně, jiné návykové látky neužívala. Stav nehtů i vlasů je trochu narušen, dochází k jejich častějšímu lámání. Vzhledem k těhotenství navštívila v I. trimestru zubního lékaře. Schopnost hojení ran není nijak narušena, kůže bez strií.

12.5.3 Vylučování

Pacientka trpí zácpou z důvodu těhotenství, proto si žádá Lactulosu. Na stolici chodí asi jednou za dva dny. Močení je bez obtíží a vlivem útlaku močového měchýře dělohou, je močení zvýšené, ale také závisí na příjmu tekutin.

12.5.4 Pohybová aktivita a cvičení

Před hospitalizací chodila na procházky s dětmi, provozovala tělocvik až třikrát do týdne v práci. Občas chodila na plavání pro těhotné. Je zvyklá pravidelně cvičit a udržovat se tak v dobré fyzické kondici. Při hospitalizaci se snaží alespoň chodit po chodbě.

12.5.5 Spánek a odpočinek

Pacientka udává, že doma neměla dostatek spánku, z důvodu pracovní vytíženosti a péče o rodinu. V období hospitalizace hůře usíná a užívá Prothazin 25 mg na noc, který jí zklidní a lépe po něm usne. Vstává dvakrát až třikrát za noc na toaletu a spí přerušovaně. Před spaním je zvyklá si číst knihu.

12.5.6 Vnímání a poznávání

Těhotná je při vědomí a je orientovaná časem, prostorem i osobou. Komunikuje normálně. Schopnost myšlení a rozhodování není narušena. Zrak i sluch má v pořádku. Bolest momentálně nepociťuje. Je poučena o svém zdravotním stavu a chápe důvod hospitalizace.

12.5.7 Sebepojetí a sebeúcta

Je spíše pesimista. Při své diagnóze má velké obavy co bude dál. Má velký strach hlavně o dítě.

12.5.8 Mezilidské vztahy a plnění rolí

Žije v rodinném domku s manželem a dvěma dětmi. Je na mateřské dovolené. Má pocit, že jako matka selhala, protože se nemůže podílet na výchově svých dětí a péči o domácnost.

12.5.9 Sexualita a reprodukční schopnost

Pohlavní styk v těhotenství udává, ale po I. trimestru těhotenství se s manželem začali bát, že by tím mohli nějak uškodit dítěti. Menstruaci měla od 14 let, cyklus pravidelný. Antikoncepci nikdy neužívala. Léčila se pro primární sterilitu, podstoupila IVF s následným abortem, poté spontánně otěhotněla a porodila dvě zdravé děti.

12.5.10 Psychický stav a zvládání stresu

Udává, že někdy jí je hůře, někdy lépe. Například v období Vánoc, kdy zde byla hospitalizována, byl její psychický stav narušen, protože jí chyběla rodina. Stresové situace zvládá hůře. Dle jejích slov je „nervák“, ale na druhou stranu se snaží mít všechny věci pod dohledem. Při tomto těhotenství má podporu v rodině, hlavně v manželovi, který jí ve všem pomáhá.

12.5.11 Víra, přesvědčení a životní hodnoty

Pacientka je ateistka, ale přiznává, že věří na něco mezi nebem a zemí, má určitou úctu a pokoru. Životní hodnoty cíle považuje za naplněné. Má milujícího manžela a děti, které jsou zdravé. Bojí se však o zdraví dítěte, které se může narodit předčasně.

12.6 Průběh hospitalizace

V období od 18.12.2017 do 9.1.2018, kdy byla pacientka hospitalizována, jsem čerpala ze zdravotnické dokumentace. Do péče jsem ženu převzala 24. den hospitalizace 10.1.2017, kdy jsem s pacientkou provedla rozhovor a určila tak ošetřovatelské diagnózy.

19.12.2017 – 2. den hospitalizace

Pacientka ve 26 + 4 t.g. přeložena na oddělení rizikového těhotenství a byla podána 2. kúra kortikoidů 2 amp. Diprophos 12 mg inj. i.m.

20.12.2017 – 3. den hospitalizace

Týden gravidity 26 + 5. Změřena glykemie nalačno 6,1 mmol/l.

22.12.2017 – 5. den hospitalizace

Týden gravidity 27 + 0. Změřena glykemie nalačno 4,5 mmol/l a proveden fetální fibronektinový test, který vyšel jako pozitivní (100ng/l).

27.12.2017 – 10. den hospitalizace a 28.12.2017 – 11. den hospitalizace

Dle ordinace lékaře podán Atosiban:

- Jednorázová dávka i.v. 0,9 ml (6,75 mg) Tractocile injekční roztok naředěn do 4 ml fyziologického roztoku. Čas a datum podání 11:00 dne 27.12.2017. Doba podání 1–3 minuty.
- Udržovací infuze i.v. 2 x 5 ml (á 37,5 mg) Tractocile naředěn do 90 ml fyziologického roztoku. Čas a datum podání 11:03 dne 27.12.2017. Doba podání celkem 6,5 hodin z toho 3 hodiny 24 ml/hodinu a poté 3,5 hodiny 8ml/hodinu.
- Udržovací infuze i.v. 2 x 5 ml (á 37,5 mg) Tractocile naředěn do 90 ml fyziologického roztoku. Čas a datum podání 18:00 dne 27.12.2017. Doba podání 12,5 hodin 8 ml/1 hodinu.
- Udržovací infuze i.v. 2 x 5 ml (á 37,5 mg) Tractocile naředěn do 90 ml fyziologického roztoku. Čas a datum podání 6:30 dne 28.12.2017. Doba podání 12,5 hodin 8 ml/1 hodinu.
- Udržovací infuze i.v. 2 x 5 ml (á 37,5 mg) Tractocile naředěn do 90 ml fyziologického roztoku. Čas a datum podání 19:00 dne 28.12.2017. Doba podání 12,5 hodin 8 ml/1 hodinu.

3.1.2018 - 17. den hospitalizace

Provedeno ultrazvukové vyšetření:

- Týden těhotenství: 28 + 5
- Poloha plodu: poloha příčná, hlava vlevo
- Váhový odhad: 1126 g, odpovídá gestačnímu stáří plodu
- Placenta: uložena na přední stěně, zasahuje k úponu pliky vesicouterinní
- Voda plodová: normální množství
- Arteria umbilicalis: normální průtoky placentou
- Délka hrdla děložního: 9,0 mm, vnitřní branka U tvar

10.1.2018 - 24. den hospitalizace

Současný stav:

Týden gravidity 29 + 5, subjektivně se pacientka ráno cítí dobře, bolest v podbříšku ani kontrakce děložní neudává. Bolest dle škály NRS 0, pohyby plodu cítí, voda plodová zachovalá, nekrvácí. Močení bez obtíží, stolice nebyla již 3 dny, dle ordinace lékaře podána Lactulosa. Dolní končetiny bez otoků. Pacientka se v noci budila a spala přerušovaně. Provedeno ultrazvukové vyšetření a proveden rozhovor s pacientkou. Při rozhovoru udává strach o dítě a pocit selhání. Psychický stav pacientky se mi zdá mírně narušený. Doporučen relativní klid na lůžku, pacientka poučena.

Ordinace lékaře:

- dieta č. 11
- sledování FF: TK, P, TT - 1x denně
- OP - 4x denně
- dnes UZ
- léky dle OL po 6 hodinových intervalech v 10:00, 16:00, dále podány léky noční službou ve 22:00 a poté druhý den ve 4:00
- Magnesium lacticum 0,5 mg tbl. p.o. 2-2-2-2
- Utrogestan 100 mg cps. per vaginam 0-0-2-0
- Prothazin 25 mg 1 tbl. p.o. na noc
- Detralex 500 mg tbl. p.o. 2-2-0-2
- Lactulosa sirup 1 lžice p.o. dle potřeby 1-1-0-1

Sledování fyziologických funkcí a OP v 16:00:

- TK: 103/67
- P: 71'
- TT: 36,0 °C
- OP: + prav.

Ultrazvukové vyšetření:

- Poloha plodu: konec pánevní, postavení pravé
- Váhový odhad: 1126 g, odpovídá gestačnímu stáří plodu
- Placenta: uložena na přední stěně
- Voda plodová: normální množství
- Arteria umbilicalis: normální průtoky placentou
- Délka hrdla děložního: 11,0 mm s funnelingem, změna při stresu nezaznamenána

17.1.2018 - 31. den hospitalizace

Současný stav:

Týden gravidity 30 + 5, subjektivně se cítí dobře, nekrvácí, kontrakce děložní neudává, VP zachovaná, bolest podle NRS 0, pohyby plodu cítí. Močení bez obtíží, stolice dnes byla po podání Lactulosity. Dolní končetiny bez otoků. Pacientka spala klidně, byla pouze 1x na toaletě. Dále podány léky dle ordinace lékaře. Pohybový režim neomezen. Pacientce proveden kontrolní ultrazvuk.

Ultrazvukové vyšetření:

- Biometrie plodu:
 - BPD (biparietální průměr) – 75,0 mm
 - HC (obvod hlavy plodu) – 280,0 mm
 - AC (obvod břicha plodu) – 277,0 mm
 - FL (délka femuru) – 57,0 mm
- Poloha plodu: poloha podélná hlavičkou, postavení pravé
- Váhový odhad: 1669 g, odpovídá gestačnímu stáří plodu
- Placenta: uložena na přední stěně
- Voda plodová: normální množství
- Arteria umbilicalis: normální průtoky placentou
- Délka hrdla děložního: 7,0 mm, vnitřní branka tvar hlubokého U, změna při stresu nezaznamenána
- Nad vnitřní brankou balotuje pupečník

Ordinace lékaře zůstávají nezměněny:

- Magnesium lacticii 0,5 mg tbl. p.o. 2-2-2-2
- Utrogestan 100 mg cps. per vaginam 0-0-2-0
- Prothazin 25 mg 1 tbl. p.o. na noc
- Detralex 500 mg tbl. p.o. 2-2-0-2
- Lactulosa sirup 1 lžice p.o. dle potřeby 1-1-0-1

Sledování fyziologických funkcí a OP v 16:00:

- TK: 105/61
- P: 69'
- TT: 36,1 °C
- OP: + prav.

23.1.2018 - 37. den hospitalizace

Týden těhotenství 31 + 4, tento den plánované propuštění do domácí péče. Lékařem bylo provedeno vaginální vyšetření. Pacientka propuštěna ve stabilizovaném stavu, který již dále nevyžadoval hospitalizační péči. Oběhově kompenzována, nekrvácí, kontrakce necítí, pohyby plodu cítí, OP + prav., voda plodová zachovalá. Moč b.o., stolice pouze po podání Lactulosity. CTG neprovedeno. Doporučena kontrola v těhotenské poradně v místě bydliště ke konci týdne. Pacientka poučena o dodržování klidového režimu.

Vaginální vyšetření:

- Sakrálně 2 cm hrdlo prostupné pro prst
- Vedoucí část plodu nehmatná
- Po vyšetření drobná koagula na rukavici
- Vaginální nález tedy bez progresu

12.7 Stanovení ošetrovatelských diagnóz

Na základě rozhovoru s pacientkou a získaných informací jsem mohla vytvořit aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy. Snažila jsem se uspokojit potřeby a přání pacientky a eliminovat negativní prožitky.

12.7.1 Aktuální ošetrovatelské diagnózy

- Strach z důvodu předčasného porodu a následné péče o nezralého novorozence, projevující se verbálně.
- Porucha vyprazdňování z důvodu snížené motility střeva v těhotenství, projevující se zácpou.
- Porucha spánku z důvodu hospitalizace, projevující se špatným usínáním a častým buzením.
- Snížené sebepojetí (pocit ztráty mateřské role) z důvodu hospitalizace, projevující se pocitem selhání a smutkem.

12.7.2 Potencionální ošetrovatelské diagnózy

- Neochota k efektivnímu léčebnému režimu, z důvodu dlouhodobé hospitalizace.
- Riziko sníženého sebevědomí v souvislosti s neschopností donosit těhotenství.
- Riziko nedodržení klidového režimu v souvislosti s propuštěním do domácí péče.

Aktuální ošetřovatelské diagnózy

Strach z důvodu předčasného porodu a následné péče o nezralého novorozence, projevující se verbálně.

Cíl:

- Eliminovat strach a úzkost pacientky.

Plán:

- Proved' rozhovor s pacientkou a udělej si na něj dostatek času.
- Edukuj rodinu o podpoře psychického stavu pacientky a pomoci o nedonošeného novorozence.
- Naslouchej pacientce a povzbuď ji.
- Vybuduj vzájemnou důvěru.
- Podej dostatek informací v rámci svých kompetencí tak, aby jim pacientka rozuměla.
- Zajisti informování pacientky lékařem, popřípadě konzultaci s psychologem.
- Nauč pacientku relaxačním technikám, sloužícím k odpoutání od strachu.
- Zodpověz možné dotazy.

Realizace:

- Provedla jsem rozhovor s pacientkou a vyhradila jsem si dostatek času na rozhovor.
- Edukovala jsem rodinu.
- Vyslechla jsem pacientku a povzbudila ji.
- Vybudovala jsem vzájemnou důvěru.
- Podala jsem dostatek srozumitelných informací v rámci své kompetence.
- Zavolala jsem lékaře.
- Naučila jsem pacientku relaxačním technikám.
- Možné dotazy byly zodpovězeny.

Hodnocení:

- Tato diagnóza přetrvává, ale díky udržení těhotenství a vyššímu týdnu gravidity došlo ke zmírnění strachu.
- I nadále strach verbalizuje.
- Pacientka je se vším srozuměna a působí klidněji.
- Po rozhovoru má pacientka pocit lepší informovanosti.
- Klinický psycholog potřeba nebyl.
- Pacientka se naučila relaxačním technikám pro zvládnání strachu.
- Cíle bylo částečně dosaženo.

Porucha vyprazdňování z důvodu snížené motility střeva v těhotenství, projevující se zácpou.

Cíl:

- Obnova pravidelného vyprazdňování stolice.

Plán:

- Edukuj pacientku o prevenci zácpy.
- Informuj lékaře o nepravidłnosti stolice.
- Zvaž pacientčinu tělesnou aktivitu po dobu hospitalizace a souvislost s těhotenstvím.
- Informuj pacientku o vhodných potravinách s vysokým podílem vlákniny, které podporují motilitu střev.
- Zjisti, jestli pacientka pociťuje zvýšenou námahu při defekaci.
- Snaž se zamezit zácpě podáním léků dle OL.
- Podporuj motilitu střeva střevní masáží.
- Sleduj účinky podání Lactulosity a následné vyprazdňování.
- Edukuj rodinu o zpeštění jídelníčku po propuštění pacientky do domácí péče.

Realizace:

- Edukovala jsem pacientku o prevenci zácpy.
- Informovala jsem lékaře.
- Zvážila jsem pacientčinu tělesnou aktivitu a nevhodnost zvýšené fyzické aktivity.
- Informovala jsem pacientku, jaké potraviny jsou pro ni vhodné.
- Zjistila jsem, zda má pacientka pocit zvýšené námahy při defekaci.
- Podala jsem léky dle OL (Lactulosa - sirup).
- Naučila jsem pacientku, jak má provádět střevní masáž.
- Sledovala jsem účinky Lactulosity a pravidelnost vyprazdňování.
- Edukovala jsem rodinu o vhodnosti potravin a zpeštění jídelníčku.

Hodnocení:

- I nadále pacientka trpí zácpou, ale nepociťuje zvýšenou námahu při defekaci.
- Po střevní masáži má pocit jisté úlevy od napětí břišní stěny.
- Pacientka se vyprazdňuje pouze po podání Lactulosity.
- Nepodařilo se nám obnovit pravidelné vylučování stolice.
- Pacientka zná potraviny, které podporují motilitu střev.
- Cíle bylo částečně dosaženo.

Porucha spánku z důvodu hospitalizace, projevující se špatným usínáním a častým buzením.

Cíl:

- Zlepšit kvalitu spánku, pacientka usíná lépe, v noci se nebudí a spí celou noc. Po probuzení se cítí odpočatá a má pocit celkové pohody.

Plán:

- Edukuj pacientku o klidovém režimu před usínáním (vyvětrat místnost, ztlumení světla).
- Zajisti úpravu lůžka před spaním a vhodné oblečení na spaní.
- Vyhodnoť narušující vlivy v okolí pacientky.
- Eliminuj rušící faktory (televize, hluk z chodby, světlo, vstup personálu do pokoje).
- Pozoruj známky únavy v průběhu dne.
- Vyslechni problémy pacientky a podpoř ji.
- Informuj lékaře o pacientčině problému.
- Podej medikaci dle OL.
- Sleduj účinek léků.
- Zjisti, jestli má pacientka nějaké rituály k navození spánku (četba knihy).

Realizace:

- Edukovala jsem pacientku o dodržování klidového režimu před usínáním.
- Upravila jsem pacientčino lůžko před spaním a zajistila vhodnost oblečení.
- Vyhodnotila jsem možné narušující vlivy.
- Snažila jsem se eliminovat možné narušující faktory.
- Pozorovala jsem známky únavy.
- Pacientku jsem vyslechla a podpořila její psychický stav.
- Informovala jsem lékaře.
- Podala jsem léky dle OL (Prothazin 25 mg 1 tbl. na noc).
- Pozorovala jsem účinek léků.
- Pacientce bylo umožněno si číst při tlumeném světle knihu.

Hodnocení:

- Pacientka usíná lépe, ale i nadále se nejméně dvakrát za noc vzbudí.
- Po probuzení se cítí částečně odpočatá.
- Pacientka prospává v průběhu dne.
- Cíle bylo částečně dosaženo.

Snížené sebepojetí (pocit ztráty mateřské role) z důvodu hospitalizace, projevující se pocitem selhání a smutkem.

Cíl:

- Pacientka chápe důvod hospitalizace, akceptuje svůj zdravotní stav a mění názory a pocity o sobě.

Plán:

- Proved' rozhovor s pacientkou a její rodinou.
- Zjistí příčiny vzniku změny sebepojetí.
- Najdi si dostatek času na rozhovor.
- Snaž se podpořit její psychický stav.
- Dej pacientce prostor pro vyslovení svých pocitů.
- Zvyš pacientčino sebevědomí.
- Doporuč konzultaci s psychologem.

Realizace:

- Provedla jsem rozhovor s pacientkou a její rodinou.
- Zjistila jsem příčiny vzniku změny sebepojetí.
- Vyhradila jsem si dostatek času na rozhovor.
- Podpořila jsem pacientčin psychický stav, snažila jsem se být empatická a vžít se do pacientčiny role.
- Pacientka měla prostor pro vyjádření svých pocitů a mluvila o nich.
- Vysvětlila jsem jí, že nemusí mít pocit ztráty mateřské role, čímž jsem se snažila zvýšit její sebevědomí.
- Nabídla jsem možnost konzultace s psychologem.

Hodnocení:

- Pocit selhání a smutku pacientky byly rozebrány a pacientka působí klidněji.
- Zjistila jsem, že pocit selhání má z důvodu neschopnosti péče o děti, které jsou doma.
- Po rozhovoru chápe, že nemusí mít pocit selhání.
- Pacientka chápe důvod hospitalizace a její nutnost.
- Je srozuměna se svým zdravotním stavem a akceptuje ho.
- Klinický psycholog potřeba nebyl.
- Diagnóza i nadále v době hospitalizace přetrvává.
- Cíle bylo částečně dosaženo.

Potencionální ošetřovatelské diagnózy

Neochota k efektivnímu léčebnému režimu, z důvodu dlouhodobé hospitalizace.

Cíl:

- Pacientka dodržuje léčebný režim a relativní klid na lůžku a dosahuje stanovených léčebných cílů.

Plán:

- Edukuj pacientku o léčebném režimu a podej dostatečné informace.
- Zajisti konzultaci s lékařem.
- Vysvětli význam relativního klidu na lůžku.
- Podpoř pacientku v jejím úsilí dodržet léčebný režim.
- Zajisti, aby se pacientka vyhýbala možným komplikacím.

Realizace:

- Provedla jsem osobní rozhovor s pacientkou a edukovala jsem ji o léčebném režimu (klid na lůžku, podání léků, důvod hospitalizace a její nutnost, vznik možných komplikací při nedodržování léčebného režimu).
- Zajistila jsem konzultaci s lékařem.
- Vysvětlila jsem význam relativního klidu na lůžku.
- Podpořila jsem pacientku.
- Pacientka provádí prevenci komplikací.

Hodnocení:

- Pacientka dodržuje léčebný režim.
- Pacientka zná riziko možných komplikací a aktivně jim předchází.
- Dosahuje stanovených léčebných cílů.
- Chápe význam relativního klidu na lůžku.
- Cíl byl splněn.

Riziko sníženého sebevědomí v souvislosti s neschopností donosit těhotenství.

Cíl:

- Pacientka chápe svou situaci a nemá snížené sebevědomí.

Plán:

- Podpoř sebevědomí pacientky a vysvětli možné příčiny předčasného porodu.
- Proved' rozhovor s pacientkou.
- Řekni pacientce, že možná nedonošenost novorozence není její vinou.
- Vysvětli jí, že za danou situaci nelze nikoho vinit.
- Snaž se zjistit úroveň pacientčina sebevědomí a pocitu méněcennosti.

Realizace:

- Snažila jsem se podpořit pacientčino sebevědomí a vysvětlila jí možné příčiny předčasného porodu.
- Byl proveden rozhovor s pacientkou.
- Pacientce jsem sdělila, že za komplikace v těhotenství nemůže.
- Vysvětlila jsem jí, že nelze vinit ani nikoho jiného.
- Zjistila jsem úroveň sebevědomí pacientky a její pocit méněcennosti.

Hodnocení:

- Pacientka chápe, že za danou situaci nemůže.
- Ví, že za komplikace nelze vinit žádnou osobu.
- Působí sebevědoměji.
- Nemá pocit méněcennosti.
- Tato diagnóza je stále potenciální, jelikož těhotenství i nadále trvá a pacientka doufá, že těhotenství dopadne dobře a porodí zralého novorozence.

Riziko nedodržení klidového režimu v souvislosti s propuštěním do domácí péče.

Cíl:

- Pacientka dodržuje klidový režim v domácí péči a její stav je nezměněn.

Plán:

- Edukuj pacientku o klidovém režimu při propuštění do domácí péče.
- Edukuj rodinu o pomoci při péči o domácnost a děti.
- Vysvětli jí, že dodržováním režimu předejde komplikacím.
- Informuj pacientku o možných komplikacích.
- Zodpověz dotazy.

Realizace:

- Edukovala jsem pacientku o nutnosti dodržení klidového režimu.
- Hovořila jsem s její rodinou a vysvětlila důležitost pomoci o domácnost a děti.
- Poučila jsem pacientku o nutnosti dodržení režimu a předejití komplikací.
- Řekla jsem pacientce, jaké komplikace by mohly nastat, když by nedodržela klidový režim.
- Zodpověděla jsem kladené dotazy.

Hodnocení:

- Díky tomu, že jsem s pacientkou byla v kontaktu i po propuštění do domácí péče, tak vím, že její zdravotní stav se zhoršil v souvislosti s rinosinuitidou.
- Její stav je optimální, co se týče těhotenství.
- Pacientka se snaží dodržovat klidový režim, ale udává, že v domácí péči je to složitější, než při hospitalizaci.
- Cíl byl splněn.

13 Návrh pro praxi

Bakalářská práce může sloužit pro praxi v ošetrovatelské péči o ženu s hrozícím předčasným porodem, jak pro studenty porodní asistence, tak již vystudované a pracující porodní asistentky. Lze ji využít k nahlédnutí do problematiky hrozícího předčasného porodu a také jako dopomoc u plánování intervencí a stanovení ošetrovatelských diagnóz u rizikové těhotné.

14 Diskuse a závěr

V dnešní době narůstá počet rizikových těhotenství i předčasných porodů, způsobených hlavně in vitro fertilizací, vícečetným těhotenstvím a vyšším věkem rodiček. Na druhou stranu máme lepší péči o rizikové těhotné a následně i o nedonošené novorozence. Dříve koloval názor, že dítě, které se narodí v sedmém měsíci těhotenství, je na tom lépe, než novorozenec narozený v osmém měsíci. Dnes už všichni vědí, že čím déle bude plod v děloze, tím lépe. Hrozící předčasný porod je pro ženu velkou zátěží. Mnohdy se doporučí hospitalizace těhotné a klid na lůžku, která je někdy zbytečná a těhotná je zatížena zvýšeným stresem a obavami.

V praktické části je uvedena kazuistika hospitalizované pacientky s diagnózou partus preamaturus imminens. Cílem práce bylo u této případové studie stanovit ošetrovatelský proces a následně ošetrovatelské diagnózy, kterými lze předejít možným komplikacím. Cíl se podařilo splnit. Zaměřila jsem se hlavně na psychiku ženy, která byla v době hospitalizace narušená.

Jelikož předčasně porodí zhruba 30 % žen, které mají pozitivní fetální fibronektinový test, neočekávala jsem, že by naše pacientka předčasně porodila. Velkou komplikací jejího těhotenství byla i přidružená nemoc, která ženu obírala o energii. Díky rozhovorům s naší pacientkou jsem dospěla k názoru, že celé její těhotenství bylo pro ni velkou zátěží a myslím si, že její celkové vyčerpání doma bylo jedním z přispívajících faktorů, které vedlo ke krvácení a následné hospitalizaci. Jak uvádím v teoretické části, stres je jedním z rizikových faktorů pro předčasný porod. Dle mého názoru dobré a pozitivní smýšlení a psychika je tím nejdůležitějším pro celkovou pohodu, zvládnutí hospitalizace a donošení plodu. Hlavním úkolem porodní asistentky je podporovat pacientku, najít si na ni čas, vyslechnout ji a v neposlední řadě být empatická.

Než byla naše pacientka hospitalizována, byla na mateřské dovolené se dvěma dětmi. Chlapci je 6 let a nastoupil do první třídy základní školy. Dívka je o jeden rok mladší, je jí 5 let a chodí ještě do školky. Pro pacientku byla starost o dvě malé děti a péče o domácnost namáhavá. Popisovala, že i díky tomu měla nedostatek spánku, což pro těhotnou určitě není dobré. Následná dlouhodobá hospitalizace na ní má také velký vliv. Pacientka byla na jednu stranu ráda, že ona i její nenarozené dítě je pod dohledem lékařů a může si trochu odpočinout. Na tomto případě lze dobře poukázat na psychiku těhotné, která je zcela jistě nějak narušena. Ať už je to důvod dlouhodobé hospitalizace a strach o dítě a možnost jeho nedonošenosti, ale i pocit selhání jako matky a manželky. Pocit jejího selhání jako matky popisuje hlavně u chlapce, který začal chodit do první třídy, a tudíž se nemůže podílet na jeho výchově a přípravě do školy. Všechnu práci a starost o domácnost musela nechat na manželovi, ve kterém měla naštěstí podporu. Dalším problémem byl fakt, že pacientčina rodina bydlela v Kolíně a každodenní dojíždění bylo nemyslitelné. Manžela a rodinu viděla jednou až dvakrát do týdne. Tato situace byla pro rodičku velkou zátěží. Hospitalizace a odloučení od rodiny trvala celých 37 dní a to i přes období Vánoc, kdy nemohla být se svou rodinou, což má jistý vliv na každého jedince.

Poté, co byla naše pacientka propuštěna do domácí péče, byla 23.2.2018 hospitalizována v Kolíně na oddělení ORL a poté přeložena na gynekologicko-porodnické oddělení ve 35 + 4 týdnu gravidity pro akutní exacerbaci chronické rinosinuitidy. CTG bylo opakovaně během hospitalizace v normě, poté propuštěna do domácí péče.

Dne 5.3.2018 byl indukován porod pro IUGR (UZ 2,8 percentil) ve 37 + 3 týdnu gravidity. Těhotenství bylo pro krvácení v I. době porodní ukončeno akutním císařským řezem. Během operace byla zjištěna abrupce placenty. Z důvodu větší krevní ztráty byla podána transfúze a pooperačně byly nasazeny ATB. Narodil se hraničně zralý, eutrofický novorozenec ženského pohlaví s mírami 2460 g/46 cm, APGAR 10-10-10 a poporodní adaptace proběhla bez komplikací. Při propuštění do domácí péče byl novorozenec plně kojen.

Závěrem můžeme poukázat na to, že i když v nízkém týdnu gestace nastanou komplikace, a myslíme si, že porod skončí jako předčasný, nemusí tomu tak vždy být. Můžeme tedy hovořit o hrozícím předčasném porodu, který však může skončit donošením novorozence, jako tomu bylo i u naší pacientky.

15 Seznam použité literatury

1. AGGER, William A., SCHAUBERGER, Charles W., BURMESTER James K. a SHUKLA, Sanjay K., 2016. Developing Research Priorities for Prediction and Prevention of Preterm Birth. *Clinical Medicine & Research*. **14**(3-4), 123-125.
2. ARABIN, B. a ALFIREVIC, Z., 2013. Cervical pessaries for prevention of spontaneous preterm birth: past, present and future. *Ultrasound Obstet Gynecol*. **42**(4), 390-399.
3. CRAIGHEAD, Debra Vela, 2012. Early Term Birth: Understanding the Health Risks to Infants. *Nurs Womens Health*. **16**(2), 136-144.
4. DAMUS, Karla, 2008. Prevention of preterm birth: a renewed national priority. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*. **20**(6), 590-596.
5. DEFRANCO, EA, O'BRIEN, JM a ADAIR, CD, 2007. Vaginal progesterone is associated with a decrease in risk for early preterm birth and improved neonatal outcome in women with a short cervix: a secondary analysis from a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Ultrasound Obstet Gynecol*. **30**(5), 695-705.
6. DORT, Jiří, DORTOVÁ, Eva a JEHLIČKA, Petr, 2013. *Neonatologie*. 2., upr. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2253-8.
7. GILL, R., TSUNG, A. a BILLIAR, T., 2010. Linking oxidative stress to inflammation: Toll-like receptors. *Free Radic Biol Med*. **48**(9), 1121-1132.
8. HÁJEK, Zdeněk, ČECH, Evžen a MARŠÁL, Karel, 2014. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.
9. HECOVÁ, H., STEHLÍKOVÁ, J. a CHALUPOVÁ, M., 2015. Špatný stav chrupu u těhotných žen jako rizikový faktor předčasného porodu. *Česká stomatologie*. **115**(4), 82-88. ISSN 1213-0613.
10. HERDMAN, T. Heather a KAMITSURU, Shigemi, ed., 2016. *Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2015-2017*. 10. vyd., 1. české vyd. Přeložila Pavla KUDLOVÁ. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3. ISSN ošetrovatelskédiagnózy:definiceaklasifikace2015-2017.
11. IAMS, JD, GOLDENBERG, RL a MEIS, PJ, 1996. The length of the cervix and the risk of spontaneous premature delivery. National Institute of Child Health and Human Development Maternal Fetal Medicine Unit Network. *The New England journal of medicine*. **334**(9), 567-572.
12. KAUR, Maninder, GEISINGER, Maria L. a GEURS, Nicolaas C., 2014. Effect of Intensive Oral Hygiene Regimen During Pregnancy on Periodontal Health, Cytokine Levels, and Pregnancy Outcomes: A Pilot Study. *J Periodontol*. **85**(12), 1684-1692.
13. KOUCKÝ, Michal a SMÍŠEK, Jan, 2014. *Spontánní předčasný porod*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-416-6.
14. MAREŠOVÁ, Pavlína, 2014. *Moderní postupy v gynekologii a porodnictví*. Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-3153-0.

15. MAŠATA, Jaromír, JEDLIČKOVÁ, Anna a ŠVIHOVEC, Petr, 2008. Antibiotická léčba a profylaxe některých infekcí v těhotenství. *Farmakoterapie v gynekologii a porodnictví*. Praha. **22**(4), 137-141. ISSN 1212-7973.
16. MĚCHUROVÁ, A. a ROKYTOVÁ, V., 2009. Doporučený postup - předčasný odtok plodové vody. *Česká gynekologie*, roč. 74, Suppl. 1, 9-11. ISSN 1210-7832.
17. PAŘÍZEK, Antonín, 2012a. *Analgezie a anestezie v porodnictví*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-893-3.
18. PAŘÍZEK, Antonín, 2012b. *Kritické stavy v porodnictví*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-949-7.
19. PETR, Jaroslav, 2014. Krevní test pomáhá určit riziko předčasného porodu. *Medical Tribune*. **10**(23). ISSN 1214-8911.
20. REBARBER, Andrei, FOX, Nathan S. a KLAUSER, Chad K., 2010. Using 17 a-hydroxyprogesterone caproate to impact rates of recurrent preterm delivery in clinical practice. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*. **23**(10), 1139–1142.
21. ROZTOČIL, Aleš, 2017. *Moderní porodnictví*. 2., přeprac. a dopl. vyd.. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5753-7.
22. SLEZÁKOVÁ, Lenka, 2011. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3373-9.
23. SPONG, Catherine Y., 2009. Preterm Birth: An Enigma and a Priority. *Obstetrics & Gynecology*. **113**(4), 770-771.
24. Těhotné ohrožuje znečištěný vzduch i ftaláty, 2013. *Zdravotnické noviny (Avicenum/Mladá fronta)*, roč. 62, č. 24, s. 14. ISSN: 1805-2355.
25. TÓTHOVÁ, Valérie, 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-785-9.
26. VAVŘINKOVÁ, Blanka, 2009. Předčasný porod. *Aktuální gynekologie a porodnictví*. 1, 45-49. ISSN 1803-9588.
27. WEIDLICH, Patricia, MOREIRA, Carlos Heitor C. a FIORINI, Tiago, 2013. Effect of nonsurgical periodontal therapy and strict plaque control on preterm/low birth weight: a randomized controlled clinical trial. *Clin Oral Invest*. **17**(1), 37-44.

Elektronické zdroje

28. History. *Nanda International: Defining the Knowledge of Nursing* [online]. Wisconsin [cit. 2018-01-18]. Dostupné z: <http://www.nanda.org/nanda-international-history.html>
29. JANÁČKOVÁ, Laura, 2009. Aplikovaná zdravotnická psychologie v gynekologii. *Medical Tribune CZ: Tribuna lékařů a zdravotníků* [online]. [cit. 2018-01-20]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/13287>

30. KŘEPELKA, Petr, 2007. Trombofilie a těhotenství. *Zdraví Euro: Postgraduální medicína* [online]. Praha [cit. 2017-12-19]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/trombofilie-a-tehotenstvi-285073>
31. SHERMAN, Michael P., 2017. Chorioamnionitis. *Medscape* [online]. [cit. 2017-11-14]. Dostupné z: <https://emedicine.medscape.com/article/973237-overview>
32. ŠČEPOŇCOVÁ, Sabina, 2009. NANDA taxonomie II. *Zdraví Euro: Sestra* [online]. [cit. 2018-01-23]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/nanda-taxonomie-ii-448158>
33. VLK, Radovan, 2010. Ultrazvukový screening předčasného porodu. *Zdraví Euro: Postgraduální medicína* [online]. Praha [cit. 2017-11-28]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/ultrazvukovy-screening-predcasneho-porodu-449542>

16 Seznam zkratek

IUGR	Intrauterinní růstová restrikce	SIRS	Syndrom systémové zánětlivé odpovědi
JAMA	Americká lékařská asociace	CNS	Centrální nervový systém
DEPH	Di (2-ethylhexyl) ftalát	GIT	Gastrointestinální trakt
MEPH	Mono (2-ethylhexyl) ftalát	ADHD	Hyperaktivita s poruchou pozornosti
MECPP	Mono (2-ethyl-5karboxypentyl) ftalát	tj.	To je
CRH	Kortikotropin stimulující hormon	LPT	Laparotomie
GBS	Streptokok skupiny B	APPE	Appendektomie
IL	Interleukin	LPSK	Laparskopie
IL-1 β	Interleukin 1 beta	RCUI	Instrumentální revize dělohy
IL-6	Interleukin 6	IVF	In vitro fertilizace
TNF- α	Faktor nekrózy nádorů	JIP	Jednotka intenzivní péče
PGE2	Prostaglandin E2	TEN	Tromboembolická nemoc
PG20210A	Mutace genu pro protrombin	Fd X/3	Rozměr fundus/processus xiphoideus
MTHFR	Methylentetrahydrofolátreduktáza	VP	Voda plodová
BMI	Body mass index	ERY	Erytrocyty
UUT	Umělé ukončení těhotenství	KO	Krevní obraz
MIAC	Mikrobiální osídlení dutiny děložní	Leu	Leukocyty
UZ	Ultrazvukové vyšetření	NRS	Numerická škála bolesti
PPROM	Předčasný odtok plodové vody	OL	Ordinace lékaře
CTG	Kardiotokogram	NK	Natural killer
CL	Funkční délka hrdla	IU	International Unit
HB	Hemoglobin	Cytol.	Cytologie
Plt	Krevní destičky	BPN.	Bez patologického nálezu
S.C.	Sectio cesarea	Spont.	Spontánní
fFN	Fetální fibronektinový test	ab.	Abortus
NANDA	North American for Nursing Diagnosis Assotiation	záhl.	Záhlaví
CRP	C-reaktivní protein	amp.	Ampule
17P	17-hydroxyprogesteronkaproát	mm	Milimetr
VVV	Vrozené vývojové vady	ug	Mikrogram
ATB	Antibiotika	t.g.	Týden gravidity
tbl.	Tablety	P	Puls
mg	Mikrogram	FF	Fyziologická funkce
t.č.	Toho času	TK	Krevní tlak
prav.	Pravidelný	TT	Tělesná teplota
b.o.	Bez obtíží	např.	Například
OGTT	Orální glukózový toleranční test	FESS	Funkční endoskopická endonazální operace
kg	Kilogram	BPD	Biparietální průměr
inj.	Injekční podání	HC	Obvod hlavy
i.v.	Intravenózní podání	AC	Obvod břicha
OP	Ozvy plodu	FL	Délka femuru
i.m.	Intramuskulární podání		
RDS	Syndrom dechové tísně		
ORL	Otorinolaryngologie		

17 Seznam příloh

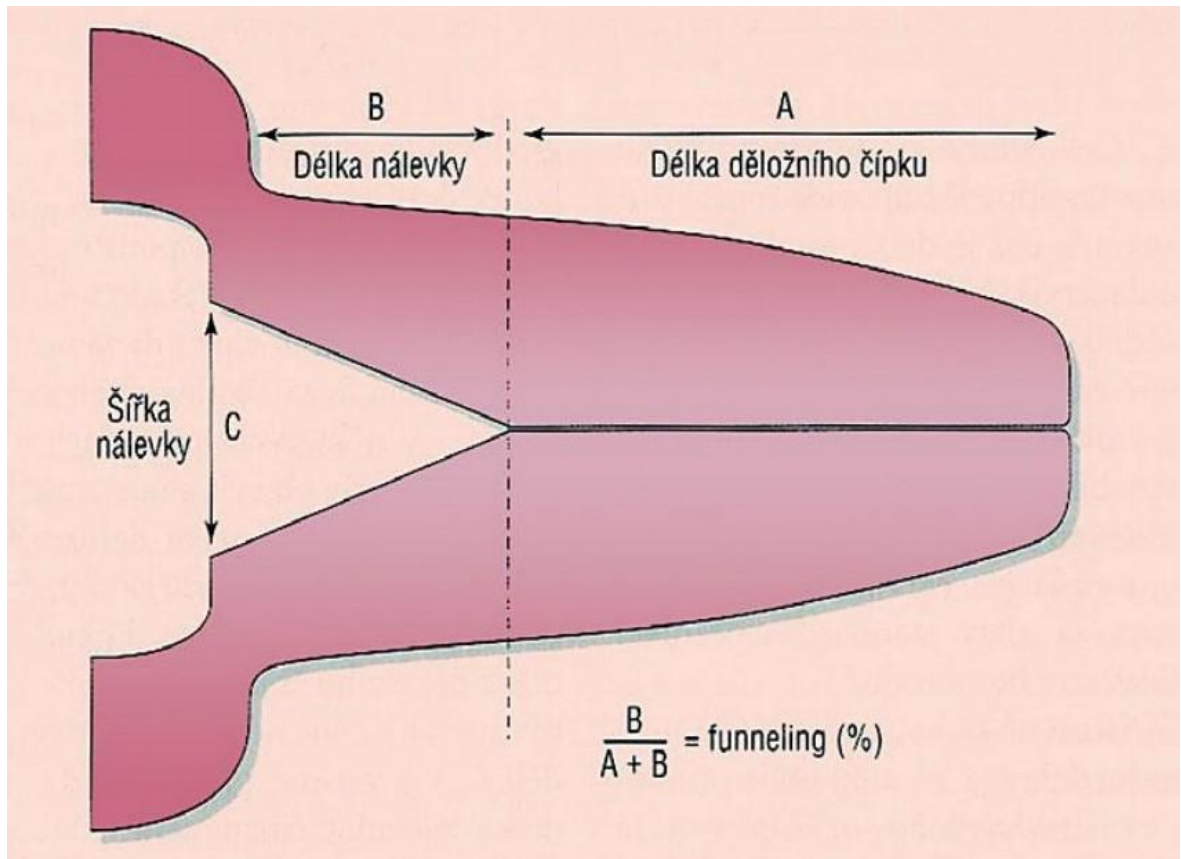
Příloha č. 1 Schéma popisu jednotlivých částí hrdla děložního při ultrazvukové cervikometrii (Vlk, 2010)

Příloha č. 2 Nežádoucí účinky a komplikace podávání B-sympatomimetik (tabulka) (Pařízek, 2012a, s. 163)

Příloha č. 3 Soubor otázek položených při rozhovoru s pacientkou (autor)

Přílohy

Příloha č. 1 Schéma popisu jednotlivých částí hrdla děložního při ultrazukové cervikometrii (Vlk, 2010)



Příloha č. 2 Nežádoucí účinky a komplikace podávání B-sympatomimetik (tabulka)
(Pařízek, 2012a, s. 163)

Tabulka 1: Nežádoucí účinky a komplikace podávání β -sympatomimetik

Nežádoucí účinky u matky	Nežádoucí účinky u plodu a novorozence
<p>Obecné Neklid, nervozita, bolest hlavy, nauzea, zvracení (až u 20–30 %), zvýšená teplota, halucinace, poruchy spánku, kožní výsev, pruritus, ileus</p>	<p>Fetální Tachykardie, kardiální arytmie, ischemie myokardu i hypertrofie myokardu a septa, hyperglykemie, hyperinzulinémie, úmrtí plodu</p>
<p>Metabolické Hyperglykemie, hyperinzulinemie, laktátová acidémie, hypokalémie, antidiuretický účinek (retence tekutin), poruchy funkce štítné žlázy, elevace jaterních transamináz</p>	
<p>Kardiální Tachykardie (až v 50 %), plicní edém, hypotenze (relaxace hladkého svalstva cév, reflexní tachykardie), arytmie, palpitace, subendokardiální ischemie, retrosternální bolest a ischemické změny EKG</p>	<p>Neonatální Hypoglykémie, hypokalcémie, hyperbilirubinemie, tachykardie, ischemie myokardu, snížení kontraktility myokardu, hypotenze, intraventrikulární hemoragie, neuropsychické změny</p>
<p>Příčiny úmrtí matky Kardiální příčiny – maligní arytmie, srdeční dekompenzace při přítomné kardiomiopatii, plicní edém</p>	

Tabulka 2: Kontraindikace v podávání β -sympatomimetik

<p>Absolutní kontraindikace:</p> <ul style="list-style-type: none"> • onemocnění srdce matky (organické vady, ischemie, dysrytmie) • nekompensovaná arteriální hypertenze • plicní hypertenze • onemocnění ledvin, jater • těžká preeklampsie • antepartální hemoragie • hyperfunkce štítné žlázy u matky • feochromocytom u matky 	<p>Relativní kontraindikace:</p> <ul style="list-style-type: none"> • diabetes mellitus těhotné • arteriální hypertenze • asthma bronchiale • anamnestický údaj vážné migrény nebo bolesti hlavy • vyšší riziko plicního edému • zvýšená tělesná teplota těhotné • chorioamnionitida
---	--

Příloha č. 3 Soubor otázek položených při rozhovoru s pacientkou (autor)

1. Vnímání zdravotního stavu a aktivity k udržení zdraví

Prodělala jste v dětství nějaká onemocnění, popřípadě jaká?

Měla jste nějaké operace či úrazy?

V těhotenství jste byla zdráva, jak jste pečovala o své zdraví?

Cítíte se teď nemocná?

2. Výživa a metabolismus

Změnila jste způsob výživy v těhotenství?

Dodržujete nějakou dietu?

Pijete alkohol, kouříte?

Je nějakým způsobem narušen stav nehtů, vlasů a kůže?

Je podle Vás narušena schopnost hojení ran?

3. Vylučování

Máte pravidelnou stolici?

Trpíte zácpou či průjmem?

Jak často močíte, pociťujete problémy při močení?

4. Pohybová aktivita a cvičení

Provozujete nebo jste před otěhotněním provozovala nějaký sport?

Jak se udržujete v dobré fyzické kondici?

5. Spánek a odpočinek

Máte problémy se spánkem (usínání, buzení v noci, probouzení)?

6. Vnímání a poznávání

Používáte brýle nebo máte problémy se zrakem či se sluchem?

Pociťujete teď nějakou bolest?

Byla jste poučena o svém zdravotním stavu?

Jak vnímáte svou osobu?

7. Sebepojetí a sebeúcta

Máte z něčeho obavy?

Jak prožíváte současnou situaci?

8. Mezilidské vztahy a plnění rolí

Bydlíte s rodinou?

Jak vnímáte svojí roli/e?

9. Sexualita a reprodukční schopnost

Jak je to u Vás a partnera se sexualitou?

Kdy Vám začala menstruace a byla pravidelná?

Užívala jste někdy antikoncepci?

Kolik jste měla porodů či potratů a jak vše probíhalo?

10. Psychický stav a zvládání stresu

Jak momentálně vnímáte svůj psychický stav?

Jak zvládáte stresové situace a kdo Vám je pomáhá zvládat?

Máte v někom oporu?

11. Víra, přesvědčení a životní hodnoty

Jste věřící?

Jaké máte životní hodnoty a cíle?

