

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetřovatelství

Studijní obor: Ošetřovatelství

ID studijního oboru: 5341R003

Květuše Němcová

**OŠETŘOVATELSKÁ KAZUISTIKA U PACIENTKY S HROZÍCÍM PŘEDČASNÝM
PORODEM**

NURSING CASE STUDY OF PATIENT WITH RISK OF PREMATURE LABOUR

Bakalářská závěrečná práce

Vedoucí závěrečné práce:

Mgr. Miluše Kulhavá

Datum práce

Praha, 03. 03. 2009

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a uvedla jsem všechny použité informační zdroje.

V Praze, 03. 03. 2009

.....
Květuše Němcová

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji Mgr. Miluši Kulhavé za metodické vedení bakalářské práce, poskytnutí cenných rad a podkladů k práci i za velmi vstřícný a trpělivý přístup. Děkuji pacientce paní K. U. za laskavé svolení k prezentaci.

.....

Květuše Němcová

OBSAH

A ÚVOD	6
B KLINICKÁ ČÁST	7
1 Charakteristika onemocnění	7
1.1 Nejčastější příčiny předčasného porodu	7
1.2 Klinické příznaky	9
1.3 Patofyziologie předčasného porodu	10
1.4 Diagnostika předčasného porodu – vyšetřovací metody	10
1.5 Terapie předčasného porodu	12
1.5.1 Kontraindikace léčby předčasného porodu	12
1.5.2 Léčba předčasného porodu	13
1.6 Komplikace	15
1.6.1 Komplikace u novorozenců	15
1.6.2 Anesteziologické aspekty	16
1.6.3 Tokolytický plicní edém matky	16
1.7 Prognóza	18
1.8 Ošetrovatelská péče	18
2 Identifikační údaje nemocného	22
3 Lékařská anamnéza a diagnózy	23
3.1 Lékařská anamnéza	23
3.2 Lékařská diagnóza	26
4 Přehled provedených vyšetření	27
4.1 Ultrazvuková vyšetření	27
4.2 Laboratorní vyšetření	28
4.3 Diabetologické konzilium	30
4.4 Fyziologické funkce	30
5 Přehled terapie	31
5.1 Farmakoterapie	31
5.2 Dietoterapie	33
5.3 Pohybový režim	33
6 Stručný průběh hospitalizace	34

C OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST	35
1 Ošetřovatelská anamnéza a hodnocení současného stavu	35
1.1 Subjektivní náhled nemocné na nemoc a hospitalizaci	35
1.2 Hodnocení sestrou	35
1.3 Základní biologické potřeby	35
1.4 Psychosociální a spirituální potřeby	39
2 Ošetřovatelské problémy (diagnózy)	43
3 Plán ošetřovatelské péče	45
4 Edukace – gestační diabetes mellitus	54
5 Závěr a prognóza	58
5.1 Závěr	58
5.2 Ošetřovatelská prognóza	58
D ZDROJE INFORMACÍ	60
E POUŽITÁ LITERATURA	61
F PŘEHLED POUŽITÝCH ZKRATEK	62
G SEZNAM PŘÍLOH	63
PŘÍLOHY	

A ÚVOD

Přijetím na obor ženská sestra se mi splnil můj životní sen. Po dokončení studia jsem nastoupila na porodní sál. Nyní pracuji 11. rok jako staniční sestra na oddělení rizikového těhotenství. Tato práce mě velmi baví.

V posledních dvou letech se i já snažím založit rodinu, ale bohužel jsem třikrát potratila a podle lékařů miminko normální cestou s manželem mít nemůžeme. Jsme nuceni se zabývat otázkou dárcovství v této oblasti. Přítomnost těhotných pacientek v zaměstnání je pro mě někdy velmi bolestná. Nicméně po čase zjišťuji, že jsou pacientky, které mě dokáží velmi povzbudit a dodat mi sílu jít dál.

Mezi takové ženy patřila i pacientka, kterou jsem si vybrala pro mou bakalářskou práci. V mládí překonala Hodgkinův lymfom, včetně operace metastázy v plicích a chemoterapie. Následkem léčby bylo předčasné ovariální selhání. Absolvovala několik neúspěšných cyklů in vitro fertilizace (umělé oplodnění ve zkumavce) s dárkyní oocytů (vajíček), prodělala missed abortion (zamlklý potrat) ve 22. týdnu gravidity a nyní i přes četné komplikace byla plná optimismu a síly. Byla velmi trpělivá, vstřícná a neustále hleděla s nadějí vpřed. Byla pro mě velkým vzorem a zdrojem inspirace. Za to jí velmi děkuji.

B KLINICKÁ ČÁST

Předčasný porod (partus praematurus)

Předčasný porod je stále v českém zdravotnictví závažným problémem, který má nejen dopad zdravotní, ale i rodinný, sociální a ekonomický. (Hájek, 2004)

Plody narozené před dokončeným 37. týdnem gestace (do 259 dní od prvního dne poslední menstruace a do 245 dní od koncepce) nebo vážící méně než 2500 gramů ve vztahu k délce gestace, jsou podle WHO označeny jako předčasně narozené. Velmi nezralé jsou plody vážící méně než 1500 gramů, extrémně nezralé plody vážící méně než 1000 gramů. Frekvence předčasných porodů v České republice kolísá mezi 5-6 %. Předčasný porod je příčinou 70% neonatálních úmrtí u novorozenců bez vrozených vývojových vad. (Čech, 1999)

1 Charakteristika onemocnění

1.1 Nejčastější příčiny předčasného porodu

Dnes se uvádí čtyři příčiny vedoucí k předčasnému porodu:

- Předčasný nástup děložní činnosti
- PROM (Premature Rupture Of Membranes) - předčasný odtok plodové vody
- Iatrogenní příčiny - předčasně vyvolaný porod z důvodů onemocnění matky nebo plodu
- Fetální stress

(Hájek, 2004)

Nejdůležitější roli v etiologii předčasného porodu hraje infekce. Řada mikrobiologických studií prokazuje jednoznačnou souvislost mezi bakteriální kolonizací vagíny a předčasným porodem. Nejčastějším agens jsou: streptokoky skupiny B, Chlamydia trachomatis, trichomoniáda a bakteriální vaginóza. Častěji než izolovaný výskyt jednoho mikroorganismu se vyskytují skupiny mikroorganismů při současném útlumu normální bakteriální flóry s laktobacilem. Při mikroskopickém vyšetření jsou prokazovány

v diagnostice bakteriální vaginózy: *Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma hominis*, *Haemophilus vaginalis* atd.

Předpokládá se chronické osídlení genitálu ženy těmito mikroorganismy ještě před těhotenstvím. Akutní aktivace infekce nebo reinfekce pak souvisí s dilatací a délkou děložního hrdla a cervikálním hlenem, který je jakousi bariérou vstupu infekce k plodovému vejci. Bakterie produkují proteázy a lipázy, které svojí enzymatickou aktivitou porušují integritu amnia. Tento stav vede k předčasnému odtoku vody plodové. Lysozomy uvnitř buněk deciduy a amnia obsahují vysoké hladiny fosfolipázy A_2 , která je prekurzorem prostaglandinové syntézy. Při rozvinuté chorioamnionitidě dojde k destrukci lysozomů a k uvolnění fosfolipázy A_2 . Tato pak z fosfolipidů uvolňuje kyselinu arachidonovou, která spouští syntézu prostaglandinů a vyvolá děložní kontrakce. (Čech, 1999)

Další příčiny, které se mohou v procesu předčasného porodu uplatnit, jsou: věk matky (věk nižší než 18 let a vyšší než 35 let), parita – počet předchozích porodů (primiparita nebo multiparita – nad 5 dětí), sociální faktory, vzdělání matky, BMI (nižší než 20), hmotnostní přírůstek během gravidity, etnicita, špatná perinatální péče, kouření, drogy a alkohol, vliv tělesné námahy a zaměstnání, socioekonomický stav rodiny, nechtěná gravidita, stres matky či nepřiměřený pohlavní styk. Dále to jsou uteroplacentární ischemie, krvácení v těhotenství, patologie hrdla děložního, abrupce placenty (předčasné odloučení placenty), chorioamnionitida, vrozené vývojové vady dělohy, nadměrná distenze dělohy, oligohydramnion (nedostatečné množství plodové vody), intrauterinní růstová retardace plodu a insuficience placenty, chronická hypoxie plodu, hypertenze matky, preeklampsie (onemocnění charakterizované výskytem hypertenze, edémů a proteinurie), eklampsie (záchvat křečí – božec) a HELLP syndrom (hemolýza, elevace jaterních testů a trombocytopenie), vícečetná gravidita, vrozené vývojové vady plodu, dva a více potratů nebo předčasný porod v anamnéze matky. (Hájek, 2004; Čech, 1999)

1.2 Klinické příznaky

Na počátku mívá předčasný porod vágní příznaky. Časná stádia předčasného porodu nemusí vypadat stejně jako začátek porodu v termínu. Symptomy se mohou dokonce značně lišit.

Mezi symptomy, které jsou sledovány, patří:

- Nepříjemné, nebo naopak nebolestivé kontrakce děložní
- Časté pohyby plodu
- Křečovitě bolesti v podbřišku podobné menstruačním
- Trvalá bolest v bederní části zad
- Tlak v pánvi, nebo pocit, že se dítě tlačí dolů
- Změna charakteru vaginálního sekretu
- Křeče v břiše, někdy doprovázené průjmem
- Bolest nebo pocit diskomfortu ve vulvě nebo ve stehnech
- Rodička se necítí dobře nebo musí dokonce ulehnout (Leifer, 2004)

Klinický průběh

1. partus praematurus imminens (hrozící předčasný porod)
- pacientka má bolestivé pocity v podbřišku, výtok z rodidel je hojnější, podobá se hlenové zátce, může být zbarven krví
2. partus praematurus incipiens (počínající předčasný porod)
- bolestivé pocity se mění v pravidelné kontrakce, hrdlo děložní se zkracuje a otevírá
3. partus praematurus in cursu (předčasný porod v běhu)
- kontrakce se zesilují a intervaly mezi nimi se zkracují, čípek je spotřebován, nález na brance se zvětšuje, odtéká plodová voda
4. hydrorrhoea amnialis praeterterminalis (předtermínový odtok vody plodové)
- v 80 - 90 % dochází po odtoku plodové vody do 24 hodin ke spontánnímu nástupu děložní činnosti

(Roztočil, 2001)

Jako předčasný porod počínající (partus praematurus incipiens) je označován stav, kdy děložní hrdlo je zcela zaniklé, klenby plné a porodnická branka je větší než 3 cm. Pokud děložní kontrakce i přes tokolytickou léčbu sílí, nelze již předčasnému porodu zabránit. Dilatace měkkých porodních cest dále pokračuje, často odtéká plodová voda předčasně a velká část plodu vstupuje do pánve. Takový stav označujeme jako předčasný porod v běhu (partus praematurus in cursu). Nejméně příznivým stavem, kdy předčasný porod začíná, je předčasný odtok vody plodové (defluvium liquoris amnialis praecox) bez děložních kontrakcí. (Čech, 1999)

1.3 Patofyziologie předčasného porodu

Přímý mechanismus vzniku předčasné děložní činnosti je stále neznámý. Je pravděpodobné, že se na něm spolupodílí několik pochodů v organismu matky a plodu:

- zvýšená citlivost tkání dělohy k placentárním steroidům, zvláště k estrogenům
- zvýšená sekrece prostaglandinů při podráždění tkání dělohy nebo při odtoku plodové vody
- sekrece oxytocinu plodem
- snížený průtok krve dělohou vede ke zvýšené děložní kontraktilitě, jak je tomu v případech preeklampsie, vícečetného těhotenství, podvýživy, dehydratace a u těžkých kuřaček (Roztočil, 2001)

1.4 Diagnostika předčasného porodu – vyšetřovací metody

Diagnóza hrozícího předčasného porodu musí být stanovena v době příchodu těhotné na porodnické oddělení. Lékařem musí být provedeno zásadní rozhodnutí, zda má být těhotenství dále udržované a zabránit všemi prostředky předčasnému porodu, nebo naopak průběhu předčasného porodu nebránit. Rozdíl v přístupu bude jiný u těhotenství jednočetného a těhotenství vícečetného. Při rozhodování je velmi důležité zhodnotit možnosti vzhledem ke gestačnímu stáří. Plod v těhotenství před 22. týdnem je previable, a proto je možno intervenovat pouze v zájmu matky. U plodu mezi 22. - 26. týdnem gravidity je plod ve stadiu přechodné viability. Pokud je těhotná hospitalizovaná v perinatologickém centru s dobrou neonatologickou péčí, je možno již v tomto gestačním období indikovat ukončení těhotenství

císařským řezem v zájmu plodu. Plod nad 26. týden gestace je plodem viabilním a zde je rozhodováno stejně jako u plodu donošeného. (Hájek, 2004)

Diagnostika předčasného porodu by měla postupovat v tomto pořadí:

- relevantní anamnestická data

Je nutno se zaměřit na vznik, trvání a frekvenci děložních kontrakcí, sakralgie, výtok, dysurii, polakisurii a pocit odtoku vody plodové. Pacientka obvykle udává občasné nebo pravidelné kontrakce, jindy bolesti připomínají menstruační bolesti nebo hluboké zádové bolesti v křížové oblasti. Závažným příznakem je krvácení nebo krvavý výtok. Důležitým údajem je vodnatý výtok, který může signalizovat intraovulární infekci a chorioamnionitidu (zánět plodového vejce).

- průkaz děložní činnosti

Spočívá v provedení non-stress testu (kardiotokografický záznam děložní činnosti), zhodnocení reaktivity a oxygenace plodu, sledování výskytu děložních kontrakcí. Výskyt 4 děložních kontrakcí během 30 minut je průkazem počínajícího předčasného porodu.

- porodnické vyšetření včetně vyšetření v zrcadlech

Při vaginálním vyšetření per speculam (v zrcadlech) je nutno se zaměřit na diagnostiku odtoku plodové vody, při bimanuálním vyšetření stanovit cervix skóre (stav děložního čípku) a zhodnotit děložní tonus. Vyšetření v zrcadlech je důležité pro odběr kultivace z hrdla děložního a z pochvy. Mnohdy zjistíme prolabující vak blan, který při palpačním vyšetření můžeme přehlédnout. Palpací pouze rozlišíme, zda je děložní hrdlo zkrácené a zevní branka prostupná.

- abdominální ultrazvuk

Ultrazvukem je možné hodnotit morfologii dolního děložního segmentu, biometrii plodu, uložení plodu, množství plodové vody, uložení placenty, lze provést dopplerovskou flowmetrii děložních, placentárních a fetálních cév (měření průtoků krve v cévách) a tak diagnostikovat chronickou hypoxii plodu

- vaginální ultrazvuk - průkaz zkrácení děložního hrdla

Vaginální ultrazvuk je neinvazivní metoda, která dokáže objektivizovat zkracování a dilataci děložního hrdla, dovoluje posoudit změnu nálezu při zvýšení intraabdominálního tlaku. Je-li délka děložního hrdla menší než 25 mm a je-li naznačena dilatace vnitřní branky, tzv. „funneling“, pak je hrozba předčasného porodu velmi aktuální.

- průkaz předčasného odtoku plodové vody (PROM)

Test na podkladě imunochromatografické metody – actim PROM test.

- laboratorní testy

Patří mezi ně kultivace moči, poševního a cervikálního sekretu, krevní obraz (leukocytóza, diferenciální počet bílých krvinek), C-reaktivní protein (CRP). Vzestup neutrofilů – posun doleva může signalizovat rozvoj infekce. Důležitý je dynamický vzestup obou hodnot. Výběrovým vyšetřením jsou nákladné metody – tumor necrosis factor (TNF), fetální fibronectin, interleukin 6, 8. Vysoká hodnota IL6 v plodové vodě predikuje rozvoj chorioamniální infekce. V současné době se v diagnostice uplatňují rovněž vaginální indikátory amniální infekce tzv. “bedside testy“. IL8 z cervikálního hlenu u pacientky s abnormální bakteriální vaginální flórou koreluje s rozvojem intraamniální infekce. Rovněž IL6 v kombinaci s cervikometrií signalizuje hrozící předčasný porod a intraamniální infekci. Cervikální fosforylovaný insulin growth faktor vázající protein 1 (IGFBP-1) je marker puerperální a neonatální infekce a morbidity novorozence. Fibronectin z cervikálního hlenu má vysokou senzitivitu, ale malou specifitu. Jeho predikce je nejvyšší při negativitě.

U všech laboratorních vyšetření je vždy nutno využít kombinaci stávajících markerů (le + diff, CRP) s klinickým stavem pacientky a cervikometrií. (Hájek, 2004)

1.5 Terapie předčasného porodu

1.5.1 Kontraindikace léčby předčasného porodu

1. absolutní kontraindikace

- smrt plodu
- vrozené vývojové vady plodu neslučitelné se životem
- diagnóza chorioamnionitidy při životaschopnosti plodu
- stavy plodu a matky vyžadující okamžité ukončení těhotenství

relativní kontraindikace

- krvácení
- preeklampsie
- chronický a akutní disstres plodu
- nitroděložní růstová retardace plodu
- průkaz odtoku plodové vody

1.5.2 Léčba předčasného porodu

Při terapeutickém postupu využíváme:

- Hospitalizaci
- Podávání tokolytik
- Podávání antibiotik
- Podávání kortikosteroidů
- Klid na lůžku
- Provedení cerclage

(Hájek, 2003)

Hospitalizace

Těhotná s prvními příznaky hrozícího předčasného porodu musí být neodkladně přijata na příslušné gynekologicko-porodnické oddělení. Pokud jde o počínající předčasný porod, je transportována do perinatologického centra. (Čech, 1999)

Podávání tokolytik

V současné době je tokolýza základním postupem v léčbě předčasného porodu. Tokolytika (tokos – práce, lysis – rozpouštění, omezení, odstranění) tvoří skupinu léčebných preparátů, která mají jako hlavní, nebo vedlejší účinek omezení nebo zastavení svalové děložní činnosti. Akutní tokolýza je indikovaná v období od 24 + 0 do 33 + 6 týdnů gestačního věku. Po dosažení gestačního týdne 33 + 6 již není doporučována. Nicméně i po této době je možno pokračovat v perorální aplikaci, pokud je děloha již zklidněna, není přítomna infekce a pacientka si přeje prodloužit těhotenství co nejdéle. Dnes nejčastěji

používáme při akutní tokolýze betasympatomimetika, magnézium sulfát a antagonisty oxytocinu (Atosiban - Tractocile). Tokolytika se aplikují v kontinuální i. v. infúzi, nebo intermitentně po 4-6 hodinách. Pro snížení dávky betasympatomimetika se doporučuje kombinovat menší dávku s magnéziem. Nejúčinnější léčbou jsou antagonisté oxytocinu (Atosiban). Největší předností léčby jsou minimální účinky pro matku a plod, je možné je použít u žen s kardiopatií, diabetem, poruchami srdečního rytmu, poruchou štítné žlázy apod. (Hájek, 2003)

Podávání antibiotik

Antibiotika mají v léčebném spektru zásadní význam. Jsou indikována při průkazu infekce nebo profylakticky při odtoku plodové vody. Profylaktické podání antibiotik nemá přesáhnout 7 dní. U kolonizovaných žen se známkami zánětu léčba ATB prodlužuje těhotenství, snižuje výskyt RDS (respiratory distress syndrom) a výskyt nekrotizující enterokolitidy novorozence. Nejčastěji se prokazuje kolonizace genitálního traktu ženy chlamydiemi, ureaplazmaty a streptokoky skupiny B (GBS). Obecně jsou doporučována antibiotika z penicilinové a cefalosporinové řady. Při profylaxi GBS je dnes doporučován Penicilin G v úvodní dávce 5 mU i. v. a dále 2,5 mU. Jako alternativa je doporučován Ampicilin 2 g i. v. po šesti hodinách. Pro pacientky alergické na peniciliny je vhodný Clindamycin 900 mg i. v. po osmi hodinách nebo Erytromycin 500 mg i. v. po šesti hodinách. (Hájek, 2003)

Podávání kortikosteroidů

Léčba kortikosteroidy pro indukci plicní zralosti plodu je doporučena od 24 + 0 do 33 + 6 týdne gravidity. Dnes je rutinně podávána pouze jedna léčebná kúra. Používá se buď betamethazon 12 mg i. m., dvě dávky během 24 hodin, nebo dexamethazon 6 mg po dvanácti hodinách, celkem čtyři dávky. Některé studie prokazují lepší efekt betamethazonu s menším výskytem intraventrikulární hemorrhagie a leukomalacie u novorozenců. (Hájek, 2003)

Glukokortikoidy podporují zralost orgánových systémů, zejména respiračního. Indukují produkci surfaktantu a snižují riziko respiratory distress syndromu. Podmínkou zahájení léčby je absence laboratorních a klinických známek chorioamnionitidy. Kortikoidy významně snižují i výskyt nitrokomorového krvácení u novorozence. Mezi krátkodobé nežádoucí účinky patří zvýšené riziko infekce a suprese nadledvin plodu. (Čech, 1999)

Klid na lůžku

Klid na lůžku je vždy první, co porodník ordinuje. Redukce fyzické aktivity je obecně v těhotenství prospěšná, ale zatím nebylo prokázáno, zda striktní klid na lůžku přispívá ke snížení počtu předčasných porodů. Snad u dvojčetných těhotenství byl prokázán příznivý vliv klidového režimu, ale jinak tento přístup není standardním přístupem v léčbě a prevenci předčasného porodu. (Hájek, 2004) Absolutní klid na lůžku bez možnosti provedení osobní hygieny a vyprazdňování na toaletě ženu traumatizuje psychicky i somaticky a nepůsobí na zástavu děložní činnosti. Trendelenburgova poloha je indikována pouze při průkazu inkompetence hrdla. Na děložní kontrakce vliv nemá. (Roztočil, 2001)

Provedení cerclage – uzavření děložního hrdla stehem

Cerclage je v léčebném procesu u předčasného porodu na posledním místě a nemá zásadní terapeutický efekt. Spontánní výskyt cervikální insuficience kolísá od 0,1 do 2 %. Diagnostika se opírá o ultrazvukovou cervikometrii. Nejčastěji je dnes indikována při prolabujícím vaku blan jako „salvage“, neboli zachraňující výkon, který má však pouze 50% terapeutický úspěch. Při tomto výkonu se s výhodou uplatňuje náplň močového měchýře sterilní vodou a Trendelenburgova poloha pacientky během zákroku. Terapeutická cerclage je indikována pouze v případech inkompetence hrdla a to do 25 + 6 týdnů gestace. Kontraindikace provedení cerclage jsou pravidelné děložní kontrakce, předčasný odtok plodové vody, infekce a krvácení. (Hájek, 2003)

1.6 Komplikace

1.6.1 Komplikace u novorozenců

Následkem předčasného porodu se rodí nedonošení novorozenci, kteří mají vyšší incidenci psychomotorických a neurologických abnormalit, chronických plicních onemocnění a zrakových defektů. Komplikace u novorozenců vznikají časně po porodu a mezi nejčastější komplikace předčasně narozených novorozenců patří:

- nemoc hyalinních blan (syndrom hyalinních blanek - idiopatický syndrom dechové tísně – příznaky dechové tísně nejasné příčiny - onemocnění plic (pneumopatie) novorozenců, které podmiňuje nedostatečná tvorba surfaktantu)
- intraventrikulární (nitrokomorové) krvácení v CNS,

- otevřená tepenná dučej - nedojde k uzavření fetální cévy z plicnice do aorty, tedy přetrvává normální fetální cirkulace, krev teče z aorty do plicnice (L-P zkrat),
- nekrotizující enterokolitida - poškození střeva, které vzniká u nezralých dětí vlivem infekce a špatného krevního zásobení střeva,
- kožní dekubity - proleženina nebo dekubitový vřed - typ rány způsobených delším neodlehčeným tlakem - nejčastěji ležením - na nějakou část těla, zvláště na části kůže chránící kostní nebo chrupavkovité plochy,
- crush syndrom – mechanické poranění extrémního rozsahu, při kterém jsou postiženy struktury svalů, skeletu, vnitřních orgánů a kožního krytu následkem porodního traumatu

1.6.2 Anesteziologické aspekty

Vysoká incidence operačních porodů v souvislosti s předčasnými porody vyžaduje efektivní anesteziologický přístup. Navíc poskytnutí porodnické analgezie může být součástí intrauterinní resuscitace stresovaného plodu. Výběr vhodné anesteziologické techniky a vhodných farmak může snížit množství novorozeneckých komplikací. Musí však být přísně respektovány možné farmakologické interakce mezi anestetiky a ostatními léky podávanými matce. Anesteziolog musí být připraven na porodnický zákrok od chvíle, kdy je předčasný porod diagnostikován. Porodnická situace často vyžaduje neprodlené uvedení anestézie u těhotných, kterým byly předem aplikovány systémově působící léky.

1.6.3 Tokolytický plicní edém matky

Etiologie: Tokolytický plicní edém je přechodným iatrogenním syndromem levostranné kardiální nedostatečnosti matky. Příčinou je předávkování parenterálními nebo sekvenčními perorálními β_2 -sympatomimetiky, účinkujícími tokolyticky snížením svalového děložního tonu a zmírněním intenzity kontrakcí. Citlivost na podávaná tokolytika z této farmakologické skupiny je u jednotlivých těhotných individuální. Je třeba sledovat průběžné příznaky účinku tokolytik nejen na děložní svalovinu. Klinickou indikací tokolytik je hrozící předčasný porod, intenzivní kontrakce ohrožující placentární perfúzi, stav plodu, popř. stav před intrauterinními manipulacemi. Riziko vzniku syndromu je zvýšeno při současné neuvážené infúzní léčbě a při stenóze mitrální chlopně, při hypertenzi těhotné.

Klinický obraz: nejčastěji za 2-3 dny po zahájení tokolytické terapie narůstá pocit dušnosti a pokašlávání. Následuje neklid, hyperventilace s mělčím dýcháním a s tachypnoí. Těhotná intuitivně vyhledává polohu vsedě se svěšenými dolními končetinami. Stav náhle eskaluje do obrazu charakteristického plicního edému. Krevní tlak je zvýšen, akce srdeční rychlá, jsou slyšitelné distanční vlhké fenomény - rachoty až chropy, podle intenzity projevů syndromu. Vykašlávané sputum je hojné, vodnaté, zpeněné, často růžové, jakoby našlehané. Těhotná je unavená až vyčerpaná, akrálně je zřejmá cyanóza, SpO₂ klesá pod 90 %. Akce srdeční plodu je rychlá.

Léčba:

- podávání β 2-sympatomimetika se přeruší;
 - těhotná se ponechá v úlevové poloze vsedě s opřením zad, se svěšenými dolními končetinami, s opřenými předloktími, turnikety na dolní končetiny se nepřikládají;
 - zpomalí se až zastaví přívod tekutin infúzí;
 - podá se furosemid v dávce 10 mg i. v. Nástup účinné diuretické odpovědi lze očekávat do 10 minut;
 - kyslík se podá cestou samorozpínacího dýchacího vaku s přívodem 8-10 l/min. Na samorozpínacím vaku je nasazen PEEP ventil, na němž nastavíme hodnotu endexpiračního přetlaku na 5-10 cmH₂O (0,5-1,0 kPa). Obličejová maska musí těsně přiléhat k obličejí. Je možné použít i jiné systémy (neinvazivní ventilace, CPAP s těsnící manžetou), vždy však musí být napojení na rezervoár, který umožní zvýšit FiO₂ až na 1,0;
 - k uklidnění lze podat diazepam v dávce 5 mg i. v., popř. midazolam v dávce do 3 mg i. v., které v uvedené dávce nepůsobí na těhotnou ani na plod nepříznivě. Podání opioidů se na rozdíl od netěhotných vyvarujeme;
 - stav se nejčastěji do 10-15 minut významnělepší;
 - následnou taktiku dohodne společně lékař intenzivní péče s porodníkem.
- (<http://www.porodnici.cz/predcasny-porod>)

1.7 Prognóza

Prognóza hrozícího předčasného porodu se odvíjí od vratnosti či nevratnosti procesu. Při stanovování strategie léčby předčasného porodu je nutno mít jasno, zda je proces ve fázi, kdy je možné ho zastavit a těhotenství může pokračovat dál, anebo je proces ve fázi nevratné a další pokračování těhotenství již není možné. V prvním případě je nutné nasadit adekvátní léčbu. Ve druhém případě připravit podmínky pro porod nezralého novorozence.

(Roztočil, 2008)

Možnosti prevence předčasného porodu

Prevence prematurity je jedním ze základních cílů porodnické péče. Řadu příčin nemůže lékař ovlivnit, např. věk, sociální podmínky, mnohočetné těhotenství, apod.

Předpokladem správného postupu je včasné zjištění co nejvíce rizikových faktorů a rizikové pacientce věnovat větší pozornost. Je třeba zavést častější kontroly rizikových pacientek s důrazem na monitorování děložní činnosti, stav porodních cest, zavedení včasné léčby hrozícího předčasného porodu. (Hájek, 2003)

1.8 Ošetrovatelská péče

Ošetrovatelská péče o pacientku s diagnózou hrozící předčasný porod má svá specifika a musí být zaměřena na saturaci základních i psychosociálních potřeb matky. Ke každé klientce je nutné přistupovat individuálně a nabídnout jí dostatek informací a času.

Těhotná žena s hrozícím předčasným porodem je vždy indikovaná k hospitalizaci a vyžaduje tělesný i duševní klid.

Biologické potřeby

1. Pohybový režim

Ženu uložíme na lůžko a podle ordinace lékaře upravíme Trendelenburgovu polohu. Edukujeme klientku o nutnosti dodržovat nařízený klidový režim a o jeho významu pro zdárný průběh těhotenství. Tak se sníží tlak na dolní děložní segment. Připravíme na dosah pacientky pomůcky denní potřeby (tekutiny, sáček na odpadky, ručník, signalizační

zařízení, atd.). Pacientku poučíme o nutnosti protahovat dolní končetiny, ukážeme přitahování a oddalování špičky nohy jako prevenci vzniku hluboké žilní trombózy.

2. Hygienická péče

Hygienickou péči provádí pacientka sama v koupelně, ale pokud má pacientka naordinovaný absolutní klid na lůžku, zajišťuje toto porodní asistentka. Pacientce připravíme na dosah umyvadlo s vodou, mýdlo a ručník na hygienu rukou. Poučíme pacientku o nevhodnosti nošení spodního prádla s pevnou gumou okolo pasu, neboť dráždí dělohu. Sledujeme stav pokožky, suchou kůži promazáváme tělovým mlékem či indulonou.

3. Výživa a hydratace

Zvláštní dieta není nutná, jen poučíme ženu o dostatečném příjmu tekutin a úpravě stravy (dostatečný příjem vlákniny, ovoce a zeleniny) jako prevenci vzniku zácpy s ohledem na omezení pohybového režimu a změny prostředí. Dbáme na kulturu stolování při stravování na lůžku. Při výskytu pyrózy doporučíme menší a častější dávky potravy a setrvání po jídle v polosedě.

4. Vyprazdňování moče a stolice

Sledujeme stav vyprazdňování stolice, doporučíme opatření k omezení obstipace. Dotazujeme se na vyprazdňování moči a obtíže s tím související. Pokud má pacientka absolutní klid na lůžku, vyprazdňuje se na míse a porodní asistentka zajišťuje kompletní hygienu o genitál. Po vyprázdnění moče i stolice provádíme oplach zevních rodidel slabým roztokem hypermanganu.

5. Spánek a odpočinek

Umožníme pacientce dostatečný odpočinek a kvalitní spánek. Dbáme o příjemné prostředí na pokoji – větrání, klid, správná teplota, pohodlí na lůžku.

5. Bolest a účinky léčby

Pravidelně kontrolujeme ozvy plodu a děložní činnost, výskyt bolestí či tlaků v podbříšku a v kříži. Podáváme léky dle ordinace lékaře, sledujeme výskyt nežádoucích účinků a ihned o jejich výskytu informujeme lékaře (sledujeme tepovou frekvenci, krevní tlak, dýchání, třes končetin, alergické projevy). Sledujeme výskyt krvácení či známky odtoku plodové vody.

Psychosociální potřeby

Velmi důležitá je péče o duševní stav pacientky, zmírnění obav a úzkosti, které vždy provázejí hrozící předčasný porod, zvláště u gravidit vzniklých po léčbě sterility, po IVF (oplození ve zkumavce), či opakovaných potratech. Většinou pacientka dostává léky na zklidnění. Je samozřejmě ohleduplné a taktní jednání zdravotnického personálu. Jelikož pacientka většinu času stráví jen na pokoji, má silně omezen kontakt s lidmi, a proto je nutné najít pro pacientku vhodné zabavení a rozptýlení (dostatečná komunikace, četba, sledování televizního vysílání, internet).

1. Potřeba zdraví

Tato potřeba je velmi narušena hospitalizací a ohrožením zdraví plodu. Pro pacientky je zdraví v těchto případech většinou symbolizováno úspěšným donošením těhotenství. Důležité je dodávat pacientce optimismus.

2. Potřeba bezpečí a pomoci

Při nástupu do nemocnice je tento pocit bezpečí ohrožen. Pacientka je odkázaná na péči neznámých lidí. Je proto nutné vlídným jednáním navázat přátelský kontakt. Nástupem do nemocnice je narušena úloha ženy v rodině, mnohdy musí akutně řešit zajištění péče o ostatní členy rodiny. Poskytneme informace o možnostech dávek sociální podpory (ošetřovné).

3. Potřeba jistoty sociální a ekonomické

Při nástupu k hospitalizaci klientku mnohdy tíží pocit nejistoty ohledně délky pobytu na oddělení. Snažíme se nastítnit jednotlivé postupy léčby podle vývoje zdravotního stavu. V maximální možné míře umožňujeme pacientce kontakt s rodinou, návštěvy neomezujeme.

4. Potřeba informací

Pacientku seznámíme s režimem na oddělení, možnosti návštěv rodinných příslušníků, o možnosti používat mobilní telefon. Seznámíme klientku s řádem oddělení a právy pacientů. Informujeme o možnosti zařídit si kartu na sledování televizního vysílání. Dále podáváme dostatek informací o léčbě, nežádoucích účincích a významu a průběhu plánovaných vyšetření. Lékař informuje pacientku o prognóze.

5. Potřeba důvěry

Milým a vstřícným vystupováním se snažíme získat důvěru pacientky.

6. Potřeba intimity

Myslíme na potřebu tělesné intimity a respektujeme pocit studu. Na oddělení je pacientka vyšetřována gynekologicky na vyšetřovně, kde je soukromí respektováno. Hygienu smí většinou provádět v koupelně, kde je sama. Při nařízeném absolutním klidu užíváme pojízdné zástěny k lůžku při vyšetřování, toaletě a provádění hygieny.

2 Identifikační údaje nemocného

Jméno a příjmení: K. U.

Oslovení: paní U.

Rodné číslo: 686024/....

Věk: 39 let

Stav: vdaná

Adresa: Pardubice

Pojišťovna: 211 – zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra ČR

Povolání: prodavačka dárkového zboží

Vzdělání: střední bez maturity, vyučena

Národnost: česká

Vyznání: bez vyznání

Osoba, kterou lze kontaktovat: manžel

Datum přijetí: 3. 9. 2008

Pacientku jsem ošetřovala: 1. až 5. den hospitalizace, 3. 9. 2008 – 7. 9. 2008

(1a, 2)

3 Lékařská anamnéza a diagnózy

3.1 Lékařská anamnéza

3.1.1 Nynější onemocnění

Pacientka K. U., grav. heb. 26 + 4, II/I, hospitalizována pro suspektní odtok vody plodové a dráždivou dělohu, zatížená porodnická anamnéza. Partus praematurus imminens (hrozící předčasný porod).

3.1.2 Osobní anamnéza

V dětství prodělala běžná dětská onemocnění – neštovice, zarděnky.

1991 – morbus Hodgkin – léčena chemoterapií, autotransplantací kostní dřeně, poslední kontrola v únoru 2008 – normální nález, není kontraindikace ke graviditě.

Operace: 1986 – appendektomie, 1991 – exstirpace lymfatické uzliny v pravé axile, dále resekce plic pro metastázu – spojeno s podáním transfúze, (doplněno: 2000 – laparoskopie pro sterilitu, salpingektomie bilaterálně)

(doplněno: úrazy neudává)

3.1.3 Gynekologická anamnéza

Menarché ve 14 letech, cyklus 28/5 dní, pravidelný, nebolestivý.

(doplněno: po roce od skončení chemoterapie amenorrhoea, indukce ovulace neúspěšná, nasazena hormonální substituce)

PM 1. 3. 2008, TP dle gravidimetru 6. 12. 2008, gravidita po kryoembryotransferu s darovanými oocyty (přenos zmražených embryí vzniklých spojením spermie manžela a vajíčka dárkyně)

Antikoncepce: 0

Porody: 0

Potraty: 2006 – missed abortus gr. h. 22, gravidita po kryoembryotransferu, bez komplikací)

3.1.4 Alergická anamnéza

Udává alergické dýchací projevy alergie po požití Algifenu (IS: analgetikum, spasmolytikum) a Valetolu (IS: analgetikum, antipyretikum). Dále kožní projevy alergie při požití jahod.

3.1.5 Farmakologická anamnéza

Léky trvale neužívá. V graviditě užívá Femibion 800 Metafolin tbl 1-0-0 (doplňěk stravy s obsahem kyseliny listové, metafolinu, vitamínů a jódu), Acidum folicum tbl. 1-0-0 (IS: antianemikum), 6. den zavádí na noc do pochvy 1 tbl V-PNC tbl 750 mg (IS: antibiotikum proti mikrobiálním a virovým infekcím) pro GBS pozitivitu.

3.1.6 Rodinná anamnéza

Závažné onemocnění neudává.

(doplněno: matka – astma bronchiale, ICHS – 0, DM – 0, IM - 0, malignita – 0, otec – údaje nejsou k dispozici, s rodinou nežil)

3.1.7 Pracovní anamnéza

Pacientka pracuje jako prodavačka.

3.1.8 Sociální anamnéza

Pacientka žije s manželem v panelovém domě v bytě 3 + 1.

3.1.9 Status praesens

(doplněno: Pacientka je při vědomí, orientovaná místem, časem i osobou. Výška 172 cm, hmotnost 82 kg, TK 110/70 mmHg, TF 82/min, TTax 36,2 °C, moč na bílkovinu – 0, moč na glukózu – 0.

Hlava:

Lebka je normocefalická, pokleповě nebolestivá, držení hlavy přirozené. Kůže je bledší, vlasy husté, normální.

Oční víčka bez patologie, bulby ve středním postavení, zornice izokorické, spojivky bledší, skléry bílé. Pacientka je krátkozraká, síla brýlí 1 dioptrie.

Uši a nos bez sekrece, slyší dobře.

Rty růžové, bez cyanózy, souměrné. Dásně a sliznice dutiny ústní vlhké a růžové. Jazyk vlhký, růžový, bez patologického povlaku, plazí středem. Patrové oblouky hladké, tonzily malé, klidné. Chrup vlastní, sanován.

Krk:

Krční páteř dobře pohyblivá, pulsace karotid symetrická, náplň krčních žil nezvětšena, štítná žláza nehmatná, uzliny nehmatné.

Hrudník:

Hrudník je souměrný, prsy nebolestivé, bez zarudnutí s výraznou pigmentací dvorců. Na pravé části hrudníku klidná jizva zhojená per primam intentionem po resekci plic. V pravé axile klidná jizva po exstirpaci uzliny.

Plíce:

Poklep jasný, plný, dýchání čisté, sklípkové, bez vedlejších fenoménů.

Srdce:

Akce srdeční pravidelná, 82/min, ozvy ohraničené, šelesty 0.

Břicho:

Měkké, nebolestivé, vyklenuté těhotnou dělohou, fundus dosahuje 1/3 vzdálenosti pupek – processus xiphoideus. SF – 24 cm. OPP 140/min. V pravém hypochondriu je klidná jizva po APPE. Játra nepřesahují pravý oblouk žeberní. Tapottement bilaterálně negativní.)

Genitál:

Vulva klidná, in spec. (v zrcadlech): pochva klidná, kolpo TZ (kolposkopický nález – transformační zóna), palpačně tuhý čípek zachován délky 2,5 cm, hrdlo v oblasti zevní branky pro prst, dále uzavřeno, v pochvě není patrné depo vody plodové, pouze drtky PNC tablety, nekrvácí. Děloha dráždivá, pohyby plodu cítí. OPP +.

Rozměry pánve: distantia bispinalis – 28 cm, distantia bicristalis – 30 cm, distantia bitrochanterica 37 cm, conjugata externa – 23 cm.

(doplněno: Dolní končetiny:

Klouby ušlechtilého tvaru, pohyblivost dobrá, reflexy výbavné, cítí přiměřené, periferní pulsace hmatná oboustranně, varixy nejsou, končetiny bez otoků.

Kůže:

Ikterus 0, turgor normální, bledší.)

(1, 1a, 1b, 2)

3.2 Lékařská diagnóza

O 42.1 – Předčasné porušení plodových blan se začátkem porodu po 24 hodinách

O 47.0 – Falešná porodní činnost před 37 dokončenými týdny těhotenství

O 99.0 – Anémie komplikující těhotenství, porod a šestinedělí

O 24.4 – Diabetes mellitus vzniklý v těhotenství

C 81.7 – Jiná Hodgkinova nemoc – st. p. morbus Hodgkin

(2)

4 Přehled provedených vyšetření

4.1 Ultrazvuková vyšetření

3. 9. 2008

Grav. hebd. 26 + 4

V dutině děložní 1 živý plod, poloha podélná hlavičkou, akce srdeční pravidelná, FW 977 g, biometrie odpovídá TPM (termínu poslední menstruace), vody plodové dostatek, placenta na zadní stěně v normě, morfologie přiměřená.

Cervikometrie: 22 mm s jasným funnelingem, viz foto.



7. 9. 2008

Cervikometrie: 24 mm, funneling ztlačně zmenšen, viz foto.



4.2 Laboratorní vyšetření

Hematologické vyšetření

	3. 9. 2008 07.18 hodin	4. 9. 2008 07.29 hodin	Jednotky	Referenční meze
Leukocyty	7,2	8,4	giga/l	4,2 – 10,2
Erytrocyty	3,71 ↓	3,41 ↓	tera/l	3,9 – 5,4
Hemoglobin	115 ↓	107 ↓	g/l	120 – 160
Hematokrit	0,34 ↓	0,32 ↓	1	0,37 – 0,46
Trombocyty	275	240	giga/l	135 - 420

Mikrobiologické vyšetření

3. 9. 2008

Materiál: VAGINA/CERVIX + MOP

Mikroskopicky:

Epitele +, Koky +, ostatní 0

Primokultivace: Staphylococcus epidermidis ojediněle

Koliformní tyčinky zcela ojediněle

Mykologická kultivace negativní

Kultivace Neisseria gonorrhoeae negativní

Kultivace Gardnerella vaginalis negativní

Kultivace Trichomonas vaginalis negativní

3. 9. 2008

Materiál: MOČ

Primokultivace: negativní

Biochemické vyšetření

	3. 9. 2008 07.33 hodin	4. 9. 2008 07.27 hodin	5. 9. 2008 08.30 hodin	6. 9. 2008	Jednotky	Referenční meze
Glukóza	4,2		4,2		mmol/l	3,5 – 5,6
Glukóza za 1 hod			9,0 ↑		mmol/l	3,5 – 5,6
Glukóza za 2 hod			4,6		mmol/l	3,5 – 5,6
Bilirubin	9				μmol/l	0 – 17
ALT	0,34				μkat/l	0,10 – 0,78
AST	0,39				μkat/l	0,05 – 0,72
ALP	1,25				μkat/l	0,83 – 2,27
CRP	6,2	6,8			mg/l	0,0 – 10,0
VsV IGFBP-1	negativ				-	-
GHBC				4,1 ↑	%	2,8 – 4,0
Glukóza v 7:00				3,2 ↓	mmol/l	3,5 – 5,6
Glukóza v 9:00				4,0	mmol/l	3,5 – 5,6
Glukóza ve 13:00				4,7	mmol/l	3,5 – 5,6
Glukóza v 17:00				5,5	mmol/l	3,5 – 5,6
fT4				12,3	pmol/l	11 – 26
TSH				2,5	mIU	0,17 - 4,05

4.3 Diabetologické konzilium

7. 9. 2008

Čerstvě zjištěný gestační diabetes mellitus, patologický OGTT ve 27. týdnu gravidity. Glykovaný hemoglobin hraniční, glykemický profil ale vyrovnaný, diabetická dieta 275 g sacharidů + II. večeře, glykemický profil 7 – 9 – 13 – 19 + moč na ketolátky a cukr 2x týdně po dobu hospitalizace.

(2)

4.4 Fyziologické funkce

3. 9. 2008 03.00 hodin

TK 110/70 mmHg, P 82/min, TTax 36,2 °C

3. 9. 2008 11.30 hodin

TK 110/65 mmHg, P 124/min, D 16/min

3. 9. 2008 12.30 hodin

TK 115/60 mmHg, P 112/min

3. 9. 2008 17.30 hodin

TK 115/70 mmHg, P 110/min

4. 9. 2008 06.00 hodin

TK 110/65 mmHg, P 96/min, D 14/min, TTax 36,4 °C

5. 9. 2008 06.00 hodin

TK 100/60 mmHg, P 80/min, D 14/min, TTax 36,4 °C

6. 9. 2008 06.00 hodin

TK 110/70 mmHg, P 78/min, D 12/min, TTax 36,3 °C

7. 9. 2008 06.00 hodin

TK 130/80 mmHg, P 82/min, D 14/min, TTax 36,5 °C

(1)

5 Přehled terapie

5.1 Farmakoterapie

5.1.1 Parenterální - intravenózní aplikace

Obchodní název (generický název)	Forma	Dávkování	Indikační skupina	Vedlejší účinky	Datum podání
GYNIPRAL 25 mikrogramů inf. cnc. sol. koncentrát pro přípravu infuze (Hexoprenalini sulfas)	ampule	Infúze G 5% 500 ml + 3 amp Gynipralu (á 25 µg) rychlostí 60 ml/hod.	gynekologikum, tokolytikum, beta2- sympatikomimetikum	Během aplikace nutno sledovat tepovou frekvenci a krevní tlak matky a srdeční frekvenci plodu. U těhotných s diabetem je nutno kontrolovat glykemii.	3. 9. 2008 (11.00 – 18.40)
GYNIPRAL 25 mikrogramů inf. cnc. sol. koncentrát pro přípravu infuze (Hexoprenalini sulfas)	ampule	Infúze F1/1 500 ml + 3 amp Gynipralu (á 25 µg) rychlostí 40 ml/hod.	gynekologikum, tokolytikum, beta2- sympatikomimetikum	Během aplikace nutno sledovat tepovou frekvenci a krevní tlak matky a srdeční frekvenci plodu. U těhotných s diabetem je nutno kontrolovat glykemii.	3. 9. 2008 – 4. 9. 2008 (18.40 – 07.10)
GLUKÓZA 5 BRAUN inf. sol. (Glucosum monohydricum 55 mg - odp. Glucosum 50 mg – 5%)	PE láhve 500 ml	Infúze G 5% 500 ml + 3 amp Gynipralu (á 25 µg) rychlostí 60 ml/hod.	infundabilia, infuzní terapie, glukóza	Hyperglykemie.	3. 9. 2008 (11.00 – 18.40)
FYZIOLOGICKÝ ROZTOK VIAFLO inf. sol. (Natrii chloridum 9 g - 0,9%)	vak typu Viaflo 500 ml	Infúze F1/1 500 ml + 3 amp Gynipralu (á 25 µg) rychlostí 40 ml/hod.	infundabilia, elektrolyty	Přímé nežádoucí účinky nejsou uváděny.	3. 9. 2008 – 4. 9. 2008 (18.40 – 07.10)

5.1.2 Perorální aplikace

Obchodní název (generický název)	Forma	Dávkování	Indikační skupina	Vedlejší účinky	Datum podání
GYNIPRAL 0.5 mg (Hexoprenalini sulfas)	tableta	6 x 1 tbl	gynekologikum, tokolytikum, beta2- sympatikomimetikum	Bolesti hlavy, neklid, třes, pocení, závratě, arytmie, tachykardie, periferní vazodilatace, hypotonie dělohy.	4. – 7. 9. 2008 1 tbl v 6-10-14-18-22 hod.
Tablety Magnesii lactici 0,5 MEDICAMENTA tbl. (Magnesii lactas dihydricus)	tableta	4 x 2 tbl	solí a ionty, magnezium	Ojedinele GIT potíže (bolesti břicha, průjem).	3. – 7. 9. 2008, 2 tbl v 6-12-18-24 hod.
Isoptin tbl 80 mg (Verapamili hydrochloridum)	tableta	3 x 1 tbl	vazodilatans, antiarytmikum, blokátor kalciového kanálu	Pocity horka, návaly, hypotenze, bolest hlavy, závratě, únava, parestezie, třes, bradykardie, perimaleolární otoky.	3. 9. 2008, 4. 9. 2008 jen ráno a v poledne
Aktiferin (Ferrosi sulfas hydricus, Serinum racemicum)	kapsle	1 x 1 cps	antianemikum	Ojedinele pocit plnosti a tlaku v nadbřišku, zácpa nebo průjem. Tmavé až černé zbarvení stolice.	3. – 7. 9. 2008

5.1.3 Místní - vaginální aplikace

Obchodní název (generický název)	Forma	Dávkování	Indikační skupina	Vedlejší účinky	Datum podání
Globulus cum natrio tetraborico 0,6 CSC glo. vag. (Natrii tetraboras decahydricus)	vaginální globule	1 globule na noc do pochvy	gynekologikum	Vzácně reakce z přecitlivělosti, především na parabeny. Projevuje se lokálně pocitem mírné palčivosti.	5. – 7. 9. 2008

5.1.4 Místní aplikace na kůži – na zevní rodidla

Obchodní název (generický název)	Forma	Dávkování	Indikační skupina	Vedlejší účinky	Datum podání
Canesten krém crm. (Clotrimazolum)	krém	3krát denně na postižená místa v tenké vrstvě	dermatologikum, imidazolové antimykotikum	Zřídka místní reakce: pálení, bodavá bolest nebo zarudnutí kůže a sliznice.	5. – 7. 9. 2008

5.2 Dietoterapie

3. 9. 2008 – 5. 9. 2008 dopoledne dieta 3S - racionální

5. 9. 2008 v poledne nasazena dieta 9 + II. večere (275 g sacharidů) - diabetická

5.3 Pohybový režim

Pacientka má ordinovaný klidový režim, smí dojít na WC a do koupelny k provedení hygieny, strava podávána k lůžku. Lůžko upraveno do Trendelenburgovy polohy se sklonem 30°.

(2)

6 Stručný průběh hospitalizace

Pacientka K. U. byla přijata ve 27. týdnu těhotenství pro suspektní odtok vody plodové. Temesvaryho test byl opakovaně pozitivní. PROM test negativní. Pokusem rozdrcení tablety penicilinu na vložku a následným politím roztokem Temesvaryho, který byl pozitivní, se ověřila falešná pozitivita. V-Penicilin byl vysazen, kontrolní kultivace z pochvy byla GBS negativní. Byl tedy vyloučen odtok vody plodové, též na ultrazvuku bylo normální množství vody plodové. Při vyšetření byla ale zjištěna dráždivá děloha a cervikometrie byla pouze 22 mm s velmi závažným funnelingem (dilatace vnitřní branky). Byla nasazena intravenózní tokolýza Gynipralem, poté byla pacientka převedena na perorální tokolýzu. Byl upraven pohybový režim a poloha pacientky na lůžku. Děloha byla při léčbě normotonická a funneling se podle kontrolní cervikometrie zmenšil. Při provedení OGTT byl zjištěn gestační diabetes mellitus, nasazena diabetická dieta. Kontrolní glykémie byly v normě. Počáteční psychické problémy snášení hospitalizace postupně vymizely a pacientka dále snášela pobyt na oddělení naprosto bez problémů. Naopak byla vždy usměvavá a plná optimismu.

C OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

1 Ošetřovatelská anamnéza a hodnocení současného stavu

1.1 Subjektivní náhled nemocné na nemoc a hospitalizaci

Paní U. přišla s obavami o další osud gravidity. Doufá, že se nepotvrdí odtok vody plodové a postupně nabyla přesvědčení, že bude vše v pořádku. Myslela si, že bude hospitalizována maximálně jeden den a po vyloučení odtoku plodové vody půjde domů. Představa dlouhodobé hospitalizace byla pro ni depresivní, v životě v nemocnici strávila dlouhé měsíce a říká, že toto prostředí špatně snáší.

1.2 Hodnocení sestrou

Pacientka byla přijata ve tři hodiny ráno, ošetřování jsem zahájila v šest hodin ráno a čekala jsem pacientku ve vážném psychickém rozpoložení s velkými obavami. Odtok vody v tomto týdnu gravidity by byl závažný stav. Paní U. byla velmi statečná, při vyšetření spolupracovala. Obavy měla značné, plakala, ale jak později sdělila, byla přesvědčena, že bude vše v pořádku.

1.3 Základní biologické potřeby

1.3.1 Potřeba dýchání

Paní U. neměla před hospitalizací problémy s dýcháním. Po operaci plic pro metastázu intenzivně rehabilitovala pomocí dechových cvičení. Nejprve neměla sílu např. nafouknout balónek, ale byla mladá (21 let) a s velkou chutí se uzdravit, proto intenzivně cvičila. Od té doby se jí dýchá dobře. V těhotenství zatím netrpí obtížemi, děloha ještě není tak velká, aby utlačovala bránici. Od 18 let kouřila 4 - 5 cigaret za den. Přestala při zjištění morbus Hodgkin. Po vyléčení 7 let nekouřila vůbec, pak zase začala ve stejném množství. Nyní tři roky nekouří vůbec. Paní U. nemá pocit nedostatku vzduchu, dýchá klidně, pravidelně, frekvencí 14 dechů za minutu. Dýchání je čisté, sklípkové, bez vedlejších fenoménů.

1.3.2 Potřeba hydratace

Paní U. měla s dodržováním dostatečného pitného režimu vždy problémy. Za den vypila často pouze dvě kávy. V těhotenství se na příjem tekutin více zaměřila, pije neperlivou vodu a rozpustnou kávu. Nemá ráda sladké tekutiny a v těhotenství jí velmi vadí vůně Coca-coly. Denní příjem tekutin nyní činí jen okolo jednoho litru. Víc nemůže, říká, že má pocit, že se utopí. Tekutin má k dispozici dostatek, manžel přinesl neperlivé minerálky, pocit žízně nemá. V nemocnici pije černý čaj s citronelou a mléko. Alkohol nikdy nepila. I přes nízký denní příjem tekutin má paní U. sliznice vlhké, jazyk není oschlý, rty také ne. Kožní turgor je normální.

1.3.3 Potřeba výživy

S výživou paní U. neměla dříve žádné problémy. Nejraději má pestrou stravu, její oblíbené jídlo, na které se těší domů, je osmažený pangas s bramborovou kaší. Nenašla v paměti nějaké jídlo, které by nejedla, protože ho nemá ráda. Nikdy žádnou dietu nedržela. V 5. třídě vážila tolik kilo, kolik měla potom v osmnácti letech. Přes období dospívání zhubla bez většího přičinění. Svoji hmotnost paní U. hodnotí jako přiměřenou. Před graviditou vážila 75 kg, měřila 172 cm, nyní je váha 82 kg, váhový přírůstek v graviditě je přiměřený. Paní U. není vybíravá a sní, co v nemocnici dostane. Rodina bude ovoce a zeleninu donášet. Ohledně času jídla nemá zvláštní požadavky.

V graviditě paní U. užívá přípravek Femibion 800 Metafolin tablety, které obsahují kyselinu listovou, důležitou pro správný vývoj plodu. Zaměřila se i na vyšší příjem ovoce a zeleniny. Chrup má pacientka vlastní, sanovaný. Vlasy jsou kvalitní, obarvené. Nehty pevné, upravené.

1.3.4 Potřeba vyprazdňování moče a stolice

Před příchodem do nemocnice paní U. neměla s močením žádné potíže. Na začátku těhotenství se musela vyprazdňovat častěji, nyní je frekvence 6x až 8x denně stejná jako před graviditou. Moč je čirá, koncentrovanější z důvodu nízkého příjmu tekutin. V noci pacientka močí po dobu gravidity jednou až dvakrát. Snáší to dobře. Množství moče za 24 hodin nebylo měřeno.

Na stolicí chodí paní U. jedenkrát denně, obvykle ráno. Naposledy byla 2. 9. 2008. Stolica je formovaná, hnědé barvy, bez příměsí. Větry odcházejí. První den hospitalizace byl nasazen preparát železa pro lehkou anémii. Upozornila jsem ji na možné zbarvení stolice do hnědočerna, aby neměla obavy. Kombinací užívání železa a klidového režimu může být vyprazdňování stolice změněno. Zácpa působí dráždění dělohy a následné kontrakce, proto

bude naším cílem dosáhnout pomocí úpravy stravy pravidelného vyprazdňování stolice přiměřené konzistence. Projímadla paní U. nikdy užívat nemusela.

Na obtíže s vylučováním potu si pacientka nestěžuje. Nadměrně se nepotí, aplikuje do podpaží tuhý deodorant. Pot je bez zápachu.

1.3.5 Potřeba tělesné a duševní aktivity

Paní U. pracovala před těhotenstvím jako prodavačka. Během léčby neplodnosti měla vystavenou pracovní neschopnost od 17. března tohoto roku. Vycházky měla neomezené, využívala je k pobytu venku, v přírodě. Paní U. bydlí v panelovém bytě na velkém sídlišti, ale s manželem stavějí rodinný domek na vesnici. Na pobyt mimo město se velmi těší. Během stimulace, v období po transferu embrya a dále v graviditě má pohybový režim omezený jen na pomalé procházky, lehkou práci. Pro úspěch léčby a dosažení těhotenství je ochotna se přizpůsobit, jinak je velmi aktivní a činorodá. Sportu se ale nevěnuje. V létě jezdí na kole. Ve volném čase ráda čte, hlavně romány, detektivky, vyšívá, věnuje se aranžování například suchých květů. Baví ji malovat na sklo a zdobit pomocí ubrouskové metody.

V nemocnici má naordinovaný klidový režim, smí si dojít jen na WC a do koupelny, strava je podávána k lůžku. Pacientka to ochotně respektuje a dodržuje. Paní jsem poučila o nutnosti protahovat dolní končetiny, ukázala přitahování a oddalování špičky nohy jako prevenci vzniku hluboké žilní trombózy. Pocit nudy nemá, její myšlenky jsou zaměřeny na další průběh těhotenství.

1.3.6 Potřeba spánku a odpočinku

Pacientka normálně doma spí 7 hodin. Potíže se spánkem nemá. Usíná spíše později, kolem 22. hodiny a ráda si ráno pospí. Léky na spaní nikdy neužívala. Před spaním se vždy vysprchuje a čte si své oblíbené knihy, potom velmi dobře usíná. Na začátku těhotenství spala velmi často přes den, udává vliv Utrogestanu. Nyní spí někdy po obědě, přibližně hodinu. Má trochu obavy o spánek v nemocnici, kde je jiný časový režim. Nyní má pocit únavy, byla přijata v noci, moc se nevyspala, cítí obavy, nemůže spát.

1.3.7 Potřeba tepla a pohodlí

Paní U. má raději chladno, ale nemá ráda průvan. Doma často větrá, doufá, že se se spolubydlící na dvoulůžkovém pokoji v tomto shodnou. Teplou jí bylo nepříjemné v období, kdy po chemoterapii přestala menstruuovat a měla klimakterické návaly. V graviditě snáší teplo hůře, je ráda, že léto již končí a bude chladnější počasí.

Paní U. je zvyklá na své lůžko s tvrdou matrací. V nemocnici je lůžko měkčí, ale je polohovatelné, s ovládáním na elektromotor s nastavitelnou výškou. Pacientce vyhovuje. Naordinovaná je poloha Trendeleburgova, se snížením hlavy o 30 stupňů. Paní U. to nevadí, vysvětlila jsem jí, proč je sklon potřeba a jaký má tato poloha vliv na dělohu.

1.3.8 Potřeba být bez bolesti

Po přijetí paní U. udává občasné, tak 1x až 2x za hodinu, tlaky v podbřišku charakteru menstruačních bolestí. Pociťuje zároveň tvrdnutí dělohy. Doposud v graviditě žádné nepříjemné potíže neměla. Tlaky přetrvávají ve všech polohách, vsedě, vleže i při chůzi. Pacientka očekává, že v nemocnici pomocí léčby bolesti ustanou a děloha bude zase v klidu.

1.3.9 Potřeba hygieny

Paní U. je v oblasti hygieny soběstačná, nepotřebuje pomoc při mytí. Na pokoji je WC i koupelna se sprchovým koutem, pacientka smí hygienu vykonávat tam. Doma byla zvyklá se sprchovat ráno a večer. V nemocnici se z důvodu omezení pohybového režimu bude koupat pouze večer. Paní U. je upravená, pokožku má sušší, ošetřenou tělovým mlékem. Na obličej používá denní a noční hydratační krém, na kůži těla tělové mléko. Na rty používá jelení lůj s placentou. Břicho si v těhotenství maže krémem proti striím, které dosud nemá. Nehty jsou upravené, pevné, okolí bez záděr.

1.3.10 Potřeba sexuální

V sexuální oblasti paní U. nemá problémy. S manželem si rozumí po této stránce velmi dobře. Na začátku těhotenství, prvních dvanáct týdnů, nesměli mít pohlavní styk, zvládli to bez problémů.

Touhu po mateřství pacientka cítila vždy. Po chemoterapii ji lékaři doporučili 2 roky až 5 let neotěhotnět. Při nástupu amenorrhoe a následném diagnostikování předčasného ovariálního selhání, a tudíž sterility cítila obrovskou bolest v srdci. Velmi rychle se s tím ale vyrovnala a upnula se k naději mít děťátko díky darovanému oocytu. V roce 2001 podstoupila 1. cyklus in vitro fertilizace s darovaným oocytem. S tím, že dítě by nebylo geneticky její se s manželem vyrovnali bez problémů, rodině toto nesdělili. Do dnešního dne prodělala čtyřikrát stimulaci sliznice děložní a in vitro fertilizaci (umělé oplodnění ve zkumavce). Mezitím změnila Centrum asistované reprodukce, kde se krátce na to zdařil kryoembryotransfer (přenos zmraženého embrya). Gravidita ale skončila jako missed abortion ve 22. týdnu. Po tomto neúspěchu to chtěla paní U. vzdát, cykly si již bohužel musí platit

sama, také její věk v tom hrál roli. Pak ale získala novou sílu, její přítelkyně úspěšně po opakovaném umělém oplodnění porodila a rozhodli se s manželem zkusit ještě jeden cyklus. Dopadlo to dobře a paní U. je těhotná. Její touha po dítěti je mimořádná a její síla a odhodlání ji vede k cíli.

1.4 Psychosociální a spirituální potřeby

1.4.1 Potřeba zdraví

Potřeba zdraví je pro paní U. velmi silná, neboť při diagnostice a následné léčbě Hodgkinovy nemoci poznala v mladém věku pocit ohrožení, riziko smrti. Říká ale, že si ho tehdy moc neuvědomovala, nepřipouštěla si, že by se mohlo něco stát, že by to nemuselo dopadnout dobře. Byla prostě přesvědčena, že se uzdraví. Až nyní zpětně si uvědomuje, jak nebezpečné to bylo a jak málo stačilo k tomu, aby její život skončil. Bolesti se nebojí.

Nyní je pro ni zdraví symbolizováno úspěšným donošením těhotenství.

Po potratu zažila duševní propad a byla psychicky na dně, jak říká. Nyní pocítila znovu ohrožení splnění jejího přání, ale vítězí optimismus a důvěra v dobrý konec. Je přesvědčena, že vše dopadne dobře.

Pro udržení zdraví přestala kouřit, nepije alkohol, snaží se o pestrnou stravu a snaží se v klidu a bez stresu vyrovnávat s životními překážkami.

1.4.2 Potřeba bezpečí a pomoci

Paní U. byla vychovávána několik let pouze svou maminkou, neboť rodiče se v jejích dvou letech rozvedli. Otce nevidala a nevidá dodnes. Neměl a nemá o ni zájem. Maminka se o šest let později znova vdala a vyvdala dva manželovy syny (bylo jim tehdy 8 a 10 let). Rodina se semkla a poskytovala paní U. pocit bezpečí. Jak říká, byla spíše kluk a skvěle zapadla mezi své nevlastní bratry.

Nyní jí je velkou oporou její manžel, žijí spolu deset let, čtyři roky jsou manželé. Paní U. ví, že se o svého muže může opřít, dokázal jí to zvláště po potratu, kdy jí vyjadřoval velkou podporu. Pociťuje bezpečí jí poskytuje svou trpělivostí a odhodlaností bojovat proti nepříznivému osudu. Při nástupu do nemocnice je tento pocit bezpečí ohrožen. Paní U. sděluje, že za společných deset let byli manželé od sebe odloučení nejdéle dva dny. Jsou na sebe fixovaní a delší odloučení by pro ně bylo neznámou a jistě zátěžovou situací.

Paní U. ví, že se s pomocí v domácnosti v době své hospitalizace a po narození děťátka může spolehnout na svou maminku, která je v důchodu, do zaměstnání nechodí a je ochotná pomáhat.

1.4.3 Potřeba jistoty sociální a ekonomické

Pro paní U. je pocit jistoty velmi důležitý. Vyprávěla mi o tom, jak moc. Jelikož celý život měla pořád něco nejisté (rodinu, zdraví, možnost mateřství) a nejistotu snášela špatně, vypracovala si postupem času silné přesvědčení, že všechno dobře dopadne. Proto obrovskou ránou bylo ultrazvukové vyšetření v minulé graviditě, kdy jí oznámil lékař, že srdíčko plodu přestalo tlouct. Chvilí trvalo, než se s otřesem svého přesvědčení vyrovnala, ale nyní z ní kromě obav číší jistota, že to bude v pořádku.

Paní U. je velmi přátelská, má několik dobrých kamarádek, většinou také podstupují léčbu pomocí umělého oplodnění. Její největší jistotou a oporou je pro ni ale manžel, se kterým toho hodně prožila a ví, že se na něj může spolehnout.

Ekonomické problémy paní U. díky manželovi nemá. Není pro ně problém financovat cykly IVF (zatím investovali kolem sta tisíc korun).

Při nástupu k hospitalizaci paní U. tíží pocit nejistoty ohledně délky pobytu na oddělení. Snažíme se nastítnit jednotlivé postupy léčby podle vývoje jejího zdravotního stavu.

1.4.4 Potřeba soběstačnosti

Paní U. před nástupem do nemocnice byla zcela soběstačná. Pomoc sestry nyní potřebuje pouze v ulehčení dosažitelnosti věcí okolo lůžka. Barthelův test základních všedních činností (ADL) má hodnotu 100 bodů – zcela nezávislá osoba. Paní U. si chce zachovat soběstačnost, je nerada na někom závislá.

1.4.5 Potřeba informací

Při přijetí během noci se paní U. dostalo pouze základních a orientačních informací. Nebyla seznámena s režimem na našem oddělení. Informace o svém zdravotním stavu a prognóze měly nekonkrétní charakter. Ráno a během prvního dne jsem pacientku informovala o průběhu dne na naší stanici, možnosti návštěv rodinných příslušníků, o možnosti používat mobilní telefon. Vyřešil se problém s Penicilinem a vyloučil se odtok vody plodové. Konala se vizita lékaře, kde paní dostala další podrobné informace. Představa o pobytu nabývala jasnější podoby. Paní U. má ráda, pokud rozumí všemu, co se kolem ní v nemocnici děje. Vyžaduje informace o dalších postupech, živě se zajímá o možnosti

léčby. Další informace paní U. obdržela v podobě informovaných souhlasů s léčbou. Byla seznámena s řádem nemocnice a oddělení a s právy pacientů. Dozvídá se o možnosti zařídit si kartu na sledování televizního vysílání, čehož také využívá.

1.4.6 Potřeba lásky a sounáležitosti

Paní U. žije deset let s manželem, svého muže miluje. Za ta léta společného soužití ví, že se na něho může spolehnout. Oba vědí, že patří k sobě. Jsou na sebe hodně vázáni, za deset let spolu nebyli nejdéle dva dny. Představa dlouhodobější hospitalizace je těžce přijatelná, je to nová situace, kterou spolu ještě nezažili. Ví, že manžel je na ní citově závislý. Dále je zvyklý, že se paní U. stará o nakupování a vaření. Tuto úlohu bude muset převzít částečně muž a částečně maminka paní U.

Potřebu mateřské lásky má paní U. zatím nesaturovanou, ale doufá a věří tomu, že brzy bude moci svou láskou zahrnout děťátko.

Pocit, že někam patří a někdo ji má rád, pocit, že může pro někoho něco udělat, že někdo potřebuje ji, je jednou z priorit pacientky.

1.4.7 Potřeba důvěry

Paní U. není nedůvěřivá, na vlídné jednání a informování reaguje vložím důvěry v postupy personálu. V životě je pro ni významnou hodnotou zodpovědnost a spolehlivost. Popisuje, jak byla nalomena důvěra v postupy v centru asistované reprodukce. Musela odtamtud odejít do jiného, kde s ní více komunikovali, byli pružní a paní U. jim více důvěřovala. Jistě se to dle jejích slov odrazilo na psychickém stavu, uvolnilo se i napětí a kryoembryotransfer se podařil. S naší nemocnicí nemá žádné negativní zkušenosti, proto primárně s důvěrou nemá problémy.

1.4.8 Potřeba komunikace

Pacientka sama sebe hodnotí jako „ukecanou“. Říká, že když pobývala dlouhé týdny v nemocnici při léčbě lymfomu, bavila celé oddělení včetně personálu. Potřebu komunikace má široce rozvinutou, lehce navazuje kontakt s cizími lidmi. Využívá ji i ve svém zaměstnání jako prodavačka. O to více ji mrzí, že nefunguje komunikace s manželovými rodiči. V nemocnici se paní U. zdá trochu zamlklá, má obavy, ale s personálem chce komunikovat. Vypadá to, že i se spolubydlíci na pokoji si bude rozumět.

1.4.9 Potřeba rodiny a přátelství

Rodinu v raném dětství zastupovala pouze maminka, jelikož je tatínek ve dvou letech opustil. Když bylo paní U. 8 let, maminka se znovu vdala. Paní U. si musela vybojovat svou pozici mezi dvěma nevlastními bratry. Velmi dobře mezi ně zapadla a tvořili ucelenou spokojenou rodinu. Již od mládí měla paní U. představu svojí rodiny s manželem a dětmi. Po šestileté známosti se vdala a nyní se jí splnil sen o čekání na rozšíření rodiny.

Přátel má paní U. hodně, je velmi vstřícná, milá, komunikativní. Hodně toho prožila a měla možnost seznámit se s mnoha lidmi.

Hospitalizací jsou těsné a neomezené kontakty s rodinou a přáteli přece jen narušeny. Proto paní U. vítá možnost neomezených návštěv až na pokoj.

1.4.10 Potřeba sebepojetí a sebeúcty

Paní U. žila v období dospívání v ucelené a uspořádané rodině. Ve škole neměla problémy, vyučila se prodavačkou, což sama chtěla. Její sebepojetí nebylo narušeno opakovanými citovými zklamáními či neuspokojivou rodinou. Ani pozdější nemoc, léčba a následky nepoznamenaly její sebevědomí a sebepojetí. Netrpí komplexy méněcennosti. Působí vyrovnaně, nevidím žádné formy maladaptivního chování.

1.4.11 Potřeba intimity

Potřeba tělesné intimity je během léčby neplodnosti, zvláště tak dlouhodobé jako u paní U. stále narušována. Paní U. říká, že si zvykla, nicméně vždy oceňuje, když se na tuto potřebu myslí a respektuje se pocit studu. Na oddělení je pacientka vyšetřována gynekologicky na vyšetřovně, kde je soukromí respektováno. Hygienu smí provádět v koupelně, kde je sama.

Po psychické stránce paní U. nemá potřebu intimity narušenou. Své myšlenky a přesvědčení vyjadřuje spontánně a jsou personálem respektovány.

1.4.12 Potřeby duchovní

Otázka na duchovní potřeby paní U. nevádí. Nikdy k víře v Boha nebyla vedená, o těchto otázkách moc nepřemýšlí. Ani vážná nemoc nevedla paní U. k zamyšlení o původu nemocí, zla a nespravedlnosti. Má svou filozofii, že člověk musí bojovat s tím, co v životě přichází, a věřit tomu, že to dobře dopadne. Její duchovní potřeby nejsou rozvinuty.

(1, 1a, 1b, 2)

2 Ošetrovateľské problémy (diagnózy)

2.1 Ošetrovateľské problémy 3. 9. 2008

Aktuálny

2.1.1 Strach a obavy o nenarodené dieťa z dôvodu podozrenia na predčasný odtok vody plodovej a následného predčasného porodu prejavujúci sa sklíčenosťou a pláčom.

2.1.2 Akutná bolesť v súvislosti s dŕožnými kontrakciami prejavujúci sa tlakou v podbrišku a v křížovej oblasti.

2.1.3 Nejistota z dôvodu nedostatku informácií o ďalšom priebehu liečby a predpokladanej dĺžke hospitalizácie, prejavujúci sa opakovaným dotazovaním.

2.1.4 Omezenie aktivity z dôvodu nařízeného klidového režimu a Trendelenburgovej polohy na lôžku.

Potenciálny

2.1.5 Riziko vzniku zácpy z dôvodu omezeného pohybu, zmeny prostredia a užívania preparátu železa.

2.1.6 Riziko vzniku intoxikácie v dôsledku podávania tokolytik.

2.1.7 Riziko vzniku infekcie z dôvodu invazívneho vstupu periférneho žilného katétru.

2.2 Ošetrovateľské problémy 5. 9. 2008

Aktuálny

2.2.1 Deficit informácií o gestačnom diabete mellitu a diabetickú diétu, prejavujúci sa neistotou a dotazovaním.

2.3 Ošetrovatelské problémy 7. 9. 2008

Aktuální

2.3.1 Obavy z plnění rodičovské role z důvodu nedostatku zkušeností, vyššího věku a nutnosti změnit dosavadní životní styl, projevující se verbalizací problému.

3 Plán ošetrovatelské péče

3.1 Strach a obavy o nenarozené dítě z důvodu podezření na předčasný odtok vody plodové a následného předčasného porodu projevující se sklíčeností a pláčem

Cíl

- strach a obavy jsou v přijatelné míře pro pacientku
- vyloučení nebo potvrzení odtoku vody plodové
- pacientka verbálně vyjadřuje své pocity, není sklíčená a nepláče

Plán péče

- věnovat se pacientce, navázat kontakt, naslouchat obavám a vést ji k vyjádření jejich pocitů
- kontrolovat známky odtoku vody plodové, při mokré vložce provést Temesvaryho test
- asistovat lékaři při provedení PROM testu

Realizace

Od přijetí v noci do rána měla pacientka vložku vlhkou, a provedený Temesvaryho test byl pozitivní. Ráno jsem pacientku převzala já. Při úpravě lůžka mi paní U. krátce sdělila se slzami v očích, že má velký strach o děťátko. Má za sebou strastiplnou cestu k těhotenství a jednu velmi špatnou zkušenost z minulé gravidity. Krátce na to proběhla vizita a lékař paní U. vyšetřil v zrcadlech, kde neviděl depo vody plodové, pouze drtky tablety Penicilinu, dále byl proveden PROM test, který byl negativní. Paní U. byla po sdělení výsledku testu mnohem klidnější, již neplakala, bylo vidět, že z ní opadlo napětí. Začala nabývat přesvědčení, že bude vše v pořádku. Dále bylo na dopoledne naplánováno ultrazvukové vyšetření na zhodnocení množství plodové vody v děloze. Paní U. jsem vyzvala, aby zatelefonovala své ošetřující lékařce a zeptala se na možnost falešné positivity Temesvaryho testu díky Penicilinu. Naši lékaři s tímto nemají zkušenosti, nikdy takovou léčbu neordinují. Lékařka paní U. tuto možnost potvrdila. Provedla jsem proto pokus rozdrčení tablety Penicilinu na vložku a následné polížení Temesvaryho činidlem a test byl silně pozitivní. Při ultrazvukovém vyšetření bylo zjištěno normální množství vody plodové v děloze. Léčba Penicilinem byla ukončena a všemi dostupnými prostředky byl vyloučen odtok vody plodové.

Hodnocení

Pacientčiny obavy z předčasného odtoku vody plodové byly odstraněny. Testy a vyšetřeními byl vyloučen odtok vody plodové. Po vyšetřeních paní U. již byla klidná a neplakala.

3.2 Akutní bolest v souvislosti s děložními kontrakcemi projevující se tlaky v podbřišku a v křížové oblasti

Cíl

- pacientka nebude pociťovat žádné nepříjemné pocity v podbřišku a v křížové oblasti

Plán péče

- podávat tokolytika a magnézium podle ordinace lékaře
- sledovat jejich účinek pozorováním děložní činnosti, měřením délky kontrakce a frekvencí jednotlivých stahů děložních
- zajistit klidový režim pacientky
- zajistit speciální polohovací lůžko a upravit ordinovanou Trendelenburgovu polohu

Realizace

Po ultrazvukovém vyšetření, kde bylo zjištěno zkrácení hrdla děložního, byla paní U. naordinovaná infúze s Gynipralem (tokolytikum) a magnézium v tabletách. Léky byly podávány podle ordinace a postupně během dne došlo k ústupu tlaků v kříži a v podbřišku. Při přijetí nebyly kontrakce děložní pravidelné, děloha byla spíše dráždivá, reagovala stahem na pohyb plodu či změnu polohy matky. Děloha byla klidového tonu i při podráždění během dvou hodin od začátku podání tokolýzy. Paní U. ležela v klidu na lůžku, chodila pouze na WC a do sprchy. Lůžko jsme upravily do Trendelenburgovy polohy, aby došlo ke zmírnění tlaku plodu na vnitřní branku děložního hrdla.

Hodnocení

Cíl byl splněn během dne, paní U. vnímala, že tlaky v kříži a v podbřišku ustoupily, děloha byla klidového tonu.

3.3 Nejistota z důvodu nedostatku informací o dalším průběhu léčby a předpokládané délce hospitalizace, projevující se opakovaným dotazováním

Cíl

- pacientka bude mít představu o předpokládané délce hospitalizace
- pacientka bude mít dostatek informací o plánované léčbě
- pacientka nebude mít pocit nejistoty

Plán péče

- zprostředkovat pacientce možnost opakovaného rozhovoru s ošetřujícím lékařem
- informovat pacientku o plánovaných vyšetřeních, jejich časovém sledu a přínosu jednotlivých vyšetření
- vyzývat pacientku k dotazování a tím zvyšovat její důvěru a pocit jistoty

Realizace

Ráno při převzetí do péče ještě před lékařskou vizitou jsem vyslechla obavy paní U. Ujistila jsem ji, že se může na cokoli zeptat lékaře na vizitě, či pak v soukromí na vyšetřovně. Vyzvala jsem ji k dotazování i během dne, kdy lékař není přítomen na oddělení. Seznámila jsem pacientku s plánovanými vyšetřeními a jejich přínosem. Každé vyšetření s sebou neslo nástin dalšího postupu léčby. Po vyloučení odtoku vody plodové se zdálo, že po zklidnění dělohy by paní U. mohla být propuštěna. Po ultrazvukovém vyšetření, zvláště cervikometrii, bylo jasné, že je nutná léčba hrozícího předčasného porodu. Paní U. sice špatně snášela představu dlouhodobější hospitalizace, ale měla již konkrétní představu o tom, co bude následovat a mohla se s tím začít vyrovnávat.

Hodnocení

Cíl byl splněn. Paní U. na konci dne měla konkrétní představu o léčbě a předpokládané délce hospitalizace. Pocit nejistoty postupně vymizel a paní U. se začala vyrovnávat s delším pobytem v nemocnici.

3.4 Omezení aktivity z důvodu nařízeného klidového režimu a Trendelenburgovy polohy na lůžku

Cíl

- pacientka bude chápat důležitost opatření, tolerovat a dodržovat omezení pohybové aktivity

Plán péče

- informovat pacientku o smyslu klidového režimu
- vysvětlit vhodnost Trendelenburgovy polohy
- naučit pacientku polohovat lůžko
- zajistit pomůcky běžné denní potřeby na dosah

Realizace

Po zjištění dráždivé dělohy a „funnelingu“ na ultrazvukovém vyšetření jsem paní U. seznámila s ordinovanou léčebnou polohou a klidovým režimem. Jelikož máme pouze omezený počet lůžek s možností Trendelenburgovy polohy, zajistila jsem výměnu lůžka. Nastavila jsem polohu s hlavou níže a vysvětlila pacientce význam tohoto opatření. Touto úpravou lůžka je odlehčen tlak plodu na vnitřní branku a mírní tak otevírání vnitřní branky. Pokud paní U. nebude sklon vyhovovat, lze ho zmenšit. Při stravování si paní U. upraví polohu sama pomocí elektrického ovládání, které má na dosah. Dala jsem paní U. k lůžku sáček na odpadky a umyvadlo s vodou na hygienu rukou, abychom minimalizovaly nutnost chodit do koupelny. Ujistila jsem ji, že pokud bude chtít donést jídlo z lednice na chodbě, učiníme tak. Na dosah měla paní U. také signalizační zařízení, pomocí kterého může přivolat sestru.

Hodnocení

Paní U. si postupně zvykla na sklon lůžka, naučila se ovládat lůžko pomocí ovladače. Chápala význam dodržování klidového režimu a ochotně ho dodržovala.

3.5 Riziko vzniku zácpy z důvodu omezeného pohybu, změny prostředí a užívání preparátu železa

Cíl

- paní U. bude mít normální fungování a vyprazdňování střev
- pacientka zná rizikové faktory a zná vhodná opatření

Plán péče

- poučit pacientku o negativním vlivu omezení pohybu, změny prostředí a nasazení preparátu železa na vyprazdňování a riziku vzniku zácpy
- zdůraznit nutný dostatečný příjem tekutin během hospitalizace
- upozornit na negativní vliv zácpy na děložní kontrakce
- doporučit vhodná dietní opatření vedoucí k vyprazdňování měkké stolice

Realizace

Při naordinování kapslí Aktiferinu jsem pacientku seznámila s možným vlivem tohoto léku na vyprazdňování stolice. U některých pacientek může způsobovat zácpu. Upozornila jsem pacientku na tmavší zbarvení stolice až do černa. Když byl předepsán ještě klidový režim, vysvětlila jsem pacientce vliv omezení aktivity na činnost střev. Doporučila jsem paní U. zvýšit příjem tekutin, který má nedostatečný, zařadit do jídelníčku kompoty. Při obtížích s vyprazdňováním stolice lze v těhotenství s úspěchem využít lněného semínka. Poučila jsem paní o nutnosti hlásit problémy v této oblasti.

Hodnocení

Paní U. neměla s vyprazdňováním stolice problémy, jedla kompoty do nasazení diabetické diety. Příjem tekutin nezvýšila, má s tím problémy, ale snažila se. Vypila maximálně jeden litr tekutin za den.

3.6 Riziko vzniku intoxikace v důsledku podávání tokolytik

Cíl

- pacientka nebude mít projevy nežádoucích účinků tokolytik v neúnosné míře

Plán péče

- upozornit pacientku na projevy při nasazení léčby
- sledovat výskyt jednotlivých nežádoucích účinků (třes horních končetin, palpitace, tachykardie)
- dodržovat rychlost podání infúze dle ordinace lékaře a informovat o nežádoucích účincích léků
- podávat léky na zmírnění obtíží dle ordinace lékaře

Realizace

V 11.00 hodin dopoledne jsem paní U. aplikovala infúzi s Gynipralem, rychlostí 60 ml/hodinu. Zároveň jsem pacientku upozornila na možnost vzniku tachykardie, vnímání bušení srdce a třes rukou. Ujistila jsem ji, že je to stav přechodný, lze rychlost infúze snížit podle potřeby a bude dostávat lék na zmírnění tachykardie. Asi půl hodiny po zahájení infúze měla paní U. puls 124/min, ale palpitace nevnímala. Rychlost jsem ponechala a očekávala účinek Isoptinu. Za hodinu nato již byl puls trochu klidnější – 112/min a paní U. se cítila dobře. Při pokusu napít se zjistila slabý třes, který ale snášela bez problémů. Druhá infúze, podaná v 18.40 hodin kapala mírnější rychlostí, 40 ml/hodinu a byla již snášena pacientkou bez obtíží. Po celý den paní U. dostávala Isoptin tbl.

Hodnocení

Cíl byl splněn.

3.7 Riziko vzniku infekce z důvodu invazivního vstupu periferního žilního katétru

Cíl

- pacientka nebude mít žádné projevy infekce v místě aplikace intravenózního žilního katétru

Plán péče

- provádět denně převaz kanyly
- vyměňovat kanylu po třech dnech, či dle potřeby
- pozorovat výskyt známek infekce (zarudnutí, otok, bolestivost)
- minimalizovat rozpojování setu a při manipulaci dodržovat zásady asepsy

Realizace

Pacientku jsem při aplikaci kanyly poučila o známkách paravenózního podání, o známkách infekce a vyzvala ji k okamžitému nahlášení problémů. Sama jsem kanylu opakovaně kontrolovala, známky komplikací jsem nepozorovala. Druhý den jsme ukončili intravenózní tokolýzu a kanylu jsme vytáhli. Místo vpichu bylo klidné, okolí bez známek infekce.

Hodnocení

Cíl byl zcela splněn, pacientka neměla žádné projevy infekce v místě aplikace katétru.

3.8 Deficit informací o gestačním diabetu mellitu a diabetické dietě, projevující se nejistotou a dotazováním

Cíl

- pacientka bude mít základní informace o gestačním diabetu a jeho prognóze
- pacientka bude chápat diabetickou dietu

Plán péče

- seznámit pacientku s diabetickou dietou, jejím složením a časovém rozvrhu podávání stravy
- zajistit kontakt s edukační sestrou z diabetologické poradny pro těhotné
- umožnit pacientce přečíst si informace o gestačním diabetu a možnostech jeho léčby
- povzbuzovat pacientku k dotazování

Realizace

Při zjištění gestačního diabetu jsem zajistila návštěvu edukační sestry u lůžka paní U. Paní U. přijala zprávu o patologickém výsledku OGTT bez problémů. Sladké nikdy moc nejedla, tak jí to ani nevadilo. Informovala jsem paní U. o časovém rozvrhu podávání diabetické stravy a smyslu jejího dodržování pro vyrovnanou hladinu cukru včetně nočních hodin. Paní zajímala prognóza onemocnění po porodu, proto jsem ji seznámila s obvyklým postupem v šestinedělí. Seznámila jsem pacientku s nutností dalších vyšetření krve v souvislosti s těhotenskou cukrovkou a s plánem vyšetřování glykemií po dobu hospitalizace. Více viz edukační proces.

Hodnocení

Paní U. po edukaci a rozhovoru se mnou měla představu o gestačním diabetu, věděla, jaký bude další postup sledování a jaký je plán léčby této poruchy.

3.9 Obavy z plnění rodičovské role z důvodu nedostatku zkušeností, vyššího věku a nutnosti změnit dosavadní životní styl, projevující se verbalizací problému

Cíl

- pacientka pocítí zmírnění obav

Plán péče

- naslouchat pacientce
- povzbuzovat ji k vyjadřování svých pocitů
- posilovat její sebedůvěru ve schopnost se postarat o děťátko

Realizace

Paní U. vypadala velmi klidně, byla veselá, ale při cíleném dotazu, zda má z něčeho obavy řekla, že se bojí, zda v tomto věku zvládne péči o první dítě. Hovořila o pohodlí, na které si s manželem zvykli a které budou muset opustit. Oba se na to velice těší, ale zároveň se obávají, jak budou snášet nedostatek spánku a zda porozumí všem projevům děťátka. Povídaly jsme si o mateřských citech, které automaticky nastoupí po porodu. Ujistila jsem paní U., že se v porodnici naučí holčičku kojit, koupat, oblékat a postupně se naučí jejím projevům porozumět. Povzbuzovala jsem ji k sebedůvěře, že to všechno zvládne.

Hodnocení

Paní U. se po našich rozhovorech cítila lépe a již se na tuto novou situaci těšila.

4 Edukace – gestační diabetes mellitus

4.1 Etapa posouzení

- posoudit potřebu edukace: zjistit rodinnou anamnézu, zjistit osobní a porodnickou anamnézu (výskyt gestačního DM v minulých graviditách), zjistit úroveň vědomostí matky o léčbě GDM
- zjistit úroveň motivace, ochotu dodržovat opatření nutná k úpravě glykemií, zjistit možnost zajištění dietního stravování

Pedagogická diagnóza

- nedostatek vědomostí o léčbě gestačního diabetu

4.2 Etapa plánování

4.2.1 Téma edukace

- léčebná opatření u těhotné s čerstvě diagnostikovaným GDM

4.2.2 Záměr edukace

- dosáhnout maximální spolupráce těhotné při léčbě GDM, pochopení všech opatření a tím zabránit vzniku komplikací pro plod či matku

4.2.3 Cíl edukace

- **kognitivní**

- pacientka je schopna po skončení edukace prokázat vědomosti o diabetu v graviditě, dietním opatření, zná množství sacharidů, ví o možných komplikacích a zná plánovanou terapii do porodu, zná zásady odběru kapilární krve z prstu na glykémii

- **afektivní**

- pacientka si vytváří pozitivní postoj ke spolupráci, chápe význam nutnosti dodržování dietního a léčebného režimu, nemá obavy z odběru krve

- **behaviorální**

- pacientka dodržuje dietní opatření, vhodně upravuje životosprávu a správně si umí odebrat krev na glykémii

4.2.4 Metody

- vysvětlování, názorná ukázka, zodpovězení dotazů

4.2.5 Pomůcky

- informační leták o dietě, pomůcky k odběru glykémie, informační leták o DM v graviditě

4.2.6 Počet edukačních setkání: 3

1. setkání

- vysvětlit pojem gestační diabetes mellitus
- vyjmenovat opatření, která budou bezprostředně následovat – změna diety, vyšetření
- seznámit s plánem odběru glykemií

2. setkání

- edukovat o dietě s příslušným množstvím sacharidů na den dle ordinace lékaře (standardně pro těhotné – 275 g SA)

3. setkání

- edukovat o technice odběru krve z prstu na glykémii
- seznámit s časovým harmonogramem odběrů krve na oddělení

4.2.7 Obsahová kritéria edukace

1. motivační fáze - vysvětlit

- důležitost léčby GDM pro plod i pro matku
- princip vzniku nočních hypoglykemií (nutnost jíst bílkovinný přídavek a druhou večeři) a jejich vliv na plod
- riziko vzniku komplikací při nedodržení léčebných opatření
- prevenci vzniku hypoglykémie
- opatření při vzniku hypoglykémie

2. expoziční fáze

- edukovat o plánu léčebných opatření
 - změna diety racionální na dietu 9 + II. večeře (275 g SA)
 - seznámení s harmonogramem rozdávaní a konzumace stravy
 - druhý den ráno nalačno odběr žilní krve na glykovaný hemoglobin

- zdůraznit vhodnost pohybu za 15 minut po jídle, pokud není kontraindikace z porodnického hlediska – u paní U. je pohybový režim omezen
- seznámit s plánem odběrů krve z prstu na glykémie
- zajistit edukaci o diabetické dietě v graviditě u edukační sestry z diabetologické poradny
 - s pacientkou procvičovat a vysvětlovat možnost záměny potravin se zachováním množství sacharidů v potravě (výměnné tabulky)
 - zdůraznit nutnost pestrosti stravy
 - důležitost pitného režimu
- edukace o správné technice odběru krve na glykémii do špiček
 - mít umyté a teplé ruce
 - naučit se používat odběrovou lancetu
 - otřít první kapku krve do čtverečku
 - nabrat správné množství krve do špičky
 - špičky řádně uzavřít a označit
 - uklidit pomůcky
 - dodržovat správný časový odstup odběru od jídla (ne dříve, než 1 hodinu po jídle)
- eliminovat psychickou zátěž a stres
 - pomocí dostatečných informací a praktického nácviku zajistit jistotu pacientky, že zvládne léčebná opatření i v domácím prostředí
 - vybavit pacientku při propuštění do domácího ošetřování kontaktním telefonním číslem na oddělení a na edukační sestru pro případ nejistoty doma
 - získat rodinu pro spolupráci – dietní stravování
- edukovat o nutnosti docházet do rizikové poradny pro těhotné, do diabetologické ordinace a na častější ultrazvukové kontroly růstu plodu

3. fixační fáze

- poskytnou informační letáky
- prodiskutovat problémové otázky
- zdůraznit nejdůležitější body

4. fáze ověřování a hodnocení vědomostí

- Jaké vědomosti a praktické dovednosti získala pacientka v edukačním procesu? (VÍ, proč je důležité dodržovat dietu? Má dostatek informací o průběhu léčby, vyšetřování komplikací a sledování kompenzace diabetu během gravidity? Zná důsledky nedodržení léčebných opatření pro plod a pro svůj organismus? Umí se kvalitně stravovat s dodržáním množství sacharidů na den? Umí si správně odebrat krev na glykémii?)
- Na hodnocení vědomostí lze použít dotazy, rozhovor a pozorování.

5 Závěr a prognóza

5.1 Závěr

Paní U. byla 39letá pacientka akutně přijatá pro podezření na odtok vody plodové ve 27. týdnu gravidity. Trpěla obavami o nenarozené děťátko. Těhotenství bylo rizikové, neboť se jednalo o pacientku po chemoterapii a ovariaálním selhání následkem léčby Hodgkinova lymfomu. Gravidita vznikla díky darovanému oocytu, a to po opakovaném pokusu. Minulé těhotenství skončilo odumřením plodu ve 22. týdnu, proto měla paní U. veliké obavy. Špatně zpočátku snášela hospitalizaci, neboť měla za sebou mnoho pobytů v nemocnici a nemá toto prostředí ráda. Také nikdy nebyla odloučena od manžela na delší dobu a obávala se, jak tuto situaci doma manžel vyřeší. Paní U. potřebovala zpočátku podporu od nás, postupně se vyloučil odtok vody plodové a i když se objevily jiné komplikace, jako insuficience hrdla děložního, hrozící předčasný porod a nově byl diagnostikován gestační diabetes, tak se pacientka se situací postupně vyrovnala a díky svému nezdolnému přesvědčení, že vše dobře dopadne, zvládla pobyt na našem oddělení bez problémů.

Při hospitalizaci si osvojila diabetickou dietu a bez potíží ji dodržovala.

Jelikož hospitalizace nakonec trvala 52 dnů, byla paní U. zdrojem povzbuzení pro několik pacientek, které se postupně vystřídaly na pokoji. Byla zdrojem síly i pro mě osobně, neboť její stav byl ukázkou, že lze překonávat v životě velké překážky a dojít k úspěšnému konci. Její postoj byl silně motivující.

5.2. Ošetrovatelská prognóza

Paní U. měla slíbeno propuštění do domácího ošetřování po ukončení 34. týdne gravidity, kdy je již dostatečná zralost plodu. Bude doma ještě dodržovat klidový režim. Na den, kdy paní U. dosáhne délku těhotenství 34 + 0 týdnů, připadala velká vizita na oddělení, která měla rozhodnout o propuštění, a zároveň v tento den paní U. oslaví své 40. narozeniny. Všichni jsme si přáli, aby to vyšlo.

Pokud bude paní U. i doma dodržovat diabetickou dietu, nebude plod ohrožen komplikacemi diabetu v těhotenství. Po skončení šestinedělí se podle kontrolního OGTT rozhodne, zda diabetes byl pouze gestační, nebo porucha přetrvává.

Domnívám se, že se svým postojem k životním překážkám dokáže paní U. zvládnout úspěšně i příchod nového člena rodiny na svět a s tím související změnu životního stylu. Naučí se děťátku rozumět a pečovat o něj. S tím, že miminko není geneticky její, nemá paní U. ani její manžel vůbec žádný problém a jsou šťastni, že tuto možnost díky pokrokům medicíny a dobrému srdci dárkyně mají.

D ZDROJE INFORMACÍ

1 - pacient

1a - pacient rozhovor

1b - pacient pozorování

2 - dokumentace

E POUŽITÁ LITERATURA

- 1) ČECH, E. *Porodnictví*
Praha: Grada Publishing, 1999 (432 s.). ISBN 80-7169-355-3
- 2) ČECH, E.; HÁJEK, Z.; MARŠÁL, K.; SRP, B. a kolektiv *Porodnictví*
Praha: Grada Publishing, 2006 (546 s.). ISBN 80-247-1303-9
- 3) HÁJEK, Z. *Rizikové a patologické těhotenství*.
Praha: Grada Publishing, 2004 (444 s.). ISBN 80-247-0418-8
- 4) KOTEROVÁ, K. *Předčasný porod*.
Moderní babictví 15, červen 2008, s. 3-9. ISSN 1214-5572
- 5) LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*.
Praha: Grada Publishing, 2004 (988 s.). ISBN 80-247-0668-7
- 6) NEJEDLÁ, M. *Fyzikální vyšetření pro sestry*.
Praha: Grada Publishing, a.s., 2006 (248 s.). ISBN 80-247-1150-8
- 7) ROZTOČIL, A. a kolektiv autorů *Porodnictví*.
Brno: IDVPZ, 2001 (333 s.). ISBN 80-7013-339-2
- 8) ROZTOČIL, A. *Moderní porodnictví*.
Praha: Grada Publishing, 2008 (408 s.). ISBN 978-80-247-1941-2
- 9) SLEZÁKOVÁ, L. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty II*.
Praha: Grada Publishing, 2007 (216 s.). ISBN 978-80-247-2270-2
- 10) HÁJEK, Z. *Předčasný porod 2003 Full text*
Dostupné na www: <http://porodnici.cz/sos-porodnice/predcasny-porod-141>
- 11) <http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/aislp.html?init=y>

F PŘEHLED POUŽITÝCH ZKRATEK

APPE	Appendektomie
BMI	Body mass index
DM	Diabetes mellitus
FW	Fetal weight – hmotnost plodu
GBS	Streptokok skupiny B
GDM	Gestační diabetes mellitus
Gr. h.	Týden gravidity
Grav. hebd.	Týden gravidity
ICHS	Ischemická choroba srdeční
IM	Infarkt myokardu
IS	Indikační skupina
OGTT	Orální glukózo-toleranční test
OPP	Ozvy plodu pravidelné
P	Puls
PM	Poslední menstruace
PNC	Penicilin
PROM	Praemature Rupture Of Membranes, předčasný odtok vody plodové
SA	Sacharidy
SF	Vzdálenost spona – fundus
St. p.	Stav po
TF	Tepová frekvence
TK	Tlak krevní
TP	Termín porodu
TPM	Termín poslední menstruace
Tax	Tělesná teplota axilární
TZ	Transformační zóna (kolposkopický nález)
UZV	Ultrazvukové vyšetření
WHO	World Health Organization Světová zdravotnická organizace

G SEZNAM PŘÍLOH

1. Barthelův test základních všedních činností
2. Vstupní ošetřovatelský záznam
3. Plán ošetřovatelské péče
4. Leták pro pacienty „Těhotenství a diabetes“
5. Rozpis diabetické diety (275 g sacharidů)

Příloha 1

Barthelův test základních všedních činností. (ADL - activity daily living)

	Činnost:	Provedení činnosti:	Bodové skóre
01.	Najedení, napití	Samostatně bez pomoci	10x
		S pomocí	05
		Neprovede	00
02.	Oblékání	Samostatně bez pomoci	10x
		S pomocí	05
		Neprovede	00
03.	Koupání	Samostatně nebo s pomocí	05x
		Neprovede	00
04.	Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí	05x
		Neprovede	00
05.	Kontinence moči	Plně kontinentní	10x
		Občas inkontinentní	05
		Trvale inkontinentní	00
6.	Kontinence stolice	Plně kontinentní	10x
		Občas inkontinentní	05
		Inkontinentní	00
07.	Použití WC	Samostatně bez pomoci	10x
		S pomocí	05
		Neprovede	00
08.	Přesun lůžko-židle	Samostatně bez pomoci	15x
		S malou pomocí	10
		Vydrží sedět	05
		Neprovede	00
09.	Chůze po rovině	Samostatně nad 50 metrů	15x
		S pomocí 50 metrů	10
		Na vozíku 50 metrů	05
		Neprovede	00
10.	Chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10x
		S pomocí	05
		Neprovede	00

Hodnocení stupně závislosti

Hodnocení:	Závislost	Body
	Vysoce závislý	00 – 40 bodů
	Závislost středního stupně	45 – 60 bodů
	Lehká závislost	65 – 95 bodů
	Nezávislý	96 – 100 bodů

Test byl proveden u paní U. dne 3. 9. 2008. Dosáhla celkem 100 bodů – pacientka byla nezávislá.

Příloha 2

Ústav teorie a praxe ošetrovatelství, 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze

VSTUPNÍ OŠETŘOVATELSKÝ ZÁZNAM

Jméno a příjmení: K. U.

Oslovení: paní U.

Pojišťovna: 211

Rodné číslo: 686024/....

Povolání: prodavačka

Věk: 39 let

Vzdělání: vyučena

Stav: vdaná

Národnost: česká

Adresa: Pardubice

Vyznání: bez vyznání

Osoba, kterou lze kontaktovat: manžel

Datum přijetí: 3. 9. 2008

Hlavní důvod přijetí: gr. h. 26 + 4, suspektní odtok vody plodové

Lékařská diagnóza:

Předčasné porušení plodových blan se začátkem porodu po 24 hodinách

Falešná porodní činnost před 37 dokončenými týdny těhotenství

Anémie komplikující těhotenství, porod a šestinedělí

Diabetes mellitus vzniklý v těhotenství

Jiná Hodgkinova nemoc – st. p. morbus Hodgkin

Jak je nemocný informován o své diagnóze?

Pacientka je průběžně informována o vývoji svého zdravotního stavu.

Osobní anamnéza:

V dětství prodělala běžná dětská onemocnění – neštovice, zarděnky.

1991 – morbus Hodgkin – léčena chemoterapií, autotransplantací kostní dřeně, poslední kontrola v únoru 2008 – normální nález, není kontraindikace ke graviditě

Operace: 1986 – appendektomie, 1991 – exstirpace lymfatické uzliny v pravé axile, dále resekce plic pro metastázu – spojeno s podáním transfúze, (doplněno: 2000 – laparoskopie pro sterilitu, salpingektomie bilaterálně)

(doplněno: úrazy: neudává)

Rodinná anamnéza:

Závažné onemocnění neudává.

(doplněno: matka – astma bronchiale, ICHS – 0, DM – 0, IM - 0, malignita – 0, otec – údaje nejsou k dispozici, s rodinou nežil)

Vyšetření: 3. 9. 08

UZV: v dutině děložní 1 živý plod, poloha podélná hlavičkou, akce srdeční pravidelná, FW 977 g, biometrie odpovídá TPM (termínu poslední menstruace), vody plodové dostatek, placenta na zadní stěně v normě, morfologie přiměřená.

Cervikometrie: 22 mm s jasným funnelingem.

Vyš.: Vulva klidná, in spec. (v zrcadlech): pochva klidná, kolpo TZ (kolposkopický nález – transformační zóna), palpačně tuhý čípek zachován délky 2,5 cm, hrdlo v oblasti zevní branky pro prst, dále uzavřeno, v pochvě není patrné depo vody plodové, pouze drtky PNC tablety, nekrvácí. Děloha dráždivá, pohyby plodu cítí. OPP +.

Terapie:

Před hospitalizací: Femibion 800 Metafolin tbl 1-0-0, Acidum folicum Léčiva 30x10mg obalené tablety, V-PNC tbl 500 mg.

Nemocný má u sebe tyto léky:

Femibion 800 Metafolin tbl, Acidum folicum Léčiva, obalené tablety, V-PNC tbl 500 mg.

Je poučen, jak je má brát?

Ano.

Obecná rizika:

(Zhodnoťte, využijte hodnotící škály)

<i>nikotismus</i>		<u>ne</u>	ano	pokud ano, kolik denně: již 3 roky nekouří
<i>alkoholismus</i>		<u>ne</u>	ano	
<i>drogy</i>		<u>ne</u>	ano	pokud ano, jaké a jak dlouho:
<i>alergie</i>	jídlo	ne	<u>ano</u>	pokud ano, které: jahody (vyrážka)
	léky	ne	<u>ano</u>	pokud ano, které: Valetol, Algifen (dech. obtíže)
	jiné	<u>ne</u>	ano	pokud ano, na co:

dekubity ---

pneumonie ---

Důležité informace o stavu nemocného: Pacientka je orientovaná, nezávislá. Má mírné bolesti v podbřišku a v kříži. Cítí obavy a úzkost, bojí se o nenarozené dítě.

Jak pacient vnímá svou nemoc a hospitalizaci, co očekává:

1. *Proč jste přišel do nemocnice (k lékaři)?*

Měla jsem pocit, že mi odtekla plodová voda. Měla jsem tlaky v podbřišku a v kříži.

2. *Co si myslíte, že způsobilo vaši nemoc?*

Asi zavádění PNC tablet, četné pohyby plodu? Přesně nevím.

3. *Změnila tato nemoc nějak váš způsob života? Pokud ano, jak?*

Ano, hodně. Mám omezený pohyb, omezené kontakty s rodinou a přáteli.

4. *Co očekáváte, že se s vámi v nemocnici stane?*

Očekávám, že se vyloučí odtok, děťátko donosím a půjdu brzy domů.

5. *Jaké to pro vás je být v nemocnici?*

Ze začátku dost depresivní, špitál mi vadí, pobyla jsem v něm až moc.

6. *Kolik času podle vašeho odhadu strávíte v nemocnici*

Nejdřív jsem doufala, že jen přes noc, nyní si myslím, že asi týden.

7. *Máte dostatek informací a vašem léčebném režimu?*

Ano.

8. *Máte dostatek informací o nemocničním režimu?*

Ano.

9. *Máte nějaké specifické problémy týkající se vašeho pobytu v nemocnici? Upřesněte:*

Ne.

Stupeň soběstačnosti (je-li porušena, změřte stupeň poruchy):

Soběstačnost porušena není, Barthelův test má hodnotu 100 bodů – nezávislá.

Komunikace:

- | | | | |
|-------------------|----------------------------|--------------|-------------------|
| • stav vědomí | <u>při vědomí</u> | somnolence | kóma |
| • kontakt navázán | <u>rychle</u> | s obtížemi | nenavázán |
| • komunikace | <u>bez problémů</u> | bariéry | nekomunikuje |
| • spolupráce | <u>snaha spolupracovat</u> | nedůvěřivost | odmítá spolupráci |

HODNOCENÍ NEMOCNÉHO

1. Bolest a nepohodlí

- ✓ Pociťujete bolest nebo něco nepříjemného? *ano* *ne*
pokud ano, upřesněte: Od večera jsem začala cítit tlaky v podbřišku a v kříži. Občas mně tvrdne břicho.
- ✓ Měla jste bolest nebo jiné nepříjemné potíže už před přijetím do nemocnice? *ano* *ne*
pokud ano, upřesněte: Večer jsem začala cítit tlaky v podbřišku a v kříži.
jak dlouho? Několik hodin, asi od 19.00 hodin.
- ✓ Na čem je vaše bolest závislá? Na ničem, je to občas.
- ✓ Co jste dělal pro úlevu bolestí (obtíží)? Byla jsem v klidu, šla jsem spát.
- ✓ Kde pociťujete bolest? Jsou to spíš tlaky v podbřišku a v kříži.
Pokud budete mít u nás bolesti/obtíže, co bychom mohli udělat pro jejich zmírnění?
Bolesti zastavit.

Objektivní hodnocení sestry:

pocit pohodlí (lůžko, teplo), projevy bolesti:

Paní U. má raději chladno, ale nemá ráda průvan. V graviditě snáší teplo hůře, je ráda, že léto již končí a bude mírnější počasí. Paní U. je zvyklá na své lůžko s tvrdou matrací. V nemocnici je lůžko měkčí, ale je polohovatelné, s ovládáním na elektromotor s nastavitelnou výškou. Pacientce vyhovuje. Projevy tlaků v podbřišku na pacientce nevidím.

charakter, lokalizace, intenzita bolesti (změřte):

Po přijetí paní U. udává občasně, tak 1x až 2x za hodinu, tlaky v podbřišku a v kříži charakteru mírných menstruačních bolestí. Pociťuje zároveň tvrdnutí dělohy.

2. Dýchání

- ✓ Měl jste před onemocněním nějaké problémy s dýcháním? *ano* *ne*
pokud ano, upřesněte:
- ✓ Měl jste potíže před příchodem do nemocnice? *ano* *ne*
pokud ano, upřesněte:
jak jste je zvládal?

- ✓ Máte nyní potíže s dýcháním? *ano* *ne*
pokud ano, co by vám pomohlo?
- ✓ Očekáváte, že budete mít potíže po návratu domů? (pokud pacient odpověděl na předchozí otázku negativně, tuto otázku nepokládejte)
nevím *ano* *ne*
pokud ano, zvládnete to?
- ✓ Kouříte? *ano* *ne*
pokud ano, kolik?

Objektivní hodnocení sestry:

dušnost, frekvence, pravidelnost, rýma, kašel, sputum atd.:

Paní U. nemá pocit nedostatku vzduchu, dýchá klidně, pravidelně, frekvencí 14 dechů za minutu. Dýchání je čisté, sklípkové, bez vedlejších fenoménů. Nemá známky infekce dýchacích cest.

3. Osobní péče

- ✓ Můžete si všechno udělat sám? *ano* *ne*
- ✓ Potřebujete pomoc při mytí? *ano* *ne*
- ✓ Potřebujete pomoc při čištění zubů? *ano* *ne*
- ✓ Potřebujete pomoc při koupání či sprchování? *ano* *ne*
- ✓ Kdy se obvykle koupete nebo sprchujete?

Ráno a večer.

Objektivní hodnocení sestry:

soběstačnost, upravenost, zanedbanost atd.:

Pacientka je zcela soběstačná. Chrup má pacientka vlastní, sanovaný. Vlasy jsou kvalitní, obarvené, upravené. Nehty pevné, zapilované.

4. Kůže

- ✓ Pozorujete změny na kůži? *ano* *ne*
- ✓ Máte obvykle kůži? *suchou* *mastnou* *normální*
- ✓ Pokud máte problémy, jak si ošetřujete doma pleť?

Používám krém na pleť a tělové mléko.

Svědí vás kůže?

ano

ne

Nyní v graviditě, pokud si ji nepromažu.

Objektivní hodnocení sestry:

celistvost, vyrážka, hematomy, opruzeniny, rány, jizvy atd.: Kůže je normální barvy, sušší, ošetřena tělovým mlékem. Nejsou přítomny exantémy ani hematomy na kůži. Na břicho je jizva po APPE v pravém podbřišku a pod pupkem jizva po laparoskopii. Strie nejsou. Jizvy jsou klidné, bledé. Dolní končetiny jsou bez varixů a otoků.

5. Strava a dutina ústní

a) Jak vypadá váš chrup?

dobry

vadny

- Máte zubní protézu?

dolní

horní

žádnou

- Dělá vám stav vašeho chrupu při jídle potíže?

ano

ne

pokud ano, upřesněte

- Máte rozbolavělá ústa?

ano

ne

pokud ano, ruší vás to při jídle?

b) Myslíte, že máte tělesnou váhu přiměřenou vyšší (o kolik)

nižší (o kolik)

c) Změnila nemoc vaši chuť k jídlu?

ano

ne

pokud ano, o kolik kg jste zhubnul/přibral:

d) Změnila nemoc vaši chuť k jídlu?

ano

ne

- Co obvykle jíte? Pestrá strava.

- Je něco co nejíte? Proč? Ne.

- Měl jste nějakou dietu, než jste byl hospitalizován?

ano

ne

pokud ano, upřesněte:

- Měl jste nějaké problémy s jídlem, než jste přišel do nemocnice?

pokud ano, upřesněte: Ne.

co by mohlo problém vyřešit?

- Čekáte, že po návratu z nemocnice budete mít speciální dietu? Doufám, že ne. Ale ještě mě budete dělat ten test na cukrovku, tak uvidíme.

pokud ano, očekáváte, že ji budete schopni dodržovat? Asi by to nebyl problém.

Objektivní hodnocení sestry

stav výživy, enterální výživa, dieta, parenterální výživa, soběstačnost:

S výživou paní U. neměla dříve žádné problémy. Nikdy žádnou dietu nedržela. Před graviditou vážila 75 kg, měří 172 cm, nyní je váha 82 kg, váhový přírůstek v graviditě je přiměřený (7 kg). Paní U. není vybíravá a sní, co v nemocnici dostane. Rodina bude ovoce a zeleninu donášet. Ohledně času jídla nemá zvláštní požadavky.

V graviditě paní U. užívá přípravek Femibion 800 Metafolin tbl, které obsahují kyselinu listovou, důležitou pro správný vývoj plodu. V graviditě se zaměřila na vyšší příjem ovoce a zeleniny.

6. Příjem tekutin

- ✓ Změnil jste příjem tekutin od té doby, co jste onemocněl?

zvýšil

snížil

nezměnil

- ✓ Co rád pijete? Neperlivou vodu a rozpustnou kávu.
- ✓ Co nepijete rád? Sladké pití, zvláště v graviditě Coca-colu.
- ✓ Kolik tekutin denně vypijete? 1 litr, víc nemůžu, mám pocit, že se utopím.
- ✓ Máte k dispozici dostatek tekutin? *ano* *ne*

Objektivní hodnocení sestry:

(projevy dehydratace, soběstačnost při příjmu tekutin, tekutiny v dosahu)

Paní U. měla s dodržováním dostatečného pitného režimu vždy problémy. Za den vypila často pouze dvě kávy. Denní příjem tekutin nyní činí jen okolo jednoho litru. K dispozici má tekutin dostatek, manžel přinesl neperlivé minerálky, pocit žízně nemá. V nemocnici pije černý čaj s citronelou a mléko. Alkohol nikdy nepila. I přes nízký denní příjem tekutin má paní U. sliznice vlhké, jazyk není oschlý, rty také ne. Kožní turgor je normální.

7. Vyprazdňování stolice

- ✓ Jak často chodíte obvykle na stolicí? 1 x denně.
- ✓ Máte obvykle *normální stolice*
zácpu
průjem
- ✓ Kdy se obvykle vyprazdňujete? Ráno.

Pomáhá vám něco, abyste se vyprázdnil? ---

✓ Berete si projímadlo? nikdy *příležitostně* *často* *pravidelně*

✓ Pokud ano,

jaké?.....

✓ Máte nyní problémy se stolicí? *ano* *ne*

pokud ano, jak by se daly vyřešit:

Objektivní hodnocení sestry:

konzistence, barva, frekvence, příměsi atd. (pokud při vyplňování vstupního záznamu znám), meteorismus, flatulence:

Na stolicí chodí paní U. jedenkrát denně, obvykle ráno. Naposledy byla 2. 9. 2008. Stolica je formovaná, hnědé barvy, bez příměsi. Větry odcházejí.

8. Vyprazdňování moči

✓ Měl jste potíže s močením před příchodem do nemocnice? *ano* *ne*

pokud ano, upřesněte:

jak jste je zvládal?

✓ Co by vám pomohlo řešit potíže s močením v nemocnici?

.....

✓ Očekáváte potíže s močením po návratu z nemocnice? *ano* *ne*

pokud ano, myslíte, že to zvládnete?

Objektivní hodnocení sestry:

diuréza, barva atd.

Frekvence močení je 6x až 8x denně. Moč je čirá, koncentrovanější z důvodu nízkého příjmu tekutin. Denní diuréza nebyla měřena.

9. Lokomotorické funkce

✓ Máte potíže s chůzí? *ano* *ne*

pokud ano, upřesněte:

✓ Měl jste potíže s chůzí už před přijetím? *ano* *ne*

pokud ano, upřesněte:

- ✓ Řekl vám zde v nemocnici někdo, abyste nechodil? *ano* *ne*
pokud ano, upřesněte: Lékař mi doporučil klidový režim, smím si dojít jen na WC a do koupelny.
- ✓ Očekáváte nějaké problémy s chůzí po propuštění?
nevím *ano* *ne*
pokud ano, jak očekáváte, že je zvládnete?

Objektivní hodnocení sestry:

S pohybem paní U. nemá žádné problémy, chůze je normální.

10. Smyslové funkce

- ✓ Máte potíže se zrakem? *ano* *ne*
pokud ano, upřesněte: Jsem krátkozraká, vidím špatně do dálky.
- ✓ Nosíte brýle? *ano* *ne*
pokud ano, máte s nimi nějaké problémy? Ne.
- ✓ Slyšíte dobře? *ano* *ne*
pokud ne, užíváte naslouchadlo? *ano* *ne*
jak jinak si pomáháte, abyste rozuměl?

Objektivní hodnocení sestry:

Paní U. je krátkozraká, brýle na dálku má s sebou, mají 1 dioptrii. Nosí je pouze na televizi a na řízení auta. Pozoruji při pohledu do dálky mírné přivírání očí.

11. Fyzická a psychická aktivita

- ✓ Chodíte do zaměstnání? Pokud ano, co děláte? Do 17. 3. 08 jsem pracovala jako prodavačka, od té doby jsem v pracovní neschopnosti.
- ✓ Máte potíže pohybovat se v domácnosti? *ano* *ne*
Máte doporučeno nějaké cvičení? Pokud ano, upřesněte: Ne.
- ✓ Víte, jaký je váš pohybový režim v nemocnici? *ano* *ne*
✓ Co děláte rád ve volném čase?
V létě jezdím na kole, čtu detektivky, romány, vyšívám, aranžuju, baví mě ruční práce.

- ✓ Jaké máte záliby, které by vám vyplnily volný čas v nemocnici? Čtení, manžel mi přinese knihy.
- ✓ Můžeme něco udělat v jejich uskutečnění? Dejte mi zatím nějaký časopis.

Objektivní hodnocení sestry:

Paní U. pracovala před těhotenstvím jako prodavačka.

V nemocnici má naordinovaný klidový režim, smí si dojít jen na WC a do koupelny, strava je podávána k lůžku. Pacientka to ochotně respektuje a dodržuje. Paní jsem poučila o nutnosti protahovat dolní končetiny, ukázala přitahování a oddalování špičky nohy jako prevenci vzniku hluboké žilní trombózy. Pocit nudy nemá, její myšlenky jsou zaměřeny na další průběh těhotenství.

12. Odpočinek a spánek

- ✓ Kolik hodin spánku potřebujete k pocitu vyspání? 7 hodin
- ✓ Máte doma potíže se spánkem? *ano* ne
pokud ano, upřesněte:
- ✓ Kolik hodin obvykle spíte? 7 hodin
- ✓ Usínáte obvykle těžko? *ano* ne
- ✓ Budíte se příliš brzo? *ano* ne
pokud ano, upřesněte
- ✓ Co podle vás způsobuje vaše potíže?
- ✓ Máte nějaký návyk, který vám pomáhá lépe spát?
Před spaním se vysprchovat a pak si číst.
- ✓ Berete doma léky na spaní? *ano* ne
pokud ano, které:
- ✓ Zdřímnete se i během dne? Jak často a jak dlouho?
V poslední době tak na jednu hodinu po obědě.

Objektivní hodnocení sestry:

únava, denní a noční spánek apod.:

Paní U. má trochu obavy o spánek v nemocnici, kde je jiný časový režim. Nyní má pocit únavy, byla přijata v noci, moc se nevyspala, cítí obavy, nemůže spát.

13. Sexualita

(otázky závisejí na tom, zda pacient považuje potřebné o tom mluvit)

- ✓ Způsobila vaše nemoc nějaké změny ve vašem partnerském vztahu?

ano

ne

pokud ano, upřesněte:

- ✓ Očekáváte, že se změní po odchodu z nemocnice váš intimní život?

ano

ne

pokud ano, upřesněte: Určitě bude zákaz styku.

V sexuální oblasti paní U. nemá problémy. S manželem si rozumí po této stránce velmi dobře.

- pacient o sexualitě nechce hovořit ---

- otázky nebyly položeny z důvodu vysokého věku nemocného ---

14. Psychologické hodnocení

- | | | | |
|--------------------------------------|------------------------|---------------------|---------------------|
| • emocionalita | <u>stabilní</u> | spíše stabilní | labilní |
| • autoregulace | <u>dobře se ovládá</u> | hůře se ovládá | |
| • adaptabilita | <u>přizpůsobivý</u> | nepřizpůsobivý | |
| • příjem a uchování informací | | | |
| | <u>bez zkreslení</u> | zkresleně (neúplně) | |
| • orientace | <u>orientován</u> | dezorientován | |
| • celkové ladění | úzkostlivý | smutný | rozzlobený |
| | sklíčený | apatický | <u>optimistický</u> |

15. Rodina a sociální situace

- ✓ S kým doma žijete? S manželem.
- ✓ Kdo je pro vás nejdůležitější člověk (nejbližší) člověk? Manžel, maminka.
- ✓ Komu mohou být poskytnuty informace o vašem zdrav. stavu? Manželovi.
- ✓ Jaký dopad má vaše přijetí do nemocnice na vaši rodinu? Manžel asi zhubne.
- ✓ Může vás někdo z rodiny (nebo blízký) navštěvovat? Ano.
- ✓ Je na vás někdo závislý? Manžel, citově i v oblasti např. jídla.
- ✓ Jak očekáváte, že se vám bude po propuštění doma dařit? Moc dobře.
- ✓ Kdo se o vás může postarat? Rodina.

Sociální situace (bydlení, příbuzní, kontakt se sousedy, sociální pracovníci atd.):

Paní U. bydlí v panelovém bytě na velkém sídlišti, ale s manželem stavějí rodinný domek na vesnici. Na jaře se budou stěhovat. Vztahy v rodině paní U. jsou normální, jen nezná svého otce. Manželova rodina je problematická, nemají mezi sebou dobré vztahy a ani paní U. nemá dobrý vztah s manželovou maminkou. Mrzí ji to, není na to zvyklá.

Chcete mi ještě něco říci, co by vám pomohlo v ošetrovatelské péči:

Ne, nemám žádné požadavky, nic mě nenapadá.

16. Souhrnné hodnocení nemocného

Shrnutí závěru důležitých pro ošetrovatelskou péči

Paní U. byla přijata pro suspektní odtok vody plodové ve 27. týdnu rizikové gravidity. Pociťuje občasné tlaky v podbřišku a v křížové bolesti. Má naordinovaný klid na lůžku, smí chodit pouze na WC a do koupelny. Nejvíce pacientku trápí strach o nenarozené dítě, o další osud gravidity. Také snáší špatně odloučení od manžela a pobyt na oddělení. Nemá ráda nejistotu, neví jak dlouho bude v nemocnici, doufá, že bude velmi brzy propuštěna domů.

Datum	Ošetřovatelské diagnózy	Cíle ošetřovatelské péče	Plánované ošetřovatelské aktivity	Hodnocení poskytnuté péče		
				Efekt	Datum	Podpis sestry
3. 9. 2008	Strach a obavy o nenarozené dítě z důvodu podezření na předčasný odtok vody plodové a následného předčasného porodu projevující se sklíčeností a pláčem.	- strach a obavy jsou v přijatelné míře pro pacientku - vyloučen nebo potvrzen odtok vody plodové - pacientka verbálně vyjadřuje své pocity, není sklíčená a nepláče	- věnovat se pacientce, navázat kontakt, naslouchat obavám a vést ji k vyjádření jejích pocitů - kontrolovat známky odtoku vody plodové, při mokré vložce provést Temesvaryho test - asistovat lékaři při provedení PROM testu	Pacientčiny obavy z předčasného odtoku vody plodové byly odstraněny. Testy a vyšetřeními byl vyloučen odtok vody plodové. Po vyšetřeních paní U. již byla klidná a neplakala.	3. 9. 2008	K. N.

Datum	Ošetřovatelské diagnózy	Cíle ošetřovatelské péče	Plánované ošetřovatelské aktivity	Hodnocení poskytnuté péče		
				Efekt	Datum	Podpis sestry
3. 9. 2008	Akutní bolest v souvislosti s děložními kontrakcemi projevující se tlaky v podbříšku a v křížové oblasti.	- pacientka nebude pociťovat žádné nepříjemné pocity v podbříšku a v křížové oblasti	- podávat tokolytika a magnézium podle ordinace lékaře - sledovat jejich účinek sledováním děložní činnosti, měřením délky kontrakce a frekvenci jednotlivých stahů děložních - zajistit klidový režim pacientky - zajistit speciální polohovací lůžko a upravit ordinovanou Trendelenburgovu polohu	Cíl byl splněn během dne, paní U. vnímala, že tlaky v kříži a v podbříšku ustoupily, děloha byla klidového tonu.	3. 9. 2008	K. N.

Datum	Ošetrovatelské diagnózy	Cíle ošetrovatelské péče	Plánované ošetrovatelské aktivity	Hodnocení poskytnuté péče		
				Efekt	Datum	Podpis sestry
3. 9. 2008	Nejistota z důvodu nedostatku informací o dalším průběhu léčby a předpokládané délce hospitalizace, projevující se opakovaným dotazováním.	<ul style="list-style-type: none"> - pacientka bude mít představu o předpokládané délce hospitalizace - pacientka bude mít dostatek informací o plánované léčbě - pacientka nebude mít pocit nejistoty 	<ul style="list-style-type: none"> - zprostředkovat pacientce možnost opakovaného rozhovoru s ošetřujícím lékařem - informovat pacientku o plánovaných vyšetřeních, jejich časovém sledu a přínosu jednotlivých vyšetření - vyzývat pacientku k dotazování a tím zvyšovat její důvěru a pocit jistoty 	Cíl byl splněn. Paní U. na konci dne měla konkrétní představu o léčbě a předpokládané délce hospitalizace. Pocit nejistoty postupně vymizel a paní U. se začala vyrovnávat s delším pobytem v nemocnici.	3. 9. 2008	K. N.

Datum	Ošetřovatelské diagnózy	Cíle ošetřovatelské péče	Plánované ošetřovatelské aktivity	Hodnocení poskytnuté péče		
				Efekt	Datum	Podpis sestry
3. 9. 2008	Omezení aktivity z důvodu nařízeného klidového režimu a Trendelenburgovy polohy na lůžku.	- pacientka bude chápat důležitost, tolerovat a dodržovat omezení pohybové aktivity	- informovat pacientku o smyslu klidového režimu - vysvětlit vhodnost Trendelenburgovy polohy - naučit pacientku polohovat lůžko - zajistit pomůcky běžné denní potřeby na dosah	Paní U. si postupně zvykla na sklon lůžka, naučila se ovládat lůžko pomocí ovladače. Chápala význam dodržování klidového režimu a ochotně ho dodržovala.	3. 9. 2008	K. N.

Datum	Ošetřovatelské diagnózy	Cíle ošetřovatelské péče	Plánované ošetřovatelské aktivity	Hodnocení poskytnuté péče		
				Efekt	Datum	Podpis sestry
3. 9. 2008	Riziko vzniku zácpy z důvodu omezeného pohybu, změny prostředí a užívání preparátu železa.	- paní U. bude mít normální fungování a vyprazdňování střev - pacientka zná rizikové faktory a zná vhodná opatření	- poučit pacientku o negativním vlivu omezení pohybu, změny prostředí a nasazení preparátu železa na vyprazdňování a riziku vzniku zácpy - zdůraznit nutný dostatečný příjem tekutin během hospitalizace - upozornit na negativní vliv zácpy na děložní kontrakce - doporučit vhodná dietní opatření vedoucí k vyprazdňování měkké stolice	Paní U. neměla s vyprazdňování stolice problémy, jedla kompoty do nasazení diabetické diety. Příklad tekutin nezvýšila, má s tím problémy, ale snažila se. Vypila maximálně jeden litr tekutin za den.	5. 9. 2008	K. N.

Datum	Ošetřovatelské diagnózy	Cíle ošetřovatelské péče	Plánované ošetřovatelské aktivity	Hodnocení poskytnuté péče		
				Efekt	Datum	Podpis sestry
3. 9. 2008	Riziko vzniku intoxikace v důsledku podávání tokolytik.	- pacientka nebude mít projevy nežádoucích účinků tokolytik v neúnosné míře	- upozornit pacientku na projevy při nasazení léčby - sledovat výskyt jednotlivých nežádoucích účinků (třes horních končetin, palpitace, tachykardie) - dodržovat rychlost podání infúze dle ordinace lékaře a informovat o nežádoucích účincích léků - podávat léky na zmírnění obtíží dle ordinace lékaře	Cíl byl splněn.	4. 9. 2008	K. N.

Datum	Ošetřovatelské diagnózy	Cíle ošetřovatelské péče	Plánované ošetřovatelské aktivity	Hodnocení poskytnuté péče		
				Efekt	Datum	Podpis sestry
3. 9. 2008	Riziko vzniku infekce z důvodu invazivního vstupu periferního žilního katétru.	- pacientka nebude mít žádné projevy infekce v místě aplikace intravenózního žilního katétru	- provádět denně převaz kanyly - vyměňovat kanylu po třech dnech, či dle potřeby - pozorovat výskyt známek infekce (zarudnutí, otok, bolestivost) - minimalizovat rozpojování setu a při manipulaci dodržovat zásady asepse	Cíl byl zcela splněn, pacientka neměla žádné projevy infekce v místě aplikace katétru.	5. 9. 2008	K. N.

Datum	Ošetřovatelské diagnózy	Cíle ošetřovatelské péče	Plánované ošetřovatelské aktivity	Hodnocení poskytnuté péče		
				Efekt	Datum	Podpis sestry
5. 9. 2008	Deficit informací o gestačním diabetu mellitu a diabetické dietě, projevující se nejistotou a dotazováním.	<ul style="list-style-type: none"> - pacientka bude mít základní informace o gestačním diabetu a jeho prognóze - pacientka bude chápat diabetickou dietu 	<ul style="list-style-type: none"> - seznámit pacientku s diabetickou dietou, jejím složením a časovém rozvrhu podávání stravy - zajistit kontakt s edukační sestrou z diabetologické poradny pro těhotné - umožnit pacientce přečíst si informace o gestačním diabetu a možnostech jeho léčby - povzbuzovat pacientku k dotazování 	Paní U. po edukaci a rozhovoru se mnou měla představu o gestačním diabetu, věděla, jaký bude další postup sledování a jaký je plán léčby této poruchy.	5. 9. 2008	K. N.

Datum	Ošetřovatelské diagnózy	Cíle ošetřovatelské péče	Plánované ošetřovatelské aktivity	Hodnocení poskytnuté péče		
				Efekt	Datum	Podpis sestry
7. 9. 2008	Obavy z plnění rodičovské role z důvodu nedostatku zkušeností, vyššího věku a nutnosti změnit dosavadní životní styl, projevující se verbalizací problému.	- pacientka pocítí zmírnění obav	- naslouchat pacientce - povzbuzovat ji k vyjadřování svých pocitů - posilovat její sebedůvěru ve schopnost se postarat o děťátko	Paní U. se po našich rozhovorech cítila lépe a již se na tuto novou situaci těšila.	7. 9. 2008	K. N.

LETÁK PRO PACIENTY

Těhotenství a diabetes

Obvyklé otázky žen, které chtějí mít dítě:

1. Bude moje dítě mít diabetes?

Riziko je malé. U Vás jako ženy s diabetem není o mnoho větší pravděpodobnost, že vaše dítě bude mít diabetes, než u nediabetické ženy. Prakticky neexistují případy novorozenců s diabetem.

2. Bude mít moje dítě vrozenou vadu?

Za předpokladu, že vaše glykémie bude mít před a během těhotenství dobré hodnoty, pak riziko je jen mírně nadprůměrné. Je-li diabetes kompenzován, riziko je téměř stejné jako u nediabetického těhotenství.

3. Co mám vědět před otěhotněním?

Než otěhotníte, měly by hodnoty glykémie být co nejbližší normálním hodnotám. Z tohoto důvodu budete možná potřebovat vhodnou instruktáž a budete se muset naučit, jak přizpůsobit své dávky inzulínu hodnotám glykémie. Naplánujte si těhotenství a používejte spolehlivou antikoncepci. Ženy s diabetickými komplikacemi potřebují odbornou konzultaci.

4. Mám během těhotenství očekávat nějaké zvláštní potíže s kompenzací?

Používáním moderních metod (sledování glykémie, časté aplikace inzulínu a dodržování správné životosprávy) není kompenzace diabetu v těhotenství obtížnější než obvykle. Během těhotenství však budete potřebovat zvláštní péči.

5. Bude můj porod normální?

Ano, takový je cíl. Mohou Vás však přijmout do nemocnice několik týdnů před termínem.

6. Co mám říct rodinným příslušníkům?

Že je možné mít zdravé dítě za předpokladu, že je diabetes dobře kompenzován. Vyzvěte svou rodinu, aby se s Vámi účastnila Vašich konzultací. Velmi rádi zodpovíme kteroukoli otázku.

7. Mohu kojit?

Ano, stejně jako nediabetické ženy.

8. Co pozdní komplikace diabetu?

Nemohou být vyvolány těhotenstvím. Pokud již existují, pak se odpovídající péčí zpravidla nezhorší.

9. Pamatujte:

Konzultujte se svým lékařem při plánování těhotenství a zvláště jakmile otěhotníte. Nečekejte! Přejeme Vám hezké těhotenství!

**Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta
Kateřinská 32, Praha 2**

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí
do závěrečné práce absolventa studijního programu
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze**

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zveřejněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

V dne

jméno a příjmení zájemce