

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Porodní asistence

Studijní obor: Porodní asistentka



Alice Rus

Ošetrovatelská péče u ženy s diagnózou fetus mortuus na porodním sále

Nursing care about woman with diagnosis fetus mortuus in delivery room.

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: PhDr. Jana Endlicherová

Praha, 2018

Prohlášení:

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

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

V Praze, 30. 04. 2018.

ALICE RUS

.....

Podpis

Identifikační záznam:

Rus, Alice. *Ošetrovatelská péče u ženy s diagnózou fetus mortuus na porodním sále.* [Nursing care about woman with diagnosis fetus mortuus in delivery room]. Praha, 2018. Počet stran 61, počet příloh 4. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Gynekologicko – porodnická klinika. Vedoucí práce Endlicherová, Jana

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou mrtvého plodu. Práce má část teoretickou a praktickou. V teoretické části je v jednotlivých kapitolách rozebírána terminologie rozlišující porod a potrat, porod mrtvého plodu včetně vhodného užití epidurální analgezie. Dále se věnuji psychologické problematice v průběhu porodu. Poslední kapitola teoretické části je se zabývá sociálně právní podporou rodičů. Praktická část je věnována kazuistice z porodního sálu, kde rozebírám konkrétní případ z porodního sálu. Hlavní důraz je kladen na důležitost ošetrovatelského procesu v péči o ženu s vhodným určením ošetrovatelských diagnóz a jejich kompletní realizace. Výstupem z mé bakalářské práce je doporučení pro praxi určené všem porodním asistentkám na porodním sále. Práce jako celek je určena porodním asistentkám a studentkám porodní asistence. Bakalářská práce je pro přehlednost doplněna přílohami.

klíčová slova: Ošetrovatelská péče, fetus mortuus, porodní sál, intrauterinní úmrtí plodu

Abstract

This bachelor thesis deals with the issue of dead fetus. The thesis has a theoretical and practical part. In the theoretical part, the terminology distinguishing birth and abortion, delivery of a dead fetus including the appropriate use of epidural analgesia are analyzed in individual chapters. I also deal with psychological issues that occur during childbirth. The last chapter of the theoretical part is devoted to social and legal support. The practical part is devoted to cases from the birth hall, where I analyze a particular case from the delivery room. The main emphasis is placed on the importance of the nursing process in the care of a woman with a suitable determination of nursing diagnoses and their complete realization. The output of my bachelor thesis is a recommendation for a practice devoted to all midwives in the birth hall. The work as a whole is intended for midwives and midwifery students. The bachelor thesis is supplemented by annexes for clarity.

keywords: Nursing proces, stillbirth, delivery room, perinatal death

Poděkování

Poděkovat bych chtěla zejména PhDr. Janě Endlicherové za odborné vedení bakalářské práce a za cenné a přínosné rady, které mi během psaní mé bakalářské práce poskytla.

Obsah

| | |
|--|-----------|
| ÚVOD | 9 |
| 1 SYNDROM MRTVÉHO PLODU..... | 10 |
| 1.1 DIAGNOSTIKA MRTVÉHO PLODU | 12 |
| 2 POROD MRTVÉHO PLODU | 14 |
| 2.1 JEDNOTLIVÉ PORODNÍ DOBY..... | 15 |
| 2.2 EPIDURÁLNÍ ANALGEZIE..... | 16 |
| 2.3 ÚLOHA PORODNÍ ASISTENTKY PŘI PORODU MRTVÉHO PLODU | 18 |
| 2.4 POPORODNÍ OŠETŘENÍ MRTVÉHO PLODU | 20 |
| 2.5 ŠESTINEDĚLÍ..... | 21 |
| 2.6 ZÁSTAVA LAKTACE..... | 21 |
| 3 PSYCHOLOGICKÁ PÉČE ZE STRANY PORODNÍ ASISTENTKY..... | 23 |
| 3.1 SDĚLENÍ DIAGNÓZY | 23 |
| 3.2 STÁDIA SMUTKU | 23 |
| 3.3 TRUCHLENÍ | 24 |
| 4 SOCIÁLNĚ PRÁVNÍ PODPORA..... | 26 |
| 4.1 POHŘEBNÉ..... | 26 |
| 4.2 PORODNÉ..... | 26 |
| 4.3 PENĚŽITÁ POMOC V MATEŘSTVÍ | 26 |
| 4.4 PRÁVA RODIČŮ..... | 26 |
| 5 KAZUISTIKA ŽENY S DIAGNÓZOU FETUS MORTUUS NA PORODNÍM SÁLE..... | 27 |
| 5.1 OŠETŘOVATELSKÝ MODEL DLE MARJORY GORDONOVÉ | 28 |
| 5.2 KAZUISTIKA DLE M. GORDONOVÉ..... | 29 |
| DISKUZE..... | 49 |
| ZÁVĚR A DOPORUČENÍ PRO PRAXI..... | 50 |
| SEZNAM LITERATURY | 51 |
| SEZNAM ZKRATEK | 53 |
| SEZNAM PŘÍLOH | 54 |

Úvod

Každý rok se v České republice živě narodí okolo 110 000 dětí, ve statistice ovšem najdeme i údaj mrtvě narozených dětí, kterých je každoročně okolo 400. Mrtvorozenost má klesající tendenci, ovšem stále je v porodnictví přítomna. O syndromu mrtvého plodu mluvíme tehdy, pokud k úmrtí dítěte dochází v těhotenství nebo za porodu.

Pro mnoho lidí z mého okolí znamená práce porodní asistentky sice velmi náročnou, ale zároveň naplňující práci, věnující se nejkrásnějšímu období v životě ženy a ostatně i celé její rodiny. Ovšem i během tohoto nádherného období může dojít k řadě komplikací, které nekončí dobře. Co když ale k žádné z komplikací nedojde a žena stejně porodí mrtvé dítě?

Výběr tématu závěrečné práce jistě značně ovlivnila má první zkušenost z porodního sálu. Ani ve snu by mě nenapadlo, že má první noční směna bude věnována pacientce s diagnózou fetus mortuus. Tohle téma mě natolik zaujalo, že jsem velmi dlouho vyhledávala v odborné literatuře informace o příčinách intrauterinní smrti. To, že umírají nedonošení novorozenci je všeobecně známo, ale skutečnost, že po absolutně nekomplikovaném těhotenství může nastat situace v podobě této diagnózy už ví jen málokdo z budoucích rodičů.

Opravdu jen velmi malé procento těhotenství končí porodem mrtvého plodu. Ale ženy, které si touto zkušeností projdou tu jsou a i nadále budou. A péče empatické porodní asistentky a lékaře je pro ně, troufám si říct, téměř klíčová. V takové situaci musí být porodní asistentka citlivým profesionálem, který bude rodičům oporou.

V péči porodní asistentky o těhotnou ženu na porodním sále se zmiňovanou diagnózou je důležitá znalost oficiálních doporučených postupů vydaných Českou gynekologickou a porodnickou společností (ČGPS) České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČLS JEP) a znalost ošetrovatelského procesu. Proto se v druhé části práce zabývám právě ošetrovatelským procesem, který je zaměřen na všechny potřeby ženy, které jsou pro mě jako pro porodní asistentku prioritní.

Páce je věnována zejména studentkám porodní asistence a má za cíl poskytnout komplexní informace o dané problematice a o poskytování vhodné ošetrovatelské péče.

1 Syndrom mrtvého plodu

Na začátek je nejprve podstatné ujasnit si základní terminologii. O syndromu mrtvého plodu hovoříme tehdy, pokud smrt dítěte nastane během těhotenství nebo za porodu. O syndromu hovoříme v medicíně u souboru příznaků charakterizující určitou nemoc, v tomto případě spíše stav.

Perinatální úmrtnost je udávána v počtu případů perinatálních úmrtí přepočteném na 1000 živě narozených dětí (tedy v promile). Vysoká kvalita perinatální péče v České republice řadí naše výsledky na přední místa ve světovém žebříčku a to především díky kvalitní ultrazvukové diagnostice a komplexní perinatální péči. (9)

„Mrtvorozenost je významnou složkou perinatální úmrtnosti, která je považována za významný ukazatel kvality perinatální péče. Mrtvý plod může být spojen s dalšími porodnickými komplikacemi, ale hlavně je spojen s obrovskou psychickou zátěží, a to nejen pro těhotnou, ale i pro její laické i odborné okolí. Celosvětově je počet případů mrtvorozenosti odhadován na 3,2 miliony.“ (Neumann – Mrtvorozenost - trvající problém perinatální péče)

Světová zdravotnická organizace určuje hranici mezi mrtvě a živě narozeným podle přítomnosti alespoň jedné ze čtyř známek života, kterými jsou: dechové pohyby, srdeční akce, pulzace pupečníku a aktivní pohyby, a to bez ohledu na délku těhotenství. (9)

Za porod mrtvého plodu se považuje porod novorozence bez známek života s hmotností 500g a výše. Nemůžeme-li zjistit hmotnost, pak od 22. dokončeného týdne těhotenství, pokud nám není známo gestační stáří plodu, vycházíme z délky plodu od temene k patě (25cm). O potratu hovoříme dojde-li k vypuzení plodu o hmotnosti menší než 500g. Pokud nemůžeme zjistit hmotnost, orientujeme se podle gestačního stáří plodu (do 22. týdne těhotenství). (22)

Úmrtí živě narozeného novorozence do sedmého dne života je definováno jako časná novorozenecká úmrtnost. (9)

Při zjištění mrtvého plodu v těhotenství nebo za porodu může dojít ke komplikacím, které závažně ohrožují zdravotní stav i život matky. Mluvíme tedy o syndromu mrtvého plodu u všech těhotenství a porodů, kdy dojde k narození plodu o hmotnosti vyšší než 500g bez známek života. Mezi hlavní rizika syndromu mrtvého plodu patří Diseminovaná intravaskulární koagulace (DIC), při retenci plodu in utero dojde po různě dlouhé době asi u 25 % žen k hypofibrinogémií a koagulopatii, další vážnou komplikací je infekce s možnou sepsí. (2)

Při úmrtí jednoho plodu u vícečetného těhotenství je postup zcela individuální, velmi záleží hlavně na typu těhotenství (zda je homozygotní či dizygotní), aktuálním stavu ženy a délce těhotenství. V případech odumření jednoho plodu dochází k rozvoji DIC jen velmi výjimečně. Riziko úmrtí živého dvojčete u homozygotních gemini převyšuje 50 %, proto je vhodné provést primární císařský řez na živé dvojče. U dizygotních dvojčat je možné zvolit konzervativní postup s nutnou hospitalizací matky, pečlivého sledování zánětlivých a koagulačních markerů, ultrazvukového sledování živého dvojčete spolu se sledováním růstu a průtoků fetoplacentární jednotkou. Při známkách zhoršení stavu či opoždění vývoje živého plodu je vhodné provést císařský řez. Dojde – li však k předčasnému porodu, není mrtvý plod v děloze matky, za splnění určitých podmínek, kontraindikací ke spontánnímu vedení porodu (viz obr. č.1 mrtvé dizygotní dvojče, porozené spontánně několik minut po živém dvojčeti). (9)

Příčiny intrauterinní smrti mohou být ze strany matky, plodu, placenty nebo pupečníku. Reálnou příčinu smrti plodu se nám nepodaří zjistit asi v 20–50 % případů. Vyšší incidence porodu mrtvého plodu byla prokázána u matek pod 20 a nad 34 let věku. (9)

Příčiny ze strany matky většinou bývají závažná onemocnění vznikající v období těhotenství nebo za porodu. Příčinnou smrti plodu může ovšem být i preexistující onemocnění matky zhoršující se v graviditě. (9)

Patří k nim zejména

- preeklampsie a eklampsie
- gestační diabetes mellitus zejména nesledovaný a dekompenzovaný
- syndrom HELLP
- nefropatie a hepatopatie
- kardiopulmonální a kardiovaskulární choroby
- antifosfolipidový syndrom
- sepse
- abúzus drog, léků nebo alkoholu

Mezi příčiny intrauterinního úmrtí ze strany plodu řadíme

- chromozomální aberace
- vrozené vývojové vady
- vrozené poruchy metabolismu
- fetofetální transfuze dvojčat
- hydrops plodu

Příčiny intrauterinního úmrtí ze strany placenty jsou

- insuficience placenty, která vede k růstové restrikci plodu a může vést až k odúmrtí plodu
- patologicky naléhající lůžko především placenta previa centralis
- trombózy placenty (často spojené s trombofilní mutací matky)
- placentární infarkty
- chorioamnitida
- mezi velmi vzácné patologie placenty patří nádory placenty: trofoblasticke, netrofoblastické i metastatické. (9)

K úmrtí plodu z pupečnickových příčin dochází zejména při

- trombóze pupečnickových cév
- pravých uzlech
- torzi pupečníku kolem krčku, končetin či trupu
- poruchy inserce pupečníku (insertio velamentosa)
- vasa previa a z nich jdoucí fetomaternální krvácení a v neposlední řadě výhřez pupečníku před naléhající část plodu za porodu (častěji u porodu koncem pánevním). (9)

1.1 Diagnostika mrtvého plodu

Většina žen přijde do porodnice se subjektivním pocitem změny frekvence či charakteru pohybů plodu. Jedná se však o velmi subjektivní a nespolehlivý příznak a je potřeba si objektivně potvrdit vitalitu plodu.

Subjektivní příznaky jsou o pocitech ženy a nemůžeme je nijak ověřit vyšetřovacími metodami. Ženy většinou pociťují:

- celkovou změnu stavu
- nechutenství
- únavu s možnou subfebrilií

- snížené vnímání nebo vymizení pohybů. Pohyby také občas popisují jako „narážení do stěn břicha“
- výtok z pochvy, odchod hlenové zátky, krvácení z rodidel
- děložní kontrakce a ochablost prsů

Objektivní příznaky úmrtí plodu zjistíme za pomoci vyšetřovacích metod. Za objektivní známky nitroděložní smrti plodu jsou považovány:

- nepřítomnost srdeční akce plodu zjištěna fonendoskopem, Dopplerovým snímačem, kardiokografem nebo pomocí UZ
- nezvětšující se děloha
- nepřiměřená vzdálenost spona stydká – fundus děložní ve vztahu k délce těhotenství
- nadměrný váhový úbytek
- výsledky biochemického vyšetření

Nejdůležitější diagnostickou metodou je ultrazukové vyšetření, které prokáže smrt plodu a zároveň nám podá informace o velikosti, poloze a postavení plodu, které jsou pro nás klíčové v rozhodování o dalším postupu hlavně co se vedení porodu týče. Pokud je mrtvý plod v děloze přítomen déle jak 7 dnů, můžeme na ultrazukovém obraze vidět střechovité překrývání lebečních kostí (Spaldingovo znamení). Dále můžeme provést amnioskopii, u které nacházíme buď zkalenou nebo masivně červeně zbarvenou plodovou vodu. (9)

2 Porod mrtvého plodu

Péče o ženu s mrtvým plodem je v průběhu porodu rozdílná oproti fyziologickému porodu. Pečujeme o ženu po stránce tělesné, ale hlavně po stránce psychické. Na rozdíl od fyziologického porodu přijde žena do porodnice psychicky, ale i fyzicky nepřipravená k porodu. Při příjmu na porodní sál často zjišťujeme pomocí vnitřního vyšetření nepřipravenost porodních cest. Lékař proto indikuje preindukci či indukci. Při příjmu rodičky se dále provádí laboratorní vyšetření zahrnující krevní obraz, koagulační parametry, základní biochemická vyšetření, CRP a vyšetření moči. Lékař dále ordinuje vhodnou miniheparinizaci, podávání nízkomolekulárního heparinu k prevenci poruch srážlivosti zejména DIC, nejčastěji v podobě Fraxiparine a Clexane aplikovaných s.c. v dávce podle tělesné hmotnosti 0,2 – 0,4 ml/24 h. Dále ordinuje i vhodnou ATB profylaxi, nejčastěji pomocí Penicilinu podávaného intravenózně. (9)

„Za preindukci porodu lze považovat postupy, jejichž cílem je dosažení zralosti hrdla, a tím jeho senzibilizace k působení indukčního preparátu. Ke zvýšení úspěšnosti vaginálního porodu při nepříznivém vaginálním nálezu (cervix score 0-5) používáme efektivní mechanické a farmakologické metody. Dirupce vaku blan ani podání oxytocinu nemají potřebný efekt na zrání hrdla děložního, a proto nejsou pro preindukci doporučovány.“ (VLK, R. Preindukce a indukce porodu. Doporučený postup dle ČGPS a ČLS JEP)

U preindukce můžeme stejně jako u indukce použít mechanické a farmakologické způsoby. Mezi mechanické patří zejména zavedení Dilapanu. Dilapan jsou hydrofilní tyčinky, které po zavedení do děložního hrdla absorbují okolní tekutinu, rozšiřují svůj průměr a tím mechanicky dilatují hrdlo děložní. (9)

Medikamentózní preindukce je založena zejména na zracích účincích preparátů, které se aplikují do zadní klenby poševní či přímo do hrdla děložního. Nejčastěji se k preindukci porodu používá PGE₂ ve formě vaginálního gelu (Prepidil gel 0,5mg). Účinnější bývá zavedení preparátu přímo do děložního hrdla – intracervikálně. (9)

„Indukci porodu zahajujeme tam, kde není bezprostředně ohrožen život ženy, až po stanovení základních laboratorních parametrů a pokud možno v běžné pracovní době, kdy jsou optimální podmínky k řešení případných komplikací.“ (Procházka, Měchurková, Calda, Vedení porodu mrtvého plodu – Doporučený postup dle ČGPS a ČLS JEP). K indukci porodu přistupujeme tehdy, když je zralé děložní hrdlo, což znamená, že při vaginálním vyšetření zhodnotíme Cervix score >5. K indukci porodu lze použít mechanické metody dilatace (transcervikálně zaváděné balónkové katétry, především Foleyův katétr nebo katétry, které jsou synteticky vyrobené), prostaglandiny a po dirupci vaku blan (nejlépe u CS > 8) i Oxytocin. Při volbě prostaglandinů pro indukci porodu může u pacientky dojít

k velmi bolestivé děložní činnosti a je proto vhodné adekvátně ulevovat od bolesti. V současné volbě je k úlevě od bolesti velmi hojně využívaná epidurální analgezie. (25)

Doporučený postup nám mimo jiné říká, že u stavů, kde je příčinou odumření plodu současně ohroženo zdraví matky, podnikáme okamžitě kroky k ukončení těhotenství s ohledem na stav matky a porodnický nález. Při stanovení taktiky porodu preferujeme vedení porodu vaginální cestou, jen ve zcela výjimečných situacích bývá přistupováno k extrakčním metodám (vakuumextrakce, forceps) a zmenšovacím operacím (které jsou v současné době prováděny jen velmi zřídka, s ohledem na to, že většina rodičů, chce své dítě po porodu vidět, rozloučit se s ním). Císařský řez je metodou volby u stavů bezprostředně ohrožujících život matky nebo u stavů kde je totální kontraindikace k vaginálnímu vedení porodu vaginálního vedení porodu. (22)

Poloha plodu koncem pánevním není kontraindikací k vaginálnímu vedení porodu při splnění podmínek z doporučeného postupu pro vedení vaginálního porodu koncem pánevním což jsou „*při ultrazvukovém odhadu hmotnosti plodu nad 3500 gramů (u primipary) nebo 3800 gramů (u multipary – vždy s přihlédnutím k porodní hmotnosti již narozených dětí).*“ (Binder, Vedení prenatální péče a porodu donošeného plodu v poloze koncem pánevním – doporučený postup.). Dále je doporučováno po porodu nepřerušovat pupečník a odesílat plod s placentou na histopatologické vyšetření k vyloučení trombózy pupečníku jako příčiny úmrtí. (22)

2.1 Jednotlivé porodní doby

Porod je zahájen nástupem pravidelné děložní činnosti, která vede k rozvíjení dolního děložního segmentu a ke zkracování a dilataci hrdla děložního. Frekvence kontrakcí, které mají vliv na otevírání děložních cest, obvykle nepřesahuje 1 – 2 za 10 minut. U prvorodiček dochází k otevírání děložního hrdla kalichovitě směrem od vnitřní branky k zevní. U vícero diček má hrdlo válcovitý tvar a zevní branka zeje. Hrdlo se rozevírá vcelku společně s dilatací vnitřní branky. Přesouváním dolního děložního segmentu dochází ke zkracování hrdla. Při vaginálním vyšetření je tedy hrdlo prostupné až k vnitřní brance. Vlastní dilatace je oproti prvorodičkám podstatně zkrácená. První doba porodní je nejdelší dobou jak u prvorodiček, tak i u vícero diček. Porod může začít i spontánním odtokem vody plodové, děje se tak u 10 – 15 % případů. Jestliže není odtok vody bezprostředně následován pravidelnou děložní činností (do jedné hodiny od odtoku) hovoříme o předčasném odtoku vody plodové (PROM – Premature rupture of fetal membranes). (9)

Vypuzovací doba, tedy II. doba porodní, je zahájena zánikem branky, plod v jejím průběhu prostupuje porodními cestami a ukončena porodem plodu. Plod v této fázi provádí několik pohybů: iniciální flexe a vstup hlavičky do pánevního vchodu, progresse hlavičky do pánevní šíře a úžiny, vnitřní rotace hlavičky, deflexe a zevní rotace hlavičky.

Následuje porod ramének. V druhé době porodní se rodička aktivně zapojuje použitím břišního lisu. (9)

Po porodu dítěte se děloha retrahuje, má kulovitý tvar a výše fundu dosahuje k pupku. Po klidové fázi dochází opět ke kontrakcím, *contractiones ad secundias*. Mezi placentou a děložní stěnou se přetrhají uteroplacentární septa a uteroplacentární cévy, což má za následek vznik retroplacentárního hematomu. Placenta se následně postupně odlučuje. Třetí doba porodní bývá nejkratší, obvykle trvá 5 – 10 minut (neměla by přesáhnout 60 minut). Přistupujeme k ní aktivně podáním uterotonik i.v. Rozeznáváme tři způsoby odlučování placenty podle lokalizace, způsobu odlučování a porodu.

- Mechanismus podle Baudelocquea – Schultzeho – placenta je odlučována od centra k periferii a vytváří se centrální retroplacentární hematom. Plodové obaly zadržují hematom, rodička před porodem placenty nekrvácí. Placenta se rodí svou fetální částí a za sebou povytahuje plodové obaly.
- Mechanismus podle Duncana – placenta je odlučována od distálního konce přes centrum k opačnému konci. Retroplacentární hematom odtéká v průběhu odlučování pochvou. Placenta se rodí po hraně, napřed svou mateřskou stranou. Před porodem placenty rodička mírně krvácí.
- Mechanismus podle Gessnera – placenta je odlučována od periferie, pak mírně klesne a kornoutovitě se sbalí. Rodí se svou fetální stranou. Hematom je již před tím volně odlučován pochvou. Rodička před porodem opět mírně krvácí.

Po porodu placenty a plodových obalů se děloha kompletně retrahuje. Nastává parciální mechanická hemostáza, při které dochází ke stlačení přetrhaných cév na rané ploše dělohy. Stěny stlačených cév k sobě přilnou a záhy se slepí, takže se nevytváří trombus. Toto období patří již do raného šestinedělí, trvá asi dvě hodiny po porodu a rodička jej tráví na porodním sále. Celková krevní ztráta vzniklá při fyziologickém porodu a v poporodním období dosahuje cca 300 ml. (9)

2.2 Epidurální analgezie

Epidurální analgezie patří v současné době k nejčastějším metodám porodnické analgezie. A její analgetická účinnost dosahuje 90 %. U porodu mrtvého plodu by měla být samozřejmostí. (9)

Do epidurálního prostoru se podává místní anestetikum samostatně, nebo ve směsi s opioidem. Určené množství anestetika je podáváno do epidurálního prostoru obvykle do oblasti L1-L2, do hloubky asi 4mm. U každé rodičky je hloubka individuální. Správná dávka anestetika zajišťuje, aby analgezie nenarušovala pohyblivost rodičky při porodu. V současné době jsou podávány moderní a bezpečné preparáty jako jsou Chirocain 1,25%

nebo Natropin 0,1%. Dále se přidává nepatrná dávka opioidu například Sufentanilu nebo fentanylu, aby bylo možné snížit dávku místní anestezie na minimum. Příměs opioidu vyvolává lepší efekt analgezie než samostatné lokální anestetikum. Přidáním opioidu se dále podařilo odstranit nedostatky epidurální analgezie totiž pokles krevního tlaku, nemožnost volného pohybu rodičky při porodu a častější indikace k operativnímu ukončení porodu. (9)

Epidurální analgezie (EDA) je metodou volby, pokud chceme při porodu dosáhnout vysoce účinné analgezie. Je ovšem dobré pacientky upozornit, že ani porod s epidurální analgezií není zcela bezbolestný. Tím, že rodička není zcela zbavena bolesti a cítí tlak až mírnou bolest ve II. době porodní, může dobře spolupracovat, zejména zapojovat břišní lis a efektivně tak tlačit. EDA se doporučuje využívat v případech, kdy má žena zdravotní nebo porodnické problémy, zejména kardiovaskulární nebo plicní onemocnění, oční choroby, epilepsii nebo preeklampsii, nebo pokud hrozí fyzické či duševní vyčerpání rodičky. Dále také u porodu koncem pánevním, spontánním porodu dvojčat, u předčasného či opožděného porodu. Tuto metodu analgezie je dále vhodné využít v situacích, kdy byl porod vyvoláván uměle, nebo trvá příliš dlouho. EDA se dá aplikovat i v případech, kde je vyšší riziko operačního ukončení porodu. K provedení císařského řezu lze do epidurálního katétru podat vyšší dávku opioidů k převedení epidurální analgezie na epidurální anestezii. EDA by měla být povinně podávána u porodu mrtvého plodu a u ukončení gravidity ve II. a III. trimestru. (9)

Pokud jsou u rodičky známy skutečnosti jako je alergické reakce na místní anestezii, přítomnost infekce na kůži v místě předpokládaného vpichu, koagulační poruchy matky, hypoxie plodu a další, nesmí být epidurální analgezie podána. (9)

U prvorodiček se EDA aplikuje u branky v průměru 3 – 4 cm, u druhorodiček či vícero diček 2 – 3 cm. Měla by být vstoupá vedoucí část plodu v pánevním vchodu. Pokud zvažujeme dirupci vaku blan, měla by být EDA podána nejméně 30 minut před nebo 30 minut po protržení vaku blan. Žena musí s výkonem souhlasit, být seznámena s možnými riziky a podepsat informovaný souhlas. (9)

Při zvolení této metody analgezie musíme znát především aktuální výsledky koagulačních parametrů a vhodně načasovat podání antikoagulačních preparátů. Těhotné by neměla být odpírána forma epidurální analgezie z důvodů špatně načasované antikoagulační terapie. Přínos epidurální analgezie je vyšší než možná rizika krvácivých komplikací v místě vpichu. Je tendence zavést epidurální katétr již na začátku indukce porodu tzv. „na sucho“, tedy bez aplikace lokálního anestetika do epidurálního prostoru. Antikoagulační léčbu je vhodné zahájit až po zavedení epidurálního katétru. (9)

2.3 Úloha porodní asistentky při porodu mrtvého plodu

Porodní asistentka má v první době porodní nenahraditelnou roli, pro ženu je osobou, které může důvěřovat a zároveň „zdroj“ informací. Porodní asistentka informuje rodičku a doprovod jen v rámci svých. K rodičce přistupuje empaticky s klidným a tichým hlasem, komunikuje v jasných, srozumitelných větách, dává rodičům prostor pro dotazy. Úloha porodní asistentky v I. době porodní je zejména o ošetrovatelské péči o ženu a o plnění lékařem předepsaných ordinací, což zahrnuje přípravu a aplikaci léčivých přípravků. Porodní asistentka monitoruje celkový stav rodičky, kontroluje fyziologické funkce, periodicky vaginálně vyšetřuje a posuzuje míru dilatace a spotřebování hrdla a vše zapisuje do dokumentace. V případě preindukce a indukce porodu asistuje lékaři při zavádění prostaglandinové tablety, po zavedení poučí rodičku o nutnosti 30-ti minutového klidu na lůžku, nejlépe v poloze v leže na zádech, aby došlo k co nejlepšímu rozpuštění tablety. (24)

Rozhodne – li se po vaginálním vyšetření lékař provést dirupci vaku blan, provádí jej buď lékař a porodní asistentka u výkonu asistuje nebo výkon provádí porodní asistentka. O dirupci vaku blan pacientku dostatečně informuje, upozorní na možnou barvu, konzistenci a zápach plodové vody. Dirupci provádí porodní asistentka ve sterilních rukavicích, pacientka je v poloze v leže na zádech. Porodní asistentka položí pod ženu podložní mísu. Zavede mezi druhým a třetím prstem polovinu amerických kleští (diruptor) do hrdla až k dolnímu pólu vaku blan. Snaží se vypustit co největší objem plodové vody. Důkladně do dokumentace zapíše všechny informace vztahující se k dirupci včetně konzistence, barvy a zápachu plodové vody. (24)

Pomáhá rodičce zvládat bolest. Vysvětluje jí úlevové polohy, umožní pobyt ve sprše či vaně. Snaží se nabízet jak farmakologické, tak nefarmakologické metody tišení bolesti. Již od počátku může nabízet rodičce epidurální analgezi. Rodička ovšem zažívá zejména psychickou bolest. Porodní asistentka neomezuje kontakt rodičky s příbuznými. Vhodným rozhovorem zjišťuje aktuální stav rodičky a popřípadě zajistí konzultaci s klinickým psychologem. V této době má porodní asistentka dostatek času na zjištění, jakým způsobem se budou chtít rodiče s dítětem rozloučit. Domluví se s nimi, zda budou chtít dítě vidět zabalené v peřince a ponechat ho s nimi na boxu. (24)

Porodní asistentka přivolá k porodu mrtvého plodu lékaře, porod však může vést nebo u něj asistuje porodníkovi. Porodní asistentka připraví veškeré potřebné pomůcky k porodu. Porodní balík, sterilní rukavice, sterilní podložku, desinfekci, savý materiál, roušku, ochranné pomůcky – zástěru, roušku a čepici, dále připraví léky dle zvyklostí pracoviště, nejčastěji Oxytocin popř. Methylergometrine. Porodní asistentka poučí rodičku o správném dýchání a relaxaci mezi kontrakcemi, provází ženu porodem, povzbuzuje ji ke tlačení a chválí ji po každé kontrakci. Dbá na to, aby rodička správně a efektivně tlačila a

dýchala. Porodní asistentka vynaloží veškerou snahu, aby matku zbytečně netraumatizovala, nespěchá, je trpělivá, zbytečně neprovádí vaginální vyšetření a nemasíruje hráz. Porodní asistentka rodičku uklidňuje a ujišťuje, že po této fázi už bude mít porod za sebou a bude si moci odpočinout. Důležité je vědět, jestli chtějí rodiče dítě vidět hned po porodu, v takovém případě rodiče informujeme, o možném vzhledu dítěte a ostatních abnormalitách. (24)

Po porodu dítěte většinou nastává ticho a pláč ze strany rodičů. Důležité je matku i otce ujistit, že se stali rodiči. Oznamit jim, jestli se narodila holčička či chlapeček. Porodní asistentka aplikuje po porodu intravenózně uterotonika. Následně kontroluje krvácení a známky odlučování placenty. Dále kontroluje tonus dělohy a výšku fundu děložního. Při porodu placenty dbá na správnou manipulaci, aby nedošlo k potrhání blan. Po porodu placenty zkontroluje její celistvost, celistvost blan, všímá si zjevných patologií placenty, infarktů a celkového stavu lůžka. Placentu zváží a dle doporučeného postupu ČGPS ČSL JEP odesílá, pokud je to možné, dítě i placentu bez přerušení pupečnicku na patologii. Nebývá rutinně přistupováno k revizi dutiny děložní, při pochybnosti o vypuzení všech plodových obalů může lékař přistoupit k vyšetření ultrazvukem. Po porodu lůžka nastává kontrola porodních poranění a jejich případné ošetření. Pokud nejsou v porodním balíku potřebné pomůcky, porodní asistentka nachystá sterilní zrcadla, tampony, peány, popř. balík k šití a šicí materiál (např. Safil Quick). Při kontrole poranění přistupuje k pacientce empaticky a vysvětlí jí nutnost poporodního vyšetření. (24)

V poporodním období porodní asistentka pravidelně kontroluje a zaznamenává fyziologické funkce, výšku fundu děložního, krvácení a celkový stav matky. U ženy po porodu mrtvého plodu je zvýšené riziko atonie děložní, proto vše pečlivě kontroluje a zaznamená do dokumentace. Pokud je vše v pořádku, nabídne ženě jídlo a pití. Po občerstvení se ženou pomalu vstává, nejprve vyzkouší sed, stoj u postele a nakonec i cestu do sprchy. Žena se osprchuje vlažnější vodou a ve sprše se pokusí vymočít. Porodní asistentka ženu edukuje o nutnosti vymočení případně cévkování a o tom, jak se má zachovat v případě závratě. Asistentka ženě vymění prádlo, nabídne vložky a po domluvě s lékařem odstraní periferní žilní katétr pokud byl, popřípadě po domluvě s anesteziologem odstraní i epidurální katétr. Do dokumentace zapíše čas odstranění epidurálního katétru a jeho celistvost, čas je velmi důležitý pro lékaře v rámci ordinace miniheparinizace. Zapíše, zda žena jedla a pila, vytažení PŽK, výšku fundu děložního, krvácení a močení, popřípadě cévkování. Pokud byla žena cévkována, porodní asistentka ji poučí o nutnosti příjmu tekutin a nahlášení spontánního vymočení sloužící porodní asistentce na oddělení gynekologie, kam bude přeložena. S tím souvisí, že asistentka zajistí místo na oddělení gynekologie, nejlépe na jednolůžkovém pokoji. V některých nemocnicích lze zajistit, aby mohl být u ženy na pokoji přítomen doprovod po celou dobu hospitalizace. Porodní asistentka ženu po

porodu pochválí, že si vedla skvěle a rozloučí se s ní. Ujistí ji, že neselhala ani jako žena ani jako matka a vyjádří ji podporu. Upozorní ženu na nástup laktace a vysvětlí jí kroky nutné k ukončení procesu tvorby mléka. Ženu nikdy nepřevádí na oddělení šestinedělí. (24)

2.4 Poporodní ošetření mrtvého plodu

U porodu mrtvého plodu je přítomen pediatr. Dětská sestra dítě zváží a změří, kontroluje pohlaví, všímá si na první pohled zřejmých abnormalit. Pokud má plod pupečník kolem krku, porodní asistentka jej neoddělává, pupečník od placenty neodděluje. Důležité je všímá si stupně macerace plodu.

Stadia macerace plodu jsou:

- 0. zarudlá (tzv. uvařená) pokožka plodu – smrt plodu nastala před méně než 8 hodinami
- 1. kůže se loupe, dochází k tvorbě puchýřů – smrt plodu nastala před více než 8 hodinami
- 2. kůže se výrazně loupe – smrt plodu nastala 2 – 7 dní před porodem
- 3. mumifikace plodu – smrt nastala před 8 a více dny, mumifikace je patrná u plodů odumřelých minimálně 2 týdny od vybavení z dělohy (16)

Makroskopický nález plodu popisuje například Navrátilová ve svém příspěvku do časopisu Sestra „*Pokožka se lehce odlučuje mírným tlakem, v pozdějších stadiích se odlučuje samovolně puchýřovitě od spodiny. Později dochází k obnažení pokožky na rozsáhlých plochách obličeje, krku, břicha, zad, končetin, genitálu. Hlava - propadá se lebka, podsouvají se lebeční kosti, ústa a oči plodu mohou být rozevřené. Rozvolnění kloubů, změknutí všech tkání. Plod je celkově prosáklý, působí vodnatým dojmem, poté dochází k postupné ztrátě vody a mumifikaci plodu.* „(Navrátilová, Péče o ženu s diagnózou mrtvý plod). S mrtvým dítětem zacházíme jemně, s respektem a úctou. Otcí nabídneme možnost být u prvního ošetření dítěte, oběma rodičům potom můžeme nabídnout otisk nožičky či ručičky, vlásky dítěte a v neposlední řadě kontakt s dítětem bez omezování zdravotníky. V České republice není zvykem nechat po porodu mrtvé dítě několik hodin s rodiči. Trendem je spíše umožnit rozloučení s dítětem bezprostředně na porodním sále, většinou jde o záležitost trvající jen několik málo minut. V USA je ve zvyku v rámci rozloučení se s mrtvým novorozencem umožnit rodičům naprosto neomezenou manipulaci s dítětem, zahrnující i první koupání a oblečení dítěte, nebo návštěvu a rozloučení široké rodiny. V našich podmínkách, i vzhledem k faktu, že musíme na patologii zasílat plod společně s placentou nejlépe bez odstřížení pupečníku, je dost neuskutečnitelným činem. I když by to byl jistě i pro některé české rodiče krásný rituál rozloučení. (16)

2.5 Šestinedělí

Šestinedělí (puerperium) je období od porodu do 42. dne (6.týdnů). Je charakterizováno postupným ústupem fyziologických změn, které v těhotenství nastaly pro adaptaci organismu. Šestinedělí se dělí na časně, první týden po porodu a pozdní, což je doba, ve které dochází k involuci změn zapříčiněných těhotenstvím na pohlavních orgánech. (9)

Péče porodní asistentky o ženu po porodu mrtvého plodu je na oddělení šestinedělí standartní. Porodní asistentka, která si ženu přebere na gynekologickém oddělení opět zkontroluje všechny fyziologické funkce, krvácení a míru retrahování dělohy. Vše zapíše do dokumentace. Poté ženu edukuje a uloží na pokoj. Důležitá je edukace v oblasti správné hygienické péče v rámci šestinedělí. Porodní asistentka ženě vysvětlí nutnost oplachování rodidel, výměny vložek, spodního prádla. Informuje o sexuální abstinenci po dobu šestinedělí. Porodní asistentka zdůrazní nefečnost očistků. Dále, opět zároveň i s ošetřujícím lékařem, informuje o zástavě laktace a dalším postupu na oddělení gynekologie. Ženě se snaží zajistit klid a soukromí, nesnaží se omezovat návštěvy příbuzných. Dobrá a kvalitní komunikace je základním klíčem adekvátní péče o ženu po takto traumatickém zážitku. Kvalitní komunikace, soucit a dostatek informací dává ženě pocit důvěry ve zdravotnický personál. Snažíme se proto zajistit před propuštěním ženy konzultaci s vedoucím lékařem a pediatrem. Bohužel v současném provozu většiny pracovišť je tato schůzka realizovatelná jen velmi stěží. Při propuštění opět předáme kontakt na psychologa. (24)

2.6 Zástava laktace

„Mateřské mléko je optimální výživa pro kojence. Zatímco ve svém nutričním obsahu je nahraditelné, v oblasti imunologie a dlouhodobého prospívání nikoli. Kojení je spojováno s řádným psychosociálním vývojem jedince. Pro matku má kojení výhody logistické, finanční i zdravotní. Kojení snižuje následné riziko vzniku karcinomu prsu. Ve studii Engera (4) je 16měsíční kojení spojeno s odds ratio pro karcinom prsu 0,66, tedy snížením rizika o 34 %.

Přesto existují v souvislosti s těhotenstvím respektive jeho ukončením od poloviny druhého trimestru do konce gravidity stavy, kdy je indikována zástava laktace.“ (Fait, Zástava laktace)

Kromě porodu mrtvého plodu patří k indikacím zástavy laktace např.

- úmrtí novorozence
- potrat v druhém trimestru
- onemocnění prsu především těžká forma mastitis puerperalis
- těžké celkové onemocnění matky

- užívání léků či drog, které přestupují do mléka a jsou nežádoucí pro plod
- v neposlední řadě přání matky. (8)

Princip zástavy laktace spočívá ve snížení hladiny prolaktinu. Hladina prolaktinu u netěhotných žen je 5 ng/ml, během těhotenství stoupá na 200ng/ml a při laktaci dosahuje hladiny 300 ng/ml. V podstatě jde tedy o léčbu fyziologické hyperprolaktinémie. V současné době se preferuje jednorázové podání 2 tbl Cabergolin 0,5 mg, který má nižší výskyt nežádoucích účinků než dřív podávaný Tergurid. V dřívějších letech byla ještě využívána terapie vysokými dávkami estrogenů (Agofolin inj, Estrofem forte tbl), od této terapie bylo upuštěno pro její nízkou účinnost a nebezpečí tromboembolické nemoci. (8)

Mezi nefarmakologické metody zástavy laktace patří zejména omezení pitného režimu a pevného stažení prsou. Postupy jsou to účinné, velmi často využívané v kombinaci s farmakologickými metodami (8)

3 Psychologická péče ze strany porodní asistentky

Všichni zdravotníci pečující o ženu a celkově o pár, by měli být maximálně empatičtí a poskytovat dostatečné množství informací v rámci svých kompetencí. Každý zdravotník by měl odhadnout, jestli je aktuální psychický stav ženy stále v mezích normy, nebo zda je potřeba odborná konzultace s psychologem. Ženě se plně věnujeme a v rámci možností pečujeme o její psychickou pohodu.

3.1 Sdělení diagnózy

Žena většinou přijde do porodnice s pocitem, že „asi není všechno v pořádku“, avšak sdělení, že její dítě nežije ani v nejmenším neočekává. Časový interval mezi vyšetřeními a stanovením diagnózy je pro ženu velmi těžkým obdobím nejistoty a úzkosti. Je velmi důležité, kdo, kde, jak a kdy bude ženě diagnózu sdělovat. Sdělující musí dodržet všechna etická pravidla a zároveň být empatický. Diagnózu by měl sdělovat služebně nejstarší lékař, tedy primář či vedoucí lékař porodního sálu. Je velmi vhodné, aby byl tento lékař přítomen při vyšetření ženy a stanovení diagnózy. Ženě by mělo být umožněno, být ve chvíli sdělení diagnózy se svým doprovodem, ať už partnerem či jiným členem rodiny. Přítomnost ostatních osob se snažíme snížit na minimum. Sdělení diagnózy, dalších postupů a celkově všechny informace sdělované personálem, by měly být jasné, srozumitelné a shodné. Po sdělení informací a diagnózy potřebuje žena i její partner čas a soukromí. V případě zájmu můžeme pro partnery zajistit konzultaci s psychologem. (23)

3.2 Stádia smutku

Dle modelu americké psycholožky Elisabeth Kübler-Rossové prochází rodiče po ztrátě dítěte několika stádii smutku. Model je nazván pět fází smutku, ale také pět fází umírání. Stádia se mohou střídát, přijít v jiném pořadí nebo se opakovat. Zdravotník by měl stádia znát, zároveň by na ně měl umět adekvátně reagovat. V přiložené tabulce jsou popsána všechna stádia smutku, kterými si žena prochází. Není podmínkou, aby prošla všemi. V druhém sloupečku jsou popsány projevy rodičky, vše co může ošetřující porodní asistentka na porodním sále slyšet. V posledním sloupečku je popsáno, jak by měla porodní asistentka reagovat. (12)

| Fáze | Projevy rodičky | PA – co s tím? |
|-----------------------|--|--|
| Šok, negace, popírání | Ne, to není možné. To je určitě omyl! | Snaž se získat důvěru. Navaž kontakt. |
| Agrese, hněv | Zlost na zdravotníky, na ošetřujícího lékaře. Vyčítání spravedlnosti. Vždyť mi nic nebylo! | Nepohoršuj se. Dovol jí odreagování |
| Smlouvání | Žádá další UZ vyšetření. Prosí. | Nutná maximální trpělivost |
| Deprese, smutek | Smutek ze ztráty dítěte. Strach z kontaktu s dítětem; z porodu | Trpělivě naslouchat. Hledání řešení. |
| Smíření | Čas loučení, pokora. | Mlčení, přítomnost, pohlazení |

Tabulka č.1 Stádia smutku podle E. Kublerové-Rossové. (Kameníková, Kyasová, Ošetřovatelské diagnózy na porodním sále, s. 75)

3.3 Truchlení

Truchlení je normální reakce na nenormální situaci, smrt dítěte je potřeba odtruchlit jako každou jinou smrt. Truchlení je reakce potřebná pro vyrovnání se se smrtí dítěte, její přijetí a smíření se s ní. Je důležité pro to, aby rodiče mohli zakončit jednu kapitolu života a následně začít další. Truchlení je reakce na úrovni kognitivní, tělesné i emocionální, projevuje se na jednání a chování truchlících osob. Truchlení je komplexní proces, který je v první řadě normální reakcí pozůstalého člověka. Je potřeba rodičům vysvětlit, že se nijak neodlišují svými reakcemi, že truchlení za jejich zemřelé dítě je naprosto normální reakce, která vyžaduje trpělivost a u každého člověka jiný časový horizont. Období truchlení provází reakce jako je smutek, beznaděj, stesk, strach, sebeobviňování, zármutek nebo i hněv. Na tělesné úrovni se truchlení projevuje nechutenstvím, sevřením hrdla, zapomětivost, problémy v intimní oblasti, únavou nebo naopak nespavostí, truchlící může být i zmatený. (12)

- Truchlení má své úlohy kterými jsou:
- 1) Přijmou ztrátu jako realitu
 - 2) Prožít si zármutek
 - 3) Zadaptovat se ve světě bez zemřelého
 - 4) Citově se odpoutat od zemřelého a vložit energii do nových činností a vztahů

Za známku konce truchlení můžeme považovat fakt, že vzpomínky truchlícím nepůsobí bolest, nevyvolávají pocit tlaku na hrudi nebo slzy. (12)

Truchlení každého jedince je velmi individuální záležitost. Pro matku je smrt dítěte velmi těžkým životním obdobím, matky po porodu mrtvého plodu uvádějí, že nejtěžší je návrat do domácího prostředí, přímá konfrontace s realitou a následně narozeniny jejich mrtvého dítěte. Jak bude žena prožívat období truchlení záleží na jejím temperamentu a povaze. Jiné reakce a chování budeme očekávat u ženy se sklonem k úzkostem a depresím a jinak se bude chovat žena od přírody optimisticky naladěná. (13)

Starší studie upozorňují na to, že muž v této situaci je společností primárně vnímán jako podpora svojí partnerky, očekává se od něj, že zůstanou silní a pevní. Ve skutečnosti ale nesou „dvojité břemeno“, kterými jsou vlastní žal nad ztrátou dítěte a zároveň zármutek nad tím, jak psychicky a fyzicky trpí jeho žena. Ve zdravotnických zařízeních je partner velmi často využíván jako most mezi ženou a zdravotnickým personálem, zároveň interpretuje informace rodině. Muži se navíc v době partnerčiny indispozice musí starat o děti, pokud mají, a zároveň musí plnit pracovní povinnosti. U mužů bývá častá reakce uzavření se do sebe a zahrnutí se velkým množstvím práce a úkolů. (13)

4 Sociálně právní podpora

První informace po porodu v oblasti sociálně právní poskytuje porodní asistentka. Zajistí kontakt na sociální pracovníci a zejména na klinického psychologa. Při předávání informací rodičům ohledně pohřbu a ostatních sociálně právních náležitostí, které je v následujících dnech budou čekat, je vhodná přítomnost klinického psychologa.

4.1 Pohřebné

Na vyplacení jednorázové, pevně stanovené částky 5.000,- má nárok osoba, která vypravila nezaopatřenému dítěti pohřeb. Nemusí se nutně jednat o rodiče. Dávka je na příjmech nezávislá a nárok na její výplatu je jeden rok ode dne, za který dávka náleží. Nárok na výplatu pohřebného je jeden rok, ode dne, za který dávka náleží. (Zákon o sociální podpoře č.117/1995 Sb.)

4.2 Porodné

„Nárok na porodné má žena, která porodila své první nebo druhé živé dítě, nepřevyšuje-li rozhodný příjem v rodině součin částky životního minima rodiny a koeficientu 2,70.“ (Zákon o sociální podpoře 117/1995 Sb. §44) Z tohoto zákona tedy vyplývá, že na porodné má nárok jen ta žena, která porodí živé dítě. Žena po porodu mrtvého plodu nemá nárok na porodné.

4.3 Peněžité pomoc v mateřství

„Mateřská dovolená v souvislosti s porodem nesmí být nikdy kratší než 14 týdnů a nemůže v žádném případě skončit ani být přerušena (§ 198 odst. 2) před uplynutím 6 týdnů ode dne porodu. Toto ustanovení se vztahuje i na porod mrtvého dítěte, ostatně to uvádí i odst. 4 téhož paragrafu. Jestliže matka nastupuje MD 8 týdnů před plánovaným termínem porodu, končí tato 6 týdnů po porodu mrtvého dítěte. Jestliže matka nastupuje MD 6 týdnů před plánovaným termínem porodu, čerpá MD ještě 8 týdnů po porodu.“ (Zákon č. 262/2006 Sb. zákoník práce § 195 odst. 4 a 5)

4.4 Práva rodičů

„S lidskými pozůstatky a s lidskými ostatky musí být zacházeno důstojně a tak, aby nedošlo k ohrožení veřejného zdraví nebo veřejného pořádku.“ (Zákon č.256/2001 Sb. §4). Rodiče by měly do 96 hodin od porodu mrtvého dítěte vyjádřit, zda budou chtít vypravit pohřeb. Do doby převzetí mrtvého pohřební službou k pohřbu je tělo uloženo v nemocnici, pokud to není možné, zajistí nemocnice převoz pohřební službou. Náklady na převoz nesmí přesahovat obvyklou částku. (Zákon č.256/2001 Sb. §4)

5 Kazuistika ženy s diagnózou fetus mortuus na porodním sále

Základní metodou poskytování ošetrovatelské péče je ošetrovatelský proces, který vychází z koncepce českého ošetrovatelství. Ošetrovatelská péče, která je odvozena od potřeb jedince, tj. v případě porodní asistentky na porodním sále především těhotné ženy a rodičky, je zajišťována pomocí ošetrovatelského procesu. (12)

„Ošetrovatelský proces představuje několik na sebe navazujících myšlenkových kroků:

- a) systematické shromažďování informací o ženě a jejich problémech,*
- b) analýzu získaných informací – formulování ošetrovatelské diagnózy,*
- c) plánování péče – formulování cílů a způsobů jejich dosažení (intervencí),*
- d) realizování intervencí,*
- e) hodnocení účinnosti plánu, eventuálně jeho změna.*

Tyto kroky vytvářejí neustálý koloběh kritického myšlení a jednání porodní asistentky.“ (Kameníková, Kyasová, Ošetrovatelské diagnózy na porodním sále)

Základním kamenem pro každou další aktivitu porodní asistentky je získání informací o problémech a potížích těhotné či rodičky. Pro zajištění individuální a přiměřené péče, potřebuje porodní asistentka znát životní normu pacientky. K získání potřebného množství informací můžeme využít velkou škálu anamnestických dotazníků. Pro práci porodní asistentky je vhodný například anamnestický dotazník podle Gordonové (příloha č.1), který je vhodně modifikován pro práci na porodním sále, součástí je i monitorování průběhu porodu pomocí porodní křivky (příloha č. 2). (12)

Problém, který vyžaduje ošetrovatelskou intervenci, označujeme jako ošetrovatelskou diagnózu. Porodní asistentka může ošetrovatelskou diagnózou označit jen takové stavy, které je schopna a oprávněna řešit. Ošetrovatelská diagnóza je určující pro výběr ošetrovatelských intervencí zaměřených na dosažení cílů, za něž je porodní asistentka, pečující o pacientku zodpovědná. Ošetrovatelská diagnóza by měla být společným jazykem mezi sestrami či porodními asistentkami, měla by vybavit ošetřující nelékařský personál stejným jazykem a dopomoci tak k lepší komunikaci mezi sestrami a porodními asistentkami z různých oddělení. Ošetrovatelská diagnóza se týká nezávislých činností porodní asistentky a není totožná s diagnózou lékařskou. Ošetrovatelské diagnózy mohou být jednak aktuální – v současném čase je některá klientova potřeba dysfunkční, potenciaální – klient je v současném čase ohrožen vznikem dysfunkce a v neposlední řadě edukační – která je zaměřena na zlepšení zdraví. (12)

Dalším krokem po určení vhodné ošetrovatelské diagnózy je potreba vytyčiť si cieľ a výsledná kritéria, ktorá prispějí ke vhodnému smeru ošetrovatelské péče. Musíme si tedy určit, jakého výsledku, ve spolupráci s rodičkou, chceme dosáhnout. Intervence nám dopomáhají k dosažení cíle, a proto musí být sděleny dalším členům týmu a měly by být formulovány co nejjasněji. Vymezují naši další péči o rodičku a co nejvíce se přizpůsobují aktuálním individuálním situacím. Ošetrovatelskou péči plánujeme přímo s rodičkou a odvíjíme ji od průběhu porodu, řešíme všechny problémy, které během porodu nastanou. Vzhledem k individualitě a přání každé ženy, je potreba aby porodní asistentka plánovala ošetrovatelskou péči co nejvíce s ohledem na přání pacientky. (12)

Ošetrovatelská péče na většině porodních sálů funguje systémem primární sestry tak, že každá rodička má „svou porodní asistentku“. Ošetrovatelská péče se stává individualizovanou, systematickou a aktivní. Rodička je ve středu zájmu celého ošetrovatelského týmu a sama sehraává aktivní roli v průběhu porodu. Míra interaktivního procesu mezi rodičkou a ošetrovatelským týmem je ovlivněna pohledem rodičky na vlastní zdraví, dále se odvíjí od jejího vnímání potřeby péče a také od kvality vztahu s porodní asistentkou. (12)

5.1 Ošetrovatelský model dle Marjory Gordonové

Marjory Gordonová je americkou profesorkou a koordinátorkou ošetrovatelství dospělých na Boston College. Od roku 2004 je prezidentkou NANDA (North American Association for Nursing Diagnosis International). Zároveň se věnuje výzkumu v oblasti ošetrovatelství a plánování péče. (6)

Ošetrovatelský model dle Marjory Gordonové bývá také označován jako „Model funkčního typu zdraví“. Zdraví člověka je tedy vyjádřením bio – psycho – sociální rovnováhy a je ovlivňováno různými faktory z kulturní, duchovní, vývojové nebo spirituální oblasti. Ošetrovatelské diagnózy je vhodné určit u dysfunkčního typu zdraví, u patologických stavů, především v sekundární a terciální prevenci. Nutné je ovšem využívat ošetrovatelských diagnóz i u jedinců v primární prevenci, než dojde k narušení zdraví a vzniku nemoci či patologie. (6)

Ke správnému posouzení zdravotního stavu jedince a určení vhodné ošetrovatelské diagnózy je nutná adekvátní znalost a dovednost porodní asistentky z porodnické, neonatologické, popřípadě i anesteziologické oblasti. Dle Gordonové tvoří základní strukturu modelu 12 oblastí (dle NANDA klasifikace 13), z nichž každá oblast představuje funkční nebo dysfunkční součást zdravotního stavu pacientky, podle nich získává ošetřující personál informace. Následující body představují model Gordonové, kdy v závorkách je uvedena klasifikace NANDA.

- 1) vnímání zdraví (Podpora zdraví)
- 2) Výživa a metabolismus (Výživa)
- 3) Vylučování (Vylučování a výměna)
- 4) Aktivita – cvičení (Aktivita – odpočinek)
- 5) Spánek a odpočinek (Vnímání a poznávání)
- 6) Vnímání, citlivost a poznání (Vnímání sebe sama)
- 7) Sebepojetí a sebeúcta (Vztahy)
- 8) Role – mezilidské vztahy (Sexualita)
- 9) Sexualita (Zvládnání zátěže – odolnost vůči stresu)
- 10) Stres (Životní principy)
- 11) Víra – životní hodnoty (Bezpečnost ochrana)
- 12) Jiné (Komfort)
- 13) V NANDA klasifikaci najdeme i bod 13 kterým je Růst/vývoj

Vidíme tedy, že NANDA klasifikace je velmi podobná ošetrovatelskému procesu dle Gordonové, liší se v pořadí bodů. V klasifikaci NANDA najdeme navíc bod 13, kterým je růst a vývoj. (15)

5.2 Kazuistika dle M. Gordonové

Slečna I.K. byla přijata 4.7.2016 ve 14:03 hodin na porodní sál gynekologicko – porodnického pracoviště. Pacientka přišla pro absenci pohybů plodu od večera předchozího dne, tedy 3.7.2016. U pacientky jsem byla přítomna od příjmu na porodní sál.

Zhodnocení rodičky

Zhodnocení rodičky jsem provedla při příjmu na porodní sál pomocí informací získaných z těhotenské průkazky, z předchozí dokumentace z těhotenské poradny, při rozhovoru se samotnou rodičkou a od ostatního ošetřujícího personálu včetně lékaře.

Identifikační údaje

Iniciály jména: I.K.

Ročník narození: 1996

Bydliště: Praha

Státní příslušnost: česká

Stav: svobodná

Povolání: studentka

Anamnéza

- **Rodinná anamnéza**

Matka těhotné: 49 let, prodělala trombózu

Otec těhotné: 59 let, hypertenze

Sourozenci těhotné: bratr, zdrav

Otec dítěte: 24 let, šelest na srdci, nevýznamný

- **Osobní anamnéza**

Vrozené vývojové vady: neudává

Dětské infekční choroby: běžné dětské choroby

Krevní náhrady: neudává

Interní onemocnění: neudává

Otoky, varixy: neudává

Diabetes mellitus: neudává

Dispenzarizace: neudává

Onkologická onemocnění: neudává

Psychiatrická, neurologická, záchvatovitá onemocnění: migrény – nyní již nesledována

Infekční onemocnění (hepatitida, borelióza, mononukleóza, TBC, MRSA): neudává

Hospitalizace: neudává

Operace: adenotomie v dětství

Úrazy: neudává

Piersing: v jazyku a rtu – poučena

Smyslové vnímání: Sluch: neporušen Zrak: nosí kontaktní čočky /-4,25/

Kouření: ano 5/den od 15 let Alkohol: neudává Jiné drogy: neudává

FA: poslední medikace: Sorbifer Durules 320 mg tbl 1-0-0

Alergie: neudává

- **Gynekologická anamnéza**

Menarché: od 13 let Cyklus: 28/5 – pravidelný a nebolestivý

Poslední menstruace: 6.10.2015

Pohlavně přenosné infekce (herpes I a II, MRSA): neudává

Gynekologická léčba: neudává

Hormonální léčba: neudává

Onkologické prevence: 1x ročně v rámci prevence

Zákroky na děložním hrdle: neudává

Antikoncepce: Artizia tbl 0,075 mg/ 0,020 mg - 4 roky

UPT: neudává

Potraty: neudává

GEU: neudává

Jiné gynekologické operace: neudává

Gravidita po spontánní koncepci

- **Pracovní a sociální anamnéza**

Slečna I.K. otěhotněla neplánovaně. V současné době studuje vysokou školu. Je svobodná a bydlí s partnerem u rodičů.

Údaje týkající se současného těhotenství – z těhotenského průkazu

Gravidita / Parita: I/O

PM: 6.10.2015 TP dle PM: 21.7.2016

PP: neudáno TP dle UZ při příjmu: 27.8.2016 (značná odchylka oproti TP dle PM)

KS:A Rh faktor: pozitivní Protilátky: negativní

HIV: negativní HbsAg: negativní

| | | |
|----------------------------------|----------------------------|-------|
| BWR: negativní | GBS: negativní | |
| Pánevní rozměry: | distantia bispinalis: | 26 cm |
| | distantia bicristalis: | 28 cm |
| | distantia bitrochanterica: | 32 cm |
| | conjugata externa: | 19 cm |
| Varixy: neudává | Otoky: neudává | |
| Zubní prohlídka: v normě | | |
| EKG: v normě | Amniocentéza: neprovedena | |
| Psychoprofylaktická příprava: ne | | |
| Tělocvik pro těhotné: ne | | |

Rodička byla v prenatální péči u svého gynekologa od 7. týdne těhotenství. Za celé těhotenství absolvovala 12 kontrol. Od 36. týdne těhotenství docházela na vybrané gynekologicko – porodnické pracoviště, kde byla registrována k porodu. Rodička je kuřačka, celé těhotenství kouřila, podle svých slov omezila množství cigaret, ale úplně přestat nechtěla. Těhotenství bylo snášeno dobře.

Stav při přijetí

Pacientka přichází pro vymizení pohybů plodů od 3.7.2016. Ozvy plodu nezastiženy. Pacientka kontrakce neudává, voda plodová zachovalá, nekrvácí.

Týden těhotenství: 37+4 dle PM (při příjmu proveden UZ s odhadem stáří plodu na 32+2).

| | | | |
|------------|--------|------------|--------|
| TK: 115/75 | P: 76' | TT: 36,4°C | D: 18' |
|------------|--------|------------|--------|

Výška: 173 cm

Váha před těhotenstvím: 89 kg

Váha při příjmu: 110 kg

Hmotnostní přírůstek v graviditě: 21 kg

Přítomnost cukru, bílkoviny v moči: negativní

Varixy a otoky: ne

Zevní vyšetření: neprováděno

Vnitřní vyšetření (provedeno lékařem): zevně rodidla bez patologického nálezu, pochva volně prostupná, prostorná, 1,5 cm dlouhé hrdlo prostupné pro dva prsty volně, vedoucí část plodu volně naléhá v hmatném zachovalém vaku blan, nekrvácí. Děloha normotonická, kontrakce nezachyceny.

Vstupní CTG: neprováděno, ozvy nezastiženy

UZ při příjmu: v děloze jeden pod bez akce srdeční, odpovídající stáří 32+2, váhového odhadu 1 977g, poloha podélná hlavičkou

Dg.: Fetus mortuus in grav. heb. 37+4 (dle UZ 32+2)

Pacientka seznámena s diagnózou a následným postupem.

Rozhovor s paní I.K. po příjmu na porodní sál (11 oblastí podle modelu Majory Gordonové)

Vnímání zdraví

Pacientka posuzuje svůj zdravotní stav celkově jako dobrý. Kromě vymizení pohybů nepozorovala žádnou změnu. Kromě občasných migrén, které nebyly během těhotenství, netrpí žádným onemocněním. Těhotenství nebylo plánované, ale ztráta dítěte je pro ni velká rána. V těhotenství kouřila, nenavštěvovala těhotenský tělocvik ani psychoprofylaktickou přípravu. Podle svých slov se snažila kouření v těhotenství omezit. V těhotenství nebyla hospitalizována, prodělala jen běžné nachlazení.

Výživa a metabolismus

V těhotenství se stravovala obdobně jako před graviditou. Dodává, že zvýšila příjem zeleniny a ovoce. Váhový přírůstek dosáhl v těhotenství 21 kg. Denní příjem tekutin odhaduje na 1,5 litru, většinou pije vodu. Na začátku těhotenství trpěla nauzeou, která odezněla po 12. týdnu těhotenství. Dietní omezení ani alergie neudává.

Stav kůže je normální, sliznice růžové. S vlasy a nehty problém neudává

Je poučena o dietním režimu na porodním sále. Dobu posledního jídla udává 4.7.2016 ve 12:30.

Vylučování

Mikce: Po celou dobu těhotenství v pořádku, od 35. týdne těhotenství pociťuje častější potřebu močení. U obvodního gynekologa byla při každé kontrole moč v pořádku.

Stolice: Pravidelně každý druhý den, netrpí na zácpu, stolice bez příměsí.

Zvracení: Na začátku těhotenství zvracela cca 3x denně. Tento stav ustal po 12. týdnu těhotenství.

Pacientka je seznámena s nutností přípravy k porodu v podobě klyzmatu. Ke klyzmatu se přistoupilo později s progresem nálezů.

Aktivita - cvičení

Pacientka nikdy moc necvičila. Občas jezdí na kole a chodí na procházky se psem.

Úroveň soběstačnosti: zcela nezávislá

Spánek a odpočinek

V noci spí poměrně dobře, snaží se spát minimálně 9hodin. Přes den se občas cítí unavená a jde si lehnout i přes den. Nad ránem ji občas budí potřeba močení.

Vnímání, citlivost a poznání

Sluch: neporušený

Zrak: kontaktní čočky - poučena

Řeč: plynulá, používá převážně spisovnou češtinu

Vědomí: jasné

Orientace: orientovaná plně, v čase, místě i osobě

Vnímání situace: Pacientka si je plně vědoma současné situace, je smutná a plačtivá. Velmi se na své dítě těšila, i když nebylo plánované. Plně si uvědomuje, že dojde k porodu a bolesti. Je jí známa nejčastější metoda tišení bolesti využívaná u porodů mrtvých plodů, a to epidurální analgezie.

Sebepojetí a sebeúcta

Považuje se za realistu. Má strach ze současné situace a z porodu.

Role – mezilidské vztahy

Slečna I.K. bydlí v bytě s přítelem a rodiči. Nyní je na vysoké škole, nikde nepracuje. Současná komunikace s okolím je v nastalé situaci mírně zhoršená. Podle slov pacientky navazuje kontakt s okolím bez problémů. V partnerovi pociťuje oporu ve všech situacích. Pacientka působí při rozhovoru úzkostlivě a smutně.

Sexualita

S ohledem na situaci jsem kvalitu sexuálního života nezjišťovala. Slečna má menstruaci pravidelnou od 13 let, cyklus 28/5, nebolestivou. Hormonální antikoncepci Artizia tbl. užívala 4 roky. Těhotenství nebylo plánované. UUT v minulosti nepodstoupila, jedná se o první těhotenství po spontánní koncepci.

Stres

V běžném životě zažívá občas stresové situace. Zvládá se s nimi vyrovnat. Nastalou stresovou situaci podle vlastních slov ještě zcela nezpracovala. Pobyt v nemocnici je pro ni sám osobně stresující záležitost. Těší se, až bude mít porod za sebou a bude zpět v domácím prostředí. Pociťuje nejistotu z indukce porodu a směřuje své dotazy na průběh indukce porodu.

Víra

Pacientka je ateistka – nevyznává žádnou víru.

Průběh porodu

4.7. 2016 14:00

Pacientka přichází na porodní sál s vymizením pohybů. Ozvy plodu nezastiženy již v prenatální ambulanci, pomocí CTG sondy zkusíme neúspěšně zastihnout ozvy plodu. U pacientky je provedeno UZ vyšetření s potvrzením diagnózy fetus mortuus. Po UZ vyšetření následuje vnitřní vyšetření prováděné lékařem. Pacientka je seznámena se stanovenou diagnózou a následným postupem. Lékař provádí příjem a stanovuje ordinace. Pacientce je zavedena do levého předloktí kanyl a přes přechodku odebírána krev na STATIM - ové vyšetření konkrétně: ALT, AST, ALP, Na, K, Urea, Kreatinin, Bílkovina celková, C- reaktivní protein, D – dimery, koagulační faktory a krevní obraz. Pacientce při příjmu nabízíme spolupráci se sociální pracovnící, kterou rodička odmítá.

Fyziologické funkce: TK 120/70, P 88', TT 36,6 °C

15:10

Pacientka vaginálně přešetřena lékařem, nález identický jako při příjmu. Lékař zavádí k indukci porodu 1/4 tablety Cytotecu 200 ug per vaginam. Pacientka je poučena o nutnosti setrvání na lůžku po zavedení tablety Cytotecu do pochvy. Pacientka anxiózní,

ordinováno lékařem podání Frontin 1 tbl. 0,5 mg. Následně podána Frontin 1 tbl. 0,5 mg na zklidnění.

16:00

Subjektivně pacientka pociťuje nepravidelné pobolívání v podbřišku, voda plodová zachovaná, nekrvácí. Vaginálně nevyšetřována. Na pokoji je přítomný partner. Pacientka odpočívá na lůžku.

17:00

Pacientka subjektivně pociťuje pravidelné kontrakce á 8–10 minut, plodová voda stále zachovaná, nekrvácí. Vaginálně nevyšetřována.

17:50

Subjektivně pacientka pociťuje pravidelné kontrakce á 5–8'. Jinak se cítí dobře. Vaginálně 1 cm dlouhé hrdlo prostupné pro dva prsty volně, velká část volně naléhá v zachovalém vaku blan, nekrvácí. Volán lékař ARO k zavedení epidurálního katétru bez aplikace analgetik.

Ordinace: 2x Spazmopanový supp per rectum k uvolnění porodních cest, který byl ihned aplikován.

Telefonicky sdělené výsledky laboratorního vyšetření:

Elevace ALP 14,37 μ kat/l, jinak transaminázy v normě

CRP: 15,2 mg/l

Trombocyty: 273×10^9 /l

Leukocyty: $10,6 \times 10^9$ /l

D – dimery 495 mg/l

Následně je lékařem ordinována iniciální dávka antibiotik. Ampicilin 2g ve 100 ml Fyziologického roztoku (dále á 6 hod Ampicilin 1g do 100 ml F1/1 do porodu) je ihned podán.

18:00 – 18:30

Na porodní sál přichází lékař ARO k zavedení epidurálního katetru. Pacientka poučena o výkonu a postupu. Před výkonem byl změřen krevní tlak, který byl 120/80. Epidurální katétr byl zaveden v sedě na první pokus do hloubky 5 cm.

Fyziologické funkce po výkonu: TT 130/60, P 76', TT 36,5°C

18:40

Pacientka přeložena na gynekologické oddělení. Při předání kontrakce á 6', objektivně nepravidelné. Pacientka hodnotí kontrakce na škále NRS na stupni 4. Uložena na pokoj a poučena. Při překladu vaginálně nevyšetřována.

19:40

Subjektivně kontrakce á 2' pro pacientku velmi bolestivé, na škále NRS 8, vaginálně vyšetřena porodní asistentkou na gynekologické oddělení, vaginálně podle zápisu 0,5 cm dlouhé hrdlo až navalitá polopevná branka pro dva prsty, vedoucí část plodu volně naléhá na vchod v zachovalém vaku blan. Předána zpátky na porodní sál zejména pro bolestivost kontrakcí.

19:50

Příchod pacientky na porodní sál. Uložena na porodní pokoj a poučena. Chodí si po pokoji, na porodním sále je přítomen přítel rodičky. Pacientka je plačtivá, působí velmi odevzdaně a smutně. Volán lékař ARO.

20:00

Dle ordinace aplikuji Fraxiparine 0,4ml s.c.

20:15

Subjektivně pacientka pociťuje kontrakce á 2 – 3min, velmi bolestivé, hodnotí NRS 8. Vaginálně objektivně navalitá branka v průměru 3 cm, pevných okrajů, vedoucí část plodu naléhá na vchod v zachovalém vaku blan, nekrvácí. Na základě ordinace lékaře přivolaný anesteziolog aplikuje analgetika konkrétně 2ml Marcain 0,5% inj + 2 ml Sufentanil inj + 6 ml Fyziologického roztoku do epidurálního katétru. Pacientka se dotazuje na nutnost podání Oxytocinu, má strach z velkých bolestí na základě jeho aplikace. Edukujeme pacientku o důvodech podání Oxytocinu.

Další ordinace lékaře :

Buscopan 1amp (spasmolytikum) + 100ml Fyziologického roztoku (kapat 20minut) aplikujeme do PŽK k uvolnění porodních cest.

Po vykapání infuzního roztoku s Buscopanem podat Oxytocin 4j + 500ml Fyziologického roztoku, rychlostí 100ml/hodina pro posílení děložních kontrakcí

20:35

Rodička pociťuje úlevu od kontrakcí po aplikaci epidurální analgezie, chce ale změnit polohu kvůli přetrvávající bolesti v křížové oblasti. Domlouváme se tedy, jestli chce využít některou z pomůcek. Pacientka si přeje sedět na míči ve sprše. Přinášíme tedy na porodní pokoj míč a dáváme jej do sprchy. Pomáháme pacientce s přemístěním do koupelny a partner je poučen, jak může rodičce od bolesti v křížové oblasti ulevit masáží. Necháváme pacientku s partnerem v koupelně.

21:00

Pacientka se vrací z koupelny. Subjektivně stále pociťuje úlevu od kontrakcí po aplikaci analgetik do epidurálního prostoru NRS 2. Vaginálně nález identický s předchozím, pacientce sdělujeme aktuální vaginální nález a edukujeme ji o nutnosti provedení dirupce vaku blan. Připravujeme si pomůcky k dirupci vaku blan a dle ordinace lékaře dirupci provádíme, odtéká sanguinolentní plodová voda. Kontinuálně je podávána infuze s Oxytocinem, okolí kanyly bez známek infekce.

21:25

Subjektivně pacientka pociťuje kontrakce á 2–3' udává NRS 5, žádá opětovné zvýšení analgetik do epidurálního katétru. Vaginálním vyšetřením zjišťujeme branku tenkých okrajů v průměru 4–5 cm, hlavička naléhá na vchod pánevní, pacienta mírně krvácí, voda plodová v době vyšetření neodtéká. Pacientka odchází po vyšetření na toaletu.

Fyziologické funkce: TT 115/75, P 69', TT 36,8 °C

21:35

Pacientka nás přivolává zvonkem z koupelny. Při příchodu do koupelny pacientka sedí na toaletě a udává tlak na konečník, vyzýváme ji, aby vstala z toalety a položila se na porodní lůžko. Vaginálním vyšetřením zjišťujeme zacházející branku, hlavička plodu těsně naléhá na pánevní vchod. Po kontrakci informujeme pacientku o aktuálním nálezu a poučíme ji o správné technice tlačení při kontrakci. V pokoji je přítomen přítel rodičky. Při dalším vaginálním vyšetření prováděném při následující kontrakci zjišťujeme zašlou branku, hlavička plodu je dorotována a šev šípový je v přímém průměru, hlava je vstoupá velkým oddílem a pacientka má velké nutkání na tlačení. Vzhledem k porodu mrtvého plodu porod vede lékař. Připravujeme pomůcky a uterotonika k porodu.

21:45

Bez nutnosti episiotomie dochází ke spontánnímu porodu mrtvého plodu mužského pohlaví záhlavím ve 21:45. Po porodu plodu je aplikováno bolusově 5j. Oxytocinu i.v. Lékař nechává plod na podložce a vyčkává na odloučení a porod placenty. Placenta se rodí celistvá i s blánami, mechanismem Baudeloque – Schultz 10 minut po porodu plodu. Na pupečníku je znatelné prokrvácení v rozsahu cca 15 – 20 cm, pupečník není přerušován, po kontrole placenty je novorozenec i s placentou předán dětské sestře. Pacientka a její přítel nechtějí novorozence vidět, zároveň nechtějí ani žádnou památku v podobě vlásků nebo otisků nožičky.

22:00

Přivolaný pediatr důkladně prohlíží celé tělíčko, pupečník i placentu. Objektivně je tedy znatelné prokrvácení pupečníku a macerace kůže plodu. Macerace projevující se loupáním kůže je nejvíce přítomna na hrudníku a bříšku. Po vyšetření pediatrem dětská sestra zváží a změří. Mrtvý novorozenec, váží 2420 g a měří 50 cm. Váha placenty, která se u porodu mrtvého plodu musí měřit byla 435 g.

22:10

Po mém příchodu zpátky na porodním pokoj lékař prováděl kontrolu porodních cest v zrcadlech. V zrcadlech byly jasně vidět oba póly hrdla děložního bez známek porušení. Poševní klenby s fyziologickým nálezem. Episiotomie provedena nebyla, došlo pouze k laceraci commisury posterior a laceraci paraurethralis na pravé straně. Lékař kontroluje drobná poporodní zranění a zakládá jeden steh na laceraci v oblasti uretry a několik stehů na laceraci commisury, z důvodu krvácení. Celková krevní ztráta při porodu byla 200 ml. Lékař ještě pro kontrolu reziduí provádí ultrazvukové vyšetření, kde popisuje šterbinovitou dutinu děložní bez známek reziduí.

22:20

Po porodu a ošetření porodního poranění zůstává žena na porodním lůžku, je provedena základní hygienická péče o rodidla a jsou použity sterilní vložky. Děloha je retrahována fundus dosahuje k pupku a krvácení je přiměřené.

Pacientku chodíme kontrolovat každých 15 minut během dvou hodin jejího setrvání na porodním sále. Kontrolujeme především dělohu a krvácení, jelikož pacientky po porodu mrtvého plodu mají vyšší riziko výskytu atonie děložní. Pravidelně vše zaznamenáváme do dokumentace. Po dvou hodinách měříme fyziologické funkce TK 120/70, P 70' a TT 36,5°C, opět kontrolujeme dělohu a krvácení a pacientku poučíme o následujícím postupu. Pacientka dostává teplou večeři a pití, při jídle ji necháváme o samotě s partnerem. Po jídle

pomáháme pacientce se vstáváním. Nejprve se pacientka pokouší stát u postele, cítí se dobře a závrať nepociťuje, doprovázíme ji tedy do koupelny, která je přímo na porodním pokoji. Pacientka je edukována o nutnosti vymočení. Žena si kleká do sprchy a sprchuje se vlažnou vodou, u vstávání a sprchování je přítomný partner, jelikož se žena cítí dobře a u sprchování je přítomný partner, necháváme ženu s partnerem o samotě. Zajišťuji tak ženě intimitu k vykonání potřeby. Za pět minut se vracíme na porodní pokoj, žena stojí ve sprše. Oznamuje nám, že se vymočila. Dopomáháme jí do jednorázových kalhotek a podáváme vložky. Ženě je ponechán epidurální katétr i periferní žilní katétr, je poučena o nutnosti ponechání PŽK. Epidurální katétr byl ponechán z důvodu miniheparinizace Fraxiparinem a nutnosti dodržet rozestup mezi aplikací Fraxiparinu a odstranění epidurálního katétru. Žena je informována o nutnosti zastavení laktace, poté ženu doprovázíme na oddělení gynekologie, kde předáváme pacientku sestře.

Celková doba trvání porodu: 4:55

I. doba porodní: pravidelné kontrakce od 17:00, branka zašla v 21:35 hodin.

Celkem trvala: 4:35

II. doba porodní: porod mrtvého plodu ve 21:45 hodin.

Celkem trvala: 0:10

III. doba porodní: porod placenty ve 21:55 hodin.

Celkem trvala: 0:10

Ošetřovatelské diagnózy:

Ošetřovatelská diagnóza č. 1/

Smutek v důsledku intrauterinního úmrtí plodu, projevující se plačtivostí pacientky.

Cíl

Otevřené vyjádření všech projevů smutku.

Výsledná kritéria

Rodička zcela chápe reálnou situaci.

Intervence

- edukuj rodičku v dostatečném rozsahu
- sleduj psychický stav rodičky a podej anxiolytika dle ordinace lékaře
- v průběhu porodu nabídni epidurální analgezii (bolest v této situaci způsobuje úzkost)
- zajisti kontakt se sociální pracovnící a klinickým psychologem a umožni nepřetržitý kontakt s rodinou
- poskytni rodičům informace, že je možnost dítě po porodu vidět
- zajisti rodičce a doprovodu co největší soukromí
- potvrď matce i otci, že se stali rodiči
- informuj o možnosti vytvoření předmětu na památku (vlásky, otisk nožičky)

Realizace ošetřovatelské péče

- rodičku jsem edukovala o průběhu porodu
- sledovala jsem aktuální psychický stav a dle ordinace lékaře jsem podala anxiolytika
- pacientce byla nabídnuta a následně i podána epidurální analgezie
- pacientce byla při příjmu nabídnuta spolupráce sociální pracovníce a klinickým psychologem, zároveň bylo umožněn po příjmu nepřetržitý kontakt s partnerem
- pro rodičku bylo zajištěno největší možné soukromí na porodním pokoji
- oběma rodičům byla dětskou sestrou nabídnuta možnost vidět po porodu dítě a vytvoření památky v podobě otisku nožky

Hodnocení ošetřovatelské péče

- cíl se podařilo splnit, pacientka otevřeně projevovala smutek verbálními i nonverbálními projevy

Ošetřovatelská diagnóza č. 2/

Stav duševní tísně v důsledku porodu mrtvého plodu.

Cíl

Zmírnění duševní tísně rodičky.

Výsledná kritéria

- rodička s námi aktivně spolupracuje na léčebné péči
- rodička je smířena s danou situací, ze které nelze nikoho vinit
- rodička zvýší vlastní sebevědomí i víru v budoucnost
- rodička má životní oporu

Intervence

- informuj rychle, srozumitelně a bez zbytečných prodlev, v rámci svých kompetencí o aktuální diagnóze
- zajisti rodičce soukromí a pohodlí
- sleduj změny v chování rodičky
- chval matku v průběhu porodu
- zajisti co nejintenzivnější kontakt s rodinou

Realizace ošetřovatelské péče

- pacientka byla informována v rámci kompetencí porodní asistentky o aktuální diagnóze
- pacientce bylo zajištěno maximální soukromí
- sledovala a zaznamenávala jsem do ošetřovatelské dokumentace aktuální psychický stav ženy

Hodnocení ošetřovatelské péče

- cíl se podařilo splnit, duševní tíseň rodičky se podařilo zmírnit, rodička v průběhu porodu dostatečně spolupracovala

Ošetřovatelská diagnóza č. 3 /

Bolest v souvislosti s děložními kontrakcemi projevující se vyhledáváním úlevové polohy, nonverbálními projevy a hodnocením bolesti na škále NRS.

Cíl

Zmírnění bolesti.

Výsledná kritéria

- rodička udává zmírnění bolesti
- rodička umí relaxovat mezi kontrakcemi
- rodička je správně informována o úlevových polohách a relaxačních pomůckách
- rodička umí aktivně pracovat s bolestí a využívá relaxačních pomůcek
- aktivně zaujímá úlevové polohy a provádí činnosti, které ji od bolestí ulevují

Intervence

- akceptuj přítomnost bolesti u rodičky
- sleduj intenzitu bolesti
- zaveď škálu bolesti (NRS) a hodnot' bolest pravidelně v čase a zejména po podání analgezie
- bolest objektivizuj a zjisti její charakter a lokalizaci
- edukuj rodičku o správné technice dýchání při a mezi kontrakcemi
- v jednání s rodičkou vzbud' důvěru a buď empatická
- sleduj všechny projevy bolesti
- edukuj rodičku o možnostech tišení bolesti, úlevových polohách a relaxačních pomůckách
- podporuj rodičku ve využívání relaxačních pomůcek, nabídni rodičce masáž zad v místě bolesti, popř. vysvětli masáž doprovodu
- podporuj vlastní aktivity rodičky v boji proti bolesti
- nezlehčuj bolest
- podej lékařem naordinovanou medikaci a sleduj její účinek
- informuj pacientku průběhu indukovaného porodu a o vhodné formě analgezie v její situaci, tj. epidurální analgezi

Realizace ošetřovatelské péče

- u rodičky byla zavedena škála bolesti (NRS) a bolest byla hodnocena v pravidelných intervalech
- zjistila jsem charakter a lokalizaci bolesti a zapsala jsem je do dokumentace

- rodička udávala zmírnění bolestí (kontraktí) po aplikaci epidurální analgezie
- rodička se snažila účinně relaxovat mezi kontrakcemi a správně dýchat při kontrakci
- pozorně jsem sledovala všechny projevy bolesti
- ženu jsem informovala o úlevových polohách a relaxačních pomůckách, které využila (zejména míč při relaxaci ve sprše)
- rodička v rámci možností aktivně pracovala s bolestí a využívala relaxačních technik a pomůcek
- aktivně zaujíkala úlevové polohy
- partner byl poučen o masáží zad, které rodičce ulevily od bolesti

Hodnocení ošetrovatelské péče

Cíl se podařilo splnit, pacientka ovlivnila bolest pomocí relaxačních pomůcek, teplé vody a masáží, po aplikaci epidurální analgezie se bolest velmi zmírnila a pacientka pociťovala pouze tlaky.

Ošetřovatelská diagnóza č. 4/

Nedostatek informací o průběhu indukovaného porodu, projevující se verbálními dotazy.

Cíl

Rodiče byly podány veškeré informace.

Výsledná kritéria

Rodička je edukována o průběhu indukce porodu.

Intervence

- zajisti rozhovor s lékařem
- v rámci svých kompetencí edukuj pacientku
- dej pacientce možnost ptát se na věci, kterým nerozumí
- nezapomeň podávat informace nejen rodičce ale i doprovodu
- povzbuzuj rodičku
- popiš rodičce pravděpodobný průběh porodu a nutných zásahů
- informuj rodičku o epidurální analgezi

Realizace ošetřovatelské péče

- rodička obdržela veškeré informované souhlasy a porozuměla jim
- pacientce jsem umožnila pokládat otázky
- pacientka byla informována společně s doprovodem
- ve spolupráci s lékařem a porodní asistentkou jsme komplexně informovali rodičku i jejího partnera o průběhu indukce porodu
- lékařem anesteziologicko – resuscitačního oddělení byla rodička informována o průběhu aplikace, výhodách i rizicích epidurální analgezie a pochopila informovaný souhlas

Hodnocení ošetřovatelské péče

Cíl byl splněn, informace byly dostačující.

Ošetřovatelská diagnóza č. 5/

Strach z důvodu aplikace Oxytocinu na posílení děložních kontrakcí, projevující se verbálně.

Cíl

Snížení strachu.

Výsledná kritéria

- rodička zná důvody aplikace oxytocinu
- rodička souhlasí s aplikací oxytocinu
- rodička si uvědomuje příčiny strachu

Intervence

- eliminuj strach vhodnou komunikací s pacientkou
- popiš pacientce důvody podání oxytocinu
- vysvětli působení oxytocinu
- pouč rodičku, jak správně zvládat intenzivní kontrakce vhodným dýcháním, teplou vodou nebo masáží
- buď rodičce na blízku
- umožni rodičce využít polohu mimo lůžko např. na balónu

Realizace ošetřovatelské péče

- s pacientkou jsem vedla rozhovor, při kterém jsem ji společně s porodní asistentkou vysvětlila důvody podání oxytocinu
- pacientce jsme vysvětlily působení oxytocinu
- edukovala jsem rodičku, jak správně zvládat vhodným dýcháním intenzivní kontrakce
- nabídla jsem využití teplé vody a masáží
- rodička setrvala v první době porodní i mimo lůžko např. ve sprše nebo na míči

Hodnocení ošetřovatelské péče

Cíl se podařilo splnit, u pacientky jsme eliminovaly strach poskytnutím veškerých informací a rozhovorem.

Ošetřovatelská diagnóza č. 6/

Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení invazivních vstupů (PŽK a epidurální katétr)

Cíl

U rodičky nedojde k rozvoji infekce.

Výsledná kritéria

- nedošlo ke vzniku infekce
- rodička je edukována o způsobech prevence vzniku infekce a je schopná je dodržovat
- rodička zná možné příčiny infekce
- počínající infekce bude včas detekována a bude efektivně zabráněno jejímu dalšímu šíření

Intervence

- vysvětlí důvod zavedení invazivních vstupů
- při zavádění PŽK postupuj asepticky
- při manipulaci s invazivními vstupy postupuj asepticky
- hodnoť okolí periferního žilního katétru dle Madonna
- informuj rodičku o příznacích počínající infekce
- pravidelně kontroluj fyziologické funkce
- zaznamenej do dokumentace veškeré informace o PŽK

Realizace ošetřovatelské péče

- pacientce jsem vysvětlila důvod zavedení periferního žilního katétru
- při zavádění a manipulaci s periferním žilním katétrem jsem postupovala asepticky a dle veškerých standardů
- rodičku jsem informovala o příznacích počínající infekce
- pravidelně jsem invazivní vstup kontrolovala a vše jsem zapsala do dokumentace
- pacientce jsem měřila tělesnou teplotu a zapisovala ji do dokumentace

Hodnocení ošetřovatelské péče

Cíl se podařilo splnit, u rodičky nedošlo k rozvoji infekce.

Ošetrovatelská diagnóza č. 7/

Porucha integrity tkáně v důsledku porodního poranění projevující se suturou tkáně.

Cíl

Sutura se zahojí per primam

Výsledná kritéria

- rodička ví o porodním poranění
- dokáže popsat, jak se o suturu bude starat
- rodička je poučena o příznacích počínající infekce

Intervence

- pravidelně kontroluj suturu a její okolí
- seznam rodičku s péčí o porodní poranění zejména informuj o sprchování, používání jednorázových vložek a použití vhodného mýdla
- seznam rodičku se způsobem vyprazdňování a s péčí o genitál po každém vyprázdnění
- informuj rodičku o příznacích počínající infekce a nutnosti tyto příznaky hlásit
- pravidelně kontroluj stav očistků

Realizace ošetrovatelské péče

- na sále jsem kontrolovala suturu, která byla klidná a nejevila známky infekce
- pacientce jsem vysvětlila vhodný hygienický režim
- informovala jsem ji o správné hygieně genitálu, používání jednorázových vložek a poporodních kalhotek
- seznámila jsem ji i s péčí o genitál po každém vyprázdnění
- pacientka byla poučena o příznacích infekce a nutnosti tyto příznaky hlásit porodní asistentce
- pacientka byla poučena, jak mají vypadat očistky, sama jsem krvácení kontrolovala pouze na porodním sále

Hodnocení ošetrovatelské péče

Cíle bylo dosaženo částečně, na porodním sále byla sutura klidná a nejevila příznaky počínající infekce.

Diskuze

Ošetrovatelská péče o rodičku na porodním sále je velmi specifickou záležitostí, o to víc jedná—li se o rodičku, která rodí mrtvý plod. Ošetrovatelská péče o rodičku se tedy liší a je na porodní asistentce a lékaři, aby uspokojili individuální potřeby ženy.

V rámci přípravy mé bakalářské práce jsem objevila tři podobné bakalářské práce. V žádné z nich, ale nebyl komplexně zpracován ošetrovatelský proces. Z toho důvodu jsem se zaměřila na ošetrovatelský proces, který je v péči o ženu klíčový. Ošetrovatelský model dle Gordonové jsem zvolila pro jeho přehlednost a znalost mezi porodními asistentkami.

Slečnu I.K. jsem si vybrala z toho důvodu, že byla první pacientkou, která rodila mrtvé dítě se kterou jsem intenzivně komunikovala po dobu jejího pobytu na porodním sále. Se slečnou se mi podařilo v průběhu porodu navázat vztah a získat důvěru. Myslím si, že se v praxi do jisté míry odráží míra kvality ošetrovatelské péče od vytvořeném vztahu zdravotník – pacient.

U pacientky byla úspěšná indukce porodu, aplikace epidurální analgezie i následný porod. Díky antibiotické profylaxi a miniheparinizaci nedošlo u pacientky k rozvoji možných komplikací, které jsem rozebírala v teoretické části mé práce.

U pacientek, které rodí mrtvý plod je podle mého názoru nejdůležitější, aby porodní asistentka navázala kvalitní vztah s pacientkou a správně určila hlavní ošetrovatelské problémy. Největším problémem je u těchto rodiček smutek ze ztráty dítěte a strach z porodu, popřípadě strach z bolesti. Trauma z porodu se snažíme eliminovat nabídkou epidurální analgezie, která by měla být automaticky nabízena a byla aplikována i slečně I.K. U mé pacientky se objevil strach z aplikace Oxytocinu, vhodným rozhovorem a poskytnutím informací se mi ale strach podařilo eliminovat.

V mé práci jsem se snažila vyřešit hlavní ošetrovatelské problémy, které budou podstatné po dobu pobytu pacientky na porodním sále. Má práce je určena všem porodním asistentkám a studentkám porodní asistence k získání celkového přehledu v této problematice.

Závěr a doporučení pro praxi

V teoretické části mé práce jsem mimo jiné popsala příčiny intrauterinní smrti, porod mrtvého plodu nebo stádia truchlení rodičů. Jako druhou část práce jsem zvolila kazuistiku ženy z porodního sálu. Následně zpracovaný ošetrovatelský proces, ošetrovatelské diagnózy a ošetrovatelský plán byl dán specifikou tohoto případu. Ošetrovatelskou péčí jsem přizpůsobovala individuálním potřebám rodičky.

V rámci doporučení pro praxi, je podle mého názoru nejdůležitější kvalitní vykonávání ošetrovatelského procesu. Porodní asistentka si musí být vědoma veškerých ošetrovatelských problémů, které musí efektivně vyřešit. Pacientku by měla vnímat jako celek a z toho důvodu jsem v praktické části mé práce podrobně rozpracovala každou ošetrovatelskou diagnózu.

Celkové zhodnocení rodičky jsem získala z nashromážděných informací. Výhodou pro mě bylo, že jsem byla u pacientky přítomná od příjmu až do odvedení pacientky po porodu na standartní oddělení. Informace o průběhu porodu jsem získala vlastním pozorováním a z ošetrovatelské dokumentace. Zbytek informací o rodičce jsem získala zejména vlastním rozhovorem s rodičkou a z těhotenské průkazky.

Na závěr bych ještě chtěla podotknout, že i když se jedná o velmi nepříjemnou situaci, troufám si tvrdit, že se s ní každá porodní asistentka za svou praxi setká a je velmi důležité, aby věděla, jak má správně postupovat. Při své péči o rodičku jsem si uvědomila, jak je důležitá empatie a vhodný přístup.

Seznam literatury

- 1) ALGHAMDI, Reem, JARRETT, Patricia. Experiences of student midwives in the care of women with perinatal loss: A qualitative descriptive study. *British Journal of Midwifery (BRJMIDWIFERY)*, Oct2016;24 (10): 715-722. (8p). ISSN: 0969-4900
- 2) BINDER, Tomáš. Psychologické a medicínské aspekty porodu mrtvého plodu. *Praktická gynekologie*, 2007, roč. 11, č. 2, s. 61-64. ISSN: 1211-6645.
- 3) BINDER; UNZEITIG; VELEBIL. Vedení prenatální péče a porodu donošeného plodu v poloze koncem pánevním – doporučený postup. *Česká gynekologie*, 2013, roč. 78, Supplementum, s. 21 - 22. ISSN: 1210-7832.
- 4) BINDER, Tomáš; VAVŘINKOVÁ, Blanka. *Porodnictví: pro porodní asistentky*. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně, Fakulta zdravotnických studií, 2016. ISBN 978-80-7561-020-1.
- 5) BOYLE, A. Route of Delivery in Women With Stillbirth: Results From the Stillbirth Collaborative Research Network. *Obstetrics and Gynecology*. 129 (4) (pp 693-698), 2017. Date of Publication: 2017. ISSN: 0029-7844_1873-233X
- 6) BUŽGOVÁ, Radka; PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3557-3.
- 7) DOUCHA, Marie. Konfrontace porodní asistentky se smrtí. *Zdravotnictví a medicína*, 2014, roč. 2014, č. 15 (Sestra), s. 31. ISSN: 2336-2987.
- 8) FAIT, Tomáš. Zástava laktace. *Moderní babičství: odborný časopis pro porodnictví a gynekologii*. Praha : Levret, 2008. ISSN: 1214-5572; 80-903183-5-5; 80-903183-6-3.
- 9) HÁJEK, Zdeněk; ČECH, Evžen a MARŠÁL Karel. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.
- 10) HUGES, Katherine, Hannah. Antenatal care in pregnancy following a stillbirth. *British Journal of Midwifery (BRJMIDWIFERY)*, Feb2013;21 (2): 92-97. (6p). ISSN: 0969-4900
- 11) KADLECOVÁ, Emilie. Péče o rodičku s mrtvým plodem. Olomouc, 2011. bakalářská práce (Bc.). UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI. Fakulta zdravotnických věd
- 12) KAMENÍKOVÁ, Miloslava; KYASOVÁ, Miroslava. *Ošetrovatelské diagnózy na porodním sále*. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0285-1.
- 13) KAST, Verena. *Truchlení: fáze a šance psychického procesu*. Praha: Portál, 2015. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-262-0789-4.
- 14) LAWN JE.. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *Lancet*. 387(10018):587-603, 2016 Feb 06. ISSN: 0140-6736
- 15) MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada, 2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1399-3.

- 16) NAVRÁTILOVÁ, Michaela. Péče o ženu s diagnózou mrtvý plod. *Sestra: odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry*. Praha : Strategie, 07 – 08 2013. ISSN: 1210-0404.
- 17) NEUMANN, Adam, FAIT, Tomáš. Mrtvorozenost – trvalý problém perinatální péče. *Praktická gynekologie*, 2013, roč. 17, č. 4, s. 293-296. ISSN: 1211-6645.
- 18) PAŘÍZEK, Antonín; HONZÍK, Tomáš. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti*. 5. vydání. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-7492-213-8.
- 19) PATHWAY. *International Journal of Health Governance*. 23 (1) (pp 18-37), 2018. Date of Publication: 2018. ISSN: 2059-4631
- 20) PROCHÁZKA, Martin; PILKA, Radovan; BUBENÍKOVÁ, Štěpánka et al. *Porodnictví pro studenty všeobecného lékařství a porodní asistence*. Olomouc: AED - Olomouc, 2016. ISBN 978-80-906280-0-7.
- 21) PROCHÁZKA, Martin; MĚCHUROVÁ, Alena; ČEPIČKÝ, Pavel; CALDA, Pavel. Vedení porodu mrtvého plodu - doporučený postup. *Česká gynekologie*, 2014, roč. 79, Supplementum, s. 3-4. ISSN: 1210-7832.
- 22) RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí : psychosomatická medicína : učební texty pro porodní asistentky]*. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. ISBN 978-80-254-2186-4.
- 23) ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-247-5753-7.
- 24) SLEZÁKOVÁ, Lenka; ANDRÉSOVÁ, Martina; KADUCHOVÁ, Petra; ROUČOVÁ, Monika STAROŠTÍKOVÁ, Eva. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0214-3.
- 25) VLK, R. Preindukce a indukce porodu. Doporučený postup (revize 2010). *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2013, roč. 22, č. 4, s. 293-295. ISSN: 1211-1058.
- 26) WILSON, Debra Rose. Parse's Nursing Theory and its Application to Families Experiencing Empty Arms. *International Journal of Child birth Education (INTJ CHILDBIRTH EDUC)*, Apr2016; 31(2): 29-33. (5p) ISSN: 0887-8625
- 27) Zákon o sociální podpoře č. 117/1996 Sb.
- 28) Zákon č. 262/2006 Sb. zákoník práce § 195 odst. 4 a 5
- 29) Zákon č. 256/2001 Sb. §4

Seznam zkratek

ATB – antibiotika

CRP – C – reaktivní protein

ČGOPS – Česká gynekologická a porodnická společnost

ČLS JEP – Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

DIC – diseminovaná intravaskulární koagulopatie

DVB – dirupce vaku blan

EDA – epidurální analgezie

HELLP – Hemolysis Elevated Liver enzymes Low Platelets

i.m. – intramuskulární podání (do svalu)

Inj – injkeční forma

i.v.-intravenózní podání (do žíly)

Mg. – miligramy

PROM – premature rupture of fetal membranes

PŽK – periferní žilní katétr

Tbl – tablety

USA – United States of America

UZ – ultrazvuk

Seznam příloh

Příloha č. 1 - Ošetrovatelská dokumentace pro porodní sál (KAMENÍKOVÁ, Miloslava; KYASOVÁ, Miroslava. *Ošetrovatelské diagnózy na porodním sále*. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0285-1.)

Příloha č. 2 - Porodnická křivka (KAMENÍKOVÁ, Miloslava; KYASOVÁ, Miroslava. *Ošetrovatelské diagnózy na porodním sále*. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0285-1.)

Příloha č. 3 - Dokumentace využívána na gynekologickém oddělení po porodu mrtvého plodu na pracovišti nejmenované nemocnice

Příloha č. 4 – Informační materiály pro rodiče po porodu mrtvého plodu poskytované v nejmenované nemocnici

| | |
|--|--------------------------------|
| Štítek | Číslo porodopisu |
| | Datum a čas vypsání |
| Vstupní ošetřovatelská anamnéza a vyšetření rodičky | |
| Gravida | para |
| | Termín porodu |
| <i>Důvod přijetí:</i> | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Kontrakce • Odtok plodové vody • Krvácení • Odeslána ošetřujícím lékařem • Indukce • Jiné | |
| <i>Vnitřní porodnické vyšetření:</i> | |
| Ozvy plodu | KTG |
| Krevní skupina | Rh faktor |
| Alergie (červeně) | Protilátky |
| Dietní režim | |
| Farmakoterapie dlouhodobá | |
| Seznámena s právy pacientů | |
| Komu je možno podávat informace o rodiče | |
| <i>Vnímání zdraví:</i> | <i>Výživa:</i> |
| Příprava k porodu | Dieta |
| Příprava ke kojení | Zvláštní preference |
| Příprava k porodu s otcem dítěte | Doba posledního jídla |
| Cvičení v těhotenství | Doba posledního příjmu tekutin |
| Plavání | Nauzea, zvracení |
| Jiné aktivity | Pálení žáhy |
| Kouření | Kachexie, obezita |
| Alkohol | |
| Drogy | |
| Zvláštnosti | |

Vnímání kontrakcí:

Lokalizace

Intenzita – žádná

– mírná

– středně silná

– silná

– krutá

– nesnesitelná

Tolerance bolesti (dle rodičky)

Způsob ovlivnění

Smyslové vnímání:

Zrak

Sluch

Řeč

Kompenzační pomůcky

Mezilidské vztahy:

Kdo je přítomen u porodu

Kontakt s rodinou

Změna v rodinných vztazích

Změna rodičovských funkcí

Schopnost péče o dítě

Stres, jeho zvládnutí, tolerance:

Obavy

Úzkost

Nejistota

Spolupráce s otcem

Vyprazdňování:

Močení

Stolice

Klyzma

Potíže

Aktivita:

Úroveň sebepéče

Kompenzační pomůcky

Překážky v provozování aktivity

Spánek, odpočinek:

Spala

Nespala

Únava

Zvláštnosti

Sebepojetí:

Strach

Úzkost

Sexualita, reprodukční schopnost:

Počet porodů

Počet potratů

Komplikace

Pohlavní styk v těhotenství

Víra:

Jiné:

Na závěr doporučujeme položit rodičce otázku: „Rozumím tomu tak, že váš největší problém je...?“ Tím si určíte hlavní ošetrovatelský problém – tj. hlavní ošetrovatelskou diagnózu.

Příloha č. 2

| | | | | | |
|---|--|----------------------|----------------------|---|---------------------------------|
| PROT. LIST. JMÉNO ROD. ČÍSLO TP GRAV./PARA PŘIJATA V HOD. PRVNÍ PRAVID. KONTRAKCE KS Rh | OZVY PLODU 170 150 130 120 110 100 90 80 70 | TK, P, T | LÉKÁŘE ORDINACE | KONTRAKCE 1 2 3 4 5 6 8 LEM Z. B. POROD PLACENTA | ZÁZNAM PORODNÍ ASISTENTKY |
| POROD VEDL. PLOD O / ŽIVÝ MRTVÝ PLACENTA KREVNÍ ZTRÁTA ml. PORANĚNÍ 1. DOBA HOD. MIN. 2. DOBA HOD. MIN. 3. DOBA HOD. MIN. CELKEM HOD. MIN. | 30 30 30 30 | 30 30 30 30 | 30 30 30 30 | 30 30 30 30 | 30 30 30 30 |

3-040

Příloha č. 3

| | | | |
|--|--|--|--|
| CAVE z pohledu PA: | <input type="checkbox"/> stav po operaci dělohy <input type="checkbox"/> stav po s.c. <input type="checkbox"/> předchozí neúspěšné gravidity <input type="checkbox"/> těhotenství po IVF <input type="checkbox"/> psychické problémy v anamnéze <input type="checkbox"/> riziko nutrice <input type="checkbox"/> riziko pádu <input type="checkbox"/> porod těžce nezralého novorozence | <input type="checkbox"/> zánět prsu v anamnéze <input type="checkbox"/> větší porodní poranění <input type="checkbox"/> infekce (dlouhodobě kanyla, močové cesty) <input type="checkbox"/> trombembolie (varixy) <input type="checkbox"/> porod s epidurální analgezií <input type="checkbox"/> VVV u novorozence <input type="checkbox"/> jiné (uveďte) <input type="checkbox"/> porod mrtvého novorozence | <input type="checkbox"/> vpáčené bradavky <input type="checkbox"/> včetně rekta |
| ZÁZNAM V PRŮBĚHU SMĚNY: DENNÍ SMĚNA | | | |
| KONTAKTOVAT: (vyznačte pouze pokud zjištěna potřeba či vyjádřeno přání) | | | |
| <input type="checkbox"/> sociální pracovnice <input type="checkbox"/> nutriční terapeutka | | <input type="checkbox"/> psycholog <input type="checkbox"/> pastorační péče | |
| | | <input type="checkbox"/> rodinu <input type="checkbox"/> fyzioterapeutku | |
| Sdělený problém v průběhu směny: | (pokud bolest viz poznámka) | EDUKACE V PRŮBĚHU SMĚNY: | |
| Zjištěný problém v průběhu směny: | (vzhledem ke CAVE) | <input type="checkbox"/> pitný režim <input type="checkbox"/> dieta <input type="checkbox"/> péče o vyprazdňování (konečník) <input type="checkbox"/> péče o pokožku <input type="checkbox"/> péče o prsy <input type="checkbox"/> sledování krvácení <input type="checkbox"/> o režimu po propuštění do domácího prostředí | |
| Návrh řešení: | | <input type="checkbox"/> důležitosti "smutnění" <input type="checkbox"/> postup pokud pohřeb <input type="checkbox"/> péče o suturu <input type="checkbox"/> cvičení pánev.svalů | |
| Uskutečnění řešení: | | <input type="checkbox"/> o režimu po propuštění do domácího prostředí | |
| Zhodnocení: | | Edukaci porozuměla: | |
| Záznam péče o kanylu: | | Záznam o předání směny: (předávající = edukující) | |
| | | předala: | |
| Závěr pro přebírající směnu: | | Záznam o převzetí směny: | |
| | | převzala: | |
| ZÁZNAM V PRŮBĚHU SMĚNY: NOČNÍ SMĚNA | | | |
| KONTAKTOVAT: (vyznačte pouze pokud zjištěna potřeba či vyjádřeno přání) | | | |
| <input type="checkbox"/> sociální pracovnice <input type="checkbox"/> nutriční terapeutka | | <input type="checkbox"/> psycholog <input type="checkbox"/> pastorační péče | |
| | | <input type="checkbox"/> rodinu <input type="checkbox"/> fyzioterapeutku | |
| Sdělený problém v průběhu směny: | (pokud bolest viz poznámka) | EDUKACE V PRŮBĚHU SMĚNY: | |
| Zjištěný problém v průběhu směny: | (vzhledem ke CAVE) | <input type="checkbox"/> pitný režim <input type="checkbox"/> dieta <input type="checkbox"/> péče o vyprazdňování (konečník) <input type="checkbox"/> péče o pokožku <input type="checkbox"/> péče o prsy <input type="checkbox"/> sledování krvácení <input type="checkbox"/> o režimu po propuštění do domácího prostředí | |
| Návrh řešení: | | <input type="checkbox"/> důležitosti "smutnění" <input type="checkbox"/> postup pokud pohřeb | |
| Uskutečnění řešení: | | <input type="checkbox"/> o režimu po propuštění do domácího prostředí | |
| Zhodnocení: | | Edukaci porozuměla: | |
| Záznam péče o kanylu: | | Záznam o předání směny: (předávající = edukující) | |
| | | předala: | |
| Závěr pro přebírající směnu: | | Záznam o převzetí směny: | |
| | | převzala: | |

Příloha č. 4

| | |
|--|-------------------------------|
| Jméno, příjmení, datum narození pacientky: | Lékař, který provedl poučení: |
|--|-------------------------------|

Vážená paní,

velmi nás mrzí, že se u Vás vyskytla tato politováníhodná komplikace. Naším cílem je zajistit Vám nekomplikovaný a bezpečný průběh porodu i poporodního období. Současně jsem připraveni respektovat osobnost každé rodičky i její představy o vedení porodu a zachovávat co nejvyšší míru jejího soukromí.

Naší snahou je ukončit těhotenství přirozenou cestou. Operační porod (císařský řez, klešťový porod, vakuumextrakce) provádíme jen v nejnnutnějších případech, kdy přirozený porod není možný nebo bezpečný. Dovolujeme si Vás upozornit, že v souladu s doporučením České gynekologicko-porodnické společnosti neprovádíme císařský řez na přání, tedy bez toho, aby k němu byl závažný medicínský důvod.

Vyšetřování v průběhu porodu:

Při příjmu a dále přibližně každé 1-2 hodiny vyšetřením pochvou (dle potřeby i častěji), sledujeme otevírání porodních cest a postup hlavičky. Cílem je zjistit, zda porod probíhá pravidelně a zda není potřeba nějakým způsobem zasáhnout.

Tlumení porodních bolestí:

Porodní bolest je způsobena děložní činností a tlakem prostupujícího plodu na měkké tkáně porodních cest. Tlumení těchto bolestí je samozřejmou součástí moderního porodnictví a používáme k němu i epidurální analgezii.

Aplikace léků:

V některých případech je během porodu nutné podat léky na úpravu průběhu porodu. Tyto léky aplikujeme buď ve formě čípků do konečníku, nebo ve formě injekcí do svalu či do žíly. Před každým podáním léků Vám důvod aplikace i účinky vždy vysvětlíme.

Nástřih hráze (epiziotomie):

Naší snahou je vést porod bez poranění či operačních zásahů. V závěru porodu někdy hrozí roztržení hráze, v takovém případě provádíme **epiziotomii**. Je to 2-5 cm velký postranní nástřih hráze, většinou šikmo vpravo nebo vlevo od konečníku, který je po porodu ošetřen sešitím vstřebatelným materiálem. V naprosté většině případů se tento nástřih hojí bez komplikací a trvalých následků. Ve výjimečných případech může hojení probíhat komplikovaně a s nutností dalšího ošetření.

Plod a placenta

Plod i placenta je po porodu odeslán na histopatologické vyšetření za účelem objasnění příčiny úmrtí, i přesto příčina nemusí být známá.

Operační porod:

V kterékoli fázi porodu se mohou objevit známky ohrožení Vašeho života, nebo Vaše zdravotní komplikace. V takovém případě je nutné porod okamžitě ukončit operativně. Provádí se buď **císařský řez** (vyjmutí plodu přes stěnu břišní) nebo, vyskytne-li se tato komplikace v samém závěru porodu, je výjimečně nutné použít k porodu dítěte vakuumextraktor nebo kleště. Tyto výkony bývají velmi akutní, proto není čas na podrobnější vysvětlování všech okolností v okamžiku, kdy nutnost této operace nastane. Během samotného výkonu Vás průběžně o jednotlivých krocích informujeme.

Možné komplikace:

Bohužel, žádný porod není zcela bez rizika. I přes velkou opatrnost a péči může dojít během porodu ke komplikacím, které nejsou časté a které jsou ve velké většině dobře rozpoznatelné a dobře řešitelné. Během porodu může dojít při prostupu hlavičky porodními cestami k popraskání hrdla děložního, pochvy a hráze, které je nutné následně chirurgicky ošetřit. V případě zadržení placenty nebo plodových obalů může dojít k silnému krvácení, a proto musí být z dělohy operačně odstraněny. Vzácná, ale o to vážnější komplikace je atonie děložní, při které nedochází ke smrštění dělohy po porodu spojené se silným krvácením. V poporodním období se může vyskytnout dočasná porucha vyprazdňování močového měchýře, která pozvolna během několika dnů odezní. Velmi vzácná je trombóza - vytvoření se krevních sraženin v žilách např. pánevního dna, a "embolie" t.j. zanesení těchto sraženin např. do plic; tam může v krajním případě dojít k uzavření

Věříme, že průběh Vašeho porodu bude bezproblémový. Ujistíme Vás, že učiníme vše pro to, aby Váš porod proběhl bez komplikací.

Prohlášení rodičky

Prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že jsem byla výše jmenovaným lékařem náležitě ústně poučena o plánovaném způsobu vedení porodu, že mi byl objasněn důvod možných zákroků u porodu, způsob i rozsah jejich provedení a byla jsem seznámena s riziky a možnými komplikacemi porodu, souvisejících zákroků (včetně epiziotomie) i následné léčby a že jsem měla možnost tomuto lékaři klást mu otázky, na které mi rádně odpověděl.

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví. Jestliže si aktuální porodnická situace vynutí rychlé ukončení porodu operačním způsobem (císařský řez, klešťový porod, vakuumextrakce nebo jinou porodnickou operací), pak s tímto postupem předem a bez výhrad souhlasím.

V Praze dne

vlastnoruční podpis rodičky

podpis lékaře, který poučení provedl

Podpis svědků poučení a souhlasu pacientky, pokud pacientka není schopna se vlastnoručně podepsat:

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

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

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo 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.

| Příjmení, jméno (hůlkovým písmem) | Číslo dokladu totožnosti vypůjčitele (např. OP, cestovní pas) | Signatura závěrečné práce | Datum | Podpis |
|--|--|--|--------------|---------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |