

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2008

Petra Linhartová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Ošetrovatelská péče o ženu s vícečetným těhotenstvím
Bakalářská práce

Vedoucí práce:

PhDr. Koudelková Vlasta

2008

Autor práce:

Linhartová Petra

ABSTRAKT

Nowadays the occurrence of multiple pregnancy is connected with methods of artificial insemination that bring along many other complications. A multiple pregnancy requires greater attention, care of the obstetrician and the midwife. Because the attendance care for these women keeps developing at the same time with new findings, it is necessary to provide a quality care, of which is mostly in charge an experienced midwife. Multiple pregnancy is a state when there is more than one fetus developed in the womb. Mostly we are speaking of twins (gemini), triplets (trigemini) and quadruplets (quadrigemini). A multiple pregnancy is a greater burden to the organism of the woman during the whole period of pregnancy. Speaking of multiple pregnancy we should count with occurrence of various complications, e.g. premature labour, placental insufficiency, or occurrence of toxemia of pregnancy. Therefore an early and regular prenatal care is so important for women with multiple pregnancy.

To find out whether the nursing care for woman with a multiple pregnancy is carried out according to given nursing standards, we chose a quantitative survey and used the questionnaire form. There were 27 open questions, semi open and closed questions. Midwives could cross or fill in their answers.

The questionnaires were distributed in Hospital České Budějovice a.s., Hospital Nymburk s.r.o. and in Hospital Český Krumlov s.r.o. and they showed that the nursing care, e.g. blood pressure measurement, pulse measurement, weighing pregnant women, fetal auscultation is fulfilled from 100%. It was further found out that the nursing standards are carried out from 83% and that the ultrasound examination of fetuses is carried out in 100% according to the recommendations of the Czech Gynecological and Obstetrical Society. 43% of midwives do not consider the care for women with multiple pregnancy more complicated than other hazardous pregnancies and 57% of midwives claim that the care for women with multiple pregnancy is not more complicated at all.

The survey has shown that the nursing care for women with multiple pregnancy corresponds to nursing standards, which confirms the working hypothesis at the same time the goal of the paper concentrated on carrying out of nursing care according to nursing standards was fulfilled.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Ošetrovatelská péče o ženu s vícečetným těhotenstvím“ vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu se § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nekrácené podobě/v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích

Podpis studentky

Poděkování:

Chtěla bych tímto poděkovat PhDr. Vlastě Koudelkové za odborné vedení, připomínky a cenné rady, které mi ochotně poskytla během tvorby této práce. Dále děkuji všem pracovníkům Nemocnice České Budějovice a.s., kteří mi poskytli cenné rady a připomínky a podíleli se na realizaci výzkumné části bakalářské práce.

OBSAH

ÚVOD.....	7
1. SOUČASNÝ STAV.....	8
1.1 Vznik vícečetného těhotenství.....	8
1.2 Metody asistované reprodukce.....	11
1.3 Redukce vícečetných gravidit.....	11
1.4 Dvojčata (<i>gemini</i>).....	12
1.5 Trojčata (<i>trigemini</i>).....	14
1.6 Fyziologické změny v organismu při vícečetném těhotenství.....	14
1.6.1 Reprodukční systém.....	14
1.6.2 Respirační systém.....	15
1.6.3 Kardiovaskulární systém.....	16
1.6.4 Gastrointestinální systému.....	16
1.6.5 Močový systém.....	16
1.6.6 Kožní a kostní systém.....	17
1.7 Prenatální diagnostika vícečetného těhotenství.....	17
1.7.1 Diagnostika vývojových vad u vícečetného těhotenství.....	18
1.8 Prenatální péče o ženy s vícečetným těhotenstvím z pohledu porodní asistentky.....	18
1.8.1 Prenatální péče do 20. týdne těhotenství.....	19
1.8.2 Prenatální péče ve 20. – 26. týdnu těhotenství.....	20
1.8.3 Prenatální péče ve 27. – 32. týdnu těhotenství.....	21
1.8.4 Prenatální péče po 32. týdnu těhotenství.....	22
1.8.5 Péče o těhotnou s vícečetným těhotenstvím na oddělení rizikového těhotenství z pohledu porodní asistentky.....	22
1.8.6 Dokumentace na oddělení rizikového těhotenství.....	23
1.8.6.1 Ošetrovatelský proces a uspokojování potřeb na oddělení rizikového těhotenství.....	23
1.8.6.2 Model Oremové na oddělení rizikového těhotenství.....	24

1.8.6.3 Ošetrovatelské standardy jako nástroje hodnocení kvality ošetrovatelské péče.....	25
1.9 Vedení porodu u žen s vícečetným těhotenstvím.....	25
1.9.1 Vedení spontánního porodu.....	26
1.9.2 Vedení porodu císařským řezem.....	26
1.9.2.1 Vedení císařského řezu ve svodné anestézii a asistence porodní asistentky.....	28
1.9.3 Péče porodní asistentky během přípravy rodičky nebo těhotné ženy na císařský řez.....	28
1.9.4 Péče porodní asistentky o ženu po císařském řezu.....	29
2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY.....	31
2.1 Cíl práce.....	31
2.2 Předpokládané hypotézy.....	31
3. METODIKA.....	32
3.1 Použitá metodika.....	32
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	32
4. VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	33
5. DISKUSE.....	53
6. ZÁVĚR.....	61
7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURA.....	63
8. KLÍČOVÁ SLOVA.....	67
9. PŘÍLOHY.....	68
9.1 Seznam příloh.....	

ÚVOD

„Být živi z porodu nestačí. Nastala doba naslouchat ženám. Věnovat pozornost jejich potřebám a přáním. Povzbuzovat je, aby se nebály vyjadřovat a prosazovat to, co si myslí, že by se v porodnictví dalo dělat jinak a lépe.“

Penny Simkám

V současné době je vznik vícečetného těhotenství většinou spojený s metodami umělého oplodnění, které s sebou mnohdy přináší i mnoho dalších komplikací. Vícečetné těhotenství vyžaduje zvýšenou pozornost, péči porodníka i porodní asistentky a protože se ošetrovatelská péče o tyto ženy neustále vyvíjí současně s novými poznatky, je potřeba poskytovat kvalitní péči, kterou zabezpečuje především vzdělaná porodní asistentka. Splňuje tak funkci nejsilnějšího článku od vzniku vícečetného těhotenství až do vlastního porodu a je komunikačním kanálem mezi rodičkou a lékařem.

Jako studentka praktikující na porodnickém oddělení mám možnost sledovat, jakým způsobem se odvíjí péče o ženy s vícečetným těhotenstvím a jak je možné pomáhat budoucím matkám k snadnějšímu zvládnutí porodu a ošetřujícímu personálu k lepší spolupráci s rodičkou.

Proto se mi tato problematika jeví jako velmi zajímavá a domnívám se, že tato práce bude přínosná nejen pro samotné těhotné, ale i pro zdravotnický personál, který s ženami s vícečetným těhotenstvím přichází do styku.

1. SOUČASNÝ STAV

Vícečetné těhotenství je stav, při kterém dochází v děloze k vývoji více než jednoho plodu. Rozeznáváme nejčastěji dvojčata (gemini), trojčata (trigemini) a čtyřčata (quadrigemini). Familiární výskyt se v některých rodinách hromadí. Frekvence dvojčat je kolem jedné dvojčat na 80 porodů. U trojčat je to potom na 80² porodů a u čtyřčat na 80³ porodů (10, 14).

Díky uměle dodávaným hormonům často dochází ke vzniku dvojčat nebo ke vzniku mnohočetných těhotenství. Dokonce byl popsán příběh z roku 1997, kdy ve Spojených Státech přežila sedmerčata. A pokud zapátráme v prvním století našeho letopočtu, tak můžeme najít zmínky, kdy Aristoteles popisuje porod paterčat v Egyptě (5).

Jde o zvýšenou zátěž již v perinatologickém období. A pokud hovoříme o vícečetném těhotenství můžeme tedy počítat se vznikem mnohých komplikací, jako jsou například předčasné porody, insuficience placenty, gestózy (8, 13).

1.1 Vznik vícečetného těhotenství

Pokud jde o spontánní vznik vícečetného těhotenství, lze používat Hellinsovo pravidlo, které zní: „Gemini (1:97 porodů), trigemini (1:97²), quadrimini (1:97³)“. Nyní je toto ale narušeno díky asistované reprodukci, při které odchází k zavedení několika embryí. Frekvence dvojčat u spontánního početí je 20x vyšší než v programu asistované reprodukce (27).

V roce 1978 se narodila Lousie Brownová po oplození oocyty mimo tělo matky metodou asistované reprodukce. Tento pokus byl prováděn v laboratorních podmínkách. Nastala tedy ohromná změna v oblasti lidské reprodukce. Efektivita léčby asistované reprodukce se začala zvyšovat (8).

Dochází při ní k přímé manipulaci s gametami. Používají se tyto metody: fertilizace in vitro (IVF), embryotransfer (ET) a intrauterinní inseminace. Tyto metody však zahrnují i spoustu léčebných postupů a technik, jako jsou například: zamražování a

opětovaný transfer rozmražených embryí (KET), mikroinseminace oocytu – intracytoplazmatická injekce jedné spermie (ICSI) nebo darování oocytu či spermie. Pro lékaře je velmi důležité procento otěhotnění po léčbě neplodnosti, která může trvat určitou dobu. Pro rodiče je prioritní normální průběh těhotenství, již od početí a porození zdravého, životaschopného plodu. Těhotenství po IVF může být ale rizikové, jak pro matku, tak pro plod, díky ne vždy fyziologickým podmínkám koncepce a spouštěním rizikových faktorů, jakými jsou například: metody asistované reprodukce, věk matky, příčina a doba trvání neplodnosti, transfer embrya a počet transferovaných embryí, vrozené vývojové vady u plodů po asistované reprodukci, kryokonzervace embryí, dárcovství jak spermií, tak oocytů nebo riziko malignit u plodů po asistované reprodukci (8, 26).

Sterilita je stav, pokud se dva lidé snaží počít dítě, ale nedaří se jim to. Dle předepsaných norem by měl být nesterilní pár ten, který provozuje nechráněný pohlavní styk po dobu jednoho roku. Sterilitu lze rozdělit na primární (nedošlo k početí) a sekundární (předcházelo jedno nebo více těhotenství) (13, 26).

Infertilita je též porucha plodnosti, která je ale charakterizována tak, že těhotenství vzniklo, ale nebylo úspěšně dokončeno. Je mnoho důvodů, které předcházejí sterilitě a těmi jsou např.: těhotenství vzniklé mezi 30. a 40. rokem věku nebo nové léčebné postupy v léčbě sterility (13, 26).

U muže musí při početí dojít k transportu takového množství spermií do hrdla děložního, aby bylo schopno po prostoupení hrdla oplodnit vajíčko. Faktory ovlivňující poruchu plodnosti lze rozdělit na: abnormality spermatu, erekce, ejakulace a semenné tekutiny.

Jako abnormální sperma je označen stav, kdy je ve spermatu abnormální malý počet spermií, které mohou být mrtvé nebo špatně formované. U spermií dochází k opětovanému vzniku a jejich formování je velmi ovlivněno mnoha faktory, jako jsou např. vysoká teplota, infekce, léky, abnormální hormonální stimulace (13).

Dalším faktorem ovlivňujícím poruchu plodnosti může být abnormální erekce. Tento faktor sterility lze charakterizovat jako poruchu nervové soustavy nebo to může

být dáno špatným krevním zásobením penisu. Mohou to však ovlivňovat i některé léky například antihypertenziva.

Abnormální ejakulace je faktor, kdy se sperma nedostává do penisu, ale končí v močovém měchýři vlivem některých léků nebo poruchou CNS. Jde například o hypospadii, kdy sperma při ejakulaci končí ve vaginálním východu, takže se nedostane do blízkosti děložního hrdla.

Abnormální semenná tekutina je tekutina, jejímž úkolem je dopravení spermatu do vagíny po ejakulaci. Tekutina koaguluje a zhruba po 30 minutách zkapalňuje, tedy umožňuje, aby spermie putovaly směrem k hrdlu. Pokud však ke zkapalnění nedojde, spermie se nepohybují a nebo umírají. Tímto procesem tak nedochází k oplodnění (13).

Stejně jako mužská sterilita má i ženská sterilita čtyři faktory, které ji ovlivňují. Jsou to poruchy ovulace, abnormality vejcovodů, abnormality dělohy, hrdla, vaječnicků a nebo hormonální abnormality (13).

Pokud mluvíme o normální ovulaci, jde o souhru hypotalamu, hypofýzy a vaječnicků. Pokud je však jeden z trojce faktorů nedostačující, nemůže dojít k ovulaci. Anovulace může mít za následek i jiný faktor, jako je například rakovina, při které podáváme chemoterapii. Dalším faktorem může být kouření nebo předčasné klimakterium.

Do abnormality vejcovodů zahrnujeme nejčastěji adheze, zjizvení vzniklé nejčastěji chlamydiovou infekcí, endometriózou, chirurgickou operací v pánvi, apendicitidou nebo cystami.

K tomu, aby došlo ke správné implantaci vajíčka, by žena neměla mít děložní myomy a ani vrozené anomálie reprodukčního systému. Nemělo by tedy docházet ani k potratům nebo předčasným porodům. U žen, které mají v anamnéze polycystické vaječnický, můžeme počítat s tím, že budou mít abnormální ovulaci i menstruaci.

Při hormonálních abnormalitách dochází k narušenému vývoji děložní sliznice nebo se vyskytují abnormality spojené s množstvím a načasováním některých hormonů, které jsou důležité pro výstavbu endometria, pro vývoj vajíčka nebo pro podporu počátečního zárodku (13, 35).

1.2 Metody asistované reprodukce

V České republice se medikamentózní indukce ovulace provádí v Centrech asistované reprodukce a používají různé typy asistované reprodukce. Cílem těchto metod je získání co největšího množství kvalitních oocytů. Jedním z efektivních postupů je používání analogů gonadoliberinu (GnRH) a gonadotropinu. Riziko pro těhotenství je zde zvýšené, protože může dojít k rozvinutí hyperstimulačního syndromu (OHSS). Při tomto syndromu dochází ke zvýšení vaskulární permeability a přesunu tekutin do extravaskulárního prostoru. Pokud se tento syndrom projeví, je nutná hospitalizace a při nejhorším stupni můžeme počítat i s přerušením dosaženého těhotenství (26).

IVF (in vitro fertilisation) je metoda, která může být spojena s předčasným ukončením těhotenství, nezávisle na tom, zda jde o těhotenství vícečetná nebo jednočetná.

ICSI (Intracytoplazmatická injekce spermie) je metoda, která slouží k léčbě mužské neplodnosti a která se rozvíjí od roku 1992. Umožňuje mužům mít svého genetického potomka, i když jejich diagnóza není závažnou poruchou plodnosti. Spermie můžeme získat třemi metodami: ejakulací, perkutánní extrakcí z nadvarlete (PESE) nebo extrakcí z varlete (TESE). Indikací k této metodě jsou například špatné výsledky spermiogramu, obstrukční azoospermie, non-obstrukční azoospermie nebo předchozí neúspěšná fertilizace oocytů. Rizika pro těhotenství jsou zde velká. Nejčastěji jsou to rizika opakujících se potratů, genetických abnormalit nebo může dojít k narození potomka s vyšším rizikem nebalancovaného chromozomálního komplementu. Proto se před provedením ICSI doporučuje provést genetické vyšetření (8).

1.3 Redukce vícečetných gravidit

První zmínky této metody byly uvedeny již v roce 1978, ale tyto záznamy byly spíše u dvojčat, u kterých byla prokázána anomálie u jednoho z plodů. Metody redukce mnohočetných gravidit byly popisovány od roku 1986. První velké záznamy o těchto

metodách máme od lékařů Berkovitz a Evanse z roku 1988 (25). Jsou známy tři techniky, kterými se redukce vícečetných gravidit provádí a těmi jsou – transcervikální, transvaginální a transabdominální technika (8).

Transcervikální technika je technika, kdy se cervikální cestou zavádí katétr a je aspirováno nejnižše uložené plodové vejce. To vše se provádí pod transabdominální ultrazvukovou kontrolou. Tato technika nese taková rizika, jako je hlavně krvácení a bakteriální infekce, takže se v současné době od ní upouští.

Transvaginální technikou se prostupuje přes vaginální stěnu, opět pod kontrolou vaginálního ultrazvuku. Pomocí bioptické jehly zavedené do plodového vejce aplikujeme intratorakálně roztok KCl. I zde je velké riziko infekce a tuto techniku používáme spíše u obézních pacientek.

Transabdominální technika je technika, která je v současné době nepoužívanější a provádí se přes stěnu břišní pod kontrolou transabdominálního ultrazvuku, kdy se podává intratorakálně roztok KCl, které se aplikuje až do asystolie plodu (22).

Nejdůležitější částí je včasné zjištění mnohočetného těhotenství a informování ženy o možnosti tohoto výkonu. Redukci je možno provádět mezi 9. až 12. týdnem a to ambulantně. Vývoj plodů by měl být již ukončený a proto by zde měl být proveden ještě kontrolní ultrazvuk. Žena by měla být dostatečně psychicky připravena, měla by být zajištěna infúzí s antibiotiky a měla by podstoupit obvyklou přípravu před zákrokem v celkové anestézii. Poté je na operačním sále aplikováno transabdominální cestou intratorakálně 1-2 ml roztoku KCl, a to dokud nevznikne asystolie plodu. Po čtyřech hodinách od výkonu by se měla podat další infuze s antibiotiky a dále pokračovat v antibiotické léčbě minimálně po dobu 5 dnů. Dále by žena měla dodržovat klidový režim nejméně 24 hodin a druhý den by měl být ještě proveden kontrolní ultrazvuk (22).

1.4 Dvojčata (gemini)

Dvojčata (bigemini, gemeli) rozdělujeme na jednovaječná a dvojevaječná. Jednovaječná dvojčata vznikají oplodněním jednoho vajíčka, které má dvě jádra a jsou určena geneticky. U dvojevaječných dvojčat dochází k oplodnění dvou vajíček zvlášť.

Obě vajíčka mohou být buď z jednoho vaječníku nebo každé zvlášť (jedno vajíčko z pravého a jedno vajíčko z levého vaječníku) (3, 10).

Jednovaječná dvojčata (gemi monochoiati) jsou identická dvojčata, tedy homologii, mají jednu společnou placentu, některé placentární cévy a společný chorion. Tato dvojčata mohou mít společný amnion, jde tedy o gemi monoamniati, ale mohou mít také každý svůj vlastní amnion a tehdy se jedná o gemi biamniati. U obou dvojčat probíhá z části samostatný krevní oběh, mají stejné pohlaví a společné duševní vlastnosti (10, 13).

Dvojvaječná dvojčata (gemi biamniati, bichoiati) jsou dvojčata, které mají samostatný amnion, chorion, deciduu capsularis a samostatné plodové obaly. U každého plodu může být různé krevní zásobení, a proto může být jejich vývoj nerovnoměrný. Pokud dochází u jednoho z plodů k lepšímu zajištění krví, je potom větší a těžší a lépe prospívá. Když má jedno z dvojčat v děloze nevhodné podmínky může i odumřít. Někdy dojde u odumřelého plodu k mumifikaci nebo dochází k vypuzení odumřelého plodu z dělohy. Druhé dvojče se tedy může dál v děloze vyvíjet. Pokud dojde k mumifikaci, druhý živý plod roste dál, přitiskne odumřelé dvojče na děložní stěnu a odumřelý plod se stává foetem papyroceem (papírovým plodem). Incidence takovýchto dvojčat je u mnoho ras odlišná například u černochů je to 1 na 20 porodů, u asiátů je to 1 na 150 porodů a v USA u všech obyvatel je to 1 na 80 porodů (10, 13).

Fyziologické i patologické vícečetné těhotenství můžeme dále posoudit dle následující klasifikace: gemi separati - jsou taková dvojčata, které rozdělujeme podle chorionu a amnionu na: bichoiati biamniati, kdy každý plod má svůj samostatný chorion a amnion. Mohou být monozygotní (identická, z jednoho vajíčka), nebo dizygotní (ze dvou vajíček). Dále mohou být monochoiati, kdy je oplodněno pouze jediné vajíčko a plody jsou tedy monozygotní. Mohou být biamniati (kdy mají plody společný chorion, ale samostatná amnia), nebo monoamniati (kdy mají plody společný, jak chorion tak amnion). Dále se mohou vyskytovat gemi junci, která nazýváme dvojčata spojená (tzv. srostlice). Tato dvojčata vznikají oplozením jednoho vajíčka, jsou identická, a protože sdílejí jeden chorion, jde tedy o dvojčata monochoiati. Můžeme je rozdělit na: bigemi izopagi, která mají spojené souměrné části a můžeme sem zařadit

rozštěpená dvojčata, která mají axilární zdvojení, jejich spojení je centrální a nazýváme je isopagi fisis. Bigemini juncti heteropagi mají nerovnoměrný vývoj spojených částí a můžeme sem zařadit autorit, kdy je větší spojená část, větší dvojče, nebo heterosit, kdy parazitické dvojče je menší (10).

1.5 Trojčata (trigemini)

Taková to těhotenství vznikají většinou oplozením dvou vajíček a jsou velmi vzácná. Jejich průběh, prenatální péče a diagnostika je velmi podobná jako u dvojčat. Mezi komplikace patří například předčasné porody a nebo narození nezralých plodů, které je velmi pravděpodobné u každé mnohočetné gravidity. Tyto porody jsou vždy vedeny primárně císařským řezem (28).

1.6 Fyziologické změny v organismu při vícečetném těhotenství

K nejvíce patrným fyziologickým změnám u ženy z vícečetným těhotenstvím dochází na reprodukčním, respiračním, gastrointestinálním, kardiovaskulárním, močovém a kožním systému.

1.6.1 Reprodukční systém

Na děloze jsou nejnápadnější změny v první fázi těhotenství a v prvním trimestru dochází ke zvýšení počtu buněk myometria a dále ve II. a III. trimestru se už zvětšují pouze jednotlivé buňky myometria. Děloha je hruškovitého tvaru a v těhotenství postupně roste, expanduje. Na konci těhotenství, za porodu, dosahuje k mečovitému výběžku hrudní kosti a její váha je kolem 1000 g. Obsahuje plod/plody, plodovou vodu, placentu/placenty a její obsah dosahuje až 5000 ml (13).

Barva a konzistence hrdla děložního se v těhotenství mění. Díky sekreci hustého hlenu dochází k vytvoření hlenové zátky, která odchází až před porodem nebo někdy až za porodu (13).

Ve vaječnicích v těhotenství ustává produkce vajíček. Žluté tělísko (corpus luteum) má velmi důležitou funkci. Produkuje velké množství progesteronu, který v prvních 7 týdnech posiluje deciduu, než se zcela vytvoří placenta, která přebírá veškeré funkce.

Krevní zásobení pochvy se v období gravidity zvyšuje, a proto má pochva bělavou barvu. Sliznice je ztluštělá a klky, které se objevují jsou velmi zřetelné. Pochva je chráněná před patogenními organismy, a to tím, že její sekret obsahuje nízké pH. Vyšší hladina glykogenu v graviditě může způsobovat, že vznikají kvasinkové infekce, které způsobují původci candida albicans.

Prsy se už od raného těhotenství mění vlivem hormonů, estrogenů a progesteronu, které je připravují na laktaci. Mléčná žláza zvyšuje svůj objem, u bradavek dochází k velké pigmentaci a jsou zřetelné mazové žlázy, které nazýváme Montgomeryho uzlíky a jejich funkcí je udržovat zvlhčenou bradavku. V poslední fázi těhotenství může vytékat tzv. kolostrum, které má světle žlutou barvu. Je to první mléko, které má dosti vysoké množství minerálů a bílkovin, ale skoro vůbec neobsahuje cukry, tuky a kalorie. Už jsou v něm obsaženy protilátky, které jsou velmi důležité pro prevenci vzniku nemocí a později chrání novorozence. Kolostrum neboli mlezivo přetrvává zhruba 2 až 3 dny po porodu (3, 13).

1.6.2 Respirační systém

Dechová frekvence u ženy s vícečetným těhotenstvím zůstává stejná nebo se jen mírně zvyšuje a prohlubuje. To vše odpovídá tomu, že žena vdechuje a vydechuje větší množství vzduchu. Vlivem rostoucí dělohy dochází k posunu bránice zhruba o 4 cm výše, a tím i o zvětšení rozměru hrudníku zhruba o 6 cm. U respiračního systému může dojít ke komplikacím, jako je například ucpaní nosu, změna hlasu a krvácení z nosu, které způsobuje vyšší hladina estrogenů (3, 13).

1.6.3 Kardiovaskulární systém

Vlivem rostoucího břicha dochází k posunu srdce výše a doleva. Měli bychom proto vědět, že v těhotenství dochází ke zvětšení srdečního objemu až o 45 %, a který je potřebný pro vznik krevní rezervy, jsou zvýšené nároky na mateřské tkáně, dochází k výměně škodlivin, živin a kyslíku v placentě. Výkon srdce se zvyšuje, stejně jako tepová frekvence, která je o 10 až 15 tepů vyšší. V pozdějším stadiu těhotenství dochází ke zhoršení krevního návratu z cév, hlavně z dolní části těla. Mohou proto vznikat otoky nebo varixy. Neúměrný poměr nastává mezi plazmou a červenými krvinkami, protože nárůst plazmy je větší. Bílé krvinky jsou v těhotenství zvýšené. U žen s vícečetným těhotenství je proto důležité kontrolovat krevní obraz laboratorním vyšetřením (3, 13).

1.6.4 Gastrointestinální systému

Nejčastější problémy, které se vyskytují v gastrointestinálním traktu v období těhotenství je ptyalismus (zvýšené slinění, salivace), který ovlivňuje čich a hlavně chuť u těhotných. Žaludek a střeva jsou tlačeny dozadu a do stran. Vyprazdňování žaludku a pohyblivost střev se snižuje, stejně jako acidita žaludečních šťáv. Velmi časté je proto vzduchaté břicho, meteorismus, zácpa a může dojít ke vzniku hemeroidů. Dalším problémem v těhotenství je pyróza (pálení žáhy), která vzniká relaxací kardií žaludku, kdy dochází k refluxu (návratu) kyselých šťáv do jícnu. Tento stav se objevuje u většiny těhotných (3, 13).

1.6.5 Močový systém

Močový systém je u žen s vícečetným těhotenství více zatížen, protože má ztíženou funkci vylučovat jak zplodiny metabolismu matky, tak i plodů. Dochází ke zvýšení glomerulární filtrace. Narůstá objem vody, která se zadržuje a je důležitá pro rozpuštění živin. Napětí ledvinné pánvičky a močovodu se snižuje, dochází tedy ke snížení peristaltiky a to je způsobeno vlivem progesteronu. Díky tomu dochází i ke zvýšení

obsahu močového měchýře. Může docházet ke zpomalení pohybu moče k tzv. stáze, která může být příčinou infekce močového traktu. V I. a III. trimestru si žena většinou stěžuje na časté močení, které způsobuje větší tlak zvětšené dělohy (3, 13).

1.6.6 Kožní a kostní systém

Vlivem zvýšené produkce hormonů dochází k různorodým změnám kůže v době těhotenství. Dochází k větší aktivitě potních a mazových žlázek, které snižují teplo, jak u matky, tak i u plodu. Pigmentace je v době těhotenství zvýšená.

V kostěném systému dochází ke změnám a to hlavně v postavení i držení bederní i krční části páteře, dochází k uvolňování pánevních skloubení a může dojít k rozvolňování symfýzy v posledním týdnu těhotenství (13).

1.7 Prenatální diagnostika vícečetného těhotenství

S velkou výhodou je, když se začne s prenatální péčí již před těhotenstvím. Docílíme toho, že můžeme rizikové faktory, které zjistíme již před těhotenstvím, zmírnit, a nebo zabránit možným komplikacím v těhotenství. Začátek prenatální péče by měl začínat v okamžiku, kdy se žena domnívá, že je těhotná. Prvním a velmi důležitým krokem by mělo být zhodnocení celkové anamnézy a následná lékařská vyšetření (3).

Pod pojmem celková anamnéza si představíme: anamnézu porodnickou, menstruační, antikoncepční, lékařskou i chirurgickou, rodinnou, zdravotní a psychosociální. Při lékařském vyšetření by měla být zjištěna počáteční hmotnost ženy, chemická analýza moči, bimanuální vaginální vyšetření se stanovením cervix – skóre, vitální funkce ženy, stav stravy i výživy a akutní problémy, mezi které by patřily např. infekce, hypertenze a diabetes mellitus. Neměli bychom zapomenout na stav pánve, kdy se měří pánevních rozměry a vystaví se ženě těhotenská průkazka. Dle poslední menstruace spočítáme předpokládaný termín porodu a uděláme několik prvních laboratorních testů, jakými jsou: stanovení krevní skupiny + Rh faktoru, vyšetření titru erytrocytárních protilátek, stanovení hematokritu a počtu erytrocytů, leukocytů,

trombocytů a hladiny hemoglobinu. Dále provádíme sérologické vyšetření protilátek proti syfilis a biochemický screening VVV v II. trimestru (2, 13, 28).

Ultrazvukové vyšetření určí vícečetnou graviditu již v I. trimestru. Plody mohou být v různých částech srostlé, rozštěpené nebo separované v dutině děložní. Takovéto patologické jevy nám odhalí též ultrazvukové vyšetření.

Přibývá vícečetných těhotenství po zavedení fertilizačního programu (IVF, in vitro fertilisation) a zvýšilo se procento vývojových vad (10).

1.7.1 Diagnostika vývojových vad u vícečetného těhotenství

Ultrazvukovým vyšetřením lze rozpoznat vícečetné těhotenství již v 8. týdnu z dvou nebo více těhotenských váčků. Pokud je při tomto ultrazvuku zjevné, že mají dvojčata společný chorion, je nutné zopakovat ultrazvuk v 11. – 12. týdnu (10).

K poruše fetoplacentární cirkulace dochází spíše u dvojčat, která mají společný amnion.

Velice důkladné ultrazvukové vyšetření musí být u spojených dvojčat. Lékař musí určit druh, místo, rozsah spojení, charakter rozštěpení a musí rozlišit zda jde o srůst nebo rozštěp, aby se dále mohly rozvíjet podmínky pro postnatální chirurgické řešení.

Isopagi fissi se určuje podle utváření hlav, množství končetin a vzhledu páteře. Jde o malformaci, která se vytváří až kolem 16. – 18. týdne.

Na konci třetího měsíce těhotenství by mělo být provedeno velice pečlivé ultrazvukové vyšetření, které určí rozsah malformace a kvalitu postnatálního života. Pokud takovýto ultrazvuk určí dvojčata s rozštěpem, je velmi malá pravděpodobnost kvalitního postnatálního života (10).

1.8 Prenatální péče o ženy s vícečetným těhotenstvím z pohledu porodní asistentky

Těhotenství, jako takové se dotýká jak fyzické, tak psychické stránky každé ženy. Pokud se jedná o těhotenství vícečetné můžeme říci, že jsou u ženy nároky fyzické i psychické mnohonásobně větší. Tyto ženy potřebují někoho, kdo by jim vše správně i

jasně vysvětlil a tím jsou pro ně nejbližší porodní asistentky, se kterými jsou nejvíce v kontaktu v prenatální péči. Prvotní péče porodní asistentky by měla směřovat k ženě a plodu nebo plodům. Porodní asistentka by neměla také zapomenout ani na rodinu a blízké.

Pokud chceme, aby těhotenství jednočetné, dvojčetné nebo tříčetné bylo fyziologické a nedošlo ke komplikacím, tak nám jistě nejvíce napomáhá včasná a pravidelná prenatální péče. Taková péče by měla být poskytována především vysokoškolsky vzdělanými porodními asistentkami, porodníky a praktickými lékaři. Především porodní asistentka by měla mít osvojené cíle a náplně prenatální péče. Kdy na prvním místě by mělo být správné zajištění porodu, který bude bezpečný, jak pro matku, tak pro plod nebo plody. Porodní asistentka se snaží proto vysvětlit matce vše, čeho by se měla vyvarovat, jak redukovat rizikové faktory a jak jim předcházet. A naopak podporuje zdravé návyky, které budou pro ženu hodnotné i po porodu a v době laktace (3, 13).

1.8.1 Prenatální péče do 20. týdne těhotenství

V tomto období se nejvíce zaměřujeme na sběr anamnézy u těhotné ženy. Zajímá nás rodinná a osobní anamnéza, ale neměli bychom opomenout i socioekonomickou situaci, zaměstnání, stres, abusus drog, alkoholu a nikotinu (28).

Dopodrobna bychom měli provést hodnocení porodnické anamnézy. Měli bychom se především zaměřit na paritu, dřívější prematuritu nebo graviditu po IVF.

Dalším důležitým krokem je provedení standardních laboratorních vyšetření, jako jsou krevní obraz, biochemie, vyšetření moče aj.

Je prováděna UZ diagnostika, která zde neslouží pouze k detekci vícečetného těhotenství, ale také slouží k určení gestačního stáří plodu, sledování sono-anatomických parametrů, časně detekci vrozených vývojových vad a k diagnostice mizejícího dvojčete (17).

U dvojčat musíme brát velký zřetel na vyšší genetické riziko chromozomálních aberací a to spíše u monochoriálních než u bichoriálních dvojčat (28).

Dalším a velmi důležitým sledováním, v prvních týdnech těhotenství, v prenatální poradně je nutriční stav těhotné. Těhotná by měla zvýšit svůj kalorický příjem o 300 kcal pro každý plod. Objem plazmy se při vícečetném těhotenství zvyšuje až na 96 %. Dochází i ke zvětšení objemu erytrocytů a to o 25 %. Je tedy nutné zahájit léčbu anémie, která u vícečetných těhotenství hrozí. Ženám se podávají preparáty železa (60 – 100 mg denně) a acidum folicum (1 mg denně). Je také nutné dodávat preparáty vitamínů a minerálů (Ca, Zn, Mg), které nám snižují riziko vzniku preeklampsii a eklampsii, které jsou ve výskytu u vícečetných gravidit vyšší. Optimální přírůstek na váze u ženy, která čeká dvojčata by měl být 17 – 23 kg a u ženy která očekává narození trojčat 23 – 28 kg (3, 28).

Ženě bychom měli dále vysvětlit, že pokud to není nutné nemusí být omezena její pracovní a tělesná aktivita. Vše se odvíjí od zdravotního stavu a náročnosti práce, kterou žena vykonává. Sex nezakazujeme, ale vysvětlíme ženě, že by po styku nemělo docházet ke krvácení, k děložním kontrakcím nebo k jiným obtížím.

Cerclage hrdla děložního není již rutinním výkonem a je indikována jen v případech, kdy se prokáže inkompetence hrdla, a to do 16. týdne gravidity. Pokud je cerclage provedena později, je zde větší riziko předčasného porodu (31).

1.8.2 Prenatální péče ve 20. – 26. týdnu těhotenství

V tomto období provádíme pravidelné vaginální vyšetření stavu hrdla děložního, které je nejlépe provádět 1x za dva týdny. Neměl by chybět ani vaginální ultrazvuk, pomocí kterého můžeme hodnotit stav děložního hrdla - cervikometrii (28).

Dalším velmi důležitým krokem v tomto období je detailní ultrazvuk, který se zaměřuje především na sono-anatomii plodů, fetální echokardiografii, diagnostiku nepoměru v růstu plodů a množství plodové vody (17, 28).

Ani v tomto období nesmíme opomenout na vhodnou a šetrnou edukaci ženy prováděnou lékařem, především o možném ohrožení plodů, o plánované péči, o riziku předčasného porodu a o šancích nezralých novorozenců.

Denní režim u ženy s vícečetným těhotenstvím je v tomto období individuální. Není zde podmínkou, že žena musí být hospitalizována, ale měla by být v „pracovní neschopnosti“, měla by mít doma optimální klid a měla by dodržovat doporučený klid na lůžku 2 hodiny ráno, odpoledne a večer. Sex opět není zakazován, ale partneři by měli myslet na možný vznik obtíží (3, 28).

1.8.3 Prenatální péče ve 27. – 32. týdnu těhotenství

Častěji je prováděno palpační a ultrazvukové vyšetření hrdla děložního, a to zhruba 1x týdně. Při palpačním vyšetření nejčastěji používáme skórovací hodnocení hrdla děložního dle Bishopa, které se pečlivě zaznamenává do těhotenské průkazky (4, 28).

Je doporučováno ultrasonografické vyšetření především k odhalení IUGR (intrauterinní růstové retardace), k odhalení abnormalit plodů, k detekci růstového nepoměru plodů a nepoměru v množství plodové vody. Toto vyšetření by mělo být v intervalech 3 – 4 týdnů (17).

I zde je velmi důležitá edukace matky. Riziko předčasného porodu je v tomto období již mnohonásobně vyšší a je potřeba na to ženu připravit. Pokud se u ženy objevují kontrakce bez dilatačního efektu, indikujeme tokolytickou léčbu a aplikujeme kortikoidy, k urychlení plicní zralosti plodů (28).

Neměli bychom opomenout na běžná vyšetření, jako je krevní obraz, vyšetření moče, TPHA, provedení orálního glukózotolerančního testu a kontrolu vaginální mikrobiální flóry mikroskopicky a kultivačně. Doporučuje se kontrola bakteriurie. Při patologických hodnotách probíhá následná léčba (28).

1.8.4 Prenatální péče po 32. týdnu těhotenství

Po 32. týdnu těhotenství pokračujeme v týdenním intervalu s palpačním vyšetřením, a při nejasném nálezu na hrdle děložním pokračujeme vyšetřením pomocí vaginálního ultrazvuku.

Při ultrazvukovém vyšetření hodnotíme odpovídající růst plodů, množství plodové vody, stav placenty nebo placent. 1x za dva týdny by se měla provést UZ flowmetrie. Při diagnostikování například IUGR nebo nepoměru ve velikosti plodů by měly být kontroly častější – alespoň 2x týdně pomocí Ctg (kardiotokografu) a UZ (3, 28).

V tomto období nezapomínáme na obvyklá vyšetření matky, jakými jsou měření TK, sledování otoků (hlavně akrálních částí), vyšetření moče a kontroly kultivace vaginální flóry.

Při nepříznivém vaginálním nálezu nebo patologických hodnotách vyšetření odesíláme ženu ihned do Perinatologického centra (28).

1.8.5 Péče o těhotnou s vícečetným těhotenstvím na oddělení rizikového těhotenství z pohledu porodní asistentky

Většina vícečetných těhotenství dříve končila předčasným porodem, proto dnes těhotné hospitalizujeme na oddělení rizikového těhotenství, protože takovéto těhotenství považujeme za vysoce rizikové. Ultrazvukové vyšetření zajišťuje včasnou diagnózu. Pokud se začíná předčasně rozbíhat děložní činnost, pokoušíme se tomu zabránit vhodnou medikací, například podáváme β -mimetika, spasmolytika, preparáty magnézia a ordinujeme ženě klid na lůžku. Díky velkému napětí děložní stěny, žena cítí pohyby plodu bolestivěji, ale my je můžeme ovlivnit podávanými léky – ataraktiky. To jsou léky, které snižují napětí a způsobují uklidnění ženy (10).

U žen jsou pravidelně sledovány fyziologické funkce, vyprazdňování moče a stolice, výživa a psychický stav. Dále provádíme monitoraci plodů pomocí kardiotokografu, stetoskopu a UZ vyšetření. Vaginálně je žena vyšetřena lékařem dle nutnosti, což je dáno jejím aktuálním zdravotním stavem (10).

1.8.6 Dokumentace na oddělení rizikového těhotenství

Jde o zákonnou povinnost, kdy se musí přesně zaznamenat to, co bylo pacientovi podáno a které ošetřovatelské úkony byly provedeny. Je zde také zahrnuto vyhodnocení léčby pacienta a údaje potřebné pro diagnózu a léčbu. Komplexní dokumentace, dle které se řídí ošetřující personál, je vedena v každé nemocnici trochu jinak. Největší problém vidíme v přístupnosti dokumentace pacienta zdravotnickým personálem. Tento problém může zabezpečit počítačová dokumentace, která je používána ve všech nemocnicích na světě a snad bude plošně používána i u nás. Tato dokumentace má bezpečnostní prvky, které napomáhají personálu vyplnit všechny potřebné pole, aby dokumentace byla kompletní. Velkou výhodou této elektronické formy dokumentace je přístupnost z mnoha míst, kdy každý zdravotnický pracovník má svůj přístupový kód a tím nemohou být zneužita data pacientů. Ošetřovatelský personál si tímto způsobem alespoň osvojí základní počítačové dovednosti (9, 13, příloha 7, 8, 9).

1.8.6.1 Ošetřovatelský proces a uspokojování potřeb na oddělení rizikového těhotenství

Jde o systematický přístup k poskytování péče. Ošetřovatelský proces má pět fází, kterými jsou: posouzení informací od klientky, stanovení ošetřovatelských diagnóz, plánování péče, realizace ošetřovatelského plánu a zhodnocení stavu klientky (6, 11, 12).

Pomocí rozhovoru a fyzikálního vyšetření zjistíme individuální potřeby klientky a zajistíme si tak první fázi ošetřovatelského procesu. Posuzujeme její biologické, psychosociální, kulturní a duchovní potřeby. Pokud u některé z potřeb zjistíme, že funkčně neodpovídá, je tedy dysfunkční, hovoříme o ošetřovatelském problému. Takový to problém je označen názvem ošetřovatelská diagnóza s číselným kódem a je zaznamenáván do speciálního formuláře, který je součástí ošetřovatelské dokumentace.

Cílem ošetřovatelské diagnostiky je zjištění ošetřovatelského problému klientky. Porodní asistentka by měla provést diferenciální ošetřovatelskou diagnostiku. Toto by

mělo proběhnout maximálně do 48 hodin od přijetí klientky na oddělení rizikového těhotenství. Dle potřeby porodní asistentka tuto fázi opakuje.

Dalším krokem v ošetrovatelském procesu je určení diagnózy, které bude porodní asistentka věnovat pozornost. Proto si vytvoří individuální plán ošetrovatelské péče, který je součástí ošetrovatelské dokumentace. Tento plán by měl být vytvořen tak, aby bylo možné měnit jeho obsah dle výsledků a různě jej doplňovat (6, 11, 12).

V realizaci ošetrovatelského procesu je porodní asistentka přímo zodpovědná za poskytovanou ošetrovatelskou péči. Musí proto i nadále sbírat informace o klientce, provádět ošetrovatelské intervence a činnosti, monitorovat zdravotní stav klientky.

Při poskytování péče porodní asistentka dále plní ordinace lékaře, spolupracuje s lékařem a s odborníky zdravotnického týmu. Celkově by tato péče měla být prevencí ve vzniku dalších ošetrovatelských problémů (5, 12).

Poslední fází ošetrovatelského procesu je vyhodnocení efektu péče. Dochází zde ke srovnání vytyčených cílů a skutečného stavu klientky. Lze tedy potvrdit nebo najít jiný návrh ošetrovatelské péče a tím zajistit kvalitu ošetrovatelské péče.

Ošetrovatelská péče je komplexní činnost, kterou provádí kvalifikovaný nelékařský pracovník. Ošetrovatelský výkon je čin, který se provádí v rámci ošetrovatelské péče. Z všeobecného hlediska jde o podporu a upevnění zdraví klientky.

Nyní se uplatňuje holistický pohled na klientku, což znamená, že se zaměřujeme na klientku jako na individuální bytost s individuálními potřebami.

Součástí ošetrovatelské péče je respektování lidských práv. Není omezena věkem, barvou pleti, vyznáním, kulturní zvyklostí, postižením, nemocí, národností, politickým přesvědčením, rasou nebo společenským postavením klientky (12, příloha 5).

1.8.6.2 Model Oremové na oddělení rizikového těhotenství

Jde o teorii deficitu sebedpěče, kterou založila Dorothea Elizabeth Oremová v polovině 60. let minulého století. Přišla na to, že ošetrovatelskou péči potřebují klienti, kteří nejsou schopni se o sebe přiměřeně postarat. Nejsou schopni zajistit si dobrou kvalitu péče, protože jim to jejich zdravotní stav nedovoluje. Oremová označila

tři druhy požadavků na schopnost sebezpečí jedince a těmi jsou: univerzální požadavky sebezpečí, vývojové požadavky sebezpečí a terapeutické požadavky sebezpečí (1) .

1.8.6.3 Ošetrovatelské standardy jako nástroje hodnocení kvality ošetrovatelské péče

Jde o platné definice dohodnuté a přijatelné úrovně ošetrovatelské péče v konkrétním zařízení a kontextu. Jde tedy o normu, ve které porodní asistentka hodnotí ošetrovatelskou činnost.

Ošetrovatelský standard je vodítkem, jak bychom mohli zjistit, zda ošetrovatelská činnost odpovídá požadované úrovni péče. Standardy jsou vytvořeny proto, aby docházelo k poskytování stejné ošetrovatelské péče ve zdravotnických zařízeních a byla tak určená optimální úroveň péče. Jsou pomůckou a oporou pro absolventy, porodní asistentky po mateřských dovolených, pro porodní asistentky, které přicházejí z jiných pracovišť. Využíváme je k vedení ošetrovatelské dokumentace, ke stanovení ošetrovatelských cílů a k výkonům praktických činností. Jsou součástí podkladů při právních sporech (15, 16).

Obsahem standardu je přesné vymezení požadované normy. Bývá zpracován jako směrnice pro určitou činnost. Standard by měl zahrnovat: zaměření, míru závaznosti, cíl, kritéria, hodnocení a metodiku kontroly splňování kritérií.

Závaznost ošetrovatelského standardu může vyplývat ze zákona nebo podzákoné normy. Povinností je dodržování standardů u všech zdravotnických pracovníků, kteří pracují ve zdravotnictví (15, 16).

1.9 Vedení porodu u žen s vícečetným těhotenstvím

Větší zátěž mateřského organismu při vícečetném těhotenství vede k mnohem většímu množství komplikací, jako jsou například potraty, předčasné porody nebo gestózy (10).

Proto bychom neměli při rozhodování o možnosti vedení porodu opomenout gestační stáří plodů, předpokládanou hmotnost plodů a jejich polohu (10, 28).

1.9.1 Vedení spontánního porodu

Vedení porodu je dáno doporučením gynekologicko-porodnické společnosti a odvíjí se od momentálního stavu rodičky. Závisí na tom, zda porod probíhá s komplikacemi či nikoli, zda je porodní činnost slabá či silná, zda je porod protrahovaný či nikoli, zda jsou děložní kontrakce primárně slabé nebo naopak. Protože předpokládáme spíše primárně slabé kontrakce, uvažujeme o podání Oxytocinu. Po porodu prvního plodu musí dojít ihned k podvázání pupečníku, aby nedošlo u druhého plodu k vykrvácení. Poté vyšetříme plod, který zůstane v děloze a určíme jeho polohu. Pokud je vše v pořádku, provádíme dirupci vak blan a zajistíme děložní kontrakce (10, 25).

Jestliže ještě před porodem při vyšetření zjistíme příčnou polohu plodu, dají se provádět obraty plodu vnitřními hmaty na polohu koncem pánevním a dále provádíme extrakci plodu. Po porodu obou plodů se snažíme zabránit hypotonii děložní tím, že podáváme prostaglandíny a námelové preparáty. Dvojčata se v děloze se nemusejí vždy nacházet v poloze podélné hlavičkou. Může nastat tzv. kolizní postavení, kdy je níže uložený plod v poloze koncem pánevním a výše uložený plod v poloze podélné hlavičkou. U takového kolizního postavení dvojčat může při spontánním porodu dojít k zaklínění hlaviček, protože jejich vstup do pánve probíhá souběžně. Proto raději indikujeme primární císařský řez, stejně jako když je první plod v poloze příčné nebo mají plody nízkou hmotnost (10, 25).

1.9.2 Vedení porodu císařským řezem

Jde o operativní vedení porodu, kdy operátor provádí řez přes břišní stěnu a dělohu. Tyto řezy však nemusí být shodné. Řez kůží může být buď vertikální nebo transverzální. Pokud volíme vertikální řez, zajišťujeme si více místa pro plod, proto se

tento řez volí hlavně u větších plodů a u obézních žen. V současné době je častější řez transverzální, tzv. Geppert (3, 13).

Řez dělohou je však mnohem důležitější. Máme 3 možné metody, jak tyto řezy provádět a těmi jsou: nízký transverzální řez, nízký vertikální řez a klasický řez.

Nízký transverzální řez je velmi často prováděný řez. Dochází při něm k minimálnímu riziku vzniku ruptury dělohy při dalších porodech, k malým krevním ztrátám a jeho následné hojení je velmi dobré. Pokud jde o placentu praevii nebo větší plod, tak tento typ řezu neprovádíme.

Nízký vertikální řez je velmi výhodný díky minimálním krevním ztrátám a porodu většího plodu (13).

Klasický řez se již dělá velmi málo a to pokud se jedná o příčnou polohu, zjizvenou dělohu v dolním děložním segmentu nebo při placentě praevii, která je uložena v předním dolním děložním segmentu. Dochází při něm k velkým krevním ztrátám a je zde ohromné riziko ruptury dělohy v dalším těhotenství (3, 13).

Při častějším výskytu různých patologií u vícečetné gravidity nelze jasně říci, že existují specifické indikace. Některé indikace jsou jasné a těmi jsou indikace ze strany matky jako je např. kefalopelvický nepoměr; porod, který bude nebo je abnormální; komplikace, které provázejí matku během těhotenství; herpetické infekce matky, které jsou aktivní a mohly by ohrozit novorozence; chirurgické výkony na děloze a indikace ze strany plodu mohou být např. při abnormálním naléhání plodu, výhřezu pupečníku, hrozící hypoxii; placenta praevia, abrupce placenty; plodová voda, která je odteká více jak 24 hodin. Dále to mohou být smíšené indikace, jako je např. předčasný porod, věk těhotné, léčba sterility a infertility; žena mrtvá a umírající (13).

Existují i možné kontraindikace, kterými jsou: mrtvý plod a patologické laboratorní hodnoty koagulace (13).

Rizika pro matku mohou být např.: celková a místní anestézie, infekce, krvácení, poranění močového ústrojí, možný vznik paralytického ileu, díky snížení střevní peristaltiky a dechové komplikace.

Rizika pro plod nebo plody mohou být např.: neodkladný předčasný porod tzv. prematurita, traumata jako malé lacerace, podlitiny a dechové obtíže (3, 13).

1.9.2.1 Vedení císařského řezu ve svodné anestézii a asistence porodní asistentky

Jde o vedení porodu, kdy je tenkou jehlou přes kůži do epidurálního prostoru aplikována malá dávka znečitlivující látky. Při podávání je velmi nutná spolupráce rodičky s anesteziologem. Péče porodní asistentky při aplikaci svodné anestézie je následující: porodní asistentka změří krevní tlak a zavede do žíly kanylu pro aplikaci infuze. Dále pomáhá správným způsobem vyhrbit záda – udělat „kočičí hřbet“, tj. pokrčit nohy v kolenou, přitáhnout je k břichu a bradu sklonit co nejvíce k hrudníku. Porodní asistentka dále sleduje fyziologické funkce a celkový stav rodičky.

Anesteziolog nejprve ošetří kůži dezinfekčním roztokem a okolí zakryje sterilními rouškami. Dále znečítliví kůži a podkoží, aby zavedení epidurální jehly do prostoru L4 – L5 rodičku nebolelo. Poté zavede jehlu do epidurálního prostoru. Epidurální jehlou zavede epidurální katétr, kterým bude aplikovat potřebná anestetika. Místo vpichu přelepí, katétr spojí s filtrem, který je také naplněný anestetikem a potom jej přelepením připevní na kůži (příloha č. 3).

1.9.3 Péče porodní asistentky během přípravy rodičky nebo těhotné ženy na císařský řez

Příprava těhotné ženy nebo rodičky před císařským řezem se rozděluje na přípravu bezprostřední, tělesnou a psychickou.

Bezprostřední příprava zahrnuje pouze zajištění nitrožilního přístupu do oběhu, pokud žena krvácí, tak podáváme náhradní roztoky a zajistíme krev. Pokud dochází k hyperaktivitě děložní nebo k akutní hypoxii plodu provádíme akutní tokolýzu, aby došlo k utlumení kontrakcí (3).

Do tělesné přípravy musíme zařadit stejně jako u jiných operací oholení operačního pole. To by mělo být oholeno důkladně od břišní stěny až po mons pubis. Pokud nejde o urgentní císařský řez podává se ženě očistné klyzma, po kterém následuje sprcha a monitorace plodu. Následně je ženě zaveden permanentní močový katétr. Dále je nutné provést předoperační vyšetření. Z laboratorních testů jde tedy

hlavně o krevní obraz, koagulaci, krevní skupinu, Rh-faktor a biochemii. Laboratorně se dále vyšetřuje moč a je provedeno EKG vyšetření, které nám zhodnotí internista. Pro jistotu bychom měli zajistit transfuzi krve. Před operací lékař ordinuje antibiotika z důvodu např. pozitivního streptokoka skupiny B (GBS), známek infekce nebo odteklé plodové vody více jak 12 hodin. Důležitá je prevence TEN (tromboembolické nemoci) a proto podáváme nízké dávky Heparinu formou nízkomolekulárního Fraxiparinu. Na přípravě by měl spolupracovat anesteziolog, který rozhoduje o premedikaci a anestézii. Posledním krokem je sundání všech šperků (prstenů, náušnic, řetízků), popřípadě vyndání zubní protézy, sundání brýlí a odlakování nehtů. Od půlnoci žena nic nejí, nepije a nekouří (13, 27).

Psychická příprava většinou spočívá ve velké psychické opoře, kterou ženě dodává porodní asistentka i lékař, kdy je ženě vše důkladně a v klidu vysvětleno. Porodní asistentka by měla na ženu působit důvěryhodně, mluvit na ni mírným hlasem a to vše v klidném prostředí. Nezbytný je podepsaný informovaný souhlas s provedením císařského řezu. Mezi základní péči patří také péče o partnera nebo rodinu. Je zde velmi důležité sledovat jeho fyzický i psychický stav a vše mu řádně vysvětlit. Partner může být samozřejmě přítomen i u císařského řezu, převlečen do operačního prádla (13, 27, příloha 4).

1.9.4 Péče porodní asistentky o ženu po císařském řezu

Všechny pacientky se po operacích podle norem Evropské unie předávají na gynekologické oddělení intenzivní péče, kde se délka jejich pobytu řídí aktuálním zdravotním stavem. Porodní asistentka v péči o ženu po císařském řezu provádí měření základních životních funkcí včetně saturace kyslíku, provádí kontrolu krvácení, pečuje o dýchání, provádí péči o periferní kanylu a podávané infuze, dále provádí kontrolu výšky fundu děložního, kontrolu obvazu operační rány, sleduje odchod očístků (lochií) - jejich množství a barvu a sleduje příjem a výdej tekutin. Další základní péčí je polohování ženy po operaci, na které by se nemělo zapomínat. Velmi důležitá by zde měla být pooperační rehabilitace a časně vstávání po operaci. Podávají se antibiotika a

antikoagulancia. Dále tišíme bolest podáváním analgetik dle ordinace lékaře. V co nejkratší době se snažíme umožnit kontakt s novorozencem a přikládání k prsu (13, 25, 27).

2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíl práce

Cíl 1

Cílem výzkumu je zjistit, zda ošetrovatelská péče o ženu s vícečetným těhotenstvím odpovídá ošetrovatelským standardům.

2.2 Předpokládané hypotézy

Hypotéza 1

Ošetrovatelská péče o ženu s vícečetným těhotenstvím odpovídá ošetrovatelským standardům.

3. METODIKA

3.1 Použitá metodika

V metodice byl použit kvantitativní výzkum. K výzkumu byla použita technika sběru dat – dotazník. Otázky byly předem připravené i formulované a respondentky měly možnost odpověď zaškrtnout a nebo doplnit. Dotazník je sestaven z 27 otázek otevřeného, polootevřeného a uzavřeného typu.

Bylo rozdáno 80 dotazníků, z toho se vrátilo 65 dotazníků, takže návratnost činí 81 %. 65 (100 %) vrácených dotazníků bylo kompletně vyplněno a zpracováno.

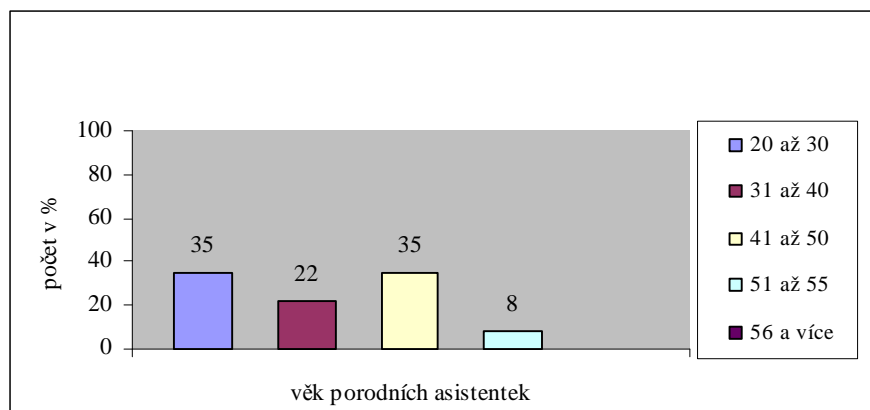
3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl tvořen porodními asistentkami v Nemocnici České Budějovice, a.s., v Nemocnici Nymburk, s.r.o., a v Nemocnici Český Krumlov, a.s. Celkový soubor tvořilo 65 porodních asistentek (100 %).

Z toho počtu bylo 35 porodních asistentek z Nemocnice v Českých Budějovicích, a.s., 20 porodních asistentek z Nemocnice Nymburk, s.r.o. a 10 porodních asistentek z Nemocnice Český Krumlov, a.s.

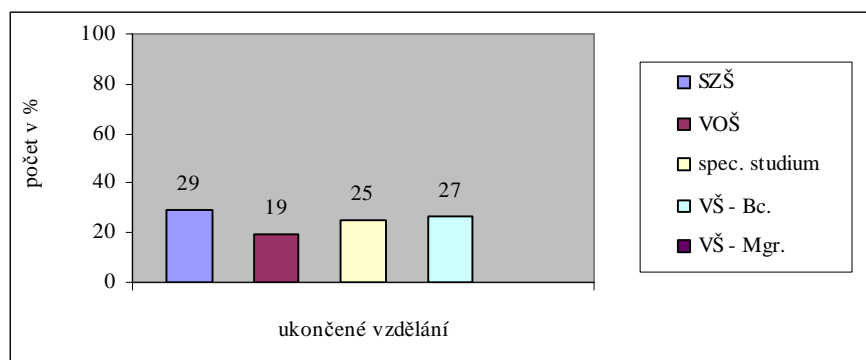
4. VÝSLEDKY VÝZKUMU

Graf 1 Věk porodních asistentek



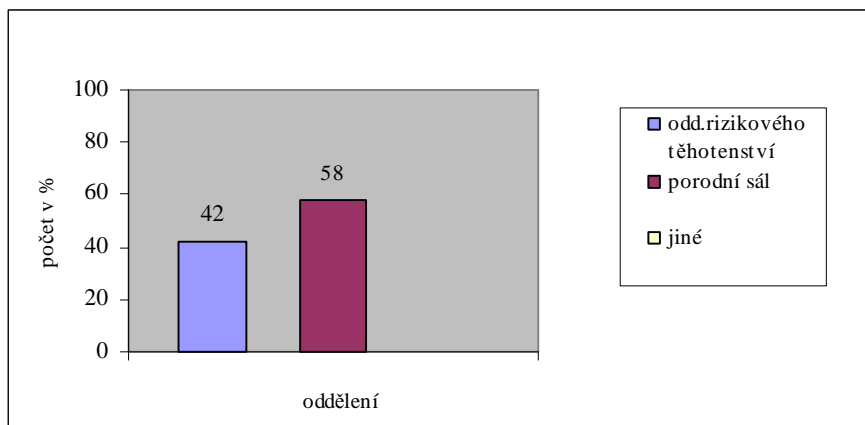
Celkový počet respondentek činil 65 (100 %). Z toho 23 respondentek (35 %) je ve věku 20 až 30 let, 14 respondentek (22 %) jich je ve věku 31 až 40 let, 23 respondentek (35 %) je ve věku 41 až 50 let a 5 respondentek (8 %) je v rozmezí 51 až 55 let.

Graf 2 Ukončené vzdělání respondentek



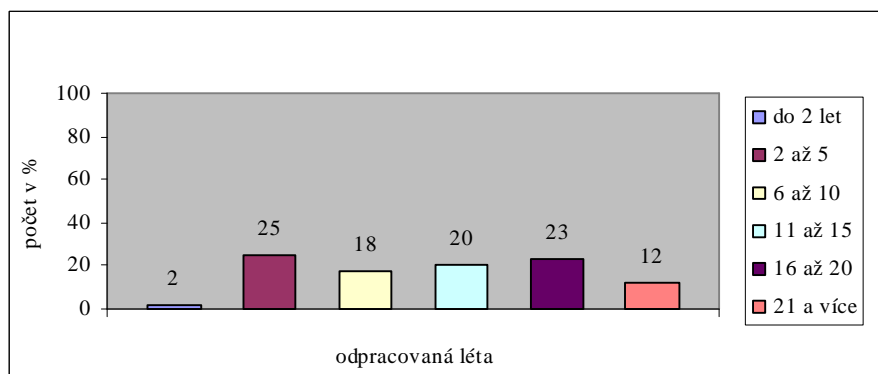
Celkový počet respondentek činil 65 (100 %), z toho jich 19 (29 %) ukončilo SZŠ, 12 (19 %) má VOŠ, 16 (25 %) má specializační studium a 21 respondentek (27 %) má VŠ – Bc.

Graf 3 Pracoviště porodních asistentek, kde byl prováděn výzkum



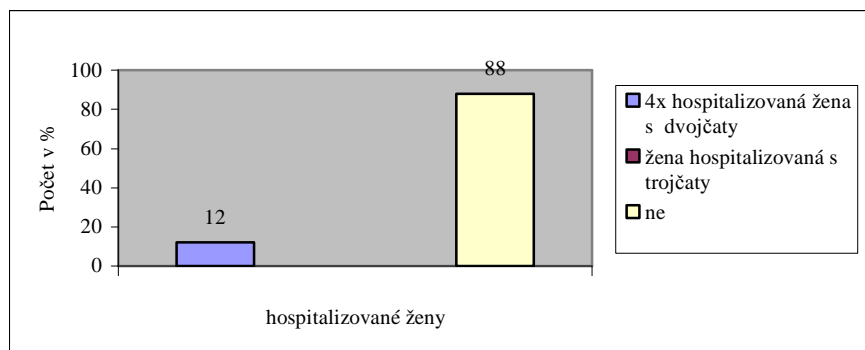
Celkový počet respondentek činil 65 (100 %), z toho jich 27 (42 %) pracuje na oddělení rizikového těhotenství a 38 (58 %) pracuje na porodním sále.

Graf 4 Délka praxe porodních asistentek



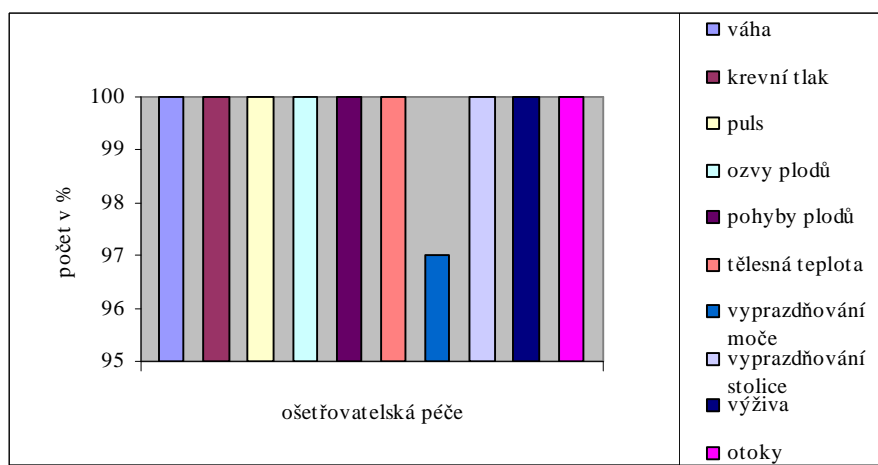
Celkový počet respondentek činil 65 (100 %). Z tohoto počtu 1 (2 %) uvedla, že pracuje v oboru necelé 2 roky, 16 (25 %) pracuje 2 až 5 let, 12 (18 %) pracuje v oboru 6 až 10 let, 13 (20 %) pracuje v oboru 11 až 15 let, 15 respondentek (23 %) pracuje 16 až 20 let a 8 respondentek (12 %) pracuje již více jak 21 let.

Graf 5 Četnost hospitalizací u žen s vícečetným těhotenstvím



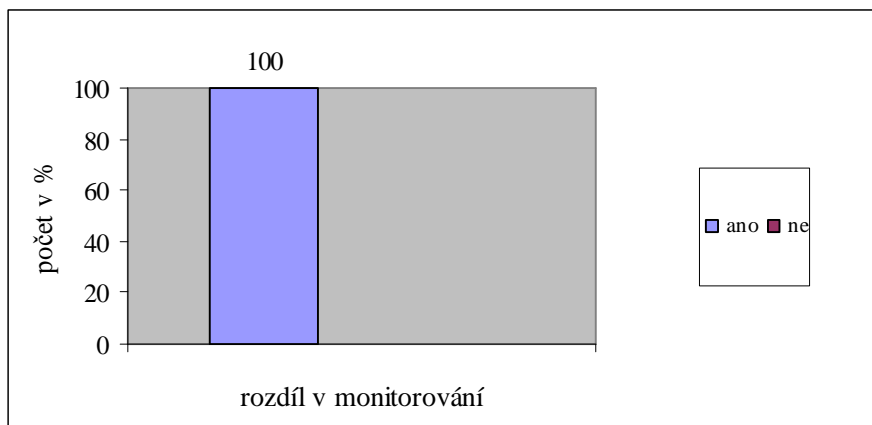
Celkový počet respondentek činil 65 (100 %). 8 (12 %) z nich uvedlo, že 4 krát byly u nich hospitalizované ženy s dvojčaty a 58 (88 %) z nich uvedlo, že neví, kolik žen s vícečetným těhotenstvím bylo u nich hospitalizováno.

Graf 6 Součásti ošetrovatelské péče u žen s vícečetným těhotenstvím



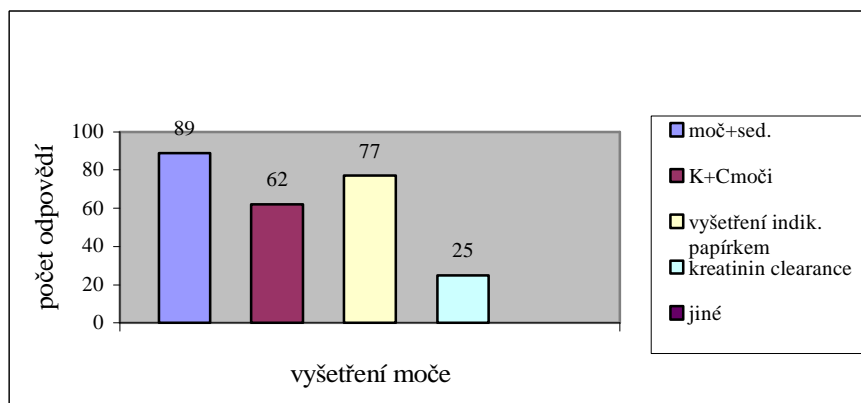
Celkový počet respondentek činil 65 (100 %). 65 (100 %) z nich odpovědělo, že součástí ošetrovatelské péče na jejich oddělení je vážení klientek, měření krevního tlaku, měření pulsů, poslech ozev plodů, sledování pohybů plodů, měření tělesné teploty, sledování vyprazdňování stolice, sledování výživy, sledování otoků. 63 (97 %) respondentek odpovědělo, že součástí ošetrovatelské péče je sledování vyprazdňování moče.

Graf 7 Rozdílnost v monitorování



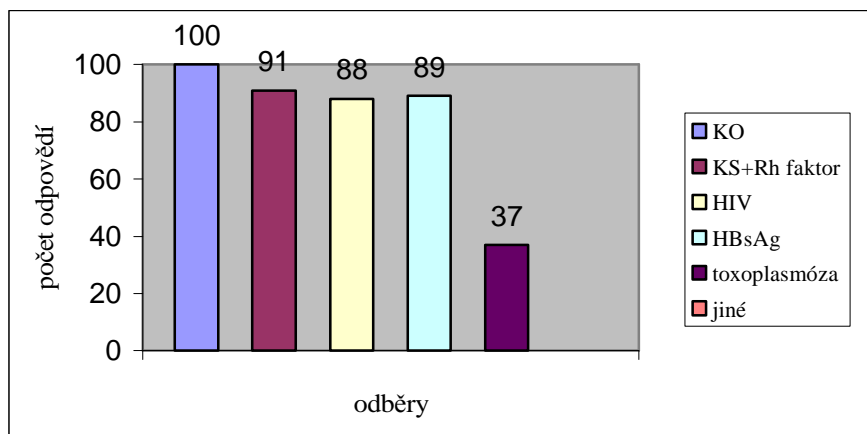
Celkový počet respondentek je 65 (100 %) a ty uvedly, že je rozdíl v monitorování vícečetné gravidity.

Graf 8 Vyšetření moče u žen s vícečetnou graviditou



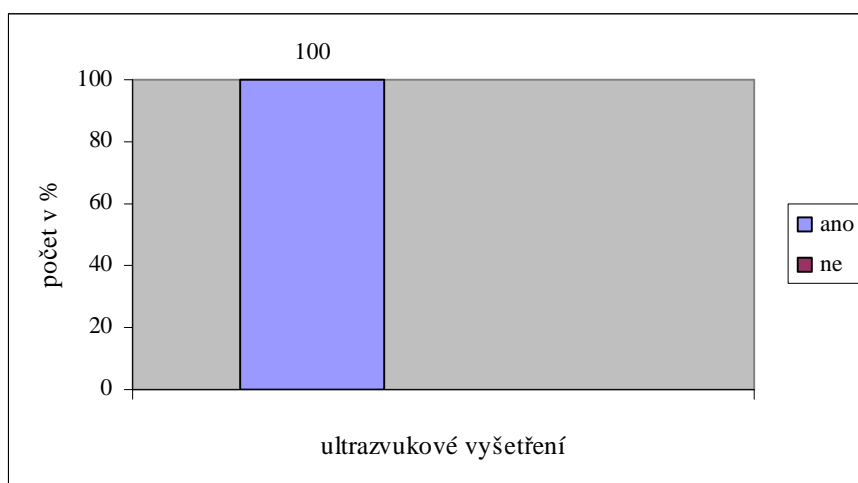
Na otázku číslo 8 odpovídalo 65 (100 %) respondentek. Bylo jim nabídnuto 4 možností odpovědí a také ponechána možnost odpovědi volné. Respondenty mohly označit i více variant odpovědí. Celkem v 58 dotaznících byla vyznačena odpověď moč + sed., ve 40 K + C moči, v 50 vyšetření indikačním papírkem a v 16 dotaznících byla označena kreatinin clearance.

Graf 9 Odběry krve u žen s vícečetným těhotenstvím



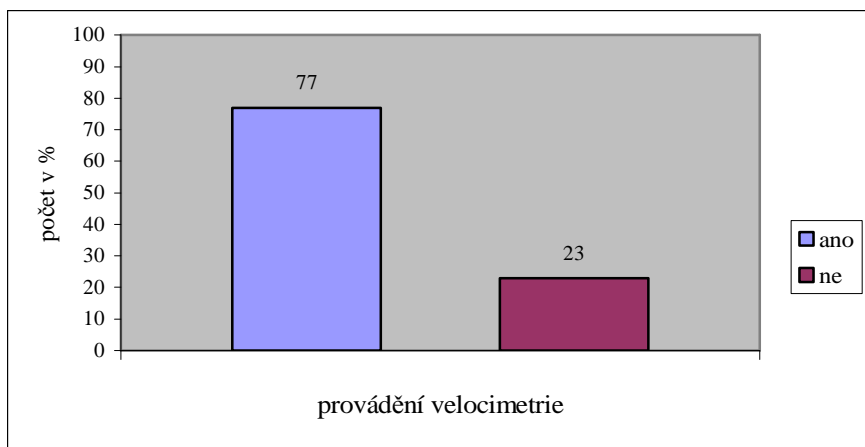
Na otázku číslo 9 odpovídalo 65 (100 %) respondentek. Bylo jim nabídnuto 5 možností odpovědí a také ponechána možnost odpovědi volné. Respondenty mohly označit i více variant odpovědí. Ve všech 65 dotaznících byla vyznačena odpověď KO, v 59 KS + Rh faktor, v 57 HIV, v 58 HBsAg a ve 24 dotaznících byla označena toxoplasmosa.

Graf 10 Ultrazvukové vyšetření plodů dle České gynekologicko-porodnické společnosti



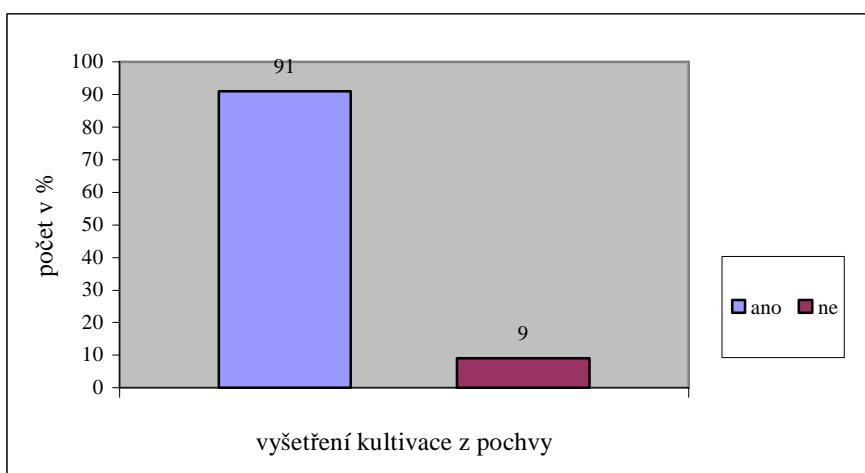
Z celkového počtu 65 (100 %) dotazovaných respondentek všechny uvedly, že ultrazvukové vyšetření se provádí dle České gynekologicko – porodnické společnosti.

Graf č. 11 Provádění velocimetrie u žen s vícečetným těhotenstvím



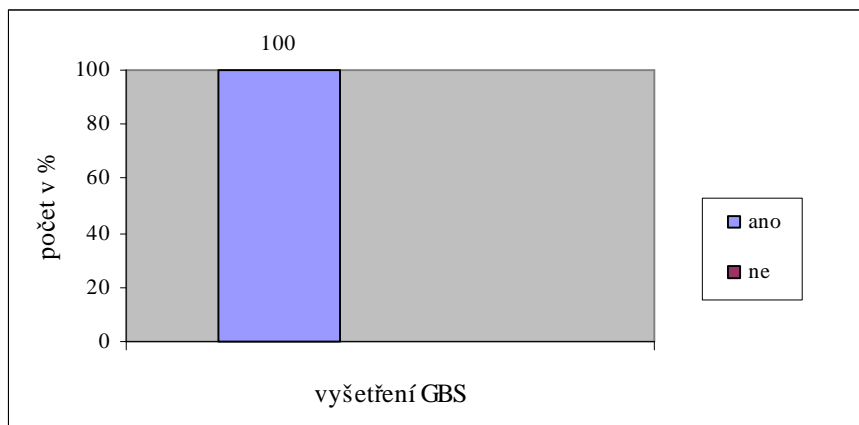
Celkový počet dotazovaných činil 65 (100 %). 50 (77 %) dotazovaných uvedlo, že se velocimetrie na jejich pracovišti provádí a 15 (23 %) uvedlo, že se velocimetrie u nich na oddělení neprovádí.

Graf 12 Provádění vyšetření kultivace z pochvy u žen s vícečetným těhotenstvím



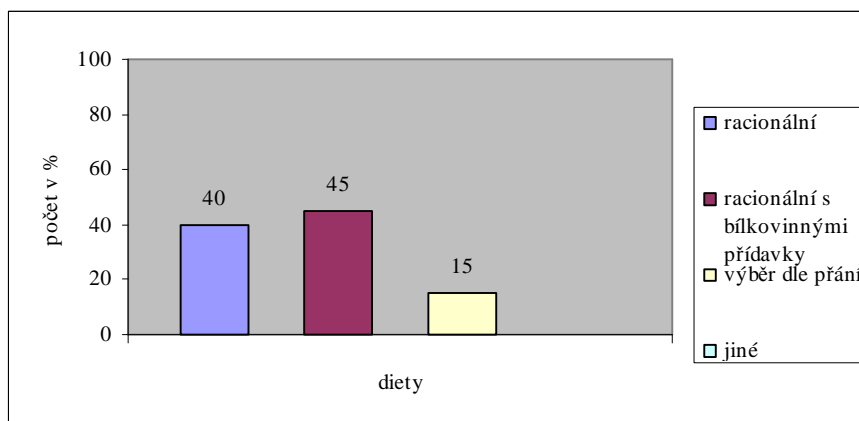
Celkový počet dotazovaných činil 65 (100 %). 59 (91 %) respondentek uvedlo, že se provádí kultivace z pochvy a 6 (9 %) z nich uvedlo, že nikoliv.

Graf 13 Vyšetření GBS v 35. – 36. týdnu u žen s vícečetným těhotenstvím



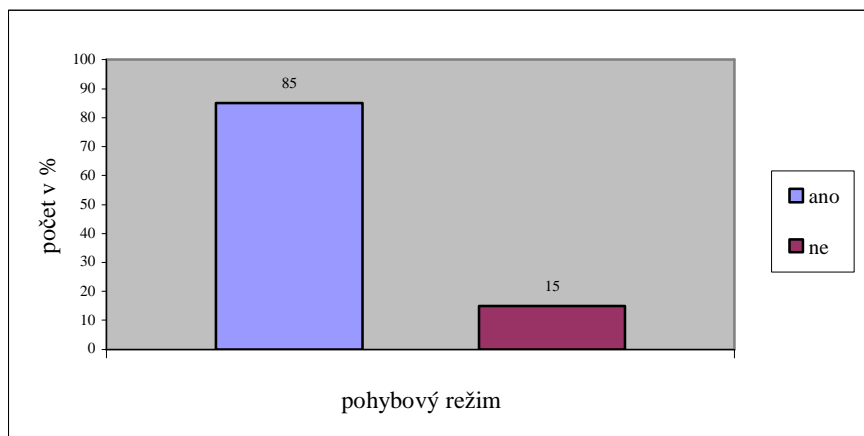
Z celkového počtu 65 (100 %) dotazovaných respondentek, uvedly všechny, že se provádí vyšetření GBS v 35. – 36. týdnu těhotenství.

Graf 14 Doporučená dieta pro ženy s vícečetným těhotenstvím při hospitalizaci



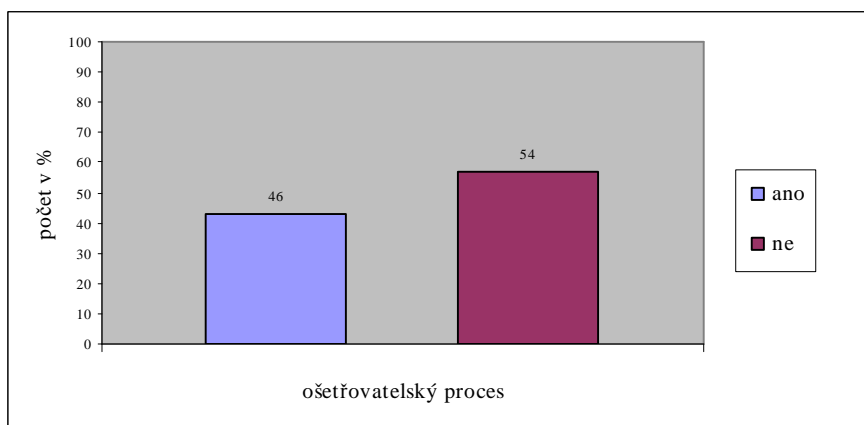
Celkový počet dotazovaných činil 65 (100 %). 26 (40 %) dotazovaných uvedlo, že doporučenou dietou u žen s vícečetným těhotenstvím je dieta racionální. 29 (45 %) uvedlo, že doporučují racionální dietu s bílkovinnými přísadkami a 10 (15 %) udává, že dávají ženám na výběr.

Graf 15 Doporučení omezeného pohybového režimu u žen s vícečetným těhotenstvím při hospitalizaci



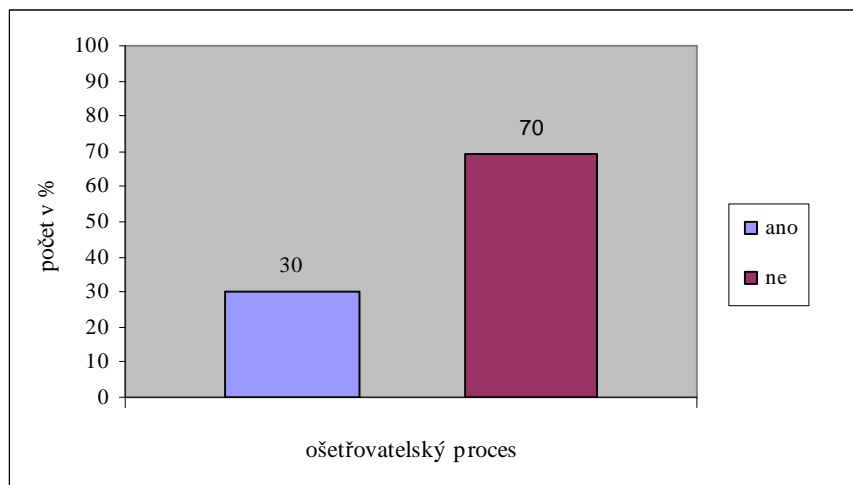
Celkový počet respondentek činil 65 (100 %). Z toho 55 (85 %) dotazovaných odpovědělo, že doporučují ženám s vícečetným těhotenstvím omezený pohybový režim. 10 (15 %) uvedlo, že omezený pohybový režim nedoporučují.

Graf 16 a) Používání ošetřovatelského procesu porodními asistentkami v Nemocnici České Budějovice, a.s.



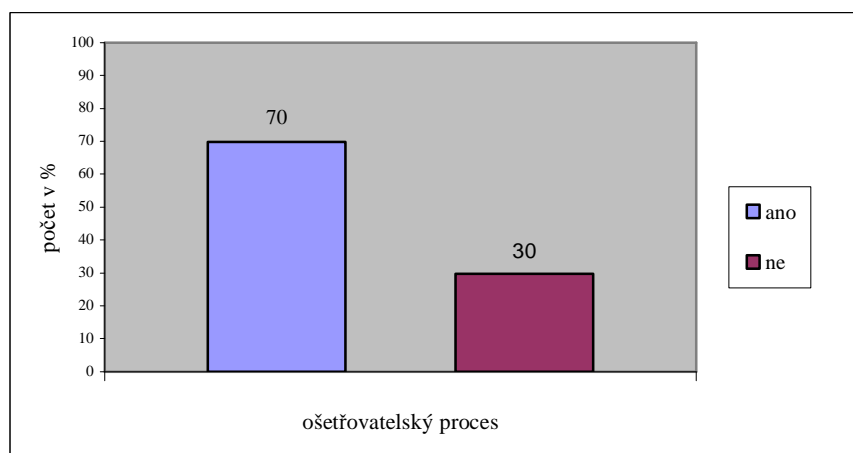
Celkový počet respondentek činil 35 (100 %). Z toho 16 (46 %) odpovědělo, že používají ošetřovatelský proces. 19 (54 %) udalo, že ošetřovatelský proces nepoužívají.

Graf 16 b) Používání ošetrovatelského procesu porodními asistentkami v Nemocnici Nymburk, s.r.o.



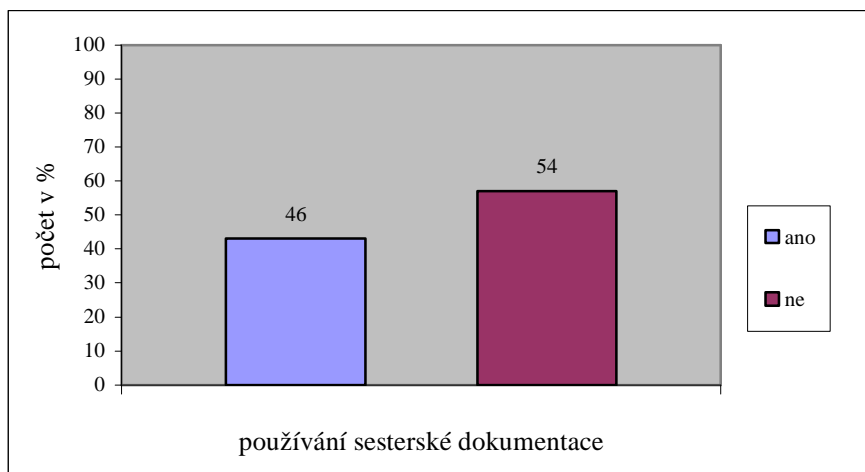
Celkový počet respondentek činil 20 (100 %). 6 (30 %) z nich odpovědělo, že používají ošetrovatelský proces a 14 (70 %) udalo, že ošetrovatelský proces nepoužívají.

Graf 16 c) Používání ošetrovatelského procesu porodními asistentkami v Nemocnici Český Krumlov, a.s.



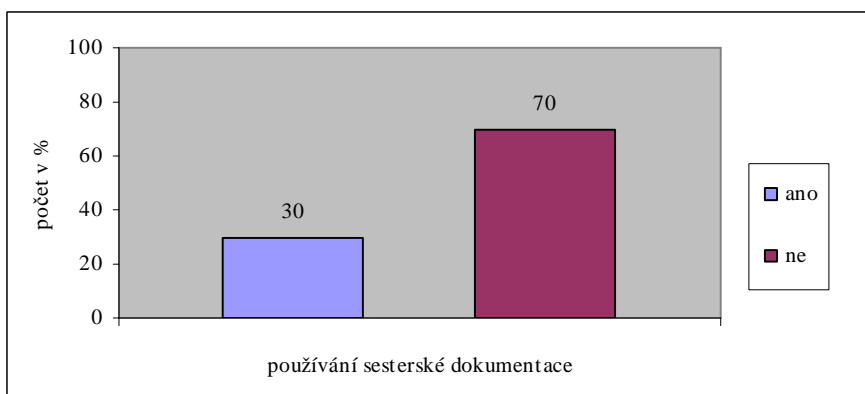
Celkový počet respondentek činil 10 (100 %). 7 (70 %) dotazovaných odpovědělo, že ošetrovatelský proces používají a 3 (30 %) dotazované udaly, že ošetrovatelský proces nepoužívají.

Graf 17 a) Používání sesterské dokumentace porodními asistentkami v Nemocnici České Budějovice, a.s.



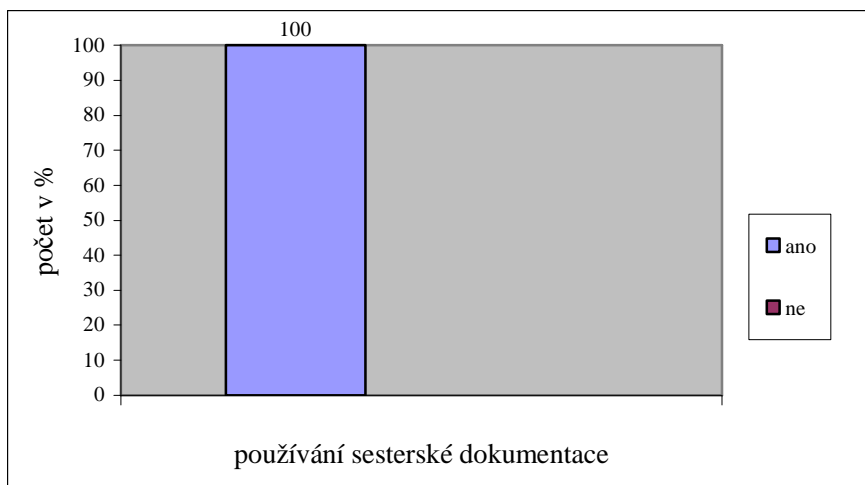
Celkový počet respondentek činil 35 (100 %). 16 (46 %) udalo, že používají na oddělení sesterskou dokumentaci. 19 (54 %) odpovědělo, že na oddělení se sesterská dokumentace nepoužívá.

Graf 17 b) Používání sesterské dokumentace porodními asistentkami v Nemocnici Nymburk, s.r.o.



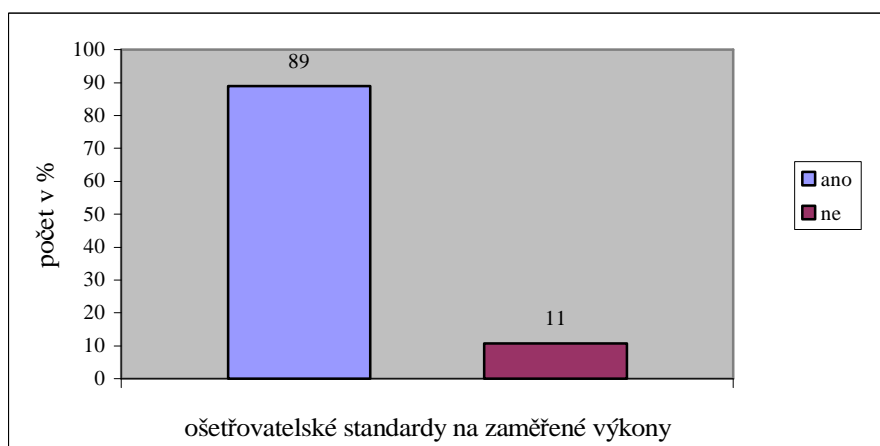
Celkový počet respondentek činil 20 (100 %). 6 (30 %) dotazovaných respondentek udalo, že používají na svém oddělení sesterskou dokumentaci a 14 (70 %) z nich udalo, že sesterskou dokumentaci nepoužívají.

Graf 17 c) Používání sesterské dokumentace porodními asistentkami v Nemocnici Český Krumlov, a.s.



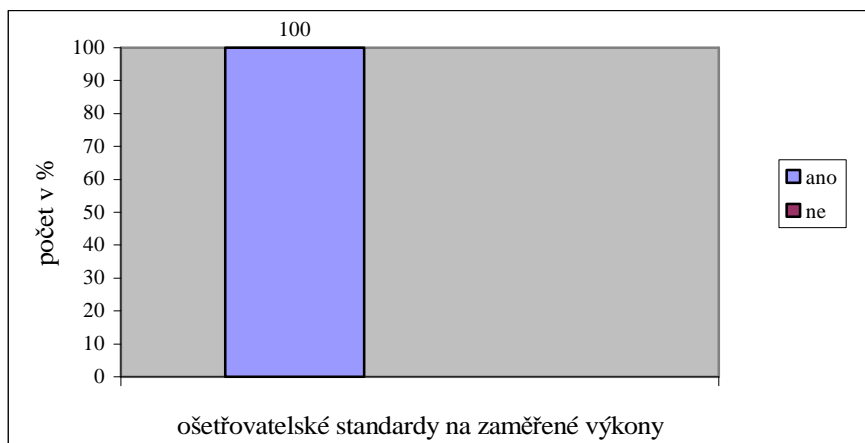
Celkový počet respondentek činil 10 (100 %) a všechny tyto dotazované odpověděly, že používají sesterskou dokumentaci na jejich pracovištích.

Graf 18 a) Používání ošetrovatelských standardů se zaměřením na ošetrovatelské výkony v Nemocnici České Budějovice, a.s.



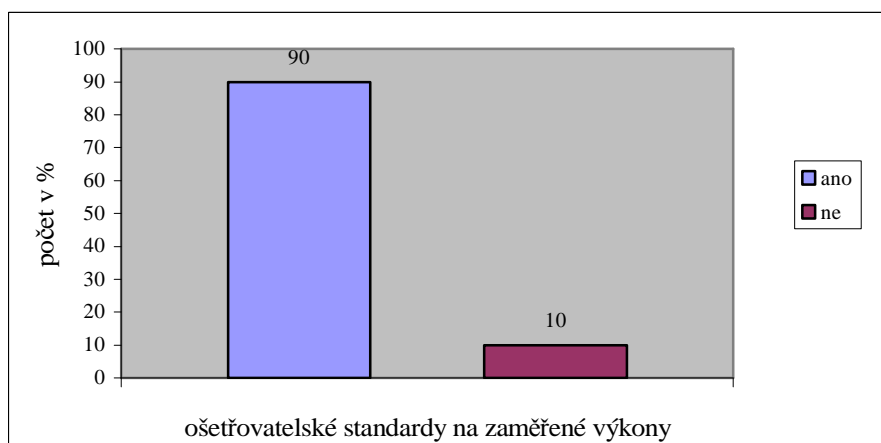
Celkový počet respondentek činil 35 (100 %). 31 (89 %) odpovědělo, že se používají ošetrovatelské standardy a 4 (11 %) udalo, že ošetrovatelské standardy nepoužívají.

Graf 18 b) Používání ošetrovatelských standardů se zaměřením na ošetrovatelské výkony v Nemocnici Nymburk, s.r.o.



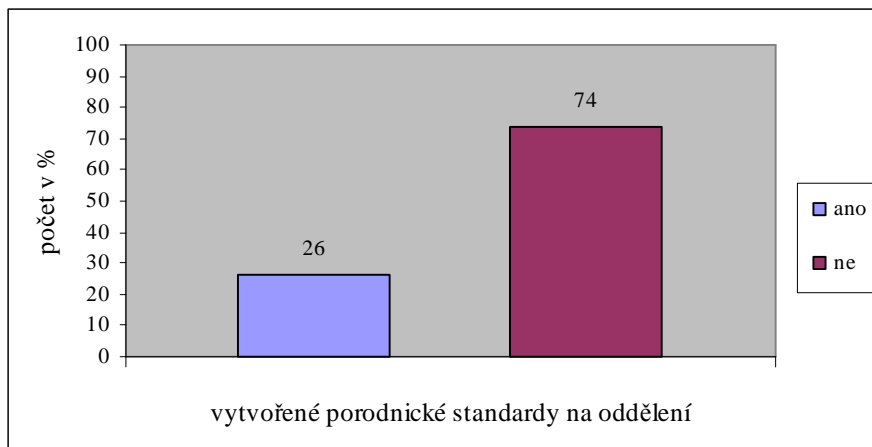
Z celkového počtu 20 (100 %) dotazovaných respondentek odpověděly všechny, že se u nich ošetrovatelské standardy používají.

Graf 18 c) Používání ošetrovatelských standardů se zaměřením na ošetrovatelské výkony v Nemocnici Český Krumlov, a.s.



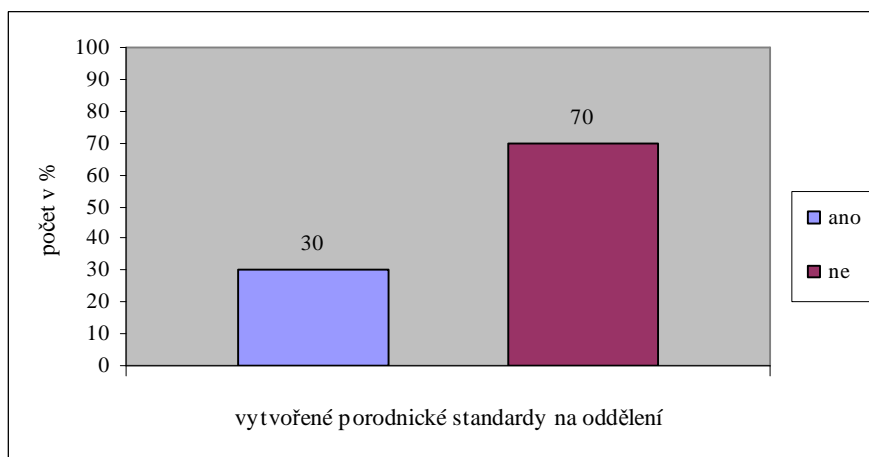
Celkový počet respondentek činil 10 (100 %). Z toho 9 (90 %) odpovědělo, že se na jejich oddělení používají ošetrovatelské standardy a pouze 1 (10 %) odpověděla, že se nepoužívají.

Graf 19 a) Dostupnost porodnických standardů v Nemocnici České Budějovice, a.s.



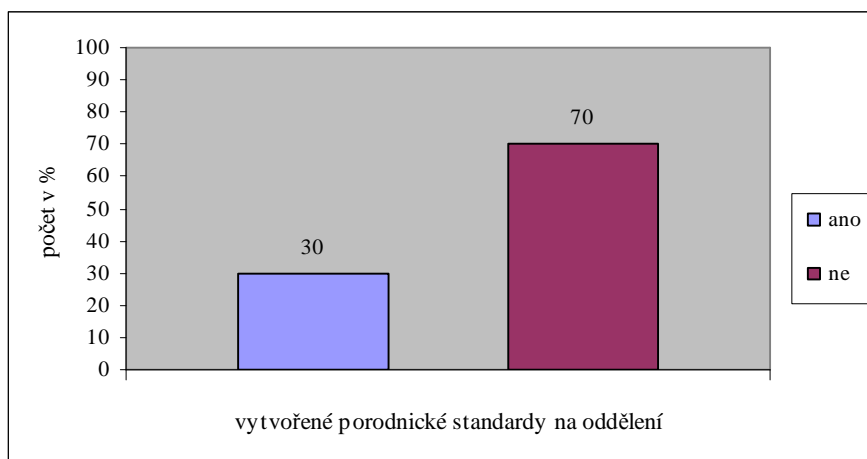
Celkový počet respondentek činil 35 (100 %). 9 (26 %) udalo, že mají vytvořené porodnické standardy a 26 (74 %) odpovědělo, že porodnické standardy vytvořené nemají.

Graf 19 b) Dostupnost porodnických standardů v Nemocnici Nymburk, s.r.o.



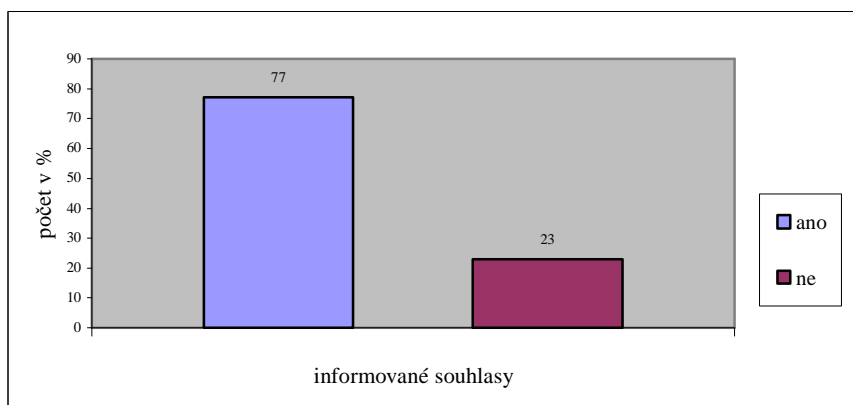
Celkový počet respondentek činil 20 (100 %). 6 (30 %) dotazovaných odpovědělo, že mají vytvořené porodnické standardy a 14 (70 %) udalo, že porodnické standardy vytvořené nemají.

Graf 19 c) Dostupnost porodnických standardů v Nemocnici Český Krumlov, a.s.



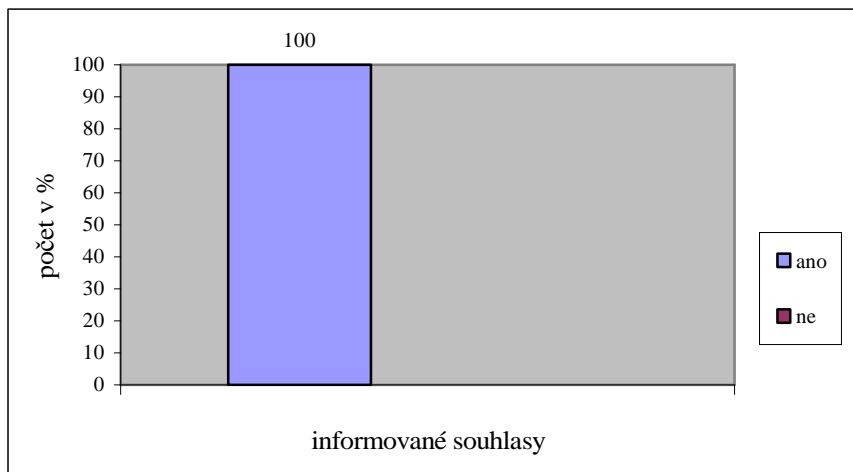
Celkový počet respondentek činil 10 (100 %). 3 (30 %) dotazovaných odpovědělo, že mají vytvořené porodnické standardy a 7 (70 %) udalo, že porodnické standardy vytvořené nemají.

Graf 20 a) Informované souhlasy na veškeré prováděné zákroky u pacientek v Nemocnici České Budějovice, a.s.



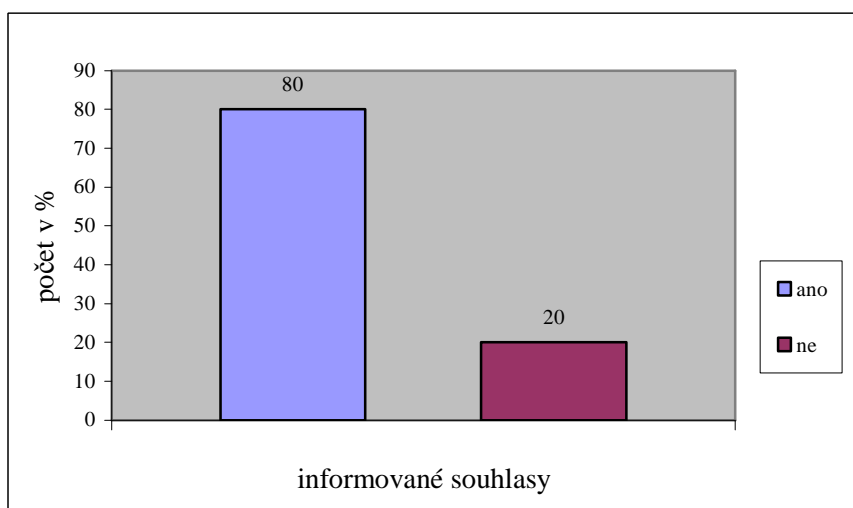
Celkový počet respondentek činil 35 (100 %). 27 (77 %) uvedlo, že na oddělení mají veškeré informované souhlasy a 8 (23 %) odpovědělo, že nemají všechny informované souhlasy.

Graf 20 b) Informované souhlasy na veškeré prováděné zákroky u pacientek v Nemocnici Nymburk, s.r.o.



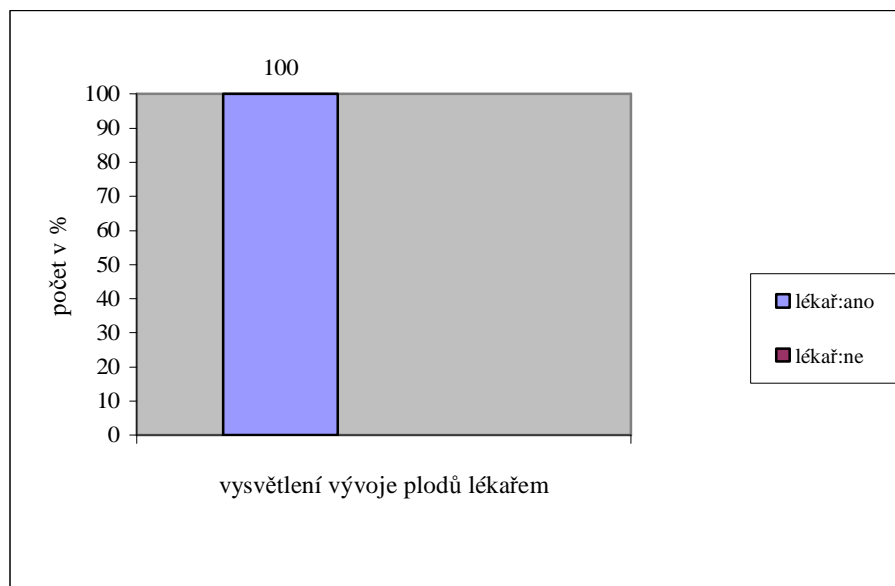
Z celkového počtu 20 (100 %) dotazovaných respondentek odpověděly všechny, že mají na oddělení k dispozici všechny informované souhlasy.

Graf 20 c) Informované souhlasy na veškeré prováděné zákroky u pacientek v Nemocnici Český Krumlov, a.s.



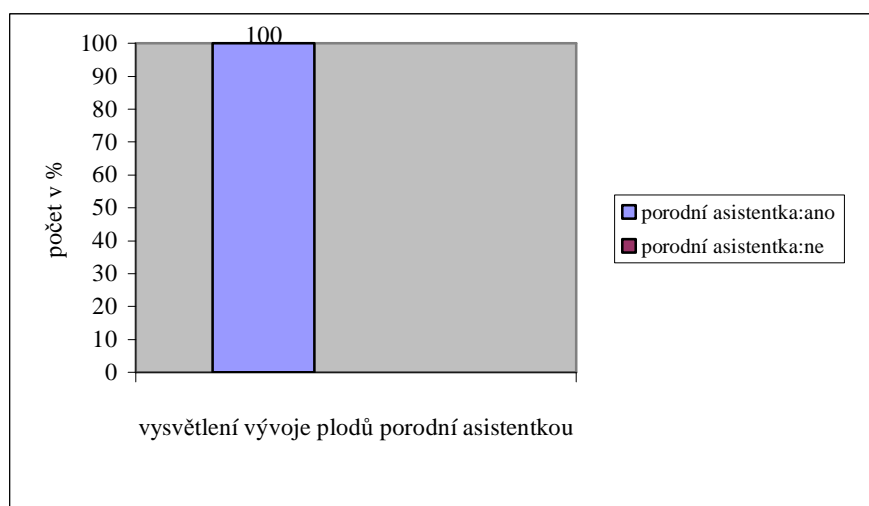
Celkový počet respondentek činil 10 (100 %). 8 (80 %) udalo, že mají k dispozici všechny informované souhlasy a pouze 2 (20 %) uvedlo, že je k dispozici nemají.

Graf 21 a) Podání informací o vývoji plodů v průběhu těhotenství lékařem



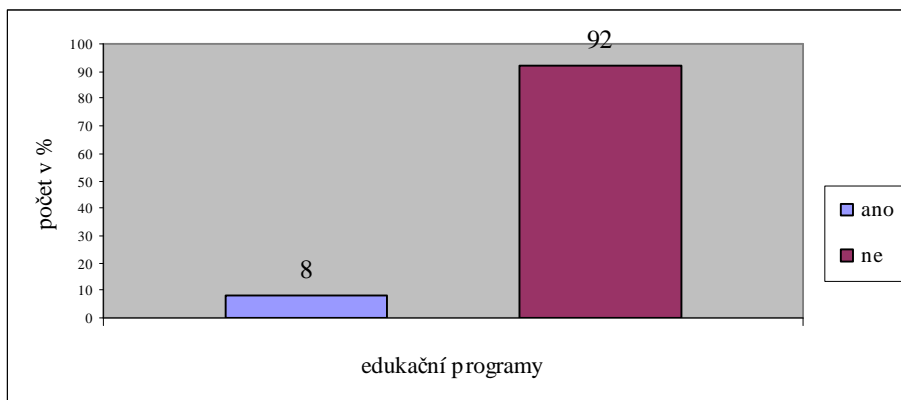
Z celkového počtu 65 (100 %) dotazovaných respondentek odpověděly všechny, že informace o vývoji plodů podává lékař.

Graf 21 b) Podání informací o vývoji plodů v průběhu těhotenství porodní asistentkou



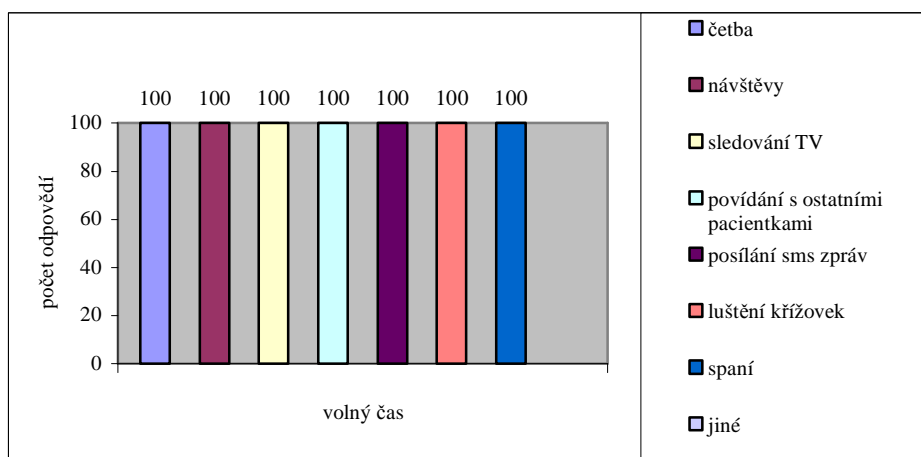
Z celkového počtu 65 (100 %) dotazovaných respondentek odpověděly všechny, že informace o vývoji plodů podává porodní asistentka.

Graf 22 Edukační programy na pracovištích gynekologicko porodnického oddělení



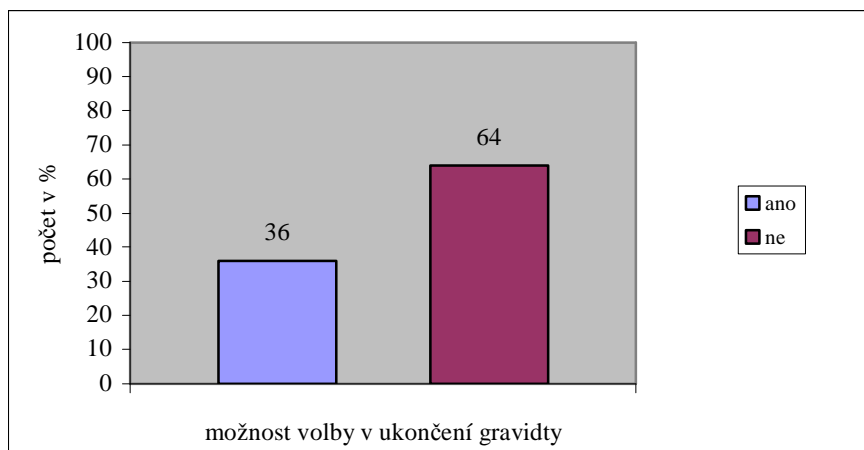
Celkový počet respondentek činil 65 (100 %). 5 (8 %) respondentek uvedlo, že mají na pracovištích edukační programy a 60 (92 %) z nich se shoduje, že edukační programy na pracovištích nemají.

Graf 23 Vyplňování volného času ženami s vícečetným těhotenstvím při hospitalizaci



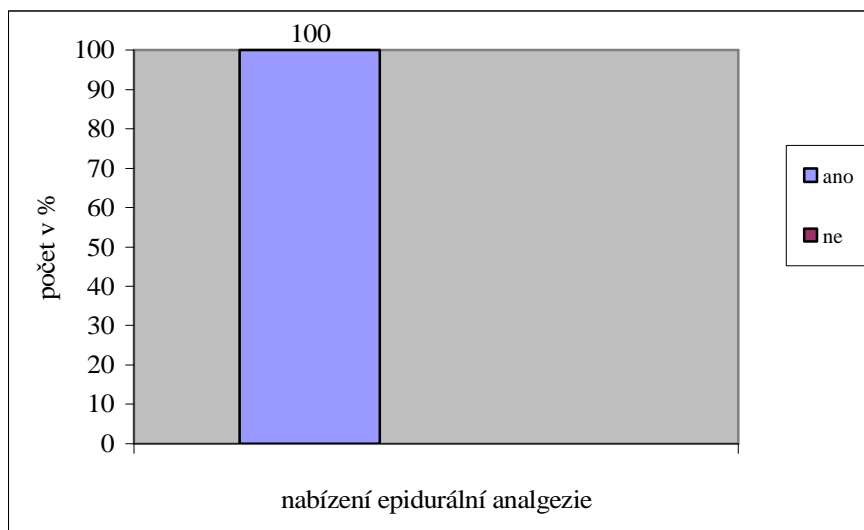
Na otázku číslo 23 odpovídalo 65 (100 %) respondentek. Nabídla jsem jim 7 možností odpovědí a také ponechala možnosti odpovědi volné. Respondentky mohly označit i více variant odpovědí. V 65 dotaznících bylo vždy vyplněno všech 7 možných odpovědí.

Graf 24 Možnost volby ukončení těhotenství u žen s vícečetnou graviditou



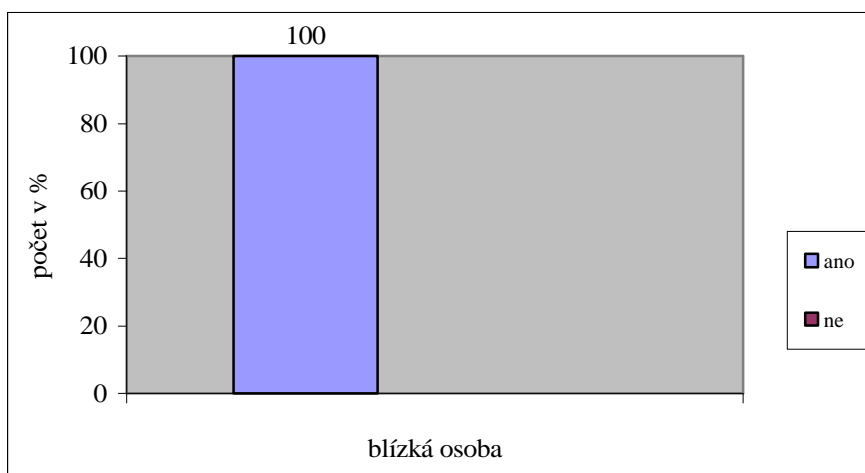
Celkový počet respondentek činil 65 (100 %). 23 (36 %) respondentek uvedlo, že dávají na výběr, jak ukončit těhotenství u žen s vícečetnou graviditou, a 42 (64 %) z nich tvrdí, že na výběr nedávají.

Graf 25 Nabízení epidurální analgezie při spontánním porodu



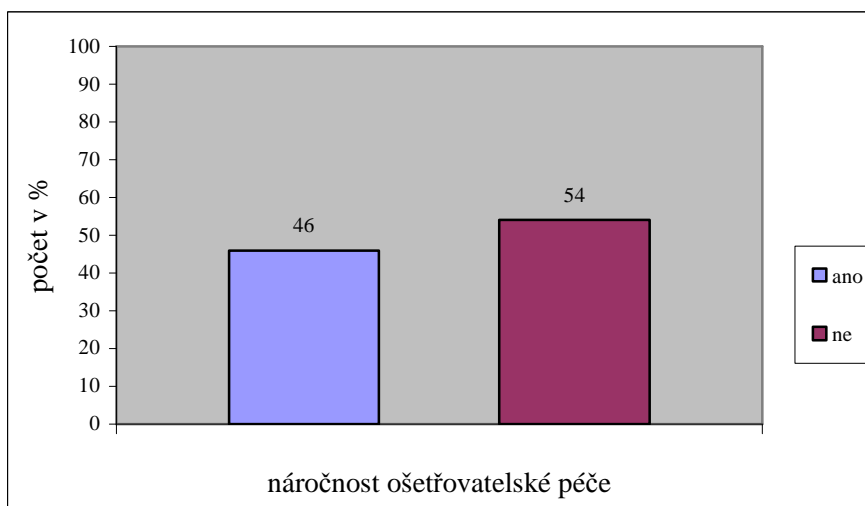
Z celkového počtu 65 (100 %) respondentek odpověděly všechny dotazované, že nabízejí možnost epidurální analgezie při spontánním porodu.

Graf 26 Nabízení možnosti blízké osoby u porodu



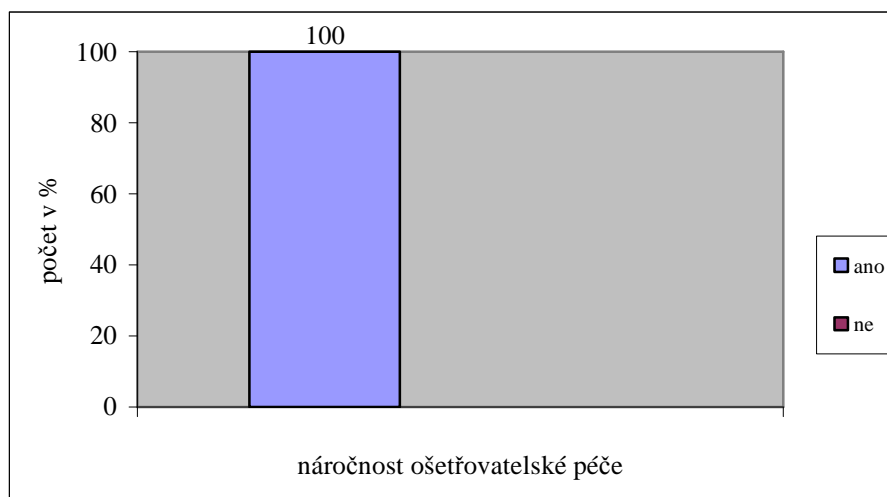
Z celkového počtu 65 (100 %) respondentek odpověděly všechny, že nabízejí ženám možnost blízké osoby u porodu.

Graf 27 a) Náročnost ošetrovatelské péče o ženy s vícečetnou graviditou v Nemocnici České Budějovice, a.s.



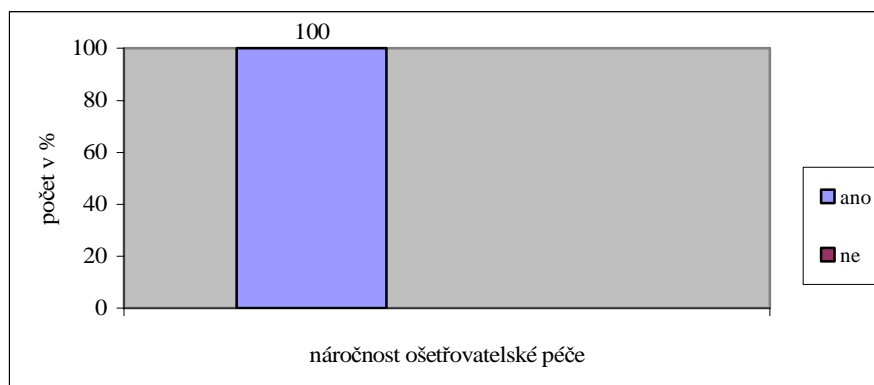
Celkový počet respondentek činil 35 (100 %). Z toho 16 (46 %) respondentek uvedlo, že ošetrovatelská péče o vícečetnou graviditu není náročnější a 19 (54 %) z nich odpovědělo, že náročnější je.

Graf 27 b) Náročnost ošetrovateľskej péče o ženy s vícečetnou graviditou v Nemocnici Nymburk, s.r.o.



Z celkového počtu 20 (100 %) respondentek odpovedali všetky, že ošetrovateľská péče o vícečetnou graviditu je náročnejší.

Graf 27 c) Náročnosť ošetrovateľskej péče o ženy s vícečetnou graviditou v Nemocnici Český Krumlov, a.s.



Z celkového počtu 10 (100 %) respondentek odpovedali všetky, že ošetrovateľská péče o vícečetnou graviditu je náročnejší.

5. DISKUSE

Cílem práce bylo zjistit, zda se používají ošetrovatelské a porodnické standardy v Nemocnici České Budějovice, a.s., v Nemocnici Nymburk, s.r.o. a v Nemocnici Český Krumlov, a.s.

Sběr dat byl prováděn pomocí dotazníků v již zmiňovaných nemocnicích, převážně na oddělení rizikového těhotenství a porodního sálu. Na otázky odpovídaly porodní asistentky. Otázky v dotazníku se vztahovaly zejména k ošetrovatelské péči poskytované ženám s vícečetným těhotenstvím a používání ošetrovatelských a porodnických standardů.

Vyhodnocením grafu 1 bylo zjištěno, že z celkového počtu dotazovaných porodních asistentek (65) bylo nejvíce respondentek a to 35 % ve věkovém rozmezí 20 – 30 let a 41 – 50 let. 22 % respondentek bylo ve věku 31 – 40 let a 8 % respondentek bylo ve věku 51 – 58 let.

V grafu 2 je možné porovnat nejvyšší dosažené vzdělání respondentek. Nejvíce dotazovaných respondentek je středoškolsky vzdělaných a to 29 %. V 19 % jsou zastoupeny respondentky s vyšším odborným vzděláním, v 25 % byly zastoupeny respondentky se specializačním studiem a ve 27 % byly respondentky s vysokoškolským vzděláním – bakalářským.

Graf 3 nám ukazuje oddělení, kde dotazované respondentky pracují. Nejvíce respondentek 58 % pracuje na porodním sále a 42 % respondentek pracuje na oddělení rizikového těhotenství.

Vyhodnocením graf 4 bylo zjištěno, že z celkového počtu dotazovaných porodních asistentek (65) pracuje nejvíce respondentek a to 25 % v oboru 2 až 5 let. Období 2 až 5 let je srovnatelné s údaji Českého statistického úřadu, kde se uvádí, že porodní asistentky v tomto období nejvíce mění zaměstnání. 23 % respondentek pracuje v oboru 16 až 20 let, 20 % respondentek pracuje v oboru 11 až 15 let, 18 % respondentek pracuje v oboru 6 až 10 let, 12 % respondentek pracuje v oboru více jak 21 let a 2 % respondentek pracuje necelé dva roky (33).

Graf 5 nám přibližuje, zda respondentky ví, kolik žen s vícečetným těhotenstvím bylo v loňském roce na jejich oddělení hospitalizovaných. 88 % respondentek odpovědělo, že neví a 12 % respondentek uvedlo, že u nich byly 4 krát hospitalizované ženy, které očekávaly dvojčata.

Graf 6 ukazuje, co je součástí ošetrovatelské péče o ženu s vícečetným těhotenstvím. 100 % respondentek uvedlo, že součástí ošetrovatelské péče na jejich oddělení je vážení klientek, měření krevního tlaku, měření pulsu, poslech ozev plodů, sledování pohybů plodů, měření tělesné teploty, sledování vyprazdňování stolice, stav výživy a otoků. 97 % respondentek uvedlo, že součástí ošetrovatelské péče je sledování vyprazdňování moče. Výsledky výzkumu odpovídají standardům ošetrovatelské péče, které jsou dané pro jednotlivá oddělení i ošetrovatelskou péčí o ženy s vícečetným těhotenstvím.

Grafem 7 byly zjišťovány rozdíly v monitorování jednočetné a vícečetné gravidity. 100 % respondentek uvedlo, že rozdílnost v monitorování jednočetné a vícečetné gravidity je patrný zejména v četnosti monitorování.

Graf 8 znázorňoval odpovědi 65 respondentek ohledně vyšetřování moči u žen s vícečetným těhotenstvím. Byly jim nabídnuty 4 možnosti odpovědí a také ponechána možnost odpovědi volné. Respondentky mohly označit i více variant odpovědí. Celkem v 58 dotaznících byla vyznačena odpověď, že se vyšetřuje moč a sediment, ve 40 odpovědích byla vyznačena odpověď, že se vyšetřuje kultivace a citlivost moči, z 50 odpovědí bylo patrné, že se provádí vyšetření indikačním papírkem a v 16 dotaznících byla označena odpověď, že se vyšetřuje kreatininova clearance. Výsledky výzkumu odpovídají doporučením České gynekologicko-porodnické společnosti, které souvisejí s vyšetřováním moči (25).

Graf 9 ukazuje výsledky, které se týkají vyšetřování krve u žen s vícečetným těhotenstvím a celkem na dotazování odpovídalo 65 respondentek. Bylo jim nabídnuto 5 možností odpovědí a také ponechána možnost odpovědi volné. Respondentky mohly označit i více variant odpovědí. Ve všech 65 dotaznících byla vyznačena odpověď, že se provádí vyšetření krevního obrazu, v 59 odpovědích byla vyznačena odpověď, že se provádí vyšetření krve na krevní skupinu a Rh faktor, v 57 možnostech byla vyznačena

odpověď, že se provádí vyšetření na pozitivitu HIV, z 58 odpovědí bylo patrné, že se provádí sérologické vyšetření krve na Australský antigen - HBsAg a ve 24 dotaznících byla označena odpověď, že se provádí vyšetření na toxoplasmosu. Výsledky výzkumu potvrzují doporučení České gynekologicko-porodnické společnosti o vyšetřování krve u žen s vícečetným těhotenstvím (25).

Graf 10 nám potvrdil, zda se ultrazvukové vyšetření plodů provádí dle doporučení České gynekologicko-porodnické společnosti. Všechny 100 % respondentek potvrdilo svojí odpovědí, že ano (25).

Na grafu 11 se ukazuje možnost provádění vyšetření, které se nazývá velocimetrie. Z celkového počtu dotazovaných porodních asistentek (65) nejvíce respondentek a to 77 % odpovědělo, že se velocimetrie provádí na jejich pracovišti u žen s vícečetným těhotenstvím. 23 % respondentek uvedlo, že se na jejich oddělení velocimetrie neprovádí.

Vyhodnocením grafu 12 byly zjištěny údaje o provádění vyšetření kultivace z pochvy. Z celkového počtu dotazovaných porodních asistentek (65) nejvíce respondentek a to 91 % odpovědělo, že na jejich oddělení provádějí kultivaci z pochvy a 9 % respondentek uvedlo, že kultivaci z pochvy neprovádějí.

Další graf 13 byl zaměřen na potvrzení vyšetření streptokoka agalaktia (GBS), které se provádí podle doporučení České gynekologicko-porodnické společnosti ve 35. – 36. týdnu gravidity u žen s vícečetnou graviditou. Celkový počet respondentek (65) shodně uvedlo, že se toto vyšetření na jejich oddělení provádí, což se shoduje s doporučením České gynekologicko-porodnické společnosti (25).

Graf 14 nám ukazuje možnosti doporučených diet pro ženy s vícečetným těhotenstvím při hospitalizaci. 45 % respondentek uvedlo, že doporučují dietu racionální s bílkovinným přídatkem, 40 % respondentek uvedlo, že doporučují dietu racionální a 15 % respondentek uvedlo, že nabízejí ženám s vícečetným těhotenstvím výběr stravy podle vlastního přání (25).

Grafem 15 bylo zjišťováno, zda se ženám s vícečetným těhotenstvím doporučuje omezený pohybový režim. 85 % respondentek uvedlo, že ano a 15 % respondentek uvedlo, že nemají omezený pohybový režim. Omezení pohybového

režimu je závislé na zdravotním stavu respondentek a jednoznačně se řídí ordinací ošetřujícího lékaře.

Graf 16 a) byl zaměřen na používání ošetrovatelského procesu v Nemocnici České Budějovice, a.s., kdy 54 % respondentek uvedlo, že ošetrovatelský proces se na jejich oddělení nepoužívá a 46 % respondentek uvedlo, že se ošetrovatelský proces na jejich oddělení používá. Stejně tak graf 16 b) vyhodnocoval používání ošetrovatelského procesu v Nemocnici Nymburk, s.r.o., kdy 70 % respondentek uvedlo, že ošetrovatelský proces nepoužívají a 30 % respondentek uvedlo, že ošetrovatelský proces na jejich oddělení používají. Další možnost používání ošetrovatelského procesu je uvedena na grafu 16 c) v Nemocnici Český Krumlov, a.s., kdy 70 % respondentek uvedlo, že ošetrovatelský proces na jejich oddělení používají a 30 % respondentek uvedlo, že ho nepoužívají. Při srovnání všech třech nemocnic docházíme k závěru, že ošetrovatelský proces z větší části porodní asistentky při ošetrování žen s vícečetnou graviditou spíše nepoužívají i když je to dané Vyhláškou č. 424/2004 Sb. (30).

Graf 17 a) nás informuje o používání sesterské dokumentace v Nemocnici České Budějovice, a.s. Výsledky ukázaly, že 54 % respondentek označilo možnost, že nepoužívají ošetrovatelskou dokumentaci a 46 % respondentek odpovědělo, že jí používají. Stejné informace o používání ošetrovatelské dokumentace v Nemocnici Nymburk, s.r.o. nám ukazuje graf 17 b). Výsledky ukázaly, že 70 % respondentek označilo odpověď ne a 30 % respondentek označilo možnost ano. Další možnosti používání ošetrovatelské dokumentace je možné vidět na grafu 17 c), který nás informuje o používání ošetrovatelské dokumentace v Nemocnici Český Krumlov, a.s. Výsledky ukázaly, že 100 % respondentek označilo odpověď ano. Při porovnání grafů 17 a), 17 b) a 17 c) je patrné, že sesterská dokumentace se spíše nepoužívá v Nemocnici Č. Budějovice a.s. a v Nemocnici Nymburk s.r.o., ale v Nemocnici Č. Krumlov, a.s. se používá ve 100 % při ošetrovatelské péči o ženy s vícečetným těhotenstvím.

Graf 18 a) ukazuje údaje o používání ošetrovatelských standardů, které jsou zaměřené na ošetrovatelské výkony v Nemocnici České Budějovice, a.s., kdy 89 % respondentek uvedlo, že se používají a 11 % respondentek uvedlo, že se nepoužívají při ošetrovatelské péči o ženy s vícečetným těhotenstvím. Výsledky, které jsou uvedeny na

grafu 18 b), nám ukazují používání ošetrovatelských standardů, které jsou zaměřené na ošetrovatelské výkony v Nemocnici Nymburk, s.r.o., kdy 100 % respondentek uvedlo, že se na jejich oddělení ošetrovatelské standardy používají. Stejně informace můžeme vidět na grafu 18 c), kdy je patrné používání ošetrovatelských standardů, které jsou zaměřené na ošetrovatelské výkony v Nemocnici Český Krumlov, a.s. 90 % respondentek uvedlo, že se používají a 10 % respondentek uvedlo, že nikoliv. Při srovnání třech nemocnic je zřejmé, že nemocnice Nymburk s.r.o., používá při ošetrování žen s vícečetným těhotenstvím ošetrovatelské standardy ve 100 %, ale v Nemocnici Č. Budějovice a.s., a Nemocnici Č. Krumlov a.s. je používání ošetrovatelských standardů nedostačující. Vzhledem k tomu, že jsou standardy na každém oddělení a jejich používání je dané Vyhláškou č. 424/2004 Sb., měly by je při své práci používat všechny porodní asistentky (30).

Graf 19 a) podává informace o tom, zda mají porodní asistentky z Nemocnice v Českých Budějovicích, a.s. vytvořené porodnické standardy. 74 % dotazovaných uvedlo, že je vytvořené nemají a 26 % uvedlo, že je vytvořené mají. Stejně informace jsou patrné na grafu 19 b) pro Nemocnici Nymburk s.r.o., i zde jsou informace, zda mají porodní asistentky vytvořené porodnické standardy. 70 % respondentek odpovědělo, že nemají vytvořené porodnické standardy a 30 % odpovědělo, že je mají. Následujícím grafem 19 c) jsme chtěli poukázat na skutečnost, zda mají porodní asistentky v Nemocnici Český Krumlov, a.s. vytvořené porodnické standardy. 70 % respondentek odpovědělo, že nemají porodnické standardy a 30 % odpovědělo, že je mají. I když je nutnost používání porodnických standardů daná Vyhláškou č. 424/2004 Sb., je patrné, že ještě více nemocnic v ČR nemá porodnické standardy vytvořené a nebo se na jejich tvorbě teprve pracuje. Je samozřejmé, že když nemocnice nemají při ošetrování žen s vícečetným těhotenstvím porodnické standardy, nemohou hodnotit kvalitu poskytované péče (30).

Další oblast, která byla zkoumaná a která je znázorněná na grafu 20 a), nás informuje o tom, zda mají na odděleních na veškeré ošetrovatelské výkony v Nemocnici České Budějovice, a.s. informované souhlasy. 77 % respondentek odpovědělo, že mají k dispozici informované souhlasy a 23 % uvedlo, že je k dispozici nemají. Graf 20 b)

poskytuje údaje o situaci v Nemocnici Nymburk, s.r.o. 100 % dotazovaných respondentek uvedlo, že mají informované souhlasy při provádění ošetrovatelských výkonů u žen s vícečetným těhotenstvím. Údaje doplňuje graf 20 c), který ukazuje situaci, v Nemocnici Český Krumlov, a.s. 80 % respondentek uvedlo, že mají k dispozici informované souhlasy o prováděných ošetrovatelských výkonech a 20 % uvedlo, že je k dispozici nemají. Při srovnání třech nemocnic, docházíme k závěru, že pouze nemocnice Nymburk s.r.o. ve 100 % splňuje požadavky o informovaných souhlase a v ostatních dvou nemocnicích jsou požadavky splněné pouze částečně. Informované souhlasy by měly být na každém oddělení a měly by být poskytovány ženám před každý výkonem.

Na grafu 21 a) jsou znázorněny údaje, které se týkají podávání informací o vývoji plodů a jestli tyto informace podává lékař. 100 % dotazovaných respondentek označilo odpověď ano. Podobné údaje o poskytování informací o vývoji plodů porodní asistentkou, můžeme vidět na graf 21 b). 100 % dotazovaných respondentek označilo odpověď ano.

Vyhodnocením grafu 22, kde bylo zkoumáno, zda mají porodnická oddělení pro ženy s vícečetným těhotenstvím edukační programy, bylo zjištěno, že z celkového počtu porodních asistentek (65) odpovědělo 92 %, že mají na pracovištích edukační programy. 8 % uvedlo, že edukační programy na pracovištích nemají. Domníváme se, že je vhodné mít na pracovišti edukační programy pro hospitalizované ženy.

Graf 23 ukazuje způsoby, jak tráví svůj volný čas ženy s vícečetným těhotenstvím v období hospitalizace. Celkově odpovídalo 65 respondentek. Bylo jim nabídnuto 7 možností odpovědí a také byla ponechána možnost volné odpovědi. Respondentky mohly označit i více variant odpovědí. V 65 dotaznicích bylo vždy vyplněno všech 7 možných odpovědí. Z toho tedy vyplynulo, že hospitalizované ženy vyplňují svůj volný nejvíce čas četbou, návštěvami, sledováním TV, povídáním si s ostatními pacientkami, posíláním sms zpráv, luštěním křížovek a spaním.

Graf 24 byl zaměřen na možnost volby ukončení těhotenství u žen. Nejvíce respondentek 64 % uvedlo, že porodníci nedávají možnost volby ukončení těhotenství a 36 % žen s vícečetným těhotenstvím uvedlo, že porodníci možnost volby dávají.

Vícečetné těhotenství je natolik rizikové, že o ukončení těhotenství by měl rozhodovat především lékař, názorně ženě vše vysvětlit a společně dojít ke shodě, jakým způsobem bude probíhat porod.

Graf 25 byl zaměřen na nabízení epidurální analgezie při spontánním porodu. 100 % respondentek uvedlo, že je ženám nabízeno vedení porodu v epidurální analgezii.

Grafem 26 jsme chtěli zjistit skutečnost, zda je nabízena ženám možnost blízké osoby u porodu. Ve 100 % respondentky odpověděly, že možnost blízké osoby u porodu se nabízí. Domníváme se, že je vhodné ženě tuto možnost nabídnout a myslíme si, že ji ženy rády využívají.

Na grafu 27 a) jsou vidět údaje o tom, zda je ošetrovatelská péče o ženy s vícečetným těhotenstvím v Nemocnici České Budějovice, a.s. náročnější než o ženy s jedním plodem. 54 % respondentek uvedlo, že náročnější není a pouze 46 % respondentek uvedlo, že náročnější je. Podobná zjištění je možné vidět na grafu 27 b), ale týkají se Nemocnice Nymburk, s.r.o., kdy respondentky uvedly, že je náročnější ve 100 %. Další údaje vidíme na grafu 27 c) a tyto údaje se týkají ošetrovatelské péče o ženy s vícečetným těhotenstvím, zda je náročnější než o ženy s jedním plodem v Nemocnici Český Krumlov, a.s. 100 % dotazovaných respondentek odpovědělo, že náročnější je. Z výsledků výzkumu je patrné, že péče o ženy s vícečetným těhotenstvím je náročnější ve dvou nemocnicích, pouze v Nemocnici Č. Budějovice a.s. se respondentky z větší poloviny domnívají, že péče není náročnější než o ženy s jedním plodem.

Výsledky výzkumu splnily očekávaný cíl, kdy jsme chtěli zjistit, zda porodní asistentky používají při ošetrovatelské péči o ženy s vícečetným těhotenstvím ošetrovatelské a porodnické standardy. Výsledky můžeme potvrdit grafy 18 a), 18 b), 18 c), 19 a), 19 b) a 19 c), kde je přímo uvedeno porovnání mezi třemi nemocnicemi.

Hypotéza, která byla stanovena na základě cíle, byla zaměřená na ošetrovatelskou péči o ženy s vícečetným těhotenstvím a na to, zda ošetrovatelská péče o ženu s vícečetným těhotenstvím odpovídá ošetrovatelským standardům. Hypotéza byla potvrzena v rámci ošetrovatelské péče grafy 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, a 14, také

byla podložena doporučením České gynekologicko-porodnické společnosti a je poskytována na základě ošetrovatelských standardů (graf 18).

6. ZÁVĚR

Vícečetné těhotenství je stav, při kterém se vyvíjí v děloze více plodů. Jde o zvýšenou zátěž v perinatologickém období a proto bychom měli i počítat se vznikem mnohých komplikací, jako jsou například předčasné porody, insuficience placenty a nebo vznik gestóz. Péče o ženu s vícečetným těhotenstvím je náročnější a porodní asistentka má v péči o tuto ženu své nezastupitelné místo. Celkově vyplynulo, že v Nemocnici České Budějovice, a.s. nepovažují ošetrovatelskou péči o ženu s vícečetným těhotenstvím jako náročnější, ale v dalších dvou již zmiňovaných nemocnicích ji za náročnější považují.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda ošetrovatelská péče o ženu s vícečetným těhotenstvím odpovídá ošetrovatelským standardům. Cíl práce byl splněn. Stejně tak hypotéza, která vycházela z cíle práce, zda ošetrovatelská péče o ženu s vícečetným těhotenstvím odpovídá ošetrovatelským standardům, byla podložena výsledky výzkumu.

Z provedeného kvantitativního výzkumu, formou dotazníku vyplynulo, že u žen s vícečetným těhotenstvím hospitalizovaných na oddělení rizikového těhotenství je prováděna ošetrovatelská péče na základě doporučení České gynekologicko-porodnické společnosti a na základě ošetrovatelských standardů. Dále bylo výzkumem zjištěno, že více jak polovina respondentek z Nemocnice České Budějovice, a.s. uvedla, že nepoužívají ošetrovatelský proces, nepoužívají sesterskou dokumentaci, nemají k dispozici porodnické standardy, ale mají informované souhlasy na veškeré zákroky. Ve srovnání s Nemocnicí Nymburk, s.r.o. je to velmi podobné. V Nemocnici Český Krumlov, a.s. více jak polovina respondentek se shodla na tom, že používají ošetrovatelský proces, že používají sesterskou dokumentaci, že používají ošetrovatelské standardy, že mají informované souhlasy, ale nemají vytvořené porodnické standardy. V současné době je dané Vyhláškou č. 424/2004 Sb., že používání ošetrovatelského procesu, ošetrovatelských a porodnických standardů je nutné. Bylo by vhodné se nad tímto rozdílem zamyslet, doplnit potřebné drobnosti na příslušných odděleních a více se

zabývat porodnickými standardy, které jsou z hlediska hodnocení kvality ošetrovatelské péče na odděleních nezbytné.

Bakalářská práce by mohla sloužit jako zdroj informací a byla využita ke zkvalitnění výuky budoucích porodních asistentek. A dále by mohla být využita jako edukační program pro porodní asistentky v praxi.

7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURA

1. ARCHALOUSOVÁ, A. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*, 1. vyd. Hradec Králové: Nukleus HK. 2003. 99 s. ISBN 80-86225-33-X
2. BINDER, Tomáš; SALAJ, Peter; VAVŘINKOVÁ, Blanka. *Hematologické nemoci a poruchy v porodnictví a gynekologii*. Triton, Praha: 2004. 222 s. ISBN 80-7254-540-X
3. ČECH, Evžen; HÁJEK, Zdeněk; MARŠÁL, Karel; SRP, Bedřich; a kolektiv. *Porodnictví*. Grada Publishing, Praha: 1999. 434 s. ISBN 80-7169-355-3
4. ČECH, Evžen; HÁJEK, Zdeněk; MARŠÁL, Karel; SRP, Bedřich; a kolektiv. *Porodnictví 2., přepracované a doplněné údaje*. Grada Publishing, Praha: 2006. 544 s. ISBN 80-247-1313-9
5. DOLEŽAL, Antonín. *Od babictví k porodnictví*. Karolinum, Praha: 2001. 144 s. ISBN 80-246-0274-6
6. ELIAŠOVÁ, Anna a kolektiv. *Porodnické ošetrovatelství*. Osveta, Martin: 2000. 112 s. ISBN 80-8063-053-4
7. FUCHS, Vladimír; ZOBAN, Petr; TOMÁŠOVÁ, Helena; ČERNÝ, Miloš. *Vybrané kapitoly z perinatologie*. Karolinum, Praha: 2001. 328 s. ISBN 80-246-0114-1
8. HÁJEK, Zdeněk a kolektiv. *Rizikové a patologické těhotenství*. Grada Publishing, Praha: 2004. 444 s. ISBN 80-247-0418-8

9. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Informovaný souhlas proč a jak?* Galén, Praha: 2007. 104 s. ISBN 978-80-7262-497-3
10. KOBILKOVÁ, Jitka; et al. *Základy gynekologie a porodnictví*. Galén a Univerzita Karlova v Praze, 2005. 343 s. ISBN 80-7262-315-X (Galén). ISBN 80-246-1112-0 (Univerzita Karlova v Praze)
11. KOLAŘÍKOVÁ, Adriana a kolektiv. *Gynekologické ošetrovatelstvo*. Osveta, Martin: 2000. 134 s. ISBN 80-8063-052-6
12. KOZIEROVÁ, B. a kol. *Ošetrovateľstvo: koncepcie, ošetrovateľský proces a praxe I*. Martin: Osveta. 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0
13. LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Grada Publishing, Praha: 2004. 988 s. ISBN 80-247-0668-7
14. MACKŮ, František; ČECH, Evžen. *Porodnictví*. Informatorium, Praha: 2002. 143 s. ISBN 80-86073-92-0
15. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky*. Praha: 2000. 95 s. ISBN 80-85047-20-9
16. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky (5)*. Praha: 2003. 319 s. ISBN 80-85047-25-X
17. NORMAN C. SMITH; A. PAT M. SMITH. *Ultrazvuk v porodnictví*. 1. vydání Grada Publishing, Praha: 2006. 192 s. ISBN 80-247-1107-9
18. PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství @ porodu*. 2. vydání, Galén, Praha: 2005, 2006. 407 s. ISBN 80-7262-411-3

19. ROZTOČIL, A. a kolektiv. *Porodnictví*. Vydání 1. Brno. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. 333 str.
ISBN 80-7013-339-2
20. ZWINGER, Antonín; et. al. *Porodnictví*. Galén a Karolinum. Praha: 2004. 513 s.
ISBN 80-7262-257-9 (Galén). ISBN 80-246-0822-7 (Karolinum)
21. FENDRYCHOVÁ, M. *Tvorba ošetrovatelského plánu prostřednictvím počítačového programu*. Sestra. Praha: 2003, roč.13, č. 5, s.12, ISSN 1210-0404
22. JIRSOVÁ, S. a kolektiv. *Zhoršuje redukce vícečetné gravidity perinatální výsledky u dvoučetných gravidit*. *Česká gynekologie*. Česká lékařská společnost J. E. Purkyně Praha: 2000, roč. 65, č. 4, str. 230 – 235. ISSN 1210-7832
23. OBORNÁ, I. a kolektiv. *Vícečetné těhotenství – významná komplikace programu IVF*. *Česká gynekologie*. Česká lékařská společnost J. E. Purkyně Praha: 2003, roč. 68, č. 4, str. 232 – 237. ISSN 1210-7832
24. ROZTOČIL, A. *Porod vícečetného těhotenství*. *Česká gynekologie*. Česká lékařská společnost J. E. Purkyně Praha: 2005, roč. 70, č. 6, str. 463.
ISSN 1210-7832
25. <http://www.cgps.cz/zpravy/2008/zprava-01.php>, 23.3.2008
26. <http://www.ivf.motol.cz/ivf.aspx>, 23.3.2008
27. <http://www.levret.cz/doskolovani/nesnaze/postupy/files/porod-dvojcat.htm>,
18.3.2008
28. http://www.levret.cz/texty/casopisy/mb/2003_2/lomickova.php, 18.3.2008

29. <http://www.levret.cz/texty/casopisy/mgp/obsahy/vol16c1s/zasady-dispenzarni-pece.php>, 27.1.2008
30. <http://www.mzd.cz/>, 21.3.2008
31. <http://www.nemcb.cz/cz/department/49/Gynekeologickoporodnicke-oddeleni.html?detail=detail&id=51>, 12.2.2008
32. <http://www.perinatologie.cz/dokumenty/>, 18.3.2008
33. http://www.uzis.cz/info.php?article=377&mnu_id=7400&mnu_action=normal, 21.3.2008
34. <http://www.gespag.at>, 10.4.2008
35. <http://www.neplodnost.cz>, 12.2.2008
36. <http://www.zsf.jcu.cz>, 18.3.2008

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Gemini

IVF (in vitro fertilisation)

Prenatální péče

Prematurita

Císařský řez

9. PŘÍLOHY

9.1 Seznam příloh

Příloha 1 Dotazník pro porodní asistentky

Příloha 2 Monitorování dvou plodů

Příloha 3 Monitorování vícečetného těhotenství

Příloha 4 Návrh standardu ošetrovatelské péče pro porodnické oddělení

Příloha 5 Práva pacientů

Příloha 6 Výňatek ze zákona č. 424 / 2004 (Hlava II)

Příloha 7 Ošetrovatelská dokumentace – počítačový program

Příloha 8 Ošetrovatelská dokumentace na oddělení rizikového těhotenství

Příloha 9 Sledování vývoje plodu a grafické záznamy na odd. rizik. Těhotenství

Příloha 10 Metoda IVF

Příloha 11 Ultrazvukové vyšetření – gemini

Příloha 1 Dotazník pro porodní asistentky

Vážená porodní asistentko,

jmenuji se Petra Linhartová, jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské Univerzity v Českých Budějovicích obor Porodní asistentka. Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku, který mi poslouží k vypracování závěrečné bakalářské práce, na téma: „Ošetrovatelská péče o ženu s vícečetným těhotenstvím.“ Dotazník je zcela anonymní a Vámi vyplněné údaje nebudou nikde zveřejněny. Odpovědi zakroužkujte nebo doplňte.

Předem Vám děkuji za Váš vynaložený čas,

Petra Linhartová.

1. Kolik Vám je let?

- a) 20 až 30 let
- b) 31 až 40 let
- c) 41 až 50 let
- d) 51 až 55 let
- e) 56 let a více

2. Jaké máte ukončené vzdělání?

- a) SZŠ
- b) VOŠ
- c) specializační studium
- d) VŠ – Bc.
- e) VŠ – Mgr.

3. Na jakém oddělení pracujete?

- a) oddělení rizikového těhotenství
- b) porodní sál
- c) jiné (doplňte):.....

4. Kolik let pracujete v oboru?

- a) do 2 let
- b) 2 – 5 let
- d) 11 – 15 let
- e) 16 – 20 let

c) 6 – 10 let

f) 21 let a více

5. Víte kolik žen s vícečetným těhotenstvím v loňském roce bylo u Vás hospitalizováno:

a) ano: s dvojčaty (doplňte):..... s trojčaty (doplňte):.....

b) ne

6. Součástí ošetrovatelské péče jsou pravidelná sledování: (Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

a) váhy: ano ne

b) krevního tlaku: ano ne

c) pulsu: ano ne

d) ozev plodů: ano ne

e) pohybů plodů: ano ne

f) tělesné teploty: ano ne

g) vyprazdňování moče: ano ne

h) vyprazdňování stolice: ano ne

i) výživy: ano ne

j) otoků: ano ne

k) jiné (doplňte):.....

7. Je rozdíl v monitorování jednočetné a vícečetné gravidity?

a) ano

b) ne

8. Jaké vyšetření moče provádíte u žen s vícečetným těhotenstvím? (Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

a) moč + sed

b) K + C moči

c) vyšetření moče indikačním papírkem

d) kreatinin clearance

e) jiné (doplňte):.....

9. Jaké odběry krve provádíte u žen s vícečetným těhotenstvím podle stáří gravidity? (Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

- a) KO
- b) KS + Rh faktor
- c) HIV
- d) HBsAg
- e) toxoplasmóza
- f) jiné (doplňte):.....

10. Provádíte na vašem pracovišti ultrazvukové vyšetření plodů podle doporučení České gynekologicko-porodnické společnosti?

- a) ano
- b) ne

11. Provádíte na vašem pracovišti u žen s vícečetným těhotenstvím velocimetrii u plodů?

- a) ano
- b) ne

12. Provádíte pravidelně u žen s vícečetným těhotenstvím kultivaci z pochvy?

- a) ano
- b) ne

13. Provádíte v 35. – 36. týdnu těhotenství vyšetření GBS?

- a) ano
- b) ne

14. Jakou dietu doporučujete ženám s vícečetným těhotenstvím?

- a) racionální
- b) racionální s bílkovinnými přísadkami
- c) výběr podle přání
- d) jiné (doplňte):.....

15. Doporučujete ženám s vícečetným těhotenstvím podle jejich zdravotního stavu pohybový režim?

- a) ano
- b) ne

16. Provádíte ošetrovatelskou péči o ženy s vícečetným těhotenstvím formou ošetrovatelského procesu?

- a) ano
- b) ne

17. Máte vlastní sesterskou dokumentaci?

- a) ano
- b) ne

18. Používáte při své práci ošetrovatelské standardy, které jsou zaměřené na výkony?

- a) ano
- b) ne
- c) někdy

19. Máte vytvořené porodnické standardy?

- a) ano
- b) ne

20. Máte na veškeré zákroky, které se provádí ženám s vícečetným těhotenstvím informované souhlasy?

- a) ano
- b) ne

21. Vysvětlujete ženám s vícečetným těhotenstvím v průběhu těhotenství vývoj plodů? (Můžete zaškrtnout obě odpovědi):

- a) lékař: ano ne
- b) porodní asistentka: ano ne

22. Máte na svém pracovišti edukační program pro ženy s vícečetným těhotenstvím?

- a) ano
- b) ne

23. Jakým způsobem vyplňují hospitalizované ženy s vícečetným těhotenstvím volný čas? (Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

- a) četbou
- b) návštěvami
- c) sledováním televize
- d) povídáním s ostatními pacientkami
- e) posíláním sms zpráv
- f) luštěním křížovek
- g) spaním
- h) jiné (doplňte):.....

24. Dáváte ženám s vícečetným těhotenstvím možnosti volby ukončení těhotenství?

- a) ano
- b) ne
- c) vyhovuje se přání rodičky

25. Nabízíte ženám s vícečetným těhotenstvím možnost vedení spontánního porodu pomocí epidurální analgezie?

- a) ano
- b) ne

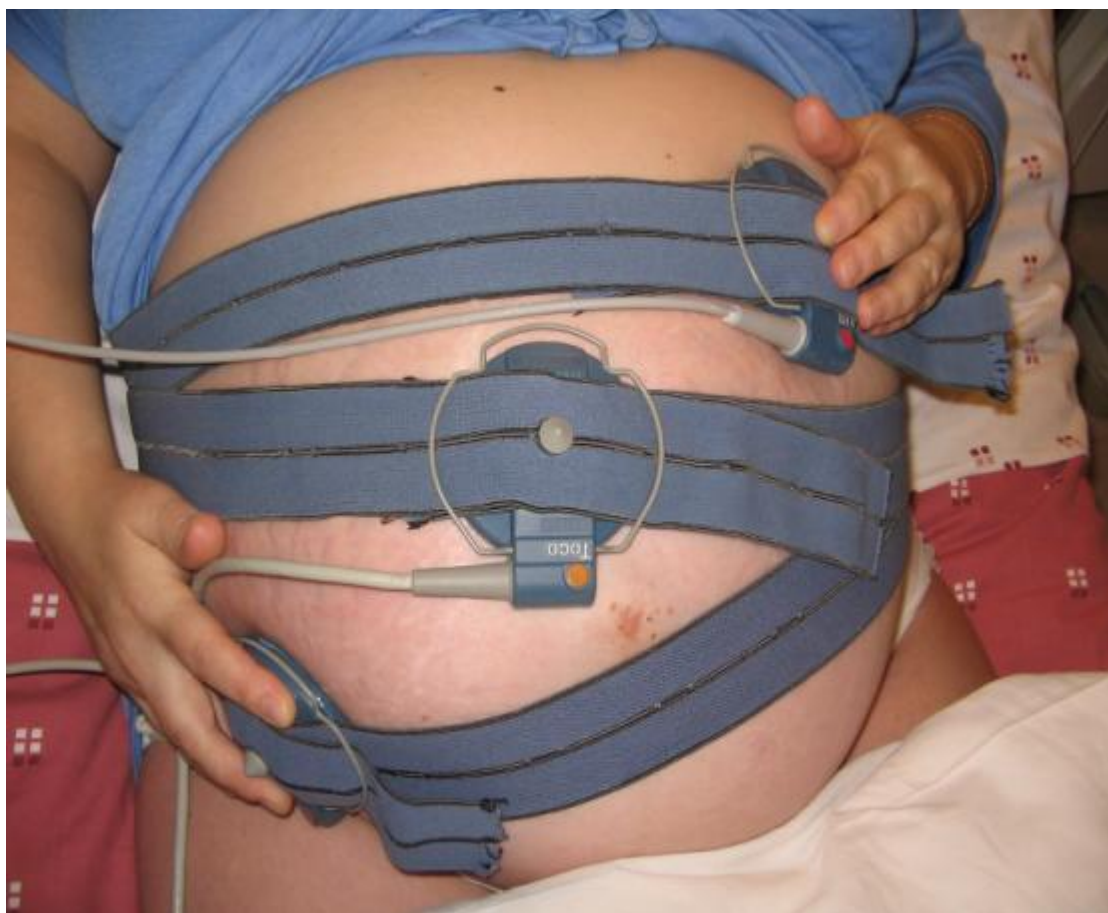
26. Nabízíte ženám s vícečetným těhotenstvím možnost blízké osoby u porodu?

- a) ano
- b) ne

27. Je ošetrovatelská péče o ženy s vícečetným těhotenstvím ve srovnání s péčí o ostatní těhotné náročnější?

- a) Ne
- b) ano (doplňte v čem).....

Příloha 2 Monitorování dvou plodů



Zdroj: <http://www.gespag.at>, 10.4.2008

Příloha 3 Monitorování vícečetného těhotenství



Zdroj: <http://www.zsf.jcu.cz>, 18.3.2008

Příloha 4 Návrh standardu ošetrovatelské péče pro porodnické oddělení

Příprava před císařským řezem

Skupina, o kterou je pečováno	Rodičky a těhotné
Určeno	Ženská sestra Porodní asistentka Diplomovaná porodní asistentka Porodní asistentka bakalářka Porodní asistentka specialista
Místo použití	Oddělení rizikového těhotenství Porodní sál
Sestavila	Komise pro tvorbu standardu
Oponenturu provedl/a	
Nabývá účinnosti dne	
Kontrola platnosti standardu	Komise standardů průběžně, nejdéle však 1x za 3 roky
Revize standardu provedena dne	
Kontaktní osoba	
Náměstek pro ošetrovatelskou péči - hlavní sestra	Mgr. Jiřina Otásková, MBA

Definice:

Jde o operativní vedení porodu, kdy operatér provádí řez přes břišní stěnu a dělohu. Tyto řezy však nemusí být shodné.

Řez kůží může být buď vertikální nebo transverzální. Pokud volíme vertikální řez, zajišťujeme si více místa pro plod, proto se tento řez volí hlavně u větších plodů a u obézních žen. V nynější době je ale častější řez transverzální, tzv. Geppert.

Řez dělohou je však mnohem důležitější. Máme 3 možné metody, jak ho provádět a těmi jsou: nízký transverzální řez, nízký vertikální řez a klasický řez.

Ošetrovatelský cíl:

Zajištění přípravy před císařským řezem s adekvátní informovaností.

Indikace:

- kefalopelvický nepoměr
- porod, který bude nebo je abnormální
- komplikace, která provázejí matku během těhotenství (diabetes mellitus, hypertenze)
- herpetické infekce matky, které jsou aktivní a mohly by ohrozit novorozence
- chirurgické výkony na děloze
- ze strany plodu, např. při abnormálním naléhání, výhřezu pupečníku, hrozící hypoxii
- placenta praevia, abrupce placenty
- u těhotenství prodloužených, u kterých nebyla úspěšná opakovaná indukce
- plodová voda, která je odteklá více jak 24 hodin
- smíšené indikace, jako např. předčasný porod, věk těhotné, léčba sterility
- žena mrtvá a umírající

Rizika pro matku:

- celková a místní anestézie
- infekce
- krvácení
- poranění močového ústrojí
- možný vznik paralytického ileu, díky snížené střevní peristaltice
- dechové komplikace

Rizika pro plod/plody:

- neodkladný předčasný porod tzv. prematurita
- traumata jako malé lacerace a podlitiny
- dechové obtíže

Pomůcky:

- sterilní rukavice pro porodní asistentku
- permanentní katétr
- sběrný sáček
- 10 ml fyziologické roztoku
- tampony
- dezinfekční roztok
- kanylu
- čtverečky
- esmarchovo škrtidlo
- spojovací hadičku
- proplach
- stetoskop
- tonometr
- fonendoskop
- pomůcky k oholení operačního pole (jednorázovou žiletku, pěnovou vodu)

- pomůcky k podání klyzmatu před plánovaným císařským řezem (irigátor, peán, mesokain, rektální rourka)

Péče porodní asistentky před císařským řezem:

BEZPROSŘEDNÍ

Zahrnuje pouze zajištění nitrožilního přístupu do oběhu, pokud žena krvácí, tak podáváme náhradní roztoky a zajistíme krev. Pokud dochází k hyperaktivitě děložní nebo k akutní hypoxii plodu provádíme akutní tokolýzu, aby došlo k utlumení kontrakcí.

TĚLESNÁ:

Stejně jako u jiných operací musí mít žena předoperační vyšetření. Z laboratorních testů jde tedy hlavně o krevní obraz, koagulaci, krevní skupinu, Rh-faktor, biochemii. Laboratorně se dále vyšetřuje moč a je provedeno EKG vyšetření, které nám zhodnotí internista. Pro jistotu bychom měli zajistit transfuzi. Před operací lékař ordinuje antibiotika z důvodu např. pozitivního streptokoka skupiny B (GBS), známek infekce, oteklé plodové vody více jak 12 hodin. Další příprava spočívá v oholení operačního pole. To by mělo být oholeno důkladně od břišní stěny až po mons

pubis. Dále je ženě zaveden permanentní močový katetr. Důležitá je prevence TEN (tromboembolické nemoci) a proto podáváme nízké dávky heparinu formou Fraxiparinu. Pokud nejde o urgentní císařský řez podává se ženě klyzma, po kterém následuje sprcha a monitorace dítěte. Na přípravě by měl spolupracovat anesteziolog, který rozhoduje o premedikaci a anestezii. Posledním krokem je sundání všech šperků (prstenů, náušnic, řetízků), popřípadě zubní protézy, brýlí a odlakování nehtů. Od půlnoci žena nic nejí a nepije.

PSYCHICKÁ:

Ošetrovatelská péče většinou spočívá ve velké psychické opoře, kterou ženě dodává hlavně porodní asistentka, která ženě vše důkladně a v klidu vysvětlí. Měla by na ženu působit důvěryhodně, mluvit na ni mírným hlasem a to vše v klidném prostředí. Mezi základní péči patří péče o partnera nebo rodinu. Je zde velmi důležité sledovat jeho fyzický i psychický stav a vše mu řádně vysvětlit. Partner může být samozřejmě přítomen i u císařského řezu, převlečen do operačního prádla. Po císařském řezu porodní asistentka odpovídá na otázky a o porodu mluví jako o vaginálním.

Zvláštní upozornění:

- císařský řez se neprovádí na mrtvý plod
- císařský řez se neprovádí při patologických laboratorních hodnotách koagulace

Seznam literatury:

1. ČECH, Evžen; HÁJEK, Zdeněk; MARŠÁL, Karel; SRP, Bedřich; a kolektiv. *Porodnictví*. Grada Publishing, Praha: 1999. 434 s. ISBN 80-7169-355-3
2. ČECH, Evžen; HÁJEK, Zdeněk; MARŠÁL, Karel; SRP, Bedřich; a kolektiv. *Porodnictví 2., přepracované a doplněné údaje*. Grada Publishing, Praha: 2006. 544 s. ISBN 80-247-1313-9
3. HÁJEK, Zdeněk a kolektiv. *Rizikové a patologické těhotenství*. Grada Publishing, Praha: 2004. 444 s. ISBN 80-247-0418-8
4. KOBILKOVÁ, Jitka; et al. *Základy gynekologie a porodnictví*. Galén a Univerzita Karlova v Praze, 2005. 343 s. ISBN 80-7262-315-X (Galén). ISBN 80-246-1112-0 (Univerzita Karlova v Praze)
5. LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Grada Publishing, Praha: 2004. 988 s. ISBN 80-247-0668-7
6. MACKŮ, František; ČECH, Evžen. *Porodnictví*. Informatorium, Praha: 2002. 143 s. ISBN 80-86073-92-0
7. PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství @ porodu*. 2. vydání, Galén, Praha: 2005, 2006. 407 s. ISBN 80-7262-411-3
8. ZWINGER, Antonín; et. al. *Porodnictví*. Galén a Karolinum. Praha: 2004. 513 s. ISBN 80-7262-257-9 (Galén). ISBN 80-246-0822-7 (Karolinum)

Přílohy:

Č.1 Záznam o informovaném souhlasu s poskytnutím ošetrovatelské péče u neodkladného císařského řezu.

Č.2 Záznam o informovaném souhlasu pacienta s podání anestezie.

Č.3 Záznam o informovaném souhlasu s epidurální analgezií ke tlumení porodních bolestí.

Kontrolní mechanismus

Příprava před císařským řezem

PRACOVNÍK	ČETNOST
Vrchní sestra	2x měsíčně
Staniční sestra	průběžně

Příloha č. 1

Identifikace:

(štítek)

Záznam o informovaném souhlasu s poskytnutím zdravotní péče NEODKLADNÝ CÍSAŘSKÝ ŘEZ

1) Povaha onemocnění:

Císařský řez patří mezi nejčastější porodnické operace, při které je plod vybaven z dělohy břišní cestou.

2) Předpokládaný vývoj onemocnění:

Vychází z důvodů vedoucích k císařskému řezu. Nejčastější příčiny neodkladného císařského řezu: tíseň plodu v děloze v průběhu těhotenství nebo při porodu, výhřez pupečníku, krvácení, předčasné odlučování lůžka, nesprávná poloha nebo naléhání plodu při porodu, náhle vzniklé onemocnění matky, ohrožující ji na životě – např. těžká preeklampsie, eklampsie,...

3) Plánovaný postup při léčbě:

Výkon se provádí většinou v celkové anestézii (znecitlivění), někdy i ve svodné anestézii, na operačním sále v poloze na zádech, nejčastěji z příčného řezu v podbříšku nad stydkou kostí. Před výkonem má žena zavedenou cévku do močového měchýře. V některých velmi neodkladných případech, kdy hraje roli časový faktor, se provádí řez podélný. Po otevření dutiny břišní následuje řez na děloze, který může být opět příčný nebo podélný, podle stáří těhotenství a polohy plodu a je vybaven plod. Ten je předán na operačním sále dětskému lékaři a dětské sestře k prvnímu ošetření. Poté se rukou vybaví lůžko a zkontroluje se dutina děložní, zda tam nezůstaly zbytky placenty a plodových obalů. Někdy se připojuje revize dutiny děložní nástrojem kyretou. Pak následuje sešití dělohy. Po vysušení dutiny břišní a zkontrolování operačního pole se operační rána sešije ve vrstvách. Na začátku operace se podávají preventivně antibiotika

– léky proti zánětu a před operací (není-li ve svodné anestézii), lék na ředění krve jako prevence tromboembolické nemoci.

4) Účel zdravotního výkonu:

Ukončení těhotenství.

5) Možná rizika a důsledky navrhované léčby a jednotlivých zdravotních výkonů:

Všeobecné komplikace provázející operační výkony jsou velmi řídké. Patří mezi ně: tvorba krevních sraženin (trombóza), uzavření tepny (nejčastěji plicní) krevní sraženinou (embolie) a infekce. I přes pečlivou operační techniku může vzácně dojít během operace k poranění okolních orgánů a cév, např. močového měchýře a střeva. Tato poranění jsou ošetřena již během operace. Protože se operuje v blízkosti močového měchýře, může být vzácně po operaci obtížné močení. Tento stav se ale upravuje sám. Mezi další vzácné komplikace patří krvácení do dutiny břišní, zjištěné až po operaci. Toto je nutno řešit následnou druhou operací. I v této vážné situaci, kdy je žena ohrožena i na životě, je snaha o zachování všech vnitřních orgánů. Ve vzácných případech může být po vybavení plodu zjištěno, že je lůžko vrostlé do svaloviny děložní, pak nezbyvá než vyoperovat dělohu i s lůžkem. Kdybychom se pokoušeli o vybavení lůžka, mohlo by dojít ke krvácení s poruchou srážlivosti a žena by byla ohrožena na životě.

6) Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a pracovní neschopnosti po provedení navrhovaného výkonu:

Z operačního sálu je pacientka převezena na jednotku intenzivní péče. Zde při nekomplikovaném průběhu pobývá asi 24 hodin a pak je přeložena na oddělení šestinedělí, kde dle zdravotního stavu s pomocí zdravotnického personálu může začít pečovat o své dítě. Je-li potřeba, ordinuje ještě lékař kontrolní laboratorní vyšetření krve a případně další vyšetření související s průběhem těhotenství. Dle výsledků je pak upravována léčba. U výkonů spojených s krevní ztrátou bývá se souhlasem pacientky

ordinována krevní transfuze. Po propuštění z nemocnice by měla žena dodržovat tzv. šestinedělí.

7) Údaje o léčebném režimu a vhodných preventivních opatřeních, o preventivních kontrolních léčebných nebo vyšetřovacích výkonech:

Po šestinedělí by měla být žena vyšetřena u svého gynekologa a pokud bylo těhotenství spojeno s nějakým onemocněním nebo komplikacemi např. těhotenská nebo vrozená cukrovka, vysoký krevní tlak, poruchy jaterních funkcí, poruchy srážlivosti krve atd. také u odborného lékaře, který rozhodne o dalším sledování. Dále ve vzácných případech může nastat velké krvácení z dělohy na podkladě povolení svaloviny děložní – hypotonie, kterou nelze zaléčit medikamentosně. Proto se z vitální indikace (záchrana života) musí provést operativní odstranění dělohy.

Byla jsem poučena o svém právu se svobodně rozhodnout o navrhovaném postupu při poskytování zdravotní péče.

Souhlas pacienta nebo zákonného zástupce s poskytnutím zdravotní péče

Já, níže podepsaná prohlašuji, že jsem obdržela výše uvedené informace a těmito informacím jsem porozuměla. Lékařem mi bylo vše osobně vysvětleno, měla jsem možnost klást doplňující otázky, na které mi bylo řádně odpovězeno.

Tomuto poučení a poskytnutým informacím jsem plně porozuměla. Výslovně souhlasím s navrhovanou péčí a s provedením výše uvedeného výkonu.

V případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s provedením veškerých dalších potřebných a neodkladných výkonů nutných k záchraně mého života a zdraví.

Dne:.....

Hodina:.....

Podpis pacienta (zákonného zástupce):.....

Podpis lékaře:.....

Podpis zúčastněné osoby:.....

Příloha č. 2

Informovaný souhlas pacienta s podáním analgezie

Vážená paní, vážený pane!

V současné době se většina operací a bolestivých vyšetření provádí při znecitlivění, které zajišťuje odborný lékař – anesteziolog. Podle stavu pacienta a druhu operace se může provést zákrok buď v celkové anestézii nebo v místním znecitlivění.

Celková anestézie (narkoza) znamená, že operace je prováděna v řízeném bezvědomí. Místní znecitlivění znamená, že operovaná oblast je nebolestivá a pacient je při vědomí a nebo, bude – li si to přát, pouze v lehkém spánku. Bezbolestnost při místním znecitlivění je zajištěna podáním léků (místního anestetika) do určitého místa těla. Místo vpichu může být různě vzdáleno od operačního pole.

Před plánovaným výkonem Vás navštíví anesteziolog, který s Vámi podrobně projedná a navrhne nejvhodnější postup anestézie pro Váš výkon. Budete seznámeni s výhodami a nevýhodami navrženého typu anestézie a budete informováni o případných možných komplikacích a jejich četnosti. Rovněž Vám velmi rádi odpovíme na všechny dotazy, týkající se anestézie, operace a pooperačního období.

1. Já,....., souhlasím s poskytnutím anestézie pro plánovaný léčebný/diagnostický výkon.
2. Byl(a) jsem informován(a) lékařem o typu anestézie, která mi bude poskytnuta a souhlasím s navrženým typem anestézie.
3. Byl(a) jsem informován(a) a poučen(a), že bez ohledu na použitý typ anestézie je řada obecných rizik a následků, které se mohou vyskytnout (např. bolest v krku a chrapot, nevolnost a zvracení, bolesti svalů).
4. Byl(a) jsem informován(a) a poučen(a), že léky či jiné látky, které užívám, mohou působit komplikace během anestézie a chirurgického výkonu. Jsem si vědom(a), že je v mém zájmu informovat o nich lékaře před plánovaným výkonem.
5. Byl(a) jsem informován(a) a poučen(a), že během anestézie může dojít k náhlé změně zdravotního stavu, která bude vyžadovat překročení tohoto oprávnění. V těchto případech opravňuji lékaře na základě jeho profesionálního rozhodnutí k provedení všech postupů k záchraně zdraví nebo života.
6. Souhlasím s podáním krve a/nebo krevních derivátů, jestliže vznikne důvod během výkonu nebo bezprostředně po něm. Byl(a) jsem informován(a) a

poučen(a), že ve výjimečných případech může dojít k možným komplikacím v důsledku transfuze krve a/nebo krevních derivátů (např. horečka, alergická reakce, přenos některých infekčních chorob).

7. Byl(a) jsem informován(a) a poučen(a) o možnosti vzniku výjimečně se vyskytujících, závažných a naprosto ojediněle i život ohrožujících komplikací (včetně úmrtí) v průběhu anestézie.
8. Jsem si vědom(a), že ARO Nemocnice České Budějovice, a.s. je akreditovaným výukovým zdravotnickým pracovištěm a souhlasím s tím, že kromě ošetřujícího anesteziologa a anesteziologické sestry mohou být přítomny v průběhu podávání anestézie ještě třetí osoby (např. jiní lékaři).

PROHLÁŠENÍ PACIENTA

Podpisem tohoto dokumentu prohlašuji, že jsem porozuměl(a) jeho obsahu, jsem si vědom(a) všech rizik uvedených v souvislosti s podáváním anestézie a souhlasím s navrženým typem anestézie:

Celková anestézie Spinální anestézie Epidurální anestézie Jiná svodná anestézie Monitorovaná sedace-analgezie

Plně rozumím textu, který podepisuji a činím tak vážně, ze své vlastní svobodné vůle.

Datum:

Podpis:

PROHLÁŠENÍ LÉKAŘE

Já, MUDr.....potvrzuji, že pacient nebo jeho zákonný zástupce byl seznámen s navrhovaným typem anestézie a byl informován o možných komplikacích spojených s podáním anestézie.

Datum:

Jméno a podpis lékaře:

Zdroj: oddělení gyn.-por.ncb.a.s.

Rozuměla jsem všem otázkám v tomto dotazníku a prohlašuji, že jsem na ně odpověděla podle svého nejlepšího vědomí a svědomí.

Dne..... Podpis.....

2. Prohlášení o poučení a o souhlasu s tlumením porodních bolestí epidurální analgeií

Byla jsem poučena o tom, že mohu požádat o tlumení porodních bolestí metodou epidurální analgezie. Zároveň jsem byla poučena o provádění této metody a upozorněna na přednosti i na možné rizika tohoto lékařského výkonu pro mne a pro rodící se dítě.

Odvolávám se na dotazník, který jsem řádně a úplně vyplnila, abych příslušné lékaře informovala o svém zdravotním stavu. Dotazník je na předchozí straně.

Poučení jsem porozuměla. Zároveň se zavazuji dodržovat pokyny lékařů, které mi byly v souvislosti s epidurální analgezií při porodu sděleny.

Na základě uvedených skutečností v souladu s příslušnými ustanoveními zákona o zdravotní péči písemně uděluji svůj svobodný, kvalifikovaný a informovaný

souhlas

s tím, aby při nastávajícím porodu mého dítěte byla pro tlumení mých porodních bolestí použita metoda epidurální analgezie.

dne.....

.....

rodička

.....

anesteziolog/jiný lékař

Zdroj: oddělení gyn.–por.ncb.a.s.

Příloha 5 Práva pacientů

V lednu 1991 ratifikovalo Federální shromáždění Listinu lidských práv a svobod. V návaznosti na ni byl vypracován kodex o právech pacientů.

Nemocný člověk je ve zvláštní situaci nouze. Má však právo rozhodnout nebo spolurozhodovat o svém osudu. Je totiž svobodným člověkem.

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu – tzv. kontinuálních návštěv – může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a léčebného postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více možných postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, která se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace vyšetření a léčba jsou věci důvěrnou a musí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.

6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy, týkající se jeho léčby, jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně převezen tam poté, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních možnostech, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do péče, musí přemístění nejdříve schválit.
8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo napřed vědět, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to i bez uvedení důvodů, z pokusu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud nejsou v rozporu s platnými zákony.
11. Pacient má právo i povinnost znát a řídit se řádem zdravotnické instituce, kde se léčí – tj. nemocničním řádem. Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

Práva pacientů byla vyhlášena s dnem platnosti 25.2.1992.

Zdroj: <http://www.nemcb.cz/>, 18.3.2008

Příloha 6 Výňatek ze zákona č. 424 / 2004 (Hlava II)

Porodní asistentka se specializovanou způsobilostí

§ 60, činnosti porodní asistentky se specializovanou způsobilostí.

Porodní asistentka uvedená v § 61 až 64 po získání specializované způsobilosti vykonává činnosti podle § 5 a 48 v oboru porodní asistence a své specializace.

§ 61, porodní asistentka pro perioperační péči.

Porodní asistentka pro perioperační péči vykonává činnosti dle § 60 při péči o pacientky v oboru gynekologie a porodnictví před, v průběhu a bezprostředně po operačním výkonu. Přitom vykonává činnosti sestry pro perioperační péči podle § 50.

§ 62, porodní asistentka pro intenzivní péči.

Porodní asistentka pro intenzivní péči vykonává činnosti podle § 60 při péči o pacientky v oboru gynekologie a porodnictví starší 10 let, u kterých dochází k selhání základních životních funkcí nebo toto selhání hrozí. Přitom vykonává činnosti sestry pro intenzivní péči podle § 49 odstav. 1.

§ 63, porodní asistentka pro intenzivní péči v neonatologii.

Porodní asistentka pro intenzivní péči v neonatologii vykonává činnosti podle § 60 při péči o novorozence a kojence, u kterých dochází k selhání základních životních funkcí nebo toto selhání hrozí, včetně nedonošených dětí, přitom vykonává činnosti dětské sestry podle § 51 odstav. 6.

§ 64, porodní asistentka pro komunitní péči.

(1) Porodní asistentka pro komunitní péči vykonává činnosti podle § 60 při poskytování primární péče, integrované péče a preventivně zaměřené ošetrovatelské péče o ženy, novorozence a jejich rodiny a o skupiny osob ve vlastním sociálním prostředí; tato skupina může být vymezena zejména společným sociálně-kulturním

prostředím, územím, věkem, zdravotním stavem nebo rizikovými faktory. Přitom zejména

a) bez odborného dohledu a bez indikace

1. komplexně analyzuje zdravotní a sociální situaci žen, novorozenců a jejich rodin z hlediska koordinace poskytované zdravotní a sociální péče v oblasti péče o ženu a dítě a spolupracuje s odpovědnými orgány,
2. hodnotí zdravotní rizika skupiny osob z hlediska reprodukčního zdraví žen a novorozenců a podílí se na sestavování priorit jejich řešení na základě epidemiologických a statistických dat a výsledků výzkumů, připravuje a realizuje projekty podpory zdraví žen,
3. provádí poradenskou činnost v oblasti reprodukčního zdraví a plánovaného rodičovství, sexuálně přenosných chorob, epidemiologické ochrany a sexuálního zneužívání;

b) bez odborného dohledu na základě indikace lékaře nebo odborného pracovníka v ochraně veřejného zdraví

1. podílí se na vytváření bezpečného a vhodného prostředí a eliminaci existujících rizik z hlediska reprodukčního zdraví a zdraví žen a novorozenců,
2. zajišťuje cílené preventivní programy, včetně zajištění screeningu;

c) bez odborného dohledu na základě indikace lékaře se specializací v oboru gynekologie a porodnictví provádí ultrazvukového vyšetření plodu.

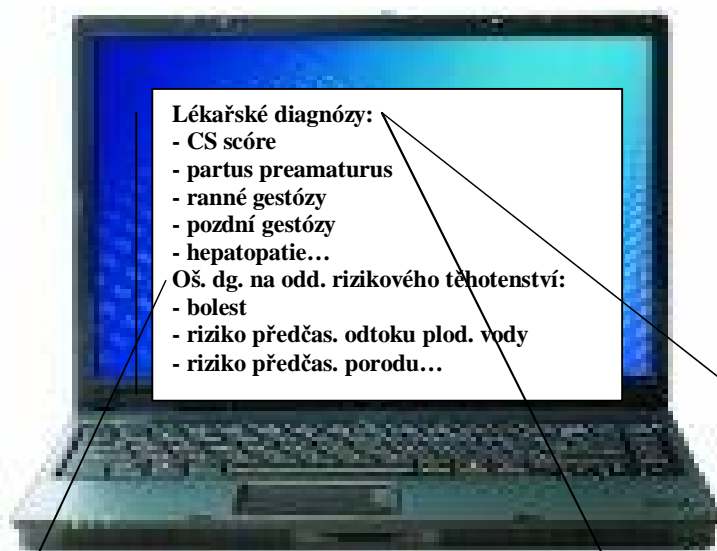
Zdroj: <http://www.mzd.cz/>, 21.3.2008

Příloha 7 Ošetřovatelská dokumentace – počítačový program

Ošetřovatelské dg. na oddělení rizikového těhotenství

Vstupte

Vložte uživatelské jméno, heslo, OK



Pouze ke čtení	Přehled oš. diagnóz	Vytvoření oš. plánu
Každou oš. dg. lze Otevřít a číst, event. vytisknout	Zaškrtněte lékařskou dg. a klikněte na oš. dg. dle výběru a otevřou se oš. dg.	Vložte jméno pacientky po editaci
	Klikněte na jednotlivé oš. dg., otevře se celá a lze ji vytisknout (pravým tlačítkem myši)	Klikněte na vybranou lékařskou dg. a otevřou se oš. dg. související s lék. dg.
		Klikněte na vybranou oš. dg., otevřou se charakt. projevy, očekávané výsledky, oš. intervence
		Zaškrtněte, co je třeba a klikněte na tlačítko potvrdit
		Klikněte na další oš. dg., postup je stejný a potvrdit
		Stránku zavřít a klikněte na výstup , který lze vytisknout (pravým tlačítkem myši)

Zdroj: FENDRYCHOVÁ, M. *Tvorba ošetřovatelského plánu prostřednictvím počítačového programu*. Sestra. Praha: 2003, roč.13, č. 5, s.12, ISSN 1210-0404

Příloha 8 Ošetrovatelská dokumentace na oddělení rizikového těhotenství
ŽO – RIZIKOVÉ

TĚHOTENSTVÍ

PACIENTKA:

SESTRA: R - -

Datum:

O - -

Týden gravidity:

N - -

Gr./Para:

Psychický stav: klidná: TK: normotenze: TT: afebrilní:

hypertenze: febrilní:

hypotenze:

Pohyblivost: plná:

Zvracení:

Bolest:

Relativní klid na lůžku:

Otoky:

Krvácení:

Přísný klid na lůžku:

Glykemický profil: podrobný:

Odtok plodové vody:

zkrácený:

OGTT:

Ozvy plodu: OP a.....hod.

CTG: dnes...., ..., ..., x

Kontrakce:

.....

.....

UZ:

Hygiena: sprcha:

Stolice:

Močení: WC:

lůžko:

čípek:

podložní mísa:

P a V za.....hod.

Diuréza na ledvinové funkce:

Cévní vstupy: periferní kanyla PHK:

Infúzní terapie:

periferní kanyla LHK:

Infúzní pumpa:

zavedena PHK: zavedena LHK:

odstraněna PHK: odstraněna LHK:

ATB:

Časové léky:

Senzibilizace:

Maturace:

Preindukce:

Indukce:

Propouštěcí ošetrovatelská zpráva: **Překladová ošetrovatelská zpráva:**

Propuštěna domů:.....**Datum:**.....**Čas:**.....

Přeložena na oddělení:.....**Datum:**.....**Čas:**.....

PN: předána:

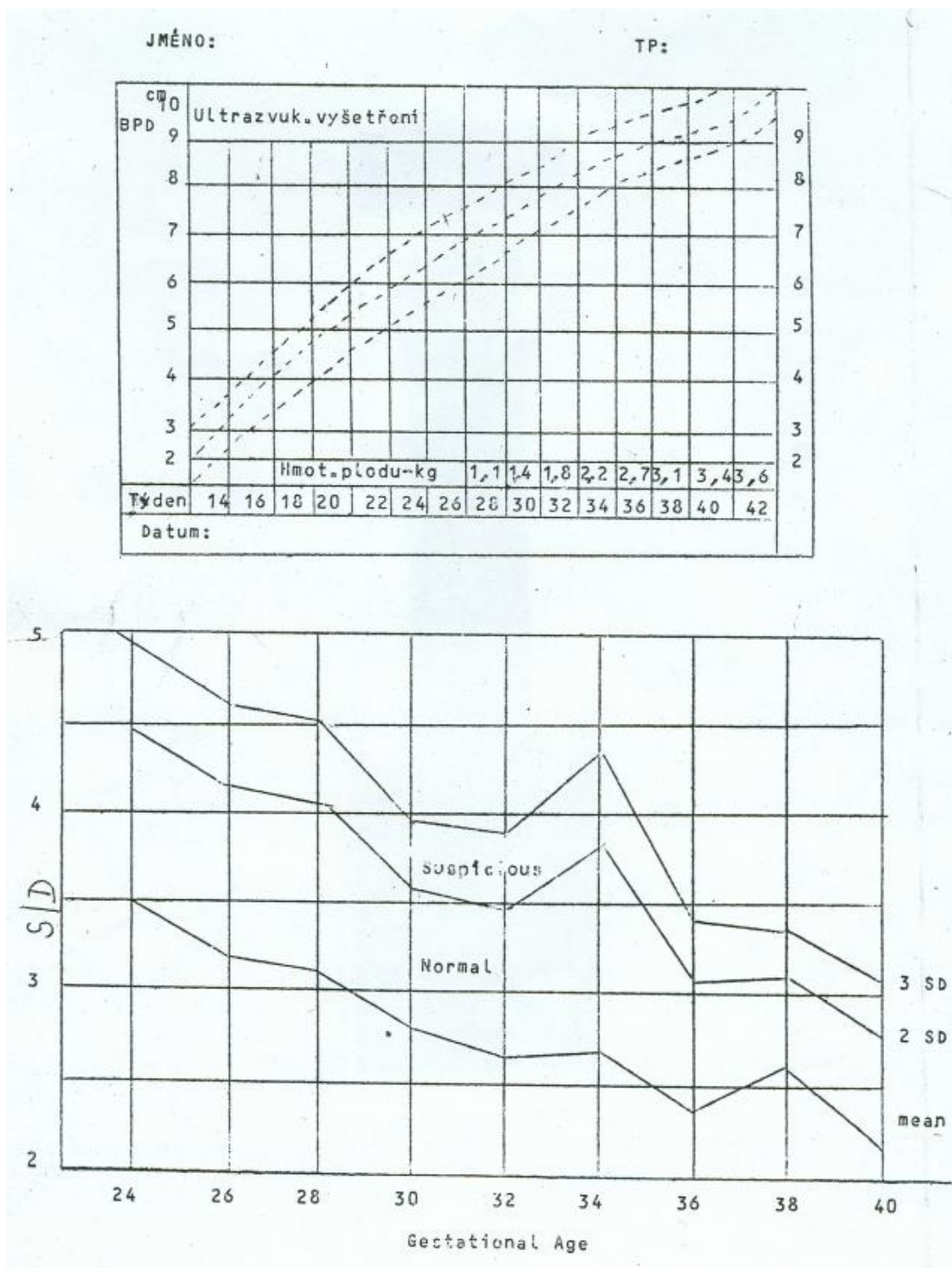
MD:

Předala sestra:.....

Převzala sestra:.....

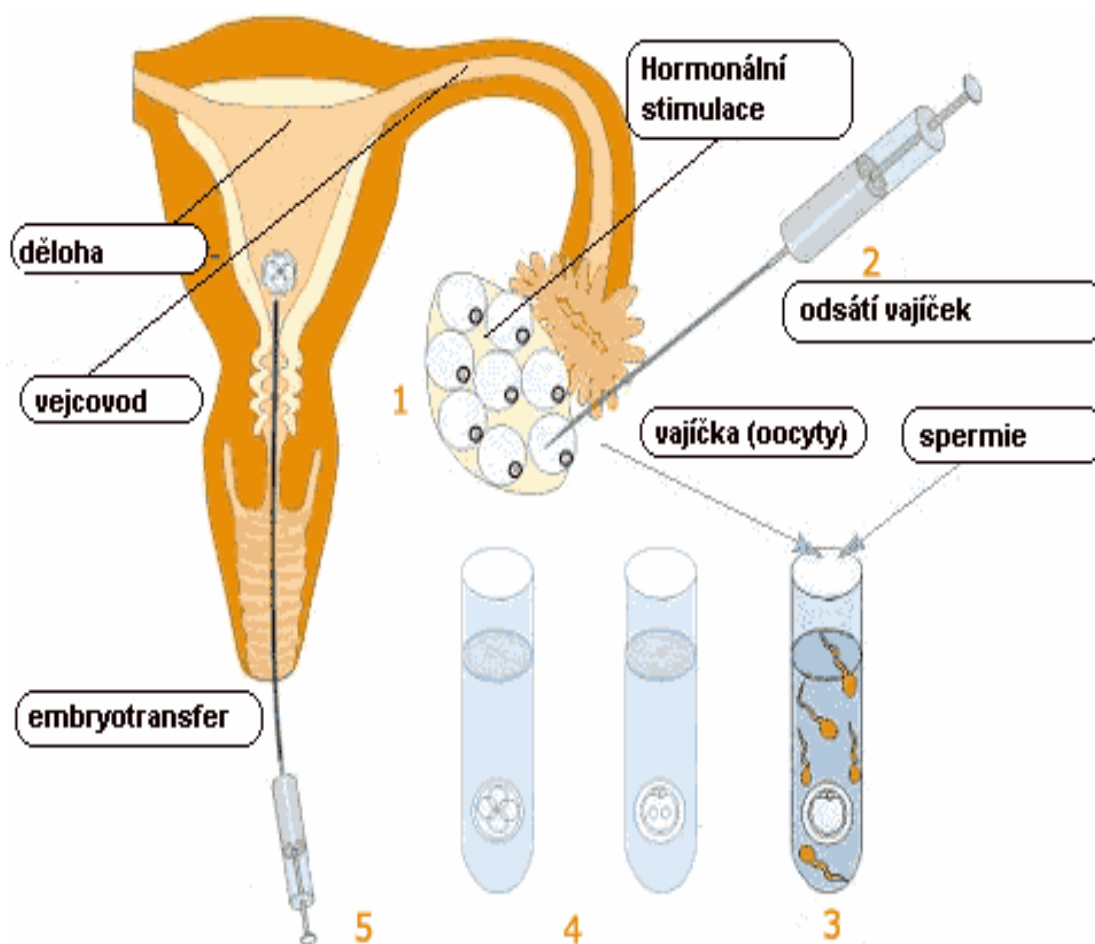
Zdroj: Součást dokumentace oddělení rizikového těhotenství Č. Budějovice

Příloha 9 Sledování vývoje plodu a grafické záznamy na odd. rizik. těhotenství



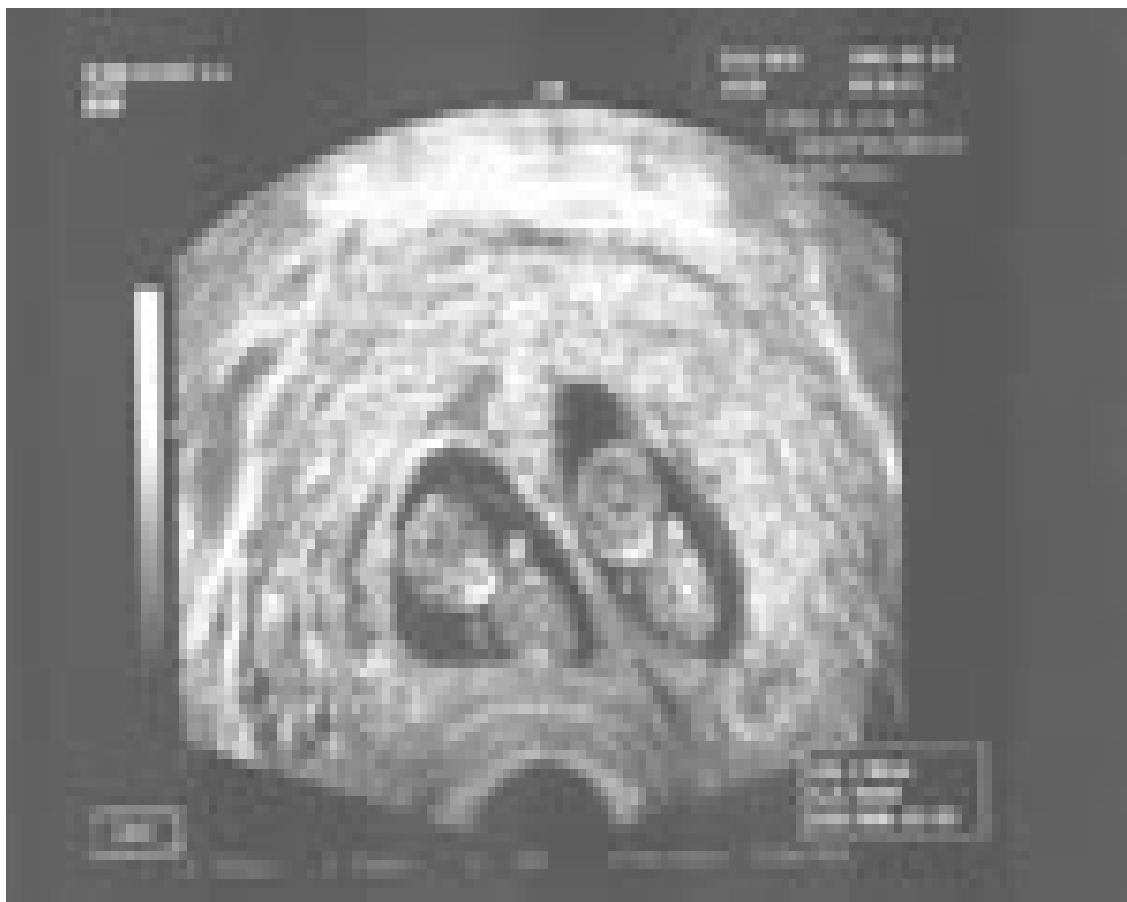
Zdroj: Součást dokumentace oddělení rizikového těhotenství Č. Budějovice

Příloha 10 Metoda IVF



Zdroj: <http://www.ivf.motol.cz/ivf.aspx>, 23.3.2008

Příloha 11 Ultrazvukové vyšetření – gemini



Zdroj: www.neplodnost.cz, 12.2.2008

