

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta**

Bakalářská práce

2010

Markéta Žáková

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta**

**Problematika ošetrovatelské péče o ženu s mimoděložním
těhotenstvím**

Bakalářská práce

Markéta Žáková

**Vedoucí bakalářské práce
Mgr. Andrea Festová**

České Budějovice 2010

Poděkování

Děkuji Mgr. Andree Festové za vedení práce, cenné rady, připomínky a za trpělivost.

Dále bych chtěla poděkovat celé své rodině za podporu a trpělivost během celého mého studia.

Prohlášení

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

Prohlašuji, že v souladu s § 47 b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejnění své bakalářské práce, a to v nezkrácené 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 dne

.....

Problematics of nursing care about women with extrauterine pregnancy

This work is concerned with the problems of nursing care for women with extrauterine (ectopic) pregnancy.

The section on theory provides a brief summary of female sex organ anatomy and physiology, ectopic pregnancies, their types, symptoms, diagnostics, and therapy. The subsequent section deals with the psychology of women. The following chapter deals with patient needs, and communication, while the last section is about the process of providing nursing care to women with ectopic pregnancy.

The objective of this contribution was to define the priorities in biopsychosocial needs of women with ectopic pregnancy. Four research questions have been specified. These research questions were used to find the priorities of women who experienced ectopic pregnancy in terms of their biopsychosocial needs, and how these needs were met as part of the nursing care provided to them. An answer was also sought to the question whether the nursing care plan answers the priorities in biopsychosocial needs of the clients and what nursing problem (a nursing diagnosis) is most common in these women.

The work employed quality research, in the form of non-standardized interviews with the patients. An analysis of the written documents was then carried out. These documents included both medical and nursing documentation.

The information collected in the interviews and analysis of written documents was subsequently analysed in the form of case histories. An analysis of nursing documentation was carried out, and its results were compared with the priorities in the biopsychosocial needs of the clients.

The research sample consisted of five women in reproductive age admitted to the Department of Gynaecology and Obstetric with the diagnosis of ectopic pregnancy. All interviews with the patients were held before their discharge to home care.

It was found that patients with ectopic pregnancy regard the satisfaction of their needs in the area of psychology as their priority. Another finding was that these needs were satisfied only marginally and insufficiently as part of the nursing care. The nursing care plan does not correspond to the priorities in biopsychosocial needs of the clients and the most common nursing diagnosis that should be made is anticipator grieving.

The present work may serve as a guide for midwives whom it should enable to provide nursing care that results in full satisfaction of the needs regarded by women with ectopic pregnancy as their priority.

Obsah

Úvod	2
1. Současný stav	3
1.1 Anatomie a fyziologie ženských pohlavních orgánů	3
1.2 Mimoděložní těhotenství	6
1.3 Psychologie ženy	11
1.4 Uspokojování potřeb v ošetrovatelském procesu u ženy s mimoděložním těhotenstvím	14
1.5 Komunikace	17
1.6 Ošetrovatelský proces u ženy s mimoděložním těhotenstvím	19
2. Cíl práce a výzkumné otázky	24
2.1 Cíl práce	24
2.2 Výzkumné otázky	24
3. Metodika	25
3.1 Metodika	25
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	25
4. Výsledky	26
4.1 Kazuistiky.....	26
4.2 Nestandardizované rozhovory	36
4.3 Záznamy v sesterské dokumentaci	45
5. Diskuze	47
6. Závěr	51
7. Seznam použitých zdrojů	52
8. Klíčová slova	54
9. Seznam příloh	55

Úvod

Mimoděložní těhotenství (ektopická gravidita) je nejčastější gynekologickou náhlou příhodou břišní. V případě, že dojde k pozdní diagnostice ektopické gravidity nebo je diagnóza stanovena mylně může dojít až k úmrtí ženy.

Při mimoděložním těhotenství dochází k nidaci plodového vejce mimo děložní dutinu – nejčastěji ve vejcovodech, dále pak na vaječníku, v děložním hrdle nebo v dutině břišní.

Mimoděložní těhotenství léčíme převážně chirurgicky. Ve většině případů, již žena o svém těhotenství ví a je žádoucí. Jeho ukončení operačním zákrokem, doprovázené smutkem ze ztráty dítěte v rané fázi těhotenství, představuje pro ženu velkou fyzickou zátěž, ale má vliv také na její psychiku a ovlivňuje i oblast sociální. Aby žena tuto situaci zvládla a překonala, je nezbytná odborná pomoc ošetřujícího personálu, jehož cílem by mělo být uspokojení všech bio – psycho – sociálních potřeb ženy.

Aby porodní asistentky poskytovaly tuto péči na vysoké úrovni je třeba, aby znaly anatomii ženských pohlavních orgánů, znaly druhy mimoděložního těhotenství, jeho příznaky a projevy, aby se orientovaly v diagnostice a znaly možnosti léčby. Neméně důležité jsou znalosti ženské psychologie, potřeb pacientek a jejich uspokojování. Porodní asistentka by měla s pacientkami umět komunikovat a to především efektivně.

Je nutné, aby porodní asistentky používaly v praxi celý ošetrovatelský proces a měly by jim být známy ošetrovatelské intervence, které je potřeba vykonat při péči o pacientku s mimoděložním těhotenstvím.

Pak se může podařit uspokojit všechny bio – psycho – sociální potřeby pacientky a poskytnout jí tak adekvátní ošetrovatelskou péči a pomoci tak ženě, aby tuto náročnou životní událost mohla zvládnout a překonat.

Cílem následující práce je definovat priority bio – psycho – sociálních potřeb klientek a rozhovorem s nimi zjistit, zda péče jim poskytnutá byla odrazem těchto priorit.

1. Současný stav

1. 1 Anatomie a fyziologie ženských pohlavních orgánů

Rozmnožovací soustava ženy je tvořena vnějšími pohlavními orgány, vnitřními pohlavními orgány a přídatnými částmi, jako je pánev a mléčná žláza. Úkolem pohlavních orgánů je tvorba zralých pohlavních buněk, pohlavních hormonů ženy a také zajištění oplození zralých pohlavních buněk (8, 13, 15).

Uvnitř ženských pohlavních orgánů dochází k vývoji oplozeného vajíčka, které zahrnuje rýhování, embryogenezi a vývoj plodu. Na konci prenatálního vývoje je zralý donošený plod vypuzen porodními cestami z matčina organismu (8, 13, 15).

Vnější pohlavní orgány. Vnější pohlavní orgány nazýváme vulva nebo pudenda. Jsou uložena povrchově v urogenitální krajině. Mezi vnější pohlavní orgány řadíme hrmu, velké stydké pysky, malé stydké pysky, topořivá tělesa, vestibulární žlázy, poševní předsíně, panenskou blánu a hráz.

Hrma (mons pubis) je tuková tkáň krytá silnější kůží a po pubertě také chlupy. Nachází se před a nad sponou stydkou v dolní části podbřišku.

Velké stydké pysky (labia majora pudendi) jsou dva kožní valy, které jsou vzadu spojeny řasou, zadní komisurou. Na jejich povrchu je silná kůže krytá silnými chlupy. Na vlhkém vnitřním povrchu se nacházejí četné žlázy.

Malé stydké pysky (labia minora pudendi) jsou kožní řasy viditelné při rozevření velkých stydkých pysků. Jsou tvořeny pojivovou tkání obsahující mazové žlázy, které ústí přímo na povrch kůže.

Topořivá tělesa (corpora cavernosa). Mezi topořivá tělesa patří poštváček (nad ústím močové trubice) a párový erektilní orgán (pod spodinou malých stydkých pysků). Jejich dráždění vyvolává pohlavní vzrušení.

Vestibulární žlázy (glandulae vestibulares) udržují vlhkost poševního vchodu a jsou uloženy pod jeho sliznicí. Největší z nich má velikost asi 1 cm v průměru a je uložena na dolní vnitřní straně velkých stydkých pysků a nazýváme ji Bartoliniho žláza.

Poševní předsíň (vestibulum vaginae) je prostor, který je ohraničený malými stydkými pysky.

Panenská blána (hymen) je pružná blána z obou stran krytá sliznicí, která překrývá poševní vchod u panny. Při prvním pohlavním styku dochází k jejímu protržení (defloraci).

Hráz (perineum) je tkáňový záhyb mezi konečníkem a velkými stydkými pysky. Za porodu se stává součástí měkkých porodních cest.

Mezi ženské pohlavní orgány řadíme také *prsy*. Zakládají se u obou pohlaví, ale vyvíjejí se pouze u dívek. Jedná se o párový orgán na přední ploše hrudníku a jeho součástí je mléčná žláza, která je plně funkční až na konci těhotenství a po dobu laktace (8, 13, 15).

Vnitřní pohlavní orgány. Mezi vnitřní pohlavní orgány řadíme pochvu, dělohu, vejcovody a vaječníky. Tyto orgány jsou uloženy v dutině pánevní.

Pochva (vagina) je trubicovitý svalový orgán o délce asi 8 cm a šířce 3 – 5 cm. Spojuje dělohu a vnější pohlavní orgány. Jedná se o orgán kopulační, odvádí menstruační krev a za porodu je součástí měkkých porodních cest. Na dělohu se napojuje v pravém úhlu a vytváří přední, zadní a postranní poševní klenby. Poševní stěna je pružná a měkká. Pochva je vystlána dlaždicovým epitelem. Má samočisticí mechanismy a v průběhu reprodukčního období si udržuje stálé pH 4 – 5, což také zajišťuje zvýšenou odolnost pochvy proti infekci (8, 13, 15).

Děloha (uterus) je dutý svalnatý orgán, který je uložen v malé pánvi mezi močovým měchýřem a konečníkem. Má hruškovitý tvar a je zhruba 8 cm dlouhá v nejširším místě má šířku asi 5 cm, v předozadním průměru má tloušťku asi 2 – 3 cm. Váha dělohy je asi 50 g. Je fixována vazy. Nejdůležitější jsou dva – zaoblený a široký vaz. Dělohu dělíme na dvě části – děložní hrdlo (cervix uteri) a děložní tělo (corpus uteri). Mezi tělem a hrdlem dělohy se nachází zúžená část, kterou nazýváme isthmus uteri. V těhotenství se stává součástí děložního těla (tzv. dolní děložní segment). Děložní hrdlo je úzké, má trubicovitý tvar a je asi 3,5 – 4 cm dlouhé. Ústí do distálního konce pochvy, na níž je trvale ukotveno. Čípek děložní je ta část děložního hrdla, která vyčnívá do pochvy. Horní část děložního hrdla je uložena nad poševním úponem. Součástí děložního hrdla je také kanál, který navazuje na děložní dutinu. V horní části u děložní úžiny je zúžen ve vnitřní branku a na konci směřujícím do pochvy v zevní branku. Děložní tělo je největší částí dělohy a jeho horní okraj (fundus) je nejširší částí dělohy. Na děloze dále rozlišujeme přední a zadní stěnu dělohy, děložní rohy a děložní hrany. Děložní tělo obsahuje trojúhelníkovitou dutinu. Děložní tělo má tři vrstvy-

endometrium(sliznice, která vystýlá děložní dutinu), myometrium(děložní svalovina) a perimetrium(vnější serózní vrstva). Děloha je místem, kde dochází k nidaci a následnému vývoji zárodku a plodu. Další funkcí dělohy je vypuzení plodu během porodu (8, 13, 15).

Vejcovody (tubae uterinae) . Jedná se o párový orgán. Jsou to tenké vícevrstevné trubice, které laterálně vyběhají z dělohy směrem k vaječnům. Délka vejcovodu je 10 – 15cm. Na vejcovodu rozlišujeme čtyři části – infundibulum (konec vejcovodu směřující k vaječnům), na jehož konci se nacházejí prstovité výběžky – fimbrie, které při ovulaci zachytí uvolněné vajíčko. Další částí vejcovodu je ampulla – jedná se nejširší část vejcovodu, ve které obvykle dochází k oplodnění. Isthmus je zúžený úsek vejcovodu v jeho mediální třetině. Intersticiální část vejcovodu je dlouhá asi 1cm, je nejužší částí vejcovodu a v děložním rohu ústí do děložní dutiny. Ve vejcovodu dochází ke kontaktu vajíčka a spermie a k následnému oplodnění. Vejcovod dopravuje vajíčko nebo zygotu do těla děložního a je pro něj bezpečným a výživným prostředím. Buňky vejcovodu jsou opatřeny brvami, které se rytmicky pohybují a směřují vajíčko do dělohy. Další buňky vylučují tekutinu bohatou na bílkoviny vyživující vajíčko (8, 13, 15).

Vaječník (ovarium) je párový orgán. Jedná se o ženskou pohlavní žlázu. Je zdrojem vajíček a ženských pohlavních hormonů. Nachází se v dolní části břišní dutiny po obou stranách dělohy. Má tvar a velikost švestky. Na vaječnům rozlišujeme kůru a dřev. V kůře jsou uloženy ženské pohlavní buňky – oocyty. Kolem každého oocyty je váček – folikul. Dřev vaječnům je tvořena vazivem, hladkou svalovinou, obsahuje dále nervy a cévy. Vaječník tvoří ženské pohlavní hormony – estrogen, progesteron – od puberty až do klimakteria a současně se zde tvoří a uvolňují vajíčka (8, 13, 15).

Reprodukční cyklus ženy. Reprodukční systém ženy je určen cyklickými změnami, které jsou dány souhrou žláz s vnitřní sekrecí. Prostřednictvím gonadoliberinů řídí hypotalamus produkci gonadotropinů v adenohipofýze. Gonatropiny následně ovlivňují růst a zrání folikulů, ovulaci, vznik žlutého tělíska a produkci pohlavních hormonů (15).

Cyklus probíhající na ovariu zahrnuje sekreci ovariálních hormonů a zrání folikulů. První fázi nazýváme folikulární. Během této fáze dochází k dozrání foliklu v tzv. Graafův folikul a k jeho vyklenutí na povrch ovaria. Tato fáze trvá 12 – 14 dnů. Ovarium tvoří především estrogenu. V další fázi, kterou nazýváme ovulační dochází k ruptuře Graafova foliklu a k vyplavení vajíčka do dutiny břišní. Zde je vajíčko zachyceno fimbriemi vejcovodu. V následující fázi - luteální, dochází k vytvoření žlutého tělíska (corpus luteum), které

v případě gravidity produkuje progesteron až do šestého měsíce. V opačném případě žluté tělísko zaniká zhruba okolo 24. dne cyklu (15).

Na děloze současně probíhá cyklus menstruační, který se opakuje po 28. dnech po celý reprodukční věk ženy, tzn. od puberty až do klimakteria. Je řízen hormony produkovanými ováriem a cílem je připravit endometrium na případnou nidaci oplodněného vajíčka. Zahrnuje fázi proliferační, sekreční, ischemickou a menstruační. V proliferační fázi, která probíhá od 5. do 14. dne cyklu dochází k růstu endometria. Následuje fáze sekreční, kdy žlásky endometria tvoří hlen, v buňkách se vytváří zvýšené množství lipidů a glykogenu. Tato fáze trvá asi od 15. do 28. dne cyklu. Další fází cyklu je fáze ischemická, která trvá několik hodin až 1 den. Tato a následující fáze cyklu probíhá v případě, kdy nedošlo k oplodnění a následné nidaci vajíčka. Dochází k odumření buněk endometria, které je způsobeno kontrakcí hladké svaloviny tepének a následným snížením přívodu kyslíku k buňkám. Poslední fází je fáze menstruační, dochází k odlučování odumřelých buněk endometria a do 48 hodin k odloučení celé povrchové sliznice. Ta, spolu s krví, odtéká děložním hrdlem do pochvy. Menstruační krev je nesrážlivá (15).

1.2 Mimoděložní těhotenství

Mimoděložní těhotenství (graviditas extrauterina), přesněji ektopická gravidita je nejčastější náhlou příhodou břísni v gynekologii. Je také nejčastější příčinou mateřské úmrtnosti v časném stadiu těhotenství. Letalita je udávána v jedné promile všech ektopických gravidit (1, 7, 21).

V poslední době výskyt ektopické gravidity stoupá a vyskytuje se v 0,5 – 1% všech gravidit. Vzácně se může vyskytnout extrauterinní gravidita a současně probíhající gravidita intrauterinní (1, 7, 21).

Popis a druhy mimoděložního těhotenství. V případě fyziologicky probíhajícího těhotenství dochází ve vejcovodu ke splynutí vajíčka a spermie. Po oplození dochází k rýhování vajíčka a zhruba šestý den se nachází ve stadiu blastocysty a nabývá nidační schopnosti. Fyziologicky dochází k nidaci blastocysty v dutině děložní. Nidace je však možná kdekoliv ve vnitřním genitálu a také na serózách dutiny břísni (1, 7).

Jedná – li se o mimoděložní těhotenství, je nidace plodového vejce nejčastější ve vejcovodu (tubární gravidita) a to v 95 – 97%. Nejčastěji pak v části ampulární, méně často

v části isthmické a v nejmenším počtu případů v části fimbriální. Dále se může mimoděložní těhotenství vyskytnout v ovariu (ovariální gravidita), v dutině břišní (abdominální gravidita), v děložním hrdle (cervikální gravidita), v děložním rohu a v intersticiální části dělohy. Vzácně se můžeme setkat s bilaterální tubární graviditou, raritně se vyskytlo také několik případů vícečetného mimoděložního těhotenství (7, 20, 21).

Plodové vejce se chová velmi agresivně. Snaží se dostat ke krevnímu zásobení a dochází k jeho prorůstání v místě nidace. Dochází k narušování a otevírání cév, což může způsobit rozsáhlé a prudké krvácení do dutiny břišní. Následně může dojít k rozvoji náhlé příhody břišní, hemoperitonea a k rozvoji hemorrhagického šoku (14).

Při mimoděložním těhotenství probíhají v těle ženy obdobné těhotenské změny jako při intrauterinní graviditě. Děloha je zvětšená, prosáklá a na děložní sliznici pozorujeme také deciduální změny. Po odumření plodového vejce dochází k následnému odloučení děložní sliznice a ta odchází s krvácením – hovoříme o tzv. pseudomenstruaci. Dochází také k reakci prsní žlázy, reaguje napětím v prsech, zduřením a sekrecí kolostra (1, 7).

Tubární (vejcovodové) těhotenství zpočátku probíhá jako normální těhotenství a organismus ženy na ně také stejně reaguje. Následně může tubární gravidita probíhat trojím způsobem. Vzácně může rostoucí tubární gravidita přetrvávat déle než 8 týdnů, ale častěji dochází k jedné ze dvou následujících forem. Mezi 6. – 8. týdnem dojde k tubárnímu abotru nebo je mimoděložní těhotenství ukončeno rupturou tubární gravidity. Nejčastěji je vejcovodové těhotenství ukončeno tubárním potratem. Jedná se o stav, kdy kontrakce vejcovodu vypuzují plodové vejce do dutiny břišní, což se projeví bolestmi v podbříšku. Kolem odlučujícího se plodového vejce se vytváří hematoma, vejcovod je rozpínán krví a ta následně vytéká ampulárním ústím vejcovodu do dutiny břišní. Krvácení může být pozvolné, kdy se koagula hromadí v Douglasově prostoru, ale může nastat také velké krvácení do dutiny břišní. K ruptuře vejcovodu dochází v případech, kdy trofoblast nahlodá celou stěnu vejcovodu. Takto končí nejčastěji mimoděložní těhotenství v isthmické nebo intramulární části vejcovodu (1, 7, 9, 19, 21).

Těhotenství v dutině břišní (abdominální gravidita) se vyskytuje velice vzácně. Velkou raritou je přežití embrya a následné donášení mimoděložního těhotenství v dutině břišní. K tomu může dojít například tehdy, došlo-li k nidaci plodového vejce na pobříšnici velké pánve a následně k vytvoření velké, ploché placenty. Diagnostikujeme – li však abdominální graviditu, těhotenství vždy ukončujeme (9, 21).

Těhotenství v hrdle děložním (cervikální gravidita) definujeme jako implantaci blastocysty v oblasti kanálu děložního hrdla. Tento se stav je také velice raritní s frekvencí výskytu 1: 2500 – 18 000 gravidit. Cervikální gravidita je vždy závažnou komplikací, která ohrožuje těhotnou ženu silným krvácením (21).

Příčiny vzniku mimoděložního těhotenství. Výskyt mimoděložního těhotenství v poslední době stoupá. Příčinou mohou být častější gynekologické záněty, snad i antibiotická terapie, která sice zvládne infekci, ale ne vždy zabrání částečné obstrukci vejcovodu. Vzniká tak mechanická překážka pro oplozené vejce, které pak musí nidovat v místě retence. Značný význam má také účast nitroděložní antikoncepce, která je určitým rizikem pro zánět. I když zabrání nidaci v děloze, není schopna zabránit oplození vajíčka ve vejcovodu. Endometrióza vejcovodu je další významnou příčinou. Dále pak hypoplazie vejcovodu, hormonální a nervové dysfunkce, které ovlivňují motilitu vejcovodu. Další příčinou jsou pak operace na vejcovodu, srůsty, vrozené vady, anamnéza infertility a kuřáctví. Rovněž při po gametotransferu do vejcovodů se může vyskytnout mimoděložní těhotenství. Při embryotransferu do děložní dutiny může embryo retrográdně proniknout do vejcovodu a následně vzniká mimoděložní těhotenství. Jednou z teoretických možností vzniku ektopické gravidity je i tzv. zevní nebo vnitřní přeputování vajíčka, kdy je uvolněné a následně oplozené vajíčko z jednoho ovaria „uchopeno“ opačnou tubou. Následuje časová „ztráta“, v jejímž důsledku vajíčko včas nedorazí do děložní dutiny a niduje již v tubě. Tato teorie je podporována nálezy tubárních gravidit s kontralaterálním žlutým tělískem (1, 7, 8, 14, 20).

Příznaky mimoděložního těhotenství. *Rostoucí neporušené mimoděložní těhotenství* se projevuje bolestí v podbřišku. Jedná se o bolest tupou, občasnou, charakteru pobolívání. Dále se objeví špinění až slabé krvácení střídavého charakteru (1, 14).

Hemoperitoneum se projevuje ostrou, prudkou bolestí v podbřišku. Objevuje se známky peritoneálního dráždění – napjatá či na dotek se napínající břišní stěna. Dostavuje se pocit slabosti, mdloby, známky anémie a kardiopulmonální dekompenzace, která se projevuje poklesem TK, zrychleným nitkovitým nebo nehmatným pulsem a dyspnoí (1, 14).

Rozvíjí se *hemorhagický šok*. Bolest břišní stěny není konstantní, vyskytují se spíše bolesti v celé malé pánvi. Bolest vystřeluje pod lopatku nebo do ramenního kloubu. Dále se může vyskytnout i nucení na močení a rektální tenezmy (1, 14).

Diagnostika mimoděložního těhotenství. Zvláště u nenarušeného mimoděložního těhotenství může být diagnostika obtížná, protože nenacházíme známky hemoperitonea.

Diagnózu určujeme na základě anamnestických údajů, klinických příznaků, gynekologického vyšetření. Dále provedeme laboratorní vyšetření, punkci Douglasova prostoru a ultrasonografické vyšetření. Snad nejvýznamější diagnostickou metodou je v dnešní době laparoskopie. Mimoděložní těhotenství se snažíme diagnostikovat v co nekratší době, protože neporušená gravidita umožňuje provést konzervativní operaci (7, 14).

V *anamnéze* je velmi důležitým údajem termín poslední menstruace, její vynechání nebo opoždění. Dále pátráme po již uvedených příznacích mimoděložního těhotenství, gynekologických zánětech, nitroděložní antikoncepci a po předchozím mimoděložním těhotenství (1, 14, 2).

Dále pak provedeme *klinické vyšetření*. Všechny příznaky nemusí být vždy plně vyjádřeny. Mohou se objevit nejisté známky gravidity, např. ranní zvracení. Pravděpodobným příznakem gravidity je porucha menstruačního cyklu. Při vaginálním vyšetření je děloha mírně zvětšená, prosáklá, měkká. Dále můžeme vyhmátnat bolestivý tumor adnex a snížený Douglasův prostor při hemoperitoneu. Dále se objeví známky hemoperitonea, případně hemorhagické šoku, které jsme uvedli již v kapitole o příznacích mimoděložního těhotenství (1, 14, 21).

V rámci *laboratorního vyšetření* provedeme především těhotenský test, protože je třeba co nejdříve potvrdit nebo vyloučit těhotenství. Určíme proto hladinu HCG – lidského choriového gonadotropinu. Jedná – li se o mimoděložní těhotenství, jsou hladiny HCG sice pozitivní, ale nedosahují výše odpovídající dále amenorey, což je způsobené nevhodnými podmínkami k růstu ektopicky nidovaného plodového vejce. Bývá také prodloužen čas zdvojení (1, 14, 21).

Další velmi významnou diagnostickou metodou je *ultrasonografie*, která prokáže nepřítomnost gravidity v dutině děložní. V děloze pak vidíme vysokou sliznici nebo i „pseudogestační váček“ bez přítomnosti známek gravidity. Dále je může být patrné ztlustění některého vejcovodu, můžeme spatřit i extrauterinní srdeční akci embrya. Pakliže došlo ke krvácení do dutiny břišní je při ultrasonografickém vyšetření patrná tekutina v Douglasově prostoru (1, 14, 21).

V rámci diagnostiky ektopické gravidity můžeme provést i *punkci Douglasova prostoru, tzv. kuldocentézu*. Jedná se o rychlý a jednoduchý výkon, při kterém prokážeme krev v dutině břišní. Výkon se provádí punkční jehlou přes zadní poševní klenbu (1, 14, 21).

Snad nejvýznamnější metodou diagnostickou je *laparoskopie*, která bývá současně i výkonem terapeutickým. Při laparoskopii provádíme přímou vizualizaci orgánů malé pánve a jsme schopni rozeznat změny na vejcovodech i v počínajícím stadiu mimoděložního tubárního těhotenství. Dále pak zjistíme přesnou lokalizaci těhotenství a současně i přítomnost krve v dutině břišní. Laparoskopie potvrzuje diagnózu mimoděložního těhotenství ve více než v 90% případů (1, 14, 21).

V rámci *diferenciální diagnózy* bychom měly myslet na některé stavy spojené s krvácením do dutiny břišní, zvláště pak na rupturu folikulární nebo corpusluteální cesty. Dále pak na hrozící, probíhající nebo již proběhlý spontánní potrat, heterotopickou graviditu, hyperstimulační syndrom. Dále je třeba vyloučit stavy připomínající svými příznaky mimoděložní těhotenství jako je adnexitida, apendicitida, rezidua po spontánním potratu nebo zamlklé nitroděložní těhotenství (1, 14, 21).

Léčba mimoděložního těhotenství. Mimoděložní těhotenství je vždy nutné odstranit. Léčebný postup je ovlivněn několika faktory. A to především věkem ženy, paritou, celkovým a lokálním nálezem a také přáním zachování reprodukčních funkcí ženy (7, 21).

V některých případech (hemodynamicky stabilní pacientky) je možné zvolit vyčkávací postup. Ve dvoudenních intervalech provádíme sledování hladiny HCG a současně provádíme ultrazvukové kontroly. Podle získaných hodnot a nálezů pak volíme další postup (1, 21).

Jedná – li se o velmi časně těhotenství můžeme postupovat *konzervativně*. Pod kontrolou ultrazvuku nebo laparoskopicky lze do vejcovodu aplikovat látky, které způsobují odumření plodového vejce. Používají se prostaglandiny, cytostatika nebo jiná farmaka. Tato metoda však není 100% účinná a v naší zemi není dosud legislativně povolena (1, 21).

V ostatních případech provádíme léčbu *chirurgickou*. Operační řešení zpravidla navazuje na diagnostickou laparoskopii. Provádíme výkony konzervativní – salpingotomii, extrakci, aspiraci nebo expresi plodového vejce. Mezi kritéria pro konzervativní chirurgickou léčbu patří : věk ženy pod 30 let, přání pacientky, nuliparita, velikost a vitalita plodového vejce, intaktní stěna poškozeného vejcovodu, negativní anamnéza mimoděložního těhotenství (1, 5, 7, 21).

V případě, kdy došlo k ruptuře vejcovodu a nebo je vejcovod značně devastován nebo již žena nemá zájem o další graviditu provedeme obvykle salpingektomii. Ta je poměrně

jednoduchá, je však velmi radikálním výkonem, zejména u mladých žen. Upouští se od techniky resekce vejcovodu, protože z pohledu další fertility nemá význam (1, 5, 7, 21).

Laparotomii provádíme v případě akutních stavů s velkou krevní ztrátou nebo tehdy, je-li laparoskopie kontraindikována (1, 5, 7, 21).

Další léčba je závislá na celkovém stavu pacientky. Došlo – li k rozsáhlému krvácení do dutiny břišní a u pacientky se rozvíjí hemorhagický šok zahájíme intenzivní protišokovou léčbu. Porodní asistentka zajistí především i.v. vstup a podá infuzi Ringerova roztoku, při poklesu systolického tlaku podává koloidní roztoky. Uloží ženu do protišokové polohy, podá kyslík a neustále sleduje fyziologické funkce ženy (3, 14).

1.3 Psychologie ženy

Porodnictví a gynekologie jsou medicínskými oblastmi, kde je prožívání nemocné ovlivněno kvalitou socializačního procesu více než v jiných oborech. Proto bychom měli u žen sledovat předcházející psycho – sociální vývoj. Získané informace by pak měla porodní asistentka využít pro správnou psychologickou přípravu ženy na přirozené i vyjimečné životní události (2).

Na vývoj ženské psychiky má vliv mnoho faktorů. Jedná se jak o faktory biologické, tak o faktory sociální i kulturní, ale také o zkušenosti v průběhu ontogeneze. Můžeme tedy hovořit o pohlaví biologickém, psychickém a sociálním. Nelze je od sebe oddělit. Kvalita psychiky – chování a prožívání, souvisí s anomií a fyziologií. Tělo a psychika tvoří jeden funkční systém a ten je v neustálé interakci s okolím (2, 12).

Role rodiny. Pro každé dítě má rodina nezastupitelný význam. Rodina, její kvalita a směr působení je dalším kritickým místem vývoje. Rodina má několik funkcí. Nyní se zaměříme na proces, během kterého by se z dívky měla stát žena plně se identifikující se svou rolí. Míra této identifikace je určena kvalitou rodiny. Je proto důležité pochopit to, co je v tomto procesu identifikace podstatné (2).

Identifikace s ženskou rolí je proces v jehož průběhu by žena měla přijmou fakt, že je žena a měla by si osvojit všechny sociální role s ženstvím související. Identifikace s ženstvím znamená, že je žena spokojena se vzhledem a tělesnou funkcí geneticky předurčenou, přijímá prožitky přinášené vlastním tělem a zvládá je bez pocitů ukřivdnosti (např. menstruační potíže, porodní bolesti, potíže v klimakteriu, choroby ženských pohlavních

orgánů), osvojí si většinu sociálních rolí osobního života, zvládá je a naplňuje bez větších krizí a problémů, které by měly nepříznivý vliv na její psychiku, vytváří harmonické vztahy související s rolemi ženského života, silně touží po reprodukci, péče o narozené děti ji těší, rozpoznává a uspokojuje potřeby dětí, do doby citové a ekonomické nezávislosti se cítí zodpovědná za jejich výchovu. Tento identifikační proces s ženstvím probíhá v podstatě po celý život (2).

Rodina dále vytváří prostor, kde se učíme rolím osobního života, získáváme potřebné postoje, motivy aktivity související s realizací jednotlivých rolí. Díky citové vazbě na matku přijímá dívka své pohlaví a osvojuje si ženské role. Od matky přejímá techniky vyrovnávání se s příjmy i nepříjemnostmi ženství. Vztah k otci ji učí vztahu k druhému pohlaví a ke svému budoucímu partnerovi. Rodina je také místem, kde by se měla naučit, jak vychovávat své děti (2).

Rodina, která přiměřeně funguje, vytváří dětem podmínky, které jim přes pozitivní vztah ke svým rodičům, umožní identifikovat se svým pohlavím a osvojit si základní ženské role. Ne každá rodina však svým dětem vytváří prostředí, které jim řádnou socializaci umožní (2).

Souvislost biologických a sociálních změn. Psychika žena je ovlivňována postupným biologickým a sociálním, vývojem. Nejprve přicházejí změny biologické: tělesné změny (sekundární pohlavní znaky), menstruace, těhotenství, porod, šestinedělí, klimakterium (2).

Reakcí na skryté i viditelné změny organismu a jeho potřeby jsou sociální role, které si musí dívka osvojit. Jedná se o následující role: role dítěte, role pubescentky, role partnerky, milenky, manželky, matky a další role lidského života (2).

Psychické vlastnosti a psychická rovnováha závisí v procesu identifikace na schopnostech ženy reagovat na výše zmíněné biologické a sociální změny. Psychika je pak formována úspěšností či neúspěšností adaptace na tyto změny v životě ženy (2).

Poslední kritickou etapou ve vývoji ženy je stupeň identifikace s ženskou rolí. Důležité je, zda ženy roli přijímá, třeba i s výhradami nebo ji, díky zkušenostem trvale zraňujícím její ženství, zcela odmítla (2).

Sociální a ekonomické vlivy. Každý člověk – žena i muž – je bytostí bio – psycho - sociální. Proto i sociální a ekonomické podmínky mohou příznivě, ale i nepříznivě

ovlivňovat psychiku ženy, její psychickou rovnováhu a v neposlední řadě také proces identifikace s ženskou rolí (2).

Je proto důležité, aby se porodní asistentka v rámci komplexního vyšetření ženy zaměřila také na psychický stav a sociální pozadí. Cílem psycho – sociální anamnézy je zjistit, zda potřebuje žena psychologickou pomoc (2).

Psychosomatika. Již lékaři v období antiky znali psycho – somatické vztahy a věděli, že nejrůznější tělesné obtíže jsou podmíněny psychicky a naopak. Proto i psychiku ženy ovlivňuje také její somatický stav a změny organismu (2).

Je tedy třeba vedle léčby somatických potíží v mnoha případech i léčba potíží psychických, tedy psychoterapie. Každý zdravotník by měl vědět, že nemoc má často také psychickou i společenskou stránku. Pacient nemoc prožívá, hodnotí a uvádí ji do souvislostí s osobními perspektivami svého života. V jejím důsledku je v odlišné sociální situaci než zdravý člověk (18).

Pro porodní asistentky je tedy nutná určitá znalost psychologie. Tyto znalosti by jim měly pomoci, aby si při péči o pacienty plně uvědomily komplexní přístup a začlenily jej do své každodenní práce (18).

Osobnost v náročných situacích. Osobnost je spojení biologických, psychických a sociálních aspektů každého jedince. Osobnost utváří mezilidské vztahy, společnost a prostředí. Osobnost je tedy soustavou vlastností, které charakterizují individualitu každého člověka, jeho zaměření na realizaci životních cílů a rozvinutí svého potenciálu (22).

Psychické vlastnosti osobnosti determinují lidské reakce a jsou relativně trvalé. Tyto vlastnosti ovlivňují prožívání a myšlení a na jejich základě můžeme předpovídat další jednání člověka a také to, jak se zachová v různých situacích (22).

Jedinec má schopnost zdokonalovat se, rozvíjet a naplňovat individuální možnosti, tak aby jeho život měl smysl a byl životem kvalitním. Zralá osobnost vnímá sebe sama a prostředí. Působí v optimálních interaktivních vztazích a umí se adaptovat na změněné podmínky a okolí (4).

V průběhu života se jedinec ocitá v náročných situacích, které ho zatěžují. V náročných situacích se mění chování a prožívání každého člověka. Z ošetrovatelského hlediska mají význam především:

1) strach – má konkrétní příčinu, projevuje se různým způsobem a intenzitou. Bývá doprovázen narušením duševní rovnováhy.

2) konflikt – jedná se o střet protichůdných vnitřních nebo vnějších zájmů.. Ztěžuje rozhodnutí a volbu člověka.

3) frustrace – je překážkou při uskutečňování něčeho, na čem člověku záleží. Během frustrace prožívá zklamání, které se často projevuje agresivitou.

4) deprivace – je neuspokojení potřeb pro člověka subjektivně důležitých

5) stres – znamená, že je jedinec přetížený. Situace, která nastala přesahuje jeho psychické síly (4).

Současně působící náročné životní situace vytváří prostě pro kumulaci složitých reakcí, které se projevují v chování a jednání člověka. Tak vznikají psychické obranné mechanismy, mezi které patří například: racionalizace – zdůvodňování vlastního jednání a chování, popření – zaměření pozornosti na určité skutečnosti a odmítání skutečností znepokojujících, vytěsnění – člověk aktivně zapomíná nepříjemné skutečnosti, kompenzace – vyrovnávání osobního neúspěchu nebo nedostatku, regrese – prožívání a chování jedince neodpovídající jeho věku, snížení horizontu vědomí – jedinec se zabývá především sám sebou, snížení sebevědomí - jedná se o ztrátu nezávislosti, sebeúcty, bezmocnost, beznaděj (4).

Psychické obranné mechanismy využívá člověk na zvládnutí náročných životních situací, Tyto mechanismy jsou vzájemně propojené. Čím je jedinec stabilnější a zralejší, čím jsou jeho sociální vztahy a podmínky prostředí, ve kterém žije, příznivější, tím lépe náročné situace zvládá a tím méně se uchyluje k obranným mechanismům (4).

1.4 Uspokojování potřeb v ošetrovatelském procesu u ženy s mimoděložním těhotenstvím

Každý jedinec je individualita, která má svoje jedinečné vlastnosti, názory, postoje a potřeby. Potřeby člověka jsou vymezeny společenskými životními podmínkami. Vývoj potřeb každého člověka je závislý na podmínkách jeho života, ale je určován také společenskými vztahy a samozřejmě místem, jaké člověk v soustavě těchto vztahů zaujímá (4, 16).

Potřeba je projevem nedostatku a jeho odstranění je žádoucí. Prožívání nedostatku má vliv na veškerou činnost každého jedince. Ovlivňuje tedy pozornost, myšlení, emoce, volní procesy a vytváří tak vzorec chování jednotlivce (16).

Potřeby člověka se v průběhu života mění jak z hlediska kvantity tak z hlediska kvality. Každý člověk vyjadřuje a uspokojuje potřeby jiným způsobem a určitý druh motivovaného jednání a chování se tedy u každého člověka projevuje jinak. Všichni lidé mají stejné potřeby, ale tyto potřeby jsou uspokojovány nejrůznějšími způsoby života, z nichž ani dva si nejsou podobné (16).

Potřeba je tedy projev nedostatku a vyjadřuje stav organismu, který startuje proces motivace. Motivaci označujeme jako proces, který určuje sílu, trvání a směr určitého jednání a chování jedince. Na druhé straně ne každé jednání a chování je motivováno. Způsob výchovy v rodině, její sociální prostředí a hierarchie hodnot jsou určující pro motivaci u jednotlivce. Určují jeho potřeby, způsob jejich vyjádření a uspokojování (16).

V praxi nejčastěji využíváme hierarchii potřeb podle Maslowa. Jeho model zahrnuje potřeby fyziologické i psychologické, které jedinec hodnotí podle významu pro svoji vlastní existenci. Potřeby rozděluje na: fyziologické potřeby – nejnižší, základní potřeby, vyjadřují narušenou homeostázu, potřeby bezpečí a jistoty – potřeby vyvarovat se nebezpečí, ohrožení, touha po důvěře, stabilitě, projevují se při ztrátě životní jistoty, potřeby sounáležitosti a lásky – milovat a být milován, potřeba náklonnosti, integrace, potřebu uznání a sebeúcty – být uznávaný, obdivovaný, sebeúcta, potřeba sebekoncepcce, potřeby seberealizace – realizovat vlastní potenciál (4, 16).

Maslowova pyramida potřeb pomáhá porodním asistentkám v jejich snažší orientaci a mohou pak zaměřit svoji pozornost a péči na základní potřeby (4, 16).

Ošetřovatelství a lidské potřeby. Znalosti základních lidských potřeb mohou poskytovat rámec pro poskytování kvalitní ošetřovatelské péče.

Tím, že porodní asistentka pochopí potřeby druhých, může pak lépe posuzovat a hodnotit jejich chování a jednání. Hodnocení potřeb vytváří základ pro hodnocení jednotlivce, zařazení problémů do priorit a následné plánování ošetřovatelských intervencí. Uspokojí tak potřebu pacientky a změní její pocit tísně. Uspokojením potřeb napomáhá ženě k jejímu vývoji a růstu. Pacientky někdy o svých potřebách někdy ani nevědí a porodní asistentka je může usměrňovat a napomáhat jim tak v seberealizaci. Porodní asistentka může ženě pomoci

při : pochopení toho, co se s ní děje, hledání způsobu, jak čelit náročné situaci, udržování identity a sebeúcty, smířování se s nevyhnutelným, uspokojování a ocenění sebe samé (4, 16).

Z ošetrovatelského hlediska by měla o potřebách člověka vědět tolik, aby je uměla rozpoznat, pochopit a v neposlední řadě také zajistit jejich uspokojení (4, 16).

Uspokojování potřeb. Abychom mohli adekvátně uspokojovat potřeby každého jedince, měli bychom si uvědomit, že existuje celá řada faktorů, které znesnadňují, narušují, znemožňují a popř. také mění způsob uspokojování potřeb člověka (4, 16).

Mezi faktory ovlivňující uspokojování potřeb patří: nemoc – brání v uspokojování potřeb, způsoby vyjadřování potřeb modifikuje a mění také možnosti jejich uspokojování, narušení mezilidských vztahů – jedná se zejména o vztahy k blízkým a příbuzným, porodní asistentka vstupuje do těchto vztahů a jejich prostřednictvím pomáhá při uvědomování si potřeb a při jejich uspokojování, individualita jedince – osobnost, osobnostní vlastnosti modifikují potřeby člověka, vyjadřování potřeb a také způsob jejich uspokojování a rovněž psychickou odezvu, vývojové stadium člověka – ovlivňuje způsob vyjadřování a uspokojování potřeb a psychickou odezvu, okolnosti, za kterých vzniká nemoc – mají výrazný vliv na potřeby a jejich uspokojování (4, 16).

Uspokojování potřeb při poskytování kvalitní ošetrovatelské péče by mělo být zaměřeno na uspokojování celé řady potřeb. A to na potřeby biologické, potřeby psychické, dále pak na potřeby sociální, kulturní a duchovní a spirituální potřeby.

Uspokojování biologických potřeb by se mělo zaměřit na : péči o tělo, péči o příjem potravy a tekutin, péči o vyprazdňování moče a defekaci, péči o spánek a odpočinek, péči o komfort a pohodlí, péči o dodržování průměrného pohybového režimu a péči o polohu.

Při uspokojování potřeb psychických bychom se měli zaměřit především na: zmírňování a odstraňování bolesti, zmírňování a předcházení strachu a úzkosti, identifikování obav a nejistot a v neposlední řadě také na zmírňování a zabraňování ztráty sebeúcty.

Dále se zaměřujeme na uspokojování potřeb sociálních. Jedná se především o: zmírnění sociální izolace, zajištění kontaktů s podpůrnými osobami a dále pak o řešení problému s dlouhodobou pracovní neschopností, při ztrátě zaměstnání apod.

Co se týče uspokojení kulturních potřeb, snažíme se ženě umožnit sledovat společenské a kulturní dění a také bychom se měli zaměřit a dbát o estetiku prostředí.

V neposlední řadě bychom měli dbát také na uspokojování potřeb duchovních a spirituálních a to především respektováním náboženské svobody (4).

1.5 Komunikace

Komunikací rozumíme výměnu informací, pocitů a zkušeností. Komunikační techniky a především pak komunikace efektivní hrají významnou roli při poskytování ošetrovatelské péče a při uspokojování potřeb člověka. Porodní asistentka používá komunikační dovednosti k navázání a rozvíjení kontaktu s pacientkou (17).

V komunikaci s pacientkou využíváme jednak verbální komunikace a také neverbální komunikační techniky.

Verbální komunikace je dorozumívání pomocí slov. Neverbální komunikaci definujeme jako řeč těla. Komunikace neverbální, tedy řeč těla je považována za upřímnější než komunikace verbální. Mezi neverbální komunikační techniky řadíme: mimiku – řeč těla, proxemiku – přiblížení a oddálení, dále haptiku – dotek, posturologii – fyzický postoj, kineziku – pohyb a gesta (17).

Jednání a mluvení probíhá současně. Je nutné si uvědomit, že komunikace je celek a mluvíme v ní slovy, těle a činy (17).

Efektivní komunikace. Aby byla naše komunikace s pacientkou úspěšná, musí být především efektivní. Jedná se o komunikaci otevřenou, při které nedojde ke zkreslení informací a komunikující partneři si rozumí. Tato komunikace odpovídá stylu výhra/výhra. Efektivní komunikací je komunikace s jasně stanovenými cíli a ve výsledku umožní pochopit problémy klienta. Dále pak umožní vyřešení těchto problémů společnou aktivitou a v neposlední řadě umožní rozhodování dalších diagnostických a terapeutických intervencí. Současně navozuje pocit důvěry mezi žadatelem o pomoc, tedy pacientkou a poskytovatelem pomoci, tedy porodní asistentkou (11).

Abychom označili komunikaci za efektivní, musí být naplněno sedm bodů: důvěryhodnost (credibility) – příjemce informací spoléhá na sdělovatele, kontext (context) - kontext musí odpovídat sdělení, obsah (content) – sdělení má mít pro příjemce informací význam, jasnost (clarity) – sdělení vyjadřujeme v jednoduchých a srozumitelných pojmech, kontinuita a konzistence (continuity and consistency) - komunikaci považujeme za proces, který nikdy nekončí a sdělení by mělo být konzistentní, kanály (channels) – vytvoříme si

komunikační kanály a náležitě je využíváme a schopnost veřejnosti (capability) - komunikace by měla vyžadovat co nejmenší úsilí ze strany příjemce informací (11).

Komunikace s pacientkou probíhá jako cyklický proces. Při každém rozhovoru s pacientkou se snažíme o dosažení konkrétních cílů. Tyto cíle shrnujeme do následujících hlavních úkolů: snažíme se objevit důvody, které přiměly pacientku, aby k nám přišla, zjistíme a definujeme problémy pacientky, problémům pacientky věnujeme náležitou pozornost dále je nutné, abychom problémy pacientce vysvětlili a snažíme se využívat čas efektivně (11).

Aktivní naslouchání. Jednou z technik, které můžeme využívat v rámci efektivní komunikace, jsou techniky aktivního naslouchání. Aktivní naslouchání je stav, kdy aktivně posloucháme druhou osobu. Pozorně vnímáme informace, snažíme se porozumět sdělovanému. Následně pak dáme najevo, že jsme sdělovanému porozuměli, reagujeme, dáváme zpětnou vazbu a podporujeme. Spolupracujeme s osobou, která nám sděluje, společně se snažíme nalézt otázky na odpovědi a najít řešení problému. Prvoplánově nikdy neradíme. Následně pak hovoříme o sociálním – partnerském přístupu (11).

Průběh aktivního naslouchání rozdělujeme do tří fází. První fází je identifikace emocí – tato část je velmi obtížná, svěřující se většinou přímo nepopisuje své obtíže, spíše naznačuje, Následuje vyslechnutí všech informací – snažíme se porozumět obsahu, souvislostem. Svěřujícímu se dáváme najevo svoji stálou pozornost, nepřerušujeme ho. A poslední fází se snažíme o nalezení řešení problémů – sdělovatel by měl hledat řešení problémů sám, pouze mu pomáháme a podporujeme ho (11).

Při aktivním naslouchání využíváme různé techniky. Tyto techniky můžeme používat v kterékoli z fází aktivního naslouchání. Můžeme je využít všechny nebo jen některé. Mezi techniky aktivního naslouchání patří: povzbuzení – umožní nám vyjádřit zájem o osobu a předmět hovoru, k povzbuzení používáme nejčastěji otevřené otázky, objasnění – opět klademe otevřené otázky, získáváme informace a hledáme nové souvislosti, zrcadlení – zrcadlením dáváme najevo porozumění a pochopení pocitů druhé osoby, snažíme se pojmenovat to, co ten druhý cítí a současně si můžeme poopravit náš názor, parafrázování – pomocí této techniky dáváme druhému najevo, že mu nasloucháme a rozumíme. Ověřujeme si, že jsme správně pochopili, co je nám sdělováno tím, že vyjádříme sdělené vlastními slovy, shrnutí – tato technika nám umožňuje opouštět nepodstatná témata, zopakujeme důležitá fakta, myšlenky a pocity klidným hlasem a ocenění - ocenění by se mělo týkat všech a mělo by být věrohodné, snažíme se ocenit vše, co ocenit jde (11).

Ne každý z nás má ten dar umět naslouchat. Naslouchání se však můžeme naučit a pak ho využívat, když chceme co nejlépe porozumět pacientkám, které k nám přicházejí, a tak jim pomoci ve všech oblastech jejich života (11).

1.6 Ošetrovatelský proces u ženy s mimoděložním těhotenstvím

Mimoděložní těhotenství je závažný stav. Jedná se o náhlu příhodu břišní krvácivou, projevuje se nejčastěji rostoucími bolestmi v podbřišku a to od 5. – 6. týdne těhotenství. Nejčastěji se vyskytuje gravidita tubární, kterou léčíme převážně chirurgicky. Provádíme nejčastěji laparoskopii (6).

V rámci ošetrovatelského procesu se tedy zaměřujeme především na sledování známek hemorhagického šoku. Sledujeme také krvácení vaginální, bolesti v podbřišku a jejich případné vystřelování do oblasti ramen. Provádíme předoperační a pooperační ošetrovatelskou péči (15).

Ošetrovatelský proces je systematický a současně logický přístup porodní asistentky k ošetřování pacientky. V průběhu tohoto procesu profesionálně uvažujeme o pacientce a jejích individuálních problémech. Přistupujeme k ní jako bytosti bio – psych – sociální.

Ošetrovatelský proces chápeme jako celek, který se musí uplatnit najednou. V průběhu poskytování péče v rámci ošetrovatelského procesu získáváme další informace a ošetrovatelskou péči můžeme vhodně upravovat a modifikovat.

Součástí ošetrovatelského procesu je také dobře vedená ošetrovatelská dokumentace, která vypovídá o stavu pacientky. Součástí ošetrovatelské dokumentace je ošetrovatelská anamnéza a ošetrovatelský plán.

Ošetrovatelská anamnéza je ta část dokumentace, ve které zhodnotíme zdravotní stav pacientky, určíme její potřeby a na jejich základě si stanovíme ošetrovatelské intervence a vypracujeme ošetrovatelský plán.

Ošetrovatelský plán je pak druhou částí ošetrovatelské dokumentace. V ošetrovatelském plánu popíšeme problémy pacientky a stanovíme ošetrovatelské diagnózy, určíme si ošetrovatelské postupy. Po uplynutí zvoleného časového údaje zhodnotíme poskytnutou péči a je – li to nutné provedeme vhodné změny (23).

Ošetrovatelský proces má pět fází:

Získávání informací, zhodnocení. V této fázi vytváříme ošetrovatelskou anamnézu. Je základem pro kvalitní plánování ošetrovatelské péče. Získáváme informace o pacientovi (např. v rámci rozhovoru – efektivní komunikace, pohledem, pozorováním) a informace následně zhodnotíme a utřídíme. Informace rozdělujeme na primární, kdy je zdrojem informací sám pacient a sekundární- to jsou informace získané od druhých osob (23, 24).

Stanovení ošetrovatelské diagnózy. V rámci stanovení ošetrovatelské diagnózy provádíme tři kroky: analýzu získaných informací – vyhodnotíme informace, které jsme získali, případně je doplníme, můžeme provést konzultaci se spolupracovníky, identifikaci problému – určíme, zda je problém tělesný nebo psychický a formulaci ošetrovatelské diagnózy – vytváříme diagnózu tříslůžkovou tzn., že zformulujeme problém, určíme příčinu a projevy (23, 24).

Příklady ošetrovatelských diagnóz u pacientky s mimoděložním těhotenstvím:

Diagnóza zaměřená na uspokojení biologických potřeb:

00004 riziko infekce v souvislosti s operačním výkonem

Cíl: Snížit u pacientky na minimum riziko infekce

Diagnózy zaměřené na uspokojování psychologických potřeb:

00132 Akutní bolest související s mimoděložním těhotenstvím projevující se neklidem, zaujímáním úlevové polohy a verbálním sdělením

Cíl: Pacientka bude pociťovat jen minimální bolesti

Výsledná kritéria: pacientka se zklidnila, nemá již potřebu zaujímat úlevové polohy a verbálně sděluje, že bolest ustoupila.

00148 Strach související s operačním výkonem projevující se neklidem, agresivitou a verbálním sdělením

Cíl: U pacientky se sníží pocit strachu z operace

Výsledná kritéria: pacientka se zklidnila, není agresivní a verbálně sděluje, že pocit strachu z operace se snížil (6, 10).

Plánování ošetrovatelské péče. V této fázi ošetrovatelského procesu si klademe otázku, co můžeme pro pacienta udělat, abychom odstranili nebo zmírnili jeho problém.

Stanovíme si reálné cíle – krátkodobé a dlouhodobé a určíme konkrétní ošetrovatelské činnosti. Ve spolupráci s pacientem určíme naléhavost zvolených ošetrovatelských intervencí. Vytvoříme tak vlastní plán ošetrovatelské péče (6).

Realizace ošetrovatelské péče. V této části ošetrovatelského procesu realizujeme ošetrovatelské aktivity stanovené v ošetrovatelském plánu. Provádíme aktivní a individualizovanou ošetrovatelskou činnost, která vychází z ošetrovatelského plánu, aktuálního zdravotního stavu pacienta a samozřejmě z ordinací lékaře.

Samozřejmostí by mělo být propojování jednotlivých fází ošetrovatelského procesu. Uplatňujeme také holistický přístup k pacientovi, to znamená, že se stává naším partnerem a aktivním účastníkem ošetrovatelského procesu.

Všechna naplánované a provedené ošetrovatelské činnosti zaznamenáváme do ošetrovatelské dokumentace společně s datem, časovým údajem a četností intervencí (23, 24).

Intervence porodní asistentky v ošetrovatelském procesu u ženy s mimoděložním těhotenstvím

Intervence před operací:

Biologické potřeby: informuj pacientku o provedení předoperační přípravy, zkontroluj podepsaný souhlas, zajisti hygienické úkony a opatření před operací, připrav operační pole, zajisti vyprázdnění močového měchýře před operací (spontánně, cévkováním, permanentním katetrem), před operací podávej infuze dle ordinace lékaře, zajisti, aby pacientka nepřijímala nic per os, proved' zabandážování dolních končetin před operací, před převozem na operační sál zkontroluj, zda pacientka odložila šperky, případně zubní protézu, zda je odlíčená a nemá nalakované nehty, před převozem na operační sál převleč pacientku do ústavního prádla, aplikuj léky v určeném čase dle ordinace lékaře, aplikuj pacientce premedikaci ordinovanou lékařem – anesteziologem, zajisti převoz a doprovod pacientky na operační sál, předej pacientku sestře na operačním sále společně s kompletní lékařskou a ošetrovatelskou dokumentací (6, 15).

Psychosociální potřeby

Před operací je chování ženy ovlivňováno nejenom strachem, úzkostí a pocitem méněcennosti, ale také studem. Lékař informuje pacientku o zdravotním stavu a lékařském výkonu.

V oblasti psychosociální v rámci předoperační přípravy provádí porodní asistentka následující intervence: seznam klientku s ošetrovatelskými intervencemi prováděnými před a také po operaci, informuj pacientku o možnostech tlumení bolesti, poskytni pacientce informace o hygienické péči a o problematice vyprazdňování, informuj pacientku o mobilizaci v pooperačním období a o rehabilitaci, podej pacientce informace o možnostech kontaktu s rodinou a přáteli, zajisti dostatek informací v oblasti sexuálního života, ochotně odpovídej na všechny dotazy, podej pacientce informace o možnosti konzultace s psychologem, ujisti pacientku o tom, že jsi kdykoli ochotna naslouchat jí (15).

Intervence po operaci

Biologické potřeby: po přijetí pacientky z operačního sálu posuď vzhled a celkový stav pacientky, vypracuj plán ošetrovatelské péče, ulož pacientku do polohy na zádech a zkontroluj dosah a funkčnost signalizačního zařízení, kontroluj fyziologické funkce – krevní tlak, puls, saturaci kyslíkem, tělesnou teplotu dle ordinace lékaře, sleduj stav vědomí pacientky, sleduj intenzitu a charakter bolesti dle škály bolesti, podávej analgetika dle ordinace lékaře, kontroluj stav operační rány, proved' převaz dle potřeby, kontroluj krvácení z rodidel, sleduj místo i.v. vstupu, podávej infuze dle ordinace lékaře, v případě podávání transfuze zkontroluj kompatibilitu krevních skupin, sleduj rychlost podávání transfuze a reakci pacientky, podávej léky dle ordinace lékaře, kontroluj močení pacientky, množství moče, barvu a patologické příměsi v moči, sleduj frekvenci močení, sleduj defekaci, dbej na včasnou mobilizaci a rehabilitaci pacientky, zajisti podmínky pro klidný spánek a odpočinek (6, 15).

Zhodnocení výsledků poskytnuté péče. V této poslední fázi ošetrovatelského procesu porovnáváme výsledky a pokroky s naplánovanými cíli. Provádíme hodnocení a zaměřujeme se na: celkový zdravotní stav, fyzický a psychický komfort, zvyšování soběstačnosti, účinnost poskytované péče, objektivní zlepšování zdravotního stavu dále pak na zmírnění utrpení, reakce pacienta na ošetrovatelské intervence a provedené výkony a spokojenost pacienta a jeho subjektivní pocity.

Hodnocení provádíme na základě pozorování, rozhovoru s pacientem i jeho rodinou. Současně konzultujeme s ostatními členy ošetrovatelského týmu.

Pokud nebylo dosaženo naplánovaného cíle, provedeme úpravu ošetrovatelského plánu (23,24).

Zhodnocení. U těhotné ženy byly včas zjištěny patologické změny v těhotenství a byla provedena včasná diagnostika mimoděložního těhotenství. Bolesti ustoupily a podařilo se zabránit vzniku infekce. V pooperačním období se nevyskytly žádné komplikace. Rovněž nebyla ohrožena další fertilita ženy (6).

Záznamy do ošetrovatelské dokumentace provádíme vždy po provedení ošetrovatelských intervencí, při změně zdravotního stavu pacienta nebo při mimořádné události. Dále pak také při předávání pacienta mezi směnami (23, 24).

2. Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Cílem práce je definovat priority bio – psycho – sociálních potřeb žen s mimoděložním těhotenstvím.

2.2. Výzkumné otázky

Otázka 1: Jaké priority v oblasti bio – psych – sociálních potřeb mají ženy po prodělaném mimoděložním těhotenství?

Otázka 2: Jak byly uspokojovány potřeby žen po prodělaném mimoděložním těhotenství v rámci ošetrovatelské péče?

Otázka 3: Odpovídá plán ošetrovatelské péče prioritám bio – psycho – sociálních potřeb klientek?

Otázka 4: Jaký ošetrovatelský problém (ošetrovatelská diagnóza) se u žen vyskytuje nejčastěji?

3. Metodika

3.1 Metodika

V práci bylo využito kvalitativního šetření a to formou nestandardizovaného rozhovoru s pacientkami. Předem byly připraveny okruhy k rozhovoru. Celý rozhovor se však dále vyvíjel podle konkrétní situace. Cílem rozhovoru bylo zjistit, zda péče, která byla ženám poskytnuta, byla odrazem jejich priorit v oblasti bio – psycho – sociálních potřeb.

Dále pak byla provedena analýza písemných dokumentů. Jednalo se jak o dokumentaci lékařskou, tak o dokumentaci ošetrovatelskou.

Informace získané rozhovorem a analýzou písemných dokumentů byly následně zpracovány formou kazuistik.

Byla provedena analýza ošetrovatelské dokumentace a na jejím základě byla provedena komparace s prioritami bio – psycho – sociálních potřeb klientek.

Celý výzkum proběhl na Gynekologicko – porodnické klinice Fakultní nemocnice v Plzni.

3.2. Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl tvořen pěti ženami v reprodukčním věku, které byly hospitalizovány na Gynekologicko – porodnické klinice Fakultní nemocnice v Plzni s diagnózou mimoděložního těhotenství.

Rozhovor s pacientkami proběhl vždy před jejich propuštěním do domácí péče.

4. Výsledky

4.1 Kazuistiky

Pacientka 1

Paní P.Ř. se narodila v roce 1980. Pracuje jako asistentka, v současné době je však na mateřské dovolené. Je vdaná, žije společně s manželem a dcerou. Nyní je hospitalizovaná na gynekologicko – porodnické klinice s diagnózou mimoděložního těhotenství.

Matka paní P.Ř. je zdravá, otec zemřel ve věku 53 let na karcinom plic. Má jednoho bratra, který je zdravý.

V dětství prodělala běžné dětské nemoci, příušnice a zápal plic. Opakovaně se léčila pro infekce močových cest. Neužívá žádné léky. Nekouří, alkohol a kávu pije jen příležitostně. Neudává žádné alergie.

Na gynekologické prohlídky chodí pravidelně. Menstruaci má od 11 let, pravidelně, vždy za 30 dnů, krvácení je střední a trvá 7 dnů. Užívala hormonální antikoncepci od 18 do 26 let a poté po porodu. Antikoncepci vysadila v listopadu 2009. Nitroděložní tělíčko neměla nikdy zavedené. Rodila jednou v roce 2007, dcera je zdráva. V těhotenství sledována pro gestační diabetes, který byl dostatečně kompenzován dietou. Porod proběhl bez komplikací. V únoru 2009 podstoupila evakuaci dutiny děložní pro missed abortion. V říjnu 2009 jí byl proveden LEEP pro diagnózu chorobného hrdla děložního.

Po vynechání pravidelné menstruace se postupně objevily pravděpodobné známky těhotenství, opakovaně si doma udělala těhotenský test z moči, který byl posléze pozitivní. Těhotenství bylo chtěné, plánované. Navštívila svého gynekologa, který provedl ultrazvukové vyšetření a biochemické vyšetření – HCG. Výsledky byly pozitivní a lékař potvrdil těhotenství. Po dvou dnech se u pacientky objevilo špinění, opět navštívila svého gynekologa, byla poučena o klidovém režimu a odeslána do domácího ošetřování, kde také užívala medikaci předepsanou lékařem. Objevilo se však silné krvácení. Byl diagnostikován suspektní abortus incompletus a následně za hospitalizace provedena revize dutiny děložní. Při

histologickém vyšetření však nebyla prokázána přítomnost choriových klků. Opakovaně byla sledována hladina HCG v krvi pacientky. Hodnoty HCG se ale zvyšovaly, proto byla hospitalizována na gynekologicko – porodnické klinice. Dle hodnot HCG a ultrazvukového vyšetření byla stanovena diagnóza mimoděložního těhotenství.

Při přijetí pacientka nekrvácí, je afebrilní. Udává bolesti v podbřišku – později sděluje, že mírné bolesti v podbřišku pociťuje již zhruba asi 3 – 4 měsíce od provedení gynekologického výkonu. Potíže se s močením a se stolicí nemá, chuť k jídlu je dobrá a váhu si drží. Potíže se spánkem neudává, spí dobře.

Na základě provedených vyšetření bylo indikováno provedení laparoskopie. Následně byla provedena předoperační příprava, odběr biologického materiálu dle ordinace lékaře a bylo rovněž provedeno vyšetření anesteziologem.

Při laparoskopickém výkonu bylo uprostřed levého vejcovodu patrné kulovité vyklenutí v průměru 15x10 mm, na povrchu modře prosvítající. V Douglasově prostoru bylo asi 10 ml tmavé krve. Při operačním výkonu byla provedena salpingotomie levého vejcovodu. Výkon proběhl bez komplikací s nulovou krevní ztrátou. Peroperačně byla podána antibiotika.

Po výkonu byla provedena běžná pooperační péče. Byla podávána analgetika dle ordinace lékaře a potřeb pacientky. Byl podáván Fraxiparin v preventivní dávce. Pooperační průběh byl bez komplikací. Při opakovaných kontrolách dochází k poklesu hodnot HCG a třetí den po provedené laparoskopii byla pacientka propuštěna do domácího ošetřování

Pacientka 2

Paní L. H. se narodila v roce 1977. Pracuje jako čistička lokomotiv. Je rozvedená, žije ve společné domácnosti s přítelem a synem. Nyní je hospitalizována na gynekologicko – porodnické klinice s diagnózou mimoděložního těhotenství.

Otec paní L. H. je zdravý. Matka byla léčena pro karcinom děložního hrdla. Další rodinná anamnéza je bezvýznamná.

V dětství prodělala běžné dětské nemoci.. Je léčena pro thyreopatii, pravidelně užívá Letrox 100mg v dávce 6 tablet za týden. V červenci 2001 jí byla provedena laparotomie pro tumor mesenteria s benigní histologií. V červenci 2001 pak podstoupila laparotomickou adnexektomii. Další z operací jí byla provedena v květnu 2005, jednalo se o plastiku ušního bubínku. V červenci 2007 jí byla provedena laparotomická cholecystektomie. Je alergická na Jodisol. Po operaci v roce 2001 jí byla podána krevní transfuze, krevní převod byl bez komplikací, pacientka jej dobře snášela. Nekouří. Alkohol pije příležitostně, pije jednu kávu denně.

Na gynekologické prohlídky chodí pravidelně. Menstruuje od 11 let, menstruace je pravidelná, vždy po 28 dnech, krvácí 5 – 6 dní. Krvácení je střední. Antikoncepci neužívá, nikdy neměla zavedené nitroděložní tělísko. Rodila jedenkrát v roce 1999, průběh těhotenství i porodu byl bez komplikací. Jednou podstoupila umělé přerušování těhotenství na vlastní žádost. U svého gynekologa sledována pro chorobné hrdlo děložní, v květnu 2009 podstoupila LEEP. V listopadu 2009 byla léčena pro gynekologický zánět Doxybene a Entizolem.

Po vynechání pravidelné menstruace si provedla těhotenský test z moče s pozitivním výsledkem. Objevilo se však slabé krvácení a výrazné bolesti v levém podbříšku. Proto navštívila svého gynekologa, kde bylo provedeno vaginální a ultrazvukové vyšetření a vyšetření HCG s pozitivní hodnotou. Proto byla odeslána tímto gynekologem k hospitalizaci na gynekologicko – porodnickou kliniku k vyloučení diagnózy mimoděložního těhotenství. Na ambulanci kliniky byly nejprve opakovaně provedeny náběry HCG, došlo k poklesu hodnot a proto byla pacientka na této klinice hospitalizována.

Při přijetí pacientka slabě krvácí, udává bolestivost v levém podbříšku. Je afebrilní, stolice a močení je normální, chuť k jídlu dobrá, nauseu nemá, potíže se spánkem neudává. Při přijetí dále provedeno ultrazvukové vyšetření a stanovena diagnóza inkompletního

spontánního abortu a proto provedena evakuace dutiny děložní pod clonou antibiotik. Dva dny po výkonu bylo opět nabráno HCG. Hodnota byla vyšší než před výkonem. Následně bylo opakováno ultrazvukové vyšetření.

Na základě provedených vyšetření bylo indikováno provedení laparoskopie. Dále pak byla provedena předoperační příprava, odběr biologického materiálu dle ordinace lékaře a bylo rovněž provedeno vyšetření anesteziologem.

Při laparoskopickém výkonu byly patrné adheze střečních kliček. Vlevo byl nalezen vejcovod v adhezi k ovariu a stěně pánve. Vejcovod byl rozšířený, bylo zaznamenáno slabé krvácení z oblasti ampulárního ústí, kde byl patrný suspektní těhotenský produkt o velikosti 2x3x3 cm. Vpravo byl normální nález. Byla provedena adheziolýza a salpinjektomie vlevo. Výkon proběhl bez komplikací. Peroperačně byla podána antibiotika.

Po výkonu byla provedena běžná pooperační péče. Byla podávána analgetika dle ordinace lékaře a potřeb pacientky. Byl podáván Fraxiparin v preventivní dávce. Pooperační průběh byl bez komplikací. Při opakovaných kontrolách dochází k poklesu hodnot HCG a pátý den po provedené laparoskopii a po defekaci byla pacientka propuštěna do domácího ošetřování.

Pacientka 3

Paní Z. K. se narodila v roce 1981. Pracuje jako stevardka u ČSA Praha. Je svobodná, bezdětná. Žije ve společné domácnosti s přítelem. Nyní je hospitalizovaná na gynekologicko – porodnické klinice s diagnózou mimoděložního těhotenství.

Rodinná anamnéza pacientky je bezvýznamná.

Prodělala běžné dětské nemoci. S ničím se neléčí. V roce 2000 jí byla provedena appendektomie. Neužívá žádné léky. Prsy vyšetřeny – bez patologického nálezu. Alergie neudává. Nekouří, kávu a alkohol nepije.

Na gynekologické prohlídky chodí pravidelně. Menstruuje od 18 let. Cyklus je pravidelný, krvácí vždy po 28 dnech, krvácení je střední intenzity a trvá 7 dní. Menstruace je bolestivá. Antikoncepci nikdy neužívala a nikdy neměla zavedené nitroděložní tělísko. Nikdy nebyla těhotná. Léčí se pro primární sterilitu.

Pacientce byla provedena IVF. Následně bylo potvrzeno těhotenství na základě stoupajících hodnot HCG a ultrazvukového vyšetření, Byla těhotná 6 týdnů, užívala Utrogestan a Femibion.

U pacientky se objevily bolesti břicha, nejdříve v pravém hypogastriu a později udávala bolesti difúzně. Zvracela. Objevilo se slabé vaginální krvácení. Proto se ihned dostavila na vyšetření na ambulanci gynekologicko – porodnické kliniky. Zde byla vyšetřena, bylo provedeno ultrazvukové vyšetření a nabráno HCG. Byla stanovena diagnóza abortus incipiens a pacientka byla hospitalizována.

Při přijetí udává difúzní bolesti břicha. Stolice pravidelná, plyny odcházejí. Močí bez potíží. Chuť k jídlu nemá a udává nauseu. Potíže se spánkem neudává. Slabě krvácí z pochvy. Na základě provedených vyšetření a dle hodnoty HCG byla indikována a následně provedena evakuace dutiny děložní pod clonou antibiotik. Druhý den po výkonu byl opět proveden odběr HCG a jeho hodnoty byly vyšší než před výkonem. Bylo provedeno další ultrazvukové vyšetření.

Dle získaných výsledků pak bylo indikováno provedení laparoskopie. Dále pak byla provedena předoperační příprava, odběr biologického materiálu dle ordinace lékaře a bylo rovněž provedeno vyšetření anesteziologem.

Při laparoskopickém výkonu byla patrná mírně hyperstimulovaná ovaria. Vlevo byla tuba volná, vpravo tuba změněna v kyjovitý útvar 3x6 cm v blanitých adhezích k céku a pravému ovariu. V malé pánvi bylo nalezeno asi 200ml krve. Bylo provedeno rozrušení srůstů a pravostranná salpingektomie. Výkon proběhl bez komplikací s nulovou krevní ztrátou. Peroperačně byla podána antibiotika.

Po výkonu byla provedena běžná pooperační péče. Po laparoskopii pokračovala léčba antibiotiky. Byla podávána analgetika dle ordinace lékaře a potřeb pacientky. Byl podáván Fraxiparin v preventivní dávce. Pooperační průběh byl bez komplikací. Při opakovaných kontrolách dochází k poklesu hodnot HCG a čtvrtý den po provedené laparoskopii a po defekaci byla pacientka propuštěna do domácího ošetřování.

Pacientka 4

Paní R. L. se narodila v roce 1975. Pracuje jako manažerka. Je rozvedená, žije ve společné domácnosti s přítelem. Děti nemá. Nyní je hospitalizována na gynekologicko – porodnické klinice s diagnózou mimoděložního těhotenství.

Rodinná anamnéza pacientky je bezvýznamná.

V dětství prodělala běžné dětské nemoci. Léčila se s častými bronchitidami. V roce 1990 podstoupila appendektomii. Následné lázeňské léčby se nezúčastnila. Prsy vyšetřeny – bez patologického nálezu. Žádné léky neužívá. Neudává žádné alergie. Kouří 8 – 10 cigaret denně. Pije dvě kávy za den, alkohol nepije.

Na gynekologické prohlídky chodí pravidelně. Menstruaci má od 12 let. Cyklus je pravidelný – 28 dní. Krvácení je slabé intenzity a trvá 5 –6 dnů. Antikoncepci užívala pouze od 15 do 17 let a to k úpravě cyklu. Nikdy neměla zavedené nitroděložní tělísko. Těhotná nikdy nebyla.

Po vynechání pravidelné menstruace si sama udělala těhotenský test. Výsledek byl pozitivní. Později se objevilo slabé vaginální krvácení a tak navštívila svého gynekologa. Ten provedl vyšetření a ultrazvukové vyšetření. Odebral HCG a výsledek byl pozitivní. Na základě výsledků provedených vyšetření odeslal pacientku k hospitalizaci na gynekologicko – porodnickou kliniku. Uvažoval o diagnóze velmi časněho abortu imminens, nevyloučil ani možnost mimoděložního těhotenství.

Při přijetí udává slabé bolesti v pravém podbřišku a slabě krvácí. Je afebrilní. Potíže se stolicí a s močením nemá. Chuť k jídlu je normální, váhu si drží. Potíže se spánkem nemá. Na gynekologicko – porodnickou kliniku byla přijata k observaci. Byly opakovaně provedeny odběry HCG a opakovaně provedeno ultrazvukové vyšetření. Na základě provedených vyšetření a z poklesu hodnot HCG byla určena diagnóza spontánního abortu a indikována a provedena evakuace dutiny děložní plod clonou antibiotik. Po provedeném výkonu bylo opět opakovaně provedeno ultrazvukové vyšetření a hodnoty HCG začaly opět

stoupat. Dle histologického vyšetření materiálu získaného při evakuaci dutiny děložní se jednalo pouze o endometrium.

Na základě provedených vyšetření bylo indikováno provedení laparoskopie. Dále pak byla provedena předoperační příprava, odběr biologického materiálu dle ordinace lékaře a bylo rovněž provedeno vyšetření anesteziologem.

Při laparoskopii byl na levém ovariu a levé tubě patrný normální nález. V Douglasově prostoru bylo minimum krve. Vpravo bylo patrné ovarium normálního vzhledu, tuba změněná, prosvítá modravý obsah, jedná se o tubární těhotenství velikosti 1,5x4 cm. Následně byla provedena salpingektomie vpravo. Výkon proběhl bez komplikací s krevní ztrátou do 80 ml. Peroperačně byla podána antibiotika.

Po výkonu byla provedena běžná pooperační péče. Byla podávána analgetika dle ordinace lékaře a potřeb pacientky. Byl podáván Fraxiparin v preventivní dávce. Pooperační průběh byl bez komplikací. Při opakovaných kontrolách dochází k poklesu hodnot HCG a třetí den po provedené laparoskopii byla pacientka propuštěna do domácího ošetřování

Pacientka 5

Paní L. J. se narodila v roce 1976. Je nezaměstnaná, v evidenci Úřadu práce. Je vdaná a žije ve společné domácnosti s manželem a dětmi. Nyní je hospitalizovaná na gynekologicko – porodnické klinice s diagnózou mimoděložního těhotenství.

Rodinná anamnéza pacientky je bezvýznamná.

V dětství prodělala běžné dětské nemoci. Nikdy vážněji nestonala, s ničím se neléčila. V roce 2007 prodělala laparoskopickou operaci pro diagnózu ovariální cysty. Udává, že přesný rozsah výkonu jí není znám. Neužívá žádné léky. Neudává žádné alergie. Kouří 10 – 15 cigaret denně a pije 2 kávy za den. Alkohol pije příležitostně.

Na gynekologické prohlídky chodí pravidelně. Menses má od 11let, menstruace je pravidelná, vždy po 28 dnech, krvácení je střední intenzity a trvá 5 dnů. Rodila dvakrát – v roce 1994 a v roce 1998. Těhotenství a oba porody proběhly bez komplikací. Nikdy spontánně nepotratila a nepodstoupila ani umělé přerušení těhotenství. Antikoncepci neužívá. Nemá zavedené nitroděložní tělísko.

Pacientka neudává vynechání menstruace. Menses se pouze o dva dny opozdily, ale krvácení bylo obvyklé intenzity. V nočních hodinách ji probudila náhlá bolest v podbřišku, spíše vlevo. Měla nauseu, zvracela. Na gynekologicko – porodnickou kliniku přivezena vozem Rychlé záchranné pomoci. Při vyšetření na ambulanci kliniky zjištěny známky peritoneálního dráždění a slabé vaginální krvácení. Pacientka byla okamžitě hospitalizovaná.

Po přijetí provedeno ultrazvukové vyšetření a laboratorní vyšetření. Na základě zjištěných výsledků indikováno okamžité provedení laparoskopie. Pacientka dále vyšetřena anesteziologem a provedena nutná předoperační příprava.

Při laparoskopii je vlevo patrné ovarium normálního vzhledu, nezvětšeno. Tuba je lividní, edematózní, překrvená tubární graviditou, která ji vyplňuje a destruuje ve $\frac{3}{4}$ délky, celková velikost je zhruba 20 x 60 mm. Z laterální strany je patrná ruptura délky 20 mm, která silně krvácí. Vpravo je normální nález. V Douglasově prostoru a v dutině břišní je asi 1200 ml krve. Provedena levostranná salpingektomie. Během výkonu podána antibiotika. Výkon proběhl bez komplikací.

Po výkonu byla prováděna běžná pooperační péče. Na základě výsledků vyšetření krevního obrazu byla opakovaně podána transfuze až do úpravy hodnot hemoglobinu.

Pooperační průběh byl bez komplikací. Byla podávána analgetika dle ordinace lékaře a potřeb pacientky. V preventivní dávce podáván Clexane.. Třetí den po provedené laparoskopii byla pacientka propuštěna do domácí péče.

4.2 Nestandardizované rozhovory

Pacientka 1

Před propuštěním byl s pacientkou proveden nestandardizovaný rozhovor. Paní P. Ř. byla klidná, ochotná. Rozhovor proběhl v dobré atmosféře.

Na dotaz ohledně těhotenství odpovídá, že těhotenství bylo chtěné a plánované. Po dohodě s manželem přestala užívat hormonální antikoncepci. Dále pak ochotně popisuje celý dosavadní průběh těhotenství, vyšetření u svého gynekologa i opakované kontroly v ambulanci gynekologicko – porodnické kliniky. O konečné diagnóze mimoděložního těhotenství a následné nutnosti hospitalizace byla informována lékařem v ambulanci gynekologicko – porodnické kliniky. Sdělovanému porozuměla, lékař jí vše vysvětlil dostatečně srozumitelně. Přesto však odmítala této skutečnosti uvěřit, snažila se s lékařem o hospitalizaci „smlouvat“, plakala. Na konec se situací smířila a byla hospitalizována na gynekologicko – porodnické klinice. Ještě týž den podstoupila laparoskopii.

S péčí porodních asistentek byla velice spokojena. Porodní asistentky byly vždy dosažitelné, ochotné, usměvavé. Na dotaz sděluje, že porodní asistentka měla čas i na rozhovor s ní. Pak ale dodává, že rozhovor proběhl v přítomnosti druhé pacientky a při vykonávání ošetrovatelských činností u lůžka pacientky. Tuto situaci však nevnímá negativně. Porodní asistentky omlouvá množstvím práce na oddělení.

O rozsahu výkonu byla lékařem zcela srozumitelně informována, prodiskutovala s ním rovněž další možné těhotenství. Další těhotenství plánuje. Říká, že po tomto neúspěchu by chtěla další dítě ještě mnohem více než před tím. Přesto se ale obává průběhu dalšího těhotenství a má strach, že by se situace mohla opakovat.

Mimoděložní těhotenství a ztráta dítěte v rané fázi těhotenství byla pro ni velkou psychickou zátěží. Přesto by pomoc psychologa nevyhledala. Domnívá se, že vše zvládne sama a za pomoci rodiny, ve které cítí velkou psychickou podporu. Rovněž fakt, že má již zdravou dcerku je pro ni velice povzbuzující a motivující.

Na otázku, zda někoho vinní z neúspěšného těhotenství odpovídá, že obviňuje sama sebe. I když rozumově chápe fakt, že situaci nemohla nijak ovlivnit, přesto se obviňuje, že

něco mohla udělat jinak a něco nemusela dělat vůbec- vyčítá si mimo jiné dovolenou a lyžování na horách.

Těší se do domácího prostředí, především na dceru. Další těhotenství bude pečlivě plánovat a dodrží rady lékaře a porodních asistentek.

Pacientka 2

Před propuštěním byl s pacientkou proveden nestandardizovaný rozhovor. Paní L. H. byla klidná, ochotná. Rozhovor proběhl v dobré atmosféře.

Na dotaz ohledně těhotenství pacientka sděluje, že se jednalo o těhotenství plánované a velmi chtěné, se současným partnerem dítě ještě nemá. V dalším průběhu rozhovoru pak celkem ochotně sděluje informace o dosavadním průběhu těhotenství. Velmi těžce nesla již informaci o spontánním abortu. S konečnou diagnózou mimoděložního těhotenství byla seznámena lékařem, informace byly podány dobře srozumitelnou formou, všemu rozuměla a na její dotazy lékař ochotně odpověděl. Přesto však odmítala sdělovanému uvěřit a jen velmi těžce se s tímto faktem smířovala. Obě události oplakala.

Péči poskytovanou porodními asistentkami na oddělení hodnotí jako velmi dobrou. Porodní asistentky, které o ni pečovaly byly vlídné, ochotné a dobře dosažitelné. Vyzdvihuje především péči po laparoskopii, kdy jí bylo po narkóze nevolno a porodní asistentky se jí opravdu plně věnovaly. Při péči o ni byly porodní asistentky komunikativní, ale soukromý rozhovor, ve kterém by s asistentkou probrala svoje pocity ji nabídnut nebyl. Rovněž ji nikdo neinformoval o možnosti návštěvy klinického psychologa.

O rozsahu výkonu byla plně informována lékařem. Rovněž s ním diskutovala o možnostech dalšího těhotenství. S partnerem by se chtěli ještě snažit o další těhotenství. Říká, že si plně uvědomuje snížené šance na další otěhotnění a obává se možnosti dalšího neúspěšného těhotenství. Přesto se však nechce vzdát a po dítěti s novým partnerem velmi touží.

Mimoděložní těhotenství, následný operační zákrok a ztráta dítěte v ranné fázi těhotenství byly pro pacientku velkou psychickou zátěží. O možnosti osobní konzultace s klinickým psychologem v průběhu hospitalizace sice nevěděla, ale ani by jej nevyhledala. Cítí velkou oporu ve svém partnerovi a říká, že se jí snaží utěšit celá její rodina. Je ráda, že má již zdravého syna.

Dále pak byl pacientce položen dotaz, zda někoho obviňuje z neúspěšného těhotenství. Říká, že obviňuje sama sebe. I když si připouští fakt, že za tento stav nijak nemůže, hledá příčiny neúspěchu ve svém chování a jednání a trápí se tím.

Po propuštění z nemocnice se o ni postará přítel a její rodina, především matka. Do domácího prostředí a na syna se již velmi těší. Další těhotenství bude pečlivě plánovat po poradě s lékařem. Určitě využije i případné informace a rady porodní asistentky.

Pacientka 3

Před propuštěním byl s pacientkou proveden nestandardizovaný rozhovor. Paní Z. K. byla uplakaná, přesto k rozhovoru svolila. Rozhovor proběhl ve smutné náladě, pacientka se v jeho průběhu několikrát rozplakala.

Na dotaz ohledně těhotenství pacientka udává, že těhotenství bylo „vymodlené“, jednalo se již o druhý pokus IVF. Vzhledem ke své diagnóze primární sterility, byla pacientka velice opatrná a udává, že se sama velmi sledovala a trpěla obavami z neúspěchu. Když se objevily první potíže byla velmi vyděšená, přesto si však uchovávala naději, že se vše spraví. Informace o diagnóze spontánního potratu byla pro ženu zdrcující. Nemohla tomu uvěřit, plakala. O diagnóze mimoděložního těhotenství byla informována lékařem, sdělení bylo srozumitelné, ale nemohla tomu uvěřit. Říká, že po sdělení diagnózy mimoděložního těhotenství v podstatě rezignovala.

Péči porodních asistentek hodnotí velmi kladně. Porodní asistentky byly velice milé ochotné, ohleduplné a dobře dosažitelné. Říká, že jí bylo porodní asistentkou nabídnuto, zda si nechce o všem popovídat, ona však odmítla. O možnosti konzultace s klinickým psychologem nevěděla. V průběhu našeho rozhovoru připustila možnost spolupráce s psychologem, avšak ambulantně.

O možnostech dalšího těhotenství s lékařem hovořila. Dítě si velmi přeje a říká, že po určité době ještě podstoupí další pokus IVF. S partnerem si dítě velmi přejí. Připouští, že její obavy o úspěšné těhotenství ještě vzrostly.

Pocity štěstí z toho, že konečně otěhotněla a následné velké zklamání po prodělaném mimoděložním těhotenstvím pro ni byly nesmírnou psychickou zátěží. Cítí sice pochopení a podporu partnera a celé své rodiny, ale připouští i pomoc odborníka. Velmi se obává návratu do běžného života, nechce informaci o neúspěchu sdělovat svým přátelům a spolupracovníkům.

Aktivně sama sděluje, že neúspěšné těhotenství dává za vinu sobě. Pocit, že není schopna spontánně otěhotnět a donosit zdravé dítě, ji ve vlastních očích činí méněcennou. Obviňuje se i z toho, že zklamala svého partnera. Je smutná. Upíná se k dalšímu pokusu IVF, ale také se obává neúspěchu.

Po propuštění z nemocnice o ni postará přítel. Nemocniční prostředí je pro ni stresující a těší domů. Další pokus IVF bude plánovat se svým lékařem. Dodrží pokyny lékaře a bude se řídit i případnými radami porodní asistentky.

Pacientka 4

Před propuštěním byl s pacientkou proveden nestandardizovaný rozhovor. Paní R. L. je posmutnělá, ale klidná. S rozhovorem souhlasí. Rozhovor proběhl v klidné atmosféře.

Na otázku týkající se těhotenství pacientka odpovídá, že těhotenství bylo plánované, chtěné a o těhotenství se s partnerem snažili asi půl roku. Dále pak pomocí upřesňujících dotazů popisuje průběh těhotenství. Sama si udělala těhotenský test z moče a s partnerem se již na dítě těšili. Když se objevilo slabé krvácení, velmi se vylekala a proto ihned navštívila svého gynekologa. Informace o možném potratu nebo možném mimoděložním těhotenství pro ni byly naprosto neuvěřitelné. Při cestě na kliniku se utěšovala tím, že se její gynekolog mohl splést a vše bude přeci jen v pořádku. Když jí po provedených vyšetřeních na gynekologicko – porodnické klinice sdělil nejprve diagnózu spontánního potratu a posléze diagnózu mimoděložního těhotenství, byla pokaždé velmi zdrcená a vše oplakala.

S péčí porodních asistentek byla spokojená. Porodní asistentky byly příjemné, komunikativní, ohleduplné a dobře dosažitelné. Při provádění ošetrovatelských úkonů se porodní asistentky snažily o rozhovor s pacientkou, ona se však styděla před pacientkou, která s ní pokoj v nemocnici sdílela. O možnosti konzultace s klinickým psychologem informována nebyla.

O rozsahu výkonu byla lékařem zcela srozumitelně informována, prodiskutovala s ním rovněž další možné těhotenství. Další těhotenství plánuje. Po dítěti s partnerem velmi touží. Plně uvědomuje snížené šance na další otěhotnění a obává se možnosti dalšího neúspěšného těhotenství. Jako určitý handicap označuje rovněž svůj věk.

Mimoděložní těhotenství a ztráta dítěte v rané fázi těhotenství byla pro ni velkou psychickou zátěží. Přesto by pomoc psychologa nevyhledala. Domnívá se, že vše zvládne sama a za pomoci partnera, který je pro ni velkou oporou a plně ji chápe. Spoléhá se rovněž na podporu své rodiny.

Na otázku, zda někoho vinní z neúspěšného těhotenství odpovídá, že obviňuje sama sebe. I když rozumově chápe fakt, že situaci nemohla nijak ovlivnit, přesto se obviňuje a hledá, kde pochybila. Rovněž si vyčítá, že dlouho čekala na vhodnou dobu pro těhotenství.

Těší se do domácího prostředí. Po propuštění se o ni bude starat přítel a její rodina, především sestra. Další těhotenství bude plánovat po konzultaci se svým gynekologem, dodrží jeho pokyny a určitě by využila i případných rad porodní asistentky.

Pacientka 5

Před propuštěním proveden s pacientkou nestandardizovaný rozhovor. Paní L. J. je klidná, s rozhovorem bez problémů souhlasí. Rozhovor proběhl v klidné atmosféře.

Na otázku týkající se těhotenství pacientka sděluje, že o těhotenství nevěděla. Dále říká, že další těhotenství nechtěla, ani neplánovala. Je ráda, že má dvě zdravé děti. Když jí lékař sdělil diagnózu mimoděložního těhotenství a možnost ohrožení na životě, byla velmi překvapená a měla obavy z laparoskopie. Také se obávala o svůj zdravotní stav. Byla vylekaná.

S péčí porodních asistentek byla spokojená. Porodní asistentky byly příjemné, komunikativní, snažily se jí vyhovět. Byly dobře dosažitelné. Při provádění ošetrovatelských úkonů se porodní asistentky snažily o rozhovor s pacientkou, ale pacientka sama říká, že jí bylo dobře a rozhovor neměla zájem.

O rozsahu výkonu byla informována lékařem. Říká, že všemu porozuměla, ale na konkrétní dotazy není schopna přesně odpovědět. Zdá se však, že ji to nijak neznepokojuje. O další těhotenství nemá zájem. Je ráda, že vše dobře dopadlo a je v pořádku. Cítí se být zdravá. V průběhu rozhovoru bylo patrné, že plně nepochopila ani závažnost situace, ve které se ocitla.

Pacientka se již těší do domácího prostředí, chce být, co nejdříve s manželem a dětmi a ostatními členy rodiny. O chování po operačním zákroku byla informována lékařem a také porodní asistentkou. Říká, že pokyny lékaře a porodní asistentky bude dodržovat.

4.3 Záznamy v sesterské dokumentaci

	Fyzikální vyšetření při přijetí	Sesterské diagnózy při přijetí	Sesterské diagnózy v průběhu hospitalizace	Biologické potřeby	Psychologické potřeby	Sociální potřeby
Pacientka 1	Provedeno V dokumentaci zaznamenáno	Strach Úzkost	Bolest Porucha kožní integrity	Záznamy provedených sesterských intervencí v rámci péče před a po operaci	Záznamy o zmírňování a odstraňování bolesti	Žádné a záznamy
Pacientka 2	Provedeno V dokumentaci zaznamenáno	Strach Úzkost	Porucha kožní integrity	Záznamy provedených sesterských intervencí v rámci péče před a po operaci	Záznamy o zmírňování a odstraňování bolesti	Žádné a záznamy
Pacientka 3	Provedeno v dokumentaci zaznamenáno	Strach Úzkost Bolest	Porucha kožní integrity	Záznamy provedených sesterských intervencí v rámci péče před a po operaci	Záznamy o zmírňování a odstraňování bolesti	Žádné a záznamy
Pacientka 4	Provedeno V dokumentaci zaznamenáno	Strach Úzkost	Bolest Porucha kožní integrity	Záznamy provedených sesterských intervencí v rámci péče před a po operaci	Záznamy o zmírňování a odstraňování bolesti	Žádné a záznamy
Pacientka 5	Provedeno V dokumentaci zaznamenáno	Úzkost Strach Bolest	Porucha kožní integrity	Záznamy provedených sesterských intervencí v rámci péče před a po operaci	Záznamy o zmírňování a odstraňování bolesti	Žádné a záznamy

Při analýze sesterské dokumentace bylo zjištěno, že ve všech případech bylo provedeno fyzikální vyšetření pacientky porodní asistentkou a výsledky zaznamenány do sesterské dokumentace. Dále byl zjištěn a zaznamenán stav pacientky, její tělesný vzhled, stravovací návyky, pitný a spánkový režim.

Při přijetí byly porodní asistentkou stanoveny tyto sesterské diagnózy: strach a úzkost, bolest. V průběhu hospitalizace, po operačním výkonu byla porodní asistentkou stanovena ještě další sesterská diagnóza: porucha kožní integrity.

V sesterských záznamech je pak dále hodnocen fyzický stav pacientky. Je zaznamenán fyzický stav pacientky při přijetí a dále pak po operačním výkonu – mobilizace, péče o močení a stolici, stav zavedené kanyly a její odstranění, kontrola vaginálního krvácení, stav incize a podávání léků dle ordinace lékaře. Psychický stav a potřeby s ním spojené jsou zastoupeny pouze odstraňováním a zmírňováním bolesti. Nebylo však použito hodnocení dle škály bolesti. Potřeby sociální jsou v sesterských záznamech zcela opomenuty.

5. Diskuze

Cílem této práce bylo definovat priority bio – psycho – sociálních potřeb žen s mimoděložním těhotenstvím. Dále pak byla provedena analýza ošetrovatelské dokumentace a na jejím základě byla provedena komparace s prioritami bio – psycho – sociálních potřeb pacientek. Součástí výzkumu byla rovněž analýza písemných dokumentů. Následně pak byly vypracovány kazuistiky. Celý výzkum proběhl na Gynekologicko – porodnické klinice Fakultní nemocnice Plzeň.

Informace o prioritách bio – psycho – sociálních potřeb pacientek byly získávány formou nestandardizovaného rozhovoru. Bylo osloveno pět pacientek s diagnózou mimoděložního těhotenství před jejich propuštěním do domácí péče. Všechny pacientky s rozhovorem souhlasily.

Nejprve byly pacientky dotazovány ohledně těhotenství. Pouze jedna z pěti dotazovaných žen o těhotenství nevěděla a těhotenství nebylo žádoucí. Ostatní čtyři ženy těhotenství plánovaly a dítě si velmi přály. Informace o mimoděložním těhotenství a nutnosti jeho odstranění je vždy zaskočila, byly zklamané a smutné. Z rozhovorů vyplynulo, že pro tyto čtyři ženy – tedy pro 80% oslovených žen – byla ztráta dítěte v ranné fázi těhotenství nejvíce deprimující.

Všechny ženy byly informovány lékařem o rozsahu provedeného operačního zákroku. Čtyři ženy dostatečně porozuměly sděleným informacím a vyslovily obavy o další možné těhotenství. Možnost dalšího těhotenství řádně prodiskutovaly s lékařem a byly rozhodnuté dodržet jeho pokyny. Jen jedna z pěti dotázaných žen plně nepochopila sdělené informace a o další těhotenství již neměla zájem.

V rozhovoru byl ženám rovněž položen dotaz, zda někoho z neúspěšného těhotenství vinní. Opět čtyři dotázané ženy udávaly, že vinní samy sebe. Hledají chyby ve svém chování, jednání a ve svých rozhodnutích.

Všech pět oslovených pacientek bylo zcela spokojeno s péčí porodních asistentek. Hodnotily kladně jejich dosažitelnost, ochotu a ohleduplnost. Při bližším dotazování tři z nich sdělují, že možnost rozhovoru s porodní asistentkou měly tehdy, když vykonávala ošetrovatelské činnosti u jejich lůžka v přítomnosti druhé pacientky. Jedna z pacientek sdělila, že o rozhovor neměla zájem. Jedna z těchto tří pacientek uvedla, že by o rozhovor zájem měla

ale před druhou ženou se styděla. Třetí z těchto žen tuto skutečnost nijak nehodnotila, ale omlouvala porodní asistentku množstvím práce. Jen jedné pacientce byla porodní asistentkou nabídnuta možnost soukromého rozhovoru, ona však odmítla – důvod nesdělila. Poslední s žen sděluje, že porodní asistentky se o rozhovor s ní nesnažily a ani ji nebyla nabídnuta možnost rozhovoru v soukromí.

Ani jedna z pacientek nebyla informována o možnosti konzultace s klinickým psychologem. Pouze jedna z žen však připouští spolupráci s psychologem, ale pouze ambulantně.

Pacientky, které pociťovaly smutek ze ztráty dítěte spoléhaly na podporu partnera a také svojí rodiny .

Pouze jedna z oslovených pacientek měla obavy především o sebe a o svůj zdravotní stav. Jednalo se o pacientku, která si další těhotenství již nepřála a v popředí zájmu pak u ní byla její vlastní osoba.

Z uvedeného tedy vyplývá, že tyto pacientky staví do popředí uspokojení svých potřeb psychologických. Domnívám se, že se jedná převážně o potřeby bezpečí a jistoty, o potřeby lásky a sounáležitosti a v neposlední řadě také o potřebu sebeúcty. Před propuštěním byly všechny pacientky již bez potíží a jejich potřeby biologické byly uspokojeny a nebyly pro ně prioritou. O sociální potřebách se nezmínila ani jedna z klientek. Toto je tedy odpověď na první výzkumnou otázku, která měla určit priority v oblasti bio – psycho – sociálních potřeb.

Druhá výzkumná otázka měla zodpovědět, jak byly potřeby žen po prodělaném mimoděložním těhotenství uspokojovány v rámci ošetrovatelské péče. Potřeby biologické byly upokojovány zcela jistě dostatečně. Ani jedna z pacientek v průběhu rozhovoru sama nezmínila žádné problémy z této oblasti a na cílený dotaz sdělily, že se cítí dobře. Prioritní psychologické potřeby pacientek byly v ošetrovatelské péči opomenuty. Farkašová upozorňuje na vzájemný vztah potřeb. Některé potřeby nelze uspokojit, dokud nejsou uspokojeny jiné, příbuzné, potřeby. Rovněž zmiňuje hierarchii potřeb dle Maslowa – nejprve je nutné uspokojovat potřeby na nižší úrovni a po té potřeby úrovně vyšší (4). To je také patrně důvodem toho, že pacientky nepociťovaly nutnost uspokojování sociálních potřeb.

Úkolem další výzkumné otázky bylo hledat odpověď na to, zda plán ošetrovatelské péče odpovídá bio – psycho – sociálním potřebám pacientek. Po provedení analýzy

ošetřovatelské dokumentace bylo zjištěno, že plán ošetřovatelské péče a následně poskytovaná ošetřovatelská péče neodpovídá prioritním potřebám pacientek.

Z ošetřovatelské dokumentace vyplývá, že prioritní byly pro porodní asistentky potřeby biologické. Záznamy z jednotlivých dnů v průběhu hospitalizace u jednotlivých pacientek hodnotí pouze jejich fyzický stav a jsou zaznamenány převážně ošetřovatelské intervence prováděné v rámci uspokojování biologických potřeb. Paradoxní je, že z oblastí potřeb biologických byla porodní asistentkou stanovena vždy pouze jedna sesterská diagnóza a to porucha kožní integrity.

Při přijetí byly sice porodní asistentkou stanoveny sesterské diagnózy vztahující se k uspokojování potřeb psychologických a to strach a úzkost, ale v průběhu hospitalizace nebyla zaznamenána ani jedna intervence vedoucí k jejich odstranění.

Farkašová řadí do uspokojování psychologických potřeb také odstraňování a zmírňování bolesti (4). V sesterské dokumentaci byly uvedeny intervence poskytované k odstranění a zmírnění bolesti. Z toho tedy vyplývá, že v rámci uspokojování psychologických potřeb věnovaly porodní asistentky pozornost pouze bolesti.

Sociální potřeby nebyly v ošetřovatelské dokumentaci zmíněny vůbec.

Úkolem čtvrté, tedy poslední výzkumné otázky, bylo zjistit, jaký ošetřovatelský problém (ošetřovatelská diagnóza) se u žen s mimoděložním těhotenstvím vyskytuje nejčastěji. Po provedených rozhovorech pacientkami se domnívám, že by touto nejčastější diagnózou měla být tato : 00136 Anticipační smutek způsobený ztrátou dítěte v ranné fázi těhotenství projevující se pláčem, hněvem, obviňováním sebe sama ze selhání, neochotou ženy komunikovat.

Asi bychom se měli zamyslet nad tím, proč opomíjíme ty potřeby, jejichž uspokojení je v rámci péče poskytované námi, porodními asistentkami, pro pacientky s diagnózou mimoděložního těhotenství nejdůležitější.

Domnívám se, že je to tím, že my porodní asistentky vidíme jako nejdůležitější ten fakt, že mimoděložní těhotenství je stav, který může ženu ohrožovat na životě. Po odstranění mimoděložního těhotenství se nám jeví jako nejdůležitější , že život ženy je zachráněn. Téměř opomíjíme to, že žena těhotenství plánovala, věděla o něm, informovala svoji rodinu a začala se na dítě těšit. Po odstranění těhotenství se trápí a je smutná, že dítě ztratila. Odstranění mimoděložního těhotenství bývá ve většině případů doprovázené jistým „devastujícím“ zákrokem, který šanci na další těhotenství ženy snižuje. Tato skutečnost prohlubuje již

existující obavy, zda se ženě ještě podaří otěhotnět. Zapomínáme na to, že uzdravovat může i krátký soukromý rozhovor, pohlazení, stisk ruky nebo pousmání. Měly bychom mít stále na paměti, že pracujeme s pacientkami jako celkem, tedy jako s bio – psycho – sociální bytostí a že pokud dojde k poruše jedné z těchto částí, ovlivní to celý systém, jak uvádí Trachtová (16).

Myslím si, že v této situaci hraje svoji roli i náročnost povolání porodní asistentky. Porodní asistentky, které vykonávají svoji práci jsou zatěžovány nejenom fyzicky, ale převážně psychicky. Následkem je pak sklouznutí do určité rutiny a snad i nevědomé opomíjení problémů našich pacientek. Je to pro naši psychiku méně zatěžující, než se opakovaně podílet na řešení těchto problémů, radit a naslouchat. Ale na druhé straně bychom nikdy neměly zapomínat na to, proč chceme toto povolání vykonávat . Chceme především pomáhat a uzdravovat. A uzdravovat nejenom fyzicky, ale také psychicky.

A v neposlední řadě, dle mého názoru, hraje svoji roli neustálý nedostatek porodních asistentek. To pak vede k tomu, že i kdybychom chtěly s pacientkou promluvit a věnovat se jí, radit a pomáhat, nemáme na to prostě čas.

6. Závěr

Tato bakalářská práce se zabývala problematikou ošetrovatelské péče o ženu s mimoděložním těhotenstvím. Cílem práce bylo definovat priority bio – psycho – sociálních potřeb žen s mimoděložním těhotenstvím. Cíl práce byl splněn na základě výsledků, které byly získány výzkumným šetřením.

Byly stanoveny čtyři výzkumné otázky. Úkolem těchto výzkumných otázek bylo zjistit, jaké priority v oblasti bio – psycho – sociálních potřeb mají ženy po prodělaném mimoděložním těhotenství, dále jak byly uspokojovány potřeby těchto žen v rámci ošetrovatelské péče. Byla hledána odpověď na to, zda plán ošetrovatelské péče odpovídá prioritám bio – psycho – sociálních potřeb klientek a jaký ošetrovatelský problém (ošetrovatelská diagnóza) se u žen vyskytuje nejčastěji.

Tyto výzkumné otázky byly zodpovězeny na základě zpracování výsledků výzkumného šetření, kterého se zúčastnilo pět klientek s diagnózou mimoděložního těhotenství. Byly stanoveny následující hypotézy. První hypotéza: Pro ženy po prodělaném mimoděložním těhotenství jsou prioritní potřeby z oblasti psychologické. Druhá hypotéza: Tyto potřeby byly v rámci poskytování ošetrovatelské péče uspokojovány nedostatečně a pouze okrajově. Třetí hypotéza: Plán ošetrovatelské péče neodpovídá bio – psycho – sociálním potřebám klientek. Čtvrtá hypotéza: Nejčastějším ošetrovatelským problémem (ošetrovatelskou diagnózou) je anticipační smutek.

Tato práce by mohla být přínosná pro porodní asistentky, ale také pro studentky, které se připravují na vykonávání povolání porodní asistentky. Měla by jim připomenout, co je pro ženu po prodělaném mimoděložním těhotenství prioritní a co tyto ženy v péči postrádají. Může být určitým návodem jak tuto péči poskytovat tak, aby byly uspokojeny všechny potřeby klientek a převážně pak ty, které jsou pro ně nejdůležitější.

7. Seznam použitých zdrojů

1. Citterbart K. et al. Gynekologie, 2001, Galén, Praha, 1. vydání, 278 s,ISBN 80 – 7262 – 094 – 0
2. Čechová V., Mellanová A. , Rozsypalová M. Speciální psychologie, 1995, IDVPZ, Brno, 1. vydání, 173 s, ISBN 80 – 7013 – 197 – 7
3. Drábková J. Akutní stavy v první linii, 1997, Grada, Praha, 1. vydání, 336s, ISBN 80 – 7169 – 238 – 7
4. Farkašová D. Ošetrovatelství – teorie, 2006, Osveta, Martin, 1.české vydání, 211s, ISBN 80 – 8063 – 227 – 8
5. Holub Z., Kužel D. a kol.Minimálně invazivní operace v gynekologii, 2005, Grada, Praha, 1. vydání, 236 s, ISBN 80 – 247 – 0834 – 5
6. Kolektiv autorů. Porodnické ošetrovatelstvo, 2000, Osveta, Martin, ISBN 80 – 8063- 053 – 4
7. Kudela M. a kol. Základy gynekologie a porodnictví pro posluchače lékařské fakulty, Univerzita Palackého, Olomouc, 2008, 2.vydání 273 s, ISBN 978 – 80 – 244 – 1975 – 6
8. Leifer G. Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství, 2004, Grada, Praha, 1. české vydání, 988 s, ISBN 80 – 247 – 0668 – 7
9. Macků F. , Macků J. Průvodce těhotenstvím a porodem, 1998, Grada, Praha, 1. vydání, 328 s, ISBN 80 – 7169 – 589 – 0
10. Marečková J. Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách, 2006, Grada, Praha, 1. vydání, 264 s, ISBN 80 – 247 – 1399 – 3
11. Pokorná A. Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství, 2008, NCO NZO, Brno, 2. přepracované vydání, 211 s, ISBN 80 – 8063 – 227 - 8
12. Ratislavová K. Aplikovaná psychologie porodnictví, 2008, RA Area, Praha, 1. vydání, 106s, ISBN 978 – 80- 254 – 2186 – 4
13. Roztočil A. a kol. Moderní porodnictví, 2008, Grada, Praha, 1. vydání, 408 s, ISBN 978 – 80 – 247 – 1941 – 2
14. Roztočil A. a kol. Vybrané kapitoly z gynekologie a porodnictví, II. část - porodnictví, 1994, IDVPZ, Brno, 1. vydání, 301 s, ISBN 80 – 7013 – 182 – 9

15. Slezáková L. a kol. Ošetřovatelství pro zdravotní asistenty III, Gynekologie, porodnictví, onkologie, psychiatrie, 2007, Grada, Praha, 1. vydání, 214 s, ISBN 978 – 80 – 247 – 2270 – 2
16. Trachtová E. a kol. Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu, 2001, IDVPZ, Brno, 2. vydání, 186 s, ISBN 80 – 7013 – 324 – 8
17. Venglářová M., Mahrová G. Komunikace pro zdravotní sestry, 2006, Grada, Praha, 1. vydání, 144 s, ISBN 80 – 247 – 1262 – 8
18. Zacharová E. Úvod do studia zdravotnické psychologie, 2002, Ostravská univerzita, ZSF, Ostrava, 1. vydání, 128 s, ISBN 80 – 7042 – 333 – 1
19. <http://www.gyn.cz/tree.php?up=235>
20. <http://www.tribune.cz/clanek/9156>
21. <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2006-11/index.php>
22. <http://cs.wikipedia.org/wiki/Osobnost>
23. www.rehabilitacniustav.cz/files/Pavelkova-Gutova-os-proces.pdf
24. www.karim-vfn.cz/userfiles/image/download-arip/prednaska_arip_srsnova.pdf

8. Klíčová slova

Mimoděložní těhotenství

Ošetrovatelská péče

Ošetrovatelská diagnóza

Potřeby

Porodní asistentka

9. Seznam příloh

1. Okruhy nestandardizovaného rozhovoru
2. Příklad sesterské diagnózy u ženy s mimoděložním těhotenstvím
3. Žádost přednostovi Gynekologicko – porodnické kliniky Fakultní nemocnice v Plzni
4. Žádost náměstkovi pro léčebnou péči Fakultní nemocnice v Plzni

Příloha 1

Okruhy nestandardizovaného rozhovoru

- zahájení rozhovoru – představení
- informace o graviditě
- věděla - li o graviditě
- bylo těhotenství chtěné, plánované
- informace o průběhu hospitalizace
- jak byla pacientka spokojená
- chování personálu, ochota naslouchat, informace od porodních asistentek
- čas porodních asistentek na rozhovor s pacientkou
- byla nabídnuta péče psychologa – poradenství
- dostupnost a ochota porodních asistentek
- zda jí v péči něco chybělo nebo, co by uvítala
- má klientka z něčeho obavy
- plánuje další těhotenství a zda se toho obává.
- byla pro pacientku důležitá podpora rodiny a přátel.
- obviňuje někoho ze selhání ze selhání (vlastní selhání).
- má zájem o psychologickou péči?

Příloha 2

Příklad sesterské diagnózy u ženy s mimoděložním těhotenstvím

00136 Anticipační smutek způsobený ztrátou dítěte v rané fázi těhotenství projevující se pláčem, hněvem, obviňováním sebe sama ze selhání, neochotou ženy komunikovat

Cíl:

V průběhu hospitalizace se pacientka / klientka zklidní, nepláče. Komunikuje s rodinou a se svými blízkými, neodmítá komunikaci s ošetřujícím personálem.

Výsledná kritéria:

- pacientka/klientka je klidnější, nepláče
- hněv ustoupil, pacientka/klientka verbálně sdělí, že se neobviňuje
- u pacientky/klientky jsou patrné snahy o navázání komunikace s ošetřujícím personálem

Ošetřovatelské intervence:

- poskytni ženě dostatečné soukromí a časový prostor
- potvrď vysvětlení, které podal lékař, používej jednoduchou řeč
- zodpověz všechny případné dotazy pacientky
- zajisti kontakt s rodinou, přáteli a blízkými osobami, pokud si to pacientka přeje
- používej otevřených komunikačních technik – tichá přítomnost, vyjádření soucitu, tvrzení s otevřeným koncem, reflexe pocitů, které žena projeví
- zajisti konzultaci psychologa
- podej léky na uklidnění dle ordinace lékaře

Zhodnocení:

Během hospitalizace je pacientka již klidnější, nepláče, běžně komunikuje s rodinou a projevuje ochotu ke komunikaci s ošetřujícím personálem. Není nutné podávat léky na uklidnění. Na dotázání sděluje, že pochopila, že mimoděložní těhotenství nebyla její chyba a snaží se neobviňovat sama sebe.

Příloha 3

Věc: Žádost o sběr dat k bakalářské práci na gynekologicko – porodnické klinice

Vážený pane docente,

Pracuji na gynekologicko – porodnické klinice jako porodní asistentka. V letošním roce budu ukončovat bakalářské studium ve svém oboru. Obracejím se na Vás se žádostí provést analýzu písemných dokumentů a rozhovor u pěti vybraných pacientek s diagnózou mimoděložního těhotenství v rámci své bakalářské práce.

Vše jsem konzultovala s Oddělením pro styk s veřejností, které předběžně informovalo náměstkyně léčebně preventivní péče MuDr. Jiřího Poborského.

Předem děkuji za kladné vyřízení mé žádosti.

Markéta Žáková

Příloha 4

Věc: Žádost o analýzu písemných dokumentů

Vážený pane náměstků,

Pracuji na gynekologicko – porodnické klinice jako porodní asistentka. V letošním roce budu ukončovat bakalářské studium ve svém oboru. Obracím se na Vás se žádostí provést analýzu písemných dokumentů u pěti vybraných pacientek s diagnózou mimoděložního těhotenství v rámci své bakalářské práce.

Současně jsem informovala také vedení kliniky – přednostu kliniky a vrchní sestru. Svůj záměr jsem rovněž konzultovala s Oddělením pro komunikaci s veřejností.

Předem děkuji za kladné vyřízení mé žádosti.

Markéta Žáková