

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE
O ŽENU S HROZÍCÍM PŘEDČASNÝM PORODEM**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

PhDr. Vlasta Koudelková, R.M.

2009

Soňa Jedličková, DiS.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Ošetrovatelská péče o ženu s hrozícím předčasným porodem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. V platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách.

V Českých Budějovicích:.....

.....

podpis studenta

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Vlastě Koudelkové, R.M. za odborné konzultace, projevený zájem, trpělivost a drahocenný čas, který mi věnovala.

Abstract

Premature labour is still a serious problem in Czech healthcare system. The rate is 5-6 %. It has not only health but also family, social and economic impact. A healthy mother and physiological labour of a newborn are the basic goals of perinatal medicine and the whole perinatal care. According to the literature the most common complications during pregnancy are epidemiological, iatrogenic and serious health factors of a mother. Although we know the most common causes of premature labours, we do not talk enough about nursing of women with these problems. The effort of the thesis is to bring it closer.

The topic of the thesis is processed on the basis of a qualitative research by means of non-standardized interview and five casuistries, which were processed by means of a functional model by M. Gordon. Everything proceeded at the department of risk pregnancy in ON Příbram. The research group was created by 5 pregnant women in various weeks of pregnancy who were concerned with the problems of impending premature labour.

The results of the qualitative research were compared with the compiled statistics of premature labours in ON Příbram. The data was collected from labour books from 1985 – to 1988 and from 2005 to 2008. According to the statistics the increasing prevalence of premature labours was found out.

From the results of the research emerged that 80 % of informants have sufficient awareness during prenatal care and 20 % none. Further, 100 % of informants have sufficient awareness on impending premature labour during hospitalization. For 100 % of informants with these problems is the biggest problem the fear for unborn child. 80 % of informants find no negatives in nursing and 20 % find negatives in disunity of information from the doctors and their often changes.

On the basis of the research it is possible to state hypothesis: The clients visiting prenatal care and if they are hospitalized in ON Příbram have enough information on impending premature labour. The biggest problem in hospitalized women with impending premature labour is the fear for unborn child. Informants find no negatives in nursing carried out by midwives.

The results of the research are intended for present and future nursing teams dealing with these problems and might aid to improve the quality of nursing women with impending premature labour.

Obsah

Úvod	3
1. Současný stav	4
1.1 Historie porodnictví a ošetrovatelské péče	4
1.2 Definice předčasného porodu	7
1.3 Frekvence předčasných porodů	7
1.4 Symptomatická klasifikace rizika vzniku předčasného porodu	8
1.5 Příčiny předčasného porodu	9
1.6 Diagnostika předčasného porodu	10
1.7 Terapie předčasného porodu	12
1.8 Ošetrovatelská péče v rukou porodní asistentky	14
1.8.1 Prenatální péče o ženy s hrozícím předčasným porodem	14
1.8.2 Péče při příjmu ženy s hrozícím předčasným porodem	15
1.8.3 Péče o ženy s hrozícím předčasným porodem na oddělení rizikového těhotenství	16
1.9 Funkční typ zdraví – model M. Gordonové	18
1.10 Vybrané ošetrovatelské diagnózy vztahující se k hrozícímu předčasnému porodu	20
2. Cíle práce, výzkumné otázky	22
2.1 Cíle práce	22
2.2 Výzkumné otázky	22
3. Metodika	23
3.1 Použitá metodika	23
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	23
4. Výsledky kvalitativního šetření	24
4.1 Kazuistiky respondentek	24
4.2 Rozhovory s respondentkami	42
4.3 Statistika předčasných porodů v ON Příbram	57
5. Diskuze	59
6. Závěr	63
7. Seznam použitých zdrojů	64
8. Klíčová slova	66
9. Seznam příloh	67

Úvod

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

Těhotenství je velmi dynamický děj, při kterém může kdykoliv a v kterékoliv době gestace nastat situace, která dosud fyziologický průběh gravidity zkomplikuje. Proto by měla veškerá péče být zahájena kvalitním preventivním programem. Jde o včasnou a pravidelnou prenatalní péči, která dovoluje lékaři a porodní asistenci zjistit rizikové faktory ohrožující ženu. V těchto případech, pokud žena pravidelně navštěvuje prenatalní poradnu, lze cílenou i individuální péčí a prevencí zmírnit riziko pro ženu i pro plod na minimum.

Další péče se týká žen, u kterých již došlo k této problematice a jsou hospitalizovány. Jde především o zamezení předčasného porodu správnou diagnostikou, terapií a v neposlední řadě kvalitní ošetrovatelskou péčí.

Tato práce má přiblížit ošetrovatelskou péči poskytovanou ošetrovatelským týmem, zjistit informovanost klientek, jejich nejčastější obavy a nedostatky, které z jejich pohledu shledávají při provádění ošetrovatelské péče.

1. Současný stav

Prevence prematurity je jedním ze základních cílů současné perinatální péče. Programy prevence jsou navrhovány s cílem časného rozpoznání a intervence, ještě než se objeví první symptomy. Je třeba zajistit dostatečná informovanost, časté kontroly rizikových pacientek s důrazem na monitorování děložní činnosti, stav porodních cest zavedení včasné léčby hrozícího předčasného porodu.

Dle odborné literatury (4) se současný stav hodnotí jako neuspokojivý. A to díky tomu, že frekvence předčasných porodů v ČR je již několik let beze změny. V prevenci má proto zásadní význam kvalita perinatální péče poskytovaná kvalifikovaným ošetrovatelským týmem s individuálním přístupem ke každé těhotné.

1.1 Historie porodnictví a ošetrovatelské péče

Péči o těhotnou a rodící ženu, jak ji známe dnes, předcházela staletí pokoutných praktik, pověr, diagnostického i terapeutického tápání. Porod byl dlouho dramatickou záležitostí, rizikové bývalo i samotné těhotenství. Bez nadsázky lze říci, že těhotná žena byla vždy ohrožená na životě. A nebylo zvláštností, že movitější těhotné ženy sepisovaly závěť. Úmrtnost matek při porodu byla vysoká, hodně žen umíralo i v období šestinedělí.

Těhotenství provázely četné pověry: žena se měla střežit nepříjemných, či dokonce děsivých vizuálních vjemů a chuťovým abnormalitám budoucí matky bylo třeba vyhovět, neboť se věřilo, že jejich potlačení se projeví zhoubně na dítěti. Jako prevence proti silným porodním bolestem či proti tvorbě pajizévek se v pražských měšťanských rodinách doporučovalo natírat v druhé polovině těhotenství břicho a bedra kořalkou. Matka měla chodit po proudu řeky, aby mělo dítě dlouhé vlasy. Tyto pověry většinou neškodily, daleko závažnější bylo primitivní vedení porodu, často bez základních znalostí anatomie a za velmi nedostatečných hygienických podmínek. Porod byl výsadní záležitostí žen – sousedek, příbuzných a hlavně porodní báby. Pro lékaře zůstávala přítomnost u porodu dlouho tabu: roku 1521 byl v Hamburku upálen doktor Viet, který se v ženském převlečení vetřel k lůžku rodící ženy. Na tomto zákazu nemohl nic změnit ani fakt, že autorem první tištěné učebnice porodnictví, jež vyšla roku 1513, byl muž - lékař E. Roeslin z Wormsu. Kniha, plná nepřesných představ o ženské anatomii, byla velmi oblíbená a vyšla v pěti jazycích (4, 13).

Zhruba o půl století dříve se některá pozdně středověká evropská města pokoušela o určitou reglementaci babického řemesla. Roku 1452 vyhlašuje babický řád městská rada v Řezně, roku 1480 v Norimberku a o jedenáct let později v Ulmu. Uvedené vyhlášky byly pro všechny porodní báby závazné a městští radní jimi sledovali bohužel cíl, který spočíval v zajištění pomoci v těhotenství a při porodu také ženám z nejchudších vrstev, měla se snížit vysokou úmrtnost rodiček a novorozeňat. Možnosti vedení porodu porodní bábou byly dost omezené. Nedokázala tišit porodní bolesti, nevyznala se v medikamentech a při komplikovaném porodu (krvácení, při netypickém uložení plodu, při potížích s vybavením lůžka) byla bezradná. Také v babickém řemesle se dlouho udržovaly nejrůznější pověry a dá se říci, že zásadně ovlivňovaly tehdejší ošetrovatelskou péči. Mělo se za to, že bolesti zmírní ovinutí pravého stehna rodičky zmijí kůží či polknutí vlčí kůže, podkuřování rodidel holubím nebo čapím trusem nebo prý bylo vhodné přivázat na levé stehno srdce z čerstvě zabitě slepice. To měla bába ihned po porodu odvázat, aby nedošlo k vyhřeznutí střev. Pokud se porod protahoval, dávala bába rodičce šňupací tabák, dítě pak přicházelo na svět za křečovitého kýčání matky. Hodně babiček vzhledem k traumatizujícím zážitkům při porodu, holdovalo alkoholu, navzdory zákazům v babických řádech (3,11).

Všechny tyto terapeutické mezery umožnily, aby se u porodů začali postupně objevovat muži, ať již lékaři, či pouze chirurgové nebo felčáři. Jejich znalosti z anatomie, orientace v možnostech použití medikamentů i obratnost v používání nástrojů (kleští), byly ve srovnání s porodními bábami hlubší a kvalitnější. Mezi nimi a porodními bábami vznikl konkurenční boj. Málo vzdělaná porodní bába, znalá spíše magie než anatomie, někdy dokonce andělíčkářka, sice patřila ke koloritu evropského města či vesnice, nicméně v konkurenci studovaných lékařů nemohla obstát.

V druhé polovině 18. století došlo však v babictví ke změně. Společně se vznikem nového státu se pojetí porodní báby více přiblížilo představě moudré ženy. Evropské osvícenství přichází s dalšími učebnicemi porodnictví a s názornými metodami. Ve Francii objela v šedesátých letech 18. století celou zemi slavná porodní bába Angélique – Marguerite Boursier du Coudray se svou famózní hadrovou loutkou velikosti dospělé ženy s důkladně vypracovanými příslušnými partiemi. Pomocí loutky vyškolila přes 10 000 žákyň, které navíc seznámila s psychologickými metodami směřující ke zmírnění porodních bolestí. Také byla publikačně činná – její pojednání O umění porodu vyšla v šesti vydáních (7,11).

Atributem osvícenské péče o obyvatelstvo bylo i programované zakládání porodnic, v nichž báby získávaly své kvalifikace a byly zde nesmlouvavě podřízeny autoritě lékaře. V Praze bylo školení pro porodní báby a porodníky zavedeno Generálním zdravotním řádem pro království České z roku 1753. O tři roky později vyšla příručka pro báby, překlad spisu

J.J. Crantze „ Výborné naučení pro báby a jiné při porodech pomáhající osoby“. Autorem další české učebnice „Úvod k babení“ byl Antonín Jungmann.

Poprvé vyšla roku 1804 a používala se po celou první polovinu minulého století. Kvalifikační kurzy pro babičky zaváděly krajské úřady v jednotlivých oblastech Čech. Podle babického řádu byla každá porodní bába povinná složit před zahájením samostatné praxe zkoušku před městským lékařem a některou ze svých vyzkoušených kolegyň. Navzdory výhradám a nedostatkům, navzdory jistým pokrokům v lékařství, zůstávala porodní bába v drtivé většině případů osobou, která pomohla novorozenci na svět (11,3).

Do porodnic chodily slehnout jen ty nejchudší ženy. Pobyt v porodnici byl hluboko do dvacátého století degradující. Byl ukázkou chudoby a nelegitimnosti dítěte. Navíc se na těchto matkách zaučovali lékaři, což bylo pro nejednu matku pokořující. Na druhou stranu jen díky existenci těchto porodnic se porodnictví a gynekologie mohly ustavit jako vědní obory. Porodnické operace zůstávaly dlouho velkým rizikem, pro nízkou úroveň obecných chirurgických znalostí a velké riziko infekce. Teprve 21.5.1792 provedl v Praze Jan Melič ve spolupráci s chirurgem Jáchymem Vrabcem úspěšně císařský řez. Přežilo nejen dítě, ale i matka. V porodnici umíralo hodně matek především na horečku omladnic. Její příčinu objasnil ve čtyřicátých letech minulého století Ignác Filip Semmelweis. K zabránění infekce vyžadoval na lékařích i personálu mytí rukou a jejich dezinfekci chlorovým vápnem. Své závěry však prosazoval jen obtížně. V Čechách jeho odpůrce prof. Hamerník, aby dokázal, že nemá pravdu, úmyslně několika nedělkám do rodidel hnis. Když pak díky dávce štěstí žádná neonemocněla a nezemřela, Hamerník se chlubil, že jeho teorie je správná (11,3).

Celkem vzato, porodnická praxe lékařů zůstávala na okraji odborného zájmu a není proto divu, že tato nedůsledná medializace porodů nevedla až do posledního desetiletí devatenáctého století k radikální úmrtnosti rodiček, ta se pohybovala kolem 10 % v nemocnicích. Teprve kolem roku 1900 poklesla zhruba na 2 %. Jistě to souviselo i s velkým pokrokem v hygieně a životosprávě těhotné.

Je patrné, že při pouhém náčrtu z historie porodnictví a ošetrovatelská péče o těhotnou a rodící ženu, prošel tento obor během staletím velkým vývojem. Cesta k vyhnání smrti od kolébky a lůžka ženy byla velmi dlouhá a náročná. Začala vydáváním tzv. babických řádů středověkými městy, sepisováním rukopisných „zdravověd“ a vyústila v medikalizaci porodů dovršenou kolem poloviny 20. století (3,7,11).

1.2 Definice předčasného porodu

Podle definice Světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 1977 je předčasný porod definován jako ukončení těhotenství před dokončeným 37. týdnem gestačního stáří, to je méně než 259 dní od prvního dne poslední menstruace. Dolní hranice viability v České republice stanovila Česká neontologická společnost na ukončený 24. ukončený týden těhotenství. Tato hranice není konečná a s rozvojem neonatologie se bude stále posouvat níž. Pokud nejsou k dispozici důvěryhodné informace o gestačním stáří v tom určitém případě, jsou hranice předčasného porodu stanoveny podle hmotnostního rozpětí mezi 500 a 2500 gramů. Pokud je předčasně porozen plod s hmotností menší než 500 gramů a jeho životní projevy přetrvávají déle než 24 hodin, je toto ukončení klasifikováno jako předčasný porod, ne jako potrat (4,11).

1.3 Frekvence předčasných porodů

Incidence předčasných porodů v rozvinutých zemích kolísá mezi 5 - 10 %. Ve Spojených státech se vyskytuje v cca 7 – 10 % porodů. Bílá populace se ve frekvenci předčasných porodů neliší od bílé populace evropské, afrohispanšská populace USA má frekvenci předčasných porodů cca 12 %. V České republice dlouhodobě osciluje jeho výskyt kolem 6 %. V rozvíjejících se zemích se předčasný porod vyskytuje více než v 10 %. Předčasný porod je příčinou cca 70 % neonatálních úmrtí u novorozenců bez vrozených vývojových vad. Děti narozené ve 28. týdnu těhotenství přežívají až v 78 %. Po 32. týdnu gestace je časná novorozenecká úmrtnost téměř identická s dětmi narozenými v termínu. Závažné neurologické a mentální handicap se vyskytují v 5 - 6 % u dětí vážící méně než 2500 g, v 18 % u dětí s porodní váhou pod 1500 g a ve 40 – 50 % u dětí s hmotností do 750 g (11,4).

1.4 Symptomatická klasifikace a rizika vzniku předčasného porodu

Mezi symptomatickou klasifikaci patří idiopatický předčasný porod, jehož charakteristikou je předčasný nástup děložních kontrakcí. Dále sem patří předčasný odtok plodové vody, který je charakterizován samovolným odtokem plodové vody bez předcházející děložní činnosti. Iatrogení předčasný porod je definován jako lékařské předčasné ukončení těhotenství, a to v zájmu zachování zdraví i života matky, plodu nebo obou. Tento může být buď plánovaný při chronicky probíhajících patologických stavech, jako je chorioamnionitida nebo zhoršující se růstová retardace plodu. Nebo akutní, jak je tomu v případech těžkého krvácení matky např. při předčasném odlučování placenty (1, 4,11).

Rizika vzniku předčasného porodu můžeme rozlišit na rizika ze strany matky, která mohou být neovlivnitelná, nebo ovlivnitelná. Dále jde o rizika pramenící z reprodukční anamnézy matky, neovlivnitelných a ovlivnitelných těhotenských komplikací.

Mezi neovlivnitelná rizika ze strany matky patří věk těhotné menší než 18 let a naopak vyšší než 35 let, svobodná nebo nezaměstnaná těhotná, nezaměstnaný partner, příslušnost k sociální minoritě. Špatné sociální podmínky, primigravidita nebo naopak, velká multiparita (5 a více dětí). Mezi ovlivnitelná rizika ze strany matky patří nízký body mass index (BMI), který je menší než 20 %. Těžká fyzická práce, kouření před a v těhotenství. Abúzus alkoholu, drog, psychický stres a nedostatečná nebo chybějící prenatální péče.

Do rizika vzniku předčasného porodu pramenící z reprodukční anamnézy se počítají dva spontánní potraty a nebo umělá ukončení těhotenství v I. trimestru. Dva potraty v II. trimestru a předčasný porod v anamnéze těhotné (11,13).

Do rizika vzniku předčasného porodu pramenící z neovlivnitelných těhotenských komplikací patří vícečetné těhotenství, těžké onemocnění matky, jako jsou akutní onemocnění a systémové infekce, chromozomální, metabolické a strukturální vývojové vady plodu, hypertenzní a renální onemocnění matky, zejména preeklampsie, eklampsie a HELLP syndrom, krvácení v prvním nebo ve druhém trimestru a vrozené nebo získané vývojové vady dělohy.

Do rizika vzniku pramenící z ovlivnitelných těhotenských komplikací patří zejména močová infekce, bakteriální vaginóza, infekce streptokoků skupiny B, sexuálně přenosná onemocnění matky a inkompetence děložního hrdla (4,11).

1.5 Příčiny předčasného porodu

V cca 50 % případů nelze příčinu předčasného porodu identifikovat. Mezi průkazné příčiny patří následující stavy.

Urogenitální infekce jsou infekce, kdy mikroorganismy musí nejdříve dosáhnout cervikální hlenovou bariéru, po té způsobují změny na plodových obalech a strukturách dolního děložního segmentu. Obrana organismu matky je ze začátku zabezpečena hlenovou zátkou hrdla a přítomností IgA v cervikální tekutině. Pokud dojde k porušení cervikální bariéry, mohou bakterie vyvolat předčasný porod mnoha způsoby. Klíčovým procesem je stimulace produkce prostaglandinů a vyplavení mnoha imunomediátorů, které přímo stimulují kontrakce hladké svaloviny dělohy (4,11).

Mezi uteroplacentární ischémie řadíme uteroplacentární vaskulární a vilózní léze, které jsou přítomny v přibližně jedné třetině případů předčasného porodu. Většina těchto lézí vzniká druhotně jako následek nedokonalé fyziologické transformace spirálních arterií. K tomuto jevu dochází v průběhu prvního a v počátku druhého trimestru.

Mezi patologie děložního hrdla patří vrozené poruchy děložního hrdla (cervikální hypoplazie) nebo cervikální trauma (opakované dilatace hrdla ve II. trimestru za účelem ukončení těhotenství, nebo konzistenci hrdla) jsou spojeny se zvýšeným rizikem předčasného porodu jako následku inkompetence hrdla. Riziko vzniku předčasného porodu u nulipary po konizaci hrdla je 4,1 krát vyšší než u ženy bez tohoto zákroku v anamnéze.

Stres se prokazuje epidemiologickými studiemi, které prokazují vliv stresu a jeho působení na frekvenci předčasného porodu. Ženy, které vnímají zvýšenou hladinu stresu jako emoční odpověď na stresující životní události, mají vyšší frekvenci předčasných porodů. Ženy, které stresově prožívají životní události, mají o 76 % vyšší frekvenci předčasného porodu než ženy, které stresově tyto situace neprožívají. Přímý vztah mezi úzkostí matky, jako měřítko vnímání stresu, a frekvenci předčasného porodu prokazují negativní vliv stresu na délku gravidity (1,4,11).

Klinická diagnóza abrupce placenty je přítomna ve 12 % u předčasného porodu ve srovnání s 1 % u termínového porodu. Je potvrzen kauzální vztah mezi metroragií v průběhu těhotenství a předčasným porodem.

K nadměrné děložní dispenzi, patří těhotné s polyhydramniem, které mají vyšší riziko předčasného porodu. Je pravděpodobné, že nadměrná distenze děložní svaloviny vede ke zvýšené kontraktilitě s následnou pravidelnou děložní činností podobným mechanismem jako u jiných orgánů s hladkou svalovinou. Častěji dochází k rozvoji předčasného

porodu u těhotných s diabetem nebo s malformovaným plodem než u žen s prostým polyhydramniem. Stejně je tomu u vícečetného těhotenství.

Oligohydramnion bývá následkem výrazné intrauterinní růstové retardace plodu, nebo s urogenitální malformací plodu, kde není přítomno vylučování moči plodem do amniální dutiny. Asi 60 % těchto plodů je porozeno předčasně.

Chronická hypoxie plodu je často spojena se spontánním nebo iatrogenním předčasným porodem.

Patologické uložení plodu v děloze je častým nálezem při předčasném porodu.

Mezi děložní malformace patří vrozené (uterus acruatus) a získané (Aschermanův syndrom) jsou prokázané mechanické příčiny předčasného ukončení těhotenství.

V případě vrozených vývojových vady plodu se většinou kombinuje vlastní morfologická porucha plodu s často přítomným polyhydramniem. Některé genetické poruchy jsou spjaté s předčasným porodem (Edwards, Down).

Intrauterinní úmrtí plodu může být v souvislosti s metabolické produkty spojeny se syndromem mrtvého plodu hrají významnou roli v nastartování procesů vedoucích k předčasnému porodu. Předčasný porod je v tomto případě vyvolán a to jak z hlediska psychologického, tak medicínského (vyplavení tromboplastinů s následkem poruchy krevního srážení – DIC).

Nízká hmotnost ženy před otěhotněním je zahrnuta do rizika, kdy je Body mass index pod 19,8 kg/m² a je spjat s předčasným porodem zvláště u žen bílé rasy (1,11,13).

1.6 Diagnostika předčasného porodu

Diagnóza hrozícího předčasného porodu musí být stanovena v době příchodu těhotné na porodnické oddělení. Lékařem musí být provedeno zásadní rozhodnutí, zda má být těhotenství dále udržované a zabránit všemi prostředky předčasnému porodu, nebo naopak průběhu předčasného porodu nebránit. Rozdíl v přístupu bude jiný u těhotenství jednočetného a těhotenství vícečetného. Při rozhodování je velmi důležité zhodnotit možnosti vzhledem ke gestačnímu stáří. Diagnostika předčasného porodu by měla postupovat v tomto pořadí: anamnéza, průkaz děložní činnosti, porodnické vyšetření v zrcadlech, abdominální ultrazvuk, průkaz zkrácení děložního hrdla (vaginální ultrazvuk - cervikometrie), průkaz předčasného odtoku plodové vody (PROM), laboratorní testy a kultivace (4,11) .

V anamnéze pacientka obvykle udává občasné nebo pravidelné kontrakce (tvrdnutí v podbřišku), jindy připomínající menstruační bolesti nebo hluboké zádové bolesti v křížové oblasti. Závažnějším příznakem je krvácení nebo krvavý výtok, příznak, který může již

signalizovat předčasný porod v běhu. Je třeba věnovat pozornost i vodnatému výtoku, při vyloučení předčasného odtoku plodové vody.

Děložní kontrakce jsou objektivním průkazem děložní činnosti je zjištěn při kardiokografickém záznamu (CTG). Pokud během 30 minut prokážeme více jak 4 kontrakce, je jasné, že se jedná o hrozící předčasný porod. Pacientka většinou sama souhlasně pociťuje děložní stahy (4).

Porodnické vyšetření vždy zahájujeme vyšetřením v zrcadlech. Pokud by se jednalo o prolaps vaku blan, je menší riziko odtoku plodové vody než při palpačním vyšetřením. Vyšetření v zrcadlech je důležité pro odběr kultivace z hrdla a pochvy a vyšetřením PROM testu. Při vyšetření v zrcadlech můžeme rovněž zjistit profuzní odtok plodové vody. Stanovení cervix skóre na podkladě vaginálního palpačního vyšetření je velmi subjektivní odhad a většinou nekoresponduje s objektivním stanovením délky děložního hrdla. Rozlišíme pouze, zda je hrdlo děložní zkrácené a zevní branka prostupná.

Abdominální ultrazvuk posoudí polohu plodu, biometrii a odhad porodní hmotnosti. Lokalizuje placentu, tvar dělohy (event. abnormality), množství plodové vody a stav plodu při flowmetrii průtoku krve a. umbilicalis.

Vaginální ultrazvuková cervikometrie. Je-li zkrácení děložního hrdla při ultrazvukové cervikometrie menší než 25 mm a je naznačen funnelling (dilatace vnitřní děložní branky ve tvaru písmene T, Y, V nebo U) a zvětšuje - li se při břišním lisu, je tento nález objektivním průkazem hrozícího předčasného porodu (Příloha 1).

Průkaz předčasného odtoku plodové vody se prokazuje vyšetřením vaginálního sekretu pomocí Temesvaryho testu je mnohdy falešně pozitivní (příměs krve). Jediným dnes uznávaným testem je PROM test na podkladě imunochromatografické metody (11).

Mezi laboratorní metody řadíme markery infekce, kdy je v rutinní praxi uplatňován především počet leukocytů s diferenciálním rozpočtem. Vzestup neutrofilů může signalizovat rozvíjející se infekci. Dalším testem používaným v rutinní praxi je C - reaktivní protein (CRP). Jeho vzestup nad 10 mg /l při opakovaných kontrolách rovněž signalizuje rozvoj infekce. Další skupinou laboratorních testů prokazující nastupující infekci jsou cytokiny. Vysoká hodnota sérového interleukinu 6 (IL – 6) prokazuje možnou infekci v amniální tekutině a rozvoj chorioamnionitidy. Je průkazem mikrobiální kolonizace chorioamnia.

Při korelaci s kultivací plodové vody z AMC je dobrým predikátorem chorioamniální infekce.

Specifika vyšetření streptokoků skupiny B (GBS). Odběr kultivačního vzorku provádíme z postranních stěn dolní třetiny pochvy. Vzorky jsou umístěny do transportního media. Standardní kultivační vyšetření umožňuje získat výsledek do 48 hodin. Jedná – li se o

těhotnou ženu s hrozícím předčasným porodem a není – li odtok plodové vody, kultivace z pochvy i z děložního hrdla jsou pozitivní, je doporučeno provést i kultivaci moči. Je nutno zjistit stupeň kolonizace GBS u matky. Pokud je GBS i v moči pozitivní a u matky jsou přítomny klinické i laboratorní známky předčasného porodu (kontrakce, elevace infekčních markerů), doporučuje se matku přeléčit celkově ATB. Je známo, že až 70 % žen je i přes léčbu rekolonizováno. Touto léčbou však můžeme v řadě případů gravidit v nízkém gestačním stádiu zabránit předčasnému odtoku plodové vody a délku těhotenství prodloužit (1,4,11).

1.7 Terapie předčasného porodu

Absolutní kontraindikace léčby jsou smrt plodu, vrozené vývojové vady plodu neslučitelné s životem, diagnóza chorioamniotidy při životaschopnosti plodu, kdy je indikováno okamžité ukončení těhotenství, stavy plodu a stavy matky vyžadující okamžité ukončení těhotenství. Mezi relativní kontraindikace patří krvácení, preeklampsie, akutní a chronický distress plodu, nitroděložní růstová retardace (IURG) a průkaz odtoku plodové vody (11).

Vlastní léčba předčasného porodu spočívá v následujících léčebných metodách. Prvním krokem je hospitalizace pacientky ohrožena předčasným porodem. Lékař naordinuje pacientce relativní klid na lůžku. Absolutní klid na lůžku bez možnosti provedení osobní hygieny a vyprazdňování na toaletě ženu traumatizuje psychicky i somaticky a nepůsobí na zástavu děložní činnosti.

Žena je uložena do polohy Trendelenburg, která je indikována pouze při průkazu inkompetence hrdla.

ATB terapie je indikována při průkazu infekce nebo profylakticky při odtoku plodové vody. Profylaktické podání ATB nemá přesáhnout 7 dní. Doporučená ATB jsou penicilinová, cefalosporinová řada, Erytromycin, Ampicilin apod.

Dále jsou indikovány kortikoidy jako prostředek k urychlení maturace plicní zralosti plodu v období 24 + 0 až 33 + 6 týdnů těhotenství. Je doporučen jeden cyklus aplikace kortikoidů (2 x 12 mg Betametazonu podané i.m. s odstupem 24 hodin, nebo 4 x 6 mg Dexametazonu podané i.m. po 12 hodinách). Kontraindikace podání je zjištění chorioamnionitidy. Kortikoidy výrazně snižují i výskyt nitrokomorového krvácení u novorozence (1,11).

Terapeutická cerclage (dvojitý steh na cervixu) je indikována pouze v případech inkompetence hrdla a to do 25 + 6 týdnů gestace. Kontraindikace provedení cercláže jsou pravidelné děložní kontrakce, předčasný odtok plodové vody, infekce a krvácení. Steh se odstraňuje dva týdny před termínem porodu, při odtoké vodě plodové nebo při začátku

děložních kontrakcí. Před založením stehu se profylakticky aplikuje vaginální léčba (Framykoin, Boraxglycerin, Entizol, případně tokolytika), (Příloha 2). Hydratace (infuzní terapie) patří mezi diskutované body léčby předčasného porodu. Podle definice tvoří tokolytika (tokos – práce, lysis – rozpuštění, omezení, odstranění) skupinu léčebných preparátů, které mají jako hlavní, nebo vedlejší účinek omezení nebo zastavení svalové děložní činnosti. Jejich účinek se může uplatnit na kterémkoliv stupni rozvoji myometrální aktivity. Indikace k tokolytické léčbě za účelem prevence předčasného porodu jsou děložní kontrakce s otevíracím efektem na dolní děložní segment, který se prezentuje vysokým nebo narůstajícím nálezem na děložním hrdle (4,11).

Další indikací je předčasný odtok plodové vody před ukončením 33. týdne těhotenství a to za účelem získání časového prostoru pro aplikaci kortikoidů nutných k indukci zrání plic plodu. Časové vymezení indikace aplikace tokolytik je diskutabilní. Horní hranice je stanovena na 33+6 týdnů. Dolní hranice je problematická, je to 16. týden těhotenství, II. trimestr, nebo přesněji hranice viability plodu. Nejčastěji užívaná tokolytika jsou beta-sympatomimetika. Fenoterol (Partusisten) podávaný v intravenózní a perorální formě. Vedlejšími účinky beta – sympatomimetik u matky jsou tachykardie, hypotenze, palpitace, arytmie, hyperglykémie, hypokalcémie a kožní vyrážka. Vedlejší účinky u plodu jsou tachykardie, hypotenze, hypoglykémie, hypokalcemie, hyperbilirubinemie a myokardální ischémie (11).

U Magnesia není účinek zcela znám. Ve studiích jde především o depolarizaci svalové buňky. Aplikuje se intravenózně nebo perorálně. Dávka magnesia v séru nemá přesáhnout 6 mg/dl. Předávkování se projeví somnolencí, letargií až depresí dýchání.

Účinek blokátorů kalciového kanálu spočívá v blokádě vstupu kalcia do buněk hladkého svalu a snížení jeho obsahu v buňce. Kromě tokolytických účinků se využívá v léčbě hypertenze a srdečních arytmií. Vedlejší účinky jsou podobné jako u beta – sympatomimetik (1,4).

1.8 Ošetrovateľská péče v rukou porodní asistentky

Základní ošetrovateľská péče, vykonávajúcej porodní asistentka u ženy s hrozícím předčasným porodem, se dá rozdělit do tří základních oblastí.

Ošetrovateľská péče v prenatalní poradně, ošetrovateľská péče při příjmu na porodním sále a ošetrovateľská péče na oddělení rizikového těhotenství.

Každá z těchto oblastí má svá specifika a tvoří nedílnou součást kontinuální ošetrovateľské péče o ženu s touto problematikou.

1.8.1 Prenatální péče o ženy s hrozícím předčasným porodem

Ošetrovateľská péče, kterou zajišťuje porodní asistentka, začíná v první řadě prevencí v prenatalní péči. Včasná a pravidelná prenatalní péče spočívá ve sledování zdravotního stavu těhotné ženy a vývoje plodu, s cílem odhalit včas všechny nepravidelnosti a léčit je v prenatalní péči, kde jsou ženy dispenzarizovány (evidovány, sledovány) u ambulantního gynekologa. Podle stavu a průběhu těhotenství je klientka zvána do poradny či na specializovaná pracoviště (rizikové poradny, oddělení genetiky), případně hospitalizována. Frekvence návštěv v poradně je 1x měsíčně, ke konci těhotenství 2 x měsíčně. Od 37. týdne těhotenství probíhají kontroly 1x týdně (včetně kardiokografického záznamu), obvykle na ambulanci vybraného porodního sálu, kde žena plánuje родit. Při potížích přichází žena ihned (12).

V prenatalní poradně patří k úkonům porodní asistentky, vyhodnocování fyzického stavu těhotné, identifikace a přehodnocování rizikových faktorů, poučení o samostatné péči, poradenství o zdravé výživě a pomoc rodině s adaptací na těhotenství. Porodní asistentka naslouchá obavám a odpovídá na dotazy matky, doplňuje informace o problémech v těhotenství, o jejich předcházení při každé prenatalní návštěvě. Dále asistuje lékaři při vyšetřeních, odběrech a plní jeho ordinace. Měří fyziologické funkce, natáčí a hodnotí CTG. Dle svých kompetencí informuje těhotnou ženu o postupech vyšetření (7,12).

V dnešní době je vhodnou informační prevencí návštěva prenatalních kurzů, kde erudované porodní asistentky informují těhotné ženy o těhotenství, připravují je na porod a seznamují je s předcházením možných komplikací.

Ke každé těhotné ženě je nutné přistupovat individuálně a nabídnout jí dostatek informací a času. Konkrétní součástí ošetrovateľské péče je péče poskytovaná porodní asistentkou v získávání ošetrovateľské anamnézy, zjištění klientčiny úrovně sebezpečí, zdůrazňování významu ochrany zdraví (ochrana před infekcí, RTG záření, užívání léků,

kontraindikacích užívání léků), informování o možnostech sportování (zdůrazňuje rizika, doporučí kontakty), upozornění na déletrvající cestování (rizika cestováním letadlem, na motocyklu, autem), edukace klientek o významu předcházení strií, upřednostňování sprchování před koupelí ve vaně, nošení vhodné obuvi, poučování klientek o nutnosti dodržování zásad intimní hygieny, zdůraznění významu okamžité návštěvy u gynekologa, při výtoku či jiných známkách zánětu, o bolestech v podbříšku, tvrdnutí břicha a co dělat při podezření na odtok plodové vody, při nejistotě o zdraví dítěte, nabádání k dostatku spánku, k pravidelnému stravování, edukace v sexuální oblasti, redukování strachu těhotných z porodu a seznámení se zásadami správného kojení (7,12,9).

1.8.2 Péče při příjmu ženy s hrozícím předčasným porodem

Při přijetí porodní asistentka uvítá těhotnou ženu, představí se a vyslechne obtíže se kterými žena přichází. Během úvodního rozhovoru vizuálně zhodnotí její stav (jde-li v předklonu, prodýchává – li si bolesti, schvácenost, apod.). Dále si vyžádá těhotenskou průkazku a v první řadě zjistí termín porodu, podle kterého se odvíjí další ošetrovatelská péče. Základní informace, na které se porodní asistentka zeptá těhotné ženy se týkají krvácení (síla, počet prokrvácených vložek), odtoku plodové vody, intenzity a frekvenci děložních kontrakcí (tvrdnutí břicha, bolesti v podbříšku) a v neposlední době na pohyby plodu. Pokud žena udává podezření na odtok vody plodové, provede tzv. Temešváryho zkoušku (tj. vložka se polije Temešváryho činidlem, při prokázání vody plodové zmodrá) (7,12).

Od začátku poskytuje porodní asistentka těhotné ženě emocionální podporu, aby neměla nepřiměřený strach a obavy. Je dokázáno, že přílišné obavy a strach mají za následek větší bolesti a snížení průtoku placentou. Pokud si bude klientka přát, umožníme jí veškerá vyšetření absolvovat s manželem nebo nejbližším členem rodiny.

Poté co si porodní asistentka ověří termín porodu, natočí těhotné ženě kardiografický záznam (CTG). Těhotná žena je uložena do polohy na boku, nebo se natáčí v polosedě.

Porodní asistentka přiloží na břicho těhotné ženy 2 sondy, jedna snímá děložní tonus, druhou se snímají srdeční ozvy plodu (sonda je zvlhčená lubrikačním gelem). Záznam se natáčí asi 20 minut. Pokud má klientka zájem, vysvětlí jí porodní asistentka systém hodnocení kardiografického záznamu. Změří tlak, pulz, teplotu a podle aktuálního stavu zaurguje lékaře (12,3).

Lékaři asistuje u vyšetření v zrcadlech, vaginálním vyšetření a při případných kultivačních odběrech. Po celou dobu zajišťuje těhotné ženě intimní prostředí (zavřené dveře, příkrývka, zajištěná plenta, minimální vstup nižšího personálu, apod.). Doprovází těhotnou ženu na ultrazvukové vyšetření (na UZ vyšetření se zjišťuje: vitalita plodu, uložení placenty,

průtok placentou, váhový odhad plodu, při nedostačujících informací z těhotenské průkazky i přibližné stáří plodu).

Po potvrzení přijetí zapíše těhotnou ženu do příjmové knihy, do počítačového systému dle zvyklostí oddělení. Vypíše dokumentaci pro rizikové oddělení a souhlas s hospitalizací (především se jedná o kontaktní osobu, podávání informací – osobně, po telefonu, rizika ztrát cenností a velkých finančních částek). Veškeré tyto informace klientka ztvrdí podpisem.

Pokud nesouhlasí s příjmem, i přes všechna vysvětlená rizika, podepíše tzv. negativní reverz (je zde napsáno celé jméno klientky, rodné číslo, vypsání poučení o závažném stavu klientky), který ztvrdí svým podpisem i lékař a porodní asistentka jako svědek. Následně odchází žena na vlastní riziko domů (7).

Po celou dobu příjmu porodní asistentka ochotně a empaticky odpovídá na všechny položené dotazy, dle svých kompetencí klientce i doprovázející rodině. Popřípadě rodině zajistí i pohovor s lékařem.

Po zajištění všech příjmových vyšetření a formalit porodní asistentka doprovází těhotnou ženu a její rodinu (orientace, kde bude klientka hospitalizovaná) na oddělení rizikového těhotenství. Zde se porodní asistentka rozloučí, předá klientku kolegyni a navzájem je představí. Předá dokumentaci, odběry a informuje o ordinacích lékaře, o psychickém stavu, o obavách, které klientka má a případně i o speciálních požadavcích klientky (12).

1.8.3 Péče o ženy s hrozícím předčasným porodem na oddělení rizikového těhotenství

Porodní asistentka seznámí těhotnou ženu s provozním řádem i s členěním oddělení a s právy pacientů. Pokud má žena naordinovaný klidový režim, dle možností, uloží klientku na jedno nebo dvoulůžkový pokoj s WC, sprchou a s možností častých návštěv. Zajistí k lůžku signalizačního zařízení a vysvětlí těhotné ženě princip klidového režimu.

Dle ordinace lékaře zajišťuje potřebné odběry biologického materiálu, lékovou a infuzní terapii. Vše řádně zapíše do dokumentace a potvrdí podpisem.

Výsledky předloží lékaři. Před každým vyšetřením a podáním naordinovaných léků vysvětlí klientce postup, způsob a důvod podání. Ověří si zpětnými dotazy, že žena všemu rozumí. Po zajištění ordinací lékaře, získá porodní asistentka ošetrovatelskou anamnézu (zjistí obtíže, její individuální potřeby, objektivní a subjektivní prožívání klientčina zdravotního stavu) (7,12).

Porodní asistentka nabádá klientku ke spolupráci při kontrole krvácení, kontrakcí, odtoku plodové vody. Zhodnotí úroveň sebezpečí. U podání speciální léčby je nutné pravidelně kontrolovat TK, P, TT a kardiokotografický záznam. Pokud má klientka naordinovány vyšetření mimo oddělení, zajistí porodní asistentka objednání tohoto vyšetření s adekvátním doprovodem. Během celé hospitalizace zajišťuje porodní asistentka klientce soukromí a psychickou oporu. Empaticky vyslechne veškeré dotazy a nepodceňuje u klientky projevy bolesti, strachu i nejistoty. Zajišťuje pravidelný pitný a stravovací režim (7).

Po zajištění akutních klientčích potřeb se porodní asistentka věnuje plánování ošetrovatelského procesu. Zhodnotí zdravotní stav, určí akutní a potencionální problémy, sestaví individuální plán ošetrovatelské péče a vyhodnotí vývoj stavu pacientky. Během celé hospitalizace průběžně sleduje a zjišťuje spokojenost klientky (9).

1.9 Funkční typ zdraví – model M. Gordonové

Tento model vyhovuje nejen v ošetrovateľskej praxi, ale i vzdelávaní a výskumu. Pro porodní asistentky predstavuje systémový prístup a kritické myšlenie v rámci profesnej kompetencie pri realizácii jednotlivých fáz ošetrovateľského procesu napr. získanie informácií a hodnotenie zdravotného stavu klientky/pacientky, jejich analýzu a stanovenie ošetrovateľských diagnóz. „Funkčný typ zdraví“ klientů (jednotlivců, rodin, komunity) jsou obecně odvozeny z interakce člověka a prostředí. Stav zdraví člověka je vyjádřením bio-psycho-sociální interakce (poruchy v jedné oblasti narušují rovnováhu zdraví celého organismu).

Funkční typ zdraví je ovlivněn biologickými, vývojovými, kulturními, sociálními a duchovními faktory (7,9).

Pro dysfunkční typ, je charakteristické, že porodní asistentka stanoví ošetrovateľské diagnózy podľa priorit sestaví adekvátní plán ošetrovateľskej nejen u konkrétných chorobných stavů, ale i relativně zdravích jednotlivců, kdy neposkytnutí adekvátní ošetrovateľské péče dojde k závažnému narušení zdraví a vzniku choroby.

K posouzení, zdali jde o typ funkčního nebo dysfunkčního zdraví, je nutná dostatečná úroveň znalostí a dovedností porodní asistentky zejména v oblasti klinické ošetrovateľskej propedeutiky, která je zaměřena na celostní zhodnocení úrovně zdraví jak u potenciálně zdravého, tak nemocného člověka, dále je důležité ovládat způsoby komunikace, využívat poznatky z psychologie a používat určité standardní nástroje hodnotení (5).

Základní strukturu tohoto modelu tvoří celkem třináct oblastí, z nichž každá představuje funkční nebo dysfunkční součást zdravotního stavu člověka (jakmile podle nich sestra získá důležité informace).

Obecná charakteristika jednotlivých oblastí :

První oblastí je podpora zdraví. Tato oblast zahrnuje to, jak klientka vnímá svůj zdravotní stav a jakým způsobem pečuje o své zdraví. Zahrnuje individuální zdravotní stav, jeho důležitost ve vztahu k současným životním aktivitám a plánům do budoucna. Obsahuje také informace o tom, jak si klientka uvědomuje a zvládá rizika spojená se svým zdravotním stavem a životním stylem, jaká je úroveň její celkové péče o zdraví.

Druhá oblast je výživa. Oblast popisuje způsob příjmu potravy a tekutin ve vztahu k metabolické potřebě organismu. Zahrnuje individuální způsob stravování a příjmu tekutin, denní dobu příjmu potravy, kvalitu a kvantitu konzumovaného jídla a tekutin. Je zde zahrnutá preference určitého druhu jídla i užívání vitamínových preparátů (10,9).

Třetí oblast je vylučování. Obsahuje informace o způsobu vylučování (tlustého střeva, močového měchýře, kůže, gastrointestinálního a pulmonálního systému). Zahrnuje individuální pravidelnost ve vylučování, používání obvyklého postupu ve vylučování, poruchy i potíže.

Čtvrtá oblast je aktivita a odpočinek. Popisuje způsoby udržování tělesné kondice cvičením nebo jinými aktivitami ve volném čase a relaxaci. Zahrnuje základní denní životní aktivity, které vyžaduje vynaložení energie a úsilí jako je např. vaření, uklízení, hygiena, práce a faktory bránící jednotlivci tyto činnosti vykonávat. Popisuje způsob spánku, odpočinku, relaxace. Ptáme se na způsob navození spánku, usínání, obvyklé činnosti před spaním (10).

Pátá oblast je vnímání a poznávání. Popisuje způsob smyslového vnímání a poznávání (sluch, zrak, chuť, čich, hmat a používání kompenzačních pomůcek). Zjištění, zda klientka netrpí bolestí, eventuálně jak je bolest tlumena. Důležitá je zjistit do jaké míry je klientka informována a poučena o svém zdravotním stavu. Je zde zahrnutá i komunikace.

Šestá oblast je vnímání sebe sama. Popisuje emocionální ladění a vnímání sebe sama. Zahrnuje objektivní pozorování způsobu neverbálních projevů klientky jako je držení těla, způsob pohybu a chůze, oční kontakt, jak vidí sama svůj obraz těla a jakou má k sobě sebeúctu.

Sedmá oblast jsou vztahy. Popisuje způsob přijetí a plnění životních rolí a úroveň mezilidských i rodinných vztahů. Zahrnuje individuální vnímání životních rolí a z toho vyplývajících závazků a odpovědností. Soulad nebo narušení vztahů v rodině, zaměstnání, ve vztahu ke společnosti (9,10).

Osmá oblast je sexualita. Popisuje se uspokojení nebo neuspokojení v sexuálním životě. Zahrnuje poruchy nebo potíže jednotlivce v této oblasti. Zahrnuje reprodukční období ženy i problémy s tím související a sexuální identitu.

Devátá oblast je zvládání zátěže a odolnost vůči stresu. Popisuje celkový způsob tolerance a zvládání stresových situací. Zahrnuje individuální rezervy, podporu rodiny a jiných podpůrných systémů. Vnímání vlastní schopnosti řídit a zvládat běžné situace. Jaká je posttraumatická odezva a neurobehaviorální stres.

Desátá oblast jsou životní principy. V této oblasti je obsaženo vnímání životních hodnot, cílů nebo přesvědčení včetně náboženské víry, rozumového poznání, které ovlivňují jeho volbu rozhodování. Zahrnuje vše, co je v životě vnímáno jako důležité např. kvalita života, prožívání konfliktů.

Jedenáctá oblast je bezpečnost a ochrana. Do této patří všechny infekce, tělesná poranění, násilí, rizika životního prostředí, defenzivní procesy a termoregulace.

Dvanáctá oblast je komfort. Je zde obsažen tělesný komfort, dále komfort související s prostředím a sociální komfort.

Třináctá oblast je růst a vývoj. Zjišťujeme případné vývojové vady. Změny držení těla, koordinace pohybu a rehabilitační péči (10,9).

1.10 Vybrané ošetřovatelské diagnózy vztahující se k hrozícímu předčasnému porodu

00159 Ochota ke zlepšení funkce rodiny je standardizovaný název situace, ve které fungování rodiny dostatečně přispívá k pohodě jejich členů, ale může být zlepšeno.

00149 Riziko stresového syndromu po přemístění je standardizovaný název ošetřovatelského problému člověka, který je v souvislosti s přemístěním z původního prostředí ohrožen tělesnou a nebo psychosociální poruchou.

00172 Riziko dysfunkčního smutku je standardizovaný název ošetřovatelského problému člověka, rodiny nebo komunity, kteří jsou po úmrtí (blízké osoby, nebo novorozence) nebo po pocíťované ztrátě ohrožení vznikem prodloužené a neuspokojivé intelektuální a emocionální reakce.

00158 Ochota zlepšit zvládání zátěže je standardizovaný název situace člověka, jehož úsilí je v oblasti kongnitivního i behaviorálního zvládání požadavků vůči tělesné a duševní pohodě dostačující a může být posílena.

00004 Riziko infekce je standardizovaný název ošetřovatelského problému člověka zvýšeně ohroženým vstupem patogenních organismů do těla.

00132 Akutní bolest je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka, který prožívá nepříjemnou bolest, jež má intenzitu od střední k prudké, má náhlý nebo pozvolný nástup a je u ní předpoklad vymizení do 6 měsíců.

00134 Nauzea je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka se souborem subjektivních nepříjemných pocitů v hrdle, epigastriu nebo břiachu, které mohou vést k naléhavé potřebě zvracet.

00082 Efektivní léčebný režim je standardizované označení situace, ve které nemocný člověk dodržuje léčebný režim, provádí prevenci komplikací a dosahuje stanovených zdravotních cílů. Dodržování léčebného režimu je možno zlepšit (8).

2. Cíle práce, výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1

Zjistit informovanost o ošetrovatelské péči u žen s hrozícím předčasným porodem.

Cíl 2

Zjistit nejčastější problémy u klientek s hrozícím předčasným porodem.

Cíl 3

Zjistit dle statistiky v ON Příbram, klesající či stoupající prevalenci předčasných porodů v letech 1985 - 1988 a 2005 – 2008.

2.2 Výzkumné otázky

Otázka 1

Mají klientky potřebné informace o hrozícím předčasném porodu?

Otázka 2

Jsou největším problémem u klientek s hrozícím předčasným porodem obavy o nenarozené dítě?

Otázka 3

Je dle statistiky ON Příbram prevalence předčasných porodů stoupající?

Otázka 4

Jaké nejčastější nedostatky se objevují v ošetrovatelské péči u žen s hrozícím předčasným porodem?

3. Metodika

3.1 Použitá metodika

Téma je zpracováno na základě kvalitativního šetření. Byly zpracovány 5 kasuistik a byla použita technika nestandardizovaného rozhovoru. U otázek 1 a 2 byly zjišťovány identifikační informace, věk a základní vzdělání. Zbývající otázky byly zaměřené na informace o předčasném porodu, ošetrovatelskou péči a na problémy, které vnímají hospitalizované ženy (Příloha 1).

K sestavení kasuistik byl použit funkční model zdraví dle M. Gordonové (Příloha 3). Rozhovor i sběr dat do kasuistik byl proveden na oddělení rizikového těhotenství, v soukromí a při zajištění přísné anonymity veškerých odpovědí dotazovaných respondentek.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumné šetření probíhalo v ON Příbram a výzkumným vzorkem bylo 5 těhotných žen, kterých se problematika hrozícího předčasného porodu přímo týká či týkala a byly hospitalizovány na oddělení rizikového těhotenství. Byly požádány o spolupráci a rozhovor. Výzkumné šetření probíhalo od prosince 2008 do března 2009.

V závěru výzkumného šetření byla pomocí porodních knih z vybraných let sestavena statistika předčasných porodů v ON Příbram.

4. Výsledky kvalitativního šetření

4.1 Kazuistiky respondentek

Kazuistika 1

Klientka J.P., 31 let, vysokoškolačka, I. gravida/I. para. Je 32 týdnů těhotná. Klientka čeká dvojčata, po spontánním otěhotnění. Klientka se doposud s ničím neléčila. Operace žádné neprodělala. Alergická je na penicilín. Krevní skupinu má A pozitivní. Odběry krve na HIV, HBsAg a TPHA jsou negativní. Dosavadní léčba byla podání tokolytik perorálně a klidový režim. Z vyšetření klientka prodělala abdominální ultrazvuk a cervikometrii, vaginální vyšetření (v zrcadlech), kultivace na mykoplazmata (neg.), chlamydie (neg), GBS (neg.) a krevní odběry. Klientka byla přijata na oddělení rizikového těhotenství pro progresi cervix skóre (CS) a nepravidelné kontrakce. V tomto těhotenství jde o první hospitalizaci. Při rozhovoru byla klientka hospitalizována pátý den.

Podpora zdraví. Doposud během těhotenství navštěvovala pravidelně prenatalní poradnu a kurz prenatalní přípravy. Uvědomuje si a rozumí důvodu hospitalizace. Vše jí bylo dostatečně vysvětleno od lékaře i porodní asistentky. Souhlasila s pravidelným informováním rodiny. Plně se snaží spolupracovat. Momentálně kontrakce neudává, nekrvácí, voda plodová neodtekla, pohyby plodu cítí. Váha před těhotenstvím 65 kg a nyní je 77kg.

Výživa. Klientka byla doma zvyklá jíst 5x denně a pitný režim činil přibližně 2-3 litry tekutin denně. Preferuje kuřecí maso, saláty a středomořskou stravu před klasickou českou kuchyní. V nemocniční stravě postrádá zeleninové saláty a více ovoce. Pravidelné přísuny potravy zajišťuje rodina. Pocity žízně neudává, sliznice jsou vlhké. Pocení je fyziologické a jsou patrné mírné otoky na kotnících.

Vylučování. S vylučováním moče obtíže nemá, co se týká stolice, tak od 3.měsíce těhotenství trpí zácpou. Snaží se o pravidelný pohyb a konzumaci vlákniny a poté udává zlepšení.

Aktivita, odpočinek. Před těhotenstvím byla klientka zvyklá chodit 2x týdně do posilovny. Nyní si dopřává s manželem pravidelné procházky. Jako formu relaxace upřednostňuje čtení knih, sledování televize a poslech hudby. Momentálně ji omezuje klidový režim, rády by se šla projít. Se sebeděčím problém nemá. Se spánkem obtíže neudává.

První 2 dny měla problém se změnou prostředí a bolestmi břicha, spánek doháněla přes den. Žádné léky na spaní neužívala, doma ráda usínala při čtení knihy.

Vnímání – poznávání. Klientka je plně orientovaná, vědomí má jasné. Projevuje se klidně, bez obtíží udrží oční kontakt. Řeč je plynulá. Se sluchem obtíže nemá, brýle má pouze na čtení. Jiné kompenzační pomůcky neužívá.

Vnímání sebe sama. Klientka se charakterizuje jako společenský typ, v prostředí ji vlastním, je sebevědomá a zodpovědná. S adaptací na nemocniční prostředí měla obtíže 2 dny (strach, bolest břicha, nespavost). Po ústupu bolestí je klidnější. V rámci klidového režimu, udává klientka omezení v zájmových činnostech. Dostupnost společnosti díky celodenním návštěvám, shledává pozitivní.

Vztahy. Klientka je vdaná 3 roky, s manželem žije v rodinném domě v Příbrami. Rodina se zajímá o její zdravotní stav a každý den ji chodí navštěvovat, těší se na první vnoučata. Pro klientku je rodina velkou oporou.

Sexualita. Před těhotenstvím v sexuální oblasti obtíže neudává, v těhotenství přiznává, že frekvence pohlavního styku klesla, z obav o těhotenství. Menstruační cyklus měla pravidelný za 28 dní a trval 5-6 dní. Antikoncepci brala 10 let. Interrupce a spontánní potraty neměla. Cytologie je bez negativních změn. Vaginálními výtoky netrpěla.

Zvládání zátěže. Odolnost vůči stresu. Stresové situace ji pomáhá zvládnout partner a rodina. Přiznává, že první dva dny měla velké obavy, že předčasně porodí, obavy o děti. Tyto obavy snižují intenzitu, každým dnem, kdy je klientce zdravotně lépe a vidí velkou podporu i v ošetřujícím personálu.

Životní principy. Žádné preference náboženství neudává. Touží po tom, aby byly děti v pořádku a těhotenství dospělo do zdárného konce.

Bezpečnost – ochrana. Periferní kanylu z důvodu infúzní terapie zavedenou nemá. Klientka má klidový režim na lůžku, perorální tokolytickou terapii po 3 hodinách, spolupracuje při kontrole kontrakcí, odtoku plodové vody, krvácení a při kontrole pohybů po celý den. TK, P, TT se měří 3x denně. Kardiotokografický záznam se natáčí 1x denně.

Komfort. Nehty a vlasy má pěstěné. Obvyklý způsob hygienické péče provádí 2x denně, ráno a večer. Klientka je plně samostatná a dopomoc nevyžaduje.

Růst a vývoj. Vrozené vývojové vady neudává a ani v rodině se nevyskytují, koordinace pohybu je fyziologická, držení těla odpovídá pokročilému stupni těhotenství. Péči rehabilitační sestry nevyužívá.

Zhodnocení: Klientka chodila pravidelně a zodpovědně do prenatální poradny. Ošetřující lékař a porodní asistentka klientku pravidelně edukovali o příznacích předčasného porodu. Klientka se o možné komplikace zajímala i samostudiem. Projevy hrozícího

předčasného porodu byly u klientky kontrakce a zkrácení děložního čípku. Klientka byla hospitalizována. Lékař i porodní asistentka se při příjmu představili a během sdělování diagnózy měla klientka zajištěno soukromí. Lékař s klientkou podrobně probral důvod a souhlas s hospitalizací. Podle klientky ji podala porodní asistentka dostačující informace o chodu oddělení. Klientka v nedávné době využila i možnosti veřejných prohlídek porodního sálu, oddělení šestinedělí a rizikového těhotenství, pořádaných ON Příbram. Díky progresi nálezů byl klientce naordinován klidový režim. O léčbě byla klientka pravidelně informována od lékaře i porodní asistentky. Dle klientky byly nejčastější ošetrovatelské výkony prováděné porodní asistentkou: kontrola celkového stavu, TK, P, TT, tvrdnutí břicha, podávání léků a CTG. Vše bylo dostatečně vysvětlováno. Nejvíce nepříjemné bylo pro klientku gynekologické vyšetření a krevní odběry. Infuzní terapii klientka neměla. Návštěvy byly neomezené. Soukromí bylo svědomitě zajišťováno. Jako největší obavu klientka udává strach, aby se děti nenarodily příliš předčasně. Porodní asistentky zjišťovaly spokojenost klientky pravidelnými dotazy. Nedostatky v ošetrovatelské péči, během dosavadní hospitalizace, klientka neudává.

Tabulka 1 - Respondentka 1

VĚK	31 let
TÝDEN TĚHOTENSTVÍ	32. týden těhotenství
ČETNOST TĚHOTENSTVÍ, PARITA	Dvojčetné těhotenství, po spontánním otěhotnění, I / I
DIAGNÓZA	Zkrácené cervix skóre – 4, kontrakce
PROJEVY ZDRAVOTNÍCH POTÍŽÍ	Kontrakce nepravidelné
PROJEVY PSYCHICKÝCH POTÍŽÍ	Strach a úzkost
NÁVŠTĚVA PORADNY	Pravidelné návštěvy v prenatální poradně
KLID NA LŮŽKU	Ano
INFUZNÍ TERAPIE	Ne
PERORÁLNÍ TERAPIE	Tokolytika 1tbl. po 3 hodinách
KONTROLA CELKOVÉHO STAVU	Ano
KONTROLA TK	Ano, 3x denně
KONTROLA TT	Ano, 2x denně
KONTROLA KONTRAKCÍ	Ano, po celý den
KONTROLA KRVÁCENÍ	Ano, po celý den
KONTROLA ODTOKU PLODOVÉ VODY	Ano, po celý den
CTG	Ano, 1x denně
KONTROLA POHYBŮ PLODU	Ano, po celý den
NEJVĚTŠÍ OBAVY	O děti, předčasný porod
ZDROJE PRVNÍCH INFORMACÍ O HROZÍCÍM PŘEDČASNÉM PORODU	Lékař, porodní asistentka v prenatální poradně, prenatální kurz, internet
PODÁNÍ INFORMACÍ O HROZÍCÍM	Lékař – ano

PŘEDČASNÉM PORODU NA ODD.	Porodní asistentka - ano
ÚROVEŇ PODANÝCH INFORMACÍ	Výborná, veškeré informace jsou podány srozumitelně a jasně
NEDOSTATKY V OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI	Neudává, je spokojená
PŘÁNÍ KLIENTKY	Aby byly děti v pořádku a těhotenství dospělo do zdárného konce
ZÁJEM RODINY	Ano, každý den návštěvy

Kazuistika 2

H. J. 32 let, absolventka střední zdravotnické školy, II. gravida/II. para. Klientka je těhotná 29. týden. Jde o jednočetné těhotenství po IVF. Alergie klientka neguje. V tomto těhotenství ji byl zjištěn gestační diabetes a proto má předepsanou adekvátní dietu 9/2P. Doposud prodělaná vyšetření u klientky jsou vaginální vyšetření (v zrcadlech), UZ vyšetření, kultivace na mykoplazmata (poz.), chlamydie (neg.), GBS (neg.) a krevní odběry. Krevní skupina je B pozitivní. Odběry krve na HIV, HBsAg a TPHA jsou negativní.

První porod byl předčasný v roce 1999, narodilo se děvče 600g, ve 2 letech zemřelo, protože mělo multiorgánové postižení. Po prvním porodu bylo zjištěno u klientky vrozené dlouhé tlusté střevo a tím pádem příčina klientčiny chronické zácpy. U klientky jde o opakovanou hospitalizaci. Dosavadní léčba je perorální antibiotická (Sumamed), tokolytická (nejdříve byla podána infúzní terapie, od 3. dne perorální), dále se podává Magnezium a je ordinován klidový režim.

Na oddělení rizikového těhotenství byla klientka přijata pro pravidelné kontrakce a progresi cervix skóre. Při rozhovoru byla klientka hospitalizována 10. den.

Podpora zdraví. Během těhotenství navštěvovala žena pravidelně rizikovou poradnu ON Příbram. Plně chápe a rozumí důvodu hospitalizace. Cítí se klidnější, když je pod kontrolou lékaře. Pro dobro těhotenství je ochotna plně spolupracovat a dodržovat veškerá ošetřovatelská doporučení.

Průběžnou informovanost klientky a její rodiny zajišťuje lékař a dle svých kompetencí i porodní asistentka. V současnosti pravidelné kontrakce ustaly po infúzní léčbě. Klientka nekrvácí, voda plodová neodtekla a pohyby cítí. Momentální hmotnost je 65 kg (přírůstek od počátku těhotenství 10 kg). Klientka nekouří, před těhotenstvím užívala alkohol pouze příležitostně a drogy nikdy neužívala. Klientka je soběstačná. Klientka byla při příjmu seznámena porodní asistentkou s „Právy pacientů“.

Výživa. Během těhotenství zjištěn gestační diabetes, kdy byla pacientce naordinována dieta. Snaží se dodržovat stravovací režim 5x denně. Největší problémy ji dělá omezení sladkého. Snaží se konzumovat dostatečné množství vlákniny a Psyllium. Pitný režim činí cca 3,5 l za 24 hodin. V nemocnici je se stravou spokojená. Klientka je štíhlé postavy. Sliznice má vlhké a pocit žízně neudává.

Vylučování. Obtíže s močením neudává. Trpí chronickou zácpou, již před těhotenstvím. Snaží se o úpravu stravy. Před hospitalizací užívala Psyllium, Lactulózu a chodila na stolicí 1x za 5 dní. Projímadla byla kontraindikována. Při hospitalizaci ji byl doporučen Magnosolv 2x denně a stolice je nyní pravidelná a 1x za 2 dny.

Aktivita - odpočinek. Před těhotenstvím ráda chodila s přítelem na procházky a jezdila na kole na výlety. V těhotenství dodržovala pravidelné procházky. Jako relaxaci upřednostňuje sledování TV a posezení s přáteli. Sebepéči zvládá bez pomoci. Aktivita ji momentálně schází. Se spánkem obtíže nemá, spí celou noc, při probuzení se cítí odpočínutá a ráda usíná u TV. Žádné léky na spaní neužívá.

Vnímání – poznávání. Klientka je plně orientovaná, vědomí je jasné, se zrakem a sluchem obtíže nemá. Kompenzační pomůcky neužívá. Projev je klidný, řeč plynulá.

Vnímání sebe sama. Klientka se hodnotí jako společenský typ, s problémem projevoval své emoce na povrch. S adaptací na nemocniční prostředí obtíže neměla. Klidový režim ji částečně omezuje v zájmové činnosti. Omezení ve společenské dostupnosti přisuzuje pouze vzdálenosti od místa bydliště.

Vztahy. Klientka je rozvedená, žije se svým přítelem 4 roky v rodinném domku, ve vesnici nedaleko Písku. Rodina ji plně podporuje a jsou jí velkou oporou. Po negativních zkušenostech z prvního těhotenství, se snaží nedávat najevo nervozitu a strach. Klientka udává lítost nad vzdáleností (40 km) a nemožnost každodenních návštěv i jejich přátel.

Sexualita. Před těhotenstvím obtíže neudává, během těhotenství, díky obtížím a strachu o dítě jsou její sexuální aktivity minimální. Menstruační cyklus byl pravidelný po 27 dnech a trval 6 dní, antikoncepci užívala 8 let.

První porod předčasný v roce 1999, kdy se narodilo děvče 600g, ve 2 letech na multiorgánové postižení zemřelo. Po neúspěšné 1,5 roční snaze o otěhotnění, byla poslána na IVF. Otěhotnět se pacientce podařilo po 1.cyklu. Interrupci a spont. potrat neabsolvovala. Cytologický nález bez patologických změn.

Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu. Stres ji pomáhá zvládat přítel a rodina. Momentálně má velké obavy z opětovného předčasného porodu a smrti dítěte. Má, dobrý pocit z toho, že se s ní něco děje, lékaři jí dělají vyšetření a léčí projevy předčasného porodu. Je zde hospitalizována po druhé, zná personál i prostředí a to ji uklidňuje.

Životní principy. Žádné náboženství nepreferuje. Touží po tom, aby již měla vše za sebou a zdravé dítě v náručí.

Bezpečnost – ochrana. Periferní kanyla zavedena první den v rámci infúzní terapie (tokolytika), nyní již po týdnu byla vyndána. Klientka má klidový režim na lůžku, perorální terapii Gynipral po 8 hodinách, spolupracuje při kontrole kontrakcí, odtoku plodové vody, krvácení a při kontrole pohybů po celý den. TK a P se měří průběžně po celou dobu infúzní terapie, nyní se TK a P měří 3x denně a TT 2x denně.

Komfort. Nehty a vlasy má klientka pěstěné. Hygienickou péči provádí pravidelně 2 x denně, ráno a večer. Klientka je plně soběstačná a pomoc nevyžaduje.

Růst vývoj. Před pár lety u ní bylo zjištěno vrozené dlouhé tlusté střevo. Vrozené vývojové vady v rodině neguje. Držení těla je vzpřímené a koordinace pohybu fyziologická. Rehabilitační péči nevyužívá.

Zhodnocení. Klientka chodila pravidelně do rizikové poradny. Kompletní informace o předčasném porodu ji podal lékař a porodní asistentka, sama si informace nevyhledávala, spoléhala, na předchozí zkušenosti. Projevy předčasného porodu u ní začaly pravidelnými bolestmi. Dle klientky se lékař i porodní asistentka při příjmu představili a při oznamování diagnózy bylo zajištěno soukromí. Lékař s klientkou probral podrobně souhlas a důvod k hospitalizaci. Porodní asistentka klientce podala dostatečné informace o chodu oddělení. Součástí klientčiny léčby byl klidový režim a infúzní terapie. Klientka byla průběžně informována od lékaře i porodní asistentky o léčbě a ošetrovatelské péči. Porodní asistentky pravidelně kontrolovaly celkový stav, kontrakce, odběry biologického materiálu, TK, P, TT a projevy krvácení. Jako nejvíce nepříjemný výkon klientka hodnotí klyzma, který ji bylo podáno při první hospitalizaci k vyprázdnění tlustého střeva. Návštěvy byly možné neomezeně. Soukromí bylo dle klientky plně respektováno. Informace o hrozícím předčasném porodu přišly klientce dostačující.

Porodní asistentky zjišťovaly spokojenost s ošetrovatelskou péčí pravidelným dotazováním. Žádné konkrétní nedostatky v ošetrovatelské péči klientka neudává.

Tabulka 2 - Respondentka 2

VĚK	32 let
TÝDEN TĚHOTENSTVÍ	29. týden těhotenství
ČETNOST TĚHOTENSTVÍ, PARITA	Jednočetné těhotenství po IVF, II / II
DIAGNÓZA	Zkrácení cervix skore - 3, kontrakce po 10 minutách
PROJEVY ZDRAVOTNÍCH POTÍŽÍ	Bolesti - kontrakce po 10 minutách
PROJEVY PSYCHICKÝCH OBTÍŽÍ	Strach a úzkost
NÁVŠTĚVA PORADNY	Pravidelné návštěvy rizikové poradny v ON Příbram
KLID NA LŮŽKU	Ano
INFUZNÍ TERAPIE	Ano, první tři dny hospitalizace – Gynipral i.v.
PERORÁLNÍ TERAPIE	Tokolytika po 8 hodinách 1 tbl. Magnosolv 2x denně Summamed 1tbl. po 24 hodinách
KONTROLA CELKOVÉHO STAVU	Ano
KONTROLA TK, P	Po celou infuzní terapii, nyní 3x denně
KONTROLA TT	2x denně
KONTROLA KONTRAKCÍ	Ano, po celý den
KONTROLA KRVÁCENÍ	Ano, po celý den
KONTROLA ODTOKU PLODOVÉ VODY	Ano, po celý den
CTG	Ne
KONTROLA POHYBŮ PLODU	Ano, po celý den
NEJVĚTŠÍ OBAVY	O zdraví dítěte a zdárný dopad těhotenství
ZÁJEM RODINY	Ano, pravidelné návštěvy 1x 2 dny
ZDROJE PRVNÍCH INFORMACÍ O HROZÍCÍM PŘEDČASNÉM PORODU	Lékař a porodní asistentka v prenatální poradně
PODÁNÍ INFORMACÍ O HROZÍCÍM PŘEDČASNÉM PORODU NA ODD.	Lékař – ano Porodní asistentka - ano
ÚROVEŇ PODANÝCH INFORMACÍ	Výborná, srozumitelná
NEDOSTATKY V OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI	Neudává, je spokojená
PŘÁNÍ KLIENTKY	Zdravé dítě

Kazuistika 3

Klientka M. T., 29 let, absolvovala střední školu s maturitou, I. gravida/I. para. Jde o dvojčetné těhotenství po IVF. Nyní je klientka 34. týden těhotná. Doposud se s ničím neléčila. Klientka alergie neguje. Z operací prodělala v roce 2008 diagnostickou laparoskopii. Krevní skupina má klientka B pozitivní. Odběry krve na HIV, HBsAg a TPHA má klientka negativní. Přijata byla na oddělení rizikového těhotenství pro hypertenzi (TK 150/95 mmHg), bílkovinu v moči, progresi CS scóre a celkovou nevolnost. Z dosavadního vyšetření prodělala klientka kompletní ultrazvukové vyšetření a cervikometrii, vaginální vyšetření (v zrcadlech), kultivaci, odběry krve – kompletní jaterní testy, dále krevní obraz, APTT, Quick, Antitrombin III a vyšetření moče na bílkovinu. Z další ošetrovatelské péče se především sleduje TK a P 5x denně, TT 2x denně, kontrolují se pohyby plodů, krvácení, odtok plodové vody a to po celý den. Kontrolní CTG má klientka naordinované 1x denně. Dosavadní léčba spočívala v infuzní magnezioterapii, klidovém režimu, perorálním podáváním Dopegytu 4x1 tbl. a kyseliny listové 2x1 tbl. Při rozhovoru byla klientka hospitalizovaná 5 týdnů.

Vnímání zdraví. Během těhotenství klientka pravidelně navštěvovala rizikovou poradnu v ON Příbram. Respektovala doporučený klid. Chápe a rozumí důvodu hospitalizace. Před těhotenstvím klientka kouřila 3 cigarety denně a alkohol udává pouze příležitostně. Drogy nikdy nebrala. Klientku během hospitalizace, pravidelně informuje o jejím zdravotním stavu a postupech lékař i porodní asistentka dle svých kompetencí. Při přijetí ji porodní asistentka seznámila s „Právy pacientů“. Momentálně došlo k úpravě krevního tlaku a k progresi cervix skóre dále nedochází. Nauzea a bolest hlavy ustoupila. Klientka má předepsaný klidový režim, Dopegyt 4x 1 Tbl., Essentiale 3x2 cps., kyselinu listovou 2x 1 tbl.denně.

Výživa, metabolismus. Doma se snažila jíst pravidelně, strava byla rozmanitá. Přehnaně se neomezuje. Pitný režim během dne činí cca 3,5 l. Pocit žízně klientka neudává. Nemocniční strava je podle jejího názoru uspokojující. Z počátku hospitalizace trpěla nechutenstvím. Nyní jí dle chuti zajišťuje pestrost stravy rodina. Sliznice jsou vlhké a pocení fyziologické.

Vylučování. S vylučováním obtíže nemá – časté močení bere jako fyziologický projev těhotenství. Se stolicí obtíže neudává. Projímadla neužívá.

Aktivita, odpočinek. Před těhotenstvím byla zvyklá na pravidelný pohyb. V těhotenství chodila na pravidelné procházky.

Jako formu relaxace upřednostňuje posezení s přáteli. Po 5. týdnu hospitalizace a klidovém režimu nutně postrádá procházky a větší pohyb. Se sebepéčí obtíže nemá. Za dobu hospitalizace se cítí přespálá, z počátku měla obtíže s kvalitním spánkem, díky obavám i nevolnosti a velké únavě. Léky na spaní neužívá. Nyní spí celou noc a ráno se cítí odpočinutá.

Vnímání – poznávání. Klientka se jeví plně orientovaná, s jasným vědomím, projevuje se klidně, bez obtíží reaguje na dotazy. Se sluchem a zrakem obtíže neudává. Kompenzační pomůcky nepoužívá.

Vnímání sebe sama. Klientka se hodnotí jako velice společenská. Z počátku u ní převládal pocit o zdraví dětí, ale nyní je již klientka optimistická. Nepřipouští si, že by těhotenství bylo ukončeno předčasně. Věřící, že děti budou v pořádku. Je velice ráda, že manžel i rodina mohou na časté návštěvy. Omezení v zájmové činnosti shledává díky klidovému režimu.

Vztahy. Klientka žije s manželem 5 let. Bydlí v Příbrami v bytě 3+1. S rodinou a sourozenci se pravidelně navštěvují a podporují. Rodina je pro klientku oporou.

Sexualita. Před těhotenstvím bylo vše bez obtíží, v těhotenství se snížila frekvence pohlavního styku díky obavám o těhotenství. Menstruační cyklus byl pravidelný za 28 dní a trval 6 dní. Antikoncepci klientka užívala 3 roky. Vaginálními výtoky netrpěla. O těhotenství se snažila 2 roky. V roce 2008 byla provedena diagnostická laparoskopie s odnětím pravého vejcovodu a bylo doporučeno IVF. Po prvním cyklu se klientce podařilo otěhotnět. Cytologie je bez patologických změn.

Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu: Stresové situace snáší většinou dobře, uvědomila si, že pokud jde o ní samotnou, stres zvládá opravdu dobře a pokud jde o její děti, její suverénnost je pryč.

Životní principy. Žádné náboženství nepreferuje. Velice touží po stabilizaci svého stavu, propuštění do domácí péče, donošení zdravých dětí a po úspěšném porodu.

Bezpečnost – ochrana. Periferní žilní vstup byl zaveden z důvodu infúzní terapie (tokolytika, magnezioterapie). Kontrola TT je prováděna 2x denně, TK a P je měřen 5x denně. Kontrola krvácení, odtoku plodové vody, frekvence kontrakcí, pohybů plodu a celkového stavu je sledována po celý den.

Komfort. Nehty a vlasy má klientka pěstěné, hygienická péče je prováděna pravidelně, ráno a večer. Klientka pomoc nevyžaduje a je plně soběstačná.

Růst a vývoj. Vrozené vady u sebe a v nejbližší rodině neguje. Držení těla odpovídá pokročilému týdnu těhotenství.

Koordinace těla je fyziologická. Rehabilitační péči nevyužívá.

Zhodnocení. Klientka pravidelně navštěvovala rizikovou poradnu. O hrozícím předčasném porodu se dověděla od svého gynekologa, kdy byla na kontrole krevního tlaku, byly zjištěny bílkoviny v moči a progredoval nález CS. Konkrétní informace o hrozícím předčasném porodu zjišťovala klientka při kontrolách v prenatální poradně, kdy se ptala porodní asistentky. Sama si informace nezjišťovala. Projevy hrozícího předčasného porodu byl vysoký krevní tlak, kontrakce děložní a nevolnost. Klientka byla hospitalizována. Při příjmu se jí lékař představil a během sdělování diagnózy zajistil soukromí. Informoval klientku o souhlasu s hospitalizací a podrobně jí vysvětlil důvod hospitalizace. S hospitalizací klientka souhlasila. Při příchodu na oddělení rizikového těhotenství jí porodní asistentka podala podrobné informace o chodu oddělení. Během léčebného režimu jí byl naordinován klidový režim a infuzní terapie. O veškerých léčebných a ošetrovatelských postupech byla klientka dostatečně informována. Porodní asistentky pravidelně sledovaly celkový stav klientky, TK, P, krvácení, tvrdnutí břicha, dvojité vidění, bolest hlavy a CTG. Nejvíce nepříjemným výkonem byl pro klientu, odběr krve a gynekologické vyšetření. Během hospitalizace klientka neudává žádné nedostatky v ošetrovatelské péči.

Tabulka 3 - Respondentka 3

VĚK	29 let
TÝDEN TĚHOTENSTVÍ	34. týden těhotenství
ČETNOST TĚHOTENSTVÍ, PARITA	Dvojčetné těhotenství po IVF, I/I
DIAGNÓZA	Zkrácení cervix skóre - 3, bílkovina v moči, hypertenze, nevolnost
PROJEVY ZDRAVOTNÍCH POTÍŽÍ	Celková nevolnost, bolest hlavy
PROJEVY PSYCHICKÝCH POTÍŽÍ	Strach, úzkost
NÁVŠTĚVA PORADNY	Pravidelná kontrola rizikové poradny v ON Příbram
KLID NA LŮŽKU	Ano
INFUZNÍ TERAPIE	Ano, magnezioterapie, tokolytika
PERORÁLNÍ TERAPIE	Dopegyt 4x1 tbl., Essenciale 3x2 cps., kyselina listová 2x 1 tbl. denně.
KONTROLA CELKOVÉHO STAVU	Ano
KONTROLA TK	5 x denně
KONTROLA TT	2x denně
KONTROLA KONTRAKCÍ	Ano, po celý den
KONTROLA KRVÁCENÍ	Ano, po celý den
KONTROLA ODTOKU PLODOVÉ VODY	Ano, po celý den
CTG	1x denně
KONTROLA POHYBŮ PLODU	Ano, po celý den

NEJVĚTŠÍ OBAVY	O zdraví dětí a dobrý konec těhotenství
ZÁJEM RODINY	Ano, pravidelné návštěvy
ZDROJE PRVNÍCH INFORMACÍ O HROZÍCÍM PŘEDČASNÉM PORODU	Lékař a porodní asistentka v prenatální péči
PODÁNÍ INFORMACÍ O HROZÍCÍM PŘEDČASNÉM PORODU NA ODD.	Lékař – ano Porodní asistentka - ano
ÚROVEŇ PODANÝCH INFORMACÍ	Výborná – vše bylo trpělivě vysvětleno
NEDOSTATKY V OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI	Klientka neudává, je spokojená
PŘÁNÍ KLIENTKY	Velice touží po stabilizaci svého stavu, propuštění do domácí péče, donošení zdravých dětí a po úspěšném porodu

Kazuistika 4

Klientka M.S. 40 let, střední odborné vzdělání, III.gravida/III. para. Jde o jednočetné těhotenství po spontánním otěhotnění, nyní je klientka ve 34. týdnu těhotenství. Krevní skupina klientky je AB pozitiv ní. Odběry krve na HIV, HBsAg, TPHA má klientka negativní. Operace žádné neprodělala a alergie klientka neguje. Doposud se s ničím neléčila. Na oddělení rizikového těhotenství byla přijata pro vyloučení hrozící předčasné odloučení placenty. Vyšetření, které klientka prodstupila je vyšetření v zrcadlech, UZ (abdominální, vaginální, průtok placentou, cervikometrie), krevní odběry – APTT, Quick, krevní obraz a Antitrombin III. Kultivace z pochvy na mykoplazmata, GBS a chlamydie jsou negativní. Je aplikovaná léčba Dicynone ve formě infúzní terapie, perorálně se podává Ascorutin 3x2 tbl. a klientka má klidový režim. Při rozhovoru byla klientka hospitalizována 2 den.

Podpora zdraví. Klientka pravidelně navštěvovala prenatální poradnu, u svého obvodního gynekologa (mimo ON Příbram). Z věkové indikace prodělala amniocentézu. Důvodu hospitalizace plně rozumí a plně spolupracuje. Informace o zdravotním stavu a léčbě pravidelně klientce podává lékař a dle svých kompetencí i porodní asistentka. Momentálně slabě špiní, kontrakce neudává, voda plodová neodtekla a pohyby plodu cítí. Váhový přírůstek od počátku těhotenství je 14 kg (nyní 80 kg). Klientka kouření, alkohol, drogy před a během těhotenství neguje. Klientka má naordinovaný klid na lůžku. Porodní asistentky sledují celodenně krvácení, celkový stav klientky, pohyby plodu, odtok vody plodové a CTG se natáčí 1 x denně, TT se sleduje 2x denně a 3x denně se měří krevní tlak.

Je podávána infúzní a perorální terapie. S „Právy pacientů“ ji seznámila porodní asistentka při příjmu na oddělení. S kompenzačních pomůcek klientka využívá brýle na čtení a je plně soběstačná.

Výživa. Během těhotenství se stravuje 3 x denně. Přiznává, že má velice ráda českou kuchyni. Pitný režim tvoří cca 2,5 l tekutin denně. Pocit žízně neudává. S nemocniční stravou je spokojená. Dyspeptické obtíže klientka neudává. Sliznice má klientka vlhké, kožní turgor je normální a pocení je fyziologické. Otoky udává klientka mírné na kotnících, zejména po zátěži.

Vylučování. Obtíže s vylučování moři i stolice klientka nemá, kdy časté chození na močení udává jako fyziologické. Stolicí má pravidelnou 1x denně. Projímadla během těhotenství neužívala.

Aktivita – odpočinek. Před těhotenstvím nesportovala, hodně pohyby vynaložila kolem zaopatření domku a rodiny. Během těhotenství si oblíbila pravidelné procházky. Jako relaxaci klientka udává přečtení si pěkné knihy a sledování TV. Se spánkem obtíže neudává. Spí celou noc a ráno se probouzí odpočínutá. Během dne se v poslední době cítí unavená (příkládá to věku) a tak si ráda pospí i během dne. Léky na spaní nikdy neužívala. Hygienickou péči zvládá klientka bez dopomoci.

Vnímání - poznávání. Klienta je plně orientována, vědomí má jasné, odpovídá bez obtíží, klidně. Se sluchem obtíže nemá. Nosí brýle na čtení. Jiné kompenzační pomůcky nepoužívá.

Vnímání sebe sama. Těhotenství bylo plánované, z počátku se klientka potýkala s narážkami na svůj věk, ale obrnila se proti nim a dnes je již neřeší. Klientka se hodnotí jako společenská a pohodová. S udržením očního kontaktu klientka problém nemá. S adaptací na nemocniční prostředí klientka obtíže neměla. Jediné omezení udává klidový režim, ale chápe důvod. Díky možnostem častých návštěv se necítí společensky omezená.

Vztahy. Klientka je 5 let rozvedená, 4 roky žije s přítelem. Bydlí na vesnici v rodinném domku. Rodina (přítel, starší děti, sestra, rodiče) ji velice podporují a zajímají se o její zdravotní stav. Je velice vděčna za časté návštěvy rodiny.

Sexualita. Se sexualitou obtíže neudává. Menstruační cyklus měla pravidelný. První porod byl spontánní v roce 1988 se narodilo se děvče 3200g/53cm. Druhý porod byl také spontánní o dva roky déle a narodil se hoch 3300g/51cm. Interrupci a spontánní potrat neguje. Cytologie je bez negativních změn.

Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu. Má velké obavy o dobrý konec těhotenství. Byla seznámena si s možností převozu do Prahy. Má obavy z cizího a neznámého prostředí. Jinak stresové situace zvládá relativně dobře.

Životní principy. Žádné konkrétní náboženství nepreferuje. Touží po zdravém dítěti a zdárném konci těhotenství.

Bezpečnost – ochrana. Periferní kanyla byla zavedena v rámci infuzní terapie. Provádí se kontrola krevního tlaku a pulsu 3x denně, CTG se natáčí 1x denně, je prováděna kontrola krvácení, pohybů plodu, odtoku plodové vody a celkového stavu klientky po celý den.

Komfort. Nehty a vlasy jsou pěstěné. Klientka provádí obvyklý způsob hygienické péče 2x denně, ráno a večer a pomoc nevyžaduje.

Zhodnocení. Klientka chodila pravidelně do prenatalní poradny k soukromému gynekologovi, mimo ON Příbram. Projevem hrozícího předčasného porodu bylo u klientky krvácení. Informace o hrozícím předčasném porodu ji nikdo nepodal. Byla hospitalizována na oddělení rizikového těhotenství. Při příjmu se jí lékař i porodní asistentka představili. Při sdělování diagnózy jí bylo zajištěno soukromí. Lékař klientce důkladně vysvětlil důvod a souhlas s hospitalizací. Klientka s příjmem souhlasila. Porodní asistentka klientku seznámila s chodem oddělení. Součástí léčebné terapie byl klidový režim a infuzní léčba. Klientka byla pravidelně informována od lékaře o nové terapii a porodní asistentka jí informovala o ošetrovatelské péči. Porodní asistentky u pacientky pravidelně sledovaly krvácení, TK, P, TT a CTG. Klientka nezaznamenala, že by jí porodní asistentky věnovaly málo času. Nejnepříjemnější výkon byl pro klientku vaginální UZ. Návštěvy byly možné po celý den. Během hospitalizace bylo dle klientky respektováno její soukromí. Největší obava byla o zdraví dítěte. Během hospitalizace ji byly podány dodatečné informace o hrozícím předčasném porodu. Spokojenost s ošetrovatelskou péčí zjišťovaly porodní asistentky pravidelnými dotazy při sesterské vizitě. Nedostatky v ošetrovatelské péči klientka neuvádí.

Tabulka 4 - Respondentka 4

VĚK	40 let
TÝDEN TĚHOTENSTVÍ	34. týden těhotenství
ČETNOST TĚHOTENSTVÍ, PARITA	Jednočetné těhotenství po spontánním otěhotnění, III / III
DIAGNÓZA	K vyloučení předčasného odlučování placenty, krvácení
PROJEVY ZDRAVOTNÍCH POTÍŽÍ	Krvácení
PROJEVY PSYCHICKÝCH OBTÍŽÍ	Strach, úzkost
NÁVŠTĚVA PORADNY	Ano, pravidelná, mimo ON Příbram
INFUZNÍ TERAPIE	Ano, Dicynone
PERORÁLNÍ TERAPIE	Ascorutin 3x2 tbl.
KONTROLA CELKOVÉHO STAVU	Ano, po celý den
KONTROLA TK	Ano, 3x denně
KONTROLA TT	Ano, 2x denně
KONTROLA KONTRAKCÍ	Ano, po celý den
KONTROLA KRVÁCENÍ	Ano, po celý den
KONTROLA ODTOKU PLODOVÉ VODY	Ano, po celý den
CTG	1x denně
KONTROLA POHYBŮ PLODU	Ano, po celý den
NEJVĚTŠÍ OBAVY	O zdraví dítěte, obavy o dobrý konec těhotenství a strach z převozu do Prahy
ZDROJE PRVNÍCH INFORMACÍ O HROZÍCÍM PŘEDČASNÉM PORODU	Až na příjmu, lékař a porodní asistentka
PODÁNÍ INFORMACÍ O HROZÍCÍM PŘEDČASNÉM PORODU NA ODD.	Lékař – ano, Porodní asistentka -ano
ÚROVEŇ PODANÝCH INFORMACÍ	Výborná, zcela srozumitelná
NEDOSTATKY V OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI	Neudává, je spokojená
PŘÁNÍ KLIENTKY	Touží po zdravém dítěti a zdárném konci těhotenství.

Kazuistika 5

Klientka H.Ř., 25 let, střední škola s maturitou, I. gravida/I. para. Jde o jednočetné těhotenství po spontánním otěhotnění. Nyní je klientka ve 30. týdnu těhotenství. Alergie klientka neguje a léky neužívá. Do této doby se s ničím neléčila. Žádné operace klientka neprodělala. Krevní skupina klientky je B pozitivní.

Odběry krve na HIV, HbsAg a TPHA jsou negativní. Na oddělení rizikového těhotenství byla klientka přijata pro pravidelné kontrakce po 10 minutách a progresi cervix skóre - 4. Z vyšetření byl proveden ultrazvuk (cervikometrie, průtok, velikost plodu), vyšetření vaginální (v zrcadlech), kultivace na mykoplazmata (poz.), chlamydie (neg.), GBS (neg.) a krevní odběry. Dosavadní naordinovaná léčba je tokolytická (infuze, perorální terapie), antibiotická léčba a klidový režim. Klientka při rozhovoru byla hospitalizována 2. týden.

Podpora zdraví. Během těhotenství klientka navštěvovala pravidelně těhotenskou poradnu (mimo ON Příbram). Rozumí důvodu hospitalizace. Informace o zdravotním stavu a terapii ji pravidelně podává lékař a dle svých kompetencí porodní asistentka. Během tohoto těhotenství je to první hospitalizace. V současnosti pravidelné kontrakce neudává, progresse cervix skóre dále neprograduje, nekrvácí, voda plodová neodtéká, pohyby cítí. Kouření, alkohol a užívání drog před a během těhotenství klientka neguje. Klientka měla doposud naordinovaný klid na lůžku, Summamed 1tbl. po 24 hodinách, tokolytika (infúzní terapii, nyní perorální – 1 tbl. a 6h.). Byla prováděna kontrola TK a P, což bylo při tokolytické infúzní terapii 5x denně, nyní je prováděna kontrola 3x denně. TT se měří 2x denně, sleduje se celkový stav, odtok vody plodové, kontrakce a krvácení po celý den. Klientka je zcela soběstačná. Kompenzační pomůcky klientka neužívá a s „Právy pacientů“ ji seznámila porodní asistentka při přijetí na oddělení.

Výživa. Před těhotenstvím se snažila klientka stravovat zdravě. Často držela diety. V těhotenství se snaží jíst 5x denně. Před českou kuchyní upřednostňuje středomořskou. Pitný režim činí 3,5 l tekutin za 24 hodin. Pocit žízně neudává. V nemocniční stravě postrádá více ovoce. Klientka má štíhlou postavu. Dyspeptické obtíže neguje. Sliznice jsou vlhké, kožní turgor je normální a pocení je fyziologické. Otoky klientka neguje.

Vylučování. S vylučováním moče a stolice klientka obtíže neudává. Stolice je pravidelná 1x za den maximálně za 2 dny. Projímadla klientka před a ani během těhotenství neužívala.

Aktivita - odpočinek. Klientce velice chybí aktivní pohyb. Před těhotenstvím byla zvyklá sportovat minimálně 3x týdně. V těhotenství navštěvovala cvičení pro těhotné. Jako relaxaci upřednostňuje procházky a schůzky s přáteli. Se spánkem klientka obtíže nemá, mí pocit, že v nemocnici spí stále. Po probuzení se cítí odpočinutá. Léky na spaní nebrala. Hygienickou péči zvládá bez pomoci.

Vnímání – poznávání. Klientka je plačtivá a rozladěná, ale jinak plně orientovaná. Řeč je plynulá. Se sluchem a zrakem obtíže nemá. Kompenzační pomůcky neužívá.

Vnímání sebe sama. Klientka se hodnotí jako společenský typ. Momentálně je velice přecitlivělá. Má názor, že ležet může i doma a klidovým režimem se cítí být omezena. Návštěvy bere jako jedinou radost dne. S přímým očním kontaktem má problém.

Vztahy. Klientka je vdaná 2 roky. S manželem bydlí v bytě 3+1 v Příbrami. Rodina je pro klientku opora a také se zajímá o klientčin zdravotní stav. Podle klientky moc nezvládají nepřenášet na klientku obavy.

Sexualita. V sexuálním životě klientka obtíže neudává. Menstruační cyklus měla nepravidelný. Užívala antikoncepci 5 let a po vysazení ihned otěhotněla. Výtoky klientka netrpěla. Interrupci a spontánní potraty neguje. Cytologie je bez negativních změn.

Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu. Stresové situace zvládá hůře, hned ji vše rozpláče. Alkoholem ani kouřením problémy neřeší. Pomáhá ji, když se může vypovídat se. Teď převažují obavy o dítě a rozrušuje ji fakt, že ji lékaři nejsou konkrétně schopni říci, kdy půjde domů.

Životní principy. Žádné náboženství nepreferuje. Přeje si stabilizaci svého stavu, jít domů a porodit zdravé dítě.

Bezpečnost - ochrana. Periferní kanyla byla zavedena v rámci infuzní terapie. Nyní ji již nemá. Kontrola TK, P byla při tokolytické infuzní terapii 5x denně a nyní je krevní tlak a puls kontrolován 3x denně. TT se měří 2 x denně, provádí se kontrola celkového stavu, odtoku vody plodové, kontrakcí a krvácení po celý den.

Komfort. Nehty a vlasy má klientka pěstěné. Hygienická péče je prováděna 2x denně, ráno a večer. Klientka nevyžaduje pomoc.

Růst, vývoj. Vrozené vývojové vady klientka v rodině neguje, držení těla je vzpřímené a koordinace pohybů je fyziologická. Rehabilitaci nevyužívá.

Zhodnocení. Klientka chodila pravidelně do prenatální poradny (ne v ON Příbram). Při pravidelné kontrole přišel lékař na hrozící předčasný porod, díky kontrakcím a progresi CS. Klientka si sama zjišťovala informace o hrozícím předčasném porodu. Klientka byla hospitalizována na oddělení rizikového těhotenství. Při příjmu se ji lékař i porodní asistentka představili. Při sdělování diagnózy bylo zajištěno soukromí. Lékař podal klientce podrobné informace o důvodu a souhlasu s hospitalizací. Klientka s hospitalizací souhlasila. Porodní asistentka klientce podala informace o chodu oddělení. Součástí léčby byla infuzní terapie a klidový režim. Lékař vždy klientku informoval o nové léčbě, vyšetřeních a porodní asistentka klientku informovala o ošetrovatelské péči. Porodní asistentky opakovaně kontrolovaly kontrakce, TK a P. Nejnepříjemnějším výkonem byly odběry krve a infuzní terapie. Návštěvy byly umožněny klientce po celý den. Během hospitalizace bylo respektováno klientčino soukromí. Největší obava byla ta, aby bylo vše v pořádku. Při hospitalizaci ji porodní

asistentky podaly kompletní informace o hrozícím předčasném porodu. Podle klientky ji vždy porodní asistentky věnovaly dostatek času. Spokojenost s ošetrovatelskou péčí zjišťovaly porodní asistentky častými dotazy. Nedostatky v ošetrovatelské péči shledává klientka v nejednotnosti informací od lékařů (častá obměna, každý tvrdí něco jiného).

Tabulka 5 - Respondentka 5

VĚK	25 let
TÝDEN TĚHOTENSTVÍ	30. týden těhotenství
ČETNOST TĚHOTENSTVÍ, PARITA	Jednočetné těhotenství po spontánním otěhotnění, I/ I
DIAGNÓZA	Pravidelné kontrakce, progrese cervix skóre - 4
PROJEVY ZDRAVOTNÍCH POTÍŽÍ	Bolesti – pravidelné kontrakce
PROJEVY PSYCHICKÝCH POTÍŽÍ	Strach, úzkost
NÁVŠTĚVA PORADNY	Pravidelné návštěvy poradny (mimo ON Příbram)
KLID NA LŮŽKU	Ano
INFUZNÍ TERAPIE	Ano, zpočátku infuzní tokolytická léčba
PERORÁLNÍ TERAPIE	Tokolytika, antibiotika – Sumamed 1 tbl. po 24 hodinách
KONTROLA CELKOVÉHO STAVU	Ano, po celý den
KONTROLA TK	Ano, nyní 3x denně
KONTROLA TT	Ano, 2x denně
KONTROLA KONTRAKCÍ	Ano, po celý den
KONTROLA KRVÁCENÍ	Ano, po celý den
KONTROLA ODTOKU PLODOVÉ VODY	Ano, po celý den
CTG	Ano, po celý den
KONTROLA POHYBŮ PLODU	Ano, po celý den
NEJVĚTŠÍ OBAVY	Převažují obavy o dítě
ZÁJEM RODINY	Ano, časté návštěvy
ZDROJE PRVNÍCH INFORMACÍ O HROZÍCÍM PŘEDČASNÉM PORODU	Internet, literatura
PODÁNÍ INFORMACÍ O HROZÍCÍM PŘEDČASNÉM PORODU NA ODD.	Lékař –ano Porodní asistentka - ano
ÚROVEŇ PODANÝCH INFORMACÍ	Dobrá
NEDOSTATKY V OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI	Jediný nedostatek klientka shledává v nejednotnosti informací od lékařů (častá obměna, každý tvrdí něco jiného)
PŘÁNÍ KLIENTKY	Přeje si stabilizaci svého stavu, jít domů a porod zdravého dítěte.

4.2 Rozhovory s respondentkami

Tabulka 6 Věk respondentek

Respondentka 1	31 let
Respondentka 2	32 let
Respondentka 3	29 let
Respondentka 4	40 let
Respondentka 5	25 let

Z celkového množství 5(R1-R5) respondentek, je R1 ve věku 31 let, R2 je ve věku 32 let, R3 je ve věku 29 let, R4 je ve věku 30 let a R5 je ve věku 25 let.

Tabulka 7 Nejvyšší dosažené vzdělání u respondentek

Respondentka 1	Vysokoškolské
Respondentka 2	Středoškolské s maturitou
Respondentka 3	Středoškolské s maturitou
Respondentka 4	Střední odborné
Respondentka 5	Středoškolské s maturitou

Z celkového množství 5 (R1-R5) respondentek, má R1 vysokoškolské vzdělání, R2 a R3 má středoškolské vzdělání s maturitou, R4 má střední odborné vzdělání a R5 má středoškolské vzdělání s maturitou.

Tabulka 8 Pravidelné návštěvy v prenatální poradně

Respondentka 1	Ano
Respondentka 2	Ano
Respondentka 3	Ano
Respondentka 4	Ano
Respondentka 5	Ano

Z celkového množství 5 (R1-R5) respondentek, všechny respondentky navštěvovaly pravidelně prenatální poradny.

Tabulka 9 Způsob zjištění hrozícího předčasného porodu

Respondentka 1	Při pravidelné kontrole
Respondentka 2	Při pravidelné kontrole
Respondentka 3	Díky informacím od gynekologa
Respondentka 4	Tím, že jsem krvácela
Respondentka 5	U gynekologa, na kontrole

Z celkového množství 5 (R1-R5) respondentek, u R1 a R2 byl zjištěn předčasný porod při pravidelné kontrole gynekologem, R3 zjistila předčasný porod díky informacím, které jí podal gynekolog, R4 zjistila předčasný porod tím, že začala krvácet a u R5 byl zjištěn předčasný porod na kontrole u gynekologa.

Tabulka 10 Získávání informací o hrozícím předčasném porodu

Respondentka 1	Ošetřující gynekolog, porodní asistentka, samostudium
Respondentka 2	Ošetřující gynekolog, porodní asistentka
Respondentka 3	Ošetřující gynekolog, porodní asistentka
Respondentka 4	Nikdo
Respondentka 5	Ošetřující gynekolog

Z celkového množství 5 (R1-R5) respondentek, R1 získala informace o hrozícím předčasném porodu od svého ošetřujícího gynekologa, porodní asistentky a také samostudiem. R2 a R3 získala informace o hrozícím předčasném porodu od ošetřujícího gynekologa a porodní

asistentky , R4 nezískala informace o hrozícím předčasném porodu od nikoho a R5 získala informace o hrozícím předčasném porodu od ošetřujícího gynekologa.

Tabulka 11 Aktivní vyhledávání informací klientkami o hrozícím předčasném porodu

Respondentka 1	Ano
Respondentka 2	Ne
Respondentka 3	Ne
Respondentka 4	Ne
Respondentka 5	Ano

Z celkového množství 5 (R1-R5) respondentek, R1 a R5 aktivně vyhledávala informace o hrozícím předčasném porodu, R2, R3 a R4 aktivně informace o hrozícím předčasném porodu nevyhledávala.

Tabulka 12 Projevy hrozícího předčasného porodu

Respondentka 1	Zkrácení děložního čípku, kontrakce
Respondentka 2	Kontrakce, zkrácení cervix skóre
Respondentka 3	Vysoký krevní tlak, nevolnost, kontrakce, zkrácení děložního čípku
Respondentka 4	Krvácení
Respondentka 5	Kontrakce

Z celkového množství 5 (R1-R5) respondentek, měla R1 a R2 zkrácený děložní čípek a kontrakce, R5 pociťovaly pouze kontrakce, R3 měla vysoký krevní tlak, nevolnosti, kontrakce a zkrácení děložního čípku a u R4 se hrozící předčasný porod projevil krvácením.

Tabulka 13 Hospitalizace v nemocnici s hrozícím předčasným porodem

Respondentka 1	Ano
Respondentka 2	Ano

Respondentka 3	Ano
Respondentka 4	Ano
Respondentka 5	Ano

Z celkového množství 5 (R1-R5) respondentek, byly všechny respondentky hospitalizované v nemocnici na oddělení rizikového těhotenství.

Tabulka 14 Představení se lékaře při příjmu klientky

Respondentka 1	Ano
Respondentka 2	Ano
Respondentka 3	Ano
Respondentka 4	Ano
Respondentka 5	Ano

Z celkového množství 5 (R1-R2) respondentek, se všem respondentkám lékař představil při příjmu na oddělení rizikového těhotenství v nemocnici.

Tabulka 15 Zajištění soukromí při sdělování diagnózy

Respondentka 1	Ano
Respondentka 2	Ano
Respondentka 3	Ano
Respondentka 4	Ano
Respondentka 5	Ano

Z celkového množství 5 (R1-R5) respondentek, měly všechny respondentky zajištěné soukromí při sdělování diagnózy.

Tabulka 16 Představení se porodní asistentky při příjmu klientky

Respondentka 1	Ano
Respondentka 2	Ano
Respondentka 3	Ano

Respondentka 4	Ano
Respondentka 5	Ano

Z celkového množství 5 (R1-R5) respondentek, se všem respondentkám porodní asistentky při příjmu představily.

Tabulka 17 Podání informací lékařem o souhlasu s hospitalizací

Respondentka 1	Ano
Respondentka 2	Ano
Respondentka 3	Ano
Respondentka 4	Ano
Respondentka 5	Ano

Z celkového množství 5 (R1-R5) respondentek, všem respondentkám lékař podal informace o souhlasu s hospitalizací.

Tabulka 18 Souhlas klientky s hospitalizací

Respondentka 1	Ano
Respondentka 2	Ano
Respondentka 3	Ano
Respondentka 4	Ano
Respondentka 5	Ano

Z celkového množství 5 (R1-R5) respondentek, všechny respondenty souhlasily s hospitalizací.

Tabulka 19 Podání informací porodní asistentkou klientkám o chodu oddělení

Respondentka 1	Ano
Respondentka 2	Ano
Respondentka 3	Ano
Respondentka 4	Ano
Respondentka 5	Ano

Z celkového množství 5 (R1-R5) respondentek, všem respondentkám podaly porodní asistentky informace o chodu oddělení.

Tabulka 20 Naordinovaný klid na lůžku u klientek

Respondentka 1	Ano
Respondentka 2	Ano
Respondentka 3	Ano
Respondentka 4	Ano
Respondentka 5	Ano

Z celkového množství 5 (R1-R5) respondentek, všem respondentkám lékař naordinoval klid na lůžku.

Tabulka 21 Podání informací lékařem o způsobu terapie u klientek

Respondentka 1	Ano
Respondentka 2	Ano
Respondentka 3	Ano
Respondentka 4	Ano
Respondentka 5	Ano

Z celkového množství 5 (R1-R5) respondentek, všem respondentkám lékař podal informace o způsobu terapie u klientek.

Tabulka 22 Podání informací porodní asistentkou o způsobu ošetrovatelské péče u klientek

Respondentka 1	Ano
Respondentka 2	Ano
Respondentka 3	Ano
Respondentka 4	Ano
Respondentka 5	Ano

Z celkového množství 5 (R1-R5) respondentek, všem respondentkám porodní asistentky podaly informace o způsobu ošetrovatelské péče.

Tabulka 23 Sledované parametry u klientek porodními asistentkami

Respondentka 1	TK, P, TT, kontrakce, krvácení, celkový stav, monitor, účinky podaných léků, odtok plodové vody, pohyby plodu
Respondentka 2	Celkový stav, TK, P, TT, krvácení, kontrakce, monitor, odtok plodové vody, účinky podaných léků, pohyby
Respondentka 3	Celkový stav, TK, TT, P, krvácení, monitor, odtok plodové vody, pohyby, kontrakce, účinky léků
Respondentka 4	Celkový stav, krvácení, TK, P, TT, kontrakce, odtok plodové vody, monitor
Respondentka 5	TK, P, TT, kontrakce, krvácení, odtok plodové vody, pohyby, celkový stav

Z celkového množství 5 (R1-R5) respondentek, u R1, R2 a R3 porodní asistentky sledovaly TK, P, TT, kontrakce, krvácení, celkový stav, monitor, účinky podaných léků, odtok plodové vody a pohyby plodu, U R4 porodní asistentky sledovaly celkový stav, TK, TT, P, monitor, odtok plodové vody a kontrakce a U R5 porodní asistentky sledovaly TK, P, TT, kontrakce, krvácení, odtok plodové vody, pohyby a celkový stav ženy.

Tabulka 24 Pravidelné provádění ošetrovatelských činností porodními asistentkami z pohledu klientek

Respondentka 1	TK, P, TT, kontrola kontrakcí, krvácení, celkového stavu, monitor, účinky podaných léků, kontrola odtoku plodové vody, kontrola pohyby
Respondentka 2	Kontrola celkového stavu, TK, P, TT, krvácení, kontrakcí, monitor, odtoku

	plodové vody, účinky podaných léků, kontrola pohybů
Respondentka 3	Kontrola celkového stavu TK, TT, P, krvácení, monitor, odtoku plodové vody, pohybů, kontrakcí, účinků léků
Respondentka 4	Kontrola celkového stavu, krvácení, TK, P, TT, kontrakcí, odtoku plodové vody, monitor
Respondentka 5	Kontrola TK, P, TT, kontrakcí, krvácení, odtoku plodové vody, pohybů, celkového stavu

Z celkového množství 5 (R1-R5) respondentek, u R1 a R2 porodní asistentky pravidelně sledovaly TK, P, TT, kontrakce, krvácení, celkový stav, monitor, účinky podaných léků, odtok plodové vody a pohyby plodu, u R3 porodní asistentky pravidelně sledovaly celkový stav, TK, TT, P, krvácení, monitor, odtok plodové vody, pohyby plodu, kontrakce a účinky léků, u R4 a R5 porodné asistentky pravidelně sledovaly TK, P, TT, kontrakce, krvácení, odtok plodové vody, pohyby plodu a celkový stav žen.

Tabulka 25 Vysvětlení porodní asistentkou způsob provádění ošetrovatelských činností u klientek

Respondentka 1	Ano, dostatečně
Respondentka 2	Ano
Respondentka 3	Ano
Respondentka 4	Ano
Respondentka 5	Ano, pokaždé

Z celkového množství 5 (R1-R5) respondentek, u R1 a R5 porodní asistentky pokaždé vysvětlily provádění ošetrovatelských činností, u R2, R3 a R4 porodní asistentky vysvětlily provádění ošetrovatelských činností.

Tabulka 26 Nepříjemnost ošetrovatelských výkonů u klientek

Respondentka 1	Gynekologické vyšetření, odběry krve
Respondentka 2	Odběry krve, gynekologické vyšetření
Respondentka 3	Gynekologické vyšetření, odběry krve
Respondentka 4	Vaginální ultrazvukové vyšetření
Respondentka 5	Infuze, odběry krve

Z celkového množství 5 (R1-R5) respondentek, R1, R2, R3 udává, že jim bylo nepříjemné gynekologické vyšetření a odběry krve, R4 udává, že jí bylo nepříjemné vaginální ultrazvukové vyšetření, R5 udává, že jí byly nepříjemné odběry krve a infúzní terapie.

Tabulka 27 Aplikace infúzní terapie během hospitalizace

Respondentka 1	Ne
Respondentka 2	Ano
Respondentka 3	Ano
Respondentka 4	Ano
Respondentka 5	Ano

Z celkového množství 5 (R1-R5) respondentek, R1 měla infúzní terapii během hospitalizace, R2, R3, R4 a R5 infúzní terapii během hospitalizaci neměly naordinovanou.

Tabulka 28 Respektování soukromí klientky zdravotníky během hospitalizace

Respondentka 1	Ano
Respondentka 2	Ano
Respondentka 3	Ano
Respondentka 4	Ano
Respondentka 5	Ano

Z celkového množství 5 (R1-R5) respondentek, všechny respondentky uvedly, že bylo respektováno jejich soukromí zdravotníky během hospitalizace.

Tabulka 29 Možnost návštěv na pokoji kdykoliv během dne u klientek

Respondentka 1	Ano
Respondentka 2	Ano
Respondentka 3	Ano
Respondentka 4	Ano
Respondentka 5	Ano

Z celkového množství 5 (R1-R5) respondentek, všechny respondentky uvedly, že měly možnost návštěv na pokoji během dne.

Tabulka 30 Největší problém během hospitalizace z pohledu klientek

Respondentka 1	Obava o to, aby se miminka nenarodila příliš předčasně
Respondentka 2	Obavy o dítě, příliš předčasný porod
Respondentka 3	Obavy o děti, dlouhodobá hospitalizace
Respondentka 4	Strach o dítě, obavy z převozu
Respondentka 5	Obavy o dítě, dlouhá hospitalizace

Z celkového množství 5 (R1-R5) respondentek, R1 má obavy o to, aby se miminka nenarodila příliš předčasně, R2 má obavy o dítě a příliš předčasný porod, R3 má obavy o děti a dlouhodobou hospitalizaci, R4 má strach o dítě a obavy z převozu, R5 má obavy o dítě a dlouhou hospitalizaci.

Tabulka 31 Potřebné informace o hrozícím předčasném porodu u klientek

Respondentka 1	Ano
Respondentka 2	Ano
Respondentka 3	Ano
Respondentka 4	Ano
Respondentka 5	Ano

Z celkového množství 5 (R1-R5) respondentek, všechny respondentky měly potřebné informace o hrozícím předčasném porodu.

Tabulka 32 Způsoby zjišťování spokojenosti s ošetrovatelskou péčí porodními asistentkami u klientek

Respondentka 1	Pravidelným dotazem
Respondentka 2	Pravidelným dotazem
Respondentka 3	Časté dotazy
Respondentka 4	Pravidelné dotazy
Respondentka 5	Dotazy

Z celkového množství 5 (R1-R5) respondentek, R1, R2 a R4 odpověděly, že porodní asistentky zjišťovaly spokojenost s ošetrovatelskou péčí pravidelnými dotazy, R3 odpověděla, že to bylo častými dotazy a R5 odpověděla, že porodní asistentky zjišťovaly spokojenost s ošetrovatelskou péčí dotazy.

Tabulka 33 Dostatek času při poskytování ošetrovatelské péče porodními asistentkami

Respondentka 1	Ano
Respondentka 2	Ano
Respondentka 3	Ano
Respondentka 4	Ano
Respondentka 5	Ano

Z celkového množství 5 (R1-R5) respondentek, všechny respondentky odpověděly, že porodní asistentky na ně měly dostatek času při poskytování ošetrovatelské péče.

Tabulka 34 Nedostatky při ošetrovatelské péči během hospitalizace z pohledu klientek

Respondentka 1	Žádné
Respondentka 2	Žádné
Respondentka 3	Žádné
Respondentka 4	Žádné
Respondentka 5	Nejednotnost informací od lékařů (každý říká něco jiného)

Z celkového množství 5 (R1-R5) respondentek, R1, R2, R3, R4 žádné nedostatky při poskytování ošetrovatelské péče z jejich pohledu neuváděly, R5 uváděla, že je to nejednotnost informací od lékařů, kdy každý říká něco jiného.

Tabulka 35 Souhrnné vyjádření respondentek

	R.1	R.2	R. 3	R.4	R.5
Věk	31 let	32 let	29 let	40 let	25 let
Dosažené vzdělání	Vysokoškolské	Středoškolské s maturitou	Středoškolské S maturitou	vyučena	Středoškolské s maturitou
Návštěva prenatální poradny	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
Způsob zjištění hrozícího p. porodu	Na pravidelné kontrole, u gynekologa	Na pravidelné kontrole, u gynekologa	Díky informacím od gynekologa	Díky krvácení, doma	U gynekologa, na kontrole
Získávání informací o hrozícím předčasném porodu	Ošetřující gynekolog, PA, samostudium	Ošetřující gynekolog, PA,	Ošetřující gynekolog, PA	nikdo	Ošetřující gynekolog
Aktivní vyhledávání informací o h.p.p.	Ano	Ne	Ne	Ne	Ano
Hospitalizace v těhotenství	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano

Projevy hrozícího p.porodu	Zkrácení cervix skóre, kontrakce	Kontrakce, zkrácení cervix skóre	Vysoký krevní tlak, nevolnost, zkrácení cervix skóre	Krvácení	Kontrakce
Představení se lékaře při příjmu	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
Zajištění soukromí při příjmu	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
Představení se PA při příjmu	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
Podání informoval lékařem o souhlasu s hospitalizací	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
Váš souhlas s hospitalizací	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
Podání informací PA o chodu oddělení	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
Omezený pohyb na lůžku	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
Informování lékařem o průběhu léčby	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
Podání informací PA o oš. péči	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
Sledované parametry porodní asistentkou u žen	TK, P, TT, kontrakce, krvácení, celkový stav, monitor, účinky podaných léků, odtok plodové vody, pohyby plodu	Celkový stav, TK, P, TT, krvácení, kontrakce, monitor, odtok plodové vody, účinky podaných léků, pohyby	Celkový stav, TK, TT, P, krvácení, monitor, odtok plodové vody, pohyby, kontrakce, účinky léků	Celkový stav, krvácení, TK,P, TT, kontrakce, odtok plodové vody, monitor	TK, P, TT, kontrakce, krvácení, odtok plodové vody, pohyby, celkový stav
Pravidelně sledované parametry porodní asistentkou u žen	Kontrola TK, P, TT, kontrola kontrakcí, krvácení, celkového stavu, monitor, účinky podaných léků, kontrola odtoku plodové vody, kontrola pohybů plodu	Kontrola celkového stavu, TK, P, TT, krvácení, kontrakcí, monitor, odtoku plodové vody, účinky podaných léků, kontrola pohybů	Kontrola celkového stavu TK, TT, P, krvácení, monitor, odtoku plodové vody, pohybů, kontrakcí, účinků léků	Kontrola celkového stavu, krvácení, TK, P, TT, kontrakcí, odtoku plodové vody, monitor	Kontrola TK, P, TT, kontrakcí, krvácení, odtoku plodové vody, pohybů, celkového stavu
Vysvětlení PA vykonávání oš. činností u žen	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
Nepříjemný oš. výkon z pohledu žen	Gynekologické vyšetření, odběry krve	Odběry krve, gynekologické vyšetření	Gynekologické vyšetření, odběry krve	Vaginální ultrazvuko vě	Infuze, odběry krve

				vyšetření	
Infuzní terapie	Ne	Ano	Ano	Ano	Ano
Možnost celodenních návštěv	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
Zajištění soukromí během hospitalizace	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
Největší problém během hospitalizace	Obava o to, aby se miminka nenarodila příliš předčasně	Obavy o dítě, příliš předčasný porod	Obavy o dítě, dlouhodobá hospitalizace	Strach o dítě, obavy z převozu	Obavy o dítě, dlouhá hospitalizace
Potřebné informace o hrozícím p. porodu	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
Věnování dostatku času při oš. péči ženám	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
Nedostatky při oš. péči z pohledu žen	Žádné	Žádné	Žádné	Žádné	Nejednotnost informací od lékařů, každý říká něco jiného

Z celkového množství 5(R1-R5) respondentek, je R1 ve věku 31 let, R2 je ve věku 32 let, R3 je ve věku 29 let, R4 je ve věku 30 let a R5 je ve věku 25 let. R1 vysokoškolské vzdělání, R2 a R3 má středoškolské vzdělání s maturitou, R4 má střední odborné vzdělání a R5 má středoškolské vzdělání s maturitou. 5 (R1-R5) respondentek navštěvovalo pravidelně prenatální poradny a u R1 a R2 byl zjištěn předčasný porod při pravidelné kontrole gynekologem, R3 zjistila předčasný porod díky informacím, které jí podal gynekolog, R4 zjistila předčasný porod tím, že začala krvácet a u R5 byl zjištěn předčasný porod na kontrole u gynekologa.

Z celkového množství 5 (R1-R5) respondentek, R1 získala informace o hrozícím předčasném porodu od svého ošetřujícího gynekologa, porodní asistentky a také samostudiem. R2 a R3 získala informace o hrozícím předčasném porodu od ošetřujícího gynekologa a porodní asistentky, R4 nezískala informace o hrozícím předčasném porodu od nikoho a R5 získala informace o hrozícím předčasném porodu od ošetřujícího gynekologa.

R1 a R5 aktivně vyhledávala informace o hrozícím předčasném porodu, R2, R3 a R4 aktivně informace o hrozícím předčasném porodu

nevyhledávala. R1 a R2 měly zkrácený děložní čípek a kontrakce, R5 pociťovala pouze kontrakce, R3 měla vysoký krevní tlak, nevolnosti, kontrakce a zkrácení děložního čípku a u R4 se hrozící předčasný porod projevil krvácením. Všech 5 (R1-R5) respondentek bylo hospitalizováno v nemocnici na oddělení rizikového těhotenství.

U (R1-R5) respondentek se lékař představil při příjmu na oddělení rizikového těhotenství v nemocnici. 5 (R1-R5) respondentek mělo zajištěné soukromí při sdělování diagnózy. 5 (R1-R5) respondentkám se porodní asistentky při příjmu představily.

5 (R1-R5) respondentkám lékař podal informace o souhlasu s hospitalizací. 5 (R1-R5) respondentek souhlasilo s hospitalizací a 5 (R1-R5) respondentkám podaly porodní asistentky informace o chodu oddělení. Dále 5 (R1-R5) respondentkám lékař naordinoval klid na lůžku a také 5 (R1-R5) respondentkám podal lékař informace o způsobu terapie u klientek. 5 (R1-R5) respondentkám porodní asistentky podaly informace o způsobu ošetrovatelské péče.

U R1, R2 a R3 porodní asistentky sledovaly TK, P, TT, kontrakce, krvácení, celkový stav, monitor, účinky podaných léků, odtok plodové vody a pohyby plodu, U R4 porodní asistentky sledovaly celkový stav, TK, TT, P, monitor, odtok plodové vody a kontrakce a U R5 porodní asistentky sledovaly TK, P, TT, kontrakce, krvácení, odtok plodové vody, pohyby a celkový stav ženy. U R1 a R2 porodní asistentky pravidelně sledovaly TK, P, TT, kontrakce, krvácení, celkový stav, monitor, účinky podaných léků, odtok plodové vody a pohyby plodu, u R3 porodní asistentky pravidelně sledovaly celkový stav, TK, TT, P, krvácení, monitor, odtok plodové vody, pohyby plodu, kontrakce a účinky léků, U R4 a R5 porodné asistentky pravidelně sledovaly TK, P, TT, kontrakce, krvácení, odtok plodové vody, pohyby plodu a celkový stav žen.

U R1 a R5 porodní asistentky pokaždé vysvětlily provádění ošetrovatelských činností, u R2, R3 a R4 porodní asistentky vysvětlily provádění ošetrovatelských činností. R1, R2, R3 udává, že jim bylo nepříjemné gynekologické vyšetření a odběry krve, R4 udává, že jí bylo nepříjemné vaginální ultrazvukové vyšetření, R5 udává, že jí byly nepříjemné odběry krve a infúzní terapie.

R1 měla infúzní terapii během hospitalizace, R2, R3, R4 a R5 infúzní terapii během hospitalizaci neměly naordinovanou. 5 (R1-R5) uvedlo, že bylo respektováno jejich soukromí zdravotníky během hospitalizace a dále 5 (R1-R5) respondentek odpovědělo, že měly možnost návštěv na pokoji během dne.

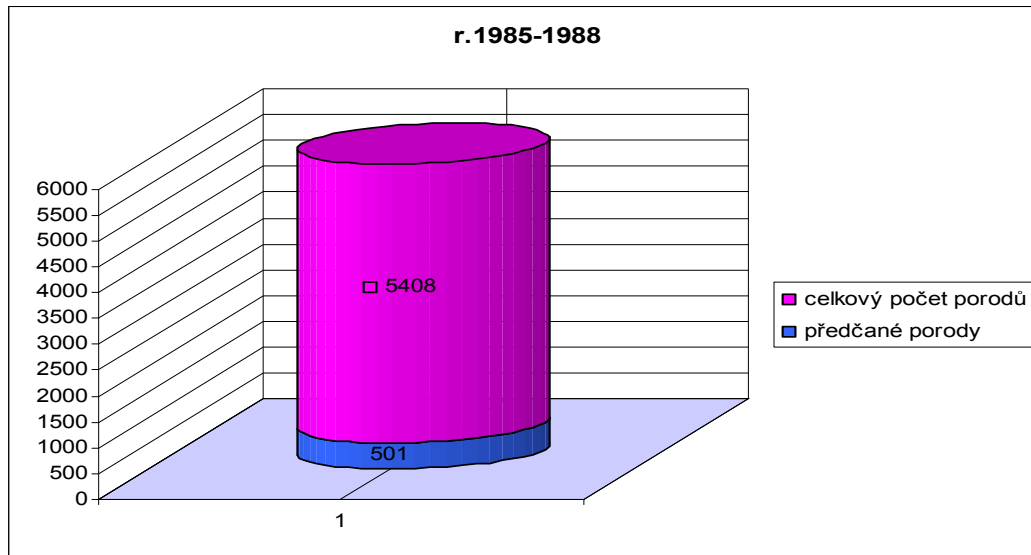
R1 má obavy o to, aby se miminka nenarodila příliš předčasně, R2 má obavy o dítě a příliš předčasný porod, R3 má obavy o děti a dlouhodobou hospitalizaci, R4 má strach o dítě a obavy z převozu, R5 má obavy o dítě a dlouhou hospitalizaci. Všechny 5 (R1-R5) respondentek mělo potřebné informace o hrozícím předčasném porodu.

R1, R2 a R4 odpověděly, že porodní asistentky zjišťovaly spokojenost s ošetrovatelskou péčí pravidelnými dotazy, R3 odpověděla, že to bylo častými dotazy a R5 odpověděla, že porodní asistentky zjišťovaly spokojenost s ošetrovatelskou péčí dotazy. Všechny 5 (R1-R5) respondentek odpovědělo, že porodní asistentky na ně měly dostatek času při poskytování ošetrovatelské péče. R1, R2, R3, R4 žádné nedostatky při poskytování ošetrovatelské péče z jejich pohledu neuváděly a R5 uváděla, že je to nejednotnost informací od lékařů, kdy každý říká něco jiného.

4.3 Statistika předčasných porodů v ON Příbram

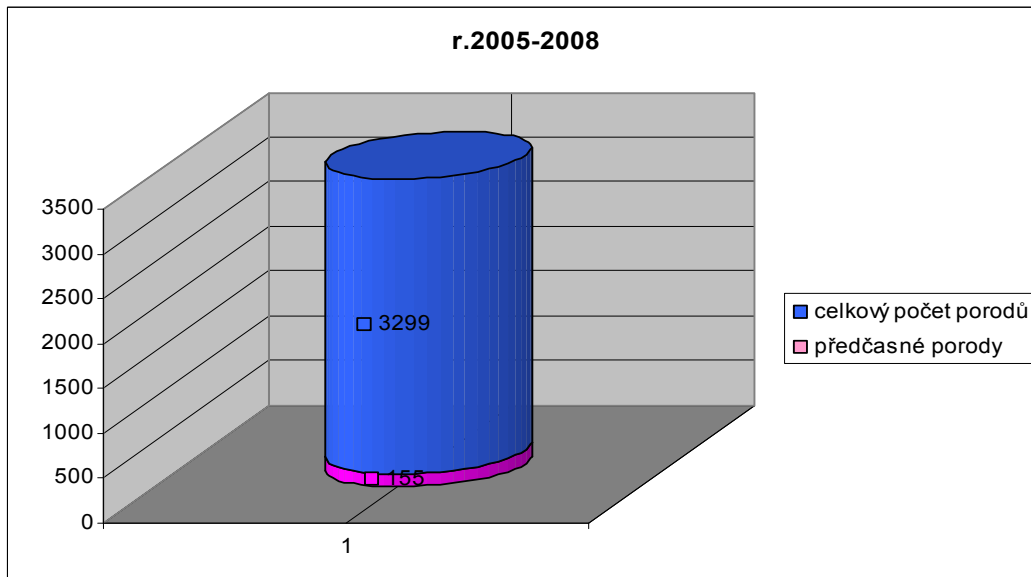
Dle statistiky ON Příbram se nepotvrdil předpoklad, že prevalence předčasných porodů má stoupající tendenci, naopak má klesající tendenci z 9,26 % na 4,70 %.

Tabulka 36 Předčasné porody v ON Příbram v letech 1985 - 1988



Předčasných porodů 9,26 %

Tabulka 37 Předčasné porody v ON Příbram v letech 2005 - 2008



Předčasných porodů 4,70 %

Zdroj: statistika ON Příbram

5. Diskuze

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaká je informovanost o ošetrovatelské péči u žen s hrozícím předčasným porodem a jejich nejčastější problémy při hospitalizaci. Vybranou skupinu tvořilo 5 těhotných žen, kterých se tato problematika osobně týkala a byly hospitalizovány v ON Příbram.

Dle odborné literatury věk matky a sociální statut má přímou souvislost s hrozícím předčasným porodem (4), jde o hranici pod 20 a nad 35 let. Z Tabulky 6 vyplývá, že tato problematika odpovídá této definici, pouze u respondentky 4. Kasuistiky upřesňují věk respondentek. Respondentka 1 je ve věkové kategorii 31 let, respondentka 2 je ve věkové kategorii 32 let, respondentka 3 je ve věku 29 let, respondentka 4 je ve věku 40 let a respondentka 5 je ve věku 25 let. Z Tabulky 7 vychází, že se tato problematika týká vysokoškolsky vzdělané respondentky 1, respondentky 2, 3 a 5, které mají ukončené středoškolské vzdělání s maturitou a v jednom případě jde o respondentku 4, která má dokončené střední odborné vzdělání. Dle kasuistik byly respondentky v rozmezí mezi 29. - 34. týdnem těhotenství. Z toho 2x šlo o dvojčetné těhotenství a 3x o jednočetné těhotenství. Parita dle kasuistik byla u respondentky 1,3,5 I/ I, u respondentky 2 byla II/II a u respondentky 4 byla III/ III.

Pravidelné návštěvy v prenatální poradně jsou dle literatury (4) základním pilířem perinatologické péče. Zde by klientky měly získávat informace o hrozícím předčasném porodu a mělo by u nich dojít k zajištění co nejvíce rizikových faktorů.

Dle Tabulky 8 navštěvovaly prenatální péči všechny respondentky. Kasuistiky doplňují, že šlo o návštěvnost pravidelnou a zodpovědnou. Podle Tabulky 10 zajišťuje kvalitní i informovanou péči v prenatální poradně ošetřující gynekolog u respondentek 1, 2, 3 a 5, porodní asistentka u respondentek 1, 2, 3 a respondentka 4 udává, že nebyla informovaná od nikoho z nich. Kasuistiky doplňují informace, že dostatečnou informovanost v prenatální péči udávají respondentky 1, 2, 3, které navštěvují prenatální poradnu v ON Příbram a respondentka 5, která chodila mimo ON Příbram. Žádnou informovanost udává respondentka 4, která navštěvovala soukromého gynekologa. V této sféře, kde má informovanost zásadní význam, jde o neuspokojivý výsledek.

Dle Tabulky 9 se u respondentky 1, 2, 3, 5 potvrdila teze o zjištění rizikových faktorů hrozícího předčasného porodu v prenatální poradně při pravidelné kontrole a u respondentky 4 doma, díky krvácení.

Dle kasuistik a informací z Tabulky 12, šlo o diagnózu s nejčastějšími projevy hrozícího předčasného porodu u respondentek 1, 2, 5 a o progresi cervix skóre a s tím souvisejícími kontrakcemi, u respondentky 4 šlo o vyloučení předčasného odlučování placenty projevující se krvácením a u respondentky 3 se k progresi cervix skóre přidružily příznaky preeklampsie. Dle literatury (4) mají k preeklampsii a progresi cervix skóre více predispozice těhotné ženy s vícečetným těhotenstvím, což se u respondentek 1 a 3 potvrdilo.

Aktivní vyhledávání informací o této problematice se dle tabulky 11 zabývaly respondentky 1 a 5 a to dle kasuistik, pomocí literatury a internetu. Respondentkám 2, 3, 4 stačily informace z prenatální poradny a samostatně je nevyhledávaly. Respondentka 1 navíc využila možností návštěv prenatálního kurzu v ON Příbram.

Dle kasuistik a Tabulek 14, 15 a 16 se lékař a porodní asistentka při příjmu představili a svědomitě zajišťovali klientkám soukromí při sdělování diagnózy, ve všech případech. Což, chválí dodržování základních ošetrovateľských zásad. Lékař podal informace klientkám o souhlasu s hospitalizací u všech pěti respondentek, jak je uvedeno v Tabulce 17. Žena má nepochybně právo odmítnout jakýkoli zdravotní zásah, jak vyplývá z článku 5 mezinárodní smlouvy „Úmluva o lidských právech v biomedicíně“ (11). Toto právo žádná z respondentek nevyužila a s hospitalizací souhlasilo všech pět respondentek, jak znázorňuje Tabulka 13 a 18.

O chodu oddělení a o „Právech pacientů“, jak vyplývá nejen z Tabulky 19, ale i z kasuistik, seznámily porodní asistentky klientky ve všech pěti případech.

Odborná literatura (4) doporučuje v rámci terapie o ženu s hrozícím předčasným porodem klid na lůžku. Tento postup byl naordinován u všech pěti respondentek (Tabulka 20). Dle kasuistik respondentky udávají, při dlouhodobé hospitalizaci, díky klidovému režimu, omezení v zájmové činnosti.

Další doporučení (4) se týká infúzní terapie, kterou měly naordinovány respondentky 2, 3, 4, 5, u respondentky 1 postačila prvotní léčba perorální, znázorňující Tabulka 27. Kasuistiky udávají zajištění infúzní terapie u respondentky 2 tokolytiky, u respondentky 3 magnesioterapií a tokolytiky, u respondentky 4 byl podáván Dicynone a u klientky 5 to byla tokolytika.

Perorální terapie byla dle kasuistiky primárně zajištěna u respondentky 1 tokolytiky 1tbl. 3x denně, dále sekundárně u respondentky 2 tokolytiky 1tbl. a 8h., Magnosolv 2x denně a antibiotika Summamed 1tbl. po 24h. U respondentky 3 Dopegyt 4x 1tbl., Essenciale 3x2 cps., kyselinu listovou 2x 1tbl. denně. Respondentka 4 užívala 3x2tbl.

Ascorutinu a respondentka 5 tokolytika 1tbl. a 8h. a antibiotika Summamed 1tbl. a 24h. Podaná perorální léčba byla dle lege artis daných diagnóz (4).

Lékař podával informace o způsobu terapie a porodní asistentka o ošetrovatelské péči ve všech případech (R1-R5), jak znázorňují Tabulky 21 a 22.

Sledované parametry u klientek porodní asistentkou byly kontrola TK, TT, P, kontrakce, krvácení, celkový stav, účinky podaných léků, odtok plodové vody, pohyby plodu u všech 5 respondentek a u respondentek 1, 2, 3, 4 navíc porodní asistentky sledovaly kardiokografický záznam, jak znázorňuje Tabulka 23. Tyto ošetrovatelské činnosti byly dle Tabulky 24 prováděny pravidelně. Dle kasuistik byla kontrola celkového stavu prováděna u všech respondentek po celý den. Kontrola TK byla u respondentky 1 a 4 prováděna 3 x denně, u respondentky 2 a 5 probíhala kontrola TK průběžně po celou dobu tokolytické infúzní terapie, při přechodu na perorální formu kontroly probíhaly 3 x denně a u klientky 3 probíhala kontrola TK 5x denně z důvodu hypertenze a preeklamptických příznaků. Kontrola TT byla dle kasuistik kontrolována u všech respondentek 2x denně. Kasuistiky udávají sledování kontrakcí, pohybů plodu a odtoku plodové vody pravidelně po celý den a to u všech respondentek. Kontrola CTG byla prováděna 1 x denně u klientky 1, 3, 4, 5. U klientky 2 nedošlo ke kontrole CTG z důvodu malého týdně těhotenství.

Jak znázorňuje Tabulka 25 všem klientkám byla od porodních asistentek vysvětlen způsob postupu ošetrovatelských výkonů (R1-R5). Kasuistiky upřesňují podání informací jasně a srozumitelně.

Podle sestavených kasuistik a Tabulky 26 byly nejvíce nepříjemnými výkony u hospitalizovaných respondentek 1, 2, 3, 5 odběry krve, dále u respondentek 1, 2, 3 stejně nepříjemné bylo i gynekologické vyšetření, respondentka 4 udává ultrazvukové vaginální vyšetření a respondentka 5 doplňuje ještě infúzní terapii.

Tabulka 28 znázorňuje potvrzení respektování soukromí během hospitalizace u všech dotazovaných respondentek (R1-R5).

Možnost celodenních návštěv, velice ocenily dle Tabulky 29 všechny dotazované respondentky (R1-R5). Z kasuistik vyplývá zájem rodiny a jejich pravidelné návštěvy.

Největším problémem u všech pěti žen (R1-R5) s hrozícím předčasným porodem, které byly hospitalizované, se potvrdila obava o nenarozené děti. Druhé místo patřilo u respondentek 2 a 5 dlouhodobé hospitalizaci a u respondentky 4 obavám z převozu (Tabulka 30). Z toho, dle kasuistik vyplývají i jejich přání. Respondentka 1 chce, aby byly děti v pořádku a těhotenství dospělo do zdárného konce, respondentka 2 si přeje zdravé

dítě, respondentka 3 stabilizaci svého stavu, propuštění do domácí péče, donošení zdravých dětí a úspěšný porod. Přání respondentky 4 bylo zdravé dítě a zdárný konec těhotenství a respondentka 5 si přeje, stabilizaci svého zdravotního stavu, touží jít domů a chce porod zdravého dítěte.

Všechny dotazované respondentky (R1-R5) shodně udávají dostatečné doplnění informací o hrozícím předčasném porodu (Tabulka 31). Kasuistiky udávají trpělivé vysvětlení všech dotazů.

Způsob, jakým porodní asistentky zjišťují spokojenost s ošetrovatelskou péčí u hospitalizovaných žen, vyplývá z Tabulky 32. Z celkového množství 5 respondentek, R1, R2 a R4 odpověděly, že porodní asistentky zjišťovaly spokojenost s ošetrovatelskou péčí pravidelnými dotazy, R3 odpověděla, že to bylo častými dotazy a R5 odpověděla, že porodní asistentky zjišťovaly spokojenost s ošetrovatelskou péčí dotazy.

Dle všech dotazovaných respondentek (R1-R5), jim porodní asistentky věnovaly při ošetrovatelské péči, dostatek času (Tabulka 33), což vyplývá i z kasuistik. Jak znázorňuje Tabulka 34, nedostatky s ošetrovatelskou péčí neshledávají respondentky 1, 2, 3, 4. Respondentka 5 vidí nedostatek v ošetrovatelské péči, v nejednotnosti informací od lékařů (každý říká něco jiného).

Z grafického znázornění na Grafu 1 a 2 z let 1985 - 1988 a 2005 – 2008 je patrná klesající prevalence předčasných porodů v ON Příbram. Tato statistika dokazuje zkvalitnění ošetrovatelské péče o ženy s hrozícím předčasným porodem během dvacetiletého vývoje a kvalitní spolupráci s perinatologickými centry (4).

Cílem 1 bylo zjistit informovanost o ošetrovatelské péči u žen s hrozícím předčasným porodem. Cíl byl splněn (Tabulky 10, 31).

Cílem 2 bylo zjistit nejčastější problémy u klientek s hrozícím předčasným porodem. Cíl byl splněn (Tabulka 30).

Cílem 3 bylo zjistit dle statistiky ON Příbram, klesající či stoupající prevalenci předčasných porodů v letech 1985 - 1988 a 2005-2008, což bylo splněno Grafem 1 a 2.

Na výzkumnou otázku 1, zda mají klientky potřebné informace o hrozícím předčasném porodu, bylo zjištěno, že ženy navštěvující prenatální poradnu a jsou –li hospitalizované v ON Příbram udávají komplexní informovanost o této problematice (Tabulky 10, 11, 19, 21, 22, 25, 31).

Na výzkumnou otázku 2, zda jsou největším problémem u klientek s hrozícím předčasným porodem obavy o nenarozené dítě, byla zjištěna odpověď, že největším problémem u hospitalizovaných žen s hrozícím předčasným porodem jsou obavy o nenarozené dítě (Tabulka 30) .

Výzkumná otázka 3, měla zjistit, zda je dle statistiky ON Příbram r.1985 – 1988 v porovnání r.2005-2008 prevalence předčasných porodů stoupající. Bylo zjištěno odpověď, že prevalence předčasných porodů v ON Příbram má překvapivě, klesající tendenci (Graf 1,2).

Výzkumná otázka 4 měla zjistit, jaké nejčastější nedostatky se objevují v ošetrovatelské péči u žen s hrozícím předčasným porodem. Byla zjištěna odpověď, že nedostatky v ošetrovatelské péči, poskytované porodními asistentkami, nebyly u 4 respondentek shledány žádné, u respondentky 5 jako nedostatek byla hodnocena nejednotnost informací od lékařů (každý říká něco jiného) v Tabulce 34.

6. Závěr

Výzkumné kvalitativní šetření mělo zmapovat ošetrovatelskou péči a informovanost žen s hrozícím předčasným porodem. Byly stanovení cíle bakalářské práce, kde byly klientky dotazovány, jaké mají zkušenosti s ošetrovatelskou péčí v ON Příbram. Zaujímalo nás, mají-li klientky dostačující informace o hrozícím předčasném porodu, jsou-li největším problémem obavy o nenarozené dítě a jaké nejčastější nedostatky se objevují v ošetrovatelské péči o ženy s hrozícím porodem. V závěru nás zajímala statistická prevalence předčasných porodů v ON Příbram z let 1985 - 1988 a 2005 – 2008. Cíle práce se splnily výsledky výzkumného šetření, stejně tak byla zodpovězeny výzkumné otázky, ze kterých je možné stanovit hypotézy.

Hypotéza první zní: Klientky navštěvující prenatální péči v ON Příbram mají informace o hrozícím předčasném porodu.

Hypotéza druhá zní: Klientky hospitalizované v ON Příbram mají informace o hrozícím předčasném porodu.

Hypotéza třetí zní: Problémem u hospitalizovaných žen s hrozícím předčasným porodem jsou obavy o nenarozené dítě.

Hypotéza čtvrtá zní: Respondentky neshledávají žádné nedostatky v ošetrovatelské péči vykonávané porodními asistentkami v ON Příbram. Co se týká ošetrovatelského týmu, z této práce vyplývá, že představování se klientkám, přístup k informovanosti o daných postupech, trpělivosti, zajišťování soukromí a pravidelné zjišťování spokojenosti s ošetrovatelskou péčí u klientek, se ukázalo v dobrém světle. Informovanost v prenatální poradně by zasloužila větší pozornost a to hlavně u soukromých gynekologů. Stálo by za úvahu navázat větší spolupráci s porodními asistentkami vedoucích prenatální kurzy. A to hlavně z preventivních důvodů a včasného podchycení předčasného porodu.

Výsledky výzkumného šetření jsou určeny pro současné a budoucí ošetrovatelské týmy věnující se této problematice a mohou být pomůckou ke zkvalitnění ošetrovatelské péče o ženy s hrozícím předčasným porodem. Prezentovány budou v říjnu na gynekologicko-porodnickém semináři ON Příbram.

7. Seznam použitých zdrojů

1. ČECH, E., HÁJEK, Z. a kol. *Porodnictví*. První vydání, Grada Publishing, 2006, ISBN 80- 247- 1313- 9.
2. ČECH, E., HÁJEK, Z. a kol. *Porodnictví*. První vydání, Grada Publishing, 1999, s.434. ISBN 80- 7169- 355- 3.
3. DOLEŽAL, A. *Od babictví k porodnictví*. První vydání, nakladatelství Karolinum, s.80. ISBN 80- 246- 0277-6.
4. HÁJEK, Z. *Rizikové a patologické těhotenství*. První vydání, Grada Publishing, 2004, s.444. ISBN 80- 247- 0418-8.
5. JANÁČKOVÁ, L. *Základy zdravotnické psychologie*. První vydání, Triton, 2008, s.99. ISBN 978- 80- 7387- 179 – 6.
6. KAMENÍKOVÁ, M., KYASOVÁ, M. *Ošetrovatelské diagnózy na porodním sále*. První vydání, Grada Publishing, 2003, s. 92. ISBN 80- 247- 0285-1.
7. LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. První vydání, Grada Publishing, 2004, s.988. ISBN 80- 247- 0668- 7.
8. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v nanda doménách*. První vydání, Grada Publishing, 2006, s.264. ISBN 80- 247- 1399-3.
9. MASTILIÁKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství – I.díl*. První vydání, Karolinum, 2002, s.187. ISBN 80- 246- 0429-9.
10. PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. První vydání, Grada Publishing, 2006, s.152. ISBN 80- 247- 1211- 3.
11. ROZTOČIL, A. *Moderní porodnictví*. První vydání, Grada Publishing, 2008, s. 408. ISBN 978- 80- 247- 1941-2.
12. SLEZÁKOVÁ, L. a kol. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty III. Gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie*. První vydání, Grada Publishing, 2007, s. 224. ISBN 978 – 80- 247- 2270- 2.
13. ZWINGER, A. *Porodnictví*. První vydání, Galén, 2004, s.456. ISBN 80- 7262-257-9.
14. *Porodní knihy ON Příbram*, r.1985, 1986, 1987, 1988, 2005, 2006, 2007, 2008
15. [www. babyweb.cz](http://www.babyweb.cz) [11.2.2009].
16. [www. 9.mesicu.cz](http://www.9.mesicu.cz) [16.1.2009].
17. [www. gpkbrno.cz](http://www.gpkbrno.cz) [15.3.2009].
18. [www. praktickagynekologie.cz](http://www.praktickagynekologie.cz) [16.1.2009].

19. www.rnmag.com [12.9. 2008].
20. www.thefetus.net [12.9.2008].
21. www.vitalita.cz [16.1.2009].

8. Klíčová slova

Informovanost

Obavy

Ošetrovatelská péče

Prevalence

Předčasný porod

9. Seznam příloh

Příloha 1 Rozhovor s respondentkami

Příloha 2 Cerclage

Příloha 3 Funkční model M.Gordonové

Příloha 4 Funneling hrdla děložního ve tvaru písmene T, V,U,Y

Příloha 1 Rozhovor s respondentkami

Jmenuji se Soňa Jedličková a jsem studentkou 3. ročníku porodních asistentek na ZSF JU a ráda bych Vás poprosila o spolupráci při rozhovoru k mé bakalářské práci na téma „Ošetrovatelská péče o ženu s hrozícím předčasným porodem“. Otázky jsou anonymní budou použity pouze pro účely diplomové práce.

Děkuji Vám za čas i za zodpovězení otázek.

1. Kolik je Vám let?

Doplňte.....

2. Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?

.....

4. Chodila jste na do prenatální poradny?

.....

5. Jakým způsobem jste zjistila, že Vám hrozí předčasný porod?

.....

6. Kdo Vám podával informace o projevech předčasného porodu?

.....

7. Hledala jste si informace o projevech předčasného porodu sama?

.....

8. Jaké jste měla projevy předčasného porodu?

.....

9. Byla nebo jste hospitalizovaná v nemocnici s hrozícím předčasným porodem?

.....

10. Když Vás přijímal lékař, představil se Vám?

.....

11. Když Vám lékař sděloval Vaši diagnózu, měla jste zajištěné soukromí?

.....

12. Když Vám přijímala porodní asistentka, představila se Vám?

.....

13. Podal Vám lékař informace o souhlasu s hospitalizací?

.....

14. Souhlasila jste s hospitalizací?

.....

15. Podala Vám porodní asistentka informace o chodu oddělení?

.....

16. Měla jste omezený pohybový režim na lůžku (musela jste více ležet)?

.....

17. Sdělil Vám lékař, jakým způsobem bude u Vás probíhat léčba?

.....

18. Sdělila Vám porodní asistentka jakým způsobem bude u Vás probíhat ošetrovatelská péče?

.....

19. Co všechno u Vás porodní asistentka sledovala?

.....

20. Jaké ošetrovatelské činnosti prováděla porodní asistentka pravidelně?

.....

21. Vysvětlila Vám porodní asistentka všechny ošetrovatelské úkony, které u Vás prováděla?

.....

22. Jaké ošetrovatelské výkony byly pro Vás nepříjemné?

.....

23. Měla jste během hospitalizace infúzní terapii?

.....

24. Měla jste možnost návštěv na pokoji kdykoliv během dne?

.....

25. Bylo respektováno Vaše soukromí během hospitalizace?

.....

26. Co byste hodnotila jako Váš největší problém při hospitalizaci?

.....

27. Měla jste potřebné informace o předčasném porodu?

.....

28. Jakým způsobem zjišťovaly porodní asistentky Vaši spokojenost s ošetrovatelskou péčí?

.....

29. Myslíte si, že Vám věnovaly porodní asistentky při ošetrovatelské péči dostatek času?

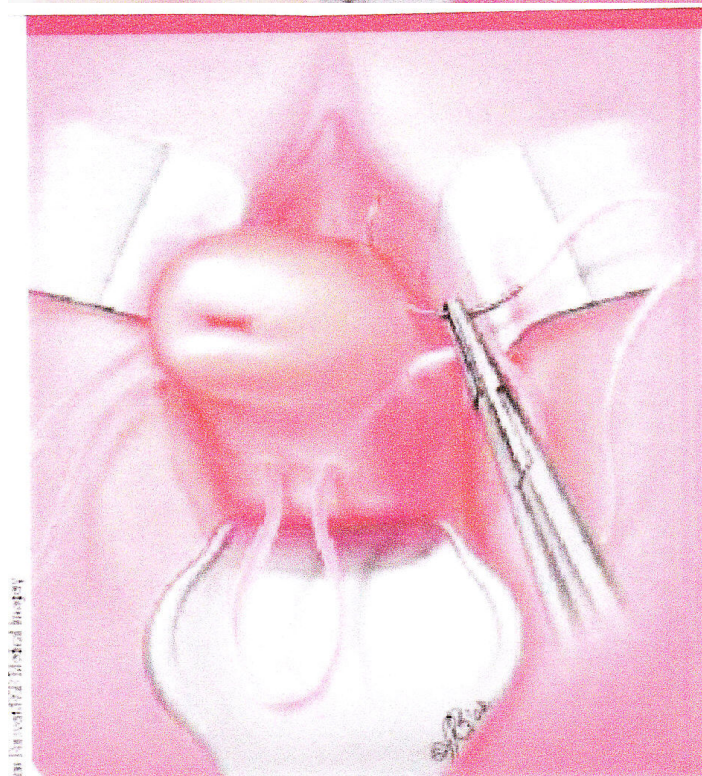
.....

30. Jaké se objevily nedostatky při péči o Vás během hospitalizace?

.....

Zdroj : [vlastní]

Příloha 2 Cerclage



Zdroj: www.rnmag.com [12.9. 2008].

**Příloha 3 OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE, OŠETŘOVATELSKÝ PROCES
DLE M. GORDONOVÉ. DIAGNOSTICKÉ DOMÉNY NANDA TAXONOMIE II.**

Iniciály klientky:	Rok narození:
Oddělení:	Lékařské diagnózy:
Diagnostická doména	
1. PODPORA ZDRAVÍ	1. Povědomí zdraví, 2. management zdraví
Pacientka zná důvod přijetí: ano ☐ ne rodina informována: ano ☐ ne Informace klientce poskytl: lékař: ☐ ano ☐ ne sestra: ☐ ano ☐ ne ☐ jiné:..... Stav klientky: vdaná svobodná rozvedená vdova Klientka si přeje si kontakt na nejbližší příbuzné: ne ano: druh ☐ dcera ☐ syn ☐ bratr ☐ sestra ☐ jiné:..... Zaměstnána:..... Pojišťovna:..... Přijetí: první ☐ druhé ☐ opakované ☐ přeložena z:..... Operace: ne ☐ ano: kdy:.....druh operace:..... Úraz: ne ☐ ano: kdy:.....druh úrazu:..... Běžné dětské choroby: ☐ ne ano Jiná onemocnění:: ☐ Užívání léků: ne ☐ ano: jaké:..... Dieta:	
Současný stav: projevy, příznaky a základní vyšetření sestrou: Krvácení: ano ne špinění: ano ne bolest: ne ano: lokalizace:..... Kontrakce: ne ☐ ano: ☐ nepravidelné ☐ pravidelné: po kolika minutách:..... ☐ slabé ☐ silné ☐ tlaky pohyby plodu: cítí necítí: od kdy:..... Rozměry pánevní: Vnitřní vyš. UZ: neproveden proveden: nález: Alergie: Krevní skupina a Rh faktor:.....transfúze: ne ano: kdy:.....reakce: ano ☐ ne Protilátky : HBsAg: pozitivní negativní BWR: pozitivní negativní Streptokok. agalac.: poz. neg Hiv : pozitivní negativní	
Fyziologické funkce: Puls: počet:min. pravidelný ☐ nepravidelný mělký plný ☐ nitkovitý Krevní tlak:mmHg TT:.....°C Výška:.....cm váha před těhotenstvím:.....kg nyní:.....kg	

Kouření: ne ☐ ano: kolik cigaret:denně alkohol: ☐ ano ne drogy: ☐ ano ☐ ne

Bolest: ne ano

Charakter bolesti: tupá ☐ ostrá ☐ bodavá ☐ kolikovitá ☐ křížová ☐ břišní

☐ jiné:.....

Stupnice:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Co bolest zmírňuje, odstraňuje: ☐ opiáty analgetika ☐ spinální anestézie ☐ epidurální anestézie

poloha ☐ masáže ☐ hydroterapie ☐ aromaterapie

☐ jiné:.....

Bandáže: ano ☐ ne

Pohybový režim: chodící ☐ klid na lůžku přísný klid na lůžku

Soběstačnost: ☐ úplná částečná pomoc ☐ úplná pomoc ☐ úroveň soběstačnosti: 0 1 2
3 4 5

Kompenzační pomůcky: ne

☐ ano:jaké:.....

Nemocná byla seznámena s „Právy pacientů“: ano ne

Kdo Vás seznámil s domácím řádem nemocnice: ☐ staniční sestra sestra z oddělení

☐ nikdo

Diagnostická doména

Třída

2. VÝŽIVA

1. Přijímání potravy, 2. trávení, 3. vstřebávání, 4. metabolismus, 5. hydratace

Kolikrát:.....za den pravidelná ☐ nepravidelná

Chuť k jídlu: ano

☐ ne:důvod:.....

Forma stravy: ☐ tekutá ☐ kašovitá normální konzistence

Schopnost najíst se sama: ano ☐ ne: ☐ s úplnou pomocí ☐ s částečnou pomocí

Vzhled pacientky: ☐ obézní ☐ kachetická štíhlá ☐ plnoštíhlá ☐ normální

Dyspeptické potíže: ne ☐ ano: ☐ pálení žáhy ☐ nauzea ☐ říhání zvracení ☐ jiné:

.....

Množství tekutin:..... za 24 hod.

Pocit žízně: ☐ ano ne ☐ občas

Stav sliznic: vlhké ☐ suché ☐ prokrvené ☐ bledé ☐ povlaky ☐ eroze

☐ jiné:.....

Kožní turgor: ☐ snížený normální ☐ dehydratace

☐ jiné:.....

Pocení: ne ☐ ano:☐ zvýšené ☐ návaly ☐ fyziologické pocení

Otoky: ne ☐ ano: kde: ☐ prsty ☐ kotníky ☐ lýtka ☐ celé končetiny ☐ obličej

☐ jiné:.....

Diagnostická doména

Třída

3. VYLUČOVÁNÍ

1. Močový systém, 2. gastrointestinální systém, 3. kožní systém, 4. pulmonální systém

Moč

Spontánní vylučování: častost:/24 h. množství: /24 h.

barva:.....

Potíže při močení: ne ano: ☐řezání ☐pálení ☐bolest☐jiné:.....**Stolice**WC - chodí sama ☐ WC - chodí s pomocí ☐ na lůžku – podložní mísa☐spont.: vyprazdňování: pravidelné:ne ☐ano: za kolik dní:.....☐nepravidelné:☐ne☐ano:.....dníBarva: hnědá ☐acholická☐jiná:.....Konzistence: formovaná ☐bobkovitá ☐skybala ☐průjem ☐zácpaUžívání projímadel:ne ☐ano: jak

často:.....jaká:.....

Kašel: ne ☐ano: ☐suchý ☐dráždivý ☐vlhký☐jiné:.....Pomůcky k dýchání: ☐kyslíkové brýle ☐kyslíková maska ☐kapesní inhalátor☐jiné:.....Podávání kyslíku: ne ☐ano: kolik:.....l/min. inhalace: ☐ne ☐ano:

druh:.....

Rehabilitace dýchacích cest: ☐ano ☐ne

Diagnostická doména	Třída
4. AKTIVITA - ODPOČINEK	1. Spánek, 2. aktivita, 3. energetická rovnováha, 4. kardiovaskulární-pulmonální odezva
Kolik hodin spíte?..... Po probuzení se cítíte: odpočínutá unavená Spíte celou noc: ano ☐ ne: ☐ budíte se v noci ☐ budíte se brzy ráno ☐ jiné:..... Užívání hypnotik: ne ☐ ano: jaká:..... Spánkové rituály: ne ☐ ano: jaké:.....	
Odpočinek přes den: pasivní:..... ☐ aktivní:..... Forma relaxace přes den: ☐ čtení ☐ procházka poslouchání hudby sport ☐ sledování televize ☐ jiné:..... Aktivní cvičení: ne ano: ☐ pravidelné ☐ nepravidelné Hygienická péče: ☐ sama ☐ s dohledem sestry s částečnou pomocí sestry ☐ s úplnou pomocí	
Diagnostická doména	Třída
5. VNÍMÁNÍ - POZNÁVÁNÍ	1. Pozornost, 2. orientace, 3. čítí, vnímání, 4. poznávání, 5. komunikace

Vědomí: jasné ☐ zastřené Orientace: plně orientovaná: ☐ osobou ☐ místem ☐ časem ☐ částečně orientovaná: ☐ osobou ☐ místem ☐ časem ☐ dezorientovaná Projevy: ☐ agresivita ☐ neklid ☐ apatie ☐ zmatenost ☐ deprese ☐ jiné:..... Řeč: plynulá ☐ koktavost ☐ němá ☐ jiné:..... Sluch: v normě ☐ nedoslýchavost: P – L ucho ☐ neslyšící: P – L ucho Kompenzační pomůcky: ne ☐ ano: P – L ucho: jaké:..... Zrak: vidí dobře ☐ krátkozrakost: kolik dioptrií: P:.....L:..... oko ☐ dalekozrakost: kolik dioptrií: P:.....L:..... oko ☐ strabismus: ☐ ano ☐ ne ☐ zbytky zraku ☐ nevidomá ☐ operace: ☐ ne ☐ ano: druh: P – L oko..... Brýle: ne ☐ ano ☐ čočky: ☐ ne ☐ ano	
Diagnostická doména	Třída
6. VNÍMÁNÍ SEBE SAMA	1. Sebepojetí, 2. sebeúcta, 3. obraz těla
Jste: společenský typ ☐ extrovert ☐ introvert ☐ optimista ☐ pesimista ☐ sebevědomá ☐ máte pevnou vůli ☐ zodpovědná ☐ nezodpovědná ☐ lehkomyšlná ☐ lítostivá ☐ plačtivá ☐ jiné:..... Oční kontakt: udrží ☐ vyhýbá se očnímu kontaktu ☐ jiné:..... Cítíte omezení: ne ☐ ano: jaké:..... Máte dobrou adaptaci na cizí prostředí: ano ☐ ne Jste omezená v zájmové činnosti? ne ☐ ano: v jaké:..... Jste společensky omezená? ne ☐ ano: v jaké oblasti:..... Překážky v dostupnosti společnosti: ne ☐ ano: jaké: ☐ schody ☐ není výtah ☐ bezbariérový přístup ☐ jiné:.....	
Diagnostická doména	Třída
7. VZTAHY	1. Role pečovatele, 2. rodinné vztahy, 3. vykonávání rolí

Rodina, přátelé, vztahy: ☐ má přátele ☐ nemá přátele ☐ je sama ☐ druha ☐ je vdova ☐ má rodiče ☐ má děti
☐ jiné:.....
Má návštěvy v nemocnici? ano ☐ ne:
proč:.....
Bydlení: ☐ má svůj vlastní byt ..dům ☐ bydlí u rodičů ☐ v podnájmu ☐ bydlí sama ☐ s rodinou
☐ jiné:.....
Žije v sociálním zařízení: ☐ ne ☐ ano:
v jakém:.....
Reakce rodiny na zdravotní problémy: zájem ☐ nezáměr
☐ jiné:.....
Jakou roli splňujete: ☐ dcera ☐ matka ☐ babička ☐ vnučka ☐ teta
Počet členů Vaší rodiny:.....máte sourozence: ne ano: kolik:.....
Kdo je u Vás hlava rodiny? ☐ vy ☐ druh ☐ přítel ☐ děti ☐ Vaše matka ☐ tchyně ☐ jiné:.....

Diagnostická doména	Třída
----------------------------	--------------

8. SEXUALITA	1. sexuální identita, 2. sexuální funkce, 3. reprodukce
---------------------	--

♀ menstruace: pravidelná: cyklus po kolika dnech:.....trvání:.....dnů
☐ nepravidelná ☐ krvácení: normální ☐ slabé ☐ silné
Antikoncepce: před těh. Vaginální výtok: ☐ ne ☐ ano
Těhotenství po IVF: ne: plod: ☐ jeden ☐ dva ☐ tři ☐ ano: plody: ☐ dva ☐ tři
Těhotenství: první druhé třetí čtvrté páté jiné.....
Interrupce: první druhá třetí jiná.....
Spont. potrat: první druhý třetí jiný.....
Aplikace IgG: ne ☐ ano: kdy:.....
Předchozí porody
.....
.....
....

Diagnostická doména	Třída
----------------------------	--------------

9. ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE – ODOLNOST VŮČI STRESU	1. Posttraumatická odezva, 2. odezva na zvládání zátěže, 3. neurobehaviorální stres
--	--

Zvládání stresu: sama ☐ s partnerem ☐ s rodinou ☐ lehce ☐ těžce
☐ jinak:.....
Cítíte se vyrovnaná? ano ☐ ne

Diagnostická doména	Třída
----------------------------	--------------

10. ŽIVOTNÍ PRINCIPY	1. Hodnoty, 2. víra, 3. soulad hodnot, víry a činů
-----------------------------	---

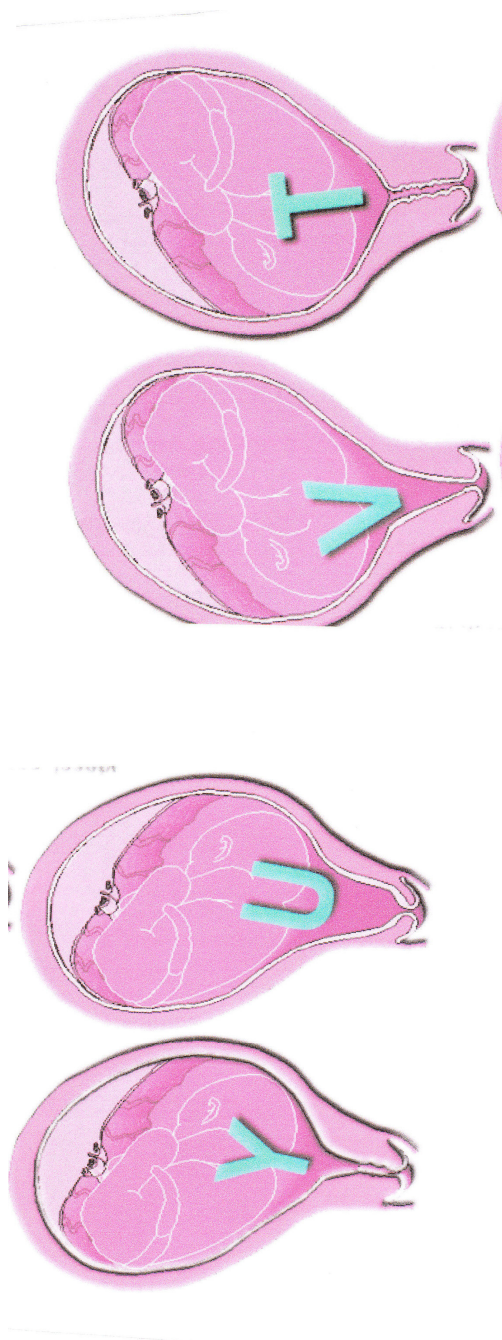
Náboženské vyznání: ne ☐ ano: jaká
církev:.....

Diagnostická doména	Třída
11. BEZPEČNOST - OCHRANA	1. Infekce, 2. tělesné poranění, 3. násilí, 4. rizika životního prostředí, 5. defenzivní procesy, 6. termoregulace
Periferní kanyly: ne ano: aplikace dne: kde: Injekce: ☐ ne ano: ☐ s.c. i.m. ☐ i.v. Infúzní terapie: ☐ ne ano: druh: Kontrola TT: ☐ : Kontrola TK:	
Diagnostická doména	Třída
12. KOMFORT	1. Tělesný komfort, 2. komfort související s prostředím, 3. sociální komfort
Nehty: ☐ ulámané čisté ☐ špinavé ☐ jiné: Vlasy: čisté ☐ mastné ☐ suché ☐ vši ☐ pěstěné ☐ jiné: Obvyklý způsob hygienické péče: ☐ ráno ☐ večer ☐ během dne podle potřeby ☐ 1x za den ☐ 1x za 2 dny ☐ 1x za 3 dny ☐ x za týden ☐ nemyji se ☐ jiné: Způsob: ☐ sama s částečnou pomocí ☐ s úplnou pomocí ☐ koupel ve vaně ☐ sprchování ☐ omývání se žínkou u umyvadla ☐ umývání se v lůžku ☐ jiné: Formy pomoci: rodina ☐ primární péče ☐ obvodní sestra ☐ domácí lékař ☐ komunitní péče ☐ jiná péče:	
Diagnostická doména	Třída
13. RŮST, VÝVOJ	1. Růst, 2. vývoj
Vrozené vývojové vady: ne ☐ ano: jaké: Držení těla: vzpřímené ☐ změněné: jak: Koordinace pohybu: fyziologická ☐ narušená: jak: RHB: ano ☐ ne	

Doplňující údaje (event. výsledky a konziliární vyšetření, dokreslující diagnózy):

Zdroj: ZSF JU v Č.Budějovicích, www.zsf.jcu.cz, [14.4.2009].

Příloha 4 Funneling hrdla děložního ve tvarech písmen T,V, U,Y



Zdroj: www.thefetus.net [12.9.2008].