

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

**Ošetrovatelská péče o ženu s onemocněním Lupus erythematosus
v souvislosti s těhotenstvím**

Vedoucí práce

PhDr. Vlasta Koudelková

Autor práce

Daniela Petrová

2009

ABSTRAKT

V dnešní moderní době jsou možné téměř zázraky. Díky včasné diagnostice a léčbě dnes otěhotní a donosí těhotenství i ženy, u kterých to dříve nebylo možné. Lupus erythematosus představuje pro ženu i plod velké riziko. Těhotné ženy s tímto onemocněním jsou vystaveny mnoha potížím, které je nutno dlouhodobě sledovat a korigovat.

Cílem práce bylo, zjistit problémy onemocnění Lupus erythematosus u vybraných těhotných žen, zjistit specifika ošetrovatelské péče, zjistit, jak se jednotlivé případy těhotných žen liší v průběhu těhotenství, dále porovnat klinické příznaky onemocnění Lupus erythematosus u vybraných těhotných žen a porovnat psychické problémy u vybraných těhotných žen při onemocnění Lupus erythematosus související s rizikovým těhotenstvím.

V práci bylo použito kvalitativního výzkumného šetření, ve kterém bylo stanoveno pět cílů a pět výzkumných otázek. Výzkumné šetření bylo prováděno na základě údajů z dokumentace a rozhovorem s vybranými ženami. Výsledky byly zpracovány do kazuistik a tabulek, kde byly zhodnoceny jednotlivé odlišnosti.

Všechny cíle i výzkumné otázky byly splněny podklady výzkumného šetření. Na základě kvalitativního šetření je možné stanovit čtyři hypotézy. První hypotéza zní: U těhotných žen s onemocněním Lupus erythematosus je problémem motýlovitý erytém na obličeji. Druhá hypotéza zní: Specifikem ošetrovatelské péče u těhotných žen s onemocněním Lupus erythematosus je časté sledování ozev plodu v průběhu dne i v noci. Třetí hypotéza zní: Jednotlivé případy těhotných žen s Lupus erythematosus se liší v klinických projevech onemocnění. Čtvrtá hypotéza zní: Těhotné ženy s onemocněním Lupus erythematosus mají strach o následný vývoj těhotenství.

Poznatky o onemocnění Lupus erythematosus a výsledky práce by mohly být využity v ošetrovatelském procesu a jeho intervencích poskytovaných porodními asistentkami v nemocniční i primární péči. Pokud budeme znát problémy a přání těhotných žen s tímto onemocněním, bude i efektivněji vedena ošetrovatelská péče o ně.

ABSTRACT

Nowadays, near-miracles happen in modern medicine. Owing to the early diagnostics and treatment many women, who could not dream of this before, get pregnant and carry their babies to term. Lupus erythematosus presents both for the woman and the fetus a big risk. Pregnant women with this disease can suffer from multiple problems that are necessary to monitor and control for the whole time.

The goal of my work was to find out what are the problems related to lupus erythematosus in selected pregnant women and the specificities of their treatment, to find out how and to what extent do the individual cases differ during pregnancy, to monitor clinical symptoms of the disease in selected pregnant women and also to compare psychical problems of selected women suffering from this disease related to high-risk pregnancies.

In this work, I used a qualitative method of research which involved five goals and five research questions. The conducted research was based on documents and interviews with selected women. The results were processed and converted into tables and casuistics revealing individual particularities.

All the goals and hypotheses were proved based on the research. Drawing on the qualitative method of the inquiry, it is possible to state four hypotheses. First hypothesis: One of the problems in pregnant women suffering from lupus erythematosus is often the development of butterfly erythema on their faces. Second hypothesis: One of the specificities of nursing care in pregnant women with lupus erythematosus is a frequent monitoring of the fetus' heart beat during day and night. Third hypothesis: Individual cases of women with lupus erythematosus differ in clinical symptoms of the disease. Fourth hypothesis: Pregnant women with lupus erythematosus worry about the future progress of pregnancy.

The information about lupus erythematosus and the results of the research collected in this work could be used in nursing care and its interventions provided by midwives both in hospital and primary care. If we know the problems and wishes of pregnant women with this disease, we will be able to offer them a more effective care.

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Ošetrovatelská péče o ženu s onemocněním Lupus erythematosus v souvislosti s těhotenstvím 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 části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 7.5.2009

Daniela Petrová

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji PhDr. Vlastě Koudelkové za nesmírnou trpělivost při vedení mé bakalářské práce, její laskavé a vstřícné vystupování. Vděčím jí za cenné rady, podněty i připomínky a drahocenný čas, který mi věnovala.

Dále děkuji všem respondentkám za ochotu odpovídat na mé otázky.

Poděkování patří též mé rodině za podporu ve studiu.

OBSAH

Úvod	3
1. Současný stav	4
1.1 Historie imunologie a historie onemocnění Lupus erythematosus	4
1.1.1 Historie světové imunologie	4
1.1.2 Historie imunologie u nás	6
1.1.3 Historie onemocnění Lupus erythematosus	8
1.2 Charakteristika, definice, etiologie, epidemiologie a imunopatogeneze onemocnění Lupus erythematosus	9
1.2.1 Definice Lupus erythematosus	9
1.2.2 Etiologie Lupus erythematosus	10
1.2.3 Epidemiologie Lupus erythematosus	10
1.2.4 Imunopatogeneze systémového Lupus erythematosus (SLE)	11
1.3 Klinické projevy systémového Lupus erythematosus (SLE)	14
1.3.1 Kloubní projevy systémového Lupus erythematosus (SLE)	16
1.3.2 Kožní projevy systémového Lupus erythematosus (SLE)	17
1.3.3 Fotosenzitivita systémového Lupus erythematosus (SLE)	17
1.3.4 Horečka systémového Lupus erythematosus (SLE)	17
1.3.5 Únava a pocení systémového Lupus erythematosus (SLE)	18
1.3.6 Ledvinové projevy systémového Lupus erythematosus (SLE)	18
1.3.7 Srdeční projevy systémového Lupus erythematosus (SLE)	18
1.3.8 Plicní projevy systémového Lupus erythematosus (SLE)	19
1.3.9 Projevy lymfatického systému u SLE	19
1.3.10 Projevy centrálního nervového systému u SLE	19
1.3.11 Oční projevy u SLE	20
1.3.12 Gastrointestinální projevy systémového Lupus erythematosus (SLE)	20
1.3.13 Vaskulitidy systémového Lupus erythematosus (SLE)	20
1.4 Laboratorní projevy systémového Lupus erythematosus (SLE)	20
1.4.1 Hematologická vyšetření	20

1.4.2 Biochemické testy	21
1.4.3 Imunologické testy	21
1.4.4 Pomocná vyšetření	22
1.5 Terapie systémového Lupus erythematosus (SLE)	22
1.5.1 Nesteroidní antirevmatika	22
1.5.2 Kortikoidy	22
1.5.3 Antimalarika	23
1.5.4 Cytotoxické a imunosupresivní léky	23
1.6 Prognóza systémového Lupus erythematosus (SLE)	23
1.7 Vztah onemocnění SLE k těhotenství, porodu a šestinedělí	24
1.8 Ošetrovatelská péče porodních asistentek u systémového Lupus erythematosus	25
1.9 Ošetrovatelský proces u žen s onemocněním Lupus erythematosus na oddělení rizikového těhotenství	27
1.10 Vybrané ošetrovatelské diagnózy vhodné při péči o ženy s onemocněním Lupus erythematosus v souvislosti s těhotenstvím	30
1.11 Edukace porodní asistentkou u žen s Lupus erythematosus	31
2. Cíle práce, výzkumné otázky	34
2.1 Cíle práce	34
2.2 Výzkumné otázky	34
3. Metodika	35
3.1 Použitá metodika	35
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	35
4. Výsledky výzkumného šetření	37
4.1 Kazuistiky respondentek	37
4.1.1 Kazuistika 1	37
4.1.2 Kazuistika 2	44
4.1.3 Kazuistika 3	49
4.1.4 Kazuistika 4	57
4.1.5 Kazuistika 5	65

4.1.6 Kazuistika 6	71
4.2 Porovnání výsledků výzkumného šetření u všech respondentek	75
4.3 Výsledky rozhovorů s respondentkami	87
5. Diskuze	106
6. Závěr	115
7. Seznam použitých zdrojů	117
8. Klíčová slova	120
9. Přílohy	121
9.1 Seznam příloh	121

ÚVOD

V dnešní moderní a rychlé době jsou možné téměř zázraky. Týká se to všech vědních oborů, a tedy i medicíny a potažmo porodnictví. V porodnictví se pokrok rozvíjí mílovými kroky. Tam, kde dříve nebylo možné ženě otěhotnět, nastupují dnes metody takzvaného umělého oplodnění. Tam, kde dříve žena nemohla z jakéhokoliv důvodu donosit své dítě, dnes velmi napomáhá včasná diagnostika, která dokáže včas detekovat rizika a odvrátit tak mnohé komplikace. Moderní medicína jistě není všemocná, ale rozhodně má dnes jiné, kvalitnější možnosti léčby.

Ženám se závažným onemocněním nebylo dříve těhotenství doporučováno, dokonce hodně takových těhotenství končilo umělým přerušením těhotenství ze zdravotních důvodů. Takové těhotenství ohrožovalo ženu natolik, že byla volena cesta preferovat život matky před životem dítěte. Taková pravidla ostatně platí u nás dodnes. Jen se mírně posunula hranice ve prospěch dítěte. Výsledkem toho je, že lékaři sice takovému ženám vyloženě těhotenství nedoporučují, ale akceptují ho a snaží se ženě co nejefektivněji pomoci. Je samozřejmostí, že takové těhotenství je vysoce rizikové a tudíž musí být více sledováno. Pokud ovšem je onemocnění ženy natolik závažné, že by těhotenství ohrožovalo její život, je nutné takové těhotenství ukončit. Naštěstí k tomu nedochází často. Se zvýšenou obezřetností se daří vše dovést ke zdárnému konci. Velké procento těhotných žen se závažným onemocněním končí předčasným porodem. Porodníci v tomto směru dělají, co je v jejich silách, aby porod nastal pokud možno v období, kdy je plod již životaschopný a porod posouvají co nejbližší k plánovanému termínu porodu. Toto se při adekvátní léčbě a spolupráci se specialisty daří. Lví podíl na dobrých výsledcích mají též pediatři, kteří se obětavě starají o narozené děti.

Někdo by mohl namítat, že je to zasahování do přirozeného výběru. Touha ženy být matkou a splnit své poslání na světě, je silnější. Jen málokterá žena netouží stát se matkou a obohatit život svůj i okolní svět. Díky moderní vědě, moderní technice a novým poznatkům je to možné. I ženy s vrozenými srdečními vadami, ženy s diabetem mellitem 1. typu a dalšími závažnými nemocemi si mohou tento luxus „mít dítě“ dopřát. Mezi tato závažná onemocnění patří i Lupus erythematosus. Mnoho se o něm nemluví, a proto si myslím, že stojí za to na něj upozornit.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 *Historie imunologie a historie onemocnění Lupus erythematosus*

K historii imunologie je nutné zařadit historii světové imunologie, historii imunologie v České republice, ale je nutné objasnit též historii vlastního onemocnění Lupus erythematosus.

1.1.1 *Historie světové imunologie*

Mezník, od kdy je datována historie imunologie, je rok 1798, kdy Edward Jenner provedl aktivní imunizaci chráncí před pravými neštovicemi. Za zakladatele imunologie, jako vědecké disciplíny, je považován Louis Pasteur. Již v 2. polovině 19. století Louis Pasteur přistupoval k imunologické problematice vědecky na základě experimentů. K rozvoji imunologie přispívají i bakteriologové, díky jejichž práci je konec 19. století nazýván zlatou érou bakteriologie. V této době jsou také popsány nejdůležitější bakteriální rody a druhy. Emil von Behring spolu s Kitasatoem objevil začátkem 90. let 19. století v krvi zvířat a lidí, u kterých byl prokázán záškrť, antitoxin, který neutralizoval negativní vliv difterického toxinu. Jejich práce se stává základem pasivní imunizace. Aplikace antidifterických sér zachraňuje životy tisíců nemocných. Zvláštní přínos pro imunologii zaznamenává Robert Koch, který objevil základní zákonitosti imunitní odpovědi na mykobakteriální infekci. Ilja Mečnikov popsal fenomén fagocytózy v roce 1883 (15, 35).

Na přelomu 19. a 20. století formuloval Paul Ehrlich ucelenou hypotézu fungování imunitního systému nazývanou teorie postranních řetězců. Ehrlicha považujeme za zakladatele nádorové imunologie.

Na začátku 20. století byl objeven komplementový systém. Vědci dr. Bordet a dr. Gengou objevili komplement-fixační metodu (BWR), která se stala na dlouhá léta nejužitečnější imunochemickou reakcí používanou v medicíně k průkazu specifických protilátek jako nepřímého důkazu infekčního agens. Základy imunochemie, zkoumající specifickou reakci mezi antigenem a protilátkou, byly zkoumány prací Svante Arrheniuse a Karla Landsteinerja. Schopnost imunitního systému, poškozovat vlastní

struktury, je objevena na začátku 20. století Charlesem Richterem a dr. Porterem. Termín alergie zavedl také na začátku 20. století Klemens Freiherr von Piruet. Nikolas Maurice Arthus popsal lokální anafylaktickou reakci. První polovina 20. století je známa zájmem o protilátkovou imunitu. Propracovávají se imunochemické techniky. Albert Coons propracoval imunofluorescenci. Arne Tiselius a Alvin Kabat se věnovali imunochemii gamaglobulinů. Schwartzman popsal lokální a také systémovou reakci po aplikaci bakteriálních endotoxinů (15, 35).

K velkému rozvoji imunologie dochází po 2. světové válce. V roce 1944 bylo dokázáno, že makromolekula DNA je základem dědičnosti všech organismů. Biofyzici a fyzikální chemici, jako např. Linus Pauling, přinesli nové přístupy, využitě např. v odhalení struktury DNA. Tento objev umožnil rozvoj genetiky a molekulové biologie, z nichž těží všechna odvětví biologie včetně imunologie.

Pro 50. léta 20. století je nadále charakteristické zkoumání protilátkové imunitní odpovědi. Jsou konkretizovány patogenetické mechanismy imunopatologických onemocnění, které charakterizuje přítomnost autoprotilátek. O to se zasloužili Robin Coombs, Noel Ros a Ernst Witebskim. Další vývoj imunologie ovlivnil v 50. letech Frank MacFarlane Burnet, který formuloval klonárně selekční hypotézu fungování imunitního systému. Podle ní jsou buňky specifické imunity vybaveny velkým množstvím různých receptorů pro antigen. Po stimulaci odpovídajícím antigenem dojde k aktivaci a klonálnímu zmnožení konkrétního lymfocyту. Klonárně selekční hypotéza nahradila Ehrlichovu teorii postranních řetězců. Velký důraz je kladen v padesátých letech na přenos tkání a orgánů. Klinicky prováděné transplantace stimulovaly rozvoj experimentální činnosti, které vedly k medicínským objevům. Zasloužil se o ně Peter Medawar, který formuloval principy imunologické tolerance. Souvislost s imunologickou tolerancí a transplantační problematikou mají antigeny zodpovědné za tkáňovou neslučitelnost. Jejich genetický základ spočívá v podílu na rozvoji specifické T-lymfocytární imunity. Toto bylo odhaleno prací Petera Gorera, Baruje Benacerrafa a Georgie Snella.

Až do 60. let 20. století nebyl znám základ specifické buněčné a humorální imunity. Jacques Miller a James Gowans na začátku 60. let prokázali aktivitu lymfocytů,

které lze rozdělit na T a B lymfocyty. V 50. a 60. letech jsou postupně popisovány další případy poruch imunity. Velkou zásluhu na vyhledávání imunodeficencí a jejich léčbě má Robert Good. V roce 1966 byla objevena třída imunoglobulinu IgE a jeho úloha v alergické reakci (12, 16, 17, 35).

Historie imunologie dvou posledních desetiletí 20. století je charakterizována expanzivním rozvojem. Je podmíněn jednak rozvojem medicíny, jednak rychlým přenosem informací ze základního výzkumu do klinické praxe. 80. a 90. léta 20. století jsou charakterizována postupným poznáváním principů fungování imunitního systému jako informační soustavy. Postupně se popisují způsoby komunikace mezi jednotlivými složkami imunitního systému, ale také mezi imunitním systémem a dalšími tělesnými soustavami. Komunikace se děje pomocí solubilních makromolekul, cytokinů a prostřednictvím membránových interakcí. V 2. polovině 80. let Coffman a Mossman odlišili v myším modelu imunoregulační subsety pomocných T-lymfocytů. V 2. polovině 90. let se ukazuje, že přirozená imunita je skutečnou podstatou imunitní reaktivity člověka. Tato koncepce přinese v blízké budoucnosti i významné výstupy do klinické praxe. Bylo doloženo, že buňky přirozené imunity mají schopnost odlišit poškozující podněty od neškodných podnětů. Přirozená imunita podmiňuje fungování specifické imunity. Základním objevem ve vývojové imunologii jsou bezpochyby důkazy, že rekombinázové systémy Rag-1, Rag-2, které jsou nezbytné pro vznik specifických receptorů TcR a BcR, mají svůj původ v netranspozičních elementech (35, 48).

1.1.2 Historie imunologie u nás

České země patří v rámci rakousko-uherského mocnářství k ekonomicky nejvyspělejší oblasti. Ekonomický růst je zajištěn vysokou úrovní vzdělanosti. Česká medicína má na přelomu 19. a 20. století vynikající úroveň a je mnoha osobními kontakty provázána s vědou v jiných zemích Evropy. V nově vzniklém Československu je imunologický výzkum soustředěn na Státním zdravotním ústavu. Cílem je příprava preparátů pro pasivní i aktivní imunizaci. V předválečné době patří Státní zdravotní

ústav mezi špičková zařízení srovnatelná s ústavami evropských zemí. Imunologie je pěstována v mikrobiologických ústavech lékařských fakult.

V poválečné době je opět hlavním tématem výzkumu příprava nových vakcín, která je realizována vlastními silami v Ústavu sér a očkovacích látek. Základní výzkum v imunologii pokračuje na lékařských fakultách, zvláště v Praze. Po roce 1948 jsou nově založeny ústavy v rámci Československé akademie věd. Nejvýznamnější se stává Mikrobiologický ústav ČSAV, ve kterém vyrůstá celá generace odborníků v základní imunologii. O generaci vědců, kteří pracují v 50. letech, se hovoří jako o tzv. pražské imunologické škole. Milan Hašek při studiu parabiózy v 1. polovině 50. let experimentálně doložil některé principy tolerance vlastních struktur. Rozvoj československé imunologie je narušen politickým vývojem, který vede ke krizi v roce 1968. Události roku 1968 jsou příčinou toho, že někteří českoslovenští imunologové odcházejí do exilu. Mnozí z nich dokazují, že československá imunologie má skutečně vynikající základy, protože dosahují světově významných úspěchů. Jsou to Jiří Městecký, který se proslavil na poli slizniční imunologie, Emil Skamene, který je známý v oblasti genetických základů imunitní odpovědi, a v neposlední řadě také Ivan Lefkowitz, který proslul v oblasti imunochemie (14, 35).

V českých zemích se přes svízelné podmínky daří udržet vysokou úroveň bádání v oblasti imunologie na Mikrobiologickém ústavu ČSAV. Zásahu největší na tom má Jaroslav Šterzl a jeho kolegové, z nichž především dr. Rejnek. Vynikajících výsledků je dosaženo při studiu slizniční imunity, kde velmi aktivně působí Helena Tlaskalová a Ilja Trebichavský se svými kolegy. Nelze opomenout práci Ivana Gilberta, který založil skupinu věnující se studiu leukocytárních molekul, která je nyní vedena Václavem Hořejším.

Od 60. let rozvoj imunologie pokračuje na mikrobiologických ústavech lékařských fakult. Jako jednu z hlavních osobností můžeme jmenovat Ctirada Johna z 1. lékařské fakulty. Na 1. lékařské fakultě se také začíná uplatňovat klinická imunologie spojená se jménem Terezie Fučíkové. Na plzeňské lékařské fakultě se rozvíjí výzkum věnovaný protilátkám třídy IgE pod vedením Vladimíra Zavázala. V Hradci Králové rozvíjí klinickou imunologii Bohumil Fixa a Zbyněk Hrnčíř. Na brněnské lékařské

fakultě se o klinickou imunologii zasloužil Jindřich Lokaj. Bratislavská imunologie je na tamní lékařské fakultě spjata se jmény Ján Štefanovič, Milan Buc a Miroslav Ferenčík. Imunologii v preventivní medicíně se věnovali Josef Richter a Jitka Procházková. Všechné aspekty klinické imunologie jsou zkoumány na rezortních ústavech Ministerstva zdravotnictví ČR, např. Revmatologickém ústavu, Ústavu hematologie a krevní transfúze, Endokrinologickém ústavu a také Ústavu experimentální medicíny ČAV. Špičkový základní imunologický výzkum je realizován pod vedením Václava Hořejšího na Ústavu molekulární genetiky. Imunologické pracoviště Masarykova onkologického ústavu v Brně vedené Bořivojem Vojtěškem se stalo významným centrem. V Ústavu imunologie v Hradci Králové dlouhodobě studují problematiku interakcí mezi mikroorganismy, zneužitelnými pro válečné účely, a makroorganismem. Jeho součástí je i světově známé Proteomové centrum.

Vědecký výzkum v imunologii je v dnešní době pěstován na několika ústavech ČAV a na imunologických ústavech, případně ústavech klinické imunologie a alergologie, které byly ustaveny na všech lékařských fakultách v ČR. Výzkum také probíhá na přírodovědeckých fakultách a v rámci veterinární univerzity. Výuka i výzkum v oblasti imunologie je konfrontována se situací ve světě a postupně získává parametry srovnatelné s nejvyspělejší světovou vědou (20, 27, 35).

1.1.3 Historie onemocnění *Lupus erythematosus*

Původ označení lupus není zcela jasný. Všechny alternativy vysvětlení pocházejí od charakteristického motýla, který formuloval vyrážku jako nemoc klasicky vystupující přes nos a lícní kosti. Slovo lupus pochází z latiny a v překladu znamená vlk. V některých pramenech lékaři mysleli, že se vyrážka v obličeji podobala obrazu vlka. V jiných pramenech si lékaři mysleli, že vyrážka v obličeji byla vytvořena v důsledku zranění a podobala se kousnutím nebo škrábnutím vlka. Toto se týká především dob několik století zpět. Některé prameny tvrdí, že výraz lupus nepochází z latiny, ale z francouzštiny. Údajně je tímto termínem označován francouzský styl masky, kterou si ženy zakrývaly vyrážku v obličeji. Historie onemocnění *Lupus erythematosus* může být rozdělena do třech období: klasické, neoklasicistní a moderní.

V klasickém období byla nemoc poprvé poznána právě jako vyrážka v obličeji. První užití termínu lupus je připisováno lékaři Rogeriusovi, který žil ve 12. století. Tímto termínem popisoval klasickou vyrážku v obličeji.

V neoklasicistním období byly poprvé popsány v roce 1872 Moritzem Kaposim systémové projevy nemoci.

Moderní období je datováno rokem 1948, kdy byly objeveny Le buňky. Je charakterizováno pokroky v oblasti patofyziologie, klinických i laboratorních projevů a léčbě. V roce 1894 bylo k léčbě použito chininu, jako účinného prostředku. O čtyři roky později se ukázalo být spojení chininu se salicyláty ještě účinnějším. Toto se pokládalo za nejúčinnější léčbu ještě zhruba do poloviny 20. století, kdy vědec Hench odhalil velký význam působení kortikosteroidů v léčbě SLE (24).

1.2 Charakteristika, definice, etiologie, epidemiologie a imunopatogeneze onemocnění *Lupus erythematosus*

Lupus erythematosus je také nazýváno onemocnění z autoimunity. Imunitní mechanismy jsou zde zaměřeny proti antigenům vlastního těla, jde tedy o autoimunitu. Je-li výsledkem autoimunity chorobný proces, jedná se o nemoc z autoimunity, neboli o autoagresivní nemoc, jakou Lupus erythematosus bezesporu je. V tomto případě organismus napadá sám sebe (22, 24, 28, 29, 30, 42, 44, 45).

Onemocnění Lupus erythematosus se vyskytuje ve třech formách: Systémový Lupus erythematosus (SLE), chronický Lupus erythematosus s výskytem depigmentace, vyrážky, bez onemocnění orgánů a Lupus erythematosus indukovaný léky (6, 10, 22, 50).

1.2.1 Definice *Lupus erythematosus*

Systémový Lupus erythematosus je autoimunitní onemocnění, většinou s chronickým průběhem, které může postihovat všechny důležité orgány, zvláště pak kůži, klouby, srdce a cévy, ledviny, centrální nervový systém a plíce. Imunologicky je SLE charakterizován hyperaktivitou lymfocytů B, která vede k tvorbě autoprotilátek

zaměřených převážně proti orgánově nespecifickým antigenům (5, 6, 22, 24, 25, 28, 29, 30, 31, 33, 50).

1.2.2 Etiologie *Lupus erythematosus*

Příčina onemocnění *Lupus erythematosus* je nejasná. Na vzniku se může podílet řada faktorů. Velká pozornost je věnována infekcím, jako např. EBvirus, cytomegaloviry a retroviry. Dále patří pozornost pohlavním hormonům, kde snad nejvýznamnější je hyperestrogenismus a hyperprolaktinémie. V neposlední řadě je důležitý význam imunitních regulačních mechanismů při současném působení zevních vlivů. U léků indukovaného SLE bývají příčinou antiarytmika a některá atihypertenziva, např. hydralazin, metyldopa. Zde je velká výhoda, že po vysazení léků nastává uzdravení. Velký význam má i dědičná zátěž (5, 6, 10, 22, 24, 25, 28, 29, 30, 31, 45, 47, 50).

1.2.3 Epidemiologie *Lupus erythematosus*

Přibližně 90 % pacientů jsou ženy ve věku 15 – 45 let. Výskyt onemocnění *Lupus erythematosus* je ve věku mezi 20 – 30 lety až 6 – 9x častější u žen než u mužů, zatímco v dětském věku a ve věku nad 50 let je onemocnění u žen jen 3x častější. Větší výskyt u žen je snad možné vysvětlit častým výskytem vyšších hladin estrogenu a prolaktinu. *Lupus erythematosus* se častěji vyskytuje u pacientů černé pleti, hispánců a asiátů (5, 10, 24, 28, 38, 45, 50).

Incidence nových případů je kolem 1 až 10 nemocných na 100 000 obyvatel ročně. Prevalence podle jednotlivých populací je u obyvatel afrokaribského původu až 206 nemocných na 100 000 obyvatel, zatímco evropský průměr je mezi 20 – 30 případů na 100 000 obyvatel. U žen ve fertilním věku je výskyt významně častější, jak už bylo popsáno. Souvislost se vysvětluje vyšší hladinou pohlavních hormonů (24, 31, 33, 38, 50).

1.2.4 Imunopatogeneze systémového Lupus erythematosus (SLE)

SLE je imunitní imunopatologická choroba, která může postihnout prakticky všechny tkáně a orgány v těle. Charakteristická je přítomnost autoprotilátek reagujících se složkami jaderného aparátu (ANA – AntiNuclear Antibodies). Dříve jsou autoprotilátky označovány jako antinukleární faktory (ANF). Etiopatogeneze SLE je neznámá. I přes usilovný výzkum nebyla zatím prokázána kauzální souvislost SLE s infekčními onemocněními. Nejspíše budou precipitujícím faktorem, který u geneticky disponovaného člověka spustí sled abnormálních imunologických odpovědí, které se projeví jako poškozující zánětlivá reakce (8, 35, 42, 50).

SLE patří mezi nemoci s významnou hereditární dispozicí. V černošské a žluté rase je běžnější než v bílé rase. Prokazatelně je asociován s přítomností molekul HLA DR2 a HLA DR3. Další predisponující faktory jsou určité alely kódující složky komplementu, např. C4, C1q, C1r a C1s. Význam mají také odlišné izoformy receptorů pro Fc fragment IgG. Jsou prozkoumávány a postupně potvrzovány údaje, že jedním z hlavních patogenetických mechanismů u nemocných se SLE je abnormální průběh apoptózy. V krvi nemocných se SLE byly potvrzeny cirkulující nukleosomy. Nukleosom je základní jednotka chromatinu, který je uvolňován po rozštěpení řetězce DNA endonukleázami v průběhu apoptózy. Nukleosom je jádro složené z dimerů histonů H2A, H2B, H3A4. Kolem oktameru histonů je ovinuta dvojšroubovicová DNA dlouhá 146 párů bází. Uspořádání nukleosomu je, že většina histonových komponent je zakryta vláknem dvojšroubovice DNA. Spojovací úseky DNA mezi jednotlivými nukleosomy histony neobsahují. V průběhu apoptózy se vytváří shluk autoantigenů, vůči kterým je zaměřena autoreaktivita u nemocných se SLE. V apoptotických tělískách jsou nukleosomy společně s jadernými nebo cytoplazmatickými ribonukleoproteiny SSA/Ro, SSB/La a sRNP (11, 12, 19, 35).

Autoprotilátky proti dsDNA jsou vysoce specifické pro stanovení diagnózy SLE. Autoprotilátky proti dsDNA se přímo podílejí na patogenezi SLE, protože imunitní komplexy obsahující dsDNA se ukládají např. v glomerulech. Také reagují s antigeny na bazální membráně glomerulů a vyvolávají tak nefritidu. Autoprotilátky proti dsDNA jsou přítomny zhruba u 70 % nemocných se SLE. Další autoprotilátka, která je

považována za patognomickou pro SLE, je autoprotílátka namířena proti antigenu Sm. Vyskytuje se u 25 % nemocných se SLE. Její přítomnost považujeme za velmi významnou při diagnostice SLE (8, 26, 35).

Je velmi důležité, že na základě odlišností ve spektru antinukleárních faktorů je možné odlišit idiopatický SLE od polékového SLE. U SLE indukovaného léky jsou vzácné autoprotílátky proti dsDNA, antigenu Sm a ribosomálnímu antigenu P. Naopak jsou přítomny autoprotílátky proti ssDNA a autoprotílátky proti histonům. Autoprotílátky proti histonům jsou namířeny proti histonům H1 a H2B. Jsou totiž nejsnáze přístupné v nukleosomální částici, jejich imunodominantní epitopy totiž vyčnívají na amino- a karboxy- konci histonů na vnějšku nukleosomu (8, 13, 18, 35).

Nukleosomální struktury jsou terčem autoreaktivity u nemocných SLE. V průběhu apoptózy dochází k sérii posttransplantačních modifikací proteinů. Posttransplantační modifikace zahrnují proteolytické štěpení a fosforylaci, jsou důsledkem oxidativních procesů. Posttrasplantačně modifikované proteiny se potom stávají antigeny. U nemocných se SLE je narušen mechanismus odstraňování apoptotických buněk z těla. Také záleží na tom, která z mononukleárních fagocytyjících buněk se uplatní při odstraňování apoptotických tělísek. Pokud se jedná o makrofág, jsou indukovány imunitní mechanismy, které tlumí rozvoj imunitní odpovědi. Produkce prozánětových cytokinů TNF α , IL-12 a IL-1 je snížena. Ve zvýšené míře jsou tvořeny protizánětové cytokiny IL-10 a TGF β . Pokud jsou apoptotická tělíska pohlcena dendritickými buňkami, rozvíjí se imunitní odpověď, která vede k rozvoji poškozující zánětové reakce (35, 48).

Na to, že u nemocných se SLE probíhají ve zvýšené míře apoptotické procesy, ukazuje vedle přítomnosti nukleosomálních fragmentů v krevním oběhu i zvýšená koncentrace solubilních forem proapoptotické molekuly sApo/Fas v krvi. Membránová molekula Apo/Fas je inducibilní molekula. Do plazmy se dostává proteolytickým štěpením membránových molekul. Úloha abnormálně regulované apoptózy v patogenezi SLE je vidět i na příkladu kmene myši, které se označují jako lpr (lupus prone). U lpr myši je narušen gen kódující Apo/Fas. Pro lpr myši je typická spontánní manifestace onemocnění, které splňuje všechny základní charakteristiky SLE (8, 35).

SLE je imunopatologické onemocnění. V jeho patogenezi sehraává dominantní úlohu depozice imunitních komplexů v různých tkáních. Tyto komplexy mají různé imunobiologické vlastnosti. Tyto vlastnosti jsou určeny charakterem antigenů, na kterých jsou protilátky navázány, fyzikálně – chemickými vlastnostmi a počtem molekul imunoglobulinů, které se podílejí na sestavení imunitního komplexu. Protilátky, které jsou navázané na antigen ve větším počtu, účinněji poutají složky komplementu a zvyšující se počet molekul imunoglobulinů v komplexu zesiluje vazbu imunitních komplexů na receptory pro Fc fragment imunoglobulinů. Vazba složek komplementu udržuje solubilní formy imunokomplexů, také brání ukládání imunitních komplexů v tkáních. Navázaná C3b složka komplementu usnadní odstraňování imunitních komplexů vazbou na receptory CR1 na červených krvinkách (16, 35).

Depozice imunitních komplexů v kůži v oblasti dermoepidermálního spojení je příčinou vzniku erytému, který pro svou typickou lokalizaci na tváři dal SLE název. Kožní projevy se zhoršují při působení slunečního záření. K manifestaci SLE dochází i na ústní sliznici. Zánětové procesy postihují i pleuru a perikard. Výsledkem je tvorba pleurálního nebo perikardiálního výpotku. Postižení ledvin se projevuje proteinurií a přítomností buněčných elementů v moči. Postižení nervového systému se projevuje jako psychotické události nebo křeče. U nemocných se SLE nalézáme mnoho hematologických abnormit. Může být přítomna hemolytická anémie s retikulocytózou, leukopenie, lymfopenie nebo trombocytopenie. Většina nemocných má v krvi přítomny autoprottilátky proti dsDNA. Za patognomické pro SLE lze pokládat autoprottilátky proti antigenu Sm, které se vyskytují u 20 – 40 % nemocných. Až u 60 % nemocných je možné prokázat prottilátky proti RNP. Ty je však možné vidět i u nemocných se systémovou sklerózou a smíšeným onemocněním pojiva. Přítomnost autoprottilátek SSA/Ro, které nalézáme u 10 – 15 % nemocných, svědčí pro sekundární Sjögrenův syndrom (35).

Většina nemocných se SLE má v krvi přítomné antifosfolipidové prottilátky, např. proti kardiolipinu v třídě IgG a IgM. V testech krevní koagulace se přítomnost antifosfolipidových prottilátek projeví jako tzv. lupus antikoagulant. Krev nemocných se SLE může být falešně pozitivní na průkaz specifických prottilátek proti Treponema

palladium a boreliím. U přibližně 25 % nemocných se SLE je možné prokázat přítomnost revmatoidních faktorů (35).

Diagnostika SLE je komplexní. Největší důraz je kladen na klinické parametry a některé vybrané laboratorní ukazatele. Významné, ale přesto ne rozhodující místo zde zaujímá průkaz spektra autoprotilátek. Pro usnadnění diagnostiky a pro sledování aktivity onemocnění jsou vypracována klasifikační doporučení, kde jednotlivým parametrům je připisována určitá váha. Vyhodnocení takovýchto testů výrazně objektivizuje diagnostiku SLE (23, 35).

Díky pestré klinické prezentaci je mimořádně proměnlivá i terapie SLE. Jediným účinným terapeutickým postupem je protizáněťová terapie. Volba imunosupresivních režimů vychází ze zhodnocení aktivity SLE a převažujících orgánových postižení. Imunosupresivní terapie by měla být nasazena včas a měla by být dostatečně razantní, aby zastavila poškozující zánětovou reakci. Cílem léčby je zabránit ireverzibilním změnám a ztrátě funkce orgánů. I přes veškerý pokrok v diagnostice a léčbě SLE zůstává toto autoimunitní imunopatologické onemocnění velmi závažným a život ohrožujícím stavem. Podrobné pochopení imunopatogenetických mechanismů pravděpodobně povede již v blízké budoucnosti, díky výzkumu, k cílenějším terapeutickým manipulacím (35).

1.3 Klinické projevy systémového Lupus erythematosus (SLE)

SLE se projevuje celkovými a místními příznaky, které vznikají zánětlivým postižením jednotlivých orgánů. Příznaky jsou velmi mnohotvárné. Onemocnění si vysloužilo označení magna simulatrix. Tuto nemoc provázejí významné anamnestické údaje. V literatuře je pro laiky Lupus erythematosus označován jako nemoc tisíce tváří. Pro pacienty se SLE je typické střídání vzplanutí onemocnění s remisí, které je však časově neodhadnutelné (2, 5, 10, 21, 24, 25, 28, 30, 31, 33, 50).

Diagnostika SLE má svá kritéria. Jsou to tzv. klasifikační kritéria podle Americké revmatologické asociace z roku 1982. Diagnostika je založena na přítomnosti 11 kritérií. Onemocnění SLE je u nemocného prokázáno, jsou-li přítomny

4 a více z těchto kritérií buď současně, nebo jsou prokazatelné postupně v době pozorování nemocného.

Prvním kritériem je obličejový kožní erytém. Jedná se o trvajících erytém, buď plochý nebo s otokem, který přechází přes tváře a vynechává okraje nasolabiální rýhy.

Druhým kritériem je diskontní erytém. To jsou erytematózní vyvýšené skvrny na kůži obličeje s adheujícími olupujícími se jizvami. U starších lézí se vyskytují také atrofická zjizvení.

Třetím kritériem je fotosenzitivita. Kožní erytém je následkem neobvyklé reakce na sluneční záření buďto v anamnéze nebo může být pozorován lékařem.

Čtvrtým kritériem jsou defekty ústní sliznice, tzv. ulcerace. Jedná se o defekty ústní nebo nosohltanové sliznice, které jsou obvykle nebolestivé a jsou objeveny lékařem při běžném vyšetření.

Pátým kritériem je artritida. Většinou je to neerozivní artritida postihující dva nebo více periferních kloubů. Je charakterizována bolestí na tlak, otokem, nebo výpotkem.

Šestým kritériem jsou serozitidy. Buď se může jednat o pleuritidu, kde je typická pleurální bolest v anamnéze nebo třetí šelest či pohrudniční výpotek, prokázaný lékařem. Nebo se může jednat o perikarditidu, která je dokumentována EKG křivkou nebo šelestem či perikardiálním výpotkem.

Sedmým kritériem je porucha ledvin. Může se jednat o přetrvávající proteinurii více než 0,5 g bílkovin za 24 hodin nebo v močovém sedimentu více než tři kříže bílkovin, není-li provedeno kvantitativní vyšetření. Nebo mohou být v močovém sedimentu přítomny buněčné válce, ať již erytrocytární, granulační, tubulární či smíšené.

Osmým kritériem jsou neurologické příznaky. Mohou to být křeče, které prokazatelně nejsou způsobeny předávkováním léků či známou metabolickou poruchou, tj. urémií, ketoacidózou nebo nerovnováhou iontů. Nebo se může jednat o psychózu, která prokazatelně není způsobena předávkováním léky nebo známou metabolickou poruchou.

Devátým kritériem jsou hematologické poruchy. Může se jednat o hemolytickou anémii s retikulózou. Nebo se může jednat o leukopenii, kde hladina leukocytů je menší

než $4 \cdot 10^9/l$, prokázána dvakrát a více po sobě. Nebo se může jednat o lymfopenii, kde hladina lymfocytů je méně než $1,5 \cdot 10^9/l$, prokázána dvakrát a více po sobě. Nebo se také může jednat o trombocytopenii, kde je hladina trombocytů méně než $100 \cdot 10^9/l$ a není vyvolána předávkováním léky.

Desátým kritériem jsou imunologické poruchy. Mohou být přítomny pozitivní LE-buňky. Nebo je prokázána přítomnost anti-DNA, tj. přítomnost cirkulujících autoprotilátek proti DNA v abnormálním titru. Nebo je přítomna anti-Sm, tj. přítomnost cirkulujících protilátek proti nukleárnímu antigenu Sm. Může být falešně pozitivní sérologický test na lues, tzv. BWR, prokázaný nejdéle před 6 měsíci při negativním nálezu pozitivitou *Treponema palladium* imobilizačním testu či fluorescenčním resorpčním testu.

Jedenáctým kritériem jsou antinukleární protilátky. Jedná se o abnormální titr antinukleárních protilátek, prokázaných imunofluorescenčním testem nebo obdobnou rovnocennou metodou v kterémkoli časovém období a v nepřítomnosti léků, které vyvolávají syndrom léky indukovaného Lupusu erythematosus (5, 21, 24, 29, 31, 33, 41, 50).

1.3.1 Kloubní projevy systémového Lupus erythematosus (SLE)

U 95 % případů se objevují bolesti kloubů se zánětlivými příznaky. Postižení kloubů je ve velké většině bez deformit, např. u synovitidy. Artritida je neerozivní, postihující dva nebo více kloubů. Může postihnout jakýkoli kloub. Nejčastěji to bývají klouby rukou, zápěstí, koleno a kotník. Ve velké většině případů se jedná o časný symptom nemoci. Postižení se může projevit ve formě artralgií či migrující subakutní polyartritidy až po těžší formy s vývojem deformit (Příloha 3). Tyto deformity mohou imitovat revmatoidní artritidu, s tím rozdílem, že zde vzniká i postižení distálních kloubů prstních článků a nebývá zde ranní ztuhlost (2, 5, 6, 9, 10, 21, 24, 25, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 39, 41, 44, 45, 46, 49, 51).

1.3.2 Kožní projevy systémového Lupus erythematosus (SLE)

Kožní příznaky můžeme vidět u 80 % případů. Kožní projevy se dělí na dvě základní formy: nespecifické a specifické. Nespecifické příznaky vznikají na podkladě předchozího poškození cév, jako jsou chronické kožní ulcerace, periferní gangrény a alopecie. Specifické příznaky mají tři formy.

Za prvé se jedná o akutní kožní lupus s klasickým obličejovým motýlovitým erytémem na obou tvářích, s můstkem přes kořen nosu (Příloha 2), nebo ve formě povrchového rozsevu – morbiliformního typu, který postihuje nejen obličej a vlasatou část hlavy, ale i šíji, horní část hrudníku, ramena a dorzální část paží, rukou i nohou. Tyto změny se často projeví po oslunění.

Za druhé se jedná o subakutní kožní lupus s rozšířením papulo – deskvamačních kožních ložisek, ale nedochází ke zjizvení. Nejčastěji se projevuje na kůži šíje, horní části trupu a končetinách. Ložiska jsou většinou splývavá, podobají se lupence.

Za třetí se jedná o chronický kožní lupus nejčastěji pod obrazem izolované diskoidní formy. Má typický erytém, silnou adherující vrstvu kožních folikulů s okolní hyperpigmentací a tvorbou jizev. Změny jsou nejčastěji na osvětlených částech kůže a také na boltcích. Vyrážka všech forem je často doprovázena ulceracemi v ústech na tvrdém patře nebo přepážce nosu. Ulcerace jsou většinou nebolestivé (2, 5, 6, 9, 10, 21, 24, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 38, 39, 41, 44, 45, 46, 49, 50, 51).

1.3.3 Fotosenzitivita systémového Lupus erythematosus (SLE)

Vyrážka na kůži zesiluje po sluneční expozici. Nemocní jsou přecitlivělí na sluneční záření. Je pro ně charakteristická nesnášenlivost slunečního záření. Nemocným se doporučuje omezit na minimum pobyt na slunci a používání ochranných krémů (2, 6, 10, 21, 24, 28, 29, 30, 32, 33, 41, 46, 50).

1.3.4 Horečka systémového Lupus erythematosus (SLE)

K nejčastějším celkovým příznakům patří epizody febrilní. Horečka má různý charakter. Vysoké horečky s třesavkou se často střídají se subfebrilní a afebrilní fází. Náhlé vzplanutí onemocnění je často provázené horečkou, která z počátku působí

dojem akutní infekce. Řada případů tak často končí nebo spíše začíná hospitalizací na infekčním oddělení (5, 9, 10, 21, 24, 28, 29, 30, 33, 39, 41, 44).

1.3.5 Únava a pocení systémového Lupus erythematosus (SLE)

Často je popisována nadměrná únava a bolesti svalů. Také nadměrné pocení není zanedbatelným příznakem. Někdy se tyto příznaky mohou zaměnit s chřipkovým onemocněním (5, 9, 10, 21, 24, 28, 29, 30, 32, 33, 41, 50).

1.3.6 Ledvinové projevy systémového Lupus erythematosus (SLE)

Ledvinové příznaky se projevují ve 30 % případů. U poloviny pacientů s horečkou jsou též postiženy ledviny. Postižení ledvin se nejčastěji projevuje proteinurií nad 0,5 g/24h, přítomností válců v sedimentu, hematurií, poklesem ledvinových funkcí, může být i hypertenze. Postižení ledvin je vždy vážným projevem imunopatologického procesu a je také nejčastější příčinou úmrtí. U těžkých postižení ledvin má dnes velký význam v léčbě transplantace ledvin či přechodně dialýza. V léčbě spolupracuje revmatolog a nefrolog (2, 5, 6, 8, 10, 21, 24, 28, 29, 30, 31, 33, 40, 41, 44, 45, 46, 51).

1.3.7 Srdeční projevy systémového Lupus erythematosus (SLE)

Srdeční příznaky se projevují v 50 % případů. Lupusová karditida zahrnuje perikarditidu, myokarditidu a Limbmanovu-Sacksovu endokarditidu. Nejčastějším projevem srdečního postižení perikarditida. Bývá přítomen perikardiální výpotek, který obsahuje autoprotílátky a imunitní komplexy. Komplikace ve smyslu srdeční tamponády jsou vzácné. Běžným průvodním jevem postižení srdce je myokarditida. Projevuje se především tachykardií, která přetrvává i v klidu, ve spánku. Endokarditida je nejzávažnějším postižením, někdy je klinicky němá. Postižení koronárních tepen, koronaritida, bývá méně častá (2, 5, 6, 9, 10, 21, 24, 25, 28, 29, 30, 31, 33, 39, 41, 44, 45, 46, 49, 51).

1.3.8 Plicní projevy systémového Lupus erythematosus (SLE)

Plicní symptomatika je v 60 % případů. Mezi nejčastější postižení serózních blan vedle perikarditidy patří pleuritida. Také zde je ve výpotku prokazatelná přítomnost autoprotilátek a imunokomplexů. Postižení plicního parenchymu se projevuje v několika formách. Zřídka se jedná o akutní pneumonitidu nebo krvácení do alveolů. Toto se projevuje náhlou a těžkou respirační nedostatečností, která ohrožuje nemocného na životě. Druhá forma je chronická difúzní intersticiální pneumonitida, která se postupně rozvíjí a omezuje nemocného chronickou dušností. Vážná komplikace je postupně vznikající plicní hypertenze, pravděpodobně na podkladě vaskulitidy (2, 5, 6, 9, 10, 24, 28, 29, 30, 31, 33, 39, 41, 44, 45, 46, 49, 51).

1.3.9 Projevy lymfatického systému u SLE

U nemocných se SLE může dojít ke zduření uzlin, vzácně k lymfadenopatii či splenomegalii. Hepatosplenomegalie je popisována asi u 1/3 případů (2, 6, 10, 21, 24, 28, 39, 46).

1.3.10 Projevy centrálního nervového systému u SLE

V 60 % případů se popisuje porucha funkce. Jedná se o velmi proměnlivé příznaky, jejichž rozpoznání je velmi obtížné. Převážně se jedná o postižení mozku, popřípadě míchy. Podstata není dosud zcela vyjasněna. Postižení CNS lze rozdělit na difúzní a ložisková.

Poruchou difúzního typu je postupný rozvoj organického mozkového syndromu, který je charakterizován poruchou kognitivních funkcí, změnami chování až vývojem demence.

K ložiskovým typům patří akutní mozkové příhody, epilepsie, poruchy vidění či defekty mozkových nervů a na míše myelopatie. Někdy mohou mít nemocní křeče s delirativními stavy, které končí kómatem. Příznaky se někdy mohou zaměnit s psychózou. Podkladem těchto změn může být vaskulopatie, představuje jednu s příčin úmrtí (2, 5, 6, 9, 10, 21, 24, 28, 29, 30, 31, 33, 39, 41, 46, 51).

1.3.11 Oční projevy u SLE

U nemocných se mohou vyskytnout bělavé skvrny na očním pozadí (21, 28, 39).

1.3.12 Gastrointestinální projevy systémového Lupus erythematosus (SLE)

Gastrointestinální poruchy bývají často subjektivním průvodním jevem nemoci. Nelze vyloučit ani zánětlivá poškození zažívacího traktu, včetně pankreatitidy. Časté bývá také nechutenství a hubnutí (6, 24, 28, 29, 30, 39).

1.3.13 Vaskulitidy systémového Lupus erythematosus (SLE)

Vaskulitidy jsou zánětlivá onemocnění krevního řečiště. V cévní stěně probíhá trombóza a někdy se tvoří aneuryzma. Hlavní klinickou manifestací je ischemie. Mohou být postiženy všechny vrstvy cévní stěny. Etiologie vaskulitid není známá. Některé případy jsou spojené s infekčním onemocněním. Klinická diagnostika vaskulitid je velmi obtížná. Vaskulitida může probíhat v jakémkoli orgánu. Nekrotizující vaskulitidy mohou být příčinou viscerálních gangrén. Pro nemocného trpícím SLE jsou tyto viscerální gangrény fatální (6, 10, 21, 24, 25, 28, 33, 34, 35).

1.4 Laboratorní projevy systémového Lupus erythematosus (SLE)

Laboratorní projevy jsou charakterizovány známkami zánětlivé reakce a poškozením jednotlivých systémů (6, 23, 24, 28, 32, 50).

1.4.1 Hematologická vyšetření

V krevním obraze můžeme vidět anemii různého stupně. Anemie souvisí buď s imunohemolýzou nebo je následkem snížené tvorby erytrocytů. Dále můžeme v krevním obraze nalézt leukocytopenii. Ta se pohybuje v hodnotách $3 \cdot 10^9/l$. Trombocytopenie není rovněž vzácným nálezem. Pohybuje se v hodnotách $50-70 \cdot 10^9/l$, ale můžeme se také setkat s lymfopenií. Lymfopenie a trombocytopenie vzniká pravděpodobně na imunitním podkladu. V hemokoagulačním vyšetření můžeme zjistit elevaci von Willebrandova faktoru a elevaci faktoru VIII. Je také přítomen

katabolismus fibrinogenu (FDP). Sedimentace erytrocytů (FW) bývá zvýšená (2, 5, 6, 10, 23, 24, 28, 29, 31, 33, 41, 44, 45).

1.4.2 Biochemické testy

V moči je přítomna proteinurie, hematurie a pyurie. Kreatinin v séru je zvýšený. V jaterních testech lze prokázat elevaci transamináz (ALT, AST) a rovněž elevaci alkalické fosfatázy (ALP). Také je zvýšeno CRP (2, 6, 10, 23, 24, 29, 31, 33, 41, 50).

1.4.3 Imunologické testy

ANA – antinukleární protilátky bývají pozitivní. Titr protilátek je $>1:100$. Tento test není zcela průkazný. Může být v nízkém titru pozitivní i u jiných onemocnění. Anti-dsDNA – protilátka proti dvojité vazbě DNA. Tento test má pozitivní přibližně 80 % pacientů. V období remise je však negativní. Tato protilátka má největší diagnostický význam, zvláště pro poškození ledvin. Dále jsou pro diagnostiku důležité protilátky proti nukleárním antigenům (ENA) s jejími podtypy, protilátky proti antigenu označenému SS-A, SS-B a RNP (ribonukleoprotein). Velký význam je nutné přičíst specifické autoprottilátce ze skupiny nukleárních antigenů anti-Sm. Anti-Sm protilátky jsou pozitivní asi u 1/3 pacientů. Anti-Sm jsou protilátky pojmenované podle začátečních písmen prvního pacienta (Smith), u kterého byly prokázány. V séru můžeme také nalézt nespecifické autoprottilátky jako jsou anti-Ro, anti-La a protilátky proti histonům. Významnou součástí laboratorní diagnostiky určení aktivity nemoci je stanovení komplementu, a to jak celkového množství, tak jeho některých významných složek. Jedná se o C3 a C4, které jsou v aktivním stádiu velmi sníženy. Součástí laboratorních vyšetření je také stanovení koncentrace imunoglobulinů podle jednotlivých tříd a také stanovení cirkulujících imunokomplexů (CIK). Lupus antikoagulant faktor má přítomen asi 10 % pacientů. U pacientů se SLE se objevují také antifosfolipidové protilátky (APA) (2, 5, 6, 9, 10, 23, 24, 28, 29, 30, 31, 33, 38, 39, 41, 46, 49, 50, 51).

1.4.4 Pomocná vyšetření

Kožní projevy je někdy vhodné ověřit biopticky. Podezření na postižení srdce doplňujeme EKG a echokardiografickým vyšetřením. Postižení mozku prokazujeme pomocí magnetické rezonance, CT a EEG. Při poškození kloubů je indikován RTG (2, 6, 23, 33, 50).

1.5 Terapie systémového Lupus erythematosus (SLE)

Léčba by měla být vždy vedena příslušným odborníkem – internistou, revmatologem. Léčba jednotlivých případů je vysoce individuální, vychází z klinických a laboratorních příznaků. Podle typu poškození orgánů je nutná spolupráce také s nefrologem, neurologem, pneumologem, kardiologem, hematologem, dermatologem apod. Léčba zahrnuje nesteroidní protizánětlivé léky, kortikosteroidy, antimalarika a cytotoxické a imunosupresivní léky. Každý chirurgický zákrok se doporučuje krýt ATB (2, 5, 6, 10, 24, 28, 29, 30, 41, 50, 51).

1.5.1 Nesteroidní antirevmatika

Nesteroidní antirevmatika se užívají často pro muskuloskeletární potíže a ke zmírnění celkových příznaků, jako je únava a febrilie. Nesteroidní antirevmatika se ale v graviditě příliš nedoporučují, v prvním trimestru jsou dokonce kontraindikovány (2, 5, 6, 10, 28, 29, 30, 31, 33, 41, 50, 51).

1.5.2 Kortikosteroidy

Základní složky léčby jsou glukokortikoidy. Ty se u aktivních forem podávají formou pulzní infúzní léčby. Užívá se k tomu methylprednisolon v dávkách až 1000 mg 3 – 5x každý druhý den. Poté je možné přejít na perorální podání s postupnou redukcí dávky na hodnoty, které jsou schopné udržet onemocnění pod kontrolou. V graviditě se podávají co možná nejnižší dávky, které jsou ještě schopny udržet onemocnění zcela pod kontrolou. Pokud se v těhotenství objeví známky aktivity onemocnění (kožní změny, artritida nebo postižení seróz), používá se středně vysoká dávka, tj. 20 – 40 mg denně. Pokud se projeví postižení ledvin, pak zahajovací léčebná dávka čítá přibližně 40

– 80 mg denně. Při zlepšení lze dávku postupně snižovat. Ani při vyšších dávkách kortikoidů není popsáno poškození plodu. Nadledvinové insuficience plodu ze suprese kortikoidní léčbou je velmi vzácné (2, 5, 6, 9, 10, 24, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 38, 39, 41, 46, 50, 51).

1.5.3 Antimalarika

Antimalarika se postupně stávají významným prostředkem při léčbě kožních a svalově-klobových projevů onemocnění, ale také při celkových příznacích, jako jsou teploty, únava a celková nevůle. Podává se většinou chloroquin 250 mg nebo hydroxychloroquin 200 mg denně. Lze použít také methotrexát v dávce 10 – 20 mg za týden. V graviditě nejsou antimalarika doporučována (2, 5, 6, 10, 28, 29, 30, 31, 33, 41, 50, 51).

1.5.4 Cytotoxické a imunosupresivní léky

U prognosticky nepříznivých forem onemocnění, zejména s biopicky ověřenou lupusovou nefritidou či s projevy vaskulitidy, navazuje na pulzní léčbu methylprednisolonem léčba cyklofosfamidem. Podává se buď v i.v. pulzech 10-20 mg/kg měsíčně, nebo 1,5 – 2,5 mg/kg/den perorálně. Jako alternativu lze zvolit podání azathioprinu 2 mg/kg/den perorálně. Azathioprin je sice méně účinný, ale zato bezpečnější lék. Pokud se rozvíjí nefrotický syndrom, lze využít podání cyklosporinu jako látky s vysoce imunosupresivním účinkem. V graviditě se tyto látky pro léčbu nedoporučují pro jejich toxicitu. Pokud je nutné tyto látky pro kontrolu nemoci použít, musí být žena přesně informována o jejich rizicích pro plod (2, 5, 6, 7, 9, 10, 24, 28, 29, 31, 32, 33, 41, 46, 50, 51).

1.6 Prognóza systémového Lupus erythematosus (SLE)

Prognóza onemocnění SLE je vcelku příznivá. Více než 90 % nemocných při správné léčbě přežívá více než 10 let od zjištění onemocnění. Více než 70 % nemocných přežívá více než 20 let od první manifestace onemocnění. Tato prognóza je výsledkem včasné diagnostiky a možnosti léčby, také závisí na dominujícím orgánovém

poškození. V neposlední řadě také závisí na toxicitě léčby. Pokud jsou poškozeny ledviny, srdce nebo mozek je prognóza nepříznivá. Většina nemocných má více remisí než vzplanutí, která jsou doprovázena horečkou a postižením orgánů. Dříve byla prognóza onemocnění nejistá, málokdo z nemocných přežil 5 let. V současné době právě díky včasné diagnostice a adekvátní léčbě je prognóza příznivější (5, 6, 9, 10, 24, 28, 29, 30, 31, 39, 46, 50).

1.7 Vztah onemocnění SLE k těhotenství, porodu a šestinedělí

Ženy se SLE mohou normálně otěhotnět, ale vyskytuje se zde více komplikací. Je větší incidence prematurit, spontánních potratů a intrauterinních úmrtí plodu. V graviditě se vyskytuje exacerbace asi v 15 % případů. Dá se říci, že vzplanutí je 2x častější u těhotných než u netěhotných pacientek. Uvádí se několik mechanismů, které mohou vést ke komplikacím v graviditě u SLE. Jedna z příčin komplikací v těhotenství může být deciduální vaskulitida, jejímž následkem je porucha placentárního průtoku a tím ohrožení plodu. Další příčinou komplikací mohou být lymfocytotoxické protilátky, které reagují s trofoblastem. Tyto protilátky jsou spojované s postižením srdečního převodního systému plodu, které může vést až k jeho smrti.

Dále se uvádějí lupus anticoagulans a antikardiolipinové protilátky, které mohou způsobit trombózy placenty. Ženy se SLE mívají menší placenty, které pochopitelně nestíhají vyživit plod a dochází k hypoxii a IUGR (Příloha 5, 6). Novorozenci matek se SLE mívají často přechodné sérologické abnormity, kožní léze (Příloha 4) a kongenitální a-v blokády. Toto se většinou spontánně upraví do 8 až 9 měsíců věku dítěte. V době, kdy se ještě nepoužívaly v léčbě SLE kortikoidy, bylo pacientkám se SLE doporučováno přerušení těhotenství. Při dnešních možnostech léčby již tato zásada neplatí. Těhotenství se SLE jsou většinou úspěšná, avšak je nutné těhotnou po celou dobu gravidity velmi pečlivě sledovat jak po stránce porodnické, tak po stránce základního onemocnění. Těhotenství žen se SLE považujeme za velmi riziková. Ideální je, pokud nemocná se SLE graviditu plánuje po poradě se svým lékařem (5, 10, 29, 33, 38, 44, 45, 50, 51).

Pacientky se SLE s postižením ledvin mají častěji preeklampsii, cca ve 14 – 15 %. Porod žen se SLE končí asi ve 29 % císařským řezem. Nejčastější indikací k S.C. bývá hypoxie plodu. V 9 % jsou indikace k císařskému řezu sdružené. Může se jednat o hypoxii s výskytem antofosfolipidových protilátek, trombocytopenií, nebo zhoršením celkového stavu matky, zejména renální insuficiencí. Incidence puerperální infekce po vaginálním porodu se pohybuje kolem 3,6 %. Po porodu má být žena vždy zajištěna léčbou hydrokortizonem v dávce 100 mg po 8 hodinách. Žena by též měla být kryta antibiotiky se širokým spektrem. Kojení není ženě běžně doporučováno. Kortikosteroidy přecházejí do mléka a často také jeho produkci blokují. Pokud je kojení akceptováno, je třeba se ho vyvarovat po prvních 4 hodinách po podání vysoké dávky kortikosteroidů. Někdy se po porodu vyrážka projevuje na prsu a kojení je tak velmi bolestivé (10, 45).

1.8 Ošetrovatelská péče porodních asistentek u systémového Lupus erythematosus

Těhotenství ženy s onemocněním Lupus erythematosus vedeme jako vysoce rizikové. Těhotné se SLE věnujeme veškerou péčí, jak po stránce gynekologicko – porodnické, po stránce základního onemocnění, tak po stránce psychické (3, 4, 38, 45).

Co se týče porodnické péče, provádíme všechna povinná vyšetření stanovená Českou gynekologicko – porodnickou společností. Jedná se o pravidelná vyšetření, která se provádějí při každé návštěvě gynekologa, a o nepravidelná vyšetření, která se provádějí pouze v určeném týdnu těhotenství.

Z pravidelných vyšetření je to podrobný sběr anamnestických údajů a stesků těhotné, zevní vyšetření těhotné s určením hmotnosti a TK, chemická analýza moči, bimanuální vyšetření se stanovením cervix – score a od 24. týdne také detekce známek vitality plodu. Z nepravidelných vyšetření je to v 16. týdnu těhotenství stanovení krevní skupiny a Rh faktoru, vyšetření titru erytrocytárních protilátek, stanovení KO, sérologické vyšetření protilátek proti syfilis, biochemický screening VVV ve druhém trimestru, vyšetření močového sedimentu střední porce moči. V 18. – 20. týdnu se provádí ultrazvukový screening plodu. Ve 24. – 28. týdnu je doporučený screening poruch glukózové tolerance. Ve 30. – 32. týdnu se provádí vyšetření titru

erytrocytárních protilátek u Rh negativních žen a žen s krevní skupinou 0, stanovení KO, sérologické vyšetření HBsAg a HIV a provádí se druhý ultrazvukový screening plodu. Ve 36. – 37. týdnu se odebírá kultivace z pochvy na detekci streptokoků skupiny B (GBS). Od 36. týdne se provádí kardiokografický non-stres test 1x týdně až do 40. týdne těhotenství (3, 4, 45).

Všech těchto vyšetření se porodní asistentka účastní, některá sama provádí, připravuje těhotnou k vyšetření, edukuje, odebírá biologický materiál a asistuje lékaři při vyšetřeních. Porodní asistentka nesmí rovněž zapomínat na psychiku těhotné. Každá těhotná má spoustu psychických i fyzických problémů, které by měla porodní asistentka umět aktivně vyhledávat a pomáhat zvládat. Měla by umět dobře naslouchat nejen tomu, co těhotná říká, ale i tomu, jak se chová. Mnohé problémy neříkáme a přesto jsou patrné. U ženy se SLE to platí dvojnásobně (36).

Co se týče péče o základní onemocnění, zde je důležitá spolupráce mezi gynekologem a internistou – revmatologem. Kromě porodnických vyšetření provádíme i vyšetření doporučená internistou. Hematologická a biochemická vyšetření a imunologické testy na stanovení protilátek, provádíme z počátku těhotenství 1x měsíčně, po zhruba 20. týdnu 1x za 14 dní. Samozřejmě vše na doporučení internisty a s přihlédnutím k aktuálnímu zdravotnímu stavu. Pro porodní asistentku to většinou znamená odběr biologického materiálu a edukace těhotné. Opět nezapomínáme na psychický stav těhotné. Empatie a vstřícné vystupování je samozřejmostí (38, 45).

Ve většině případů těhotných se SLE vyžaduje jejich zdravotní stav hospitalizaci, ať už v důsledku aktuálních potíží nebo na základě laboratorních vyšetření. Po stabilizaci nemoci, pokud to zdravotní stav dovoluje, jsou možné ambulantní kontroly. Na oddělení rizikového těhotenství ženy se SLE buď docházejí ambulantně na kontroly 1x za 14 dní, nebo jsou dlouhodobě hospitalizovány (Příloha 8, 9). U hospitalizovaných těhotných se SLE se provádí poslech ozev plodu každé 3 hodiny, 1 – 2x denně se natáčí CTG, 1x za 10 – 14 dní se provádí ultrazvukové vyšetření včetně průtoků krve pupečníkem a v neposlední řadě se provádí všechna vyšetření doporučená internistou.

Ošetrovatelská péče se řídí aktuálním stavem těhotné. Porodní asistentka si aktivně všímá všech vyřčených i nevyřčených problémů ženy. Na psychiku u

hospitalizované těhotné dbá především. Pokud se žena bude v nemocnici dobře cítit, pak je to poloviční krok k úspěchu (36).

1.9 Ošetrovatelský proces u žen s onemocněním Lupus erythematosus na oddělení rizikového těhotenství

Při klinických příznacích únavy, hubnutí, artralgie, myalgie a horečky až sepse, stanoví porodní asistentka ošetrovatelský problém, ošetrovatelskou diagnózu. Ošetrovatelský problém je zde únava, porucha výživy (snížená), bolesti kloubů, svalů, horečka, potencionální vznik sepse. V ošetrovatelském cíli by se sestra snažila snížit únavu, upravit výživu na normu, odstranit bolesti a zabránit rozšíření infekce. Při klinických příznacích poškození kůže, ledvin, srdce, plic, CNS nebo krve, by se ošetrovatelský proces odvíjel od konkrétního poškození orgánů. Podle jednotlivých poškození a s nimi spojených problémů by se stanovila ošetrovatelská diagnóza, ošetrovatelské cíle, kritéria, intervence a je nutné i zhodnotit komplexní ošetrovatelský proces, který porodní asistentka provádí (36, 47).

Při ošetrování těhotných žen s onemocněním Lupus erythematosus lze použít ošetrovatelský proces podle Gordonové, Hendersonové, Oremové, či Royové.

Ošetrovatelský model Gordonové (Příloha 10) je také nazýván modelem funkčního typu zdraví. Je univerzálním modelem, nejčastěji se v našem ošetrovatelství uplatňuje. Lze jej použít jak pro zdravého, tak pro nemocného člověka. Ošetrovatelským cílem je zde zdraví, odpovědnost jedince za své zdraví a rovnováha biopsychosociální interakce. Klient je zde holistická bytost s biologickými, psychologickými, sociálními, kulturními, behaviorálními, kognitivními, duchovními a spirituálními potřebami, bytost s funkčním nebo dysfunkčním typem zdraví. Role porodní asistentky zahrnuje systematické získávání informací v jednotlivých oblastech, zvládnutí a používání standardních metod, posouzení funkčního a dysfunkčního typu zdraví, analýzu informací, diagnostikování klientových problémů, plánování a vyhodnocení péče u zdravého i nemocného klienta. Zdraví je vyjádřením rovnováhy jako bio-psycho-sociální interakce. Dojde-li k poruše v jedné oblasti, mluvíme o dysfunkci. I u zdravých jedinců může dojít k narušení zdraví a vzniku onemocnění.

Obsah modelu tvoří 13 oblastí: podpora zdraví, výživa a metabolismus, vylučování, aktivita – cvičení, spánek a odpočinek, vnímání a poznávání, vnímání sebe sama (sebepojetí, sebeúcta), vztahy (role – mezilidské vztahy), sexualita, zvládání zátěže – odolnost vůči stresu, životní principy, bezpečnost – ochrana, komfort, růst a vývoj. Výsledek ošetrovatelské činnosti je celostní zhodnocení úrovně zdraví jak u zdravého, tak u nemocného člověka (1, 43).

Ošetrovatelský model Hendersonové je nazýván komplementárním modelem. Nejlépe se uplatňuje v ambulantní péči, ale lze použít i při nemocničním ošetřování. Ošetrovatelským cílem je zde nezávislost v uspokojování potřeb a dosažení co nejvyššího stupně soběstačnosti. Klient je zde celistvá, nezávislá bytost, která má 14 základních potřeb. Metody uspokojování potřeb se liší individuálně nebo okolnostmi. Role porodní asistentky obsahuje udržování či navrácení nezávislosti, pomáhání v situaci, kdy si základní lidské potřeby nemůže klient zajistit sám, a plnění terapeutického plánu lékaře a spolupráce s ostatními zdravotníky v zájmu uzdravení klienta. Obsahem modelu je udržet člověka maximálně soběstačného, nezávislého a schopného hodnotně žít. Porodní asistentka pomáhá vhodnou ošetrovatelskou péčí. Základní ošetrovatelská péče zahrnuje 14 aktivit: normální dýchání, adekvátní strava a pití, vylučování, pohyb a udržování tělesné polohy, spánek a odpočinek, výběr vhodného oděvu – oblékání, svlékání, udržování tělesné teploty v normě, udržování tělesné hygieny, vyvarování se nebezpečí z okolí, komunikace s okolím – vyjádření emocí, potřeb, obav a názorů, konání pobožnosti podle své víry, smysluplná práce a uspokojení z výsledků, hry nebo účast na různých formách relaxace, učit se, objevovat nebo uspokojovat zvědavost, která vede k normálnímu vývoji osobnosti a zdraví. Výsledek ošetrovatelské činnosti je zvýšená nezávislost v uspokojování klientových 14 základních potřeb a klidná smrt (1,43).

Ošetrovatelský model Oremové (Příloha 11) je nazýván modelem sebepéče. Ošetrovatelským cílem je zde dosažení sebepéče tak, aby klient dosáhl optimálního zdravotního stavu a pomoc lidem s deficitem sebepéče. Klient je považován za jednotu mezi biologicky fungujícími aspekty a společensko-kulturními aspekty, kdy je člověk schopen iniciovat a vykonávat sebepečovatelské činnosti na uchovávání života, zdraví a

blaha. Role porodní asistentky spočívá v profesionální pomoci tam, kde se jedinec nemůže sám vyrovnat s požadavky sebezpečí v rámci svých schopností. Porodní asistentka ovlivňuje rozvoj klienta v dosažení optimální úrovně sebezpečí. Sebezpečí je zaměřena na 6 oblastí: dostatečný a pravidelný příjem potravy, vody a vzduchu, uspokojivé funkce vylučování, rovnoměrné rozložení činnosti a odpočinku, rovnováha mezi samotou a společenskou interakcí, rovnováha mezi bezpečím, jistotou a hrozícím nebezpečím, normální bytí a blaho. Obsah modelu je založen na deficitu sebezpečí. Pokud je člověk soběstačný, dosahuje zároveň pohody a zdraví. Pokud dojde k deficitu sebezpečí, potřebuje člověk pomoc prostřednictvím ošetrovatelské péče. Deficit sebezpečí může vést ke změnám ve fyzické struktuře, fyziologických funkcích i chování člověka. Výsledkem ošetrovatelské péče je dosažení optimální úrovně klientovy sebezpečí (1, 43).

Ošetrovatelský model Royové (Příloha 12) je nazýván adaptačním modelem. Ošetrovatelským cílem modelu je podpora adaptace v každém ze čtyř adaptačních způsobů ve zdraví i nemoci. Klient je považován za biopsychosociální bytost, která je v neustálé interakci s prostředím a která má 4 způsoby adaptace založené na fyziologických potřebách, sebekoncepci, funkčních rolích a vzájemné závislosti. Klient je příjemcem ošetrovatelské péče, kdy je chápán jako adaptační systém s vnitřními procesy, který je v neustálém kontaktu s prostředím. Obsahem modelu je klient, zdraví, prostředí, vyhodnocování informací, ošetrovatelský problém – nedostatečná přizpůsobivost na zachování integrity, intervence – manipulace stimuly, zvyšování, snižování nebo udržování. Výsledkem ošetrovatelské činnosti jsou přizpůsobené odpovědi klienta na stimuly (1, 43).

Na oddělení rizikového těhotenství se soustředíme na všechny základní potřeby člověka, které vychází z Maaslowovy hierarchie. Jsou to fyziologické potřeby, potřeby bezpečí a jistoty, potřeby lásky a sounáležitosti, potřeby úcty a sebeúcty a potřeby seberealizace. Především se staráme o výživu, vyprazdňování, spánek, absenci bolesti, dýchání a o klidový režim pacientky. V neposlední řadě podporujeme styk s rodinou, která je těhotné ženě oporou. Snažíme se o psychickou podporu a pochopení.

1.10 Vybrané ošetrovatelské diagnózy vhodné při péči o ženy s onemocněním Lupus erythematosus v souvislosti s těhotenstvím

00004 Riziko infekce v souvislosti s porodem vedeným S.C./vaginální cestou.

00004 Riziko infekce v souvislosti s periferní kanylou.

00004 Riziko infekce v souvislosti s permanentním katétrem (37).

00011 Zápcha v souvislosti se změnou prostředí (hospitalizací) projevující se ztíženým vyprazdňováním (37).

00024 Neefektivní tkáňová perfuze renální v souvislosti s glomerulonefritidou při SLE projevující se bolestí v zádech, zvýšeným TK a krví a bílkovinou v moči.

00024 Neefektivní tkáňová perfuze kardiopulmonální v souvislosti s perikarditidou a pleuritidou při SLE projevující se dušností, bušením srdce a celkovou nepohodou (37).

00025 Riziko nevyváženého objemu tělesných tekutin v souvislosti se SLE.

00026 Zvýšený objem tělesných tekutin v souvislosti s renálními projevy při SLE projevující se otoky DK (37).

00032 Neefektivní dýchání v souvislosti s pleuritidou při SLE projevující se dušností, častým zadýcháváním při chůzi, únavou.

00042 Riziko alergické reakce na latex v souvislosti s periferní kanylou/zalepenou operační ránou po S.C.

00046 Porušená kožní integrita v souvislosti s periferní kanylou projevující se bolestivostí, zarudnutím a zvýšenou TT (37).

00046 Porušená kožní integrita v souvislosti s operační ránou po S.C./epiziotomií po vaginálním porodu projevující se bolestivostí, zarudnutím, zatvrdnutím a zvýšenou TT.

00055 Neefektivní plnění role v souvislosti s hospitalizací projevující se steskem po rodině, verbalizací (37).

00085 Zhoršená pohyblivost v souvislosti s kloubními projevy při SLE projevující se bolestí a otoky kotníků.

00085 Zhoršená pohyblivost v souvislosti se stavem po S.C./vaginálním porodu (epiziotomie) projevující se bolestí a mírným deficitem sebedpěče.

00093 Únava v souvislosti se SLE projevující se celkovou nepohodou, verbalizací (37).

00095 *Porušený spánek* v souvislosti se změnou prostředí (hospitalizací) projevující se ztíženým usínáním, únavou a celkovou nepohodou.

00108 *Deficit sebeděče (mírný) při koupání a hygieně* v souvislosti se stavem po S.C. projevující se točením hlavy a bolestí při ohýbání.

00120 *Situačně snížená sebeúcta* v souvislosti s nemožností pečovat o dítě pro základní onemocnění matky a jejich odloučení projevující se plačtivostí, verbalizací (37).

00124 *Beznaděj* v souvislosti s nemožností ovlivnit průběh onemocnění (SLE) projevující se plačtivostí, verbalizací a poklesem nálady (37).

00125 *Bezmocnost* v souvislosti s nemožností ovlivnit průběh onemocnění (SLE) projevující se plačtivostí, verbalizací a poklesem nálady.

00126 *Deficitní znalosti* v souvislosti se SLE projevující se častými dotazy na průběh onemocnění, žádostmi o ukončení hospitalizace a bagatelizací problémů (37).

00132 *Akutní bolest* v souvislosti se stavem po S.C. projevující se nadýmáním, poruchou peristaltiky a celkovou nepohodou.

00133 *Chronická bolest* v souvislosti s kloubními projevy při SLE projevující se zhoršenou pohyblivostí a otoky kotníků (37).

00134 *Nauzea* v souvislosti s těhotenstvím projevující se pocením, točením hlavy a verbalizací.

00148 *Strach o sebe* v souvislosti ze základním onemocněním (SLE) projevující se častými dotazy na průběh onemocnění, beznadějí a uzavřeností (37).

00148 *Strach o dítě* v souvislosti nemožností ovlivnit průběh těhotenství pro základní onemocnění (SLE) projevující se plačtivostí, častými dotazy na stav plodu a poklesem nálady (37).

1.11 Edukace porodní asistentkou u žen s *Lupus erythematosus*

Práce porodní asistentky je neustálá edukace. Těhotnou ženu se SLE edukuje nejen po stránce gynekologicko-porodnické, ale i po stránce základního onemocnění. Nezapomíná ale těhotnou ženu podporovat i po stránce psychické. Nestačí pouhé vysvětlování faktů a poučování o různých činnostech. Porodní asistentka těhotnou ženu chápe v jejích obavách a stescích, psychicky ji podporuje i povzbuzuje, dodává jí

duševní sílu a odvalu. Pracuje nejen s těhotnou ženou samotnou, ale i s rodinnými příslušníky těhotné (3, 4, 38, 45).

Těhotnou ženu s onemocněním Lupus erythematosus je nutné poučit o důležitosti pravidelných kontrol jak u gynekologa, tak u internisty, specialisty na SLE. Je důležité těhotnou ženu poučit o vhodnosti dodržování všech doporučení lékařů. Porodní asistentka těhotnou ženu nabádá ke spolupráci na léčebném procesu.

Porodní asistentka edukuje ženu v oblasti výživy. Doporučuje těhotné, aby se v jídle soustředila na zdravé potraviny. Těhotná žena by měla jíst stravu bohatou na vitamíny a bílkoviny. Měla by se vyhýbat kalorickým a tučným jídlům. Je vhodné vyloučit z jídelníčku cukry, hlavně v podobě dortů. Zdravá výživa prospěje nejen zdravé těhotné ženě, ale i ženě se SLE. Především proto, že při racionální výživě není v těhotenství velký váhový přírůstek a tudíž se nadměrně nezatěžují důležité orgány, jako je např. srdce a klouby (3, 4, 45).

Dále porodní asistentka edukuje těhotnou ženu v oblasti hygieny. U těhotných žen se preferuje sprchování před koupáním ve vaně. Dlouhodobé vysedávání ve vaně vede ke snadnějšímu vniku infekce do močového ústrojí. Infekce močových cest je pro těhotnou nejen nepříjemná komplikace, a může vést až k zánětům ledvin. Zatížení ledvin je pro těhotné ženy se SLE problémem. Mohlo by dojít k hematurii, proteinurii a zvýšení TK. Těhotným ženám se rovněž doporučuje nošení volného bavlněného spodního prádla. Volné bavlněné prádlo nedráždí pokožku a tím slouží jako prevence různých výtoků i zánětů v oblasti genitálií. Záněty pohlavní soustavy mohou vést k předčasnému odtoku vody plodové. Příliš těsné prádlo by mohlo vyvolat předčasné stahy děložní a případně i předčasný porod (3, 4, 45).

Dále je nutné nabádat těhotnou ženu k přiměřené tělesné aktivitě a k dodržování klidového režimu. Těhotná žena by se neměla úplně vyhýbat pohybové aktivitě. Prospěšné mohou být procházky do přírody, vhodné těhotenské cvičení a relaxace. Rozhodně se nedoporučuje posilování a aerobic. Klidový režim se těhotným se SLE doporučuje při sebemenších potížích. Snažíme se tak ulehčit kloubům, ledvinám, srdci a dalším orgánům (3, 4, 45).

Pravidelný spánkový režim je pro těhotnou rovněž velmi důležitý. Ve spánku relaxují všechny systémy. Pokud je těhotná žena nevyspalá, není ve fyzické ani v psychické pohodě. Jestliže není žena v pohodě, začínají se na ženu nabalovat další fyzické problémy a v případě těhotné ženy se SLE je to velkým problémem. Seběmenší oslabení organismu může vést k vážným komplikacím (3, 4, 45).

V neposlední řadě se také ženám se SLE doporučuje minimalizovat pobyt na slunci. Na slunci by se těhotná žena se SLE měla chránit ochrannými krémy s vysokým ochranným faktorem. Při pobytu na slunci se erytém na kůži u žen se SLE zhoršuje (2).

Je nutné těhotnou ženu se SLE upozornit, že je velmi důležité, aby hlásila každou, třeba i seběmenší změnu zdravotního stavu. Při včasném podchycení potíží se snáze daří minimalizovat možné komplikace.

2. CÍLE PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle práce

Cíl 1 Zjistit problémy onemocnění Lupus erythematosus u těhotných žen.

Cíl 2 Zjistit specifika ošetrovatelské péče při onemocnění Lupus erythematosus.

Cíl 3 Zjistit, jak se jednotlivé případy těhotných žen liší v průběhu onemocnění Lupus erythematosus.

Cíl 4 Porovnat klinické příznaky onemocnění Lupus erythematosus u vybraných těhotných žen.

Cíl 5 Porovnat psychické problémy u vybraných těhotných žen při onemocnění Lupus erythematosus souvisejících s rizikovým těhotenstvím.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1 Jaké problémy se vyskytují u těhotných žen s onemocněním Lupus erythematosus?

Výzkumná otázka 2 Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u těhotných žen s onemocněním Lupus erythematosus?

Výzkumná otázka 3 Jak se liší jednotlivé případy těhotných žen v průběhu onemocnění Lupus erythematosus?

Výzkumná otázka 4 Jakým způsobem se klinické projevy onemocnění Lupus erythematosus odlišují u vybraných těhotných žen?

Výzkumná otázka 5 Jakým způsobem se liší psychické problémy vybraných těhotných žen s onemocněním Lupus erythematosus v souvislosti s rizikovým těhotenstvím?

3. METODIKA

3.1 Použitá metodika

Výzkumné šetření bylo prováděno formou kvalitativního výzkumu u vybraných těhotných žen s onemocněním Lupus erythematosus během hospitalizace a během ambulantní péče v poradně pro riziková těhotenství. Výzkumné šetření bylo prováděno na základě údajů z dokumentace a rozhovorem s vybranými těhotnými ženami.

Vybrané ženy byly sledovány od prvního, respektive druhého trimestru těhotenství do období časného šestinedělí po dobu hospitalizace a během návštěv v rizikové poradně.

K rozboru pěti výzkumných otázek kvalitativního šetření byl použit rozhovor (Příloha 1), tvořený celkem 31 otázkami. Otázky v rozhovoru byly voleny identifikační a zjišťovací. Zjišťovací otázky se týkaly začátku onemocnění, ošetrovatelské péče a spokojenosti s ní, klinických a psychických projevů, které souvisely s těhotenstvím při onemocněním Lupus erythematosus.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo celkem 6 těhotných žen s onemocněním Lupus erythematosus na oddělení rizikového těhotenství, v poradně pro riziková těhotenství a oddělení šestinedělí Nemocnice České Budějovice a.s. a na oddělení gynekologie Nemocnice Prachatic a.s. Výzkumné šetření probíhalo od roku 2005 do roku 2009 včetně.

Dvě ženy byly během těhotenství dlouhodobě hospitalizovány na oddělení rizikového těhotenství a po porodu byly přeloženy na oddělení šestinedělí v Nemocnici České Budějovice a.s. Jedna žena byla hospitalizována krátkodobě před porodem na oddělení rizikového těhotenství, během těhotenství docházela ambulantně do poradny pro riziková těhotenství a po porodu byla přeložena na oddělení šestinedělí v Nemocnici České Budějovice a.s. Dvě ženy byly hospitalizovány vícekrát na oddělení rizikového těhotenství a po porodu byly přeloženy na oddělení šestinedělí v Nemocnici České Budějovice a.s. Mezi hospitalizacemi ženy docházely do poradny pro riziková

těhotenství do Nemocnice České Budějovice a.s. Jedna žena byla krátkodobě hospitalizována na oddělení gynekologie v Nemocnici Prachatice a.s.

Rozhovor byl prováděn s celkem šesti ženami s onemocněním Lupus erythematosus. S pěti ženami byl rozhovor veden v Nemocnici České Budějovice a.s. a s jednou ženou v Nemocnici Prachatice a.s.

Výsledky výzkumného šetření byly zpracovány do jednotlivých kazuistik a tabulek, kde byly zhodnoceny jednotlivé odlišnosti.

4. VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

4.1 *Kazuistiky respondentek*

4.1.1 *Kazuistika 1*

Paní L. Š., narozena roku 1977, v době těhotenství je ve věku 28 let. Je střední postavy, měří 168 cm, váží 65 kg. Je rozvedená, žije s druhem a 7letým synem. Má výborné rodinné zázemí. Pracuje jako prodavačka v drogerii, nyní je na PN.

Anamnéza

OA: Prožila běžné dětské nemoci, operována nebyla.

GA: Měsíčky má od 12 let, pravidelné, nebolestivé. Poslední měsíčky byly 4.4.2005 a termín porodu byl stanoven na 11.1.2006. Je II. para, II. gravida.

AA: Alergie neudává.

FA: Léky, které užívala v těhotenství Ferronat R, Paralen, Ibalgin, ATB (Penbene).

NO: V Táboře byla přijata pro febrilie, vysokou sedimentaci (FW), otoky kloubů a proto byla po týdnu přeložena do Č. Budějovic pro podezření na SLE. Gravidita 30. týden.

Příjem

Paní L. Š. byla do Nemocnice Č. Budějovice a.s. přijata 27.10.2005 jako překlad z Nemocnice Tábor a.s. Stáří těhotenství v den příjmu je 29+3 dny, ultrazvukově odpovídá velikost plodu stáří těhotenství a průtok pupečnickem je fyziologický. Byla přijata pro podezření na SLE, subfebrilie, bolesti kloubů, střídavé otoky DK a anemii.

Ordinace při příjmu

Ferronat R 1xdenně, který užívala již v Táboře.

CTG 1x denně, klid na lůžku, bylo natočeno EKG, které se dalo k podpisu.

Odběry: krevní obraz (KO), biochemie séra, C-reaktivní protein (CRP), revmatologické náběry k diagnostice SLE, moč a sediment, moč na kultivaci a citlivost, clearance kreatininu, proteinurie, výtěr z pochvy na kultivaci a citlivost.

Průběh – 1. týden

Kontrola TK 1x týdně (v normě, 130/80mmHg). Ve výtěru z pochvy byla diagnostikována mykóza a byl ordinován Pimafulin na 3 dny. V moči orientačně byl nález B++ a krev+++ . Pro anemii byl zvýšen Ferronat R na 2x denně. Při revmatologickém konziliu, které proběhlo 3.11.2005, byl potvrzen SLE klinicky i laboratorně, bylo ordinováno ECHO srdce, spirometrie a nasazen Medrol 16mg 1 – 0 – 0 tbl.

Kůže je bez motýlovitého erytému (Ten se projevil asi před měsícem a současně byla také febrilie bez příčiny). Je přítomen palmární erytém, lehké vaskulární změny na prstech DK, velké klouby jsou bez výpotku a kotníky lehce prosáklé.

Průběh – 2. týden

Po nasazení kortikoidů se paní L. Š. cítí lépe. Kotník vlevo je lehce prosáklý a erytém akrálních částí ustoupil.

ECHO srdce je bez patologie a spirometrie bez jasné restriktivní poruchy. V laboratoři je vysoké anti Ro, což znamená to, že může být ohrožen plod. Karditidu nelze posoudit, tudíž jsou preventivně vyměněny kortikoidy, Medrol je vysazen a nasazen je Dexamethazon 0,5 mg 4 – 4 – 0 tbl. (4 mg denně). Dále je nasazeno Ca efferv. 1xdenně i tbl., 500 ml mléka denně, Vigantol 7 gtt. 1x týdně a Ferronat R byl nahrazen Aktiferinem 1x denně. Krevní tlak je kontrolován 1x denně a jeho hodnoty jsou zcela v normě. Jsou zkontrolovány revmatologické náběry, proteinurie, clearance kreatininu a Hamburger test.

Průběh – 3. týden

Paní L. Š. se cítí dobře a nemá bolesti. Kůže je bez vaskulitidy, zbarvení akrálních částí úplně vymizelo a klouby jsou klidné.

Při revmatologickém konziliu, které proběhlo 18.11.2005, je paní L. Š. klinicky zlepšena, laboratorně ale probíhá stále aktivní SLE. Je ordinováno EKG plodu (bylo provedeno v Motole), ponechán Dexamethazon 0,5 mg 3 – 3 – 0 tbl. a pro prohlubující se anemii je zvýšen Aktiferin 2x denně. Opět jsou provedeny kontrolní revmatologické náběry a je objednan 2x erytrocytární náplav (EBR). Po porodu nebude povolena laktace.

Průběh – 4. týden

Při revmatologickém konziliu, které proběhlo 22.11.2005, je EKG plodu v pořádku a tedy je možný postupný návrat k Medrolu. 2 dny je snížen Dexamethazon 0,5 mg 2 – 1 – 0 tbl. a je ordinován Medrol 8mg 1 – 0 – 0 tbl. 3 dny je snížen Dexamethazon 0,5 mg 1 – 1 – 0 tbl. a je zvýšen Medrol 8 mg 1 – ½ - 0 tbl. Po té je Dexamethazon vysazen, zvýšen Medrol 16 mg 1 – 0 – 0 tbl. Pro výraznou anemii je pacientce podán 2x erytrocytární náplav (EBR). V kultivaci vyšly pozitivní chlamydie a byl nasazen Rovamycine 3 M.I.U. po 8 hod (na 10 dní).

Byl proveden UZ plodu dne 22.11.2005, kdy podle poslední menstruace je stáří těhotenství 33+2 dny, souhrnem podle parametrů plodu je stáří plodu 32+0, váhový odhad je 2029 g a průtok pupečníkem je fyziologický. Je zde mírné zaostávání v růstu plodu přibližně o 1 týden.

Průběh – 5. týden

Paní L. Š. se cítí dobře. Kůže je s vaskulopatií na akrech DK i HK, což je zhoršení oproti minulému týdnu. Klientka má tachykardii kolem 100/min., TK je stále v normě (120/80 mmHg) a klouby jsou bez otoků.

V laboratoři je proteinurie (4,97 g/24 hod.). Z revmatologického konzilia dne 5.12.2005 je patrné zvýraznění aktivity SLE, je zvýšen Medrol 16 mg 1 – 1 – 0 tbl. a přidán Fraxiparine 0,3 ml s.c. 1x denně. Revmatologem je doporučeno do 14 dnů ukončit těhotenství a po té bude zahájena agresivní léčba. Zároveň je nutné informovat neonatology.

Vyšetření UZ bylo provedeno dne 6.12.2005, kdy podle posledních měsíčků je stáří plodu 34+6 dní, souhrnem parametrů plodu je stáří plodu 33+4 dny, obvod přes břicho odpovídá 32+5 dnům, váhový odhad 2200 g a průtok pupečníkem je fyziologický. Je zde patrné zaostávání v růstu plodu celkově o 1 týden, ale obvod přes břicho zaostává již o 2 týdny.

Průběh – 6. týden

Kontrola TK je prováděna 3x denně (elevace TK je kolem 140/100....155/90 mmHg), je nasazen Vasocardin 50mg 1 – 0 – 0 tbl.

Vzhledem k základnímu onemocnění, elevaci TK a suspektní retardaci růstu plodu je přistoupeno k preindukci zavedením Prostinu. Při kontrakcích je na CTG suspektní záznam a proto je těhotenství ukončeno císařským řezem. Paní L. Š. porodila 13.12. 2005 císařským řezem podle Gepperta, stáří plodu bylo 36+0 a pupečník byl 1x kolem krčku. Narodila se dcera, vážila 2340 g, měřila 46 cm. Aplikovaná léčba během porodu: CA, uterotonika, ATB (Unasyn), Fraxiparinu a Medrol.

Průběh – šestinedělí

Po císařském řezu se paní L. Š. dostala na gynekologickou JIP, kde byl ordinován Dipidolor inj. na bolest, Medrol 16 mg 1 – ½ - 0 tbl., ATB (Unasyn, Avrazor).

TK se drží kolem 150/95 mmHg, je upraveno dávkování Vasocardinu 50 mg na ½ - ½ - ½ tbl. Pro anemii je podán 2x erytrocytární náplav. Z revmatologického konzilia dne 19.12.2005 je kůže beze změn, pacientka má lehlé prosáknutí na DK, je diagnostikována nefritida, sekundární hypertenze a nově mitrální regurgitace. Je ordinována medikace: Medrol 16 mg 1 – 1 – 0 tbl., Vasocardin 50 mg ½ - 0 – ½ tbl., přidán Ramil 1,25 mg 2 – 0 – 0 tbl. a Lexaurin 1,5 mg 1 – 0 – 2 tbl.

Po týdnu se TK nenormalizuje, Vasocardin je vyměněn za Tenoloc 100 mg ½ - 0 – 0 tbl., event. dle hodnot 1 – 0 – 0 tbl. Probíhá zástava laktace Dostinexem tbl.

Dítě je na neonatologii a je mimo jiné sledováno dětským revmatologem. Vzhledem k závažnosti onemocnění je paní L. Š. přeložena za dítětem na neonatologii až 8. den po císařském řezu. Po šestinedělí je na doporučení revmatologa plánována biopsie ledvin a agresivní léčba Cyklofosfamidem. Paní L. Š. je doporučena sterilizace, protože další těhotenství není vzhledem k SLE žádoucí.

Tabulka 1 – Respondentka 1

R 1	L. Š.
Věk	28 let
Vzdělání	učební obor
Kdy byl SLE diagnostikován	v tomto těhotenství, ve 28 letech
V jaké souvislosti byl SLE diagnostikován	febrilie otoky kloubů
Povědomí o SLE před vyčtením diagnózy	ne
Kdo informoval o onemocnění	gynekolog
Kde byly získávány informace	lékaři

	internet
První příznaky	bolest a otoky kloubů ruky otoky nohou bolest hlavy
Další fyzické potíže	zvýšená teplota únava kožní vyrážky
Objektivní příznaky a lékařská hodnocení	motýlovitý erytém tachykardie zvýšený TK otoky kotníků vaskulární změny na prstech nephritida mitrální regurgitace aktivní forma SLE SLE vzniklý v těhotenství IUGR
Laboratorní příznaky	anemie proteinurie hematurie pozitivní imunologické testy mykóza a chlamydie v pochvě
Kolikáté těhotenství	druhé
Pocity na začátku těhotenství	radost
Kdo informoval pacientku o rizikovém těhotenství	gynekolog
Pravidelné kontroly	ano
Kam dochází pacientka na kontroly	gynekolog revmatolog
Zhoršení potíží v těhotenství	ano
Nejhorší fyzické potíže v těhotenství	otoky bolesti kloubů únava bolest kloubů při chůzi do schodů zvýšená teplota
Psychické potíže v těhotenství	ano
Zhoršení psychiky v těhotenství	ne
Nejhorší psychické potíže v těhotenství	strach o sebe nechápal co se děje (deficit informací)
Kdo je největší psychickou oporou	rodina partner matka kamarádka
Frekvence hospitalizací v těhotenství	1x dlouhodobě
Ošetrovatelské činnosti porodních asistentek	měření TK, P, TT sledování pohybů a OP natáčení CTG podávání léků odběry krve a moče vyšetřování moče orientačně papírkem úprava lůžka sledování vyprazdňování stolice
Co bylo více sledováno	OP a pohyby plodu TK

	odběry krve a moče UZ plodu
Co nejvíce obtěžovalo pacientku při hospitalizaci	natáčení CTG i několikrát denně poslech OP po 3 hodinách, i v noci
Co by mělo být více sledováno	psychický stav těhotné
Problém ošetrovatelské péče	málo personálu
Způsob ukončení těhotenství	S.C.
Stáří těhotenství	36+0 dnů
Důvod ukončení těhotenství	aktivní forma SLE intrauterinní růstová retardace (IUGR) elevace TK suspektní záznam na CTG
Zástava laktace	ano
Další těhotenství	není doporučeno

První respondentka byla ve věku 28 let a její nejvyšší dosažené vzdělání je učební obor. Onemocnění Lupus erythematosus bylo u ní diagnostikováno v tomto těhotenství, ve 28 letech. První podezření na toto onemocnění bylo ve 28. týdnu těhotenství v souvislosti s otoky kloubů a zvýšenou teplotou. Respondentka před potvrzením diagnózy nevěděla nic o onemocnění Lupus erythematosus. O onemocnění se poprvé dozvěděla od gynekologa. Poté začala získávat informace o onemocnění od ošetřujících lékařů a na internetu.

První příznaky, které se u respondentky objevily, byly bolesti a otoky kloubů, otoky dolních končetin a častá bolest hlavy. Další subjektivní potíže, které se u respondentky objevily, byly zvýšená teplota, únava a kožní vyrážky.

Objektivní příznaky, které bylo možno na respondentce pozorovat, byly motýlovitý erytém v obličeji, zrychlený pulz, zvýšený krevní tlak, otoky kotníků, vaskulární změny na prstech. Lékařské hodnocení diagnózy během těhotenství bylo aktivní forma SLE, SLE vzniklý v těhotenství, nefritida a také byla zjištěna mitrální regurgitace. Z gynekologické stránky byla k základnímu onemocnění diagnostikována intrauterinní růstová retardace (IUGR).

Laboratorně byla u respondentky zjištěna anemie, proteinurie, hematurie a samozřejmě pozitivní imunologické testy. Z gynekologických problémů byly zjištěny v kultivace z pochvy chlamydie a mykóza.

Toto těhotenství bylo druhé. Ze začátku těhotenství prožívala respondentka radost, o existenci onemocnění a jeho rizicích neměla ještě ani zdání. O tom, že je její

těhotenství rizikové, se dozvěděla až od gynekologa v nemocnici. Při hospitalizaci byla pravidelně kontrolována gynekologem a revmatologem.

Během těhotenství se potíže respondentky zhoršily. Jako nejnepříjemnější fyzické potíže udávala otoky, bolesti kloubů, únavu, bolest kloubů při chůzi do schodů a zvýšenou teplotu. Respondentka udávala i psychické potíže, které se v těhotenství nezhoršily. Jako nejhorší psychický problém udávala strach o sebe. A dále, že nechápala, co se děje, proč je považována za tak rizikově těhotnou. Nedokázala najednou pojmout tolik informací a všechny souvislosti. Největší psychickou oporou jí v té době byla rodina, partner, matka a kamarádka.

Hospitalizována byla 1x dlouhodobě, od 28. týdne těhotenství. Ošetrovatelská péče během hospitalizace zahrnovala měření TK, P a TT, sledování pohybů a OP, natáčení CTG, podávání léků, odběry krve a moče, vyšetřování moče orientačně indikačním papírkem, úpravu lůžka a sledování vyprazdňování stolice. Více než u ostatních těhotných byly sledovány OP a pohyby plodu, TK, UZ plodu a častěji byly odebírány vzorky krve a moče. Nejvíce zatěžující pro respondentku bylo natáčení CTG, které bylo natáčeno i několikrát denně a poslech OP po 3 hodinách, který nebyl přerušen ani v noci. Naopak postrádala větší zájem o její psychický stav. Jako největší ošetrovatelský problém vypožadovala málo ošetrovatelského personálu, který i při nejlepší vůli nemohl stíhat ještě péči o psychický stav žen.

Těhotenství bylo ukončeno císařským řezem v ukončeném 36. týdnu těhotenství. Důvodem k ukončení těhotenství byla aktivní forma SLE, suspektní záznam na CTG, vzestup krevního tlaku a intrauterinní růstová retardace. Laktace byla zastavena z důvodu SLE a další těhotenství nebylo respondentce doporučeno.

4.1.2 Kazuistika 2

Paní Š. I., narozena roku 1980, v době těhotenství je jí 25 let. Je střední postavy, měří 170 cm a váží 70 kg. Je vdaná a žije s manželem. Má dobré rodinné zázemí. Pracuje jako dělnice, od začátku těhotenství na PN a v době hospitalizace již na MD.

Anamnéza

OA: Prodělala běžné dětské nemoci. Před 5 lety prodělala autonehodu (mnohočetné zlomeniny, pneumotorax). Před otěhotněním (v prosinci) proběhla trombóza PDK (sled. Dr. Holý). V květnu (10. týden těhotenství) potvrzeno podezření na SLE.

GA: Měsíčky má od 13 let, pravidelné, nebolestivé. Poslední měsíčky byly 30.3.2005 a termín porodu je stanoven na 5.1.2006. Je I. para, I. gravida.

AA: Alergie na ACP.

FA: Léky, které užívala v těhotenství Medrol, Fraxiparine, Essentiale F, Gravital.

NO: SLE středně aktivní, st.p. trombóze PDK (2004). Gravidita 38. týden. Paní Š. I. je vzhledem k uspokojivému zdravotnímu stavu sledována ambulantně v rizikové poradně a revmatologické ordinaci po 14 dnech.

Příjem

Paní Š. I. byla do Nemocnice Č. Budějovice a.s. přijata 19.12.2005 k vyšetření a indukci porodu. Stáří těhotenství je v den příjmu 37+4 dny, ultrazvukově odpovídá velikost plodu stáří těhotenství a průtok pupečnickem je fyziologický.

Ordinace při příjmu

Je ordinován Medrol 8 mg 1 – 0 – 0 tbl., Fraxiparine 0,6 ml s.c., inj. 1xdenně, Essentiale F 1 – 1 – 1 cps. a monitor (CTG) se natáčí 2x denně. Jsou provedeny odběry: krevní obraz (KO), biochemie séra, moč a sediment, moč na kultivaci a citlivost, clearance kreatininu, proteinurie a Hamburger test.

Průběh - 1. den, grav. 37+4 dny

Proběhlo revmatologické konzilium (19.12.2005), kde byl diagnostikován mírný motýlovitý exantém, eupnoe, TK v normě (110/70 mmHg), klouby má klientka klidné, DK bez otoků a kůže bez vaskulitidy. Byl potvrzen SLE vzniklý před graviditou, středně aktivní, dále byly ordinovány laboratorní odběry CIK, C3, C4, ANA, ENA

screening, anti DNA, dále ponechat Medrol tbl. Porod je možný vést per vias naturales a po porodu je nutná zástava laktace.

3. den, grav. 37+6 dnů

Bylo započato s preindukcí vzhledem k SLE a flebotrombóze. V 7,30 hod. byl zaveden Prostin E2 do hrdla děložního. V 10.10 hodin jsou kontrakce po 3 minutách, vaginální nález progreduje a je provedena dirupce vaku blan – voda plodová je čirá. Ve 12.30 hodin vaginální nález progreduje. V 14.52 hodin (21.12.2005) paní Š. I. porodila a stáří plodu bylo 37+6 dní. Narodil se syn, vážil 2830 g a měřil 48 cm. Je indikována zástava laktace (Dostinex tbl.) na přání revmatologa. V 18.10 hodin se vytvořil hematom pod suturou epiziotomie, je provedena revize v celkové anestézii a enukleace hematomu. Krevní ztráta je u pacientky 500 ml a paní Š. I. je předána na gynekologickou JIP.

4. den, 1. den po porodu

Pacientce je přidán Aescin 2 tbl. 3x denně, Unasyn 1,5 g i.v. á 12 hodinách, Dipidolor 1 amp. i.m. při bolesti.

Paní Š. I. se po porodu cítí dobře. Proběhlo revmatologické konzilium (22.12.2005), kdy plíce jsou čisté AS 76/min., ozvy ohraničené, TK bez patologie, klouby jsou klidné a kůže bez vaskulitidy, laboratorně je také pacientka zlepšena. Závěrem je stanoveno – SLE je stabilizovaný stav, pokračuje se v léčbě, jak je zavedena, je možná dimise a pacientka má přijít na kontrolu za týden.

5. den, 2. den po porodu

Paní Š. I. je přeložena na oddělení šestinedělí, naordinovaný Unasyn i.v. je převeden na tbl., Dipidolor inj. je ex a je přidán Indomethacin supp.

6. den, 3. den po porodu

Paní Š. I. je předána na neonatologii a kontrola na revmatologii proběhne ambulantně.

Tabulka 2 – Respondentka 2

R 2	Š. I.
Věk	25 let
Vzdělání	učební obor
Kdy byl SLE diagnostikován	10. týden tohoto těhotenství, v 25 letech
V jaké souvislosti byl SLE diagnostikován	trombóza PDK 3. měsíce před otěhotněním
Povědomí o SLE před vyřčením diagnózy	ne
Kdo informoval pacientku o onemocnění	internista
Kde byly získávány informace	lékaři internet
První příznaky onemocnění	vyrážka v obličeji otoky kloubů
Další fyzické potíže	únava
Objektivní příznaky a lékařská hodnocení	motýlovitý erytém stabilizovaná středně aktivní forma SLE SLE vzniklý před těhotenstvím
Laboratorní příznaky	pozitivní imunologické testy
Kolikáté těhotenství	první
Pocity na začátku těhotenství	radost strach, jak bude těhotenství probíhat
Kdo informoval pacientku o rizikovém těhotenství	gynekolog revmatolog
Pravidelné kontroly	ano
Kam dochází pacientka na kontroly	gynekolog internista revmatolog
Zhoršení potíží v těhotenství	ne
Nejhorší fyzické potíže v těhotenství	vyrážka v obličeji zažívací potíže
Psychické potíže v těhotenství	ano
Zhoršení psychiky v těhotenství	ne
Nejhorší psychické potíže v těhotenství	strach o dítě
Kdo je největší psychickou oporou	partner rodiče
Frekvence hospitalizací v nemocnici	1x krátkodobě
Ošetrovatelské činnosti porodních asistentek	měření TK, P, TT sledování pohybů a OP natáčení CTG podávání léků odběry krve a moče vyšetřování moče orientačně papírkem úprava lůžka sledování vyprazdňování stolice sledování kontrakcí
Co bylo více sledováno	OP a pohyby plodu kontrakce TK
Co nejvíce obtěžovalo pacientku při hospitalizaci	noční poslech OP
Co by mělo být více sledováno	respondenta neví, hospitalizována krátce
Problém ošetrovatelské péče	nic pacientka neudává
Způsob ukončení těhotenství	indukovaný porod vaginální cestou
Stáří těhotenství	37+6 dnů

Důvod ukončení těhotenství	SLE flebotrombóza v anamnéze
Zástava laktace	ano
Další těhotenství	není doporučeno

Druhá respondentka je ve věku 25 let a její nejvyšší dosažené vzdělání je učební obor. Onemocnění Lupus erythematosus bylo u ní diagnostikováno v 10. týdnu těhotenství, ve 25 letech. První podezření na toto onemocnění bylo 3 měsíce před otěhotněním, kdy proběhla trombóza pravé DK. Respondentka před potvrzením diagnózy nevěděla nic o onemocnění Lupus erythematosus. O onemocnění se poprvé dozvěděla od lékaře – internisty. Poté začala získávat informace o onemocnění od ošetřujících lékařů a na internetu.

První příznaky, které se u respondentky objevily, byly vyrážka v obličeji a otoky kloubů. Z dalších subjektivních potíží, které se u respondentky objevily, byla únava. Z objektivních příznaků, které bylo možno na respondente pozorovat, to byl motýlovitý erytém v obličeji. Lékařské hodnocení diagnózy během těhotenství bylo konstatování, že má pacientka stabilizovanou středně aktivní forma SLE, která vznikla před těhotenstvím. Jediným laboratorním příznakem byly pozitivní imunologické testy.

Toto těhotenství bylo první. Ze začátku těhotenství prožívala respondentka radost a zároveň strach, jak bude těhotenství probíhat. O tom, že je její těhotenství rizikové, se dozvěděla od gynekologa a revmatologa. Při hospitalizaci byla pravidelně kontrolována gynekologem, revmatologem a internistou. V péči internisty byla pro proběhlou trombózu.

Během těhotenství se potíže respondentky nezhoršily. Jako nejnejpříjemnější fyzické potíže pacientka udávala vyrážku v obličeji a zažívací potíže. Psychické potíže se v těhotenství nezhoršily. Jako nejhorší psychický problém udávala, strach o dítě. Největší psychickou oporou jí v té době byl partner a rodiče.

Hospitalizována byla 1x krátkodobě, k hospitalizaci nastoupila až v období před porodem. Ošetrovatelská péče během hospitalizace zahrnovala měření TK, P a TT, sledování pohybů a OP, natáčení CTG, podávání léků, odběry krve a moče, vyšetřování moče orientačně indikačním papírkem, úpravu lůžka, sledování vyprazdňování stolice a sledování kontrakcí. Více než u ostatních těhotných byly sledovány OP a pohyby plodu,

TK a kontrakce. Nejvíce zatěžující pro respondentku byl noční poslech OP. Problémy v ošetrovatelské péči neviděla nikde, také proto, že byla hospitalizována jen krátce.

Těhotenství bylo ukončeno vaginální cestou v ukončeném 37. týdnu těhotenství, porod byl indukovaný. Důvodem k ukončení těhotenství byl SLE a flebotrombóza v anamnéze. Laktace byla zastavena z důvodu SLE a další těhotenství nebylo respondentce doporučeno.

4.1.3 Kazuistika 3

Paní M. H. byla narozena roku 1981 a v době těhotenství je jí 24 let. Je střední postavy, měří 164 cm a váží 64 kg. Je svobodná, žije se svým druhem a 3letou dcerou. Má dobré rodinné zázemí. Pracuje jako cukrářka a nyní je na MD s prvním dítětem.

Anamnéza

OA: Pacientka prodělala běžné dětské nemoci a operována nebyla. Od roku 1997 se léčí pro SLE a pro glomerulonefritidu, je sledována v Písku u MUDr. Kusové. Do března 2005 byla kuřáčkou, kdy kouřila 10 cigaret denně.

GA: Měsíčky má od 12 let, pravidelné, nebolestivé. Poslední měsíčky měla 30.3.2005 a termín porodu je stanoven na 4.1.2006. Je II. para, II. gravida.

AA: Alergie neudává.

FA: Léky, které užívala v těhotenství byly Medrol, Ranital, Acidum follicum, Helicid, Ca efferv. a Vigantol gtt.

NO: SLE s glomerulonefritidou bylo diagnostikováno v roce 1997 po pádu na kole, kdy došlo k synovitidě pravého kolene, objevilo se nechutenství, hubnutí a únava. Diagnóza byla potvrzena biopsií. V úvodu byla pacientka léčena kortikosteroidy a pulzní léčbou Cyklofosfamidem. Po dosažení remise byla pacientka ponechána na kortikosteroidech. V roce 2002, v době první gravidity pacientka přestala na revmatologické kontroly docházet, ač byla telefonicky i písemně opakovaně vyzývána. Ve 20. týdnu této gravidity, po záchytu proteinurie, byla odeslána gynekologem k MUDr. Kusové, spádovému revmatologovi. Odtud byla odeslána k hospitalizaci do Revmatologického ústavu v Praze. Paní M. H. preferuje hospitalizaci ve spádové gynekologicko – porodnické klinice, proto byla předána do Nemocnice v Č. Budějovicích a.s., kde budou probíhat kontroly revmatologem. Nyní je pacientka těhotná 26 týdnů.

Příjem

Paní M. H. byla do Nemocnice Č. Budějovice a.s. přijata 22.9.2005 jako překlad z Revmatologického ústavu v Praze po předchozí domluvě. Stáří těhotenství je v den příjmu 25+5 dnů, ultrazvukově velikost plodu odpovídá stáří těhotenství, průtok

pupečníkem je fyziologický a nyní je poloha plodu KP. Pacientka je přijata pro glomerulonefritidu s proteinurií na podkladě SLE.

Ordinace při příjmu

Bylo ponecháno Acidum follicum 1 – 0 – 0 drg., Medrol 4 mg 1 – 0 – 0 tbl., Ranital 150 mg 1 – 0 – 0 tbl., Ca efferv. 0 – 1 – 0 tbl., jak již bylo v zavedené terapii. Nově vzhledem k proteinurii bylo započato s maturací plodu (Dexamed 1 amp. po 12 hod., celkem 4 dávky) (Příloha 7). CTG se natáčelo 1x denně, pacientka má klid na lůžku, výhledově je naordinováno nefrologické a revmatologické konzilium. Byly provedeny odběry biologického materiálu: krevní obraz (KO), biochemie séra, koagulace, ELFO bílkovin, moč a sediment, moč na kultivaci a citlivost, Hamburger test, clearance kreatininu a proteinurie.

Průběh – 1. týden

V moči je orientačním nálezem zjištěna B++. Pro anemii byl nasazen Ferrum-lek 1 amp. i.m. na 5 dní. Nefrologické konzilium bylo provedeno dne 27.9.2005 a byla zjištěna proteinurie do 1,5 g/24 hodin, clearance kreatininu je v normě, odpad dusíkatých metabolitů je také v normě a byla diagnostikována leukocyturie. Závěrem konzilia byla stanovena glomerulonefritis II. typu při SLE. Je doporučen klidový režim, polohování, neslaná dieta a dostatek tekutin (3 l/denně). Moč na kultivaci a citlivost se má zkontrolovat za 3 týdny.

Při revmatologickém konziliu, které proběhlo také 27.9.2005 je pacientka zcela bez potíží, bez motýlovitého erytému, klouby má nebolestivé, bez otoků, kůže je bez vaskulitidy a TK je v normě (110/60 mmHg). V laboratoři je zjištěna proteinurie 1,18 g/24hodin, anemie, významná spotřeba C3 (0,03) a pozitivní CIK. Závěrem je stanovena SLE s nefritidou a s aktivací základního procesu. Je doporučeno vedení porodu pokud možno spontánní a zástava laktace. Jsou doporučené kontrolní imunologické náběry i proteinurie. Dle výsledků vyšetření bude provedena úprava terapie a event. dimise. Bylo doplněno ECHO srdce, kde byl normální nález. Dieta byla změněna na doporučení nefrologa na neslanou. TK je kontrolován 1x denně, hodnoty jsou v normě (105/60 až 110/70 mmHg).

Průběh – 2. týden

Po léčbě Ferrum-lekem je pacientka převedena na Aktiferrin cps. 1 – 1 – 1. Znovu jsou vyšetřeny renální funkce a Hamburger test. Z revmatologického konzilia dne 4.10.2005 je stanoveno: Paní M. H. se cítí dobře, teploty nemá, bolesti na hrudníku ani dušnost není, kůže je bez vaskulitidy, dolní končetiny jsou bez otoků, TK 130/90 mmHg. V laboratoři se objevuje výrazná spotřeba komplementu C3 (0,58), C4 (0,05) a narostla proteinurie na 1,6 g/24 hodin. Je doporučeno zvýšit Medrol na 8 mg 1 – 0 – 0 tbl.. Je navržena možná dimise pacientky s kontrolou krevního tlaku alespoň 2x týdně. Revmatologická kontrola je doporučena za 1 měsíc s odebráním krve na kardiolidy.

Vyšetření UZ je provedeno dne 5.10.2005, kdy velikost plodu odpovídá gestačnímu stáří, průtok pupečnickem je fyziologický a nyní je placenta praevia marginalis. Dimise pacientky není možná z důvodu placenty praevie.

Průběh – 3. týden

Moč je vyšetřována orientačně, je zde B++++. Hodnoty TK se pohybují v rozmezí 120/80 až 140/90 mmHg. Nefrologické konzilium bylo provedeno dne 16.10.2005, kdy bylo konstatováno, že je z nefrologického hlediska možná dimise, klidový režim pacientky a medikace je ponechána, jak bylo zavedeno.

Paní M. H. se udělalo „ječné zrno“ na dolním víčku levého oka a byla poslána na oční oddělení, kdy z očního konzilia dne 26.10.2005 byl ordinován Maxitrol ung. 3x denně na levé víčko.

Průběh – 4. týden

Hodnoty TK jsou v normě a drží se kolem hodnoty 120/80 mmHg. Vaginální nález je bez progresu. Byl proveden UZ dne 18.10.2005, kde bylo zjištěno, že velikost plodu odpovídá stáří plodu, průtok pupečnickem je fyziologický a je placenta praevia marginalis.

Průběh – 5. týden

Dne 1.11.2005 bylo při UZ vyšetření diagnostikováno nízko nasedající lůžko. Z kultivace z pochvy byl izolován Streptococcus agalactiae a ordinován Augmentin 1 g p.o. po 12 hod. na 7 dní.

Revmatologické konzilium proběhlo dne 3.11.2005. Paní M. H. se cítí dobře i když je trochu nachlazená. Je bez teploty, bez dušnosti a bolestí na hrudníku, otoky DK nemá, erytém nemá, kožní vaskulitida není přítomna a TK je 110/70 mmHg. Laboratorně je nárůst proteinurie na 3,6 g/24 hodin. SLE s nefritidou je v celku stabilní stav, pouze je zvýšená proteinurie. Léčba je podávána, jak byla z počátku zavedena. Byla znovu naordinována kontrolní proteinurie. Před porodem je nutné kontaktovat neonatologa a dětského revmatologa a také je nutné vyloučit vrozený SLE dítěte.

Průběh – 6. týden

Vaginální nález je nyní bez progresu. Revmatologické konzilium bylo provedeno dne 18.11.2005. Paní M. H. se cítí dobře. Otoky nemá, kůže bez je vaskulitidy a krevní tlak je trvale v normě. V laboratorních výsledcích je mírně zlepšena proteinurie (3,1 g/24 hod.) a krevní obraz je v normě. Závěrem konsilia je ponechána terapie, jak již byly zavedena, pouze se zvyšuje příjem Ca. Porod je možný přirozenou cestou. V současné době je těhotenství ve 34. týdnu. Pokud porod nebude do konce měsíce, je nutné nabrat proteinurii. Po porodu se musí zkontrolovat imunologie a o porodu je nutné informovat dětského revmatologa.

Průběh – 7. týden

Krevní obraz je v normě a Aktiferin je snížen na 1 – 0 – 1 tbl. Jsou odebrány těhotenské odběry na HIV, HbsAg a TPHA. Je proveden UZ plodu dne 28.11.2005, kdy velikost plodu odpovídá gestačnímu stáří, průtok pupečnickem je fyziologický a placenta je na zadní stěně.

Průběh – 8. týden

Vaginální nález je bez progresu. Bylo provedeno revmatologické konzilium dne 5.12.2005. Paní M. H. se cítí dobře, je jen trochu unavená. Klouby jsou klidné, kůže také a TK 120/80 mmHg. V laboratorních výsledcích je zaznamenán pokles proteinurie na 2,5 g/24 hod. Léčba je ponechána tak, jak byla zavedena. Porod je doporučen překrýt ATB a Fraxiparinem. Po porodu je nutná zástava laktace a po ukončení šestinedělí bude provedena biopsie ledvin.

Průběh – 9. týden

Dne 12.12.2005 byl proveden UZ plodu, kdy velikost plodu odpovídá gestačnímu stáří, průtok pupečnickem je fyziologický, voda plodová je ve sloupci maximálně 30 mm, což znamená oligohydramnion. Dne 13.12.2005 vzhledem k oligohydramnionu bylo započato s preindukcí porodu, kdy byl do hrdla děložního zaveden Prostin 0,375 mg. Dne 14.12.2005 nastala progrese vaginálního nálezu a pokračuje preindukce Prostinem. Dne 15.12.2005 pokračuje preindukce, ale vaginální nález je bez progrese a proto je na den 16.12.2005 naplánována kompletní indukce porodu. Dne 16.12.2005 je provedena indukce porodu Prostinem, po té následuje dirupce čiré vody plodové. Z důvodu pozitivního GBS nasazen G – PNC 5 mil. m.j. i.v. a dále je podán po 4 hod. 2,5 mil. m.j. i.v.

Paní M. H. porodila dne 16.12.2006 ve 22.42 hodin vaginální cestou po infúzi s Oxytocinem v epidurální analgézii. Stáří plodu bylo 37+3 dny. Narodil se syn, vážil 3090 g a měřil 48 cm. Při porodu byla podána uterotonika, ATB, Fraxiparine 0,3 ml s.c. a epidurální analgezie.

Průběh – šestinedělí

Probíhá zástava laktace Dostinexem tbl. a šestinedělí probíhá bez komplikací. Jsou podávány léky: Medrol 8 mg 1 – 0 – 0 tbl., Aktiferrin 1 – 0 – 1 tbl., Acidum follicum 1 – 0 – 0 drg. a Ranital 1 – 0 – 0 tbl.

Dne 19.12.2005 bylo provedeno revmatologické konzilium. Potíže paní M. H. nemá žádné, je afebrilní, bez otoků, erytému i vaskulitidy a krevní tlak je v normě. Možný je také překlad za dítětem na neonatologii, což se uskutečnilo dne 19.12.2005, kdy byla pacientka 3. den po porodu. Další kontrola revmatologem proběhne ambulantně.

Tabulka 3 – Respondentka 3

R 3	M. H.
Věk	24 let
Vzdělání	učební obor
Kdy byl SLE diagnostikován	16 letech, po pádu na kole
V jaké souvislosti byl SLE diagnostikován	synovitida kolene po pádu nechutenství hubnutí únava
Povědomí o SLE před vyřčením diagnózy	ne
Kdo informoval pacientku o onemocnění	dětský lékař
Kde byly získávány informace	lékaři
První příznaky	únava
Další fyzické potíže	nechutenství hubnutí únava bolest kloubů bolesti zad
Objektivní příznaky a lékařská hodnocení	glomerulonefritida (ověřena biopsií) aktivace SLE v graviditě marginální placenta praevia ve 27. týdnu nízko nasedající lůžko od 30. týdne oligohydramnion ječné zrna nachlazení
Laboratorní příznaky	proteinurie leukocyturie anémie pozitivní imunologické testy pozitivní GBS
Kolikáté těhotenství	druhé
Pocity na začátku těhotenství	radost strach, jak bude těhotenství probíhat
Kdo informoval pacientku o rizikovém těhotenství	gynekolog
Pravidelné kontroly	ano
Kam docházela pacientka na kontroly	gynekolog revmatolog nefrolog oftalmolog
Zhoršení potíží v těhotenství	ano
Nejhorší fyzické potíže v těhotenství	zažívací potíže zvracení ječné zrna
Psychické potíže v těhotenství	ano
Zhoršení psychiky v těhotenství	ne
Nejhorší psychické potíže v těhotenství	strach plačtivost chyběla rodina
Kdo je největší psychickou oporou	partner rodina
Frekvence hospitalizace v těhotenství	1x dlouhodobě
Ošetrovatelské činnosti porodních asistentek	měření TK, P, TT

	sledování pohybů a OP natáčení CTG podávání léků odběry krve a moče vyšetřování moče orientačně papírkem úprava lůžka sledování vyprazdňování stolice podávaly neslanou dietu
Co bylo více sledováno	OP a pohyby plodu TK UZ plodu a uložení placenty odběry krve a moče
Co nejvíce obtěžovalo ženu při hospitalizaci	natáčení CTG, i několikrát denně poslech OP po 3 hodinách, i v noci časté odběry krve
Co by mělo být více sledováno	psychický stav těhotné
Problém ošetrovatelské péče	absence psychologa na oddělení
Způsob ukončení těhotenství	indukovaný porod vaginální cestou epidurální analgezie
Stáří těhotenství	37+3 dny
Důvod ukončení těhotenství	SLE s glomerulonefritidou, oligohydramnion
Zástava laktace	ano
Další těhotenství	není doporučeno

Třetí respondentka byla ve věku 24 let a její nejvyšší dosažené vzdělání je učební obor. Onemocnění Lupus erythematosus bylo u ní diagnostikováno v 16 letech, po pádu na kole. První podezření na toto onemocnění bylo v souvislosti se synovitidou kolene po pádu, kdy se také objevilo nechutenství, hubnutí a únava. Respondentka před potvrzením diagnózy nevěděla nic o onemocnění Lupus erythematosus. O onemocnění se poprvé dozvěděla od dětského lékaře. Poté začala získávat informace o onemocnění od ošetřujících lékařů.

První příznak, který se u respondentky objevil, byla únava. Dalšími subjektivními potížemi bylo nechutenství, hubnutí, bolest kloubů a bolest zad. Objektivní příznaky nebyly žádné. Lékařské hodnocení diagnózy během těhotenství bylo aktivace SLE v těhotenství, vzniklého před těhotenstvím a glomerulonefritida, která byla ještě před těhotenstvím ověřena biopsií. Z gynekologické stránky byla k základnímu onemocnění diagnostikována ve 27. týdnu těhotenství marginální placenta praevia, která se postupně vytáhla směrem do fundu děložního a ve 30. týdnu těhotenství byla uzavřena jako nízko nasedající lůžko. Dalším gynekologickým

problémem byl oligohydramnion. Situaci v těhotenství mírně zkomplikovalo i ječné zrno a nachlazení.

Laboratorně byla u respondentky zjištěna proteinurie, leukocyturie, anemie a pozitivní imunologické testy. Z gynekologického hlediska se v pochvě prokázala pozitivní kultivace na GBS.

Toto těhotenství bylo druhé. Ze začátku těhotenství prožívala respondentka radost a strach, jak bude těhotenství probíhat. Při hospitalizaci byla pravidelně kontrolována gynekologem, revmatologem, nefrologem a také oftalmologem.

Během těhotenství se potíže respondentky zhoršily. Jako nejnepříjemnější fyzické potíže udávala zažívací potíže, zvracení a ječné zrno. Respondentka udávala i psychické potíže, které se v těhotenství nezhoršily. Jako nejhorší psychický problém udávala strach, plačtivost a také stesk po rodině. Největší psychickou oporou jí v té době byl partner a rodina.

Hospitalizována byla 1x dlouhodobě, od 24. týdne těhotenství. Ošetrovatelská péče během hospitalizace zahrnovala měření TK, P a TT, sledování pohybů a OP, natáčení CTG, podávání léků, odběry krve i moče, vyšetřování moče orientačně indikačním papírkem, úprava lůžka, sledování vyprazdňování stolice a podávání neslané diety. Více než u ostatních těhotných byly sledovány OP a pohyby plodu, TK, UZ plodu i uložení placenty a častěji byly odebírány vzorky krve a moče. Nejvíce zatěžující pro respondentku bylo natáčení CTG, které bylo natáčeno i několikrát denně a poslech OP po 3 hodinách, který nebyl přerušen ani v noci. Dále nebyly respondentce příjemné ani časté odběry krve. Naopak postrádala větší zájem o její psychický stav. Jako největší ošetrovatelský problém viděla, že na oddělení není k dispozici psycholog.

Těhotenství bylo ukončeno vaginální cestou v ukončeném 37. týdnu těhotenství. Porod byl indukovaný a byl vedený v epidurální analgezii. Důvodem k ukončení těhotenství byl SLE s glomerulonefritidou a oligohydramnion. Laktace byla zastavena z důvodu SLE a další těhotenství nebylo respondentce doporučeno.

4.1.4 Kazuistika 4

Paní V. P. je narozena roku 1987 a v době těhotenství je jí 19 let. Je střední postavy, měří 170 cm a váží 67 kg. Je svobodná, má přítele (otec dítěte) a žije s rodiči. Má dobré rodinné zázemí, je studentkou VŠ.

Anamnéza

OA: Prodlála mononukleózu v roce 2004 a v téže roce zjištěna trombocytopenie. Operována nebyla. Je kuřáčka a kouří 5 cigaret denně.

GA: Měsíčky má od 12 let, pravidelné, nebolestivé. Opakovaně léčen fluor a opakovaně byl nález na cytologii L-SIL, naposledy to bylo dne 8.6.2006, kdy byla doporučena kontrola za 3 měsíce s HPV typizací. Poslední měsíčky byly 31.12. 2005 a termín porodu byl stanoven na 1.10.2006. I. para, I. gravida.

AA: Alergie na PNC.

FA: Dlouhodobě léky neužívá, nyní v těhotenství užívá Medrol a Cardilan.

NO: Ve 27. týdnu těhotenství byl zjištěn Lupus erythematosus s vysokou protilátkovou aktivitou. Pacientka byla odeslána k hospitalizaci na gynekologicko – porodnické oddělení Nemocnice Č. Budějovice a.s., kde bude dále sledována. Gravidita je nyní ve 30 týdnu.

Příjem

Paní V. P. byla do Nemocnice Č. Budějovice a.s. přijata dne 2.8.2006 na doporučení Centra lékařské genetiky. Stáří těhotenství je v den příjmu 30+4 dny, ultrazvukově velikost plodu odpovídá stáří těhotenství, průtok pupečnickem je fyziologický a plod je bez zjevných známek vrozených vývojových vad. Byla přijata pro SLE a trombocytopenii k vyšetření. V anamnéze je nález cytologie L-SIL, Rh-inkompatibilita a jsou pozitivní protilátky.

Ordinace při příjmu

Byl podáván Medrol 8 mg 1 – 0 – 0 tbl., Cardilan 1 – 1 – 0 tbl., jak již bylo zavedeno, Maalox tbl. a event. susp. dle potřeby. Monitor (CTG) je natáčen 1x denně, je ordinován klid na lůžku, TK se měří 3x denně a je natočeno EKG, které je dáno k popisu. Dále je provedeno vyšetření očního pozadí a revmatologické vyšetření. Jsou provedeny odběry biologického materiálu: krevní obraz, biochemie séra, koagulace,

včetně D-dimerů, moč a sediment moč na kultivaci a citlivost, clearance kreatininu, proteinurie, odpad minerálů, výtěr z pochvy na kultivaci a citlivost, krev na PL, HIV, HbsAg a TPHA.

Průběh – 1. týden

Krevní tlak je kontrolován 3x denně, hodnoty jsou v normě (100/60 až 105/70 až 120/80 mmHg). Trombocytopenie se pohybuje kolem $100 \cdot 10^9/l$. Pro mírnou anemii je přidán Aktiferrin cps. 1 – 0 – 1. Na EKG je normální nález. Bylo provedeno oční konzilium dne 3.8.2006, které bylo s normálním nálezem.

Průběh – 2 . týden

V kultivaci z pochvy byly diagnostikovány masivně chlamydie a byl nasazen Zinnat 500 mg p.o. po 12 hod. na 10 dní. V močovém sedimentu je krev++++. TK se pohybuje v hodnotách 110/60 až 130/80 mmHg. Dne 11.8.2006 bylo provedeno revmatologické konzilium. Paní V. P. je bez potíží, TK je v normě, laboratorně vychází trombocytopenie, hematurie, mírná proteinurie (0,36 g/24 hod.), je snížený C4 komplement, pozitivní ANA a pozitivní je ds DNA. Terapie je ponechána, jak bylo zavedeno a dimise je možná. Kontrola proběhne příští týden.

Průběh – 3. týden

Paní V. P. je bez potíží a je propuštěna do domácího ošetřování. Dostaví se příští týden do rizikové poradny, kde proběhne i kontrola revmatologem.

Průběh – 4. týden

Při návštěvě rizikové poradny paní V. P. kontrahuje a je jí doporučena hospitalizace. Stáří těhotenství je v den příjmu 18.8.2006 33+3 dny. Terapie je ponechána, jak již byla zavedena a nově pro kontrakce je přidáno Magnezium lacticum 0,5 mg 2 – 2 – 2 tbl.

TK je kontrolován 1x denně a je v normě. Jsou odebrány náběry biologického materiálu: krevní obraz, biochemie séra, moč a sediment, moč na kultivaci a citlivost, renální funkce, Hamburger test i imunologické náběry a je objednána krev do rezervy (2x TU EBR).

Bylo provedeno revmatologické konzilium dne 21.8.2006. Paní V. P. se cítí dobře, asi týden má bolesti břicha (kontrakce), teploty nemá, krvácivé projevy nemá,

otoky nejsou, kůže je bez vaskulitidy, palmární erytém je pouze na dlaních, klouby jsou klidné, TK je 110/80 mmHg. Laboratorně je znát progresi anemie, je výraznější trombocytopenie a proteinurie 0,45 g/24 hodin. Výsledkem konzilia je potvrzena SLE s trombocytopenií a s progresí choroby v graviditě. Doporučeno je zvýšit Medrol na 16 mg ráno, mineralogram kontrolovat 2x týdně a odebrat imunologické náběry. V pochvě je diagnostikována masivně mykóza, je nasazen Pimafucin vag. na 3 dny a jednorázově je podán Forcan 1 tbl. p.o. Medrol byl zvýšen na 16 mg 1 – 0 – 0 tbl.

Bylo provedeno hematologické konzilium dne 24.8.2006, kdy byla zjištěna již trombocytopenie v anamnéze a pacientka na kontroly nechodila. Nyní nově zjištěn SLE a středně významná trombocytopenie. Medikace je ponechána, jak byla již zavedená.

Průběh – 5. týden

Paní V. P. má dráždivou dělohu, jinak je bez potíží. TK se kontroluje 2x denně a je v normě (120/80 až 130/80 mmHg).

Bylo provedeno revmatologické konzilium dne 25.8.2006. Kůže je bez vaskulitidy, otoky nejsou a TK je 130/80 mmHg. Laboratorně je malá proteinurie, výrazná leukocytóza, erytrocyturie, ale trombocytopenie je zlepšena. Výsledkem konzilia je stanoven SLE s trombocytopenií a s výraznou autoprotilátkovou aktivitou. Léčba je ponechána, jak již byla zavedena. Pacientka ani plod nejsou výrazně ohroženi. Nyní je pacientka ve 35. týdnu gravidity. Pokud se bude zvyšovat TK nebo budou kontrakce, není z revmatologického hlediska vhodné těhotenství udržovat. Porod je možný přirozenou cestou. Po porodu je nutná zástava laktace.

Pacientka je pro bolest pravého ucha odeslána na ORL vyšetření dne 30.8.2006. Zde je proveden výplach ucha a jsou doporučeny nosní kapky 3x denně (Sanorin) a Otosporin gtt. 3x denně do ucha. Je proveden výtěr a odeslán na kultivaci a citlivost. Výsledkem je diagnóza Otitis media acuta l. dx. se spontánní perforací.

Revmatologické konzilium bylo provedeno dne 29.8.2006 a je stanovena diagnóza SLE s trombocytopenií, která je stále aktivní a je doporučeno zvýšit Medrol na 16 – 8 – 0 mg. Následně je upravena medikace Medrolu 16 mg 1 – ½ - 0 tbl.

Průběh – 6. týden

Vaginální nález je s mírnou progresí. Je proveden UZ dne 1.9.2006, kdy velikost plodu odpovídá gestačnímu stáří a průtok pupečnickem je fyziologický. TK je v normě (120/80 mmHg).

Bolest ucha ustoupila, z kultivace vyšel *Staphylococcus aureus* a byl nasazen Zinnat 500 mg p.o. po 12 hod. na 7 dní. Na ORL byl ještě přidán Garasone gtt. 2x denně do pravého ucha.

Bylo provedeno revmatologické konzilium a interní předoperační vyšetření dne 1.9.2006. Paní V. P. se cítí dobře, má lehký palmární erytém, jinak je bez nálezů. Laboratorně i přes navýšení kortikoidů je pokles trombocytů na 72 tis. EKG má normální záznam. Výsledkem vyšetření je stanoveno, že je pacientka kardiopulmonálně kompenzovaná a schopna výkonu v celkové anestézii. Porod je možný vaginálně i operativně dle zvážení porodníka. Medrol je nutné navýšit na 16 mg 1 – 1 – 0 tbl. Je nutné denně kontrolovat krevní obraz. Dále je nutné informovat neonatology o trombocytopenii a SLE matky. Po porodu se provede zástava laktace.

Dne 4.9.2006 bylo provedeno revmatologické konzilium. Paní V. P. je bez potíží, kůže je bez vaskulitidy, minimální je i palmární erytém, DK je bez otoků a TK je 110/70 mmHg. Laboratorně jsou trombocyty opakovaně nad 80 tis., je pokles K^+ v séru. Výsledkem je ponechat Medrol, jak již bylo zavedeno a zvýšit Cardilan na 2 – 0 – 2 tbl.

Průběh – 7. týden

Paní V. P. se cítí dobře a žádá o propuštění do domácí péče. Nyní je gravidita 36+3 dny. Je provedeno revmatologické konzilium dne 8.9.2006. Palmární erytém je v normě, vaskulitidy nejsou, otoky také ne, klouby jsou bez otoků a TK se drží kolem 120/80 až 130/80 mmHg. Laboratorně jsou trombocyty na 110 tis. a proteinurie 0,8 g/24 hodin. Výsledkem konzilia je, že je onemocnění stále aktivní a propuštění do domácí péče není doporučeno. Dne 8.9.2006 paní V. P. přes všechna doporučení odchází domů na negativní reverz.

Průběh – 8. týden

Dne 12.9.2006 byla paní V. P. opět přijata k hospitalizaci. V den příjmu je gravidita 37+2 dny. Byl proveden UZ plodu dne 12.9.2006, kde je zjištěno zaostávání plodu v růstu o 2 týdny (susp. IUGR) a průtok pupečnickem je fyziologický.

Dne 12.9.2006 bylo provedeno revmatologické konzilium. Paní V. P. nemá žádné potíže, otoky nemá a cítí se dobře. Výsledkem konzilia je odebrat náběry biologického materiálu a graviditu je vhodné ukončit do jednoho týdne.

Dne 13.9.2009 s ohledem na susp. IUGR a doporučení revmatologa je indikována indukce porodu. Do hrdla děložního je zaveden Prostin 0,75 mg a při nástupu kontrakcí je provedena dirupce vaku blan, kdy odtéká čirá voda plodová. Paní V. P. porodila dne 13.9.2006 v 15.55 hodin vaginální cestou po indukci Prostinem. Stáří plodu bylo 37+3 dny a pupečník byl 2x těsně kolem krčku. Narodil se syn, vážil 2950 g a měřil 48 cm. Při porodu byla podána uterotonika a Prostin.

Průběh – šestinedělí

Probíhá zástava laktace Dostinexem v dávce 1 – 0 – 1 tbl. Kontrola krevního obrazu se provádí denně.

Dne 14.9.2006 bylo provedeno revmatologické konzilium první den po porodu, pacientka se cítí dobře a TK je 130/80 mmHg. Je stanovena diagnóza: SLE s trombocytopenií a nyní i s nefritickým syndromem. Je diagnostikována poporodní anemie a vzhledem k protilátkám proti erytrocytům, je nutné s transfúzí zatím vyčkat. Krevní obraz se kontroluje denně a při poklesu je nutné podat 1x TU EBRD.

Další revmatologické konzilium bylo provedeno dne 18.9.2006 pátý den po porodu. Pacientka nemá potíže, DK jsou bez otoků, klouby rovněž a kůže je bez vaskulitidy. Výsledky krevního obrazu jsou slušné, trombocyty jsou 175 tis. Výsledkem je doporučení snížení Medrolu na 16 mg 1 – ½ - 0 tbl. a ostatní terapie je stejná, jak již byla zavedena. Z revmatologického hlediska je možná dimise a kontroly budou probíhat ambulantně. Dne 19.9.2006 byla paní V. P. propuštěna domů.

Tabulka 4 – Respondentka 4

R 4	V. P.
Věk	19 let
Vzdělání	středoškolské s maturitou nyní studentka VŠ
Kdy byl SLE diagnostikován	v tomto těhotenství 27. týden, v 19 letech
V jaké souvislosti byl SLE diagnostikován	trombocytopenie před 2 lety
Povědomí o SLE před vyřčením diagnózy	ne
Kdo informoval pacientku o onemocnění	internista
Kde byly získávány informace	lékaři internet
První příznaky	bez potíží
Další fyzické potíže	únava
Objektivní příznaky a lékařská hodnocení	aktivní forma SLE s trombocytopenií palmární erytém dlaní kontrakce IUGR nález na čípku L – SIL častý fluor zánět středního ucha se spont. perforací
Laboratorní příznaky	trombocytopenie anemie leukocytóza hypokalémie proteinurie hematurie pozitivní imunologické testy mykóza a chlamydie v pochvě St. aureus v uchu
Kolikáté těhotenství	první
Pocity na začátku těhotenství	radost úzkost
Kdo informoval o rizikovém těhotenství	gynekolog, revmatolog
Pravidelné kontroly	ano, během hospitalizace
Kam dochází pacientka na kontroly	gynekolog revmatolog hematolog ušní lékař
Zhoršení potíží v těhotenství	ano
Nejhorší fyzické potíže v těhotenství	tvrdnutí břicha bolest ucha časté výtoky
Psychické potíže v těhotenství	ano
Zhoršení psychiky v těhotenství	ano
Nejhorší psychické potíže v těhotenství	pocit zbytečné hospitalizace chyběla rodina
Kdo je největší psychickou oporou	partner, matka, kamarádka
Frekvence hospitalizace v těhotenství	3x
Ošetřovatelské činnosti porodních asistentek	měření TK, P, TT sledování pohybů a OP natáčení CTG podávání léků

	odběry krve a moče vyšetřování moče orientačně papírkem úprava lůžka sledování vyprazdňování stolice
Co bylo více sledováno	OP a pohyby plodu TK UZ plodu odběry krve a moče
Co nejvíce obtěžovalo při hospitalizaci	natáčení CTG, i několikrát denně poslech OP po 3 hodinách, i v noci časté odběry krve
Co by mělo být více sledováno	psychický stav těhotné
Problém ošetrovatelské péče	málo personálu, absence psychologa na oddělení
Způsob ukončení těhotenství	indukovaný porod vaginální cestou
Stáří těhotenství	37+3 dny
Důvod ukončení těhotenství	aktivní forma SLE s trombocytopenií, IUGR
Zástava laktace	ano
Další těhotenství	není doporučeno

Čtvrtá respondentka byla ve věku 19 let a její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské s maturitou, nyní je studentkou VŠ. Onemocnění Lupus erythematosus bylo u ní diagnostikováno ve 27. týdnu těhotenství, v 19 letech. První podezření na toto onemocnění bylo v souvislosti s trombocytopenií, která se objevila před 2 lety. Respondentka před potvrzením diagnózy nevěděla nic o onemocnění Lupus erythematosus. O onemocnění se poprvé dozvěděla od internisty. Poté začala získávat informace o onemocnění od ošetřujících lékařů a na internetu.

Z počátku onemocnění respondentka neudávala žádné příznaky, později se přidala únava. Objektivní příznaky, které bylo možné na respondentce pozorovat, byly palmární erytém dlaní, kontrakce a častý fluor. Lékařské hodnocení diagnózy během těhotenství bylo, že má pacientka aktivní forma SLE s trombocytopenií. Z gynekologické stránky bylo k základnímu onemocnění diagnostikována intrauterinní růstová retardace (IUGR), a nález na čípku L - SIL. Situaci v těhotenství mírně zkomplikoval i zánět středního ucha se spontánní perforací.

Laboratorně byla u respondentky zjištěna trombocytopenie, anemie, leukocytóza, hypokalémie, proteinurie, hematurie a pozitivní imunologické testy. Z gynekologických problémů byly zjištěny v kultivaci z pochvy chlamydie a mykóza. V kultivaci z ucha vyšel *Staphylococcus aureus*, který byl adekvátně léčen.

Toto těhotenství bylo první. Ze začátku těhotenství prožívala respondentka radost a zároveň úzkost. O tom, že je její těhotenství rizikové, se dozvěděla od gynekologa a revmatologa. Při hospitalizaci byla pravidelně kontrolována gynekologem, revmatologem, hematologem a ušním lékařem.

Během těhotenství se potíže respondentky zhoršily. Jako nejnepříjemnější fyzické potíže pacientka udávala tvrdnutí břicha, bolest ucha a časté výtoky. Respondentka udávala i psychické potíže, které se v těhotenství zhoršily. Jako nejhorší psychický problém udávala pocit zbytečné hospitalizace a velmi jí chyběla rodina. Největší psychickou oporou jí v té době byl partner, matka a kamarádka.

Hospitalizována v těhotenství byla celkem 3x. Ošetrovatelská péče během hospitalizace zahrnovala měření TK, P a TT, sledování pohybů a OP, natáčení CTG, podávání léků, odběry krve a moče, vyšetřování moče orientačně papírkem, úprava lůžka a sledování vyprazdňování stolice. Více než u ostatních těhotných byly sledovány OP a pohyby plodu, TK, UZ plodu a častěji byly odebírány vzorky krve a moče. Nejvíce zatěžující pro respondentku bylo natáčení CTG, které bylo natáčeno i několikrát denně a poslech OP po 3 hodinách, který nebyl přerušen ani v noci. Dále nebyly respondentce příjemné časté odběry krve. Naopak postrádala větší zájem o její psychický stav. Jako největší ošetrovatelský problém viděla, že na oddělení není k dispozici psycholog. Také si všimla, že bylo na oddělení poměrně málo personálu, který nemohl stíhat nadstandardní péči.

Těhotenství bylo ukončeno vaginální cestou v ukončeném 37. týdnu těhotenství a porod byl indukovaný. Důvodem k ukončení těhotenství byla aktivní forma SLE s trombocytopenií a intrauterinní růstová retardace. Laktace byla zastavena z důvodu SLE a další těhotenství nebylo respondentce doporučeno.

4.1.5 Kazuistika 5

Paní J. Č. je narozena roku 1987 a v době těhotenství je jí 21 let. Je střední postavy, měří 172 cm a váží 81 kg. Je vdaná, žije s manželem a 1,5letou dcerou. Má výborné rodinné zázemí. Nyní je na MD s prvním dítětem.

Anamnéza

OA: Prodělala běžné dětské nemoci, ve 12 a 18 letech to byla obrna lícního nervu. Operována nebyla. V 17 letech byl diagnostikován SLE, ale na kontroly nedocházela.

GA: Měsíčky má od 12 let, nepravidelné, nebolestivé. Poslední menstruaci neví a termín porodu byl stanoven dle UZ ve 12 týdnu těhotenství na 13.10.2008. Je II. para, II. gravida.

AA: Alergie na PNC a Duomox.

FA: Léky, které dlouhodobě užívá jsou Medrol.

NO: Pacientka je přijata na doporučení rizikové poradny k vyloučení počínající preeklampsie, kdy jsou hraniční hodnoty TK 130/90 mmHg, v moči je B++ a kontrakce přítomné kontrakce na CTG. Do rizikové poradny docházela pro SLE, zpočátku onemocnění jí začaly padat vlasy a objevil se erytém přes kořen nosu, jinak byla bez projevů. Do 20. týdne těhotenství, kdy byla poprvé v rizikové poradně, byla bez otoků, klouby jsou klidné, kůže je bez vaskulitidy a je jemný erytém v obličeji. Diagnostikována byla aktivní forma SLE, která s probíhající graviditou stoupá. Imunologické náběry jsou kontrolovány po 1 měsíci a do rizikové poradny pacientka dochází po 14 dnech.

Příjem

Paní J. Č. byla přijata do Nemocnice Č. Budějovice a.s. 11.8.2008 pro p.p. imminens a k vyloučení počínající preeklampsie. Stáří těhotenství při příjmu je 30+4 dny, ultrazvukově velikost plodu odpovídá stáří těhotenství a průtok pupečnickem je fyziologický.

Ordinace při příjmu

Pacientka má naordinovaný Medrol 4 mg 2 – 1 – 0 tbl., Gynipral 1 tbl. po 6 hodinách, Betaxa ½ - 0 – 0 tbl., a infúzi s MgSO₄ ve F1/1 250 ml i.v. CTG se natáčí 1x

denně, má klid na lůžku, TK se měří 3x denně a bylo natočeno EKG, které se dalo k popisu. Byly provedeny odběry biologického materiálu: krevní obraz (KO), biochemie séra, koagulace, včetně D-dimerů a Antitrombinu III, moč a sediment, moč na kultivaci a citlivost, výtěr z pochvy na kultivaci a citlivost, clearance kreatininu a proteinurie.

Průběh – 1. týden

Byly provedeny odběry biologického materiálu, navíc ještě se odebrala krev na PL (KS 0 pozitivní), HIV a HBsAg. Je provedeno oGTT a výsledky jsou v pořádku. TK je kontrolován 3x denně, kdy hodnoty jsou uspokojivé (105/60 až 110/70 mmHg). V kultivaci moče je nalezena směs bakterií, která je přeléčena Nitrofurantoinem 1 tbl. po 8 hod. na 7 dní. Po terapii kontrakce ustoupily a Gynipral je postupně vysazen.

Paní J. Č. se cítí dobře a dne 18.8.2008 je propuštěna do domácího ošetřování. Dále je objednána na kontrolu do rizikové poradny na den 2.9.2008.

Průběh – 2. a 3. týden

Paní J. Č. se cítí dobře a je doma.

Průběh – 4. týden

Dne 2.9.2008 byla paní J. Č. opět přijata po vzájemné dohodě na doporučení z rizikové poradny k vyšetření SLE. V den příjmu je gravidita 34+1 den. Domluvené odběry biologického materiálu byly provedeny ráno, rovněž proběhlo revmatologické konzilium, při kterém byla doporučena hospitalizace a observace. TK je měřen 1x denně a je v normě (115/60 mmHg). Medrol je zvýšen na 8 mg 1 – ½ - 0 tbl. Dále paní J. Č. užívá Magnosolv 1 sáček denně.

Bylo provedeno revmatologické konzilium dne 4.9.2008. Paní J. Č. je bez potíží, ale vzhledem k výsledkům z laboratoře, nelze vyloučit terénní vaskulitidu. Je pokles trombocytů. Výsledky konzilia vypovídají o SLE s narůstající aktivitou v souvislosti s graviditou. Medrol je nutné navýšit na 16 mg 1 – ½ - 0 tbl. V případě ukončení gravidity je nutná zástava laktace, kdy je potřebné informovat neonatology o možnosti kardiální komplikace u plodu, přestože genetické vyšetření bylo v pořádku.

Průběh – 5. týden

TK se drží v normě (120/70 až 130/80 mmHg). Bylo provedeno revmatologické konzilium dne 8.9.2008. Paní J. Č. se cítí dobře, je bez vaskulitidy, artritidy i dušnosti. Laboratorně je proteinurie v normě, ANA je s poklesem od začátku léčby a nižší jsou i trombocyty. Výsledky konzilia jasně hovoří, že je SLE středně aktivní a je vhodné vyčkat do 36. týdne gravidity. Pokud bude narůstat krevní tlak, objeví se otoky DK, bolesti kloubů, erytém nebo poklesnou trombocyty, pak je lepší graviditu ukončit. Terapie byla ponechána tak, jak byla zavedena a je kontrolován krevní obraz.

Proběhlo interní předoperační vyšetření dne 11.9.2008, paní J. Č. je kardiopulmonálně kompenzovaná a je schopna výkonu v celkové anestézii. Je doporučena prevence TEN a dále dle revmatologa. Porod bude zajištěn Fraxiparinem inj. s.c. Dne 12.9.2008 proběhlo velké vyšetření, kde byl indikován císařský řez pro polohu KP a doporučení revmatologa a je naplánován na 15.9.2008.

Průběh – 6. týden

Paní J. Č. porodila dne 15.9.2008 v 8.15 hodin císařským řezem podle Gepperta, stáří plodu bylo 36+1 den a narodila se dcera, která vážila 2860 g. Při porodu byla aplikována celková anestézie, uterotonika, Fraxiparine a Medrol.

Průběh – šestinedělí

Po císařském řezu se dostala paní J. Č. na gynekologickou JIP, kde je jí aplikován Dipidolor inj. a Tramal inj. na bolest, uterotonika (Oxytocin) a Fraxiparine inj. s.c. Zároveň probíhá zástava laktace Dostinexem tbl. TK se drží v hodnotách 120/70 až 130/80 mmHg. Druhý den po porodu byla nasazena ATB (Amoksiklav 1 g 1 tbl. po 8 hod. na 5 dní) pro zvyšující se tělesnou teplotu (38°C) a Medrol pokračuje v dávce 16 mg 1 – ½ – 0 tbl. Pro mírnou anemii je přidán Sorbifer durules 1 – 0 – 0 drg. Třetí den po porodu byl vysazen Dipidolor inj. a Tramal inj. byl nahrazen Tralgitem gtt.

Bylo provedeno revmatologické konzilium dne 18.9.2008. Paní J. Č. se cítí dobře, teploty již nemá, má erytém v obličeji přes kořen nosu, klouby jsou klidné, otoky DK nemá a TK je 120/70 mmHg. Laboratorní hodnoty jsou v celku v normě, trombocyty jsou 139 tis., proteinurie není a imunologické náběry jsou stabilní. Výsledek konzilia potvrzuje SLE s aktivitou v graviditě. Medrol je možno snížit na 16 mg 1 – 0 –

0 tbl. Dítě bude vyšetřeno dětským revmatologem. Dne 22.9.2008 byla paní J. Č. propuštěna domů.

Tabulka 5 – Respondentka 5

R 5	J. Č.
Věk	21 let
Vzdělání	základní
Kdy byl SLE diagnostikován	v 17 letech
V jaké souvislosti byl SLE diagnostikován	obrna lícního nervu v anamnéze motýlovitý erytém
Povědomí o SLE před vyřčením diagnózy	ne
Kdo informoval pacientku o onemocnění	praktický lékař
Kde byly získávány informace	lékaři
První příznaky	motýlovitý erytém
Další fyzické potíže	padání vlasů
Objektivní příznaky a lékařská hodnocení	aktivní forma SLE motýlovitý erytém susp. terénní vaskulitida vyšší TK vyšší TT kontrakce
Laboratorní příznaky	proteinurie bakteriurie trombocytopenie anemie pozitivní imunologické testy
Kolikáté těhotenství	druhé
Pocity na začátku těhotenství	strach, jak bude těhotenství probíhat strach o sebe strach o dítě
Kdo informoval ženu o rizikovém těhotenství	gynekolog reumatolog
Pravidelné kontroly	ano
Kam docházela žena na kontroly	gynekolog reumatolog
Zhoršení potíží v těhotenství	ano
Nejhorší fyzické potíže v těhotenství	tvrdnutí břicha omdlévání vyšší TK
Psychické potíže v těhotenství	ano
Zhoršení psychiky v těhotenství	ano
Nejhorší psychické potíže v těhotenství	strach úzkost deprese plačtivost
Kdo je největší psychickou oporou	matka kamarádka gynekolog
Frekvence hospitalizací v těhotenství	2x
Ošetrovatelská péče porodních asistentek	měření TK, P, TT

	sledování pohybů a OP natáčení CTG podávání léků odběry krve a moče vyšetřování moče orientačně papírkem úprava lůžka sledování vyprazdňování stolice sledování stavu kůže - vyrážky
Co bylo více sledováno	OP a pohyby plodu TK UZ plodu odběry krve a moče
Co nejvíce obtěžovalo pacientku při hospitalizaci	nic
Co by mělo být více sledováno	psychický stav těhotné
Problém ošetrovatelské péče	žádný, byla s péčí spokojena
Způsob ukončení těhotenství	S.C.
Stáří těhotenství	36+1den
Důvod ukončení těhotenství	aktivní forma SLE s progresí v graviditě KP
Zástava laktace	ano
Další těhotenství	není doporučeno

Pátá respondentka byla ve věku 21 let a její nejvyšší dosažené vzdělání je základní. Onemocnění Lupus erythematosus bylo u ní diagnostikováno v 17 letech. První podezření na toto onemocnění bylo v souvislosti s motýlovitým erytémem a obrnou lícního nervu v anamnéze. Respondentka před potvrzením diagnózy nevěděla nic o onemocnění Lupus erythematosus. O onemocnění se poprvé dozvěděla od praktického lékaře. Poté začala získávat informace o onemocnění od ošetřujících lékařů.

Prvním příznakem, který se u respondentky objevil, byl motýlovitý erytém v obličeji, a později se přidalo padání vlasů. Objektívni příznaky, které bylo možno na respondentce pozorovat, byly motýlovitý erytém, vyšší TK, vyšší TT a kontrakce. Také bylo podezření na terénní vaskulitidu. Lékařské hodnocení diagnózy během těhotenství bylo aktivní SLE, který se stoupající graviditou progreduje.

Laboratorně byla u respondentky zjištěna proteinurie, bakteriurie, trombocytopenie, anemie a pozitivní imunologické testy.

Toto těhotenství bylo druhé. Ze začátku těhotenství prožívala respondentka strach, jak bude těhotenství probíhat, měla strach o sebe a také strach o dítě. O tom, že je její těhotenství rizikové, se dozvěděla od gynekologa a revmatologa. Při hospitalizaci byla pravidelně kontrolována gynekologem a revmatologem.

Během těhotenství se potíže respondentky zhoršily. Jako nejnejpříjemnější fyzické potíže udávala tvrdnutí břicha, omdlávání a vyšší TK. Respondentka udávala i psychické potíže, které se v těhotenství zhoršily. Jako nejhorší psychický problém udávala strach, úzkost, deprese a plačtivost. Největší psychickou oporou jí v té době byla matka, kamarádka a gynekolog.

Hospitalizována byla 2x za těhotenství. Ošetrovatelská péče během hospitalizace zahrnovala měření TK, P a TT, sledování pohybů a OP, natáčení CTG, podávání léků, odběry krve a moče, vyšetřování moče orientačně papírkem, úpravu lůžka, sledování vyprazdňování stolice a sledování stavu kůže, zda se nezhoršuje vyrážka. Více než u ostatních těhotných byly sledovány OP a pohyby plodu, TK, UZ plodu a častěji byly odebírány vzorky krve a moče. Respondentka neudává nic o tom, co by ji během hospitalizace po stránce ošetrovatelské péče zatěžovalo. Uvítala by větší zájem o její psychický stav. S péčí ošetrovatelského personálu byla spokojena a neviděla žádný problém ošetrovatelské péče.

Těhotenství bylo ukončeno císařským řezem v ukončeném 36. týdnu těhotenství. Důvodem k ukončení těhotenství byla aktivní forma SLE s progresí v graviditě a poloha plodu KP. Laktace byla zastavena z důvodu SLE a další těhotenství nebylo respondentce doporučeno.

4.1.6 Kazuistika 6

Paní P. V. je narozena roku 1979 a v době těhotenství je jí 29 let. Je střední postavy, měří 165 cm a váží 60 kg. Je vdaná, žije s manželem a 2letou dcerou. Má výborné rodinné zázemí a pracuje jako rehabilitační sestra, nyní je na MD s prvním dítětem.

Anamnéza

OA: Prodlála běžné dětské nemoci a operována nebyla. Po porodu v roce 2006 byl u novorozence zjištěn neonatální Lupus erythematosus. Následně byla revmatologem vyšetřena i paní P. V., která byla zcela bez klinických příznaků. V odběrech byla zjištěna laboratorní pozitivita SLE. Nyní je paní P. V. sledována revmatologem pro SLE.

GA: Měsíčky má od 13 let, pravidelné, nebolestivé. Poslední menstruace byla 12.8.2008. Je I. para, III. grvida., 1x porod byl v roce 2006, ve 38. týdnu těhotenství, byla zjištěna IUGR u plodu a u novorozence neonatální Lupus erythematosus. Měla 1x UPT v roce 2007 z genetické indikace a nyní je gravidita v 10. týdnu.

AA: Alergie na ACP a pyly trav.

FA: Dlouhodobě užívá Prednison 5 mg tbl.

NO: SLE laboratorní pozitivita, gravidita 10. týden, 2 týdny špinění a má bolesti v podbřišku. Dle UZ vyšetření diagnostikován AB missed.

Příjem

Paní P. V. byla do Nemocnice Prachatice a.s. přijata dne 15.10.2008 na doporučení OG pro AB missed, při gestačním stáří těhotenství 10+1den.

Ordinace při příjmu

Pacientce byla naordinována terapie Prednison 5 mg 1 – 0 – 0 tbl., jak již užívala pro SLE, dále to byl klid na lůžku, pacientka má být lačná, nemá jíst, pít a nesmí kouřit.

Průběh – 1. den

Paní P. V. byla provedena RCUI v celkové anestézii, která proběhla bez komplikací. Po výkonu je TK v normě (110/70 mmHg) a krvácení je úměrné výkonu. Paní P. V. spolupracuje a udává mírnou bolest v podbřišku.

Průběh – 2. den

Paní P. V. se cítí dobře, slabě špiní, ale bolesti nemá. Je propuštěna do domácího ošetřování.

Průběh – šestinedělí

Šestinedělí proběhlou pacientky bez komplikací. Paní P. V. se cítí dobře. Histologické vyšetření z materiálu získaného při RCUI je v pořádku (choriové klky, trofoblast, těhotenská decidua).

Dle revmatologa je žena ve stabilním stavu. Případné další těhotenství jí není doporučováno.

Tabulka 6 – Respondentka 6

R 6	P. V.
Věk	29 let
Vzdělání	diplomovaný obor
Kdy byl SLE diagnostikován	po prvním porodu, ve 27 letech
V jaké souvislosti byl SLE diagnostikován	u prvního dítěte novorozenecký SLE u dítěte ve 3. měsíci motýlovitý erytém
Povědomí o SLE před vyřčením diagnózy	ano
Kdo informoval pacientku o onemocnění	internista
Kde byly získávány informace	lékaři odborná literatura internet časopisy
První příznaky	bez příznaků
Další fyzické potíže	únava
Objektivní příznaky a lékařská hodnocení	SLE stabilizovaný stav bez příznaků
Laboratorní příznaky	pozitivní imunologické testy
Kolikáté těhotenství	třetí
Pocity na začátku těhotenství	radost strach, jak bude těhotenství probíhat
Kdo informoval pacientku o rizikovém těhotenství	gynekolog revmatolog
Pravidelné kontroly	ano
Kam docházela pacientka na kontroly	gynekolog revmatolog
Zhoršení potíží v těhotenství	ano
Nejhorší fyzické potíže v těhotenství	nauzea zvracení špinění bolesti v podbřišku únava
Psychické potíže v těhotenství	ano
Zhoršení psychiky v těhotenství	ano

Nejhorší psychické potíže v těhotenství	strach
Kdo je největší psychickou oporou	manžel rodina kamarádka porodní asistentka
Frekvence hospitalizací v těhotenství	1x krátkodobě
Ošetrovatelské činnosti porodních asistentek	měření TK, P, TT podávání léků odběry krve a moče úprava lůžka péče o hygienu sledování krvácení sledování bolestí v podbřišku
Co bylo více sledováno	TK a P krvácení bolesti v podbřišku
Co nejvíce obtěžovalo při hospitalizaci	nic
Co by mělo být více sledováno	psychický stav ženy
Problém ošetrovatelské péče	nic, hospitalizována krátkodobě
Způsob ukončení těhotenství	AB spont. s R.C.U.I.
Stáří těhotenství	10+1
Důvod ukončení těhotenství	missed AB
Zástava laktace	ne, nebyl důvod
Další těhotenství	není doporučeno

Šestá respondentka byla ve věku 29 let a její nejvyšší dosažené vzdělání je diplomovaný obor. Onemocnění Lupus erythematosus bylo u ní diagnostikováno po prvním porodu, ve 27 letech. První podezření na toto onemocnění padlo po prvním porodu, když se u dcery objevil neonatální Lupus erythematosus v podobě motýlovitého erytému v obličeji. Před potvrzením diagnózy o onemocnění SLE již nějaké vědomosti měla, jelikož pracuje ve zdravotnictví. Její onemocnění potvrdil lékař – internista. Poté začala získávat další informace o onemocnění od ošetřujících lékařů, na internetu, z odborné literatury a časopisů.

Z počátku onemocnění respondentka neudávala žádné příznaky, později vyzorovala únavu. Objektivně je respondentka také bez příznaků. Lékařské hodnocení diagnózy je přesto SLE ve stabilizovaném stavu.

V laboratorních výsledcích má pouze pozitivní imunologické testy.

Toto těhotenství bylo třetí. Ze začátku těhotenství prožívala respondentka radost a zároveň strach, jak bude těhotenství probíhat. O tom, že je její těhotenství rizikové, se dozvěděla od gynekologa a revmatologa. V těhotenství byla pravidelně kontrolována gynekologem a revmatologem.

Během těhotenství se potíže respondentky zhoršily. Jako nejnejpříjemnější fyzické potíže udávala nauzeu, zvracení, špinění, bolesti v podbřišku a únavu. Respondentka udávala i psychické potíže, které se v těhotenství zhoršily. Jako nejhorší psychický problém udávala strach. Největší psychickou oporou jí v té době byl manžel, rodina, kamarádka a také porodní asistentka.

Hospitalizována byla 1x krátkodobě. Ošetrovatelská péče během hospitalizace zahrnovala měření TK, P a TT, podávání léků, odběry krve a moče, úpravu lůžka, péči o hygienu, sledování krvácení a sledování bolestí v podbřišku. Více než u ostatních těhotných byl sledován TK a P, krvácení a bolesti v podbřišku. Respondentka neudává nic, co by ji během hospitalizace po stránce ošetrovatelské péče zatěžovalo. Uvítala by větší zájem o její psychický stav. Nevšimla si žádného problému v ošetrovatelské péči, jelikož byla hospitalizována krátkodobě.

Těhotenství skončilo spontánním potratem v ukončeném 10. týdnu těhotenství. Respondentce byla provedena R.C.U.I. pro AB missed. K zástavě laktace v tomto týdnu těhotenství nebyl důvod. Další těhotenství nebylo respondentce doporučeno.

4.2 Porovnání výsledků výzkumného šetření u všech respondentek

Tabulka 7 Porovnání identifikačních a základních údajů

Respondentka	1	2	3	4	5	6
Věk	28 let	25 let	24 let	19 let	21 let	29 let
Vzdělání	učební obor	učební obor	učební obor	střed. s matur.	základ.	diplom. obor
Kolikáté těhotenství	druhé	první	druhé	první	druhé	třetí
Kolikrát v těhotenství hospitalizována	1x dlouhod.	1x krátkod.	1x dlouhod.	3x	2x	1x krátkod.

Věk respondentek se pohybuje v rozmezí 19 až 29 let. Jedné respondentce bylo 19 let, jedné respondentce bylo 21 let, jedné respondentce bylo 24 let, jedné respondentce bylo 25 let, jedné respondentce bylo 28 let a jedné respondentce bylo 29 let.

V oblasti vzdělání 1 respondentka má základní vzdělání. 3 respondentky mají nejvyšší ukončené vzdělání učební obor. 1 respondentka má středoškolské vzdělání s maturitou. 1 respondentka má nejvyšší ukončené vzdělání diplomovaný obor.

2 respondentky byly těhotné poprvé, 3 respondentky podruhé a 1 respondentka potřetí.

Ve frekvenci hospitalizací byly 2 respondentky v těhotenství hospitalizovány 1x krátkodobě, 2 respondentky 1x dlouhodobě. 1 respondentka byla hospitalizována 2x a 1 respondentka 3x.

Tabulka 8 Porovnání základních údajů o SLE

Respondentka	1	2	3	4	5	6
Kdy byl SLE diagnostikován	ve 28 letech	ve 25 letech	v 16 letech	v 19 letech	v 17 letech	ve 27 letech
V jaké souvislosti byl SLE diagnostikován	febrilie otoky kloubů	trombóza v anam.	synovitis kolene nechuten. hubnutí únava	trombo- cytopenie v anam.	obrna lícního nervu v anam. motýl. erytém v obličeji	novoroz. SLE u 1. dítěte
Povědomí o SLE před vyřčením diagnózy	ne	ne	ne	ne	ne	ano
Kdo informoval o onemocnění	gynekol.	internista	dětský l.	internista	prakt. lékař	internista
Kde získávány informace	lékaři internet	lékaři internet	lékaři	lékaři internet	lékaři	lékaři odborná literatura internet časopisy
Kdo informoval o rizikovém těhotenství	gynekol.	gynekol. revmatol.	gynekol.	gynekol. revmatol.	gynekol. revmatol.	gynekol. revmatol.
Pravidelné kontroly	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Kam na kontroly	gynekol. revmatol.	gynekol. revmatol. internista	gynekol. revmatol. nephrolog oftalmol.	gynekol. revmatol. hematol. ušní l.	gynekol. revmatol.	gynekol. revmatol.

U 1 respondentky byl SLE diagnostikován v 16 letech. U 1 respondentky byl SLE diagnostikován v 17 letech. U 1 respondentky byl SLE diagnostikován v 19 letech. U 1 respondentky byl SLE diagnostikován ve 25 letech. U 1 respondentky byl SLE diagnostikován v 27 letech. U 1 respondentky byl SLE diagnostikován ve 28 letech.

U 1 respondentky byl SLE diagnostikován v souvislosti s febriliemi a otoky kloubů. U 1 respondentky byl SLE diagnostikován v souvislosti s trombózou v anamnéze. U 1 respondentky byl SLE diagnostikován v souvislosti se synovitidou kolene, nechutenstvím, hubnutím a únavou. U 1 respondentky byl SLE diagnostikován v souvislosti s trombocytopenií v anamnéze. U 1 respondentky byl SLE diagnostikován v souvislosti s obrnou lícního nervu v anamnéze a motýlovitým erytémem v obličeji. U

1 respondentky byl SLE diagnostikován v souvislosti s prokázáním novorozeneckého SLE u prvního dítěte.

1 respondentka měla již nějaké vědomosti o onemocnění Lupus erythematosus před vyřčením diagnózy. 5 respondentek o onemocnění Lupus erythematosus před vyřčením diagnózy nevědělo nic.

3 respondentky o jejich onemocnění informoval internista, 1 respondentku informoval gynekolog, 1 respondentku praktický lékař a 1 respondentku dětský lékař.

Všech 6 respondentek získávalo informace o onemocnění Lupus erythematosus od lékařů, 4 respondentky získávaly informace též na internetu. 1 respondentka získávala informace ještě v časopisech a odborné literatuře.

O tom, že je jejich těhotenství rizikové, informoval všech 6 respondentek gynekolog, 4 respondentky informoval ještě revmatolog.

U všech 6 respondentek probíhaly pravidelné kontroly.

Všech 6 respondentek kontroloval pravidelně gynekolog a revmatolog. 1 respondentku kontroloval ještě internista. 1 respondentku kontroloval ještě nefrolog a oční lékař. 1 respondentku kontroloval ještě hematolog a ušní lékař.

Tabulka 9 Porovnání všech zdravotních problémů

Respondentka	1	2	3	4	5	6
Bez potíží	ne	ne	ne	ne	ne	ne
Motýlovitý erytém v obličeji	ano	ano	ne	ne	ano	ne
Erytém jiné lokalizace	ano	ne	ne	ano	ne	ne
Bolest kloubů	ano	ne	ano	ne	ne	ne
Bolest jiné lokalizace	ano (hlava)	ne	ano (záda, oko)	ano (ucho)	ne	ne
Otoky kloubů	ano	ano	ne	ne	ne	ne
Otoky DK	ano	ne	ne	ne	ne	ne
Únava	ano	ano	ano	ano	ne	ano
Nechutenství	ne	ne	ano	ne	ne	ne
Hubnutí	ne	ne	ano	ne	ne	ne
Zažívací potíže	ne	ano	ano	ne	ne	ne
Nauzea	ne	ne	ne	ne	ne	ano
Zvracení	ne	ne	ano	ano	ne	ano
Padání vlasů	ne	ne	ne	ne	ano	ne
Vyšší TK	ano	ne	ne	ne	ano	ne
Vyšší TT	ano	ne	ne	ne	ano	ne
Tachykardie	ano	ne	ne	ne	ne	ne
Vaskulitida	ano	ne	ne	ne	ano	ne
Nefritida	ano	ne	ano	ne	ne	ne
Srdeční komplikace	ano (mitrál. regurgit.)	ne	ne	ne	ne	ne
Kontrakce	ne	ne	ne	ano	ano	ne
IUGR	ano	ne	ne	ano	ne	ne
Oligohydramnion	ne	ne	ano	ne	ne	ne
Nepravidelné uložení placenty	ne	ne	ano (marg.- nízko nased.)	ne	ne	ne
Infekce v pochvě	ano (mykóza, chlamyd.)	ne	ano (GBS)	ano (mykóza, chlamyd.)	ne	ne
Infekce jiné lokalizace	ne	ne	ano (ječné zrno)	ano (z. stř. ucha)	ne	ne
Další gynekologické problémy	ne	ne	ne	ano (na čípku L-SIL)	ne	ne
Nachlazení	ne	ne	ano	ne	ano	ne
Zhoršení potíží v těhotenství	ano	ne	ano	ano	ano	ano

Žádná respondentka nebyla zcela bez obtíží.

Motýlovitý erytém v obličeji uvedly 3 respondentky. Erytém jiné lokalizace uvedly 2 respondentky.

Bolest kloubů uváděly 2 respondentky. Bolest jiné lokalizace uváděly 3 respondentky. 1 udávala bolest hlavy, 1 bolest ucha a 1 bolest zad i bolest v okolí oka.

Otoky kloubů uvedly 2 respondentky. Otoky dolních končetin uvedla 1 respondentka.

Únavu popisovalo 5 z šesti respondentek.

Nechutenství a hubnutí se objevilo u 1 respondentky.

Zažívací potíže udávaly 2 respondentky. Nauzeu uváděla 1 respondentka a 3 respondentky udávaly zvracení.

Padání vlasů se objevilo u 1 respondentky.

Vyšší TK se objevil u 2 respondentek, 2 respondentky měly vyšší TT a 1 respondentka měla tachykardii.

Vaskulitida byla u 2 respondentek.

Zánět ledvin měly 2 respondentky.

Srdeční komplikace v podobě mitrální regurgitace se objevila u 1 respondentky.

Kontrakce v těhotenství měly 2 respondentky.

U 2 respondentek byla zjištěna intrauterinní růstová retardace (IUGR).

U 1 respondentky byl oligohydramnion.

1 respondentka měla nepravidelně uloženou placentu. Z počátku se jednalo o marginální placentu, posléze se placenta vytáhla na nízko nasedající lůžko.

Infekci v pochvě měly 3 respondentky, 2 měly mykózu a chlamydie a 1 měla pozitivní GBS.

2 respondentky měly infekce jiné lokalizace. 1 měla ječné zrno a 1 zánět středního ucha.

1 respondentka měla L – SIL nález na čípku.

2 respondentky byly během těhotenství nachlazené.

Zhoršení zdravotního stavu uvedlo 5 z šesti respondentek.

Tabulka 10 Porovnání laboratorních příznaků

Respondentka	1	2	3	4	5	6
Anemie	ano	ne	ano	ano	ano	ne
Trombocytopenie	ne	ne	ne	ano	ano	ne
Leukocytóza	ne	ne	ne	ano	ne	ne
Proteinurie	ano	ne	ano	ano	ano	ne
Hematurie	ano	ne	ne	ano	ne	ne
Bakteriurie	ne	ne	ne	ne	ano	ne
Leukocyturie	ne	ne	ano	ne	ne	ne
Pozitivní imunologické testy	ano	ano	ano	ano	ano	ano

Anemie byla prokázána u 4 respondentek.

Trombocytopenie byla u 2 respondentek.

Leukocytóza byla u 1 respondentky.

Proteinurii měly 4 respondentky.

Hematurie byla u 2 respondentek.

Bakteriurie byla u 1 respondentky.

Leukocyturie byla u 1 respondentky.

Všech 6 respondentek mělo pozitivní imunologické testy.

Tabulka 11 Porovnání aktivity SLE

Respondentka	1	2	3	4	5	6
Aktivní forma SLE	ano	ne	ano	ano	ano	ne
Středně aktivní forma SLE	ne	ano	ne	ne	ne	ne
Stabilní stav SLE	ne	ano	ne	ne	ne	ano
Aktivace procesu v graviditě	ano	ne	ano	ano	ano	ne
SLE vzniklý před těhotenstvím	ne	ano	ano	ano	ano	ne
SLE vzniklý v těhotenství	ano	ne	ne	ne	ne	ano

4 respondentky měly v době těhotenství aktivní formu SLE. U 4 respondentek byla těhotenstvím vyvolaná aktivace procesu.

1 respondentka měla středně aktivní formu SLE.

U 2 respondentek byl stav SLE stabilní.

4 respondentky měly SLE vzniklý již před těhotenstvím.

2 respondentkám vznikl SLE v graviditě.

Tabulka 12 Porovnání všech psychických potíží

Respondentka	1	2	3	4	5	6
Psychické potíže	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Zhoršení psychiky v těhotenství	ne	ne	ne	ano	ano	ano
Radost	ano	ano	ano	ano	ne	ano
Strach, jak bude těhotenství probíhat	ne	ano	ano	ne	ano	ano
Strach o sebe	ano	ne	ne	ne	ano	ne
Strach o dítě	ne	ano	ne	ne	ano	ne
Úzkost	ne	ne	ne	ano	ano	ne
Deprese	ne	ne	ne	ne	ano	ne
Plačtivost	ne	ne	ano	ne	ano	ne
Chyběla rodina	ne	ne	ano	ano	ne	ne
Nechápání situace	ano	ne	ne	ne	ne	ne
Pocit zbytečné hospitalizace	ne	ne	ne	ano	ne	ne
Psychická opora	rodina partner matka kamarádka	rodiče partner	partner rodina	partner matka kamarádka	matka kamarádka gynekolog	partner rodina kamarádka por. asist.

Psychické potíže v těhotenství uvedlo všech 6 respondentek. Zhoršení psychických potíží v těhotenství udaly 3 respondentky.

Radost z těhotenství udávalo 5 z šesti respondentek.

Strach z toho, jak bude těhotenství probíhat měly 4 respondentky. Strach o sebe uvedly 2 respondentky. Strach o dítě uvedly rovněž 2 respondentky.

Úzkost uváděly 2 respondentky.

Depresi v těhotenství uvedla 1 respondentka.

2 respondentky byly během těhotenství plačtivé.

2 respondentkám chyběla během hospitalizace rodina.

1 respondentka nechápala zcela svou situaci.

1 respondentka měla pocit, že je hospitalizována zbytečně.

3 respondentkám byla v těhotenství největší oporou rodina. 5 respondentek uvedlo, že největší psychickou oporou jim byl partner. 3 respondentky psychicky

podporovala matka, 1 respondentku rodiče. 4 respondentky psychicky podpořila kamarádka. 1 respondentce byl oporou gynekolog a 1 respondentce porodní asistentka.

Tabulka 13 Porovnání ošetrovatelské péče

Respondentka	1	2	3	4	5	6
Měření TK, P, TT	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Sledování pohybů a OP plodu	ano	ano	ano	ano	ano	ne
Natáčení CTG	ano	ano	ano	ano	ano	ne
Podávání léků	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Odběry krve a moče	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Vyšetřování moče orientačně papírkem	ano	ano	ano	ano	ano	ne
Úprava lůžka	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Sledování vyprazdňování stolice	ano	ano	ano	ano	ano	ne
Sledování kontrakcí	ne	ano	ne	ne	ne	ne
Dohled nad dodržováním předepsané diety	ne	ne	ano	ne	ne	ne
Sledování stavu kůže	ne	ne	ne	ne	ano	ne
Péče o hygienu	ne	ne	ne	ne	ne	ano
Sledování krvácení	ne	ne	ne	ne	ne	ano
Sledování bolestí v podbřišku	ne	ne	ne	ne	ne	ano
Co bylo více sledováno	OP a pohyby plodu TK UZ plodu odběry krve a moče	OP a pohyby plodu TK kontrakce	OP a pohyby plodu TK UZ plodu a uložení placenty odběry krve a moče	OP a pohyby plodu TK UZ plodu odběry krve a moče	OP a pohyby plodu TK UZ plodu odběry krve a moče	TK, P krvácení bolesti v podbřišku
Co nejvíce obtěžovalo při hospitalizaci	natáčení CTG noční poslech OP	noční poslech OP	natáčení CTG noční poslech OP časté odběry krve	natáčení CTG noční poslech OP časté odběry krve	nic	nic
Co by mělo být více sledováno	psychický stav těhotné	nic	psychický stav těhotné	psychický stav těhotné	psychický stav těhotné	psychický stav těhotné
Problém	málo	nic	absence	absence	nic	nic

ošetřovatelské péče	personálu		psychol. na odd.	psychol. na odd. málo personálu		
------------------------	-----------	--	---------------------	--	--	--

Měření TK, P a TT bylo prováděno u všech 6 respondentek.

Sledování pohybů a ozev plodu bylo prováděno u 5 respondentek.

Natáčení CTG bylo prováděno rovněž u 5 respondentek.

Všem 6 respondentkám byly podávány léky.

Všem 6 respondentkám byly odebírány vzorky krve a moče.

5 respondentkám byla vyšetřována orientačně moč diagnostickým papírkem.

U všech 6 respondentek byla denně prováděna úprava lůžka.

U 5 respondentek bylo sledováno vyprazdňování stolice.

1 respondentce byly sledovány kontrakce.

U 1 respondentky bylo dohlíženo na dodržování předepsané diety.

1 respondentka uvedla sledování stavu kůže.

1 respondentka uváděla péči o hygienu.

U 1 respondentky bylo sledováno krvácení.

U 1 respondentky byly sledovány bolesti v podbřišku.

U 5 respondentek byly více sledovány pohyby a OP. Všem 6 respondentkám byl více sledován TK. U 1 byl více sledován pulz. 4 respondentkám byl více sledován UZ plodu, u 1 respondentky navíc uložení placenty. 4 respondentkám byly častěji odebírány vzorky krve a moče. U 1 respondentky byly více sledované kontrakce. U 1 respondentky bylo více sledováno krvácení a bolesti v podbřišku.

Pro 3 respondentky bylo při hospitalizaci nejvíce zatěžující natáčení CTG. 4 respondentkám vadil noční poslech OP. 2 uváděly jako nepříjemné časté odběry krve. 2 respondentkám nevadilo na hospitalizaci nic.

5 respondentek uvedlo, že by uvítaly větší zájem o jejich psychický stav.

Problém ošetřovatelské péče viděly 2 respondentky v nedostatku personálu. 2 respondentky uváděly jako problém absenci psychologa na oddělení. 3 respondentky neviděly problém žádný.

Tabulka 14 Porovnání ukončení těhotenství

Respondentka	1	2	3	4	5	6
Způsob ukončení těhotenství	S.C.	vag. porod induk.	vag. porod induk.	vag. porod induk.	S.C.	AB spont. s R.C.U.I.
Stáří těhotenství	36+0	37+5	37+3	37+3	36+1	10+1
Důvod ukončení těhotenství	aktivní forma SLE IUGR vzestup TK	SLE flebo- trombóza v anam.	SLE s glomerulo- nefritidou oligo- hydramnion	aktivní forma SLE s trombo- cytopenií IUGR	aktivní forma SLE KP	missed AB
Zástava laktace	ano	ano	ano	ano	ano	ne
Další těhotenství	nedopor.	nedopor.	nedopor.	nedopor.	nedopor.	nedopor.

Těhotenství 2 respondentek bylo ukončeno císařským řezem. 3 respondentky porodily vaginální cestou. 1 respondentka potratila.

3 respondentkám bylo ukončeno těhotenství v ukončeném 37. týdnu těhotenství, 2 v ukončeném 36. týdnu těhotenství a 1 v ukončeném 10. týdnu těhotenství.

5 respondentkám se ukončovalo těhotenství z důvodu SLE a přidružených komplikací. U 1 respondentky proběhl zamlklý potrat. U 1 respondentky byl též důvodem stoupající krevní tlak, u 1 to byl oligohydramnion, u 1 poloha koncem pánevním. U 2 respondentek bylo zjištěno IUGR.

U 5 respondentek proběhla zástava laktace, u 1 nebylo třeba laktaci stavět z důvodu potratu v nízkém stupni gravidity.

Všem 6 respondentkám nebylo další těhotenství doporučeno.

4.3 Výsledky rozhovorů s respondentkami

Tabulka 15 Věk respondentek

Respondentka 1	28 let
Respondentka 2	25 let
Respondentka 3	24 let
Respondentka 4	19 let
Respondentka 5	21 let
Respondentka 6	29 let

Věk respondentek se pohybuje v rozmezí 19 až 29 let. R4 bylo 19 let, R5 bylo 21 let. R3 bylo 24 let, R2 bylo 25 let, R1 bylo 28 let a R6 bylo 29 let.

Tabulka 16 Nejvyšší ukončené vzdělání

Respondentka 1	učební obor
Respondentka 2	učební obor
Respondentka 3	učební obor
Respondentka 4	středoškolské s maturitou
Respondentka 5	základní
Respondentka 6	diplomovaný obor

R4 má základní vzdělání, 3 (R1 – R3) respondentky mají nejvyšší ukončené vzdělání učební obor, R4 má středoškolské vzdělání s maturitou a R6 má nejvyšší ukončené vzdělání diplomovaný obor.

Tabulka 17 Současné pracovní zařazení

Respondentka 1	mateřská dovolená
Respondentka 2	mateřská dovolená
Respondentka 3	mateřská dovolená
Respondentka 4	mateřská dovolená
Respondentka 5	mateřská dovolená
Respondentka 6	mateřská dovolená

Všech 6 (R1 – R6) respondentek je v současné době na mateřské dovolené.

Tabulka 18 Pořadí těhotenství

Respondentka 1	druhé
Respondentka 2	první
Respondentka 3	druhé
Respondentka 4	první
Respondentka 5	druhé
Respondentka 6	třetí

2 (R2, R5) respondentky byly těhotné poprvé, 3 (R1, R3, R5) respondentky byly těhotné podruhé a 1 (R6) respondentka byla těhotná potřetí.

Tabulka 19 Začátek onemocnění

Respondentka 1	ve 28 letech
Respondentka 2	ve 25 letech
Respondentka 3	v 16 letech
Respondentka 4	v 19 letech
Respondentka 5	v 17 letech
Respondentka 6	ve 27 letech

U 1 (R3) respondentky byl SLE diagnostikován v 16 letech, u 1 (R5) respondentky byl SLE diagnostikován v 17 letech, u 1 (R4) respondentky byl SLE diagnostikován v 19 letech, u 1 (R2) respondentky byl SLE diagnostikován ve 25 letech, u 1 (R6) respondentky byl SLE diagnostikován v 27 letech a u 1 (R1) respondentky byl SLE diagnostikován ve 28 letech.

Tabulka 20 První příznaky onemocnění Lupus erythematosus

Respondentka 1	bolest a otoky kloubů ruky otoky nohou bolest hlavy
Respondentka 2	vyrážka v obličeji otoky kloubů
Respondentka 3	únava
Respondentka 4	bez potíží
Respondentka 5	motýlovitý erytém
Respondentka 6	bez potíží

Prvním příznakem u 2 (R2, R5) respondentek byla vyrážka v obličeji v podobě motýlovitého erytému. 2 (R1, R2) respondentky uváděly jako první příznak otoky kloubů. Otoky nohou udávala 1 (R1) respondentka. 1 (R1) respondentka měla bolest kloubů a bolest hlavy. Únavu jako první příznak udávala 1 (R3) respondentka. Dvě (R4, R6) respondentky neudávaly žádné prvotní příznaky.

Tabulka 21 Další potíže při onemocnění Lupus erythematosus

Respondentka 1	zvýšená teplota únava
Respondentka 2	únava
Respondentka 3	nechutenství hubnutí únava bolest kloubů bolesti zad
Respondentka 4	únava
Respondentka 5	padání vlasů
Respondentka 6	únava

5 (R1 – R4, R6) z šesti respondentek udávalo jako další příznak únavu, 1 (R1) respondentka měla zvýšenou teplotu, 1 (R3) respondentce se přidaly další příznaky v podobě nechutenství, hubnutí, bolesti kloubů i bolesti zad a 1 (R5) respondentce padaly vlasy.

Tabulka 22 Povědomí o onemocnění Lupus erythematosus před stanovením diagnózy

Respondentka 1	ne
Respondentka 2	ne
Respondentka 3	ne
Respondentka 4	ne
Respondentka 5	ne
Respondentka 6	ano

1 (R6) respondentka měla již nějaké vědomosti o onemocnění Lupus erythematosus před vyřčením diagnózy. 5 (R1 – R5) respondentek o onemocnění Lupus erythematosus před vyřčením diagnózy nevědělo nic.

Tabulka 23 První sdělení diagnózy SLE

Respondentka 1	gynekolog
Respondentka 2	internista
Respondentka 3	dětský lékař
Respondentka 4	internista
Respondentka 5	praktický lékař
Respondentka 6	internista

3 (R2, R4, R6) respondentky o jejich onemocnění informoval internista, 1 (R1) respondentku informoval gynekolog, 1 (R5) respondentku informoval praktický lékař a 1 (R3) respondentku informoval dětský lékař.

Tabulka 24 Získávání informací o onemocnění Lupus erythematosus

Respondentka 1	od lékařů z internetu
Respondentka 2	od lékařů z internetu
Respondentka 3	od lékařů
Respondentka 4	od lékařů z internetu
Respondentka 5	od lékařů
Respondentka 6	od lékařů z odborné literatury z internetu z časopisů

Všech 6 (R1 – R6) respondentek získávalo informace o onemocnění Lupus erythematosus od lékařů, 4 (R1, R2, R4, R6) respondentky získávaly informace též na internetu, 1 (R6) respondentka získávala informace ještě v časopisech a odborné literatuře.

Tabulka 25 Pocity na začátku těhotenství

Respondentka 1	radost
Respondentka 2	radost strach, jak bude těhotenství probíhat
Respondentka 3	radost strach, jak bude těhotenství probíhat
Respondentka 4	radost úzkost
Respondentka 5	strach, jak bude těhotenství probíhat strach o sebe strach o dítě
Respondentka 6	radost strach, jak bude těhotenství probíhat

5 (R1, R2, R3, R4, R6) z šesti respondentek pociťovalo na začátku těhotenství radost, 4 (R2, R3, R5, R6) respondentky měly strach, jak bude těhotenství probíhat, 1 (R5) respondentka udávala ještě strach o sebe i o dítě a 1 (R4) respondentka měla na počátku těhotenství úzkost.

Tabulka 26 Informace o rizikovém těhotenství

Respondentka 1	gynekolog
Respondentka 2	gynekolog revmatolog
Respondentka 3	gynekolog
Respondentka 4	gynekolog revmatolog
Respondentka 5	gynekolog revmatolog
Respondentka 6	gynekolog revmatolog

O tom, že je jejich těhotenství rizikové, informoval všech 6 (R1 – R6) respondentek gynekolog a 4 (R2, R4, R5, R6) respondentky informoval ještě revmatolog.

Tabulka 27 Počet hospitalizací v těhotenství

Respondentka 1	1x dlouhodobá
Respondentka 2	1x krátkodobá
Respondentka 3	1x dlouhodobá
Respondentka 4	3x
Respondentka 5	2x
Respondentka 6	1x krátkodobá

2 (R2, R6) respondentky byly v těhotenství hospitalizovány 1x krátkodobě, 2 (R1, R3) respondentky byly hospitalizovány 1x dlouhodobě, 1 (R5) respondentka byla hospitalizována 2x a 1 (R4) respondentka byla hospitalizována 3x.

Tabulka 28 Pravidelné kontroly

Respondentka 1	ano
Respondentka 2	ano
Respondentka 3	ano
Respondentka 4	ano
Respondentka 5	ano
Respondentka 6	ano

U všech 6 (R1 – R6) respondentek probíhaly pravidelné kontroly.

Tabulka 29 Kontroly specialistů

Respondentka 1	gynekolog revmatolog
Respondentka 2	gynekolog internista revmatolog
Respondentka 3	gynekolog revmatolog nefrolog oftalmolog
Respondentka 4	gynekolog revmatolog hematolog ušní lékař
Respondentka 5	gynekolog revmatolog
Respondentka 6	gynekolog revmatolog

Všech 6 (R1 – R6) respondentek kontroloval pravidelně gynekolog a revmatolog, 1 (R2) respondentku kontroloval ještě internista, 1 (R3) respondentku kontroloval ještě nefrolog a oční lékař a 1 (R4) respondentku kontroloval ještě hematolog a ušní lékař.

Tabulka 30 Fyzické potíže na počátku těhotenství

Respondentka 1	bolesti kloubů kožní vyrážky
Respondentka 2	vyrážka v obličeji zažívací potíže
Respondentka 3	zažívací potíže zvracení
Respondentka 4	zvracení tvrdnutí břicha
Respondentka 5	tvrdnutí břicha vyšší TK
Respondentka 6	nauzea zvracení špinění bolesti v podbřišku únava

Na počátku těhotenství měly 2 (R2, R3) respondentky zažívací potíže, 3 (R3, R4, R6) respondentky udávaly na začátku těhotenství zvracení, nauzea na začátku těhotenství měla 1 (R6) respondentka a 3 (R4, R5, R6) respondentky udávaly tvrdnutí břicha nebo bolesti v podbřišku. Špinění udávala 1 (R6) respondentka, 1 (R5) respondentka měla vyšší TK, 1 (R6) respondentka se cítila z počátku těhotenství unavená, bolest kloubů v počátku těhotenství udávala 1 (R1) respondentka, 2 (R1, R2) respondentky udávaly kožní vyrážky, jedna (R2) z nich měla vyrážku lokalizovanou v obličeji.

Tabulka 31 Zhoršení fyzických potíží během těhotenství

Respondentka 1	ano
Respondentka 2	ne
Respondentka 3	ano
Respondentka 4	ano
Respondentka 5	ano
Respondentka 6	ano

Zhoršení fyzických potíží uvedlo 5 (R1, R3 – R6) z šesti respondentek a 1 (R2) respondentka uvedla, že neměla zhoršené fyzické potíže v těhotenství.

Tabulka 32 Nejhorší fyzické potíže během těhotenství

Respondentka 1	otoky bolesti kloubů únava bolest kloubů při chůzi do schodů zvýšená teplota
Respondentka 2	vyrážka v obličeji zažívací potíže
Respondentka 3	zažívací potíže zvracení ječné zrno
Respondentka 4	tvrdnutí břicha bolest ucha časté výtoky
Respondentka 5	tvrdnutí břicha omdlévání vyšší TK
Respondentka 6	nauzea zvracení špinění bolesti v podbřišku únava

Jako nejhorší fyzické potíže udávala 1 (R1) respondentka otoky, 1 (R1) respondentka udávala bolest kloubů, zvláště při chůzi. Únavu udávaly 2 (R1, R6) respondentky. Vyrážka v obličeji byla nepříjemná pro 1 (R2) respondentku. Zažívací potíže trápily 2 (R2, R3) respondentky. Na zvracení si stěžovaly 2 (R3, R6) respondentky. 1 (R6) respondentka měla nauzea. Vyšší TK udávala 1 (R5) respondentka. 1 (R5) respondentku obtěžovaly mdloby. 1 (R1) respondentka měla vyšší TT. 3 (R4, R5, R6) respondentky udávaly jako nejhorší tvrdnutí břicha nebo bolesti v podbřišku. Špinění zužovalo 1 (R6) respondentku. 1 (R4) respondentka trpěla častými výtoky. Ječné zrno bylo nepříjemné pro 1 (R3) respondentku a bolest ucha udávala 1 (R4) respondentka.

Tabulka 33 Psychické potíže na počátku těhotenství

Respondentka 1	strach
Respondentka 2	strach
Respondentka 3	strach plačtivost
Respondentka 4	úzkost
Respondentka 5	strach úzkost deprese plačtivost
Respondentka 6	strach

5 (R1, R2, R3, R5, R6) z šesti respondentek mělo na počátku těhotenství strach. 2 (R3, R5) respondentky udaly, že byly plačtivé. Úzkostné stavy popisovaly 2 (R4, R5) respondentky a 1(R5) respondentka udávala depresi.

Tabulka 34 Zhoršení psychických potíží během těhotenství

Respondentka 1	ne
Respondentka 2	ne
Respondentka 3	ne
Respondentka 4	ano
Respondentka 5	ano
Respondentka 6	ano

Zhoršení psychických potíží v těhotenství udaly 3 (R4 – R6) respondentky a u 3 (R1 – R3) respondentek ke zhoršení psychických potíží během těhotenství nedošlo.

Tabulka 35 Nejhorší psychické potíže během těhotenství

Respondentka 1	strach o sebe nechápal co se děje (deficit informací)
Respondentka 2	strach o dítě
Respondentka 3	strach plačtivost chyběla rodina
Respondentka 4	pocit zbytečné hospitalizace chyběla rodina
Respondentka 5	strach úzkost deprese plačtivost
Respondentka 6	strach

Pro 5 (R1 – R3, R5, R6) respondentek byl v těhotenství nejhorší strach. 1 (R1) respondentka ho definovala jako strach o sebe. 1 (R2) respondentka měla strach o dítě. 2 (R3, R5) respondentky byly v těhotenství plačtivé. Úzkost udávala 1 (R5) respondentka. Pro 1 (R5) respondentku byly nejhorší deprese. 2 (R3, R4) respondentkám nejvíce chyběla rodina. 1 (R4) respondentka měla pocit zbytečné hospitalizace a 1 (R1) respondentka nechápala zcela svou situaci.

Tabulka 36 Doporučení porady s psychologem

Respondentka 1	ne
Respondentka 2	ne
Respondentka 3	ne
Respondentka 4	ne
Respondentka 5	ne
Respondentka 6	ne

Žádné (R1 – R6) respondentce lékař nedoporučil poradu s psychologem.

Tabulka 37 Největší psychická opora v těhotenství

Respondentka 1	rodina partner matka kamarádka
Respondentka 2	partner rodiče
Respondentka 3	partner rodina
Respondentka 4	partner matka kamarádka
Respondentka 5	matka kamarádka gynekolog
Respondentka 6	manžel rodina kamarádka porodní asistentka

3 (R1 – R3) respondentkám byla v těhotenství největší oporou rodina. 5 (R1 – R4, R6) respondentek uvedlo, že největší psychickou oporou jim byl partner. 3 (R1, R4, R5) respondentky psychicky podporovala matka. 1 (R2) respondentku psychicky podpořili rodiče. 4 (R1, R4 – R6) respondentky psychicky podpořila kamarádka. 1 (R5) respondentce byl oporou gynekolog a 1 (R6) respondentce byla oporou porodní asistentka.

Tabulka 38 Jiné zdravotní problémy během těhotenství

Respondentka 1	motýlovitý erytém zvýšený TK
Respondentka 2	žádné
Respondentka 3	ječné zrno nachlazení
Respondentka 4	vyrážka na dlaních bolest ucha
Respondentka 5	anémie bílkovina v moči vyšší TT vyšší TK nachlazení
Respondentka 6	nauzea zvracení

1 (R2) respondentka uvedla, že neměla další potíže. Motýlovitý erytém měla 1 (R1) respondentka. 1 (R4) respondentka měla vyrážku na dlaních. Vyšší TK uvedly 2 (R1, R5) respondentky. Vyšší TT měla 1 (R5) respondentka. 1 (R5) respondentka uváděla bílkovinu v moči. Anemii uvedla 1 (R5) respondentka. 1 (R6) respondentku trápila nauzea a zvracení. 2 (R3, R5) respondentky byly nachlazené. 1 (R3) respondentka měla ječné zrno a 1 (R4) respondentku trápila bolest ucha.

Tabulka 39 Další problémy během rizikového těhotenství

Respondentka 1	anemie bílkovina v moči infekce v pochvě
Respondentka 2	žádné
Respondentka 3	anemie bílkovina v moči špatně uložené lůžko málo VP infekce v pochvě
Respondentka 4	anemie málo krevních destiček bílkovina v moči kontrakce malý plod nález na čípku infekce v pochvě a v uchu
Respondentka 5	kontrakce
Respondentka 6	špinění bolesti v podbřišku

1 (R2) respondentka neuvedla v souvislosti s rizikovým těhotenstvím žádné potíže. Anemii uváděly 3 (R1, R3, R4) respondentky. 1 (R4) respondentka měla trombocytopenii. Bílkovinu v moči měly 3 (R1, R3, R4) respondentky. Kontrakce během rizikového těhotenství uvedly 2 (R4, R5) respondentky. 1 (R6) respondentka měla bolesti v podbřišku. Špinění uvedla 1 (R6) respondentka. 1 (R4) respondentka uváděla malý plod. 1 (R3) respondentka měla méně VP. U 1 (R3) respondentky bylo diagnostikováno špatně uložené lůžko. 1 (R4) respondentka měla nález na čípku. Infekcí v pochvě trpěly 3 (R1, R3, R4) respondentky a u 1 (R4) respondentky byla prokázána infekce v uchu.

Tabulka 40 Ošetrovatelská péče během hospitalizace

Respondentka 1	měření TK, P, TT sledování pohybů a OP natáčení CTG podávání léků odběry krve a moče vyšetřování moče orientačně papírkem úprava lůžka sledování vyprazdňování stolice
Respondentka 2	měření TK, P, TT sledování pohybů a OP natáčení CTG podávání léků odběry krve a moče vyšetřování moče orientačně papírkem úprava lůžka sledování vyprazdňování stolice sledování kontrakcí
Respondentka 3	měření TK, P, TT sledování pohybů a OP natáčení CTG podávání léků odběry krve a moče vyšetřování moče orientačně papírkem úprava lůžka sledování vyprazdňování stolice podávaly neslanou dietu
Respondentka 4	měření TK, P, TT sledování pohybů a OP natáčení CTG podávání léků odběry krve a moče vyšetřování moče orientačně papírkem úprava lůžka sledování vyprazdňování stolice
Respondentka 5	měření TK, P, TT sledování pohybů a OP natáčení CTG podávání léků odběry krve a moče vyšetřování moče orientačně papírkem úprava lůžka sledování vyprazdňování stolice sledování stavu kůže - vyrážky
Respondentka 6	měření TK, P, TT podávání léků odběry krve a moče úprava lůžka péče o hygienu sledování krvácení sledování bolestí v podbřišku

Měření TK, P a TT bylo prováděno u všech 6 (R1 – R6) respondentek. Sledování pohybů a ozev plodu bylo prováděno u 5 (R1 – R5) respondentek. Natáčení CTG bylo prováděno rovněž u 5 (R1 – R5) respondentek. Všem 6 (R1 – R6) respondentkám byly podávány léky. Všem 6 (R1 – R6) respondentkám byly odebírány vzorky krve a moče. 5 (R1 – R5) respondentkám byla vyšetřována orientačně moč diagnostickým papírkem. U všech 6 (R1 – R6) respondentek byla denně prováděna úprava lůžka. U 5 (R1 – R5) respondentek bylo sledováno vyprazdňování stolice. 1 (R2) respondentce byly sledovány kontrakce. U 1 (R3) respondentky bylo dohlíženo na dodržování předepsané diety. 1 (R5) respondentka uvedla sledování stavu kůže. 1 (R6) respondentka uváděla péči o hygienu. U 1 (R6) respondentky bylo sledováno krvácení a u 1 (R6) respondentky byly sledovány bolesti v podbřišku.

Tabulka 41 Dojem těhotných žen s onemocněním Lupus erythematosus o větší ošetrovatelské péči než u ostatních pacientek během hospitalizace

Respondentka 1	ano
Respondentka 2	ne
Respondentka 3	ano
Respondentka 4	ano
Respondentka 5	ano
Respondentka 6	ano

5 (R1, R3 – R6) z šesti respondentek uvádělo, že u nich porodní asistentky provádějí více ošetrovatelské péče a 1 (R2) respondentka odpověděla, že ne.

Tabulka 42 Více sledované oblasti během hospitalizace

Respondentka 1	OP a pohyby plodu TK odběry krve a moče UZ plodu
Respondentka 2	OP a pohyby plodu kontrakce TK
Respondentka 3	OP a pohyby plodu TK UZ plodu a uložení placenty odběry krve a moče
Respondentka 4	OP a pohyby plodu TK UZ plodu odběry krve a moče
Respondentka 5	OP a pohyby plodu TK UZ plodu odběry krve a moče
Respondentka 6	TK a P krvácení bolesti v podbřišku

U 5 (R1 – R5) respondentek byly více sledovány pohyby a OP. Všem 6 (R1 – R6) respondentkám byl více sledován TK. U 1 (R6) byl více sledován puls. 4 (R1, R3, R4, R5) respondentkám byl více sledován UZ plodu. U 1 (R3) respondentky bylo navíc sledováno uložení placenty. 4 (R1, R3, R4, R5) respondentkám byly častěji odebírány vzorky krve a moče. U 1 (R2) respondentky byly více sledované kontrakce a u 1 (R6) respondentky bylo více sledováno krvácení a bolesti v podbřišku.

Tabulka 43 Nejvíce zatěžující úkony porodních asistentek během hospitalizace pro těhotné ženy s onemocněním Lupus erythematosus

Respondentka 1	natáčení CTG, i několikrát denně poslech OP po 3 hodinách, i v noci
Respondentka 2	noční poslech OP
Respondentka 3	natáčení CTG, i několikrát denně poslech OP po 3 hodinách, i v noci časté odběry krve
Respondentka 4	natáčení CTG, i několikrát denně poslech OP po 3 hodinách, i v noci časté odběry krve
Respondentka 5	nic
Respondentka 6	nic

Pro 3 (R1, R3, R4) respondentky bylo při hospitalizaci nejvíce zatěžující natáčení CTG. 4 (R1, R2, R3, R4) respondentkám vadil noční poslech OP. 2 (R3, R4) respondentky uváděly jako nepříjemné časté odběry krve a 2 (R5, R6) respondentkám nevadilo na hospitalizaci nic.

Tabulka 44 Dojem těhotných žen s onemocněním Lupus erythematosus o zásluze větší pozornosti v ošetrovatelské péči

Respondentka 1	psychický stav těhotné
Respondentka 2	neví
Respondentka 3	psychický stav těhotné
Respondentka 4	psychický stav těhotné
Respondentka 5	psychický stav těhotné
Respondentka 6	psychický stav ženy

5 (R1, R3 – R6) respondentek uvedlo, že by uvítaly větší zájem o jejich psychický stav a 1 (R2) respondentka neví.

Tabulka 45 Problém ošetrovateľskej péče

Respondentka 1	málo personálu
Respondentka 2	žádný
Respondentka 3	absence psychologa na oddělení
Respondentka 4	málo personálu absence psychologa na oddělení
Respondentka 5	žádný
Respondentka 6	žádný

Problém ošetrovateľskej péče viděly 2 (R1, R4) respondentky v nedostatku personálu. 2 (R3, R4) respondentky uváděly jako problém absenci psychologa na oddělení. 3 (R2, R5, R6) respondentky neviděly problém žádný.

5. DISKUZE

Cílem bakalářské práce bylo seznámit se s problematikou onemocnění Lupus erythematosus. Byly zjišťovány a porovnávány klinické příznaky těhotných žen s onemocněním Lupus erythematosus. Rovněž byly zjišťovány a porovnávány psychické problémy těhotných žen s onemocněním Lupus erythematosus. Bylo zjišťováno, jak se jednotlivé případy těhotných žen s onemocněním Lupus erythematosus liší. Též byla zjišťována specifika ošetrovatelské péče o těhotné ženy s onemocněním Lupus erythematosus.

Proběhlo výzkumné šetření. Toto výzkumné šetření bylo vedeno kvalitativně. Kvalitativního výzkumného šetření se zúčastnilo celkem šest žen. Jednotlivé případy byly zpracovány v kazuistikách a porovnávány v tabulkách.

Věk respondentek se pohyboval v rozmezí 19 až 29 let. Jedné respondentce bylo 19 let, jedné respondentce bylo 21 let, jedné respondentce bylo 24 let, jedné respondentce bylo 25 let, jedné respondentce bylo 28 let a jedné respondentce bylo 29 let (Tabulka 7, 15). To se shoduje s odbornou literaturou, kde se uvádí, že nejčastěji jsou SLE postiženy ženy ve fertilním věku mezi 15 – 45 lety (5, 10, 33).

Vzdělání žen nemá na onemocnění zvláštní vliv. Je zde zastoupena poměrně široká škála nejvyššího ukončeného vzdělání. Jednotlivé případy se snad liší pouze v míře zájmu o získávání dalších informací (Tabulka 8). Jedna respondentka má základní vzdělání. Tři respondentky mají nejvyšší ukončené vzdělání učební obor. Jedna respondentka má středoškolské vzdělání s maturitou. Jedna respondentka má nejvyšší ukončené vzdělání diplomovaný obor (Tabulka 7, 16). Všechny respondentky jsou v současné době na mateřské dovolené (Tabulka 17).

Dvě respondentky byly těhotné poprvé, tři respondentky podruhé a jedna potřetí (Tabulka 7, 18). Parita ženy nemá na průběh těhotenství zvláštní vliv. V podstatě je snaha pomoci ženě překlenout jedno těhotenství. Je snaha o co nejlepší výsledek. Pokud má žena již jedno dítě, pak další těhotenství nebývá doporučováno (Tabulka 14). Je to z důvodu velkého rizika pro matku i plod (5, 10, 29, 33, 38, 44, 45, 50, 51).

Dvě respondentky byly v těhotenství hospitalizovány 1x krátkodobě, dvě respondentky 1x dlouhodobě. Jedna respondentka byla hospitalizována 2x a jedna respondentka 3x (Tabulka 7, 27). Záleží tedy na aktuálním zdravotním stavu těhotné ženy. Pokud to situace alespoň trochu dovoluje, jsou ženy ponechány v domácím ošetřování, kde mají své pohodlí a veškerou psychickou podporu rodiny. Je ale nutné, aby docházely pravidelně na kontroly jak ke gynekologovi, tak revmatologovi a ostatním odborným lékařům (Tabulka 8, 28, 29).

U jedné respondentky byl SLE diagnostikován v 16 letech. U jedné respondentky byl SLE diagnostikován v 17 letech. U jedné respondentky byl SLE diagnostikován v 19 letech. U jedné respondentky byl SLE diagnostikován ve 25 letech. U jedné respondentky byl SLE diagnostikován v 27 letech. U jedné respondentky byl SLE diagnostikován ve 28 letech (Tabulka 8, 19). To opět potvrzuje tvrzení odborné literatury, že SLE postihuje hlavně ženy ve fertilním věku (5, 10, 33).

Začátek onemocnění Lupus erythematosus se velmi různí. To jen dokazuje, že toto onemocnění je onemocnění mnoha tváří, jak je často uváděno (2, 5, 10, 21, 24, 25, 28, 30, 31, 33, 50). U jedné respondentky byl SLE diagnostikován v souvislosti s febriliemi a otoky kloubů. U jedné respondentky byl SLE diagnostikován v souvislosti s trombózou v anamnéze. U jedné respondentky byl SLE diagnostikován v souvislosti se synovitidou kolene, nechutenstvím, hubnutím a únavou. U jedné respondentky byl SLE diagnostikován v souvislosti s trombocytopenií v anamnéze. U jedné respondentky byl SLE diagnostikován v souvislosti s obrnou lícního nervu v anamnéze a motýlovitým erytémem v obličeji. U jedné respondentky byl SLE diagnostikován v souvislosti s prokázáním novorozeneckého SLE u prvního dítěte (Tabulka 8, 20).

Jedna respondentka měla již nějaké vědomosti o onemocnění Lupus erythematosus před vyřčením diagnózy. Pět respondentek o onemocnění Lupus erythematosus před vyřčením diagnózy nevědělo nic (Tabulka 8, 22). To svědčí o tom, že onemocnění Lupus erythematosus není příliš známo a jeho výskyt v evropských zemích je proti ostatnímu světu poněkud řidší (24, 31, 33, 38, 50).

Onemocnění Lupus erythematosus zasahuje svými projevy do mnoha medicínských oborů. Proto je nutná spolupráce všech zúčastněných odborníků (5, 10, 33). Tři respondentky o jejich onemocnění informoval internista, jednu respondentku informoval gynekolog, jednu respondentku praktický lékař a jednu respondentku dětský lékař (Tabulka 8, 23). O tom, že je jejich těhotenství rizikové, informoval všech šest respondentek gynekolog, čtyři respondentky informoval ještě revmatolog (Tabulka 8, 26). U všech šesti respondentek probíhaly pravidelné kontroly. Všechny šest respondentek kontroloval pravidelně gynekolog a revmatolog. Jednu respondentku kontroloval ještě internista. Jednu respondentku kontroloval ještě nefrolog a oční lékař. Jednu respondentku kontroloval ještě hematolog a ušní lékař (Tabulka 8, 28, 29).

Všechny šest respondentek získávalo informace o onemocnění Lupus erythematosus od lékařů, čtyři respondentky získávaly informace též na internetu. Jedna respondentka získávala informace ještě v časopisech a odborné literatuře (Tabulka 8, 24).

Tabulka 9, 20, 21, 30, 31, 32, 38 a 39 zobrazuje a porovnává všechny zdravotní problémy respondentek. Žádná respondentka nebyla zcela bez obtíží. Motýlovitý erytém v obličeji uvedly tři respondentky. Erytém jiné lokalizace uvedly dvě respondentky. Bolest kloubů uváděly dvě respondentky. Bolest jiné lokalizace uváděly tři respondentky. Jedna udávala bolest hlavy, jedna bolest ucha a jedna bolest zad a bolest v okolí oka. Bolest ucha a bolest v okolí oka byly přidružené potíže. Přímo nesouvisely s onemocněním SLE, ale přesto se u žen během těhotenství objevily. Otoky kloubů uvedly dvě respondentky. Otoky dolních končetin uvedla jedna respondentka. Únavu popisovalo pět z šesti respondentek. Nechutenství a hubnutí se objevilo u jedné respondentky. Zažívací potíže udávaly dvě respondentky. Nauzeu uváděla jedna respondentka a tři respondentky udávaly zvracení. Padání vlasů se objevilo u jedné respondentky. Vyšší TK se objevil u dvou respondentek, dvě respondentky měly vyšší TT a jedna respondentka měla tachykardii. Vaskulitida byla u dvou respondentek. Zánět ledvin měly dvě respondentky. Srdeční komplikace v podobě mitrální regurgitace se objevila u jedné respondentky.

U dvou respondentek byla zjištěna intrauterinní růstová retardace (IUGR). U jedné respondentky byl oligohydramnion. Další problémy souvisely spíše s graviditou a gynekologickými problémy než přímo s onemocněním SLE. Kontrakce v těhotenství měly dvě respondentky. Jedna respondentka měla nepravidelně uloženou placentu. Z počátku se jednalo o marginální placentu, posléze se placenta vytáhla na nízko nasedající lůžko. Infekci v pochvě měly tři respondentky. Dvě měly mykózu a chlamydie a jedna měla pozitivní GBS. Jedna respondentka měla L – SIL nález na čípku. Dvě respondentky měly infekce jiné lokalizace. Jedna měla ječné zrno a jedna zánět středního ucha. Dvě respondentky byly během těhotenství nachlazené. Zhoršení zdravotního stavu během těhotenství uvedlo pět z šesti respondentek. Z klinických příznaků, uváděných v literatuře, se u respondentek objevily kloubní projevy, kožní projevy, horečka, únava, ledvinné projevy, srdeční projevy, projevy GIT a vaskulitidy (2, 5, 6, 8, 10, 21, 24, 28, 29, 30, 31, 33, 40, 41, 44, 45, 46, 51).

Ženy měly též řadu laboratorních projevů, jako je anémie, trombocytopenie, proteinurie, hematurie a další (2, 5, 6, 9, 10, 23, 24, 28, 29, 30, 31, 33, 38, 39, 41, 46, 49, 50, 51). Anémie byla prokázána u čtyř respondentek. Trombocytopenie byla u dvou respondentek. Leukocytóza byla u jedné respondentky. Proteinurii měly čtyři respondentky. Hematurie byla u dvou respondentek. Bakteriurie byla u jedné respondentky. Leukocyturie byla u jedné respondentky. Všech šest respondentek mělo pozitivní imunologické testy (Tabulka 10, 38, 39).

Čtyři respondentky měly v době těhotenství aktivní formu SLE. U čtyř respondentek byla těhotenstvím vyvolaná aktivace procesu. Jedna respondentka měla středně aktivní formu SLE. U dvou respondentek byl stav SLE stabilní. Čtyři respondentky měly SLE vzniklý již před těhotenstvím. Dvěma respondentkám vznikl SLE v graviditě (Tabulka 11).

Tabulka 12, 25, 33, 34, 35 a 37 se zabývá všemi psychickými problémy těhotných žen s onemocněním Lupus erythematosus a porovnává je. Psychické potíže v těhotenství uvedlo všech šest respondentek. Zhoršení psychických potíží v těhotenství udaly 3 respondentky. Přes všechny potíže udávalo radost z těhotenství pět z šesti respondentek.

Strach z toho, jak bude těhotenství probíhat měly čtyři respondentky. Strach o sebe uvedly dvě respondentky. Strach o dítě uvedly rovněž dvě respondentky. Úzkost uváděly dvě respondentky. Depresi v těhotenství uvedla jedna respondentka. Dvě respondentky byly během těhotenství plachivé. Dvěma respondentkám chyběla během hospitalizace rodina. Jedna respondentka nechápala zcela svou situaci. Jedna respondentka měla pocit, že je hospitalizována zbytečně. Třem respondentkám byla v těhotenství největší oporou rodina. Pět respondentek uvedlo, že největší psychickou oporou jim byl partner. Tři respondentky psychicky podporovala matka, jednu respondentku rodiče. Čtyři respondentky psychicky podpořila kamarádka. Jedné respondentce byl oporou gynekolog a jedné respondentce porodní asistentka. Žádné respondentce ale nebyla lékařem doporučena porada s psychologem (Tabulka 36).

Ošetrovatelskou péči hodnotila Tabulka 13, 40, 42, 43, 44 a 45. U žen bylo prováděno měření TT, P a TT, byly sledovány pohyby a ozvy plodu, bylo natáčeno CTG (3, 4, 45), podávány předepsané léky, odebírány vzorky krve a moče, dále byla denně vyšetřována orientačně moč diagnostickým papírkem, denně byla prováděna úprava lůžka a bylo sledována vyprazdňování stolice. Dle stavu žen byly sledovány kontrakce, dohlíženo na dodržování předepsané diety, byl sledován stav kůže, dále byla prováděna péče o hygienu, dle stavu bylo sledováno krvácení a bolesti v podbříšku. Měření TK, P a TT bylo prováděno u všech šesti respondentek. Sledování pohybů a ozev plodu bylo prováděno u pěti respondentek. Natáčení CTG bylo prováděno rovněž u pěti respondentek. Všem šesti respondentkám byly podávány léky. Všem šesti respondentkám byly odebírány vzorky krve a moče. Pěti respondentkám byla vyšetřována orientačně moč diagnostickým papírkem. U všech šesti respondentek byla denně prováděna úprava lůžka. U pěti respondentek bylo sledováno vyprazdňování stolice. Jedné respondentce byly sledovány kontrakce. U jedné respondentky bylo dohlíženo na dodržování předepsané diety. Jedna respondentka uvedla sledování stavu kůže. Jedna respondentka uváděla péči o hygienu. U jedné respondentky bylo sledováno krvácení. U jedné respondentky byly sledovány bolesti v podbříšku.

U pěti respondentek byly více sledovány pohyby a OP. Všem šesti respondentkám byl více sledován TK. U jedné byl více sledován pulz. Čtyřem

respondentkám byl více sledován UZ plodu, u jedné respondentky navíc uložení placenty. Čtyřem respondentkám byly častěji odebírány vzorky krve a moče. U jedné respondentky byly více sledované kontrakce. U jedné respondentky bylo více sledováno krvácení a bolesti v podbřišku (Tabulka 13, 42). Pět z šesti respondentek mělo pocit, že u nich porodní asistentky provádějí více ošetrovatelské péče než u ostatních těhotných (Tabulka 41).

Pro tři respondentky bylo při hospitalizaci nejvíce zatěžující natáčení CTG. Čtyřem respondentkám vadil noční poslech OP. Dvě uváděly jako nepříjemné časté odběry krve. Dvěma respondentkám nevadilo na hospitalizaci nic (Tabulka 13, 43).

Pět respondentek uvedlo, že by uvítaly větší zájem o jejich psychický stav. Problém ošetrovatelské péče viděly dvě respondentky v nedostatku personálu. Dvě respondentky uváděly jako problém absenci psychologa na oddělení. Tři respondentky neviděly problém žádný (Tabulka 13, 44, 45).

Tabulka 14 zobrazuje a porovnává způsob ukončení těhotenství. Těhotenství dvou respondentek bylo ukončeno císařským řezem. Odborná literatura uvádí ukončení těhotenství S.C. v 29 % (10, 45). Tři respondentky porodily vaginální cestou. Jedna respondentka potratila (Tabulka 14). Potraty jsou uváděny v 10 – 40 % (45). Třem respondentkám bylo ukončeno těhotenství v ukončeném 37. týdnu těhotenství, dvěma v ukončeném 36. týdnu těhotenství a jedné v ukončeném 10. týdnu těhotenství (Tabulka 14). Předčasné porody jsou v literatuře uváděny v 10 – 36 %, potraty v 10 – 40 % (45). Pěti respondentkám se ukončovalo těhotenství z důvodu SLE a přidružených komplikací. U jedné respondentky proběhl zamlklý potrat. U jedné respondentky byl též důvodem stoupající krevní tlak, u jedné to byl oligohydramnion, u jedné poloha koncem pánevním (Tabulka 14). Ukončení těhotenství z důvodu preeklampsie uvádí literatura ve 14 – 15 % (10), čtyři respondentky měly proteinurii (Tabulka 10). U dvou respondentek bylo zjištěno IUGR (Tabulka 14). Intrauterinní růstová retardace plodu je rovněž v literatuře zmiňována (5, 10, 29, 33, 38, 44, 45, 50, 51). Trombocytopenie se vyskytuje u těhotných žen se SLE v 9 % (10, 45). Z šesti respondentek měly trombocytopenii dvě respondentky (Tabulka 10). U pěti respondentek proběhla zástava laktace (10, 45), u jedné nebylo třeba laktaci stavět z důvodu potratu v nízkém stupni

gravidity (Tabulka 14). Všem šesti respondentkám nebylo další těhotenství doporučeno (Tabulka 14).

Na začátku kvalitativního výzkumného šetření bylo stanoveno pět cílů a pět výzkumných otázek. Prvním cílem bylo zjistit problémy onemocnění Lupus erythematosus u vybraných těhotných žen. K dosažení stanoveného cíle byla stanovena výzkumná otázka ve znění: Jaké problémy se vyskytují u těhotných žen s onemocněním Lupus erythematosus? K odpovědi na výzkumnou otázku byly použity jednotlivé kazuistiky (Kazuistika 1, 2, 3, 4, 5, 6), rozhovor (Příloha 1) a tabulky, ve kterých byly shrnuty zdravotní i psychické problémy (Tabulka 1, 2, 3, 4, 5, 6, 20, 21, 25, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 37, 38 a 39). Cíl 1 byl splněn.

Druhý cíl měl za úkol zjistit specifika ošetrovatelské péče při onemocněním Lupus erythematosus. K dosažení tohoto cíle byla stanovena výzkumná otázka: Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u těhotných žen s onemocněním Lupus erythematosus? Ošetrovatelská péče je z části zpracována v kazuistikách (Kazuistika 1, 2, 3, 4, 5, 6). Ošetrovatelské péče se též týkal rozhovor (Příloha 1). U žen bylo prováděno měření TT, P a TT, byly sledovány pohyby a ozvy plodu, bylo natáčeno CTG, podávány předepsané léky, odebírány vzorky krve a moče, dále byla denně vyšetřována orientačně moč diagnostickým papírkem, denně byla prováděna úprava lůžka a bylo sledována vyprazdňování stolice. Dle stavu žen byly sledovány kontrakce, dohlíženo na dodržování předepsané diety, byl sledován stav kůže, dále byla prováděna péče o hygienu, dle stavu bylo sledováno krvácení a bolesti v podbřišku. Respondentky uvedly, že byly ve většině s ošetrovatelskou péčí spokojeny, přesto by uvítaly větší zájem o psychický stav (Tabulka 1, 3, 4, 5, 6, 13, 40). Problémem ošetrovatelské péče se zde jeví nedostatek ošetrovatelského personálu, jak uvedly dvě respondentky (Tabulka 1, 4, 13, 45). Dvě respondentky rovněž uvedly, že vidí problém ošetrovatelské péče v absenci psychologa na oddělení (Tabulka 3, 4, 13, 45). Některé oblasti jsou sledovány více, než u ostatních těhotných. Je to především krevní tlak, ozvy plodu, stav plodu pomocí ultrazvuku, řada laboratorních ukazatelů a veškeré zdravotní potíže (Tabulka 9, 10, 13, 42). Zanedbáván je psychický stav (Tabulka 12, 13, 44), což je nejspíše způsobeno nedostatkem ošetrovatelského personálu (Tabulka 1, 4, 13, 45). Cíl 2 byl splněn.

Třetím cílem bylo zjistit, jak se jednotlivé případy těhotných žen liší v průběhu těhotenství. K dosažení tohoto cíle byla stanovena výzkumná otázka: Jak se liší jednotlivé případy těhotných žen v průběhu onemocnění Lupus erythematosus? K odpovědi na výzkumnou otázku byly použity jednotlivé kazuistiky (Kazuistika 1, 2, 3, 4, 5, 6), pozorování a rozhovor (Příloha 1) Cíl 3 byl splněn. Pět ze šesti respondentek uvedlo, že se jejich zdravotní problémy během těhotenství zhoršily (Tabulka 1, 3, 4, 5, 6, 9, 31). Jejich zdravotní problémy se projevovaly v široké škále (Tabulka 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 20, 21, 30, 31, 32, 38, 39). Psychické problémy v těhotenství uvedly všechny respondentky, tři uvedly zhoršení psychiky v těhotenství. Nejvíce uváděným problémem byl strach (Tabulka 1, 4, 5, 6, 12, 25, 33, 34, 35, 37).

Čtvrtým cílem bylo porovnat klinické příznaky onemocnění Lupus erythematosus u vybraných těhotných žen. K dosažení stanoveného cíle byla stanovena výzkumná otázka ve znění: Jakým způsobem se klinické projevy onemocnění Lupus erythematosus odlišují u vybraných těhotných žen? K odpovědi na výzkumnou otázku byly použity jednotlivé kazuistiky (Kazuistika 1, 2, 3, 4, 5, 6), pozorování a rozhovor (Příloha 1). Cíl 4 byl splněn, klinické příznaky byly porovnány v Tabulce 9, 20, 21, 30, 31, 32, 38 a 39. Žádná respondentka nebyla zcela bez obtíží. Motýlovitý erytém v obličeji uvedly tři respondentky. Erytém jiné lokalizace uvedly dvě respondentky. Bolest kloubů uváděly dvě respondentky. Bolest jiné lokalizace uváděly tři respondentky. Jedna udávala bolest hlavy, jedna bolest ucha a jedna bolest zad a bolest v okolí oka. Otoky kloubů uvedly dvě respondentky. Otoky dolních končetin uvedla jedna respondentka. Únavu popisovalo pět z šesti respondentek. Nechutenství a hubnutí se objevilo u jedné respondentky. Zažívací potíže udávaly dvě respondentky. Nauzeu uváděla jedna respondentka a tři respondentky udávaly zvracení. Padání vlasů se objevilo u jedné respondentky. Vyšší TK se objevil u dvou respondentek, dvě respondentky měly vyšší TT a jedna respondentka měla tachykardii. Vaskulitida byla u dvou respondentek. Zánět ledvin měly dvě respondentky. Srdeční komplikace v podobě mitrální regurgitace se objevila u jedné respondentky. Kontrakce v těhotenství měly dvě respondentky. U dvou respondentek byla zjištěna intrauterinní růstová retardace (IUGR). U jedné respondentky byl oligohydramnion. Jedna respondentka měla nepravidelně

uloženou placentu. Z počátku se jednalo o marginální placentu, posléze se placenta vytáhla na nízko nasedající lůžko. Infekci v pochvě měly tři respondentky. Dvě měly mykózu a chlamydie a jedna měla pozitivní GBS. Dvě respondentky měly infekce jiné lokalizace. Jedna měla ječné zrno a jedna zánět středního ucha. Jedna respondentka měla L – SIL nález na čípku. Dvě respondentky byly během těhotenství nachlazené. Zhoršení zdravotního stavu uvedlo pět z šesti respondentek (Tabulka 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 31).

Pátým cílem výzkumného šetření bylo porovnat psychické problémy u vybraných těhotných žen při onemocnění Lupus erythematosus související s rizikovým těhotenstvím. K dosažení tohoto cíle byla stanovena výzkumná otázka ve znění: Jakým způsobem se liší psychické problémy vybraných těhotných žen s onemocněním Lupus erythematosus v souvislosti s těhotenstvím? K odpovědi na výzkumnou otázku bylo použito pozorování a rozhovor (Příloha 1). Cíl 5 byl splněn, psychické příznaky byly porovnány v Tabulce 12, 25, 33, 34, 35 a 37. Psychické potíže v těhotenství uvedlo všech šest respondentek. Zhoršení psychických potíží v těhotenství udaly tři respondentky. Radost z těhotenství udávalo pět z šesti respondentek. Strach uváděly respondentky v různých obměnách. Strach z toho, jak bude těhotenství probíhat měly čtyři respondentky. Strach o sebe uvedly dvě respondentky. Strach o dítě uvedly rovněž dvě respondentky. Úzkost uváděly dvě respondentky. Depresi v těhotenství uvedla jedna respondentka. Dvě respondentky byly během těhotenství plačtivé. Dvěma respondentkám chyběla během hospitalizace rodina. Jedna respondentka nechápala zcela svou situaci. Jedna respondentka měla pocit, že je hospitalizována zbytečně. Třem respondentkám byla v těhotenství největší oporou rodina. Pět respondentek uvedlo, že největší psychickou oporou jim byl partner. Tři respondentky psychicky podporovala matka, jednu respondentku rodiče. Čtyři respondentky psychicky podpořila kamarádka. Jedné respondence byl oporou gynekolog a jedné respondentce porodní asistentka (Tabulka 1, 2, 3, 4, 5, 6, 12, 37).

6. ZÁVĚR

Bakalářská práce měla seznámit s problematikou onemocnění Lupus erythematosus v souvislosti s graviditou, jeho klinickými příznaky, psychickými dopady a ošetrovatelskou péčí. Na základě kvalitativního výzkumného šetření byly zmapovány problémy onemocnění Lupus erythematosus u těhotných žen, zjištěna specifika ošetrovatelské péče, dále bylo zjišťováno, jak se jednotlivé případy těhotných žen liší v průběhu onemocnění Lupus erythematosus, byly porovnány klinické příznaky onemocnění Lupus erythematosus u vybraných těhotných žen a byly porovnány psychické problémy u vybraných těhotných žen při onemocnění Lupus erythematosus související s těhotenstvím.

Na počátku kvalitativního výzkumného šetření bylo stanoveno pět cílů a pět výzkumných otázek. Všechny cíle byly splněny a výzkumné otázky byly zodpovězeny výsledky šetření.

Na základě výsledků výzkumného šetření je možné stanovit čtyři hypotézy. První hypotéza zní: U těhotných žen s onemocněním Lupus erythematosus je problémem motýlovitý erytém na obličeji.

Druhá hypotéza zní: Specifikem ošetrovatelské péče u těhotných žen s onemocněním Lupus erythematosus je časté sledování ozev plodu v průběhu dne i v noci.

Třetí hypotéza zní: Jednotlivé případy těhotných žen s Lupus erythematosus se liší v klinických projevech onemocnění.

Čtvrtá hypotéza zní: Těhotné ženy s onemocněním Lupus erythematosus mají strach o následný vývoj těhotenství.

Z kvalitativního výzkumného šetření vyplývají zajímavé poznatky. Pět z šesti žen, se kterými byl prováděn rozhovor uvedlo, že by uvítaly větší zájem o jejich psychický stav a větší psychickou podporu ze strany zdravotnického personálu. Není to zřejmě dáno nezájmem personálu, ale jeho nedostatkem v nemocnicích. Dále by ženy uvítaly dostupnost psychologa na odděleních. Psycholog dostupný na oddělení by byl přínosem nejen pro ženy samotné, ale i pro zdravotnický personál. S jeho pomocí by se

daly lépe překlenout všechna úskalí psychiky těhotných a tím vylepšit i jejich zdravotní stav. Pokud se žena cítí dobře, lépe spolupracuje a snáze zvládá všechny fyzické potíže.

Poznatky o onemocnění Lupus erythematosus a výsledky práce by mohly být využity v ošetrovatelském procesu a jeho intervencích poskytovaných porodními asistentkami v nemocniční i primární péči. Pokud budeme znát problémy a přání těhotných žen s tímto onemocněním, bude i efektivněji vedena ošetrovatelská péče o ně.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ARCHALOUSOVÁ, A. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. 1. vydání. Hradec Králové: Nucleus HK, 2003. 104 s. ISBN 80 – 86225 33 – X.
2. BARTŮŇKOVÁ, J., FUČÍKOVÁ, T., SHOENFELD, Y. *Autoimunita vnitřní nepřítel*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2007. 88 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 2044 – 9.
3. ČECH, E., et al. *Porodnictví*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 1999. 434 s. ISBN 80 – 7169 – 355 – 3.
4. ČECH, E., HÁJEK, Z., et al. *Porodnictví*. 2. přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. 544 s. ISBN 80 – 247 – 1313 – 9.
5. DÍTĚ, P., et al. *Vnitřní lékařství*. 2. doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén, 2007. 588 s. ISBN 978 – 80 – 7262 – 496 – 6.
6. FAUSTMANNOVÁ, O. *Lupus erythematosus*,
<http://lekarny.zdravcentra.cz/img/casopisy/clanek/232/558.pdf> [5.1.2009].
7. FERENČÍK, M., et al. *Imunitní systém – informace pro každého*. 1. české vydání. Praha: Grada Publishing, 2005. 236 s. ISBN 80 – 247 – 1196 – 6.
8. FLÖSCH, U. R., KOCHSIEK, K., SCHMIDT, R. F., et al. *Patologická fyziologie*. 1. české vydání. Praha: Grada Publishing, 2003. 588 s. ISBN 80 – 247 – 0319 – X.
9. FUČÍKOVÁ, T. *Imunologie*. Vnitřní lékařství, svazek V. 1. vydání. Praha: Galén, 2002. 60 s. ISBN 80 – 7262 – 138 – 6.
10. HÁJEK, Z., et al. *Rizikové a patologické těhotenství*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2004. 444 s. ISBN 80 – 247 – 0418 – 8.
11. <http://cs.wikipedia.org/wiki/Apoptóza> [7.1.2009].
12. <http://cs.wikipedia.org/wiki/DNA> [3.1.2009].
13. <http://cs.wikipedia.org/wiki/Histon> [7.1.2009].
14. <http://cs.wikipedia.org/wiki/Imunizace> [4.1.2009].
15. <http://cs.wikipedia.org/wiki/Imunologie> [3.1.2009].
16. <http://cs.wikipedia.org/wiki/Protilátka> [3.1.2009].

17. <http://cs.wikipedia.org/wiki/Transplantace> [3.1.2009].
18. <http://encyklopedie.seznam.cz/heslo/130824-histon> [7.1.2009].
19. <http://encyklopedie.seznam.cz/heslo/5559-apoptoza> [7.1.2009].
20. <http://imunologie.lf2.cuni.cz/> [4.1.2009].
21. <http://lupus.klok.cz/clanky/co-je-sle> [10.9.2009].
22. <http://lupus.klok.cz/clanky/lupus-obecne> [5.1.2009].
23. <http://lupus.klok.cz/clanky/sle-vysetrovaci-metody> [9.1.2009].
24. <http://lupus-erythematosus.navajo.cz/> [5.1.2009].
25. http://old.lf3.cuni.cz/studium/materialy/imunologie/souhrn_2c.pdf [5.1.2009].
26. <http://www.fnb.cz/oddeleni/okbi/vlastni/autoprotiilatky.htm> [7.1.2009].
27. <http://www.lf3.cuni.cz/cs/index.html> [4.1.2009].
28. <http://www.lupusinky.estranky.cz/stranka/systemovy-lupus---lupus-alias-vlk> [5.1.2009].
29. <http://www.printo.it/pediatric-rheumatology/information/Cechia/2.htm> [5.1.2009].
30. <http://www.stefajir.cz/?q=lupus-erythematosus> [10.1.2009].
31. KLENER, P., PAVELKA, K., et al. *Revmatologie. Vnitřní lékařství, svazek VII.* 1. vydání. Praha: Galén, 2002. 149 s. ISBN 80 – 7262 – 145 – 9.
32. KLENER, P., et al. *Vnitřní lékařství III pro střední zdravotnické školy.* Praha: Informatorium, 2002. 200 s. ISBN 80 – 86073 – 98 – X.
33. KLENER, P., et al. *Vnitřní lékařství.* 3. přepracované a doplněné vydání. Praha: Galén, 2006. 1158 s. ISBN 80 – 7262 – 430 – X.
34. KORDAČ, V., et al. *Vnitřní lékařství I.* 1. vydání. Praha: Avicenum, 1988. 668 s. ISBN není uvedeno.
35. KREJSEK, J., KOPECKÝ, O. *Klinická imunologie.* 1. vydání. Hradec Králové: Nucleus HK, 2004. 942 s. ISBN 80 – 86225 – 50 – X.
36. LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství.* 1. české vydání. Praha: Grada Publishing, 2004. 988 s. ISBN 80 – 247 – 0668 – 7.
37. MAREČKOVÁ, J. *Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách.* 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. 264 s. ISBN 80 – 247 – 1399 – 3.

38. MARTIUS, G., BRECKWOLDT, M., PFLEIDERER, A., et al. *Gynekologie a porodnictví*. 1. české vydání. Martin: Vydavatel'stvo Osveta, 1997. 648 s. ISBN 80 – 88824 – 56 – 7.
39. NAVRÁTIL, L., et al. *Vnitřní lékařství pro nelékařské fakulty*. 1. vydání. Praha: Manus, 2003. 316 s. ISBN 80 – 86571 – 02 – 5.
40. NAVRÁTIL, L., et al. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2008. 424 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 2319 – 8.
41. OLEJÁROVÁ, M., PROKEŠ, M. *Praktická revmatologie pro lékaře a farmaceuty*. 1. vydání. Praha: Apotex, 2005. 172 s. ISBN není uvedeno.
42. PACOVSKÝ, V. *Vnitřní lékařství*. 1. české vydání. Martin: Vydavatel'stvo Osveta, 1993. 344 s. ISBN 80 – 217 – 0558 – 2.
43. PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2005. 152 s. ISBN 80 – 247 – 1211 – 3.
44. ROZTOČIL, A., et al. *Moderní porodnictví*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2008. 408 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 1941 – 2.
45. ROZTOČIL, A., et al. *Porodnictví*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. 333 s. ISBN 80 – 7013 – 339 – 2.
46. SPRANDEL, U., STARK, F. *Kompéndium vnitřního lékařství*. 2. zcela přepracované vydání. Praha: Viktoria Publishing, 1994. 384 s. ISBN 80 – 85605 – 66 – X.
47. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetrovatelství II*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. 212 s. ISBN 80 – 247 – 1777 – 8.
48. ŠEFC, L. *Cytokiny*, <http://patf.lf1.cuni.cz/stumat/cytokiny.pdf> [7.1.2009].
49. ŠPIČÁK, V., PANZNER, P. *Alergologie*. 1. vydání. Praha: Galén, 2004. 350 s. ISBN 80 – 7262 – 365 – X.
50. VALENTOVÁ, I. Co je lupus? *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 11, s. 26 – 28. ISSN 1210 – 0404.
51. ZWINGER, A. *Porodnictví*. 1. vydání. Praha: Galén, 2004. 534 s. ISBN 80 – 7262 – 257 – 9.

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Fyzické potíže

Klinické příznaky

Lupus erythematosus

Ošetrovatelská péče

Psychické problémy

Rizikové těhotenství

9. PŘÍLOHY

9.1 Seznam příloh

Příloha 1 Rozhovor s respondentkami

Příloha 2 Motýlovitý erytém při onemocnění SLE

Příloha 3 Zánětlivé postižení kloubů, šlach a měkkých tkání při onemocnění SLE

Příloha 4 Neonatální lupus

Příloha 5 Percentilové tabulky k diagnostice IUGR

Příloha 6 Tabulky k diagnostice hrozící hypoxie

Příloha 7 Záznam o maturaci plodu

Příloha 8 Záznam průběhu rizikového těhotenství

Příloha 9 Záznam ošetrovatelské péče o rizikové těhotenství

Příloha 10 Ošetrovatelská dokumentace, ošetrovatelský proces dle Gordonové

Příloha 11 Ošetrovatelská dokumentace, ošetrovatelský proces dle Oremové

Příloha 12 Ošetrovatelská dokumentace, ošetrovatelský proces dle Royové

Příloha 1 Rozhovor s respondentkami

Otázky pro pacientky

1. Kolik Vám je/bylo let (v době těhotenství)?
2. Jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?
3. V současné době jste (zaměstnaná, nezaměstnaná, na MD, invalidní důchod...)?
4. Kolikáté bylo vaše těhotenství, když jste byla hospitalizována na rizikovém těhotenství v ČB v roce /na gynekologii v Prachaticích v roce....?
5. V kolika letech Vaše onemocnění začalo?
6. Jaké příznaky se u Vás objevily jako první?
7. Jaké jste měla další potíže?
8. Věděla jste něco o onemocnění Lupus erythematosus před tím, než byl u Vás zjištěn?
9. Kdo Vás informoval o Vašem onemocnění?
10. Kde jste si získávala sama informace o onemocnění?
11. Co jste cítila, když jste zjistila, že jste těhotná?
12. Kdo Vás informoval o tom, že je Vaše těhotenství rizikové?
13. Kolikrát jste byla za těhotenství hospitalizovaná na oddělení rizikového těhotenství/gynekologie?
14. Docházela jste/docházíte pravidelně na kontroly?
15. Kam jste docházela/docházíte na kontroly?
16. Jaké jste měla fyzické potíže na počátku těhotenství?
17. Zhoršily se Vaše fyzické potíže během těhotenství?
18. Jaké fyzické potíže byly/jsou nejhorší během těhotenství?
19. Jaké jste měla psychické potíže na počátku těhotenství?
20. Zhoršily se Vaše psychické potíže během těhotenství?
21. Jaké psychické potíže byly/jsou nejhorší během těhotenství?
22. Doporučil Vám Váš ošetřující gynekolog v případě psychických potíží poradenství psychologa?
23. Kdo Vám poskytl největší psychickou oporu při problémech v těhotenství?

24. Jaké jiné zdravotní problémy jste měla/máte během těhotenství?
25. Jaké jiné problémy jste měla/máte během rizikového těhotenství?
26. Co u Vás sledovaly/sledují porodní asistentky během ošetrovatelské péče?
27. Myslíte si, že u Vás porodní asistentky prováděly/provádějí více ošetrovatelské péče než u ostatních pacientek?
28. Co bylo/je u Vás porodními asistentkami více sledováno?
29. Co Vás nejvíce obtěžovalo/obtěžuje při provádění ošetrovatelské péče na oddělení rizikovém těhotenství/gynekologie?
30. Co by mělo být podle Vašeho názoru v ošetrovatelské péči více sledováno?
31. Když byste zhodnotila ošetrovatelskou péči, co vidíte u Vás jako největší problém?

Příloha 2 Motýlovitý erytém při onemocnění SLE

Obr. 1 Pacientka se SLE. Typický motýlovitý erytém, postihující líce a kořen nosu.



Zdroj: BARTŮŇKOVÁ, J., FUČÍKOVÁ, T., SHOENFELD, Y. *Autoimunita vnitřní nepřítel*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2007. 88 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 2044 – 9.

Obr. 2 Motýlovitý erytém u SLE.



Zdroj: OLEJÁROVÁ, M., PROKEŠ, M. *Praktická revmatologie pro lékaře a farmaceuty*. 1. vydání. Praha: Apotex, 2005. 172 s. ISBN není uvedeno.

Obr. 3 Motýlí křídla na tvářích, klasický znak Lupus erythematosus.



Zdroj: www.sefajir.cz/?q=lupus-erythematosus [10.1.2009]

Příloha 3 Zánětlivé postižení kloubů, šlach a měkkých tkání při onemocnění SLE

Obr. 4 Zánětlivé postižení kloubů, šlach a měkkých tkání – fotografie a RTG.



Zdroj: www.sefajir.cz/?q=lupus-erythematosus [10.1.2009]

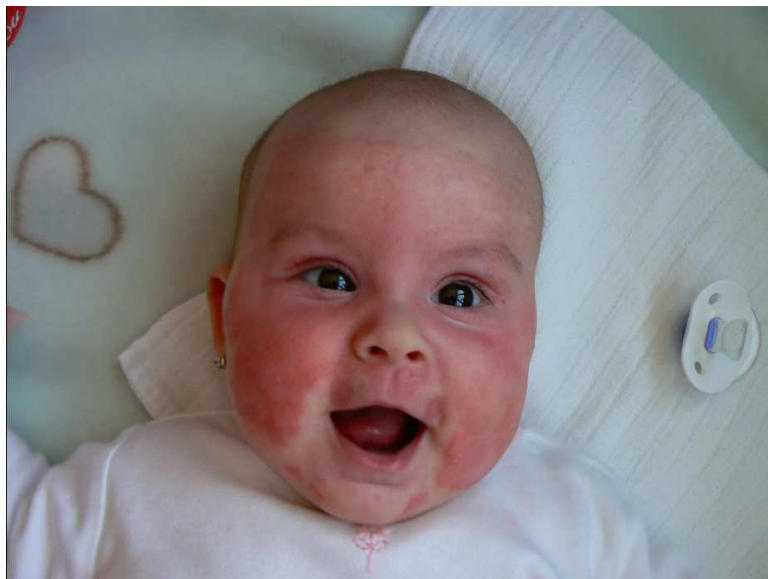
Příloha 4 Neonatální lupus

Obr. 5 Kožní příznaky neonatálního lupusu. Vyrážka obvykle sama vymizí do několika měsíců po porodu.



Zdroj: BARTŮŇKOVÁ, J., FUČÍKOVÁ, T., SHOENFELD, Y. *Autoimunita vnitřní nepřítel*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2007. 88 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 2044 – 9.

Obr. 6 Kožní projevy neonatálního lupusu. Justýnka, 3 měsíce.



Zdroj: Soukromý archiv Respondentky 6

Obr. 7 Kožní projevy neonatálního lupusu. Justýnka, 3 měsíce.



Zdroj: Soukromý archiv Respondentky 6

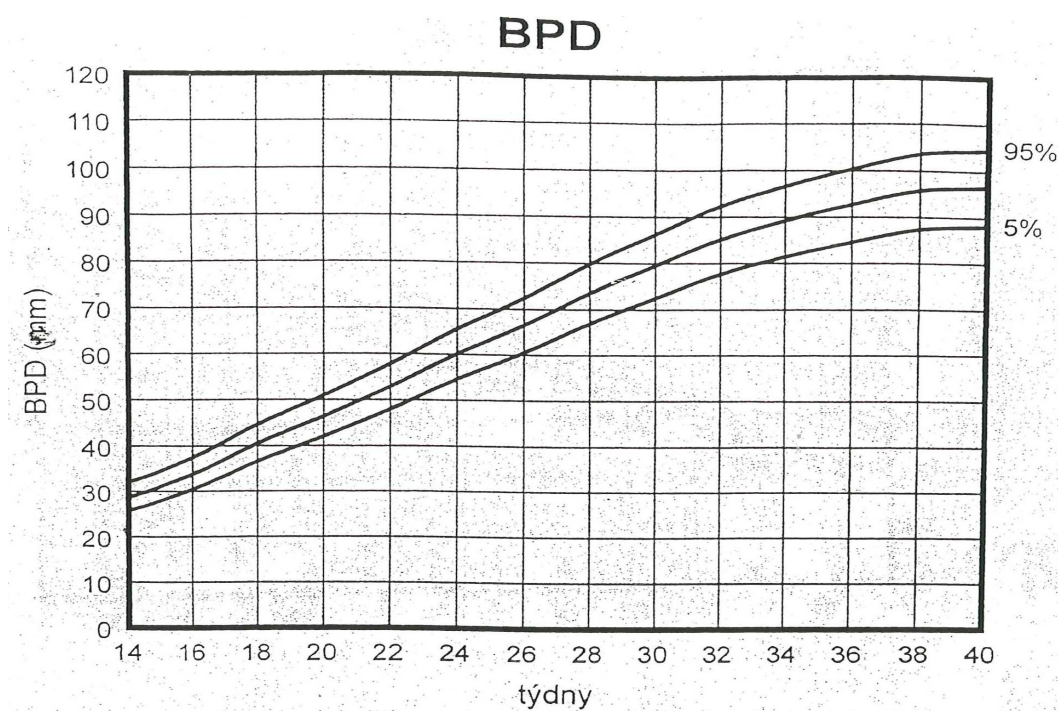
Obr. 8 Neonatální lupus po odeznění kožních příznaků. Justýnka, 5 měsíců.



Zdroj: Soukromý archiv Respondentky 6

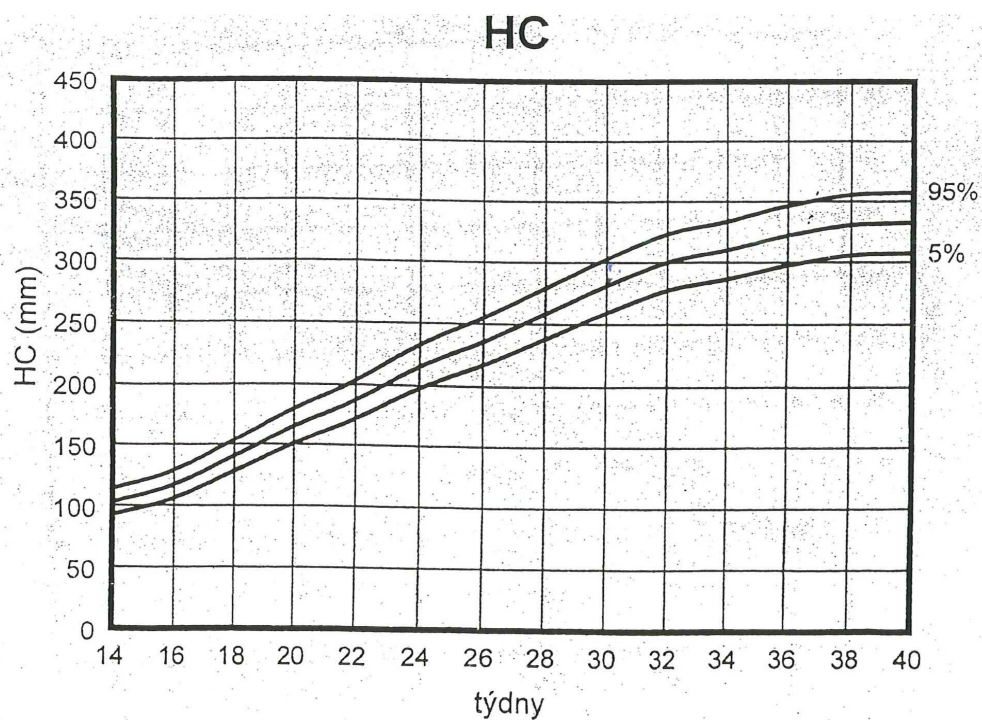
Příloha 5 Percentilové tabulky k diagnostice IUGR

Obr. 9 Záznam hodnot BPD (biparietální průměr).



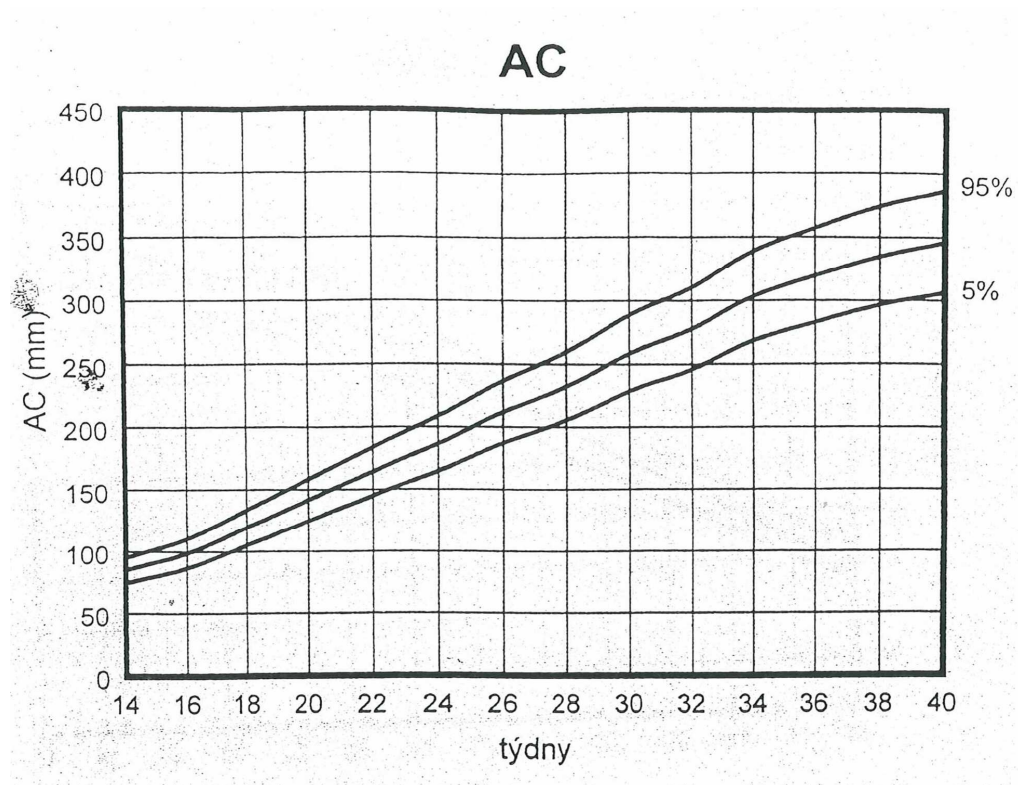
Zdroj: Rizikové těhotenství, Nemocnice České Budějovice a.s.

Obr. 10 Záznam hodnot HC (obvod hlavičky).



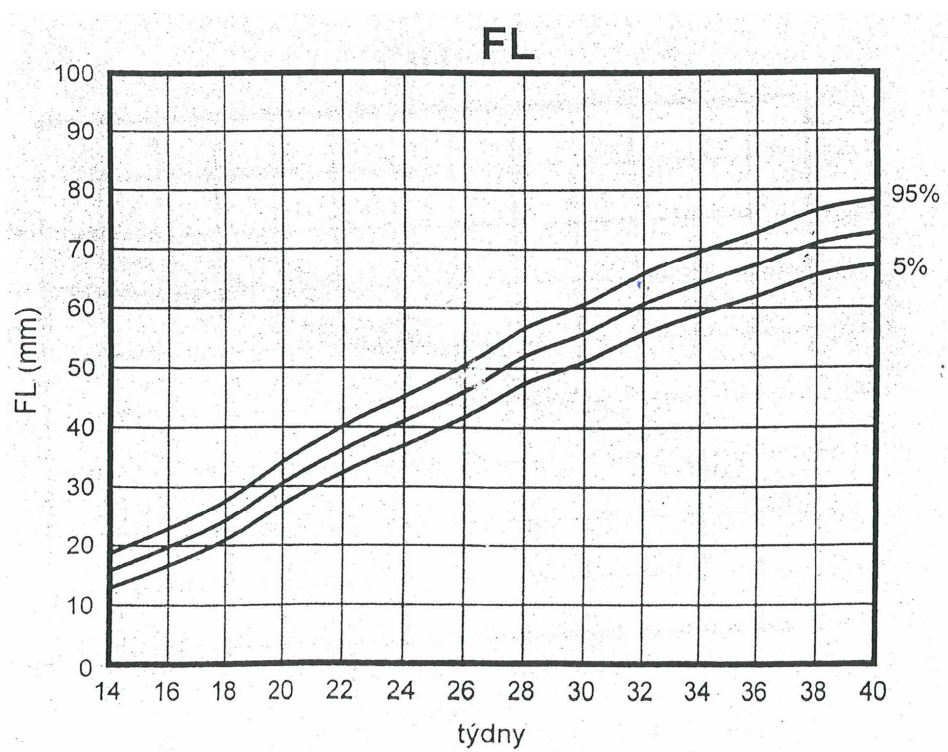
Zdroj: Rizikové těhotenství, Nemocnice České Budějovice a.s.

Obr. 11 Záznam hodnot AC (obvod přes břicho).



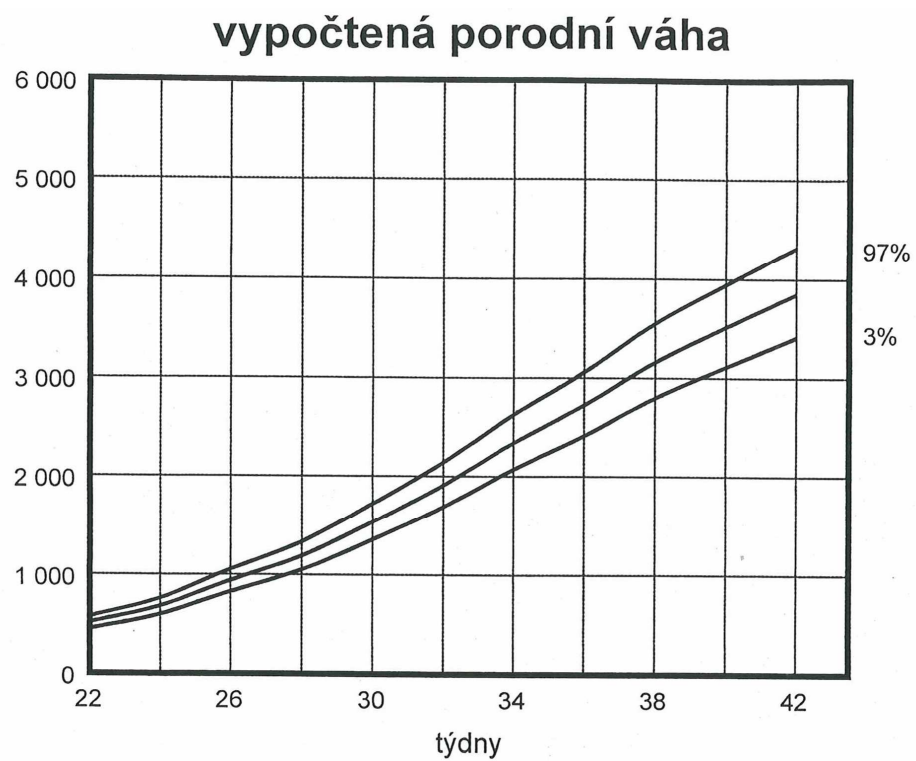
Zdroj: Rizikové těhotenství, Nemocnice České Budějovice a.s.

Obr. 12 Záznam hodnot FL (délka femuru).



Zdroj: Rizikové těhotenství, Nemocnice České Budějovice a.s.

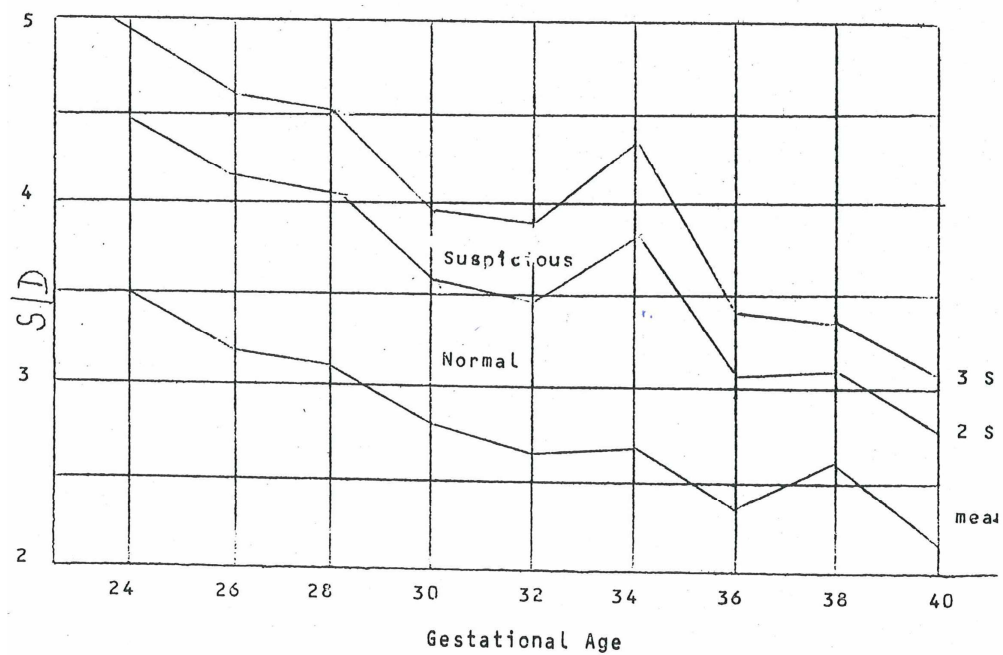
Obr. 13 Záznam hodnot vypočtené porodní váhy.



Zdroj: Rizikové těhotenství, Nemocnice České Budějovice a.s.

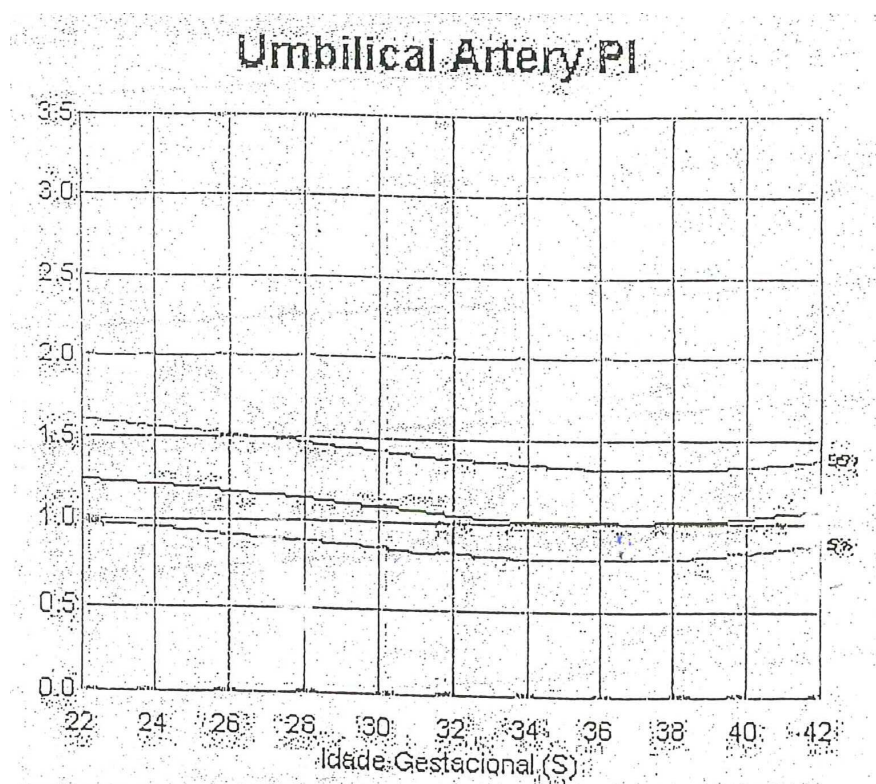
Příloha 6 Tabulky k diagnostice hrozící hypoxie

Obr. 14 Záznam hodnot velocimetrie S/D (průtok krve pupečnickem).



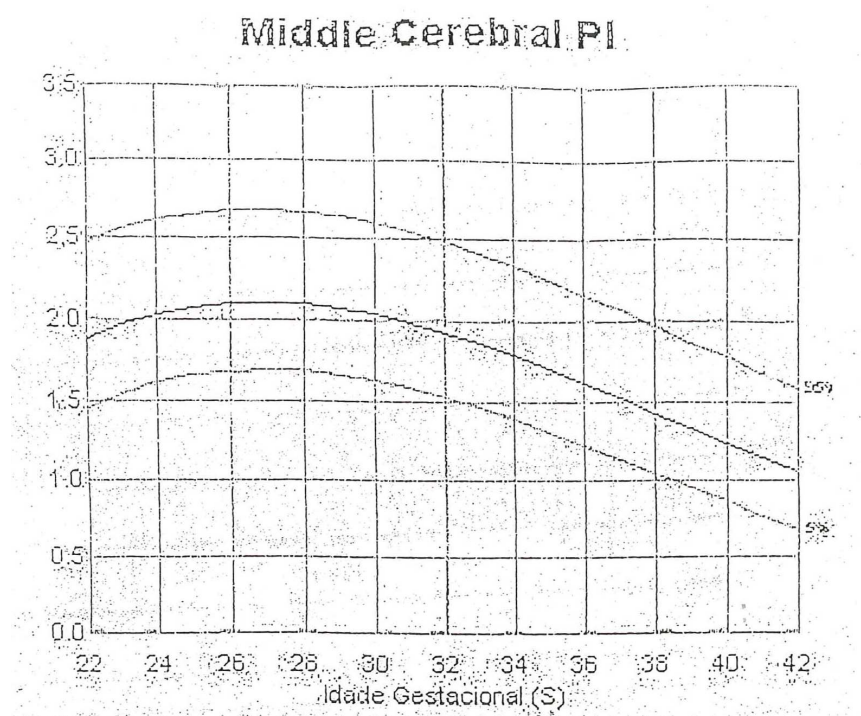
Zdroj: Rizikové těhotenství, Nemocnice České Budějovice a.s.

Obr. 15 Záznam hodnot velocimetrie, Pi (průtok krve pupečnÍkem).



Zdroj: Rizikové těhotenství, Nemocnice České Budějovice a.s.

Obr. 16 Záznam hodnot velocimetrie, Pi v ACM (průtok krve v ACM).



Zdroj: Rizikové těhotenství, Nemocnice České Budějovice a.s.

Příloha 7 Záznam o maturaci plodu

Obr. 17 Maturační list.

P R E N Á T Á L N Í Z Á Z N A M			
Rodné číslo:	Jméno:	Příjmení:	Č.porodopisu: Po
Datum přijetí:		Datum a hodina odtoku VP:	
Datum a hodina podání TRH:			
4 x 2 amp. á 12 hod.			
Datum a hodina podání Diprophosu:			
2 amp. á 24 hod.			
Datum a hodina podání Ambrobene:			
25 amp. á 24 hod.			
Datum a hodina podání Kanavitu:			
1 amp. á 24 hod.			
Datum a hodina podání Dicynone:			
2 amp. i.v. á 6 hod.			
Datum, hodina a název podaného ATB:			
Datum a hodina porodu:		Č.porodu:	A score: váha/míra: pohlav
Výsledky vyšetření: kultivace			
CRP			

Zdroj: Rizikové těhotenství, Nemocnice České Budějovice a.s.

Příloha 8 Záznam průběhu rizikového těhotenství

Obr. 18 Dekurz rizikového těhotenství.

RIZIKOVÉ TĚHOTENSTVÍ

DENNÍ ZÁZNAM

JMÉNO			PARA	KS	TP
DAT.	OP	TK	NÁLEZY - VÝKONY - STAV	ORDINACE	
DAT.					
40°					
39°					
38°					
37°					
36°					

F 0028

Zdroj: Rizikové těhotenství, Nemocnice České Budějovice a.s.

Příloha 9 Záznam ošetrovatelské péče o rizikové těhotenství

Obr. 19 Denní záznam ošetrovatelské dokumentace na oddělení rizikového těhotenství.

		ŽO - RIZIKOVÉ TĚHOTENSTVÍ	
PACIENT:	Datum:	Sestra: R -	
	Týden teh. -	O -	
	Gr./Para -	N -	
PSYCHICKÝ STAV:	klidná ☐ ☐ ☐	TK: normotenze ☐ ☐ ☐	TT: afebrilní ☐ ☐ ☐
	 ☐ ☐ ☐	 ☐ ☐ ☐	 ☐ ☐ ☐
POHYBLIVOST:	☐ ☐ ☐ plná	ZVRACENÍ: ☐ ☐ ☐	BOLEST: ☐ ☐ ☐
	☐ ☐ ☐ přísný/relativní klid	OTOKY: ☐ ☐ ☐ ,.....	KRVÁCENÍ: ☐ ☐ ☐
GLYKEMICKÝ PROFIL: podrobný/zkrácený/OGTT: ☐ ☐ ☐		ODTOK PLOD. VODY: ☐ ☐ ☐	
OZVY PLODU: OP a....hod. ☐ ☐ ☐	CTG: ☐ ☐ ☐ dnes, ..., ..., X	KONTRAKCE: ☐ ☐ ☐	
	 ☐ ☐ ☐	UZ: ☐ ☐ ☐	
HYGIENA: ☐ ☐ ☐ sprcha	STOLICE: ☐ ☐ ☐	MOČENÍ: wc/podl.místa ☐ ☐ ☐	
	☐ ☐ ☐ lůžko	čipek ☐ ☐ ☐ moč: ☐ ☐ ☐	
P+V za hod. ☐ ☐ ☐	DIURÉZA NA LEDVINOVÉ FUNKCE: ☐ ☐ ☐		
CÉVNÍ VSTUPY: ☐ ☐ ☐ per. kanyla:PHK/LHK	INFUZNÍ TH: ☐ ☐ ☐		
	☐ ☐ ☐ zavedena/odst.: PHK/LHK	pumpa ☐ ☐ ☐	
ATB+časové léky: ☐ ☐ ☐			
SENZIBILIZACE: ☐ ☐ ☐	MATURACE: ☐ ☐ ☐		
PREINDUKCE: ☐ ☐ ☐			
INDUKCE: ☐ ☐ ☐			

Zdroj: Rizikové těhotenství, Nemocnice České Budějovice a.s.

Příloha 10 Ošetrovatelská dokumentace, oš. proces dle Gordonové

OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE
OŠETŘOVATELSKÝ PROCES DLE M. GORDONOVÉ.

DIAGNOSTICKÉ DOMÉNY NANDA TAXONOMIE II.

Iniciály klientky:	Rok narození:
Oddělení:	Lékařské diagnózy:
Diagnostická doména	Třída
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: ☐ manžel ☐ dcera ☐ syn ☐ bratr ☐ sestra ☐ jiné:..... Zaměstnána: ☐ ano: druh zaměstnání:..... ☐ ne: ☐ bez práce ☐ MD ☐ invalidní důchod ☐ starobní důchod ☐ jiné:..... Oslovení ženy:..... Její lékař:..... Pojišťovna:..... Přijetí: ☐ první ☐ druhé ☐ opakované ☐ přeložena z:..... Operace: ☐ ne ☐ ano: kdy:.....druh operace:..... Úraz: ☐ ne ☐ ano: kdy:.....druh úrazu:..... Běžné dětské choroby: ☐ ne ☐ ano: jaké:..... Jiná onemocnění: ☐ ne ☐ ano: ☐ DM:: typ diabetu:..... ☐ tuberkulóza ☐ lues ☐ AIDS ☐ hypertenze ☐ varixy DK ☐ jiné: 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: dist. Bisp:.....dist. Bicrist:.....dist. Bitroch:.....kon. Exter:..... Zevní vyšetření:..... Vnitřní vyšetření: nález:..... Odtok plodové vody: ☐ ne ☐ ano: v kolik hodin:.....Temeschváry: ☐ pozitivní ☐ negativní Dirupce vaku blan: ☐ ne ☐ ano: barva: ☐ průzračná ☐ zkalená ☐ zelená ☐ se smolkou CTG: ☐ ne ☐ ano: hodnocení křivky:..... Frekvence ozev plodu:.....za minutu UZ: ☐ neproveden ☐ proveden: nález:..... Alergie: ☐ ne ☐ ano: na co:..... Krevní skupina a Rh faktor:.....transfúze: ☐ ne ☐ ano: kdy:.....reakce: ☐ ano ☐ ne HbsAg: ☐ pozitivní ☐ negativní TPHA: ☐ pozitivní ☐ negativní Streptokok. Agalac.: ☐ poz. ☐ neg Dýchání: počet dechů:.....min. ☐ pravidelné ☐ nepravidelné 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 Předoperační vyšetření: ☐ ne ☐ ano Pooperační den:.....operační rána se hojí: ☐ per primam ☐ per secundam Způsob ošetřování OP rány:..... Jiné převazy: ☐ ne ☐ ano: jaké:..... Bolest: ☐ ne ☐ ano	

Charakter bolesti: ☐ tupá ☐ ostrá ☐ bodavá ☐ kolikovitá ☐ křížová ☐ břišní ☐ jiné:.....																				
Stupnice: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">5</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">6</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">7</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">8</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">9</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">10</td> </tr> </table>											1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
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:..... Oblíbené jídlo:..... Neoblíbené jídlo:..... 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. Oblíbené tekutiny:..... Neoblíbené tekutiny:..... 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:..... Chrup: ☐ vlastní chrup ☐ zubní protéza: ☐ horní ☐ dolní ☐ obě ☐ můstek																				
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:..... Příměsi: ☐ krev ☐ hnis žluč. Barviva bílkovina ☐ jiné:..... Vyšetření moči indikačním papírkem: ☐ ano ☐ ne Potíže při močení: ☐ ne ano: ☐ řezání ☐ pálení ☐ bolest ☐ jiné:..... Inkontinence: ☐ ano ☐ ne ☐ vložky: ☐ ano ☐ ne ☐ plenkové kalhotky: ☐ ano ☐ ne Močový katétr: ☐ ne ☐ ano: číslo:..... datum poslední katetrizace:..... Urostomie: ☐ ne ☐ ano: ošetřování: ☐ sestrou plně ☐ sestrou částečně ☐ pacientka sama																				
Stolice ☐ WC – chodí sama ☐ WC – chodí s pomocí ☐ na lůžku – podložní mísa ☐ spont.: vyprazdňování: ☐ pravidelné: ne ☐ ano: za kolik dní:..... ☐ nepravidelné: ☐ ne ☐ ano:.....dní Barva: ☐ hnědá ☐ acholická ☐ jiná:..... Konzistence: ☐ formovaná ☐ bobkovitá ☐ skybala ☐ průjem ☐ zácpa Užívání projímadel: ☐ ne ☐ ano: jak často:..... jaká:..... ☐ tonie: ☐ ne ☐ ano: druh:..... ošetřování: ☐ sestrou plně ☐ sestrou částečně																				

☐ pacientka sama	
Kašel: ☐ ne ☐ ano: ☐ suchý ☐ dráždivý ☐ vlhký ☐ jiné:..... Dušnost: ☐ ne ☐ ano: ☐ klidová ☐ námahová Pomůcky k dýchání: ☐ kyslíkové brýle ☐ kyslíková maska ☐ kapesní inhalátor ☐ jiné:..... Podávání kyslíku: ☐ ne ☐ ano: kolik:.....l/min. inhalace: ☐ ne ☐ ano: druh:..... Odsávání: ☐ ne ☐ ano:jak často:..... 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 Dekubity: ☐ ne ☐ ano: jaký stupeň: I. II. III. IV. Lokalizace:..... Způsob ošetřování:.....	
Diagnostická doména	Třída
5. VNÍMÁNÍ – POZNÁVÁNÍ	1. Pozornost, 2. orientace, 3. čítí, vnímání, 4. poznávání, 5. komunikace
Vědomí: ☐ jasné ☐ zastřené ☐ somnia ☐ sopor ☐ bezvědomí ☐ GCS:.....bodů 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 ☐ čochy: ☐ 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 ☐ lehkomyslná ☐ lítostivá ☐ plačtivá ☐ jiné:..... Oční kontakt: ☐ udrží ☐ vyhýbá se očnímu kontaktu ☐ jiné:..... Cítíte omezení v době nemoci: ☐ ne ☐ ano:jaké:..... Máte dobrou adaptaci na cizí prostředí: ☐ ano ☐ ne Máte narušený obraz vlastního těla? ☐ ne ☐ ano:amputace ☐ hysterektomie ☐ popáleniny ☐ ablace prsu:pravý levý ☐ stomie ☐ jiné:..... 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 ☐ má manžela ☐ 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 ☐ nezájem ☐ 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 ☐ manžel ☐ 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: ☐ ne ☐ ano Vaginální výtok: ☐ ne ☐ ano Těhotenství po IVF: ☐ ne: plod: ☐ jeden ☐ dva ☐ tři ☐ ano: plody: ☐ dva ☐ tři Těhotenství: ☐ první ☐ druhý ☐ třetí ☐ čtvrté ☐ páté ☐ jiné:..... Porod: ☐ první ☐ druhý ☐ třetí ☐ čtvrtý ☐ pátý ☐ jiný..... ☐ spontánní ☐ indukovaný ☐ operativní: druh:..... Epiziotomie: ☐ ne ☐ ano: druh:..... Interrupce: ☐ první ☐ druhá ☐ třetí ☐ jiná..... Spont. potrat: ☐ první ☐ druhý ☐ třetí ☐ jiný..... Šestinedělí: ☐ bez komplikací ☐ s komplikacemi: doplňte..... Aplikace IgG: ☐ ne ☐ ano: kdy:..... Kojení: ☐ ne ☐ ano: jak dlouho:..... Klimakterium: ☐ ne ☐ ano: od kdy:..... Substituční terapie: ☐ ne ☐ ano: od kdy:.....	
Diagnostická doména	Třída
9. ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE – ODOLNOST VŮČI STRESU	1. Posttraumatická odezva, 2. odezva na zvládání zátěže, 3. neurobehaviorální stres
Prožívání napětí: ☐ ne ☐ někdy ☐ často ☐ jsem trvale ve stresu ☐ jiné:..... Zvládání stresu: ☐ sama ☐ s partnerem ☐ s rodinou ☐ lehce ☐ těžce ☐ jinak:..... Co stres vyvolává: ☐ rodina ☐ škola ☐ zaměstnání ☐ okolí ☐ nemoc ☐ budoucnost ☐ jiné:..... Co stres snižuje: ☐ relaxace ☐ cigarety ☐ alkohol ☐ drogy ☐ léky: jaké:..... Cítíte se vyrovnaná? ☐ ano ☐ ne Myslíte si, že jste úplně nezávislá? ☐ ano ☐ ne	
Diagnostická doména	Třída
10. ŽIVOTNÍ PRINCIPY	1. Hodnoty, 2. víra, 3. soulad hodnot, víry a činů
Náboženské vyznání: ☐ ne ☐ ano: jaká církev:..... Máte možnost v nemocnici vyznávat víru: ☐ ano ☐ ne: proč:..... Chcete zajistit: ☐ kněze ☐ pastora ☐ jiné:..... Cítíte omezení kvůli své víře: ☐ ano ☐ ne ☐ někdy Cítíte omezení kvůli své kultuře: ☐ ano ☐ ne ☐ někdy Máte nějaká přání ohledně víry: ☐ ne ☐ ano: jaká:..... Jaké životní hodnoty mají pro Vás význam:.....	
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:..... Centrální kanyly: ☐ ne ☐ ano: aplikace dne:.....kde:..... Injekce: ☐ ne ☐ ano: ☐ s.c. ☐ i.m. ☐ i.v. Infúzní terapie: ☐ ne ☐ ano: druh:..... Invazivní vstupy: ☐ ne ☐ ano: jaké:..... Výkyvy tělesné teploty: ☐ ne ☐ ano: kdy:..... Měříte si teplotu: ☐ ne ☐ ano: pravidelně ☐ nepravidelně ráno v poledne večer ☐ jiné:..... Kdy jste byla naposled nachlazená:..... Zranila jste se v nemocnici? ☐ ne ☐ ano: jakým způsobem:.....	
Diagnostická doména	Třída
12. KOMFORT	1. Tělesný komfort, 2. komfort související s prostředím, 3. sociální komfort
Stav kůže: ☐ suchá ☐ olupující se ☐ napjatá ☐ vyrážka ☐ eroze ☐ jiné:..... 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 ☐ nemýji se ☐ jiné:..... Způsob: ☐ sama ☐ s částečnou pomocí ☐ s úplnou pomocí ☐ koupel ve vaně ☐ sprchování ☐ omývání se žínkou u umyvadla ☐ umývání se v lůžku ☐ jiné:..... Máte vědomosti, dovednosti, informace potřebné pro péči po propuštění: ☐ ne ☐ ano ☐ částečně Požadujete pomoc po propuštění: ne ☐ částečně ☐ ano 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):	

Datum	Kód oř.dg.	Oř. diagnóza	Cíl	Kritéria	Intervence	Zhodnocení

Zdroj: Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita, České Budějovice

Příloha 11 Ošetrovateľská dokumentace, oš. proces dle Oremové

OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE
OŠETŘOVATELSKÝ PROCES DLE OREMOVÉ

Sběr informací Iniciály:..... ročník narození:..... oddělení:..... Oslovení ženy:..... Její lékař:..... Pojišťovna:..... Nemocná byla seznámena s „Právy pacientů“: ☐ano ☐ne Informace klientce poskytl: ☐lékař: ☐ano ☐ne ☐sestra: ☐ano ☐ne ☐jiné:.....
Zdravotní odchylky vyžadující podporu v sebepěči Lékařská diagnóza (důvod k přijetí):..... Sesterská anamnéza se vztahem k současnosti: Osobní:..... 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: dist. bisp:.....dist. bicrist:.....dist. bitroch:.....kon. exter:..... Zevní vyšetření:..... Vnitřní vyšetření: nález:..... Odtok plodové vody: ☐ne ☐ano: v kolik hodin:.....Temeschváry: ☐pozitivní ☐negativní Dirupce vaku blan: ☐ne ☐ano: barva: ☐průzračná ☐zkalená ☐zelená ☐se smolkou CTG: ☐ne ☐ano: hodnocení křivky:..... Frekvence ozev plodu:.....za minutu UZ: ☐neproveden ☐proveden: nález:..... Alergie: ☐ne ☐ano: na co:..... Krevní skupina a Rh faktor:.....transfúze: ☐ne ☐ano: kdy:.....reakce: ☐ano ☐ne HBsAg: ☐pozitivní ☐negativní TPHA: ☐pozitivní ☐negativní Streptokok. agalac.: ☐poz. ☐neg.
Rodinná:..... Stav: ☐vdaná ☐svobodná ☐rozvedená ☐vdova Klientka si přeje si kontakt na nejbližší příbuzné: ☐ne ☐ano: ☐manžel ☐dcera ☐syn ☐bratr ☐sestra ☐jiné:.....
Sociální:..... Zaměstnána: ☐ano: druh zaměstnání:..... ☐ne: ☐bez práce ☐MD ☐invalidní důchod ☐starobní důchod ☐jiné:..... Přijetí: ☐první ☐druhé ☐opakované ☐přeložena z:.....
Zdravotní:..... Operace: ☐ne ☐ano: kdy:.....druh operace:..... Úraz: ☐ne ☐ano: kdy:.....druh úrazu:..... Běžné dětské choroby: ☐ne ☐ano: jaké:..... Jiná onemocnění: ☐ne ☐ano: ☐DM:: typ diabetu:..... ☐tuberkulóza ☐lues ☐AIDS ☐hypertenze ☐varixy DK ☐jiné:..... Užívání léků: ☐ne ☐ano: jaké:..... Dieta:..... Kouření: ☐ne ☐ano: kolik cigaret: denne alkohol: ☐ano ☐ne drogy: ☐ano ☐ne Předoperační vyšetření: ☐ne ☐ano Pooperační den:.....operační rána se hojí: ☐per primam ☐per secundam Způsob ošetřování OP rány:..... Jiné převazy: ☐ne ☐ano: jaké:..... Bolest: ne ano Charakter bolesti: ☐tupá ☐ostrá ☐bodavá ☐kolikovitá ☐vystřelující ☐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:.....										
Koupele: ☐ ne ☐ ano: jaké:.....										
První dojem, který žena udělala na sestru: ☐ je čistá ☐ je klidná ☐ je neupravená										
☐ neklidná ☐ neposlouchá ☐ zanedbaná ☐ úzkostlivá ☐ má strach ☐ mlčí ☐ je uzavřená										
☐ je z ní cítit alkohol ☐ jiné:.....										
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										
Chrup: ☐ zubní protéza ☐ horní ☐ dolní ☐ obě ☐ vlastní chrup ☐ můstek										
Stav kůže: ☐ suchá ☐ olupující se ☐ napjatá ☐ vyrážka ☐ eroze ☐ jiné:.....										
Nehty: ☐ ulámané ☐ pěstěné ☐ čisté ☐ špinavé ☐ jiné:.....										
Vlasy: ☐ čisté ☐ mastné ☐ suché ☐ lámající se ☐ vši ☐ jiné:.....										
Doba hygienické péče: ☐ ráno ☐ večer ☐ během dne ☐ podle potřeby ☐ 1x za den										
☐ 1x za 2 dny ☐ 1x za 3 dny ☐ 1x za týden ☐ nemýje se ☐ jiné:.....										
Způsob: ☐ koupel ve vaně ☐ sprchování ☐ omývání se žínkou u umyvadla ☐ umývání se v lůžku										
☐ jiné:.....										
Terapeutické požadavky										
A. UNIVERZÁLNÍ POŽADANKY SEBEPÉČE										
Základní životní funkce:										
Dýchání: počet dechů:.....min. ☐ pravidelné ☐ nepravidelné										
Kašel: ☐ ne ☐ ano: ☐ suchý ☐ dráždivý ☐ vlhký ☐ jiné:.....										
Puls: počet:.....min. ☐ pravidelný ☐ nepravidelný ☐ mělký ☐ plný ☐ nitkovitý										
Krevní tlak: mmHg TT:.....°C										
Výška:.....cm Váha:.....kg BMI index:.....										
Příjem potravy:										
Kolikrát:.....za den ☐ pravidelnost ☐ nepravidelnost										
Chuť k jídlu: ☐ ano ☐ ne: důvod:.....										
Oblíbené jídlo:.....										
Neoblíbené jídlo:.....										
Forma stravy: ☐ tekutá ☐ kašovitá ☐ normální konzistence										
Schopnost najít 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:										
Schopnost sebepéče:										
☐ úplná ☐ s částečnou pomocí ☐ s úplnou pomocí ☐ musí se učit ☐ musí se vést ☐ jiné:.....										
Aktuální a potencionální deficit a jeho příčina:										

Ošetřovatelský systém:

☐ podpůrně výchovný ☐ částečně kompenzující ☐ celkově kompenzující

Tekutiny:

Množství tekutin:..... za 24 hod.

Oblíbené tekutiny:

Neoblíbené tekutiny:

Pocit žízně : ☐ ano ☐ ne ☐ občas

Stav sliznic: ☐ vlhké ☐ suché ☐ prokrvené ☐ bledé

Změny na sliznici: ☐ eroze ☐ afty ☐ povlaky ☐ 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:.....

Schopnost sebedpěče:

☐ úplná ☐ s částečnou pomocí ☐ s úplnou pomocí ☐ musí se učit ☐ musí se vést ☐ jiné:.....

Aktuální a potencionální deficit a jeho příčina:**Ošetřovatelský systém:**

☐ podpůrně výchovný ☐ částečně kompenzující ☐ celkově kompenzující

Dýchání:

Dušnost: ☐ ne ☐ ano: ☐ klidová ☐ námahová

Pomůcky k dýchání: ☐ kyslíkové brýle ☐ kyslíková maska ☐ kapesní inhalátor ☐ jiné:.....

Podávání kyslíku: ☐ ne ☐ ano: kolik:.....l/min. inhalace: ☐ ne ☐ ano: druh:.....

Odsávání: ☐ ne ☐ ano: jak často:.....

Rehabilitace dýchacích cest: ☐ ano ☐ ne

Schopnost sebedpěče:

☐ úplná ☐ s částečnou pomocí ☐ s úplnou pomocí ☐ musí se učit ☐ musí se vést ☐ jiné:.....

Aktuální a potencionální deficit a jeho příčina:**Ošetřovatelský systém:**

☐ podpůrně výchovný ☐ částečně kompenzující ☐ celkově kompenzující

Vylučování:**Vyprazdňování moče:**

Spontánní: četost:/24 h. množství:..... /24 h. barva:.....

Příměsi: krev ☐ hnis žluč. barviva bílkovina ☐ jiné:.....

Výšetření moči indikačním papírkem: ☐ ano ☐ ne

Potíže při močení: ne ano: řezání pálení bolest noční močení jiné:.....

Inkontinence: ☐ ano ☐ ne vložky: ☐ ano ☐ ne plenkové kalhotky: ☐ ano ☐ ne

Močový katétr: ☐ ne ☐ ano: číslo katétru: datum poslední katetrizace:.....

Urostomie: ☐ ne ☐ ano: ošetřování: ☐ sestrou plně ☐ sestrou částečně ☐ pacientka sama

Schopnost sebedpěče:

☐ úplná ☐ s částečnou pomocí ☐ s úplnou pomocí ☐ musí se učit ☐ musí se vést ☐ jiné:.....

Aktuální a potencionální deficit a jeho příčina:**Ošetřovatelský systém:**

☐ podpůrně výchovný ☐ částečně kompenzující ☐ celkově kompenzující

Vyprazdňování stolice:

☐ WC - sama ☐ WC s pomocí ☐ na lůžku – podložní mísa

☐ spont.: vyprazdňování: ☐ pravidelné: ☐ ne ☐ ano: za kolik dní: ☐ nepravidelné: ☐ ne ☐ ano: dní

Barva: hnědá acholická ☐ jiná:.....

Konzistence: formovaná ☐ bobkovitá ☐ skybala ☐ průjem ☐ zácpa Užívání projímadel: ne ☐ ano: jaká:..... Stomie: ne ☐ ano: kde:.....průměr:.....cm Pomoc při ošetření: ne ☐ ano: ☐ částečně sestrou ☐ sestra sama ☐ pacientka sama
Schopnost sebezpěče: ☐ úplná ☐ s částečnou pomocí ☐ s úplnou pomocí ☐ musí se učit ☐ musí se vést ☐ jiné:.....
Aktuální a potencionální deficit a jeho příčina:
Ošetřovatelský systém: ☐ podpůrně výchovný ☐ částečně kompenzující ☐ celkově kompenzující
Spánek, odpočinek: Kolik hodin spíte?..... Po probuzení se cítíte: odpočinutá ☐ unavená ☐ Spíte celou noc: ☐ ano ☐ ne: budíte se v noci ☐ budíte se brzy ráno ☐ jiné:..... Užívání hypnotik:ne ☐ ano: jaké:..... Spánkové rituály: ne ☐ ano: jaké:..... Odpočinek přes den: pasivní:.....aktivní:..... Forma relaxace přes den: čtení ☐ procházka v přírodě ☐ poslouchání hudby ☐ sport ☐ jiné:.....
Schopnost sebezpěče: ☐ úplná ☐ s částečnou pomocí ☐ s úplnou pomocí ☐ musí se učit ☐ musí se vést ☐ jiné:.....
Aktuální a potencionální deficit a jeho příčina:
Ošetřovatelský systém: ☐ podpůrně výchovný ☐ částečně kompenzující ☐ celkově kompenzující
Samota a společenská interakce: Jste: ☐ samotář ☐ společenský typ ☐ extrovert ☐ introvert ☐ optimista ☐ pesimista ☐ jiné:..... Komunikace: Dělá vám problémy komunikovat s cizími lidmi? ☐ ne ☐ ano ☐ někdy ☐ často Vědomí: jasné ☐ zastřené ☐ somnolence ☐ sopor ☐ bezvědomí ☐ GCS:.....bodů Orientace: plně orientovaná: osobou místem časem částečně orientovaná: osobou místem časem ☐ dezorientovaná ☐ Oční kontakt: udrží ☐ vyhýbá se očnímu kontaktu ☐ jiné:..... Cítí omezení v době nemoci: ☐ ne ☐ ano: jaké:..... Adaptace na cizí prostředí: ☐ dobrá ☐ špatná
Schopnost sebezpěče: ☐ úplná ☐ s částečnou pomocí ☐ s úplnou pomocí ☐ musí se učit ☐ musí se vést ☐ jiné:.....
Aktuální a potencionální deficit a jeho příčina:
Ošetřovatelský systém: ☐ podpůrně výchovný ☐ částečně kompenzující ☐ celkově kompenzující
Jistota, bezpečí: Rodina, přátelé, vztahy : má přátele ☐ nemá přátele ☐ je sama ☐ má manžela ☐ druhu je vdova ☐ má rodiče ☐ má děti ☐ jiné:..... Bydlení: ☐ má svůj vlastní ☐ byt ☐ dům ☐ bydlí u rodičů ☐ v podnájmu ☐ je bezdomovec ☐ bydlí v sociálním zařízení: v jakém:..... Předpokládá se kontakt se sociální pracovníci: ano ☐ ne ☐ Má vědomosti, dovednosti a informace potřebné pro průběžnou sebezpečí po propuštění: ano ☐ ne ☐ částečně ☐ Požadovaná pomoc po propuštění: ne ☐ částečná ☐ ano ☐ Formy pomoci: rodina ☐ primární péče ☐ obvodní sestra ☐ domácí lékař ☐ komunitní péče ☐ Agentury ☐

domácí péče Hospicová péče ☐ pečovatelská služba sociální pracovník jiné:.....
Schopnost sebezpěče: ☐ úplná ☐ s částečnou pomocí ☐ s úplnou pomocí ☐ musí se učit ☐ musí se vést ☐ jiné:.....
Aktuální a potencionální deficit a jeho příčina:
Ošetřovatelský systém: ☐ podpůrně výchovný ☐ částečně kompenzující ☐ celkově kompenzující
Bytí, existence, blaho: Náboženské vyznání: ne ano: jaká církev:..... Máte možnost v nemocnici vyznávat víru: ano ne: proč:..... Chcete zajistit: kněze ☐ pastora ☐ jiné:..... Cítíte omezení kvůli své víře: ano ☐ ne někdy Máte nějaká přání ohledně víry: ne ano: jaká:..... Jaké životní hodnoty mají pro Vás význam:..... Jak zvládáte stresové situace: sama ☐ s manželem s druhem ☐ s přítelkyní ☐ s matkou ☐ jiné:.....
Schopnost sebezpěče: ☐ úplná ☐ s částečnou pomocí ☐ s úplnou pomocí ☐ musí se učit ☐ musí se vést ☐ jiné:.....
Aktuální a potencionální deficit a jeho příčina:
Ošetřovatelský systém: ☐ podpůrně výchovný ☐ částečně kompenzující ☐ celkově kompenzující
B. VÝVOJOVÉ POŽADAVKY SEBEZPĚČE Životní změny, odchylky růstu a vývoje: Odchylky v růstu: ne ☐ ano: jaké:..... Odchylky ve vývoji: ne ano: jaké:..... Důležité změny zdravotního stavu za poslední rok: ne ☐ ano: jaké:..... Sexualita: menstruace: ☐ pravidelná: cyklus po kolika dnech:.....doba trvání:.....dny nepravidelná ☐ krvácení: normální ☐ slabé silné Antikoncepce: ne ano: druh:..... Vaginální výtok: ne ano: vzhled:..... Porody: ne první těhotenství ano: počet:..... Těhotenství po IVF: ☐ ne ano: plod: jeden dva ☐ tři Těhotenství fyziologicky vzniklé: ☐ ne ano: plody: ☐ jeden dva ☐ tři Šestinedělí: bez komplikací s komplikacemi:..... Kojení: ne ano: jak dlouho:..... Potraty: ne ano: kolik:.....samovolný ☐ interrupce ☐ miniinterrupce Komplikace: ne ☐ ano: jaké:..... Klimakterium: ne ano: od kdy:..... Substituční terapie: ☐ ne ano: od kdy:.....jaká:.....
Schopnost sebezpěče: ☐ úplná ☐ s částečnou pomocí ☐ s úplnou pomocí ☐ musí se učit ☐ musí se vést ☐ jiné:.....
Aktuální a potencionální deficit a jeho příčina:
Ošetřovatelský systém: ☐ podpůrně výchovný ☐ částečně kompenzující ☐ celkově kompenzující
C. TERAPEUTICKÉ POŽADAVKY SEBEZPĚČE Téma edukace:

zdravotní stav léčebný režim RHB ☐ péče o stomii ☐ aplikace inzulinu ☐ inkontinence péče v pooperačním stavu ☐ dietní opatření ☐ sexualita po hysterectomii ☐ lázeňská léčba ☐ antikoagulační terapie jiné:.....
Datum edukace:
Kdo edukoval + podpis:
Edukace rodiny: ☐ ne ☐ ano: kdo se z rodiny zúčastnil:.....
Datum edukace:
Kdo edukoval + podpis:
Používané metody:
ústně ☐ písemně ☐ video ☐ televize ☐ audio nácvik počítač internet ☐ CD jiné:.....
Datum edukace:
Kdo edukoval + podpis:
Reakce klientky:
plně chápe ☐ ptá se ☐ odmítá edukaci ☐ diskutuje ☐ nesouhlasí ☐ nerozumí nutné opakovat nelze provést nemá zájem ☐ obtěžuje jí to ☐ jiné:.....
Datum edukace:
Kdo edukoval + podpis:
Komunikační bariéry:
jazyková psychická ☐ hluchota ☐ hluchoněmost ☐ jiné:.....
Datum edukace:
Kdo edukoval + podpis:
Doplňující údaje (event. výsledky a konziliární vyšetření, dokreslující diagnózy):

Datum	Kód oř.dg.	Oř. diagnóza	Cíl	Kritéria	Intervence	Zhodnocení

Zdroj: Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita, České Budějovice

Příloha 12 Ošetrovatelská dokumentace, oš proces dle Royové

OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE OŠETŘOVATELSKÝ PROCES DLE CALISTY ROYOVÉ

Sběr informací

Iniciály:..... ročník narození:..... oddělení:.....

Adresa pobytu:.....

Její lékař:.....Pojišťovna:.....

Nemocná byla seznámena s „Právy pacientů“: ☐ano ☐ne

Informace klientce poskytl: ☐lékař: ☐ano ☐ne ☐sestra: ☐ano ☐ne ☐jiné:.....

Důvod k přijetí:.....

Lékařská diagnóza:.....

Lékařská a sesterská anamnéza se vztahem k současnosti:

Osobní:

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: dist. bisp:.....dist. bicrist:.....dist. bitroch:.....kon. exter:.....

Zevní vyšetření:.....

.....

Vnitřní vyšetření: nález:.....

Odtok plodové vody: ☐ne ☐ano: v kolik hodin:.....Temeschváry: ☐pozitivní ☐negativní

Dirupce vaku blan: ☐ne ☐ano: barva: ☐průzračná ☐zkalená ☐zelená ☐se smolkou

CTG: ☐ne ☐ano: hodnocení křivky:.....

Frekvence ozev plodu:.....za minutu

UZ: ☐neproveden ☐proveden: nález:.....

.....

Alergie: ☐ne ☐ano: na co:.....

Krevní skupina a Rh faktor:.....transfúze: ☐ne ☐ano: kdy:.....reakce: ☐ano ☐ne

HBsAg: ☐pozitivní ☐negativní TPHA: ☐pozitivní ☐negativní Streptokok. agalac.: ☐poz. ☐neg

Rodinná:.....

Stav: ☐vdaná ☐svobodná ☐rozvedená ☐vdova

Klientka si přeje si kontakt na nejbližší příbuzné: ☐ne ☐ano: ☐manžel ☐dcera ☐syn ☐bratr ☐sestra

☐jiné:.....

Sociální:.....

Zaměstnána: ☐ano: druh zaměstnání:.....

☐ne: ☐bez práce ☐MD ☐invalidní důchod ☐starobní důchod ☐jiné:.....

Přijetí: ☐první ☐druhé ☐opakované ☐přeložena z:.....

Zdravotní:.....

Základní životní funkce:

Dýchání: počet dechů:.....min. ☐pravidelné ☐nepravidelné

Kašel: ☐ne ☐ano: ☐suchý ☐dráždivý ☐vlhký ☐vykašlává ☐jiné:.....

Puls: počet:.....min. ☐pravidelný ☐nepravidelný ☐mělký ☐plný ☐nitkovitý

Krevní tlak: mmHg TT:.....°C

Operace: ☐ne ☐ano: kdy:.....druh operace:.....

Úraz: ☐ne ☐ano: kdy:.....druh úrazu:.....

Běžné dětské choroby: ☐ne ☐ano: jaké:.....

Jiná onemocnění: ☐ne ☐ano: ☐DM:: typ diabetu:..... ☐tuberkulóza ☐lues ☐AIDS

☐hypertenze ☐varixy DK ☐jiné:

Užívání léků: ☐ne ☐ano: jaké:.....

Dieta:.....

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

Předoperační vyšetření: ☐ne ☐ano

Pooperační den:.....operační rána se hojí: ☐per primam ☐per secundam

Způsob ošetřování OP rány:.....

Jiné převazy: ☐ ne ☐ ano: jaké:.....
Bolest: ne ano
Charakter bolesti: ☐ tupá ☐ ostrá ☐ bodavá ☐ kolikovitá ☐ vystřelující ☐ 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:.....

1. FYZIOLOGICKÝ ADAPTAČNÍ SYSTÉM

A) Výživa:

Denní příjem jídla: ☐ pravidelnost ☐ nepravidelnost
Chuť k jídlu: ☐ ano ☐ ne: důvod:.....
Oblíbené jídlo:.....
Neoblíbené jídlo:.....
Forma stravy: ☐ tekutá ☐ kašovitá ☐ normální konzistence
Porucha polykání: ☐ ano ☐ ne
Schopnost najíst se sama: ☐ ano ☐ ne: ☐ s částečnou pomocí ☐ s úplnou pomocí
Vzhled pacientky: ☐ obézní ☐ kachektická ☐ štíhlá ☐ plnoštíhlá ☐ normální
Změna hmotnosti v posledním roce: ☐ žádná ☐ zvýšení o.....kg ☐ snížení váhy o.....kg
Změny na sliznici: ☐ ne ☐ ano: jaké:.....Váha:.....kg
Dyspeptické potíže: ☐ pálení žáhy ☐ nauzea ☐ říhání ☐ zvracení ☐ jiné:
Chrup: ☐ zubní protéza ☐ horní ☐ dolní ☐ obě ☐ vlastní chrup ☐ můstek
Stav kůže: ☐ suchá ☐ olupující se ☐ napjatá ☐ vyrážka ☐ eroze ☐ jiné:.....

PODNĚTY

Ohniskové:

Náhodně působící:

Podněty z osobní oblasti:

B) Vyprazdňování:

Moč:

Způsob: ☐ sama na WC ☐ s pomocí na WC ☐ podložní mísa
☐ spontánní častost:/24 h. množství:...../24 h. barva:.....
Příměsi: krev hnis žluč. barviva bílkovina ☐ jiné:.....
Vyšetření moči indikačním papírkem: ☐ ano ☐ ne
Potíže při močení: ne ano:řezání pálení bolest noční močení jiné:.....
Inkontinence: ☐ ano ☐ ne vložky: ☐ ano ☐ ne plenkové kalhotky: ☐ ano ☐ ne
Močový katétr: ☐ ne ☐ ano: číslo katétru: datum poslední katetrizace:.....
Urostomie:☐ ne ☐ ano: ošetřování:☐ sestrou plně ☐ sestrou částečně ☐ pacientka sama

Stolice:

☐ WC - sama ☐ WC s pomocí ☐ na lůžku – podložní mísa
☐ spont.: vyprazdňování: ☐ pravidelné:ne ☐ ano: za kolik dní:.....☐ nepravidelné:☐ ne ☐ ano:.....dní
Barva: hnědá acholická ☐ jiná:.....
Konzistence: formovaná ☐ bobkovitá ☐ skybala ☐ průjem zácpa
Užívání projímadel: ne ano: jak často:.....jaká:.....
Stomie: ne ☐ ano:kde:.....průměr:.....cm
Pomoc při ošetření: ne ano:☐ částečně sestrou ☐ sestra sama ☐ pacientka sama

PODNĚTY

Ohniskové:

Náhodně působící:

Podněty z osobní oblasti:

C) Tekutiny, elektrolyty:

Množství tekutin:..... za 24 hod.

Oblíbené tekutiny:.....

Neoblíbené tekutiny:.....

Pocit žízně : ☐ ano ☐ ne ☐ občas

Stav sliznic: ☐ vlhké ☐ suché ☐ prokrvené ☐ bledé

Změny na sliznici: ☐ eroze ☐ afty ☐ povlaky ☐ 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:.....

Schopnost napít se: ☐ sám ☐ s částečnou pomocí ☐ s úplnou pomocí

Zubní protéza: ☐ horní ☐ dolní ☐ obě ☐ vlastní chrup ☐ můstek

PODNĚTY

Ohniskové:

Náhodně působící:

Podněty z osobní oblasti:

D) Dýchání a cirkulace:

Dušnost: ☐ ne ☐ ano ☐ klidová ☐ námahová

Podávání kyslíku: ☐ ne ☐ ano: kolik.....l/min. inhalace: ☐ ne ☐ ano: druh.....

Odsávání: ☐ ne ☐ ano: jak často:.....

Rehabilitace dýchacích cest: ☐ ano ☐ ne

Pomůcky k dýchání: ☐ kyslíkové brýle ☐ kyslíková maska ☐ kapesní inhalátor ☐ jiné:.....

Pocit'ujete bušení srdce? ☐ ne ☐ ano: ☐ v klidu ☐ při námaze ☐ v noci ☐ ve dne ☐ při stresu

Máte často studené končetiny? ☐ ne ☐ ano: kdy: ☐ ve dne ☐ v noci

Pocit'ujete brnění v končetinách? ☐ ne ☐ ano: ☐ někdy ☐ ve dne ☐ v noci ☐ jiné:.....

Máte problémy s krevním oběhem: ☐ ne ☐ ano: jaké:.....

PODNĚTY

Ohniskové:

Náhodně působící:

Podněty z osobní oblasti:

E) Aktivita, odpočinek, spánek:

Aktivita:

Jste soběstačná: ☐ ano ☐ ne: úroveň soběstačnosti: ☐ najíst se ☐ umýt se ☐ obléci se ☐ umýt se

☐ uvařit si ☐ nakoupit si ☐ udržovat domácnost ☐ úplně ☐ s částečnou pomocí ☐ s úplnou pomocí

☐ jiné:.....

Obvyklý způsob hygienické péče: ☐ ráno ☐ večer ☐ během dne ☐ podle potřeby ☐ 1x za den

☐1x za 2 dny ☐1x za 3 dny ☐1x za týden ☐nemyji se ☐koupel ve vaně ☐sprchování ☐omývání se u umyvadla

Držení těla: ☐vzpřímené ☐změněné:jak:.....

Koordinace pohybu: ☐fyziologická ☐narušená:jak:.....

Spánek:

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:

Odpočinek přes den: ne ano: ☐pasivní.....☐aktivní:.....

Forma relaxace přes den: čtení procházka v parku poslouchání hudby sport ☐jiné:.....

Faktory bránící tělesné aktivitě: ☐bolest ☐atrofie kontraktury svalové křeče

dušnost ☐nezájem o těl. aktivitu ☐jiné:.....

Aktivní cvičení: ne ano: ☐pravidelné nepravidelné

PODNĚTY

Ohniskové:

Náhodně působící:

Podněty z osobní oblasti:

F) Tělesná teplota, smyslové vnímání, endokrinní systém:

Tělesná teplota:

Máte výkyvy tělesné teploty: ☐ne ano:kdy:.....

Měříte si teplotu: ne ano: ☐pravidelně nepravidelně ráno v poledně ☐večer ☐jiné:.....

Kdy jste byla naposled nachlazená:.....

Otužujete se: ☐ano ☐ne ☐někdy

Máte raději: ☐teplo ☐chlad

Smyslové vnímání:

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

Sluch:dobrý nedoslýchavost ☐hluchota

Naslouchátka: ano ☐ne kochleární implantát: ano ☐ne

Řeč: plynulá narušená ☐koktání ☐němá ☐jiné:.....

Paměť: neporušená ☐zapomíná ☐špatně si vybavuje ☐jiné:.....

Pozornost: ☐stálá ☐rozptýlená ☐jiné:.....

Vědomí: ☐jasné ☐zastřené ☐somniale ☐sopor ☐koma

Orientace: ☐plně orientovaná ☐částečně orientovaná

Dezorientace: ☐časem ☐místem ☐prostorem ☐osobou

Oční kontakt: ☐udrží ☐vyhýbá se očnímu kontaktu ☐jiné:.....

Endokrinní systém:

Máte problémy se žlázami: ☐ne ☐ano: ☐hypofýza ☐štítná žláza ☐příštítná tělíska ☐slinivka břišní

☐nadledvinky ☐ledviny ☐pohlavní žlázy ☐jiné:.....

V kolika letech začaly problémy:.....

Užíváte léky: ☐ne ☐ano:jaké:.....

PODNĚTY

Ohniskové:

Náhodně působící:

Podněty z osobní oblasti:

G) Pohlavní systém:

Menstruace: ☐ pravidelná: cyklus po kolika dnech:.....doba trvání:.....dnů

☐ nepravidelná ☐ krvácení: ☐ normální ☐ slabé ☐ silné

Antikoncepce: ☐ ne ☐ ano: druh:.....

Vaginální výtok: ☐ ne ☐ ano

Porody: ☐ ne ☐ první těhotenství ☐ ano: počet:.....

Těhotenství po IVF: ☐ ne ☐ ano: plod: ☐ jeden ☐ dva ☐ tři

Těhotenství fyziologicky vzniklé: ☐ ne ☐ ano: plody: ☐ jeden ☐ dva ☐ tři

Šestinedělí: ☐ bez komplikací ☐ s komplikacemi:.....

Aplikace IgG: ☐ ne ☐ ano: kdy:.....

Epiziotomie: ☐ ne ☐ ano: druh:.....

Kojení: ☐ ne ☐ ano: jak dlouho:.....

Potraty: ☐ ne ☐ ano: kolik:.....☐ samovolný ☐ interrupce ☐ miniinterrupce

Komplikace: ☐ ne ☐ ano: jaké:.....

Klimakterium: ☐ ne ☐ ano: od kdy:.....

Substituční terapie: ☐ ne ☐ ano: od kdy:.....jaká:.....

PODNĚTY

Ohniskové:

Náhodně působící:

Podněty z osobní oblasti:

2.ADAPTAČNÍ SYSTÉM SEBEPOJETÍ, SEBEUVĚDOMĚNÍ

A) Fyzikální část, fyzické „já“

Subjektivní posouzení:

Máte narušený obraz vlastního těla? ☐ ne ☐ ano: ☐ amputace ☐ stomie ☐ popáleniny

☐ ablace prsu: ☐ pravý ☐ levý ☐ oba ☐ jiné:.....

Jste smířena s obrazem vlastního těla? ☐ ano ☐ ne: proč:.....

Jste omezená v zájmové činnosti? ☐ ne ☐ ano: v jaké:.....

Jste společensky omezená? ☐ ne ☐ ano: v jaké oblasti:.....

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

Máte možnost v nemocnici vyznávat víru: ☐ ano ☐ ne: proč:.....

Chcete zajistit: ☐ kněze ☐ pastora ☐ jiné:.....

Cítíte omezení kvůli své víře: ☐ ano ☐ ne ☐ někdy

Máte nějaká přání ohledně víry: ☐ ne ☐ ano: jaká:.....

Objektivní posouzení sestrou (vlastními slovy):

První dojem, který žena udělala na sestru: ☐ je čistá ☐ je klidná ☐ je neupravená ☐ neklidná ☐ neposlouchá

☐ zanedbaná ☐ úzkostlivá ☐ má strach ☐ mlčí ☐ je uzavřená

☐ je z ní cítit alkohol ☐ je nervózní ☐ jiné:.....

B) Osobnostní část, osobní „já“

Reagujete: ☐ negativně ☐ nekomunikujete ☐ jste plačtivá ☐ máte strach ☐ jste klidná

☐ pociťujete úzkost ☐ jste nervózní ☐ jste smutná ☐ jste euforická ☐ jste agresivní

☐ jste labilní ☐ jste uzavřená ☐ jste nedůvěřivá ☐ samotář ☐ společenský typ ☐ extrovert

☐ introvert ☐ jiné:.....

Jak zvládáte stresové situace: ☐ sama ☐ s manželem ☐ s druhem ☐ s přítelkyní ☐ s matkou

☐ jiné:.....

Spoléháte sama na sebe a na svou vnitřní sílu: ☐ ano ☐ ne

Rozhodujete se rychle: ☐ ano ☐ ne

Je pro Vás těžké říci „ne“, když někdo něco vyžaduje? ☐ ano ☐ ne ☐ někdy

Umíte relaxovat? ☐ ano ☐ ne: proč:.....
Užíváte léky ovlivňující psychiku? ☐ ne ☐ ano: jaké:.....

C) Interpersonální „já“

Rodina, přátelé, vztahy : ☐ má přátele ☐ nemá přátele ☐ je sama ☐ má manžela ☐ druhu
☐ je vdova ☐ má rodiče ☐ má děti ☐ jiné:.....
Bydlení: ☐ má svůj vlastní byt ☐ dům bydlí u rodičů ☐ v podnájmu ☐ je bezdomovec
bydlí v sociálním zařízení: v jakém:.....
Předpokládá se kontakt se sociální pracovníci: ☐ ano ☐ ne
Má vědomosti, dovednosti a informace potřebné pro průběžnou sebekpéči po propuštění:
ano ☐ ne ☐ částečně
Požadovaná pomoc po propuštění: ☐ ne ☐ částečná ☐ ano
Formy pomoci: rodina ☐ primární péče ☐ obvodní sestra ☐ domácí lékař ☐ komunitní péče ☐ Agentury
domácí péče ☐ Hospicová péče ☐ pečovatelská služba ☐ sociální pracovník ☐ jiné:.....

PODNĚTY

Ohniskové:

Náhodně působící:

Podněty z osobní oblasti:

3. ADAPTAČNÍ SYSTÉM ZVLÁDNUTÍ ROLÍ

A) Primární role:

Jste: žena

Věk: do 18 let 19-25 let 26-30 let 31-45 let 46-50 let 51-55 let 56-60 let a více

Odpovídá Váš věk tomu jak se cítíte? ano ☐ ne: ☐ cítím se mladší ☐ cítím se starší

B) Sekundární role:

Jakou roli splňujete: dcera matka babička vnučka ☐ teta

Máte svoje děti: ne ano: kolik:.....

Počet členů Vaší rodiny:.....

Máte sourozence: ne ano: kolik:.....

Kdo je u Vás hlava rodiny? ☐ vy ☐ manžel ☐ druh ☐ přítel ☐ děti ☐ Vaše matka ☐ tchyně

tchán ☐ jiné:.....

C) Terciální role:

Cítí omezení v době nemoci: ne ano: jaké:.....

Dělá vám problémy komunikace s cizími lidmi? ☐ ne ☐ ano ☐ někdy ☐ často

Zvládáte roli pacientky: ano ☐ ne: proč:.....

Dělá Vám problém se adaptovat na nemocniční prostředí: ne ano: proč:.....

4. ADAPTAČNÍ SYSTÉM VZÁJEMNÉ ZÁVISLOSTI:

A) Nezávislost

Cítíte se vyrovnaná: ☐ ano ☐ ne ☐ někdy

Myslíte si, že jste úplně nezávislá: ano ☐ ne: proč:.....

Zvládáte stresové situace bez problémů sama: ano ☐ ne ☐ někdy

B) Závislost:

Jste na někom závislá? ne ano: ☐ manžel ☐ matka ☐ otec ☐ děti ☐ přítel ☐ druh ☐ přítelkyně

jiné:.....

Je někdo závislý na Vás? ne ☐ ano: manžel ☐ matka ☐ otec ☐ děti ☐ přítel ☐ druh

přítelkyně jiné:.....

C) Vzájemná závislost:

Jak dlouho trvá adaptace na cizí osoby, prostředí: ☐ den ☐ týden ☐ měsíc ☐ nezvyknu si ☐ jiné:.....

Jak dlouho trvá, než Vás přijme okolí: den ☐ týden ☐ měsíc ☐ rok ☐ nepřijme mě ☐ jiné:.....

Vadí Vám změny? ano ☐ ne ☐ někdy

PODNĚTY**Ohniskové:****Náhodně působící:****Podněty z osobní oblasti:****Doplňující údaje** (event. výsledky a konziliární vyšetření, dokreslující diagnózy):

Datum	Kód oř.dg.	Oř. diagnóza	Cíl	Kritéria	Intervence	Zhodnocení

Zdroj: Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita, České Budějovice