

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**Ošetrovatelská péče o ženu s vícečetným
těhotenstvím z pohledu žen**

bakalářská práce

Autor práce: Lenka Nováková
Studijní program: Porodní asistence
Studijní obor: Porodní asistentka

Vedoucí práce: PhDr. Drahomíra Filausová

Datum odevzdání práce: 6. 5. 2013

Abstrakt

Bakalářská práce seznamuje čtenáře s problematikou ošetrovatelské péče o ženy s vícečetným těhotenstvím. Teoretická část je strukturována do tří hlavních kapitol. První kapitola popisuje faktory ovlivňující výskyt vícečetného těhotenství, jeho klasifikaci, diagnostiku a zdravotní rizika s ním spojená. Druhá kapitola podává detailní přehled o komplexnosti ošetrovatelské péče o ženu s vícečetným těhotenstvím při hospitalizaci. Následující kapitola seznamuje čtenáře s faktory vícečetného těhotenství, které mohou mít negativní vliv na psychiku těhotné ženy.

Praktická část je zaměřena na výzkum toho, jak ženy s vícečetným těhotenstvím prožívají hospitalizaci a ošetrovatelskou péči na oddělení rizikového těhotenství v Nemocnici České Budějovice a Jindřichův Hradec. Byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu prostřednictvím rozhovorů. Šetření probíhalo v období leden až duben 2012. Rozhovor tvořilo 23 otázek. Účast na rozhovoru byla dobrovolná a nebyla pro těhotné ženy nijak zatěžující. V rámci rozhovoru byly od žen získávány identifikační údaje týkající se jejich věku, vzdělání, gravidity, rodinného stavu, a zaměstnání. Celý výzkum je rozdělen do čtyř hlavních kategorií, které se dále dělí na další podkategorie. U většiny podkategorií je možné vysledovat rozdílné druhy odpovědí.

Cílem bakalářské práce je zjistit, jak hospitalizované ženy s vícečetným těhotenstvím vnímají kvalitu ošetrovatelské péče a do jaké míry jsou naplňována jejich očekávání. Výstupy z výzkumné části mohou být prakticky využity pro oblast ošetrovatelské péče u žen hospitalizovaných s vícečetným těhotenstvím ve zkoumaných zdravotnických zařízeních.

Výsledky z praktické části ukazují základní motiv těhotných žen pro výběr konkrétního zařízení. Základním motivem bylo očekávání dobré kvality služeb. Ať už z vlastní zkušenosti s tímto zařízením, nebo zprostředkovaně na doporučení obvodního gynekologa, či na základě referencí od známých či přátel.

V této části respondentky odpovídaly, jak hodnotí ošetrovatelskou péči na oddělení. Výzkumná otázka číslo jedna týkající se toho, jak ženy vnímají ošetrovatelskou péči, byla zodpovězena většinou respondentek kladně. Ženy vesměs vnímají ošetrovatelskou péči dobře. Pouze v jednom případě nebyla klientka vůbec spokojená a v jednom případě jen průměrně.

Z odpovědí respondentek, které hodnotily kvalitu péče negativně, je možné zjistit, jaké důvody klientky uvádějí nejčastěji. Na příčinu negativního hodnocení má zásadní vliv přístup porodních asistentek.

Kategorie posuzující kvalitu edukace klientek ukazuje, že všechny klientky mají pocit velmi dobré informovanosti. V rámci tohoto tématu bylo také hodnoceno, na jaké úrovni, je komunikace mezi klientkami a porodními asistentkami. Tento výzkum ukázal, že opět většina klientek s kvalitou komunikace nemá problém.

Poslední kategorie pojednává o prioritním problému při hospitalizaci. Většina respondentek udává, že jejich nejzávažnější problém je starost o zdraví dětí. Tento problém není možné vyřešit během hospitalizace a všechny ženy uvedly, že obavy z tohoto problému plně opadnou až po porodu zdravých dětí. Dalšími méně častými důvody jsou starost o fungování rodiny či obavy z tíživé finanční situace.

Z odpovědí klientek je možné charakterizovat, jaké strategie zvládnání těžkých situací jsou pro ně nejvýhodnější. Klientky řeší své problémy nejčastěji ve spolupráci s porodními asistentkami nebo s rodinou. Je zřejmé, že pro to, aby klientky mohly své obavy překonat, je důležité, aby měly možnost se někomu svěřit.

Výzkum naznačuje, že v případech negativního hodnocení zařízení klientkami nejde o zanedbávání ošetrovatelské péče, ale jde o čistě lidský přístup, který v případě pouhého rutinního vykonávání ošetrovatelských úkonů může zapříčinit vzdálení se skutečným potřebám klientek.

Výzkumná práce ukazuje, jak důležitý je pro kvalitní ošetrovatelskou péči dobrý vztah klienta a ošetřujícího. Tento vztah by měl být založen ne pouze na rutinním vztahu klienta a ošetřujícího, ale ze své povahy by měl být založen na naslouchání, empatii a pozitivní zpětné vazbě.

Klíčová slova

Císařský řez

Dvojčata

Ošetrovatelská péče

Polohy plodů

Prenatální péče

Předčasný porod

Rizikové těhotenství

Vícečetné těhotenství

Abstract

Bachelor's thesis inform readers about nursing care problems for women with multiple pregnancy. The theoretical part is structured into three main chapters. First chapter describes factors influencing occurrence multiple pregnancy, its classification, diagnostics and the health risks coupled with it. Second chapter give detailed overview about the complexity of nursing care for women with multiple pregnancy during hospitalization. Next chapter inform readers about multiple pregnancy factors, which can have negative influence on the psyche of pregnant woman.

The practical part is focused on research how women with multiple pregnancy experience their hospitalization and nursing care at department of risk pregnancy in České Budějovice Hospital and Jindřichův Hradec Hospital. There was chosen quantitative research method by interview. Investigation was conducted in the period January - April 2012. Interview consisted of 23 questions. Participation in the interview was voluntary and it wasn't stressful for pregnant women. Identification data about their age, education, pregnancy, marital status and occupation were obtained from women. The whole research is divided into four main categories, which are further divided into next subcategories. For most of subcategories can be traced different kinds of answers.

The aim of bachelor's thesis is to find out how hospitalized women with multiple pregnancy perceived quality of nursing care and how are fulfilled their expectations. Outcomes of the research can be practically applied for the nursing care of hospitalized women with multiple pregnancy examined at medical facilities. The results of the practical part shows the basic motive of pregnant women to select a specific device. The basic motive was the expectation of good quality services. Whether on their own experience with the device, or indirectly on the recommendation of the district gynecologist, or based on references from acquaintances or friends.

In this section, respondents corresponded to evaluate nursing care in the department. Research question one concerning how women perceive the nursing care was mostly the respondents answered in the affirmative. Women generally perceived

nursing care well. Only in one case, the client wasn't satisfied, and in one case only average.

From the answers of respondents that evaluated the quality of care negatively, is possible to identify the most often given reasons. To cause negative evaluation has a significant influence access midwives. To cause negative evaluation has a significant influence access midwives.

Category assessing the quality of education clients shows that all clients feel very well informed. Within this theme were also evaluated at what level is the communication between the clients and midwives. This research showed that most of the clients have no problems with the quality of communication.

The last category deals with the priority issue during hospitalization. Most respondents indicate that their most serious problem is the concern for the health of children. This problem can't be resolved during the hospitalization and all the women said that they were afraid of this problem fully subside until after the birth of healthy children. Other less common reasons are worried about family functioning and fears of a difficult financial situation.

From the answers clients can be characterized as coping strategies are most advantageous for them. The clients solve their problems most often in collaboration with midwives or family. It is clear that for that client to overcome their concerns, it is important to be able to tell someone.

Research suggests that in the case of a clients' negative evaluation of the facility isn't the neglect of nursing care, but it is a purely human approach, which in the case of simply performing routine nursing procedures may cause distant the actual needs of the clients.

Research work shows how important it is for a good quality nursing care the relationship between clients and nursing staff. This relationship shouldn't be based only on routine relationship between the client and the nursing staff, but by its nature, should be based on listening, empathy and positive feedback.

Keywords

Caesarian operation

Twins

Nursing care

Positions of the fetus

Prenatal care

Premature birth

Risk of pregnancy

Multiple pregnancy

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Ošetrovatelská péče o ženu s vícečetným těhotenstvím z pohledu žen“ vypracovala samostatně a použila jen 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 / v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce.

Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne.....

Podpis

Poděkování

Paní PhDr. Drahomíře Filausové děkuji za její cenné rady, připomínky a metodické vedení při psaní bakalářské práce. Také bych chtěla poděkovat svým blízkým za podporu a trpělivost při mém studiu a psaní bakalářské práce.

OBSAH

Úvod	12
1 Současný stav.....	13
1.1 Vícečetné těhotenství.....	13
1.1.1 Diagnostika vícečetného těhotenství	15
1.1.2 Komplikace vícečetného těhotenství	16
1.1.3 Polohy plodů v děloze	18
1.2 Prenatální ošetrovatelská péče o ženu s vícečetným těhotenstvím	19
1.3 Psychologie těhotenství	21
1.3.1 Prožívání rizikového těhotenství	22
1.3.2 Potřeby ženy s rizikovým těhotenstvím z hlediska NANDA taxonomie II.....	23
1.4 Porod vícečetného těhotenství.....	29
1.4.1 Ošetrovatelská péče při vaginálním porodu	30
1.4.2 Ošetrovatelská péče s indikací k císařskému řezu.....	31
2 Cíle práce a výzkumné otázky	33
2.1 Cíle práce	33
2.2 Výzkumné otázky	33
3 Metodika	34
3.1 Použitá metodika.....	34
3.2 Výzkumný soubor	34
4 Výsledky výzkumu	35
4.1 Vyhodnocení rozhovorů	35
5 Diskuze	51
6 Závěr.....	55
7 Seznam použitých zdrojů	56
8 Přílohy	59

Seznam použitých zkratk

AMC	Amniocentéza
BWR	Bordetova-Wassermannova reakce
CTG	Kardiotokografické vyšetření
CVS	Odběr choriových klků
EKG	elektrokardiografické vyšetření
G	Gravidita
HCG	Lidský choriový gonadotropin
HLA	Lidský leukocytární antigen
IUGR	Intrauterinní růstová retardace plodu
KO	Krevní obraz
NT	Nuchální projasnění
OGTT	Orální glukózový toleranční test
P	Parita
PPH	Poloha podélná hlavičkou
PPKP	Poloha podélná koncem pánevním
SF	Symfýza fundus
TEN	Tromboembolická nemoc
TTT syndrom	Twin to Twin transfusion syndrom

ÚVOD

V současné době je v České republice frekvence dvojčat díky asistované reprodukci 20 krát častější než u spontánních cyklů. Tato těhotenství jsou vedena jako riziková. Ženám je věnována intenzivnější prenatální péče a jsou již na počátku gravidity ohroženy hypertenzí a zvýšeným rizikem potratu. Ve druhé polovině gravidity nastávají příznaky preeklampsie až 6krát častěji než u jednočetné gravidity. Hlavním rizikem je předčasný porod. Přes 50 procent všech vícečetných těhotenství končí před 37. týdnem gravidity. U 20 % žen je gravidita kratší než 36 týdnů. Preferuje se preventivní hospitalizace kolem 26. – 28. týdne. V tomto období se často projevují známky předčasného porodu. Tělesným klidem a tlumením pohotovosti dělohy ke stahům je možné prodloužit délku těhotenství, oddálit předčasný porod, a tím zabezpečit větší životaschopnost plodů po narození (1, 17).

Důvodem, proč jsem si zvolila téma „Ošetrovatelská péče o ženu s vícečetným těhotenstvím z pohledu žen“, bylo to, že bych se ráda seznámila s problémy, které budoucí maminky nejvíce trápí. Zajímá mě, jak vnímají hospitalizaci, jaké byly jejich první reakce na vícečetné těhotenství, zda jsou připraveny na výchovu více dětí, dále například jejich názory na kvalitu ošetrovatelské péče, komunikaci ošetrovatelského personálu, zejména porodních asistentek.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Vícečetné těhotenství

Při vícečetném těhotenství se v děloze ženy vyvíjí a posléze i rodí více plodů. U tohoto těhotenství se můžeme nejčastěji setkat s vývojem dvou plodů v děloze neboli dvojčat – gemini. Můžeme se ale setkat i s vývojem trojčat – trigemini, čtyřčat – quadrigemini a v některých vzácnějších případech s vývojem ještě většího počtu plodů (1, 21).

Vícečetné těhotenství nemůžeme u člověka považovat za tradiční reprodukční vzor. Anatomie dělohy, její velikost a tvar jsou optimálně přizpůsobeny pro vývoj pouze jednoho plodu. Vícečetné těhotenství je sice stav fyziologický, při kterém ale hrozí těhotenské i porodnické patologie a vyšší výskyt vrozených vývojových vad. Z těchto důvodů je vždy považováno za rizikové (1, 24, 30).

U dvojčat se vyskytuje četnost jednou na 80 – 90 porodů. U trojčat, čtverčat – quadrigemini, atd. se určuje výskyt tzv. Hellinsovým pravidlem kvadratického růstu. Proto porod trojčat můžeme očekávat 1 krát na 10 000 porodů, čtverčat 1 krát na 500 000 porodů atd. (1).

Hellinsovo pravidlo ovšem bere v úvahu pouze přirozeně vzniklá těhotenství. V dnešní době, kdy v léčbě sterility převažují stimulované cykly, se setkáváme s vícečetným těhotenstvím častěji než v minulosti. Jednotlivé druhy léčby sterility se vyznačují různým procentem zvýšeného výskytu vícečetného těhotenství. Při stimulaci ovulace klomifencitrátem je procento vícečetného těhotenství přibližně 10 %. Stimulací ovulace gonadotropiny dosahuje frekvence vícečetných těhotenství 20 – 55 %. Při použití metod asistované reprodukce počet vícečetných gravidit přímo souvisí s počtem transferovaných embryí a dosahuje více než 30 % z klinických těhotenství. Je možné vzít v úvahu také přirozené faktory, které mají vliv na zvýšený výskyt vícečetného těhotenství. Patří mezi ně věk matky (čím je matka starší, tím je vznik vícečetného těhotenství pravděpodobnější). Také se ukázalo, že u ženy, která již dříve porodila dvojčata, je pravděpodobnost vícečetného těhotenství 10 krát vyšší. Dalším faktorem je rasová příslušnost. Nejméně vícečetných porodů je zaznamenáno u asijských ras, naopak vysoký výskyt je zaznamenán u černochoů (19, 24).

Dvojčata, trojčata ale i další čtenější plody dělíme z hlediska mechanismu jejich vzniku na monozygotní (jednovaječná) a dizygotní (vícevaečná). Monozygotní dvojčata vzniknou oplozením jednoho vajíčka (oocytu) jednou spermií. Oplozená buňka (embryo) se dále rozdělí na dva společné základy, z nichž se posléze vyvinou dva samostatní jedinci. Monozygotní dvojčata jsou vždy stejného pohlaví a mají stejný genetický základ. Fenotypicky si zpravidla bývají velmi podobné, mají např. často podobné duševní vlastnosti, stejnou fyzickou konstituci, krevní skupinu atd. Jejich odlišnost lze však spatřit např. v otiscích prstů, i když jejich papilární linie jsou si velmi podobné (1, 6, 17).

K rozdělení vajíčka a vzniku jednovaječných dvojčat může dojít v různých stádiích embryonálního vývoje. Pokud dojde k rozdělení do stádia moruly, tzn. do třetího dne po oplození, vzniknou gemini bichorales biamniales – každý plod je obklopen vlastní amniální a choriovou blánou, placenta může být samostatná nebo společná. Nejčastěji dojde k rozdělení v období blastocysty (mezi 4. – 8. dnem po oplození) vzniknou gemini monochorales biamniales – plody jsou od sebe odděleny pouze dvěma amniiovými blanami, ale mají společnou choriovou blánu a placentu. Vznikne-li rozdělení mezi 9. a 12. dnem po oplození, dochází k vývoji gemini monochorales monoamniales – oba plody jsou obklopeny společnou amniální dutinou. Vývoj dvojčat pouze v jedné amniální dutině je z 50 % spojený s vysokou fetální mortalitou. Dojde-li k rozdělení zárodku po 13. dni od oplození, jedná se asi o 1 % ze všech monozygotních dvojčat, nemůže již dojít k úplnému rozdělení zárodků a vyvíjí se tak dvě částečně srostlé bytosti, tzv. siamská dvojčata. K tomuto srůstu dochází nejčastěji v oblasti hrudníku, nejvzácněji v oblasti hlavy (17, 30).

Dojde-li k oplození dvou oocytů různými spermii, vznikají dizygotní dvojčata. Mohou být stejného i různého pohlaví a mohou se vyznačovat rozdílnými genetickými predispozicemi. Dizygotní dvojčata jsou 3 – 4 krát častější než monozygotní dvojčata. V případě vzniku dizygotních dvojčat každé z vajíček niduje samostatně a následný plod má vlastní placentu a vlastní amniální a choriový obal. Vznikají tak vždy gemini bichorales. Ke vzniku dizygotních dvojčat dochází nejčastěji během jedné soulože. V některých případech může dojít k tzv. dvojitému oplození, neboli superfekundaci.

K superfekundaci dochází při oplození dvou oocytů spermii od dvou mužů v jednom cyklu. Toto bylo dříve prokázáno rozdílnou barvou pleti dvojčat. V dnešní době se superfekundace stanovují pomocí HLA – typizace. Superfetace neboli „dodatečné oplození“ vznikne, pokud se první oplozené vajíčko začne uhnizďovat a i přes to dojde k další ovulaci, při které je oplozeno další vajíčko. Dizygotní dvojčata se častěji rodí starším ženám, víceroodičkám a po hyperstimulaci v rámci léčby neplodnosti (6, 17, 20, 30).

1.1.1 Diagnostika vícečetného těhotenství

U vícečetné gravidity má velký význam včasné diagnostikování vícečetného těhotenství, které se opírá o výsledky klinického vyšetření. Výsledky klinického vyšetření, které odhalí nadměrnou velikost dělohy a měření vzdálenosti symfýza fundus (SF) by měly gynekologa vést k odeslání těhotné na ultrazvukové vyšetření. Při měření vzdálenosti SF je možné počítat s možností vícečetné gravidity, pokud je vzdálenost SF o 4 cm větší, než délka gestace. Při auskultaci břicha je možné zachytit dvoje ozvy většinou od sebe vzdálené a s různými frekvencemi. V případě palpačního nálezu nadměrně zvětšené dělohy je nutné zvážit diferenciální diagnostiku: možnost dřívějšího termínu porodu, polyhydramnion a hydatidózní molu (5, 20, 30).

Klinické vyšetření je důležité především k určení podezření na výskyt vícečetné gravidity, v moderním porodnictví je však mimořádně důležité ultrazvukové vyšetření. Před použitím ultrazvuku bylo až 50 % dvojčat diagnostikováno v období porodu nebo přímo na porodním sále. Vzhledem k tomu že v České republice je zaveden dvoufázový ultrazvukový screening, nemělo by se stát, že by vícečetná gravidita zůstala nerozpoznána. Vícečetnou graviditu je také možné diagnostikovat pomocí hormonálního vyšetření, a to již na počátku těhotenství. Opakovaným vyšetřením HCG a 17 beta-estradiolu je možné předpovědět vznik vícečetné gravidity (5, 10, 30).

Vzhledem k souvisejícímu riziku je velmi důležité stanovení chorionicity a amnionicity v prvním trimestru těhotenství. K určení chorionicity a amnionicity dvojčat sledujeme počet žlutkových váčků, gestačních váčků, amniových dutin a embryí v gestačním váčku. Pozdější určení chorionicity je hůře proveditelné a ne zcela

spolehlivé. Diagnostika se po 28. týdnu gestace opírá o rozdílnost v uložení placent a jejich počet, počet plodových obalů, o dopplerovské vyšetření případných krevních spojek, o vyšetření pohlaví plodu a další nepřímé známky jako jsou polohy plodů, asymetrie růstu apod. V prvním trimestru je také doporučen screening Downova syndromu (včetně nuchální translucence podle doporučení fetal Medicine foundation). Prenatální diagnostika se v indikovaných případech provádí buď pomocí invazivních metod CVS nebo AMC. Kombinovaný screening v 1. trimestru se skládá z kombinace věku matky, biochemického vyšetření séra, měření NT (nuchálního projasnění) a morfologického vyšetření plodu. V tomto období nabývá ultrazvukový screening na významu z důvodu obtížného rozlišování plodů biochemickou analýzou (7, 10, 5).

Zásadním významem screeningového vyšetření je jeho přínos pro oblast monitorování případné hrozby předčasného porodu. Jednou z metod na zjištění hrozícího předčasného porodu u vícečetných gravidit je sonografická cervikometrie (5).

1.1.2 Komplikace vícečetného těhotenství

Vícečetná těhotenství jsou zatížena vyšší prenatální morbiditou a mortalitou, která se pojí především s vyšším výskytem vrozených anomálií, předčasných porodů a poruchami růstu plodů. Genetické riziko u mnohočetného těhotenství je vyšší. U dvojčat je riziko chromozomálních aberací, vyšší je u monochoriálních než u bichoriálních dvojčat. Riziko stoupá také s počtem plodů. U vícečetné gravidity dochází v důsledku nevhodné nidace nebo z jiných příčin k odúmrtí jednoho plodu. Pokud těhotenství neskončí potratem, mrtvý plod se pomalu zmenšuje. Vzniká tak fetus papyraceus compressus. Tento stav je poměrně častý, udává se, že až 50 % jednočetných gravidit jsou založeny jako vícečetné. Do konce 10. týdne dojde k zániku jednoho z plodů. Tato spontánní redukce („vanishing twin“) může být klinicky manifestována špiněním nebo slabým krvácením. U monochoriálních dvojčat je situace komplikovanější, kde je vysoké riziko poškození přežívajícího plodu. V tomto případě je nutná pravidelná monitorace koagulačních a zánětlivých parametrů matky (1, 10, 12).

Častou komplikací u vícečetného těhotenství bývají také poruchy růstu. Jejich příčiny mohou být abnormální funkce fetoplacentární jednotky, vrozené vady či intrauterinní infekce (10).

Dvojčata mohou mít i za normálních okolností různou velikost. Za určitých okolností však může dojít k jejich asymetrickému růstu v důsledku placentárního shuntu. K této fetofetální transfúzi (Twin-to-twin Transfusion syndrome) dochází v situaci, při které arteriální cirkulace jednoho dvojčete je napojena na venózní cirkulaci druhého. Vznikají tak arteriovenózní shunty, takzvaný Schatzův oběh, kdy jeden plod trpí hypervolemií (pletora, edémy, polyhydramnion) a druhý hypovolemií (anemie, dehydratace, malnutrice). Vlivem nerovnoměrného vývoje způsobeného rozdílným krevním zásobením se délka a hmotnost plodů může výrazně lišit. Touto poruchou jsou postiženy v zásadě jednovaječná dvojčata. Není však vyloučený ani u biamniálních dvojčat (1, 5, 20, 30).

Prognóza je špatná se 70 – 100 % úmrtností u neléčených plodů. Léčba a její účinnost jsou závislé na gestačním stáří plodu v době diagnózy. Zlepšit prognózu může opakovaná amniocentéza a vyrovnaním tlaků v obou amniálních dutinách také septostomie (30).

Vícečetná těhotenství jsou také zatížena vyšším rizikem předčasného porodu (prematuritou). O předčasném porodu můžeme hovořit, proběhne-li před 37. týdnem těhotenství. U 20 % je těhotenství kratší než 36 týdnů. Hlavní příčinou předčasného porodu je mechanická hyperdistenze dělohy, která vede k porodní činnosti, zkracování a dilataci hrdla. Preferuje se názor na preventivní hospitalizaci kolem 26. – 28. týdne. V tomto období se často projevují známky předčasného porodu. Kauzálním faktorem předčasného porodu je zřejmě také placentární insuficience. Závažnost předčasných porodů spočívá ve vyšší neonatální mortalitě i morbiditě předčasně narozených dětí (dětská mozková obrna, retardace motorického a psychického vývoje, smyslové poruchy, drobné neurologické odchylky, epilepsie. Riziko předčasného porodu je při vícečetné graviditě považováno za jedno z nejzávažnějších. Proto je naší snahou dosáhnout takové délky gravidity, která zajistí porod co nejvíce zralých a hlavně zdravých plodů (1, 12).

1.1.3 Polohy plodů v děloze

U dvojčat můžeme klasifikovat několik způsobů uložení plodů a četnost jejich výskytu (příloha č. 2). V 45 % bývají oba plody v poloze podélné hlavičkou (PPH). Tato poloha je nejvhodnější pro vedení porodu přirozenou cestou. Rizika s ní spojená však nesmí být podceňována, i v této situaci se mohou uplatnit faktory porušené děložní činnosti jak v průběhu první doby porodní, tak po porodu prvního plodu. V 35 % je jeden plod v poloze PPH a druhý v poloze podélné koncem pánevním (PPKP). Při poloze prvního z dvojčat pánevním koncem musíme předpokládat prodlouženou I – otevírací dobu a poruchy mechanismu v II. porodní době. U této polohy nastává riziko tzv. „kolize dvojčat“ hlavičky plodů se mohou o sebe zaklínit bradičkami a další spontánní postup je tak vyloučený. K této situaci dochází jen vzácně a frekvence jejího výskytu je 1 : 1000 porodům. Kolizní postavení obou plodů je jednoznačnou indikací pro vedení porodu císařským řezem (příloha č. 2). Ostatní polohy plodů jsou méně časté. Udává se, že v 10 % jsou oba plody v poloze PPKP a na zbývající polohy, jako je příčná nebo šikmá, připadá také 10 % výskyt. U příčné polohy není spontánní vaginální porod možný. Příčina této polohy se dává do souvislosti s volnou pohyblivostí plodu v ochablé děloze s rozšířeným dolním segmentem, jak je tomu u vícerodiček, polyhydramniu u vícečetného těhotenství. Příčiny šikmých poloh jsou obdobné jako příčiny u poloh příčných. U těchto poloh svírá podélná osa plodu s podélnou osou dělohy ostrý úhel. Velká část plodu – častěji hlavička, je vybočena mimo pánevní vchod. Jedná se o polohy přechodné, které se při porodu mění v polohy podélnou nebo příčnou. V takovýchto situacích volíme v současné době nejčastěji ukončení těhotenství císařským řezem (1, 5, 20).

1.2 Prenatální ošetrovatelská péče o ženu s vícečetným těhotenstvím

V prenatálním období má pro kvalitu ošetrovatelské péče velký význam včasná diagnostika a následné monitorování, která se opírají o pečlivé klinické vyšetření a ultrasonografii. Pro prenatální péči je zásadní pečlivé monitorování známek hrozícího předčasného porodu, včetně sonografické cervikometrie, symetrie vývoje plodů a hodnocení intrauterinního stavu plodů. Při fyzikálním vyšetření v graviditě je potřeba popsat dělohu, výši fundu, případně bolestivost a výslovně uvést, že „děloha je měkká a při vyšetření se nekontrahuje.“ V opačném případě je tento stav indikací k neodkladnému vyšetření na lůžkovém oddělení (2, 5).

Kromě stanovení diagnózy vícečetného těhotenství musí být sonografické vyšetření zaměřeno na určení gestačního stáří, sledování sonoanatomických parametrů plodů a časnou detekci vrozených vývojových vad. Ultrazvukové vyšetření umožňuje také diagnostiku syndromu mizejícího dvojčete, který nacházíme asi u 20 % původně dvouplodých gravidit. Vzhledem ke zvýšenému riziku prematurity a dalších komplikací přiznáváme těhotným pracovní neschopnost již od okamžiku diagnózy vícečetné gravidity (1, 12).

Před 20. týdnem gravidity je velmi důležité sledování kalorického příjmu těhotné, který má být denně asi o 300 kcal vyšší pro každý plod. Vzhledem ke zvětšení objemu plazmy cca o 67 % při graviditě s dvojčaty a až 96 % při graviditě s trojčaty a asi 25 % zvětšení objemu erytrocytů, je nutná léčba anemie dostatečnou suplementací Fe 60–100 mg denně a ac. folicum 1 mg denně. Nutný je i dostatečný přívod vitaminů a minerálů – Ca, Zn, Mg, který může mít vliv na snížení rizika preeklampsie či předčasného porodu. Ve 34. týdnu gravidity je pro matky s dvojčaty optimální přírůstek mezi 17–23 kg, pro matky s trojčaty 23–28 kg (12).

Při péči o těhotnou ve 20. až 26. týdnu gravidity je třeba pravidelně (nejlépe 1 x za dva týdny) vaginálně vyšetřovat stav děložního hrdla. Stav dolního děložního segmentu a hrdla má být posuzován nejen palpačně, ale také ultrazvukovým vaginálním vyšetřením. Při palpačním sledování stavu děložního hrdla se nejvíce užívá různých skórovacích systémů, u nás je nejčastěji používáno skóre dle Bishopa. Zahraniční literatura spíše užívá skóre dle Houldona – tj. délka děložního hrdla v cm minus průměr

vnitřní branky v cm. Skóre u dvojčat 0 a méně před 30. týdnem gravidity významně předznamenává nástup porodu před 34. týdnem (1, 12).

Mezi 27. a 32. týdnem gravidity by mělo být prováděno častější vyšetření děložního hrdla (1x za týden). Také je důležité ultrasonografické vyšetření k určení IUGR a dalších růstových abnormalit, k detekci růstové diskrepance plodů a diskrepanci v množství plodové vody, tj. diagnostice TTT syndromu. Je také důležité provést běžná rutinní vyšetření – tj. kontrolu KO, moči, BWR a provedení OGTT. Vzhledem k častějšímu výskytu poruch glukózové tolerance se kontroluje také vaginální mikrobiální flóra a bakteriurie (1).

Rutinní hospitalizace v nemocnici v současné době není doporučována, z důvodu rizika negativního psychického dopadu stresujícího nemocničního prostředí na matku. Hospitalizace na gynekologicko-porodnické oddělení je neodkladná pro matku s prvotními příznaky hrozícího předčasného porodu. Klientky s hrozícím předčasným porodem jsou hospitalizovány především k indukci plicní zralosti plodů podáváním kortikosteroidů matce. Kortikosteroidy urychlují tvorbu surfaktantu v plicích plodu a tak zlepšují prognózu novorozence po porodu. Z důvodu prevence hrozícího předčasného porodu se ženám doporučuje od 24. týdne těhotenství omezení tělesné aktivity. Léčba předčasného porodu spočívá v několika následujících léčebných metodách: hospitalizace, relativní klid na lůžku (absolutní klid bez možnosti osobní hygieny na toaletě ženu spíše traumatizuje), terapie antibiotiky, indikace kortikoidů, terapeutická cerkláž, terapie tokolytiky. Preventivní užívání tokolytik bylo spíše zavrženo pro nejistý efekt a možné vedlejší účinky na matku, ale při kontrakcích bez zjevného dilatačního efektu je i nadále tokolytická léčba u vícečetného těhotenství indikována. Tokolytika se aplikují v I. trimestru zejména ke snížení rizika potratu. Ve II. trimestru je jejich použití diskutabilní, nicméně jsou široce používána při hrozícím potratu či inkompetenci děložního hrdla. Jejich hlavní indikací je hrozící porod ve III. trimestru těhotenství. Je patrné, že tokolytika nacházejí uplatnění jak v období těhotenství, tak i v období porodu. Jejich hlavní použití ale zůstává v léčbě předčasného porodu. Riziko předčasného porodu z důvodu inkompetence děložního hrdla se řeší založením cerclage podle McDonalda dvojitým hedvábným (mersilonovým) stehem.

Steh musí být založen v době, kdy není děložní činnost ani infekce děložního hrdla či pochvy. Dnes se cerclage v klinické praxi používá jen minimálně. Indikace k jeho provedení je nejčastěji prolaps vaku blan při absenci infekce a děložní činnosti. Indikace pro nasazení antibiotik vychází ze skutečnosti, že bakterie iniciují výskyt prostaglandinů a spouštějí začátek děložních kontrakcí. Jejich nasazení je okamžité při zjištění probíhající intraamniální infekci (1, 2, 12, 20, 30).

Velmi významnou součástí prenatální péče je edukace pacientky, a to jak o výživě či tělesné aktivitě, tak o možných známkách ohrožení plodu nebo předčasném porodu. Pacientka musí být informována o plánované péči, i o riziku předčasného porodu a šancích novorozence (12).

1.3 Psychologie těhotenství

Těhotenství znamená pro ženu výraznou životní změnu. Je doprovázeno výraznými změnami ve fyziologii, v tělesné hmotnosti a tvarech postavy. Matka může prožívat pocity radosti a nadšení až po pocity hlubokého zoufalství. Těhotenství je významnou vývojovou krizí. Změny probíhají nejen v oblasti somatické a fyziologické, ale i v oblasti psychické, endokrinní a sociální. Vývoj psychických změn a reakcí ženy v době těhotenství je do značné míry podmíněn osobnostní zralostí, zkušenostmi a připraveností na roli matky, sociálním a ekonomickým zázemím, apod. Každé těhotenství a porod je však pro ženu jinou zkušeností a jiným obdobím v jejím vývoji. Objevují se změny nálad od euforie po deprese, přehnané emoční reagování, hyperkritičnost, podrážděnost. Častěji se objevují negativní pocity, až v 90 % těhotenství. Negativní pocity se mohou objevit i tehdy, když se matka na dítě těší. Jejich příčinou může být pocit neodvolatelnosti nové role, strach ze zodpovědnosti, porodu, nelibosti ze ztráty určitého životního stylu, nechuť k vlastnímu tělu, výčitky ve vztahu k partnerovi (19, 20, 27, 30).

Některé těhotné ženy mohou trpět hostilním chováním, regresemi na dřívější vývojová stádia, vážnými psychiatrickými nemocemi, v menší míře dochází také k suicidiím. Těhotenství a porod jako zdárně vyřešená vývojová krize vytváří v osobnosti ženy nový potenciál a vede k osobnostnímu růstu (19).

1.3.1 Prožívání rizikového těhotenství

I normální těhotenství je kritickým obdobím zatíženým řadou významných změn. Pokud jsou při těhotenství navíc přítomny komplikace, je zatíženo stresory, které se u normálního těhotenství nevyskytují. Veškeré komplikace při chtěném těhotenství přinášejí do života těhotné ženy stres a nejistotu. Již tak nestabilní psychika je ještě více zatížena úzkostí a strachem o zdraví a osud svého dítěte. Nejnáročnější jsou situace, při kterých hrozí potrat nebo předčasný porod. Ženám s těmito komplikacemi je často předepisován klid na lůžku a dlouhodobá hospitalizace (11, 28).

Většina těhotných žen vnímá pobyt v nemocničním prostředí s omezujícími léčebnými opatřeními jako velmi náročný. Hospitalizace znamená pro většinu těhotných žen více či méně stresovou situaci a izolaci od jejích blízkých. Ani příznivé a přátelské prostředí nemocnice nemůže nahradit pobyt doma. Každá hospitalizace by měla být zkrácena na dobu nezbytně nutnou a ženě umožněno domácí ošetřování (28).

Nápor nemocničního prostředí, spolupacientek s různými problémy, nečinnost, deprivace či subdeprivace, změny dietních návyků atd. znamenají silný nápor na psychiku. Může se dostavit regrese, deprese, pláč, protesty s agresí, uzavřenost, apatie. Ženy, jejichž těhotenství je rizikové, mají ohroženou potřebu jistoty, budoucnosti, mohou trpět anticipační úzkostí (strach z toho co bude, strach ze strachu). Častěji se objevují neadaptivní znaky v chování. Psychická tenze se může projevat slovně, gesty, mimikou i neverbálně (19).

Terapeutická komunikace ze strany ošetřujícího personálu a navázání rovnoprávného vztahu charakterizovaného vzájemnou důvěrou dává těhotné ženě příležitost vyjádřit svou frustraci a obavy. V moderním ošetrovatelství by měly být pacientky chápány jako aktivní účastnice péče. Jejich účast na ošetrovatelském procesu je ovlivněna jejich vlastním pohledem na zdraví, stupněm sebepoznání, jejich vnímáním potřeby péče a také kvalitou vzájemného vztahu porodní asistentky a klientky. Úkolem porodní asistentky je zajistit pro pacientku takový ústavní režim, který by se blížil jejímu přirozenému domácímu prostředí. Například vytvořit kladné vlivy v léčebném prostředí, umožnit návštěvy příbuzných a přátel, sledovat sociální klima na pokoji, zajistit co nejvíce podnětů, stimulovat psychiku klientky. Ideální by bylo začlenění do

terapeutického procesu, ergoterapii, muzikoterapii či arteterapii. Tyto metody vedou ke zklidnění, exploraci emocí, odpoutání pozornosti, psychické stimulaci (11, 19, 22).

1.3.2 Potřeby ženy s rizikovým těhotenstvím s využitím NANDA taxonomie II.

Potřebu můžeme definovat jako projev nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Je něco, co lidská bytost nutně potřebuje pro svůj život a vývoj. Prožívání nedostatku ovlivňuje veškerou psychickou činnost člověka – pozornost, myšlení, emoce, volní procesy a tím zásadně vytváří vzorec chování jednotlivce. Pro každého zdravotníka je důležité mít na paměti, že všichni lidé mají základní potřeby stejné, tyto potřeby jsou uspokojovány nejrůznějšími způsoby a to způsoby žádoucími i nežádoucími. Společným zájmem nemocného i zdravotníků je návrat ke zdraví. Pro uzdravení je důležité, aby měl včetně základních léčebných zákroků dostatek spánku, přiměřenou výživu, dobré podmínky pro hygienu a vyprazdňování. Uzdravující procesy podpoří psychická pohoda. Vedle biologických potřeb by měl mít nemocný uspokojeny i potřeby bezpečí a jistoty, sociálního kontaktu, úcty atd. (25, 26).

Ve většině případů by si měl pacient i sestra seřadit potřeby podle priorit. V závislosti na situaci by mělo být naplnění potřeb řešeno ihned nebo po částech, přičemž postup by měl být od jedné potřeby k další. Nejvýznamnější priority bývají ty, jejichž neuspokojení by znamenalo bezprostřední ohrožení života. V ostatních případech by při stanovení jednotlivých priorit měl zdravotník brát ohled na vícero faktorů, např. zdraví, názor pacienta a podpůrných osob. S potřebami těhotných klientek pracuje porodní asistentka v rámci ošetrovatelského procesu. To je systematická metoda plánování a poskytování ošetrovatelské péče, která spočívá v získání anamnézy (příloha č. 3) na základě anamnestických údajů stanovení diagnózy a následné realizaci plánu péče. Diagnostický proces v ošetrovatelství se liší od ošetrovatelského procesu v lékařství v tom, že klienti, kteří již jsou v centru ošetrovatelské péče, by měli být jako partneři sester při posuzování a v diagnostickém procesu. Tato metoda má zajistit pocit osobní pohody a sebeaktualizace dané osoby. Pacienti se tak v podstatě neuzdravují na základě diagnóz či intervencí vedených sestrami, ale uzdravují se sami svým chováním (4, 15, 25, 26).

Porodní asistentka vyhledává, odstraňuje, zmírňuje a předchází problémům v oblasti potřeb svých klientek. K rozlišení, zda stav potřeb uživatele služeb porodní asistence je v normě, nebo zda z ní vybočuje, je možné využít poznatky výzkumných a vývojových aktivit mezinárodního odborného seskupení nazvaného NANDA – international (North American Association for Nursing Diagnosis International, Severoamerická asociace pro mezinárodní ošetrovatelskou diagnostiku). Tato asociace vyvinula zevrubný a široce uplatnitelný diagnostický systém, ze kterého můžou představitelé všech ošetrovatelských specializací v konkrétních případech čerpat (13).

1) Podpora zdraví

Zdraví je velmi široce pojatý pojem. Může být vnímáno úzce v souvislosti s fyzickým stavem člověka, nebo také jako genetický předpoklad, který se v průběhu života mnohými vlivy mění. Světová zdravotnická organizace WHO definuje zdraví jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady (25).

Cílem každé porodní asistentky je péče o zdraví žen tak, aby byly schopny splnit své biologické poslání těhotenstvím a porodem zdravého dítěte. Součástí tohoto velkého poslání v oboru porodnictví a gynekologie je chránit zdraví ženy před poškozením, vést ji ke správným zdravotnickým návykům, životnímu režimu a zabezpečit primární i sekundární prevenci nemocí. Úkolem porodní asistentky je získat od těhotné ženy anamnézu, zjistit od ženy možné obtíže, jejich délku trvání a druh její individuální potřeby. Porodní asistentka také hodnotí úroveň sebe-péče a péče zdraví ženy. Edukuje klientku o ochraně před infekcí a o nutnosti neuzívání léků, které nejsou předepsány od lékaře (9, 23).

2) Výživa

Porodní asistentka informuje klientku o zásadách zdravé výživy s důrazem na stravování žen v těhotenství. Doporučuje lehkou, dobře stravitelnou stravu, nepřejídat se a jíst vícekrát za den a méně. Zdůrazňuje potřebu dostatku vhodných tekutin, vitamínů, minerálů, a stopových prvků. V neposlední řadě informuje klientku dodržování zákazu kouření, požívání jakýchkoliv alkoholických nápojů a užívání jiných psychotropních látek (23).

3) Vylučování a výměna

Porodní asistentka upozorňuje klientku na časté močení z počátku a ke konci těhotenství. Dále sleduje obstipaci a stav vyprazdňování. Poučuje klientku o důkladné hygieně rukou po vyprázdnění, před jídlem atd. (25).

4) Aktivita - odpočinek

Odpočinek a spánek jsou nezbytné předpoklady pro udržení tělesného a duševního zdraví. Spánek má pro organismus regenerační a ochranný význam. Spánek je obranným mechanismem organismu a udržuje normální funkci centrálního nervového systému. Spánek a potřeba spánku je u každého člověka individuální. Závisí na denní aktivitě člověka, stavu organismu, věku atd. (25).

Žena s vícečetným těhotenstvím by se neměla nadměrně zatěžovat, zejména takovou aktivitou, která je doprovázena otřesy. Těhotná žena potřebuje minimálně 8 hodin pravidelného nočního spánku. Porodní asistentka by měla zajistit dostatek klidného prostředí a vyvětraný pokoj (23).

5) Vnímání – poznávání

Porodní asistentka nabádá klientku o intenzivnější péči o kůži promašťováním, či masážími k prevenci proti striím, edukuje ji o vhodném prodyšném oblečení, péči o genitál, prsy a chrup. Klientce zdůrazňuje neprodlené ohlášení jakýchkoliv abnormálních výtoků, nebo jiných známek zánětu ošetřovatelskému personálu (23).

6) Vnímání sebe sama

Mezi nejvýznamnější stresory patří změny těla, jako je přírůstek na váze, růst prsů, vznik strií. Tělesné změny prožívá většina žen negativně, zvláště ty, které mají problematický vztah ke svému tělu a problémy sebepojetí (13).

Ve svízelné situaci se někdy nacházejí také osamělé a opuštěné těhotné. Rozsáhlé studie o průběhu těhotenství a porodu prokázaly, že svobodné a osamělé těhotné ženy žijící v nepříznivých sociálních podmínkách mají více těhotenských komplikací jako jsou potraty, předčasné porody a porodní nepravidelnosti (12).

7) Vztahy

Očekávaný příchod dítěte začíná měnit celý rodinný systém. Všechny členy rodiny čeká změna sociálních rolí. Z rodičů se stávají prarodiče, z jedináčků sourozenci atd. Těhotenství znamená pro celou rodinu nutnost uspořádání rolí a vztahů tak, aby bylo možné přijmout očekávané dítě. Těhotenství vede ke změnám v partnerských i rodičovských vztazích. Prenatální období, období příchodu a péče o dítě vyžaduje přípravu a změnu v postojích a v chování těhotné a rodičky. Proměna ženské role je náročná. Přináší více povinností, ve větší míře mění její dosavadní styl života a omezuje svobodu rozhodování. Role matky malého dítěte znamená přerušování profesní role a její izolaci v domácnosti. V důsledku toho se osobnost mladé matky mění. Ženy, pro které není mateřská role alespoň přijatelná, se mohou cítit silně frustrovány (19, 20, 27).

Diagnostická doména vztahy nabízí podklady k ošetrovatelské diagnóze v oblastech mezilidského kontaktu, sounáležitosti člověka se skupinou lidí a povědomí o projevech sociálních kontaktů (13).

8) *Sexualita*

Pokud má žena rizikové těhotenství, je pro ni sexuální styk nebezpečný (23).

9) *Zvládání zátěže - odolnost vůči stresu*

Strach a úzkost jsou silně emočně zabarvené prožitky, které vyrůstají z pocitu ohrožení. Ten je reakcí na poznané nebezpečí a má signální a obrannou funkci. Ohrožení může být vnější i vnitřní povahy. Strach může být reálný i nereálný (častý u duševních onemocnění). Může být také považován za zdravý, pokud je přiměřený a chrání nás před zbytečným rizikem. Naopak nadměrný panický strach vede člověka ke zbytečným reakcím a neúčelnému jednání. Tam, kde není možné se ohrožení vyhnout, je strach bezúčelný a spíše organizmu škodí (29).

Úzkost na rozdíl od strachu nemá předmět, je to obava před něčím neurčitým, nějakou hrozbou a je považována za „emoci naší doby“. Mezi úzkostí a strachem nejsou ostré hranice, ale jsou mezi nimi přirozené přechody. Úzkost může vzniknout v důsledku duševních dispozic i za přispění hlubokých psychických traumat. Je to nerovnovážený stav, který probouzí v člověku úsilí, jehož cílem je znovuoobnovení rovnováhy. Člověk bez úzkosti je klidný, vyrovnaný, ale možná také pasivní (25).

Diagnostická doména zvládání zátěže – odolnost vůči stresu poskytuje informace k ošetrovatelské diagnostice v oblasti zvládání životních událostí (13).

10) *Životní princip*

Je důležité, aby porodní asistentka naslouchala klientce. Jaké má představy o ošetrovatelské péči, jaké má zvyky, představy a co očekává od porodní asistentky (13).

11) Bezpečnost – ochrana

Žena s vícečetným těhotenstvím by se neměla nadměrně zatěžovat, zejména takovou aktivitou, která je doprovázena otřesy (20).

12) Komfort

Porodní asistentka by měla klientku s vícečetným těhotenstvím edukovat o důležitosti dostatečného odpočinku, eventuelně přísného dodržování klidu na lůžku, případně o nutnosti Trendelenburgovy polohy (23).

13) Růst – vývoj

Porodní asistentka informuje klientku o průběhu těhotenství, monitoruje ozvy plodu stetoskopem, či provádí CTG monitoring, zjišťuje, zda klientka cítí pohyby plodů. Dále pravidelně monitoruje hmotnost těhotné ženy, pravidelně provádí vyšetření moči indikačním papírkem, měří fyziologické funkce, sleduje otoky a stav sliznic a připravuje klientku na gynekologické vyšetření. V kompetenci porodní asistentky jsou také odběry biologického materiálu, vyplňování žádanek na různá vyšetření a řádný zápis do dokumentace (23).

Vybrané ošetřovatelské diagnózy:

Efektivní léčebný režim – 00082

Porušený spánek – 00095

Únava – 00093

Riziko osamělosti – 00054

Porušený obraz těla – 000118

Strach- 000148

Úzkost – 000 -146

Riziko zhoršení rodičovské role – 00057

Přerušovaný život rodiny – 00060

(13).

1.4 Porod vícečetného těhotenství

Porod dvojčat je zatížen vyšším rizikem předčasného porodu, než je to u plodů jednočetných. Délka těhotenství dvojčat bývá zpravidla kratší než u gravidit jednočetných. V průměru se dvojčata rodí mezi 35. a 36. týdnem gravidity, nečastěji pak mezi 37. a 38. týdnem. Podílí se na tom řada faktorů, zejména nadměrná distenze dělohy, zvýšená frekvence chorob spojených s gestací a nebezpečí hypoxie. Z těchto důvodů je důležitý včasný příjem rodičky, aby mohla být zvolena optimální taktika vedení porodu. Porod vícečetného těhotenství by měl vždy probíhat v perinatologickém centru, které má odpovídající technické, porodnické, neonatologické a anesteziologické zajištění. Předčasný porod před ukončeným 32. týdnem se provádí v perinatologickém centru intenzivní péče. V období od 33. – 36. týdne těhotenství se porod provádí v perinatologických centrech intermediální péče. Od 37. týdne a výše na standardním porodním sále (1, 5, 16).

Ošetřující intrapartální tým připravuje porodní balíček a léky pro každé dítě zvlášť. Anesteziolog je připraven zasáhnout při problémech matky nebo novorozenců. Ke každému novorozenci je připravena jedna ošetřující a je zde také jeden i více pediatrů. Ošetřovatelský proces vyžaduje určité organizační změny. Důležité je zavedení skupinové ošetřovatelské péče či systému primární sestry, kdy každá rodička má k dispozici „svou porodní asistentku“ (8, 11).

Samotný přístup k ukončení těhotenství spočívá na gestačním stáří plodu, na naléhání plodu a na zkušenostech porodníka. Pro způsob vedení porodu je důležité naléhání jednotlivých plodů. U dvojčat naléháním prvního plodu hlavičkou je možné vést porod vaginálně. Zatímco při jiném způsobu naléhání než hlavičkou a u trojčat čtyřčat atd. se volí ukončení těhotenství zpravidla císařským řezem. U donošených plodů se doporučuje ukončit těhotenství plánovaně mezi 38. + 0 a 39. + 0 týdnem gravidity. Těhotenství mladší než 37 týdnů, případně s přidruženou těhotenskou patologií, je doporučeno ukončit císařským řezem v intermediálním nebo perinatologickém centru. Porod vícečetného těhotenství je často spojen s vyšším počtem komplikací. Nadměrná hyperdistenze děložní svaloviny má za následek déle trávající porod, dochází k předčasnému odtoku plodové vody a porodní činnost je slabá. Ve třetí

porodní době se obtížněji odlučuje placenta s následnou hypotonií a velkou krevní ztrátou. Možnost poruch děložní činnosti je nutné brát v úvahu jak v první, druhé, tak i třetí porodní době. Po porodu prvního dvojčete se častěji retrahuje děloha, což může zhoršit placentární perfuzi a tím vyvolat hypoxii druhého dvojčete. Po porodu placenty se také častěji objevuje hypotonické krvácení, které vyžaduje rychlý terapeutický zásah (9, 21, 24, 30).

1.4.1 Ošetrovatelská péče o ženu při vaginálním porodu

Rozhodneme-li se pro vaginální způsob porodu dvojčat, je velmi důležité pečlivé klinické a elektronické monitorování průběhu porodu a stavu plodů. Monitoring musí být prováděn na CTG přístroji pro dvojčata. Na začátku porodu porodník provede ultrazvukové měření poloh plodů. Porod vede lékař – porodník ve spolupráci s neonatologem, 2 porodní asistentky a přítomen je také asistující multidisciplinární tým (20, 21).

Po porodu dvojčete A podvážeme pupečník a okamžitě si ověříme polohu a naléhání plodu B a jeho stav. Dávku 5 j. oxytocinu intravenózně po porodu hlavičky plodu A neaplikujeme. Obvyklou několikaminutovou latenci děložních kontrakcí po porodu plodu A se snažíme zkrátit včasnou dirupcí vaku blan plodu B a případným posilováním infúzí s oxytocinem tak, abychom zkrátili dobu do porodu plodu B, který může být v této době ohrožen hypoxií. Doba mezi porodem prvního a druhého plodu nesmí překročit 30 minut, a to i při stimulaci děložní činnosti při kontinuálním CTG monitoringu stavu druhého dvojčete. Pokud doba mezi porodem obou plodů přesáhne 30 minut, spontánní porod pak již není možný, tudíž je nutno provést akutní císařský rez do 15 minut. Aktivní přístup snižuje pravděpodobnost císařského řezu bez vlivu na zvýšení rizika pro novorozence. Uterotonika pro aktivní vedení 3. doby porodní aplikujeme až po porodu plodu B. V některých specifických situacích můžeme volit odložený porod dvojčete B (delayed interval delivery), zejména tehdy, kdy extrémní nezralost znamená vysokou pravděpodobnost úmrtí a management musí být v takových situacích zcela individuální a jedním z hlavních rizik je riziko infekční morbidity. Druhé dvojče mívá v důsledku vaginálního porodu vyšší perinatální mortalitu související

s perinatálním obdobím, přestože intenzivní neonatologická péče může zabezpečit dobré výsledky. Musíme tedy odpovědně vážit podmínky pro nekomplikovaný porod a včas se rozhodovat o případných intervencích (5, 20, 21).

Úlohou porodní asistentky je kontinuální sledování ozev plodu a kontrakcí CTG monitorem. Porodní asistentka informuje ženu o možnosti vést porod v epidurální analgézi, dále má v kompetenci zavést intravenózní kanylu s infúzním roztokem dle ordinace lékaře a podávat O₂ dle ordinace lékaře. Když má žena plný močový měchýř, tak provádí cévkování jednorázovým Nelatonovým katétrem. Před porodem desinfikuje rodidla pomocí desinfekčního roztoku, sterilních tampónů a tampónových kleští. Poté lékař provede sterilní rouškování a opíchne místo, kde bude provedena episiotomie (mediolaterální, či laterální). Porodní asistentka může podpořit slabší děložní činnost podáním infuze s oxytocinem. Jak už jsem uvedla výše, tak po porodu hlavičky plodu A se neaplikuje 5 j. oxytocinu. Po porodu plodů, které provádí lékař, porodní asistentka aplikuje i. v. uterotonika dle ordinace lékaře. Dle ordinace lékaře aplikuje také Fraxiparin, jako prevence TEN. Další úlohou porodní asistentky je označení pupečníku, aby se odebrané vzorky krve nevyměnily. Poté lékař porodí placenty a provede kontrolu jejich celistvosti. Dále lékař zreviduje porodní cesty a provede suturu epiziotomie. Porodní asistentka ženu omyje a na rodidla přiloží vložky se sterilní dlouhou rouškou. Po uložení ženy do vodorovné polohy s horními končetinami podél těla, měří porodní asistentka krevní tlak a pulz. Také sleduje krvácení a výšku děložního fundu. Na děložní fundus může přikládat vak s ledem dle ordinace lékaře (18, 21).

1.4.2 Ošetrovatelská péče o ženu s indikací k císařskému řezu

Císařský řez obchází pánevní porodní cesty, porod je vykonaný v krátkém čase, je bezbolestný a pánevní dno se nenaruší. V žádném případě se neprovádí rutinně nebo na žádost rodičky. Indikace je nutná případně, kdy by normální porod znamenal ohrožení zdraví nebo života matky a plodů (3, 14).

Při plánovaném císařském řezu musí být těhotná žena komplexně předoperačně vyšetřena. Vyšetření zahrnuje definitivní zhodnocení operační indikace, jejíž součástí je i aktuální porodnický nález. Vedle základních biochemických a dalších laboratorních

vyšetření krevního obrazu, koagulace, krevní skupinu, Rh faktoru a biochemii. Dále se provádí laboratorní vyšetření moče a EKG, které zhodnotí internista. Zhodnotí se celkový zdravotní stav těhotné ženy. Na transfúzní stanici je připravena krevní transfúze. Další předoperační příprava spočívá v důkladném oholení operačního pole. Dále je ženě zaveden permanentní močový katétr. Z důvodu prevence TEN se podávají nízké dávky heparinu formou nízkomolekulárního Fraxiparinu. Následně se provede očistné klyzma, po kterém následuje sprcha a monitorace plodů. Na přípravě by se měl podílet anesteziolog, který rozhodne o premedikaci a způsobu vedení celkové či svodné anestezie. Posledním krokem je sundání všech šperků, odlakování nehtů, vyjmutí zubní protézy a sundání brýlí. Od půlnoci je ženě zakázáno kouřit, jíst a pít. Dále žena provede sprchu a oblékne si čistou otevřenou košili. Dlouhé vlasy si stáhne gumičkou. Další úloha porodní asistentky spočívá v doprovodu ženy na operační sál. Tam předává ozvy plodu operačnímu týmu a vše správně časově dokumentuje (1, 21).

Důležitou součástí předoperační přípravy je také psychická podpora. Spočívá v důkladném vysvětlení průběhu porodu porodníkem a porodní asistentkou. Důležité je seznámení ženy s průběhem provádění císařského řezu a druhem anestezie. Žena také musí podepsat souhlas s prováděnými zákroky (příloha č. 4, 5, 6). Partner během operačního zákroku čeká před operačním sálem. Ženu informujeme, že po operačním zákroku bude převezena na jednotku intenzivní péče. Z tohoto oddělení bude po 24 hodinách převezena na oddělení šestinedělí, pokud se u ní nevyskytnou žádné komplikace. První kontakt s novorozencem, bude ženě umožněn již na jednotce intenzivní péče (21).

Při akutním císařském řezu je nutné provést Statim odběry. To znamená krevní obraz, koagulaci, biochemii a objednání krve na krevní transfuzi. Následný průběh předoperační přípravy je shodný s přípravou u plánovaného císařského řezu, avšak akutní průběh omezuje přípravu pouze na nezbytné předoperační úkony (21).

2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle práce

1) Zjistit, co je pro ženy s vícečetným těhotenstvím prioritním problémem při hospitalizaci.

2) Zjistit, jak ženy s vícečetným těhotenstvím vnímají ošetrovatelskou péči během hospitalizace.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 1: Jaký problém je pro ženy s vícečetným těhotenstvím prioritní při hospitalizaci?

Výzkumná otázka č. 2: Jak vnímají ženy s vícečetným těhotenstvím ošetrovatelskou péči během hospitalizace?

3 METODIKA

3.1 Použitá metodika

Ke zpracování tématu Ošetrovatelská péče o ženu s vícečetným těhotenstvím z pohledu žen byla zvolena metoda kvalitativního šetření pomocí rozhovorů. Rozhovory byly sestaveny pro klientky hospitalizované s vícečetným těhotenstvím na odděleních rizikového těhotenství v Nemocnicích v Jindřichově Hradci a Českých Budějovicích. Otázky byly zaměřeny na to, jak klientky vnímají ošetrovatelskou péči, jaká rizika považují za nejzávažnější a na zjištění zda jim byla poskytnuta kvalitní edukace týkající se předcházení rizik vícečetného těhotenství. Šetření probíhalo v období leden až duben 2012. Polostrukturovaný rozhovor tvořilo 23 otázek. Odpovědi respondentek byly zaznamenány na záznamový arch. Účast na rozhovoru byla dobrovolná a nebyla pro těhotné nijak zatěžující. Všechny vyslovily svůj souhlas k vedení rozhovoru. Byly také předem informovány o průběhu a trvání rozhovoru. V rámci rozhovoru byly od žen získávány identifikační údaje týkající se jejich věku, vzdělání, gravidity, rodinného stavu, a zaměstnání. Celkový výzkum byl rozdělen celkem do čtyř hlavních kategorií (tematických okruhů), které se dále dělily na další podkategorie. U většiny podkategorií je možné vysledovat rozdílné druhy odpovědí. V tabulce 2 je přehledně uveden seznam všech kategorií a podkategorií. Výstupy z výzkumu jsou vyhodnoceny a interpretovány v textu a tabulkách.

3.2 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvořilo 10 žen hospitalizovaných s vícečetným těhotenstvím na gynekologicko-porodnickém oddělení Nemocnice České Budějovice a Jindřichův Hradec.

4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

4.1 Vyhodnocení rozhovorů

Tabulka 1

Identifikační otázky

	Věk	vzdělání	gravidita	Rodinný stav	zaměstnání
R1	32	VŠ	II g/ II p	vdaná	Pedagog ve spec. školství
R2	35	SŠ	II g/ II p	vdaná	Poštovní doručovatelka
R3	38	SŠ	IV g/ IV p	rozvedená	Prodavačka
R4	32	VOŠ	I g/ I p	vdaná	Servírka
R5	33	VŠ	I g/ I p	vdaná	Manažerka
R6	28	SŠ	III g/ III p	rozvedená	Odborná asistentka prodeje
R7	37	VŠ	II g/ II p	vdaná	Pedagog na základní škole
R8	29	VŠ	I g/ I p	vdaná	Vedoucí restaurace
R9	38	SŠ	III g/ III p	vdaná	Vedoucí prodeje textilu
R10	29	OU	II g/ II p	vdaná	Švadlena

Věk oslovených respondentek byl od 28 let do 38 let. 1 respondentka vystudovala odborné učiliště, 4 respondentky mají středoškolské vzdělání s maturitou, 1 respondentka absolvovala vyšší odbornou školu a zbývající 4 respondentky mají vysokoškolské vzdělání. 3 respondentky jsou I g / I p, 4 respondentky jsou II g / II p,

2 respondentky jsou III g / III p a pouze 1 respondentka je IV g / IV p. 8 respondentek ve stavu manželském a 2 respondentky jsou rozvedené. Respondentka č. 1 pracuje jako pedagog ve speciálním školství, respondentka č. 2 je poštovní doručovatelka, respondentka č. 3 je prodavačkou, respondentka č. 4 pracuje jako servírka, respondentka č. 5 je manažerkou, respondentka č. 6 pracuje jako odborná asistentka prodeje, respondentka č. 7 je pedagogem na základní škole, respondentka č. 8 pracuje jako vedoucí restaurace, respondentka č. 9 je vedoucí prodeje textilu a respondentka č. 10 pracuje jako švadlena.

Tabulka 2

Seznam kategorií a podkategorií

kategorie	podkategorie
1. Základní motiv při výběru porodnice	
2. Kvalita péče	A) Hodnocení kvality ošetrovatelské péče B) Výhrady klientek k ošetrovatelské péči C) Přístup porodních asistentek D) Čas věnovaný klientkám porodními asistentkami E) Plnění požadavků klientek F) Kontakt s rodinou při hospitalizaci

	<p>G) Očekávání klientek z hlediska kvality ošetrovatelské péče</p> <p>H) Volba porodnice v případě příští hospitalizace</p> <p>CH) Prostředí porodnice z pohledu klientek</p> <p>I) Změny navrhované klientkami</p>
3. Edukace klientek	<p>A) Komunikace mezi klientkami a porodními asistentkami</p> <p>B) Edukace klientek o rizicích vícečetného těhotenství</p> <p>C) Informovanost klientek o průběhu porodu</p>
4. Prioritní problém klientek při hospitalizaci	<p>A. Prioritní problém klientek při hospitalizaci</p> <p>B. Vyrovnávání klientek s prioritním problémem</p> <p>C. Opora v porodní asistentce</p> <p>D. Řešení prioritního problému</p>

Kategorie 1 Základní motiv pro výběr porodnice

V rámci této kategorie je možné vysledovat tři varianty odpovědí klientek. První a nejvýznamnější motiv byla očekávaná kvalita ošetrovatelské péče. Ženy volily na základě různých doporučení (gynekolog, rodina a známí, osobní zkušenost, recenze) porodnici s co nejkvalitnější péčí. Z deseti klientek takto odpovědělo sedm, ostatní

klientky volili porodnici z důvodu malé vzdálenosti či z finančních důvodů.

Kategorie 2 Kvalita péče

V rámci této kategorie bylo použito 10 podkategorií a u každé je možné vysledovat několik variant odpovědí. Každá podkategorie byla označena velkým tiskacím písmenem.

A) Hodnocení kvality ošetrovatelské péče.

Osm respondentek hodnotilo kvalitu ošetrovatelské péče kladně. Respondentka č. 2 uvedla: *„Zatím hodnotím ošetrovatelskou péči kladně“* Respondentka č. 3 uvedla: *„Měla jsem možnost si vybrat, jestli půjdu rodit do českého Krumlova nebo sem do českých Budějovic. Nakonec jsem zvolila České Budějovice, poněvadž už tu dva měsíce ležím a od mých přítelkyň, které tu již rodily, jsem slyšela chválu, jak na ošetrovatelský personál a hlavně že je tu výborná neonatologická péče.“* Respondentka č. 5 uvedla: *„Je zde profesionální péče a na velmi dobré úrovni.“* Respondentka č. 6 uvedla: *„S ošetrovatelskou péčí jsem celkem spokojena. Je vidět i zlepšení od mého druhého těhotenství před čtyřmi lety, které bylo také bohužel rizikové a strávila jsem zde čtyři měsíce až po dobu porodu.“* Respondentka č. 7 uvedla: *„doposud výborně. Porodní asistentky o mě velmi dobře pečují. Nemám s ničím problém. Myslím, že je tu o mě dobře postaráno.“* Respondentka č. 8 uvedla: *Cítím se tady dobře. Porodní asistentky o mě jeví zájem a jejich ošetrovatelskou péči hodnotím na jedničku.* Respondentka č. 9 uvedla: *„Myslím si, že ošetrovatelská péče je zde dobře organizovaná.“* Respondentka č. 10 uvedla: *„Dobře. Porodní asistentky jsou velmi citlivé. Akorát odmítám studentky. Ne, že bych je neměla ráda ale nemám k nim takovou důvěru jako k porodním asistentkám.“*

Dvě respondentky odpověděly negativně. Respondentka č. 1. Uvedla: *„ Průměrně, ne úplně negativně, ale taky ne úplně pozitivně. Cítím nejistotu v rozhodování porodních asistentek. Mají rozdílné názory v ošetrovatelské péči.“* Respondentka č. 4 uvedla: *„Ošetrovatelskou péči hodnotím průměrně. Spíš jsem nespokojena.“*

B) Výhrady klientek k ošetrovatelské péči

Sedm z deseti respondentek nemá žádné výhrady k ošetrovatelské péči. Tři respondentky mají tyto výhrady: Respondentka č. 1 uvedla: „*Myslím si, že pro dlouhodobě ležící by tu mohla být zvýšená rehabilitační péče*“. Respondentka č. 4 uvedla: „*Výhrady mám. Jsem nespokojena s většinou porodních asistentek. Připadá mi, že každá má na můj zdravotní stav jiný názor a každá mi řekne něco jiného. Připadá mi, že jsou dost nerozhodné v tom co dělají.*“ Respondentka č. 6 uvedla: „*Ano, nelíbí se mi neprofesionální přístup některých porodních asistentek. Nepřipadají mi moc ochotné k mým požadavkům.*“

C) Přístup porodních asistentek

Tři respondentky hodnotí přístup porodních asistentek pozitivně, ale mají určité výhrady. „Respondentka č. 1 uvedla: „*Celkově bych přístup porodních asistentek na tomto oddělení hodnotila kladně, až na porodní asistentku, která mě přijímala k hospitalizaci. Byla ke mně velmi arogantní a měla jsem z jejího chování pocit, že jí tato práce opravdu nebaví.*“ Respondentka č. 5 uvedla: „*Přístup porodních asistentek je většinou vstřícný, ale jsou i věci, které by se daly vylepšit. Obzvláště neochota porodních asistentek v nočních hodinách.*“ Respondentka č. 10 uvedla: „*Celkem dobrý, ale jedna porodní asistentka mi řekla, když jsem si v noci zazvonila s tím, že mi moc tvrdne břicho a je mi špatně, že když je plné oddělení a má druhou noční, tak je nepříjemná a mám si počkat do rána na lékaře. Tak mi to přišlo docela neprofesionální.*“

Pět respondentek hodnotí přístup porodních asistentek pozitivně. Respondentka č. 2 uvedla: „*Výborný, porodní asistentky jsou velmi vstřícné, komunikativní a usměvavé.* Respondentka č. 3. Uvedla: „*Porodní asistentky se snaží dělat svou práci co nejlépe. Občas se najde některá porodní asistentka, která má špatnou náladu, ale je to opravdu ojedinelé. Tyto situace беру s rezervou.*“ Respondentka č. 7 uvedla: „*Porodní asistentky jsou velmi pozorné. Chovají se pozorně a pracují s úsměvem.*“ Respondentka č. 8 uvedla: „*Porodní asistentky se mi snaží dost pomáhat. Přistupují ke mně velmi*

zodpovědně.“ Respondentka č. 9 uvedla: „*Porodní asistentky jsou velmi vytížené a snaží se svou práci dělat co nejlépe to jde.*“

Dvě respondentky hodnotí přístup porodních asistentek negativně. Respondentka č. 4 uvedla: „*Jejich přístup se mi vůbec nelíbí. Jsou protivné. Když člověk něco potřebuje, tak se normální odpovědi nedočká. Odsekávají a ani raději nechci vědět, co si myslí.*“ Respondentka č. 6 uvedla: „*Porodní asistentky mi tu připadají tak trochu laxní, někdy až nepříjemné.*“

D) Čas věnovaný klientkám porodními asistentkami

Devět respondentek uvedlo, že jim porodní asistentky věnují dostatek času. Respondentka č. 1 uvedla: „*Myslím, že se snaží věnovat se mi co nejdéle.*“ Respondentka č. 2 uvedla: „*Myslím si, že ano. Jsou velmi pozorné a starostlivé.*“ Respondentka č. 3 uvedla: „*Ano, snaží se mi věnovat dostatek času. Člověk musí pochopit, že tu není sám.*“ Respondentka č. 4 uvedla: „*Myslím si, že dostatek času mi věnují.*“ Respondentka č. 5 uvedla: „*Myslím si, že přiměřeně, k mému zdravotnímu stavu.*“ Respondentka č. 7 uvedla: „*Ano, věnují. Obzvláště když mi není například v noci dobře, nebo mi tvrdne břicho tak mě hlídají a chodí se ptát, jak se cítím.*“ Respondentka č. 8 uvedla: „*Ano věnují. Myslím si, že mají i hodně dokumentace, ale i přes to ke mně často chodí a ptají se, jak se cítím.*“ Respondentka č. 9 uvedla: „*Věnují nám dostatek času jak porodní asistentky, tak i studentky, které sem docházejí na praxi.*“ Respondentka č. 10 uvedla: „*V rámci možností ano. Když jsem si na porodní asistentky zazvonila, tak přišli na pokoj, zeptat se, co potřebuji.*“

Jedna respondentka uvedla, že jí porodní asistentky nevěnují dostatek času. Respondentka č. 6 uvedla: „*Dle mého názoru nevěnují, vzhledem k mému zdravotnímu stavu.*“

E) Plnění požadavků klientek

Osm respondentek uvedlo, že byly jejich požadavky splněny. Respondentka č. 1 uvedla: „*Ano, manžel za mnou chodí většinou mimo návštěvní hodiny, kvůli zaměstnání a porodní asistentky jsou vždy vstřícné.*“ Respondentka č. 2 uvedla: „*Moje očekávání se*

naplnila. Na tomto oddělení jsem už hospitalizovaná byla, tak jsem věděla, co mohu očekávat.“ Respondentka č. 3 uvedla: „Zatím jsem žádné extra požadavky neměla. Ale myslím si, že by nebyl problém se domluvit. Akorát je škoda, že na pokoji nemohu mít květiny ale porodní asistentka mi vysvětlila důvody, proč to nelze.“ Respondentka č. 5 uvedla: „Celkem ano, proto jsem si toto zařízení vybrala.“ Respondentka č. 7 uvedla: „Ano. Když jsem žádala léky na bolest, tak mi vždy samozřejmě po dohodě s lékařem vždy vyhověli. Dokonce mi i jedna porodní asistentka pomáhala i s koupelí ve sprše, když mi nebylo zrovna nejlíp.“ Respondentka č. 8 uvedla: „Ano, hlavně léky na bolest, nebo pomoc při vstávání. Hodně se potím, tak že mi i často mění ložní prádlo.“ „Respondentka č. 9 uvedla: „Mým požadavkům bylo vždy vyhověno.“ Respondentka č. 10 uvedla: „Po zazvonění ano, ale jinak jsem nic nežádala, když to nebylo akutní.“

Dvě respondentky uvedly, že jejím požadavkům nebylo zcela vyhověno. Respondentka č. 6 uvedla: „Nebylo, zřejmě z důvodu velkého pracovního vytížení porodních asistentek.“ Respondentka č. 4 uvedla: „Raději žádné požadavky nemám.“ Tato respondentka nebyla spokojena s přístupem porodních asistentek, proto se zdráhala své požadavky vyslovit.

F) Kontakt s rodinou při hospitalizaci

Na tuto otázku odpověděly všechny respondentky, že mají dostatečný kontakt se svojí rodinou, některé respondentky i mimo návštěvní dobu na oddělení, z důvodu pohyblivých pracovních dob rodinných příslušníků.

G) Očekávání klientek z hlediska kvality ošetrovatelské péče

Sedm respondentek uvedlo, že se jejich očekávání naplnila. Respondentka č. 2 uvedla: „Moje očekávání se naplnila. Na tomto oddělení jsem už hospitalizovaná byla, tak jsem věděla, co můžu očekávat.“ Respondentka č. 3 uvedla: „Nejprve jsem nevěděla, co očekávat. Nikdy jsem na rizikovém oddělení neležela, ale cítím se tu lépe než doma, co se týká mého nynějšího zdravotního stavu.“ Respondentka č. 5 uvedla: „Celkem ano, proto jsem si toto zařízení vybrala.“ Respondentka č. 7 uvedla: „Zatím se naplňují. Porodní asistentky se mi snaží pomáhat, jak jen to jde.“ Respondentka č. 8

uvedla: „*Očekávání se určitě naplnila. Co se týká porodních asistentek, tak jsou velmi ochotné a pečlivé ve své práci.*“ Respondentka č. 9 uvedla: „*Věděla jsem, co mě tu čeká. Byla jsem zde hospitalizována před mým druhým porodem před dvěmi lety, tak jsem věděla na jakém oddělení budu a jak to tu chodí.*“ Respondentka č. 10 uvedla: „*Ano, cítila jsem se tu bezpečně. Porodní asistentky odváděly svou práci dobře.*“

Respondentka č. 6 uvedla, že se její očekávání naplnila pouze částečně: „*Očekávala jsem lepší péči a kvalitu, co se týká porodních asistentek. Je to sice lepší, než při mé druhé hospitalizaci, ale nesplňuje to všechny mé představy.*“

Dvě respondenty uvedly, že se jejich očekávání nenaplnila. Respondentka č. 1 uvedla: „*Spíše nenaplnila. Porodní asistentky mi zde připadají nejisté ve své práci.*“ Respondentka č. 4 uvedla: „*Nenaplnila. Očekávala jsem lepší přístup porodních asistentek. Myslela jsem si, že když je to krajská nemocnice, tak že i úroveň ošetrovatelského personálu bude dobrá.*“

H) Volba porodnice v případě příští hospitalizace

Sedm respondentek uvedlo, že by pro případ příští hospitalizace, volily opět toto zařízení. Respondentka č. 2 uvedla: „*Ano, jistě. Doporučuji ji i svým přítelkyním, i když nemají zrovna rizikové těhotenství. Mám dobré zkušenosti jak s oddělením rizikového těhotenství, tak s porodním sálem.*“ Respondentka č. 3 uvedla: „*Jelikož budu mít dohromady pět dětí, tak už další s manželem nechceme. Ale pokud bych měla kamarádku, která by tu měla ležet jako já na rizikovém oddělení, tak doporučuji.*“ Respondentka č. 5 uvedla: „*Určitě ano, celkově jsem spokojena, jak s ošetrovatelskou péčí porodních asistentek, tak i s přístupem.*“ Respondentka č. 6 uvedla: „*Ano, ale vzhledem k počtu mých dětí a průběhem minulého a tohoto těhotenství další miminko neplánuji.*“ Respondentka č. 7 uvedla: „*Určitě ano, ale těhotenství už neplánuji. Toto zařízení jednou určitě doporučím některé své kamarádce, která děti ještě nemá, nebo by chtěla druhé.*“ Respondentka č. 8 uvedla: „*Já už těhotenství neplánuji, ale určitě porodnici doporučím dále známým.*“ Respondentka č. 9 uvedla: „*Těhotenství už neplánuji, ale toto zařízení doporučuji svým kamarádkám. Je tady dobrá ošetrovatelská péče, co se týká porodních asistentek, ale samozřejmě i péče lékařů.*“

Tři respondentky by v případě příští hospitalizace volily jinou porodnici. Respondentka č. 1 uvedla: „*Pokud by to nebylo nutné tak ne. Raději bych volila porodnici v Písku.*“ Respondentka č. 4 uvedla: „*Nevolila. Z toho důvodu, že se tu necítím dobře. Pokud by mé další těhotenství mělo být také rizikové, jela bych raději do Písku.*“ Respondentka č. 10 uvedla: „*Ne. První dítě jsem rodila v porodnici v Táboře, kde to bylo všeobecně určitě lepší, ale pro další nutnou hospitalizaci bych raději volila porodnici v Písku.*“

CH) Prostředí porodnice z pohledu klientek

Sedm respondentek nemělo k prostředí porodnice závažné výhrady. Respondentka č. 2 uvedla: „*Oddělení není moderní, nové, ale ošetrovatelský personál, hlavně porodní asistentky jsou velmi schopné a to je pro mě velmi důležité.*“ Respondentka č. 3 uvedla: „*Pořád je to nemocnice. Já nemám ráda nemocniční prostředí, ale myslím si, že jiná oddělení vypadají hůř.*“ Respondentka č. 4 uvedla: „*Prostředí je zastaralé, ale to mi nevadí.*“ Respondentka č. 5 uvedla: „*Vzhledem ke stáří oddělení je zařízení na dobré úrovni.*“ Respondentka č. 7 uvedla: „*Prostředí je nemocniční. Nemocnice prostě ráda nemám, ale je tu příjemný personál, tak to snáším celkem dobře. Na pokoji jsem s příjemnou paní, tak si hodně povídáme, nebo koukáme na televizi.*“ Respondentka č. 8 uvedla: „*Celkem se mi zde líbí, ale je to tu dlouhé. Mám sebou dvd přehrávač tak si alespoň krátím chvíle sledováním filmů, ale na prostředí si jinak nestěžuji*“ Respondentka č. 9 uvedla: „*Prostředí je dost zastaralé. Alespoň máme na pokoji televizi.*“

Tři respondentky měly k prostředí porodnice závažné výhrady. Respondentka č. 1 uvedla: „*Moc se mi zde nelíbí. Na toaletách je nečistota a je nás šest na jednu sprchu, kde není ani závěs.*“ Respondentka č. 6 uvedla: „*Zařízení porodnice je zastaralé a neútulné. Myslím si, že zvláště hygienické zařízení je pro těhotné ženy nevyhovující.*“ Respondentka č. 10 uvedla: „*Je tu na pokoji celkem zima, špinavé, neudržované sprchy.*“

I) Změny navrhované klientkami

Respondentky odpovídaly vesměs rozdílně, jejich odpovědi nelze sjednotit, nebo specifikovat.

Respondentka č. 1 uvedla: „*Určitě větší úklid, rozhodně by byly lepší kvalitnější matrace a větší úložní prostor, pro dlouhodobě ležící ženy. Dále bych vylepšila stravu. Je nadýmavá, mám na mysli zelné saláty a pořád dostáváme pečivo.*“ Respondentka č. 2 uvedla: „*Určitě bych upravila jídelníček. Manžel mi spíše nosí jídlo z domova, protože jídlo, které tu dostáváme mě nadýmá. Co se týká hygieny, tak se mi nelíbí sprchy, ani toalety. Tady by nebyla od věci nějaká renovace. Myslím si, že v nemocničním prostředí by hygiena měla být více v popředí.*“ Respondentka č. 3 uvedla: „*Alespoň barevné povlečení.*“ Respondentka č. 4 uvedla: „*Určitě jídlo a vyměnila bych některé porodní asistentky*“ Respondentka č. 5 uvedla: „*Určitě možnost většího soukromí při návštěvách rodinných příslušníků.*“ Respondentka č. 6 uvedla: „*Určitě renovaci sprch a větší vstřícnost porodních asistentek.*“ Respondentka č. 7 uvedla: „*Určitě návštěvy na pokoji a větší teplo. Je tu celkem chladno.*“ Respondentka č. 8 uvedla: „*Určitě návštěvy na pokoji.*“ Respondentka č. 9 uvedla: „*Určitě bych nechala udělat nové sprchy, nakoupila bych lepší matrace a postrádám tu přístup k internetu.*“ Respondentka č. 10 uvedla: „*Vyměnila bych některé porodní asistentky, televizi na pokoji a hlavně jídlo. Každou neděli je stejná omáčka, pokaždé s jinou přílohou a každý pátek vánočka.*“

Kategorie 3 Edukace klientek

Tato kategorie je rozčleněna do tří podkategorií, jednotlivé podkategorie jsou opět označeny velkými tiskacími písmeny.

A) Komunikace mezi klientkami a porodními asistentkami

Šest respondentek hodnotilo komunikaci s porodními asistentkami na dobré úrovni. Respondentka č. 2 uvedla: „*S komunikací nemám žádný problém a doufám, že z druhé strany je to stejné. Každý můj dotaz byl vždy vstřícně zodpovězen. Porodní asistentky jsou velmi ochotné. Zeptají se mě, jak se cítím, jestli něco nepotřebuji. Myslím si, že co*

se týká komunikace, tak je vše v pořádku.“ Respondentka č. 3 uvedla: *„Komunikaci bych hodnotila dobře. Porodní asistentky jsou komunikativní. Vše, co potřebuji vědět mi vysvětlují. Ptají se mě, jak se cítím, jestli něco nepotřebuji.“* Respondentka č. 5 uvedla: *„Po dobu mé hospitalizace jsem se setkala většinou s ochotou vysvětlit i odborné pojmy, tak abych jim rozuměla. Porodní asistentky se snaží vše vysvětlit.“* Respondentka č. 7 uvedla: *„Porodní asistentky se mnou hodně mluví. Jak už jsem uvedla, tak se i samy chodí ptát, jestli něco nepotřebuji. Jsou velmi pozorné.“* Respondentka č. 8 uvedla: *„Komunikace je bezvadná. Porodní asistentky jsou velmi vstřícné ke všem mým dotazům.“* Respondentka č. 9 uvedla: *„Komunikace je velmi dobrá. Jak studentky, tak i porodní asistentky jsou milé a vstřícně mi odpovídají na moje dotazy.“*

Jedna respondentka uvedla, že komunikaci s porodními asistentkami hodnotí dobře. *„Na všechny dotazy mi porodní asistentky odpoví. Přesto by některé informace mohly poskytnout samy, i když se na ně člověk neptá. Například, proč mi CTG monitor někdy točí jednou a někdy dvakrát, nebo jaké léky mi dávají a proč je mám užívat.“*

Tři respondentky hodnotily komunikaci s porodními asistentkami negativně. Respondentka č. 4 uvedla: *„Komunikaci hodnotím negativně. Dále bych to raději nerozváděla.“* Respondentka č. 6 uvedla: *„Velmi špatnou. Jejich nezájem mě odrazuje od dalších dotazů. Hlavně se mi nelíbí neinformovanost při změně podávaných léků.“* Respondentka č. 10 uvedla: *„Porodní asistentky komunikovaly zřídka kdy. Když jsem chtěla lék na bolest, tak jsem se musela zeptat lékaře až na vizitě.“*

B) Edukace klientek o rizicích vícečetného těhotenství

Všechny respondentky byly poučeny o rizicích vícečetného těhotenství. Většina klientek byla poučena již od obvodního gynekologa, a posléze i od lékařů a porodních asistentek na oddělení. Respondentka č. 1 k informovanosti uvedla: *„Od porodních asistentek ne. Podepisovala jsem pouze souhlas s hospitalizací, s anestezií a s provedením císařského řezu. A dále jsem byla informována hlavně o klidu na lůžku a o užívání předepsaných léků od lékaře.“* Respondentka č. 2 uvedla: *„Ano, byla jsem poučena o klidu na lůžku, i o všech předepsaných lécích, které užívám.“* Respondentka č. 3 uvedla: *„Ano, od mého obvodního gynekologa. Při hospitalizaci jsem byla poučena*

hlavně o hygienických návycích a o klidu na lůžku.“ Respondentka č. 4 uvedla: „Ano, nejvíce však od mého obvodního gynekologa na začátku těhotenství. Při hospitalizaci jsem byla hlavně upozorněna na riziko předčasného porodu a z toho důvodu musím dodržovat přísný klid na lůžku a užívání všech předepsaných medikamentů.“ Respondentka č. 5 uvedla: „Ano, ale v první řadě od mého obvodního gynekologa, poté od lékařů zde a v poslední řadě od některých starších porodních asistentek. Dodržuji klid na lůžku, pravidelně užívám předepsané léky a dbám zvýšené hygieny, o níž mě poučily hlavně porodní asistentky.“ Respondentka č. 6 uvedla: „Ano byla, ale nikoliv od porodních asistentek zde. Ty mi jen daly podepsat příslušné souhlasy, co se týkaly mé hospitalizace. Byla jsem hlavně informována o předčasném porodu a jaké příznaky tento stav doprovázejí.“ Respondentka č. 7 uvedla: „Ano, poučena jsem byla. Hlavně od mého obvodního gynekologa a od lékařů zde. Když mám nějakou otázku na porodní asistentku, tak mi také odpoví a vše mi dovysvětlí. Vím, kdyby se dělo něco abnormálního na co nejsem zvyklá, tak mám okamžitě zvonit na porodní asistentku.“ Respondentka č. 8 uvedla: „Ano, hlavně od mého obvodního gynekologa a od porodních asistentek zde, které mě také dost informují. Od porodních asistentek jsem obeznámena, kdybych cítila větší bolesti než jsem zvyklá, tak mám neprodleně zazvonit.“ Respondentka č. 9 uvedla: „Ano, hlavně od lékařů zde. Hodně odpočívám a snažím se být v klidu. Mám klid na lůžku.“ Respondentka č. 10 uvedla: „Ano, poučil mě obvodní gynekolog. Na oddělení mi nic osobně vysvětlováno nebylo. Jen jsem podepisovala souhlas s hospitalizací, anestézií a souhlas se studentkami. Byla jsem poučena o přísném klidu na lůžku z důvodu předčasného porodu.“

C) Informovanost klientek o průběhu porodu

Všechny klientky byly edukovány o průběhu porodu. Následující odpovědi o tom vypovídají. Respondentka č. 1 uvedla: „Průběh porodu mi byl vysvětlován tak, že bude probíhat operativně a že bude s největší pravděpodobností předčasný.“ Respondentka č. 2 uvedla: „Byla jsem informována již na počátku těhotenství, že porod bude probíhat císařským řezem.“ Respondentka č. 3 uvedla: „Byla jsem informována o tom, že porod bude proveden operativně z důvodu polohy miminek. Chlapeček je hlavou dolů a děvče

je dolů zadečkem.“ Respondentka č. 4 uvedla: „Porod bude ukončen operativně. Na začátku hospitalizace jsem podepisovala souhlas s plánovaným císařským řezem a s anestézií.“ Respondentka č. 5 uvedla: „Myslím si, že celkem podrobně. Hlavně od porodních asistentek, se kterými jsem v neustálém kontaktu. Porod by měl nejspíš proběhnout přirozenou cestou, pokud nenastanou žádné komplikace.“ Respondentka č. 6 uvedla: „Průběh porodu mi byl vysvětlován celkem povrchně, zřejmě vzhledem k mým předchozím porodům. Podepisovala jsem souhlas s plánovaným císařským řezem a s anestézií.“ Respondentka č. 7 uvedla: „Průběh porodu mi vysvětlován byl. Budu rodit přirozenou cestou, samozřejmě pokud nenastanou žádné komplikace. Pokud by nějaké komplikace nastaly, tak bude porod proveden operativně.“ Respondentka č. 8 uvedla: „Bude proveden přirozenou cestou, už se mi blíží termín porodu a zatím je vše tak jak má být.“ Respondentka č. 9 uvedla: „Porod bude proveden operativně. Po porodu budu převezena na JIP, kde strávím pár dní. Miminka mi budou vozit. Ještě jsem podepisovala souhlas s císařským řezem a s podáním anestézie, tam byly vysvětleny podrobnosti. Respondentka č. 10 uvedla: „Bude proveden operativně, z důvodu srdeční vady jednoho z dvojčat. Jinak bych mohla rodit i přirozeně, ale bohužel to nelze.“

Kategorie 4 Prioritní problém při hospitalizaci

Tato kategorie se zabývá tím, jaký problém klientky vnímají jako prioritní při hospitalizaci. Tato kategorie je rozčleněna do 4 podkategorií označených velkými tiskacími písmeny. Rozvržení odpovědí v jednotlivých podkategoriích zobrazuje následující text.

A) Prioritní problém klientek při hospitalizaci

Odpovědi klientek podávají přehled o tom, jaký problém vnímají jako prioritní při hospitalizaci. Sedm respondentek uvedlo, že jejich prioritní problém souvisí s obavami o zdraví své a nenarozených dětí. Respondentka č. 2 uvedla: „Největší obavy mám o miminka, aby se narodila zdravá.“ Respondentka č. 4 uvedla: „Obavy mám hlavně o zdraví svých dětí.“ Respondentka č. 5 uvedla: „Vzhledem k tomu, že je to můj první porod a navíc porod dvojčat, tak mám obavy hlavně o miminka a strach ze samotného

porod.“ Respondentka č. 7 uvedla: „*Hlavně o miminka, aby se narodili živá a zdravá.*“ Respondentka č. 8 uvedla: „*Aby samotný porod proběhl bez závažných zdravotních komplikací.*“ Respondentka č. 9 uvedla: „*Hlavně mám obavy z operačního zákroku.*“ Respondentka č. 10 uvedla: „*Samozřejmě mám obavy o miminka, aby se narodila živá a v rámci možností zdravá.*“

Ostatní respondentky uvedly jako prioritní problém při hospitalizaci zachování funkčnosti rodiny či jiný problém týkající se sociálního fungování rodiny. Respondentka č. 1 uvedla: „*Hlavně, aby rodina fungovala, tak jak má. Máme s manželem tříletého chlapečka. Obě babičky žijí daleko. Manžel se stará o domácnost a o syna sám. Chodí do práce a odpoledne vyzvedává syna ze školky.*“ Respondentka č. 3 uvedla: „*Největší obavu mám z kojení dvojčat.*“ Respondentka č. 6 uvedla: „*Mám obavy spíše o to, co bude po porodu, vzhledem k naší tíživé rodinné situaci a se čtyřmi dětmi.*“

B) Vyrovnávání klientek s prioritním problémem

Respondentky v rámci této podkategorie uváděly, že jim při zvládnutí jejich problému nejvíce pomáhá rodina či pozitivní přístup porodních asistentek. Respondentka č. 1 uvedla: „*Z počátku jsem se bála, co se doma děje a jak vše zvládají, ale teď jsem mnohem klidnější. Manžel mi velmi pomáhá, i po psychické stránce a velmi se těší na dvojčata.*“ Respondentka č. 2 uvedla: „*Radím se s porodními asistentkami.*“ Respondentka č. 3 uvedla: „*Hodně mi pomáhá jedna starší porodní asistentka. Přinesla mi i nějaké brožury o kojení dvojčat.*“ Respondentka č. 4 uvedla: „*Povídám si o tom s ostatními maminkami na pokoji a s rodinou.*“ Respondentka č. 5 uvedla: „*Mám velkou oporu hlavně v rodině.*“ Respondentka č. 6 uvedla: „*Spoléhám hlavně na mého nynějšího přítele a zároveň otce dvojčat.*“ Respondentka č. 7 uvedla: „*Chodí za mnou manžel a maminka, tak s nimi o tom hovořím.*“ Respondentka č. 8 uvedla: „*Radím se a povídám si hlavně s porodními asistentkami a rodinou.*“ Respondentka č. 9 uvedla: „*Hodně mi pomáhá manžel. Ten je mi velkou oporou, tak se svěřuji jemu.*“ Respondentka č. 10 uvedla: „*Zatím nijak, ale chystám se svěřit manželovi.*“

C) Opora v porodní asistentce

Šest respondentek uvedlo, že cítí oporu u porodních asistentek. Respondentka č. 2 uvedla: „*Určitě ano. Porodní asistentky jsou zde velmi hodné a cítím se tu dobře.*“ Respondentka č. 3 uvedla: „*Ano. Porodní asistentky mě uklidňují, že kojení určitě zvládnou a doporučili mi i kojící polštář.*“ Respondentka č. 5 uvedla: „*Určitě ano, díky profesionálnímu a lidskému přístupu ke mě jako k prvorodičce.*“ Respondentka č. 7 uvedla: „*Ano. Jsou tady se mnou pořád a chovají se velmi pěkně.*“ Respondentka č. 8 uvedla: „*Určitě ano, jsou milé a dokážou mě pozitivně naladit.*“ Respondentka č. 9 uvedla: „*Ano cítím. Porodní asistentky tu nejsou nějak odtažité a jsou velmi komunikativní a vstřícné.*“

Jedna respondentka uvádí, že neví, zda může oporu od porodních asistentek očekávat. Respondentka č. 1 uvedla: „*Oporu nevím, ony jsou milé, ale připadají mi hodně odměřené.*“

Tři respondentky uvádí, že jim porodní asistentky nejsou oporou. Respondentka č. 4 uvedla: „*Spíše ne. Všechny vždy řeknou, že to bude dobré. To mi moc nepomáhá.*“ Respondentka č. 6 uvedla: „*Necítím, jak jsem již odpověděla. A to hlavně pro jejich neochotu až aroganci.*“ Respondentka č. 10 uvedla: „*Moc ne kvůli vážnoucí komunikaci.*“

D) Řešení prioritního problému

Jedna respondentka uvedla, že byl její prioritní problém vyřešen. Respondentka č. 1 uvedla: „*Myslím, že ano. Na manžela se mohu spolehnout a mohu být naprosto klidná, že je vše v pořádku.*“

Devět respondentek uvedlo, že se jejich prioritní problém vyřeší pravděpodobně až po porodu. Respondentka č. 2 uvedla: „*Problém bude vyřešen až po samotném porodu. Ale porodní asistentky i lékaři mi věnují dostatek pozornosti a cítím se klidnější. Dávají mi sílu tyto obavy překonávat.*“ Respondentka č. 3 uvedla: „*Porodní asistentky jsou velmi ochotné a pomáhají mi. Doufám, že si techniky kojení osvojím a vše budu zvládat bez problémů.*“ Respondentka č. 4 uvedla: „*Obavy mám pořád, čím více se to blíží, tak*

mám větší strach, ale věřím, že děti budou v pořádku. Na neonatologické oddělení jsem od ostatních žen slyšela jen dobré věci.“ Respondentka č. 5 uvedla: „Jsem o něco klidnější, když mám takové lidi kolem sebe a věřím, že vše dobře dopadne. To znamená, že miminka i já budeme v pořádku.“ Respondentka č. 6 uvedla: „Situaci stále řešíme a očekáváme příslibenou podporu od našich rodičů.“ Respondentka č. 7 uvedla: „Tento problém bude vyřešen, až půjdeme v pořádku domů, ale všichni se mě snaží co nejvíce uklidnit a pomáhat mi. Jak porodní asistentky, tak moje i manželova rodina.“ Respondentka č. 8 uvedla: „Snažím se problém překonat společně s porodními asistentkami. Opravdu mi velmi pomáhají, abych neměla takový strach.“ Respondentka č. 9 uvedla: „Problém bude vyřešen až po operačním zákroku, ale věřím, že to překonám a bude vše v pořádku. Tady jsem v dobrých rukách.“ Respondentka č. 10 uvedla: „Problém vyřešen není. Budu trpělivá a budu doufat, že vše dobře dopadne.“

5 DISKUZE

Praktická část byla sestavena tak, aby bylo možné výzkum zacílit na co největší počet klientek hospitalizovaných s vícečetným těhotenstvím na rizikových odděleních. Z tohoto důvodu byl zvolen výběr dvou zařízení, aby bylo možné získat minimální počet deseti klientek.

Klientky udávají, jaké byly jejich hlavní důvody pro volbu konkrétního zařízení. Jednotlivé odpovědi jsou vesměs rozdílné, avšak je možné vysledovat základní motiv těhotných žen pro výběr konkrétního zařízení. Tím prvním a základním motivem bylo očekávání dobré kvality služeb. Ať už z vlastní zkušenosti s tímto zařízením, zprostředkovaně na doporučení obvodního gynekologa, či na základě referencí od známých nebo přátel. Jako další, ale méně časté důvody, můžeme označit vzdálenost od místa bydliště a špatnou finanční situaci. Tyto odpovědi jsou méně časté a spíše můžeme za základní kritérium pro tento výběr označit očekávanou kvalitu ošetrovatelské péče. Dle Ratislavové (2008) může být vývoj psychických změn a reakcí ženy v době těhotenství do značné míry podmíněn sociálním a ekonomickým zázemím. Výstupy z výzkumného šetření potvrzují toto pravidlo v tom smyslu, že volba finančně dostupnějšího zařízení může pro finančně slabé rodiny zastínit i přirozeně výraznější potřebu kvalitní péče matek pro sebe i své děti.

Je zjevné, že základní potřebou žen pro výběr porodnice je kvalita péče. A právě o tom, jak ženy vnímají kvalitu ošetrovatelské péče, pojednává další část výzkumu. V této části klientky odpovídaly, jak hodnotí ošetrovatelskou péči na oddělení. Výzkumná otázka číslo 2 týkající se toho, jak ženy vnímají ošetrovatelskou péči, byla zodpovězena většinou klientek kladně.

Podkategorie A v kategorii kvality péče zjišťovala pohled klientek na kvalitu ošetrovatelské péče. Klientky hodnotily kvalitu ošetrovatelské péče převážně na základě vlastní zkušenosti s péčí porodních asistentek. Klientky uvádějí, že o ně porodní asistentky dobře pečují, projevují zájem, že je jejich práce dobře organizována a na profesionální úrovni, jsou citlivé a mohou v jejich péči vložit důvěru. Jen dvě klientky hodnotily ošetrovatelskou péči negativně.

V podobném duchu jsou vedeny odpovědi i u všech ostatních podkategorií

týkajících se kvality péče. Z těchto podkategorií je možné vysledovat opět větší počet kladných odpovědí. V podkategorii B zabývající se tím, jaké výhrady mají klientky k ošetrovatelské péči, klientky v sedmi případech uvedly, že žádné výhrady nemají. V podkategorii C klientky ve třech případech hodnotily přístup porodních asistentek pozitivně, ale měly konkrétní výhrady. Tyto klientky uvádějí konkrétní důvody tohoto hodnocení: arogantní přístup konkrétní porodní asistentky a neochota porodních asistentek v nočních hodinách. V pěti případech hodnotily přístup zcela pozitivně. Pouze dvě klientky hodnotí přístup porodních asistentek negativně. V podkategorii D většina klientek uvádí, že jim porodní asistentky věnují dostatek času, pouze jedna klientka uvedla, že by uvítala, kdyby jí bylo věnováno více času, vzhledem k jejímu zdravotnímu stavu. Podkategorie F ukazuje, že je všem klientkám umožněn dostatečný kontakt s rodinou, v některých případech i mimo návštěvní hodiny. Také se ve většině z případů naplnily klientkám jejich očekávání a požadavky. Otázkami požadavků a očekávání klientek se zabývaly podkategorie E a G. Podkategorie E ukazuje, zda bylo vyhověno požadavkům klientek. V osmi případech tomu tak bylo. Konkrétní požadavky byly v umožnění návštěv rodině i mimo návštěvní hodiny, podání léku na tišení bolesti, pomoc s osobní hygienou či pomoc při vstávání. Odpovědi klientek v podkategorii G podávají obraz o tom, zda se naplnila jejich očekávání, se kterými do zařízení přicházely. Klientky v podkategorii G v sedmi případech hodnotily, že došlo k naplnění jejich očekávání. Jedna klientka uvedla, že i přes to, že nevěděla co má od porodnice očekávat, tak se na oddělení cítí lépe než doma. Dvě klientky již věděly, že jejich očekávání budou naplněna na základě předchozí zkušenosti s tímto zařízením. Dále klientky uváděly, že byly jejich očekávání naplněny v souvislosti s dobrou péčí porodních asistentek. V rámci podkategorie H by klientky volily pro svou případnou hospitalizaci stávající zařízení. Z hlediska hodnocení prostředí v podkategorii CH, nemají klientky v sedmi případech žádné závažné připomínky a v rámci možností jim nemocniční prostředí vyhovuje. Ve třech případech bylo prostředí hodnoceno jako nevyhovující.

V podkategorii I odpovídaly klientky na otázku, jaké změny by v souvislosti s příslušným zařízením navrhovaly. Odpovědi se týkaly především změn vybavení,

prostor, hygieny prostředí, jídelníčku, nastavení soukromí, ale také v neposlední řadě změnu týkající se porodních asistentek.

Z odpovědí klientek, které hodnotily kvalitu péče negativně, je možné zjistit, jaké důvody klientky uvádějí nejčastěji. Z těchto odpovědí je možné vysledovat, že na příčinu negativního hodnocení zařízení má zásadní vliv přístup porodních asistentek.

Odpovědi klientek tak naznačují, jaký může být základní důvod negativního hodnocení kvality ošetrovatelské péče. Vnímání kvality péče je tak do značné míry podníceno vztahem mezi klientkou a porodní asistentkou. Sedláková (2006) uvádí: Jejich účast na ošetrovatelském procesu, je ovlivněna jejich vlastním pohledem na zdraví, stupněm sebepoznání, jejich vnímáním potřeby péče a také kvalitou vzájemného vztahu porodní asistentky a klientky. Ratislavová (2008) uvádí, jaké mohou být další příčiny tohoto negativního hodnocení. Popisuje, jaké negativní dopady může mít na klientku nemocniční prostředí. Ženy, jejichž těhotenství je rizikové, mají ohroženou potřebu jistoty, budoucnosti a mohou trpět anticipační úzkostí (strach z toho, co bude, strach ze strachu). Častěji se objevují neadaptivní znaky v chování. Psychická tenze se může projevat slovně, gesty, mimikou i neverbálně. Z těchto hledisek je možné, že kritika zařízení tak kromě těch příčin, které klientky uvádějí, může být také podnícena strachem a úzkostí z možných rizik, či z jiných psycho-sociálních důvodů. U těchto klientek by měl být přístup porodních asistentek zaměřen, dle Ratislavové (2008) na metody vedoucí ke zklidnění, exploraci emocí, odpoutání pozornosti, psychické stimulaci. Je tedy patrné, jak klíčovou roli hraje přístup ošetřujícího personálu, který by měl být velmi citlivý k potřebám a přáním klientek.

Kategorie popisující stupeň edukace klientek o možných rizicích a způsobu, jak jim předcházet, je přehledně zpracovaná v předchozím textu a podává obraz o tom, že všechny klientky mají pocit velmi dobré informovanosti. V rámci tohoto tématu bylo také hodnoceno, na jaké úrovni je komunikace mezi klientkami a porodními asistentkami. Tento výzkum ukázal, že opět většina klientek s kvalitou komunikace nemá problém. Klientky, které hodnotily tuto stránku negativně, odpovídaly takto: *„Komunikaci hodnotím negativně. Dále bych to raději nerozváděla.“* *„Velmi špatnou. Jejich nezájem mě odrazuje od dalších dotazů. Hlavně se mi nelíbí neinformovanost při*

změně podávaných léků.“ „Porodní asistentky komunikovaly zřídka kdy. Když jsem chtěla lék na bolest, tak jsem se musela zeptat lékaře až na vizitě.“ Leifer (2004) potvrzuje, jaký je význam komunikace v ošetrovatelském procesu. Terapeutická komunikace ze strany ošetřujícího personálu a navázání rovnoprávného vztahu charakterizovaného vzájemnou důvěrou dává těhotné ženě příležitost vyjádřit svou frustraci a obavy.

Náplní výzkumné otázky č. 1 bylo zjistit, jaký problém považují klientky za prioritní. O této problematice pojednává poslední kategorie. Čtyři podkategorie této oblasti podávají obraz o tom, jaký problém považují klientky za nejzávažnější, jak se s ním vyrovnávají, popřípadě zda byl již tento problém vyřešen. Většina klientek udává, že jejich nejzávažnější problém je starost o zdraví dětí, klientky takto odpovídaly v sedmi případech. Dalšími méně častými důvody jsou starost o fungování rodiny či obavy z tíživé finanční situace. Jedna klientka také uvedla, že má největší obavy z kojení dvojčat.

Z odpovědí klientek je možné charakterizovat, jaké strategie zvládnání těžkých situací jsou pro ně nejvýhodnější. Klientky řeší své problémy nejčastěji ve spolupráci s porodními asistentkami nebo s rodinou. Je zřejmé, že pro to, aby klientky mohly své obavy překonat, je důležité, aby měly možnost se někomu svěřit. Role důvěrníka v ošetrovatelském procesu je tedy zásadní. Nanda international (2010) poukazuje na tuto problematiku tak, že klienti, kteří již jsou v centru ošetrovatelské péče, by měli být jako partneři sester při posuzování a v diagnostickém procesu. Tato metoda má zajistit pocit osobní pohody a sebeaktualizace dané osoby. Klientky se tak v podstatě neuzdravují na základě diagnóz či intervencí vedených sestrami, ale uzdravují se samy svým chováním. Klientky dále v sedmi případech uvedly, že cítí v porodních asistentkách oporu, což jen potvrzuje důležitost role porodní asistentky v ošetrovatelském procesu, který je založený na vnímání klientky jako rovnocenného partnera. Otázka týkající se vyřešení prioritního problému je úzce spjatá se zdravím ještě nenarozených dětí. Její řešení lze tedy plně očekávat až po samotném porodu. Takto odpovídalo devět z deseti klientek. Pouze jedna klientka považovala svůj prioritní problém za vyřešený, jelikož se týkal fungování rodiny v průběhu její hospitalizace.

6 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce pojednává o jednom z klíčových témat moderního porodnictví, a tím je vícečetné těhotenství. Praktická část práce je zaměřena na zjištění základních informací o tom, jak ženy hospitalizované s vícečetným těhotenstvím, vnímají kvalitu ošetrovatelské péče. Jaké problémy jsou pro těhotné ženy nejobtížnější a jakým způsobem se s nimi vyrovnávají. Výstupy z kvalitativního výzkumu ukazují, že kvalita ošetrovatelské péče je ve zkoumaných zařízeních na dobré úrovni, lze tak mluvit obecně o kvalitní péči. Klientky, které hodnotily kvalitu péče negativně, popisují tuto skutečnost v souvislosti s přístupem personálu. Výzkum naznačuje, že v případech negativního hodnocení zařízení klientkami nejde o zanedbávání ošetrovatelské péče, ale jde o čistě lidský přístup, který v případě pouhého rutinního vykonávání ošetrovatelských úkonů může zapříčinit vzdálení se skutečným potřebám klientek. U klientek, které se tak z různých důvodů necítí v zařízení dobře, ošetřující personál podcenil problémy, které tyto ženy vnímají jako zásadní. Může to mít za následek opravdu negativní postoj klientek k zařízení jako celku. Výzkum podává obraz o tom, že problém není v samotném zařízení, v jeho vybavení či v kvalitě prostor ale jde především o kvalitu lidského přístupu, a přístupu, který musí být o to citlivější, čím více pochopení pro svou situaci klientky potřebují. A nejde zde jen o přístup porodního personálu, ale výzkum ukazuje, že významnou roli hraje také fungování a podpora rodinných příslušníků.

Dále výzkumná část práce podává obraz o tom, jaký problém klientky při hospitalizaci vnímají jako prioritní pro jeho vyřešení. Nejvíce problematická je pro ně nejistota, zda budou jejich děti zdravé. Mají obavy z možných komplikací. Ukazuje se, že přirozený biologický altruismus matky má na tuto oblast největší vliv. Řešení tohoto problému je výhledové a žena v tomto nachází největší oporu opět v osobě porodní asistentky.

Z výzkumné práce plyne základní a nepopíratelný fakt, že klientky a ošetřující personál tvoří jakousi funkčně propojenou jednotu, kterou není možné omezit pouze na vztah klienta a ošetřujícího. Ale tento vztah musí být pro efektivní řešení konkrétních problémů klientek, založen na naslouchání, empatii a pozitivní zpětné vazbě.

7 Seznam použitých zdrojů

1. ČECH, Evžen et al. *Porodnictví*. 2. vyd. Praha: Grada, 2006, 527 s. ISBN 978-80-247-1303-8
2. ČEPICKÝ, Pavel – KURZOVÁ, Hana. *Gynekologie a porodnictví v ordinaci praktického lékaře*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003, 174 s. ISBN 80-246-0677-1
3. DOLEŽAL, Antonín et al. *Porodnické operace*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007, 376 s. ISBN 978-80-247-0881-2
4. FARKAŠOVÁ, Dana et al. *Ošetrovatelství – teorie*. 1.vyd. Martin: Osvěta: 2006, 211 s. ISBN: 80-8063-227-8
5. HÁJEK, Zdeněk. Prenatální péče o fyziologické těhotenství. *Moderní babictví*, 2004, č. 3, s. 16 – 17. ISSN 1214-5572
6. HÁJEK, Zdeněk et al. *Rizikové a patologické těhotenství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 443 s. ISBN 80-247-0418-8
7. HÁJEK, Z – ROZTOČIL, A. Prenatální péče o vícečetná těhotenství – doporučený postup. *Česká gynekologie*, 2011, roč. 76, č. 1, ISSN 1210-7832
8. KAMENÍKOVÁ, Miroslava – KYASOVÁ, Miroslava. *Ošetrovatelské diagnózy na porodním sále*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003, 92 s. ISBN 80-247-0285-1
9. KOBILKOVÁ Jitka et al. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén, Univerzita Karlova v Praze, 2005, 368 s. ISBN 80-7262-315-X, ISBN 80-246-1112-0
10. KOTEROVÁ, Kateřina. Vícečetná gravidita. *Moderní babictví*, 2008, č. 16, s. 3 – 8. ISSN 1214-5572
11. LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 988 s. ISBN 80-247-0668-7

12. LOMÍČKOVÁ, Taťána. *Moderní babičtví* [online]. 2. 9. 2003 [cit. 2011-03-05]. *Dvojčata*.
Dostupné z: <http://www.levret.cz/texty/casopisy/mb/2003_2/lomickova.php>
13. MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 264 s. ISBN 80-247-1399-3
14. MIKULANDOVÁ, Magdalena. *Těhotenství, porod a šestinedělí: nejčastěji kladené otázky a odpovědi*. 1.vyd. Brno: Computer Press, a.s., 2007, 136 s. ISBN 978-80-251-1470-4
15. NANDA, International. *NANDA - ošetrovatelské diagnózy: Definice a klasifikace 2009 - 2011*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 480 s. ISBN 978-80-247-3423-1
16. NEWMAN, R. Kdy je nejlepší doba k porodu dvojčat? *Gynekologie po promoci*, 2008, roč. 8, č. 6, ISSN 1213-2578
17. PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství a dítěti*. 3. vyd. Praha: Galén, 2008, 685 s. ISBN 978-80-7262-594-9
18. PAŘÍZEK, Antonín et al. *Porodnická analgezie a anestezie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002, 536 s. ISBN 80-7169-969-1
19. RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie-porodnictví*. 1. vyd. Praha: Area, 2008, 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4
20. ROZTOČIL, Aleš et al. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 405 s. ISBN 978-80-247-1941-2
21. SÁK, Petr. *Standardy ošetrovatelské péče pro porodní asistenci: nejčastěji kladené otázky a odpovědi*. 1. vyd. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice, 2008, 238 s. Závazné směrnice Nemocnice České Budějovice. ISBN 978-80-254-3774-2.

22. SEDLÁKOVÁ, Gabriela. Posuzovanie *stavu vietnamského klienta v zdraví a chorobe*. In: TÓTHOVÁ, Valérie a kol. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 1. vyd. Praha: Triton, 2009, 159 s. ISBN: 978-80-7387-286-1
23. SLEZÁKOVÁ Lenka et al. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty III*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 216 s. ISBN 978-80-247-2270-2
24. SLEZÁKOVÁ Lenka et al. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 269 s. ISBN 978-80-247-3373-9
25. TRACHTOVÁ, Eva et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. nezměněné vydání - dotisk, Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008, 185s. ISBN 80- 7013 – 324 – 4
26. VACULKOVÁ, Eva. *Potřeby bezpečí a jistoty v gynekologické ambulanci*. *Sestra*, 2009, roč. 19, č. 6, ISSN 1210 – 0404
27. VÁGNEROVA, Marie. *Vývojová psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, 528 s. ISBN 80-7178-308-0
28. VAVŘINKOVÁ, B. *Ambulantní péče o potěrnou graviditu*. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2005, roč. 14, č. 4, ISSN 1211-1058
29. ZACHAROVÁ, Eva et al. *Zdravotnická psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5
30. ZWINGER, Antonín et al. *Porodnictví*. 1 vyd. Praha: Galén, 2004, 532 s. ISBN 80-7262-257-9

8 Přílohy

Seznam:

Příloha č. 1: Polostrukturovaný rozhovor s klientkami s vícečetným těhotenstvím

Příloha č. 2: Polohy plodů v děloze

Příloha č. 3: Ošetřovatelské anamnéza

Příloha č. 4: Záznam o informovaném souhlasu s poskytnutím zdravotní péče -
PLÁNOVANÝ CÍSAŘSKÝ ŘEZ

Příloha č. 5: o informovaném souhlasu s poskytnutím zdravotní péče –
NEODKLADNÝ CÍSAŘSKÝ ŘEZ

Příloha č. 6: informovaný souhlas pacienta s podáním anestezie

Příloha č. 1

Polostrukturovaný rozhovor s klientkami s vícečetným těhotenstvím

1 Identifikační otázky

Věk respondentek

Vzdělání

Kolikátá gravidita

Rodinný stav

Zaměstnání

2 Jaký byl důvod pro volbu porodnice

Proč jste se rozhodla родit v této porodnici?

3 Kvalita péče

Jak hodnotíte ošetrovatelskou péči na zdejší oddělení?

Máte nějaké výhrady, co se týká ošetrovatelské péče na oddělení?

Jaký je přístup porodních asistentek?

Věnují Vám porodní asistentky dostatek času?

Bylo vždy vyhověno Vaším požadavkům? (pokud ne, z jakého důvodu)

Byl Vám umožněn dostatečný kontakt s rodinou?

Naplnila se Vaše očekávání z hlediska kvality ošetrovatelské péče?

Volila byste pro příští těhotenství tuto porodnici? Pokud ne, z jakého důvodu?

Jak hodnotíte zdejší prostředí, jak se Vám zde líbí?

Co by jste na oddělení změnila, či vylepšila?

4 Otázky týkající se kvality edukace rodičky

Jak byste hodnotila komunikaci mezi Vámi a porodními asistentkami?

Byla jste poučena o rizicích vícečetného těhotenství? Víte, jak jim předcházet?

Do jaké míry Vám byl vysvětlován průběh porodu?

5 Otázky týkající se prioritního problému při hospitalizaci

Z čeho máte při hospitalizaci největší obavy?

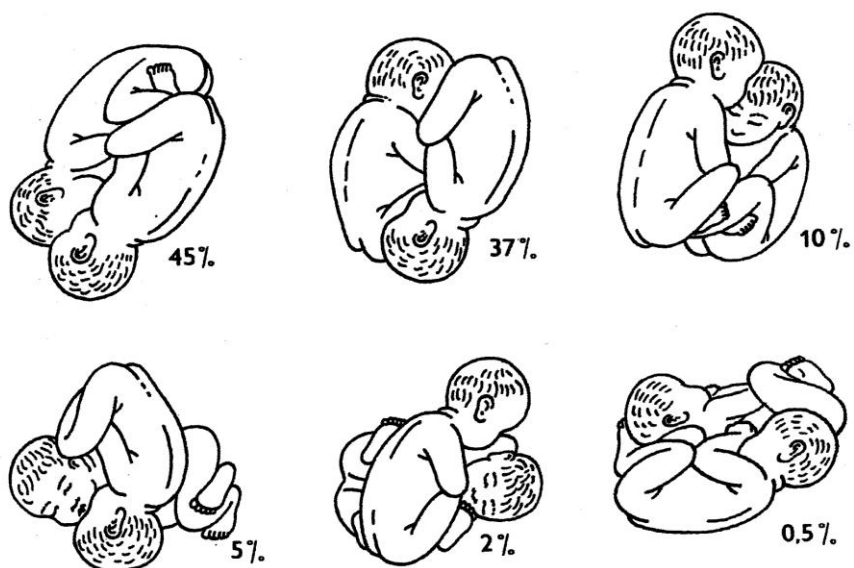
Jak se s těmito obavami vyrovnáváte?

Cítíte v porodních asistentkách oporu?

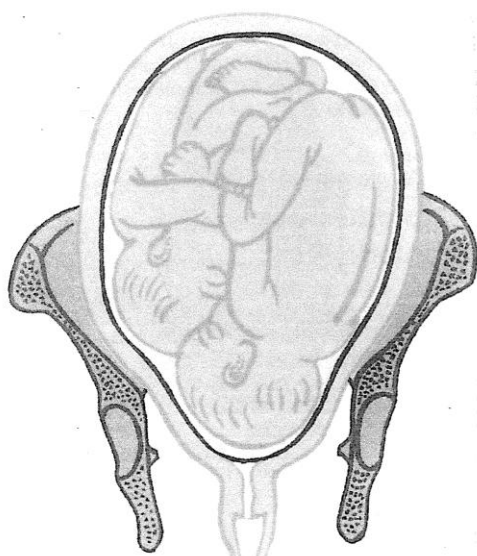
Byl tento problém vyřešen? Pokud ne, z jakého důvodu?

Příloha č. 2

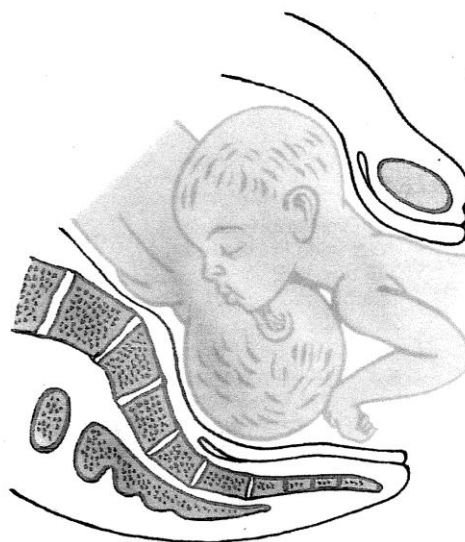
Polohy plodů v děloze



Obr. 7.24 Polohy plodů u dvojčat a častost jejich výskytu



Obr. 7.25 Dvojčata v poloze podélné hlavičkou



Obr. 7.26 Kolize dvojčat

Příloha č. 3

Ošetřovatelská anamnéza



Příloha č. 2

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

<i>Sítek se jménem pacienta:</i>	<i>Nemocný svým podpisem stvrzuje, že byl seznámen s:</i>
	Právy pacientů: ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
	Domácím řádem: ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
	<i>Cennosti uloženy v trezoru:</i> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
Ošetř.anam.odebrána od: Pacienta <input type="checkbox"/>	Datum: <i>Podpis pacienta:</i>
Rodinného přísl. <input type="checkbox"/> jiné.....	Ošetř.anam.sepsala (jmenovka+podpis):

1.Podpora zdraví:	<i>Sociální podmínky- bydlí:</i>
Kouříte ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	Sám ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> DD ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
Drogy ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	Partner/ka ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> DPS ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
Sport aktivně ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	S rodiči ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
Kontaktní osoba:	Manžel/ka ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
	S dětmi ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
Kontaktní osoba informována ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	

2. Výživa	<i>Kožní turgor</i> dobrý <input type="checkbox"/> snížený <input type="checkbox"/>
<i>Dieta č. -</i>	<i>Kůže</i> normální <input type="checkbox"/> změny <input type="checkbox"/>
Váha Výška BMI	jiné léze <input type="checkbox"/> otoky <input type="checkbox"/> dekubity <input type="checkbox"/>
<i>Chuť k jídlu</i> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	<i>Sliznice:</i> suché <input type="checkbox"/> vlhké <input type="checkbox"/>
<i>Výživa:</i> dostatečná <input type="checkbox"/> nedostatečná <input type="checkbox"/>	jiné <input type="checkbox"/> jaké.....
nadměrná <input type="checkbox"/> vegetarián <input type="checkbox"/>	<i>Stupnice dle Northonové – součet bodů:</i>
<i>Nutriční screening:</i> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	<i>Způsob přijímání potravy:</i>
<i>Výsledek – počet bodů:</i>	ústy <input type="checkbox"/> sám <input type="checkbox"/> krmem <input type="checkbox"/>
<i>Nutriční terapeut volán:</i> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	Sonda NGS* <input type="checkbox"/> NJS* <input type="checkbox"/> PEG* <input type="checkbox"/> PEJ* <input type="checkbox"/>
<i>Viz standard č. 006</i>	<i>Výživa</i> enterální <input type="checkbox"/> parenterální <input type="checkbox"/>
	<i>Zubní protéza</i> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>

3. Vylučování a výměna	<i>Způsob vyprazdňování</i>
<i>Močení</i> bez potíží <input type="checkbox"/> katetr <input type="checkbox"/> jiné.....	sám <input type="checkbox"/> na lůžku <input type="checkbox"/> s pomocí WC <input type="checkbox"/>
<i>Inkontinence</i> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	stomie ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
<i>Bolest při močení</i> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	<i>Inkontinence stolice</i> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
<i>Stolice</i> pravidelná <input type="checkbox"/> nepravidelná <input type="checkbox"/>	<i>Bolest při vyprazdňování</i> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
zácpa <input type="checkbox"/> průjem <input type="checkbox"/>	<i>Plyny</i> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
<i>Reprodukční činnost:</i>	Klimakterium ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
Menstruace začátek v letech.....	problémy.....
pravidelná <input type="checkbox"/> nepravidelná <input type="checkbox"/>	Vaginální výtoky ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> jaké.....
Cyklus (dny)..... normální <input type="checkbox"/>	<i>Problémy s prostatou</i> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
bolestivá <input type="checkbox"/> nebolestivá <input type="checkbox"/>	jaké.....
Antikoncepce ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> jaká.....	

4. Aktivita - Odpočinek	<i>Sebepéče</i> soběstačný ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
<i>Spánek</i> kvalitní <input type="checkbox"/> narušený <input type="checkbox"/>	deficit při oblékání <input type="checkbox"/>
časté buzení <input type="checkbox"/> obtížné usínání <input type="checkbox"/>	při hygieně <input type="checkbox"/> při jídle <input type="checkbox"/>
léky na spaní <input type="checkbox"/> sp.návyky <input type="checkbox"/>	při vyprazdňování <input type="checkbox"/>

Pohyblivost normální <input type="checkbox"/> zhoršená <input type="checkbox"/> imobilita <input type="checkbox"/> inv.vozík <input type="checkbox"/> berle,hůl <input type="checkbox"/> konč.protéza <input type="checkbox"/> riziko pádů ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	Barthelův test – součet bodů: - viz standard č. 034 Dýchání bez potíží <input type="checkbox"/> dušnost klidová <input type="checkbox"/> námahová <input type="checkbox"/> TSK* <input type="checkbox"/> ETK* <input type="checkbox"/>
Způsob hodnocení rizika- viz standard č. 049	

5. Vnímání - poznávání Vědomí jasné <input type="checkbox"/> somnia <input type="checkbox"/> sopor <input type="checkbox"/> kóma <input type="checkbox"/> Orientován úplně <input type="checkbox"/> částečně <input type="checkbox"/> Dezorientován osobou <input type="checkbox"/> místem <input type="checkbox"/> časem <input type="checkbox"/>	Řeč plynulá <input type="checkbox"/> narušená <input type="checkbox"/> němý <input type="checkbox"/> cizinec <input type="checkbox"/> Poruchy zraku ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> jaké..... brýle <input type="checkbox"/> čočky <input type="checkbox"/> Poruchy sluchu ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> jaké..... naslouchadlo <input type="checkbox"/>
---	--

6. Vnímání sebe sama Nálada normal <input type="checkbox"/> smutná <input type="checkbox"/> veselá <input type="checkbox"/> bezmocnost <input type="checkbox"/> beznaděj <input type="checkbox"/>	Porušený tělesný obraz ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
---	--

7. Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu Strach,úzkost,smutek ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	Chronický zármutek ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
--	--

8. Bezpečnost - ochrana Riziko dekubitů ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> aspirace ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> sebepoškození ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> infekce ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> TT v normě <input type="checkbox"/> zvýšená <input type="checkbox"/> horečka <input type="checkbox"/> podchlazení <input type="checkbox"/>	Alergie ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> - na potraviny, jaké..... - léky, jaké..... - jiné.....
--	--

9. Komfort Bolest Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Akutní <input type="checkbox"/> Chronická <input type="checkbox"/> Stupnice 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	Nauzea Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Zvracení Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Hodnocení bolesti-viz standard č.041
---	---

* NGS nasogastrická sonda * NJS nasojejunální sonda * PEG perkutánní endoskopická gastrostomie	* PEJ perkutánní endoskopická jejunostomie * TSK tracheostomická kanyla * ETK endotracheální kanyla
--	---

EDUKAČNÍ ZÁZNAM

Datum	Téma a průběh	Podpis sestry	Podpis pacienta

Příloha č. 4

Záznam o informovaném souhlasu s poskytnutím zdravotní péče - PLÁNOVANÝ CÍSAŘSKÝ ŘEZ



České Budějovice, B. Němcové 585/54, PSČ 370 87
Gynekologicko-porodnické oddělení

Identifikace:
(štítek)

Záznam o informovaném souhlasu s poskytnutím zdravotní péče

PLÁNOVANÝ CÍSAŘSKÝ ŘEZ

- 1) Povaha onemocnění:
Císařský řez patří mezi nejčastější porodnické operace, při které je plod vybaven z dělohy břišní cestou.
- 2) Předpokládaný vývoj onemocnění:
Vychází z důvodů vedoucích k císařskému řezu. Nejčastější příčiny plánovaného císařského řezu: - nepoměr mezi hlavičkou plodu a pánví matky, nesprávná poloha plodu, vcestné lůžko, některé VVV plodu, nesprávné polohy u dvojčat, trojčetné těhotenství, nepřipravené porodní cesty u předčasného porodu, některé nemoci matky, některé předchozí operace na děloze, zhoubné onemocnění a další. Pacientka je předem informována o datumu provedení operace a přibližném čase začátku operace. Pokud není hospitalizována přichází většinou v den operace ráno na lačno s interním předoperačním vyšetřením.
- 3) Plánovaný postup při léčbě:
Výkon se provádí buď v celkové nebo svodné anestezii /znecitlivění/ s ohledem na přání pacientky. Před výkonem má žena zavedenu cévku do močového měchýře. Nejčastěji z příčného řezu v podbřišku nad stydkou kostí. V některých velmi neodkladných případech, kdy hraje roli časový faktor, se provádí řez podélný. Po otevření dutiny břišní následuje řez na děloze, který může být opět příčný nebo podélný, podle stáří těhotenství a polohy plodu a je vybaven plod. Ten je předán na operačním sále dětskému lékaři a dětské sestře k prvnímu ošetření. Poté se rukou vybaví lůžko a zkontroluje se dutina děložní, zda tam nezůstaly zbytky placenty a plodových obalů. Někdy se připojuje revize dutiny děložní nástrojem kyretou. Pak následuje sešití dělohy. Po vysušení dutiny břišní a zkontrolování operačního pole se operační rána sešije po vrstvách. Na začátku operace se podávají preventivně antibiotika-léky proti zánětu a před operací /není-li ve svodné anestezii/, lék na ředění krve jako prevence tromboembolické nemoci.
- 4) Účel zdravotního výkonu:
Ukončení těhotenství.
- 5) Možná rizika a důsledky navrhované léčby a jednotlivých zdravotních výkonů:
Všeobecné komplikace provázející operační výkony jsou velmi řídké. Patří mezi ně tvorba krevních sraženin /trombóza/, uzavření tepny - nejčastěji plicní - krevní sraženinou - embolie a infekce. I přes pečlivou operační techniku může vzácně dojít během operace k poranění okolních orgánů a cév, např. močového měchýře a střeva. Tato poranění jsou ošetřena již během operace. Protože se operuje v blízkosti močového měchýře, může být vzácně po operaci obtížné močení. Tento stav se ale upravuje sám. Mezi další vzácné komplikace patří krvácení do dutiny břišní, zjištěné až po operaci. Toto je

nutno řešit následnou druhou operací. I v této vážné situaci, kdy je žena ohrožena i na životě, je snaha o zachování všech vnitřních orgánů. Ve vzácných případech může být po vybavení plodu zjištěno, že je lůžko vrostlé do svaloviny děložní, pak nezbyvá než vyoperovat dělohu i s lůžkem. Kdybychom se pokoušeli o vybavení lůžka, mohlo by dojít ke krvácení s poruchou srážlivosti a žena by byla ohrožena na životě.

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

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

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

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

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

Souhlas pacienta nebo zákonného zástupce s poskytnutím zdravotní péče

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

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

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

Dne:.....

Hodina:

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

Podpis lékaře:.....

Podpis zúčastněné osoby:.....

Příloha č. 5:

Záznam o informovaném souhlasu s poskytnutím zdravotní péče – NEODKLADNÝ CÍSAŘSKÝ ŘEZ



České Budějovice, B. Němcové 585/54, PSČ 370 87
Gynekologicko-porodnické oddělení

Identifikace:
(Štítek)

Záznam o informovaném souhlasu s poskytnutím zdravotní péče

NEODKLADNÝ CÍSAŘSKÝ ŘEZ

- 1) Povaha onemocnění:
Císařský řez patří mezi nejčastější porodnické operace, při které je plod vybaven z dělohy břišní cestou.
- 2) Předpokládaný vývoj onemocnění:
Vychází z důvodů vedoucích k císařskému řezu. Nejčastější příčiny neodkladného císařského řezu: - tíseň plodu v děloze v průběhu těhotenství nebo při porodu, výhřez pupečníku, krvácení, předčasná odlučování lůžka, nesprávná poloha nebo naléhání plodu při porodu, náhle vzniklé onemocnění matky, ohrožující ji na životě - např. těžká preklampsie, eklampsie,...
- 3) Plánovaný postup při léčbě:
Výkon se provádí většinou v celkové anestezii /znecitlivění/, někdy i ve svodné anestezii, na operačním sále v poloze na zádech. Před výkonem má žena zavedenu cévku do močového měchýře. Nejčastěji z příčného řezu v podbřišku nad stydkou kostí. V některých velmi neodkladných případech, kdy hraje roli časový faktor, se provádí řez podélný. Po otevření dutiny břišní následuje řez na děloze, který může být opět příčný nebo podélný, podle stáří těhotenství a polohy plodu a je vybaven plod. Ten je předán na operačním sále dětskému lékaři a dětské sestřek prvnímu ošetření. Poté se rukou vybaví lůžko a zkontroluje se dutina děložní, zda tam nezůstaly zbytky placenty a plodových obalů. Někdy se připojuje revize dutiny děložní nástrojem kyretou. Pak následuje sešití dělohy. Po vysušení dutiny břišní a zkontrolování operačního pole se operační rána sešije po vrstvách. Na začátku operace se podávají preventivně antibiotika - léky proti zánětu a před operací /není-li ve svodné anestezii/, lék na ředění krve jako prevence tromboembolické nemoci.
- 4) Účel zdravotního výkonu:
Ukončení těhotenství.
- 5) Možná rizika a důsledky navrhované léčby a jednotlivých zdravotních výkonů:
Všeobecné komplikace provázející operační výkon jsou velmi řídké. Patří mezi ně tvorba krevních sraženin /trombóza/, uzavření tepny - nejčastěji plicní - krevní sraženinou - embolie a infarkce. I přes pečlivou operační techniku může vzácně dojít během operace k poranění okolních orgánů a cév, např. močového měchýře a střeva. Tato poranění jsou ošetřena již během operace. Pokud se operuje v blízkosti močového měchýře, může být vzácně po operaci obtížné močení. Tento stav se ale upravuje sám. Mezi další vzácné komplikace patří krvácení do dutiny břišní, zjištěné až po operaci. Toto je nutno řešit následnou druhou operací. I v této vážné situaci, kdy je žena ohrožena i na životě, je snaha o zachování všech vnitřních orgánů. Ve vzácných případech může být po vybavení plodu zjištěno, že je lůžko vrostlé do svaloviny děložní, pak nezbyvá než vyoperovat dělohu i s lůžkem. Kdybychom se

pokoušeli o vybavení lůžka, mohlo by dojít ke krvácení s poruchou srážlivosti a žena by byla ohrožena na životě.

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

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

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

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

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

Souhlas pacienta nebo zákonného zástupce s poskytnutím zdravotní péče

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

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

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

Dne:.....

Hodina:

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

Podpis lékaře:.....

Podpis zúčastněné osoby:.....

Příloha č. 6:

Informovaný souhlas pacienta s podáním anestezie

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S PODÁNÍM ANESTEZIE

ANESTEZIOLOGICKÉ A RESUSCITAČNÍ ODDĚLENÍ
Nemocnice České Budějovice, a.s.
Primář oddělení: MUDr. Bohuslav KUTA, MBA

Vážná paní, vážený pane!

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

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

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

1. Já,, souhlasím s poskytnutím anestezie pro plánovaný léčebný/ diagnostický výkon.
2. Byl(a) jsem informován(a) lékařem o typu anestezie, která mi bude poskytnuta a souhlasím s navrženým typem anestezie.
3. Byla(a) jsem informován(a) a poučen(a), že bez ohledu na použitý typ anestezie je řada obecných rizik a následků, které se mohou vyskytnout (např. bolest v krku a chraptot, nevolnost a zvracení, bolesti svalů).
4. Byl(a) jsem informován(a) a poučen(a), že léky či jiné látky, které užívám, mohou působit komplikace během anestezie a chirurgického výkonu. Jsem si vědom(a), že je v mém zájmu informovat o nich lékaře před plánovaným výkonem.
5. Byl(a) jsem informován(a) a poučena, že během anestezie může dojít k náhlé změně zdravotního stavu, která bude vyžadovat překročení tohoto oprávnění. V těchto případech opravňuji lékaře na základě jeho profesionálního rozhodnutí k provedení všech postupů k záchraně zdraví nebo života.
6. Souhlasím s podáním krve a/nebo krevních derivátů, jestliže vznikne důvod během výkonu nebo bezprostředně po něm. Byl(a) jsem informován(a) a poučen(a), že ve výjimečných případech může dojít k možným komplikacím v důsledku transfuze krve a/nebo krevních derivátů (např. horečka, alergická reakce, přenos některých infekčních chorob).
7. Byl(a) jsem informován(a) a poučen(a) o možnosti vzniku výjimečně se vyskytujících, závažných a naprosto ojediněle i život ohrožujících komplikací (včetně úmrtí) v průběhu anestezie.
8. Jsem si vědom(a), že ARO Nemocnice České Budějovice, a.s. je akreditovaným výukovým zdravotnickým pracovištěm a souhlasím s tím, že kromě ošetřujícího anesteziologa a anesteziologické sestry mohou být přítomny v průběhu podávání anestezie ještě třetí osoby (např. jiní lékaři).

PROHLÁŠENÍ PACIENTA

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

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

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

Datum:

Podpis:

PROHLÁŠENÍ LÉKAŘE

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

Datum:

Jméno a podpis lékaře: