

**Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií**

**Standard ošetrovatelské péče u ženy po porodu císařským
řezem**

Marie Natálie Smolíková

**Bakalářská práce
2012**

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Marie Natálie Smolíková**
Osobní číslo: **Z09109**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Porodní asistentka**
Název tématu: **Standard ošetrovatelské péče u ženy po porodu císařským řezem**
Zadávací katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Sběr informací a studium poznatků v oblasti ošetrovatelské péče o ženu po porodu císařským řezem.
2. Stanovení cílů práce.
3. Konzultace vybrané metodiky s vedoucím práce.
4. Sběr podkladů pro praktickou část práce.
5. Vytvoření standardu ošetrovatelské péče u ženy po porodu císařským řezem včetně auditu.
6. Analýza a interpretace získaných výsledků.
7. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**
Seznam odborné literatury:

1. ČECH, E. a kol. Porodnictví. 2. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. s. 544 ISBN 978-80-247-1303-8.
2. LEIFER, G. Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2004. s. 988. ISBN 80-247-0668-7.
3. MAREČKOVÁ, J. Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. s. 264. ISBN 80-247-1399-3.
4. KUDELA, M. a kol. Základy gynekologie a porodnictví pro posluchače lékařské fakulty. 2. vyd. Olomouc, 2008. ISBN 978-80-244-1975-6.
5. ROZTOČIL, A. a kol. Moderní porodnictví. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. s. 405. ISBN 978-80-247-1941-2.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Markéta Moravcová**
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: **30. listopadu 2011**
Termín odevzdání bakalářské práce: **16. července 2012**


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Markéta Moravcová
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 29. února 2012

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 15. 4. 2012

Marie Natálie Smolíková

Poděkování:

Chtěla bych především poděkovat paní Mgr. Markétě Moravcové za odborné vedení mé závěrečné práce. Za její cenné rady, obětovaný čas a trpělivost, kterou mi věnovala, a pro mě byla velkým přínosem. Také patří poděkování lékařům a sestřám na porodnicko-gynekologické klinice ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové za umožnění zpracování kazuistik a ošetrovatelského procesu. Poděkování patří i mé rodině, která mě po celou dobu studia podporovala a byla psychickou oporou.

SOUHRN

Bakalářská práce nazvaná *Standard ošetrovatelské péče u ženy po porodu císařským řezem* je prací teoreticko-praktickou. V teoretické části se stručně zabýváme definicí císařského řezu, indikacemi, kontraindikacemi a ošetrovatelskou péčí před a po porodu. Dále se zabýváme úlohou porodní asistentky v účasti na péči o ženu po celou dobu hospitalizace. V praktické části jsme zpracovaly tři kazuistiky žen po porodu císařským řezem s indikací hrozící hypoxie plodu. Popisujeme zde poskytovanou péči formou ošetrovatelského procesu, kde využíváme ošetrovatelský model Gordonové a ošetrovatelských diagnóz dle taxonomie Nanda II. International. Na podkladě zpracovaných kazuistik jsme vypracovaly standard ošetrovatelské péče o ženu v patologickém šestinedělí po porodu císařským řezem a návrh ošetrovatelského auditu.

KLÍČOVÁ SLOVA

Standard ošetrovatelské péče, ošetrovatelská péče, patologické šestinedělí, šestinedělka

SUMMARY

The thesis named "*The Standard of nursing care of woman after the delivery by the Caesarean*" is a theoretical-practical work. In the theoretical part I was briefly concerned with the definition of the Caesarean, indications, contraindications and the nursing care before and after the childbirth. In addition to that I was concerned with the role of midwife in attendance on looking after a woman during the whole hospitalization. In the practical part I processed three casuistics of women after the delivery by the Caesarean with the indication of threatening hypoxia of the foetus. Here I describe provided care by the form of nursing process, where I use the Gordon Nursing Model and nursing diagnoses on the basis of NANDA II. International. On the base of processed casuistics I tried to work out the standard of nursing care after a woman in pathological puerperium after the delivery by the Caesarean and a proposition of the nursing audit.

KEY WORDS

Standard of nursing care, nursing care, pathological puerperium, woman in childbed.

OBSAH

ÚVOD.....	10
CÍLE PRÁCE.....	11
1 Císařský řez.....	12
1.1 Indikace	12
1.2 Kontraindikace	13
1.3 Rizika – komplikace.....	13
1.4 Ošetrovatelská péče před císařským řezem.....	14
2 Šestinedělí po porodu císařským řezem.....	16
2.1 Vliv porodu císařským řezem na kojení.....	16
2.2 Období bezprostředně po porodu	16
3 Přizpůsobení ošetrovatelské péče v šestinedělí po porodu císařským řezem	18
3.1 Děloha	18
3.2 Očistky	18
3.3 Krytí operační rány	19
3.4 Močový katétr a péče o močení	19
3.5 Prevence tromboflebitidy	19
3.6 Management bolesti	20
4 Ošetrovatelský proces, model gordonové, standard a audit.....	21
4.1 Ošetrovatelský proces	21
4.2 Ošetrovatelský model Gordonové.....	21
4.3 Standard ošetrovatelské péče	22
4.4 Audit.....	23
5 Metodika práce	25
6 Kazuistika č. 1.....	26
6.1 Ošetrovatelská anamnéza dle modelu Gordonové	26
6.2 Zvažované ošetrovatelské diagnózy.....	35
6.3 Plán ošetrovatelské péče	36
6.3.1 Aktuální ošetrovatelské diagnózy	36
6.3.2 Potencionální ošetrovatelské diagnózy	39
7 Kazuistika č. 2.....	42
7.1 Ošetrovatelská anamnéza dle modelu Gordonové	42
7.2 Zvažované ošetrovatelské diagnózy.....	50
7.3 Plán ošetrovatelské péče	51
7.3.1 Aktuální ošetrovatelské diagnózy	51

7.3.2	Potencionální ošetrovatelské diagnózy	54
8	Kazuistika č. 3.....	57
8.1	Ošetrovatelská anamnéza dle modelu Gordonové	57
8.2	Zvažované ošetrovatelské diagnózy.....	65
8.3	Plán ošetrovatelské péče	66
8.3.1	Aktuální ošetrovatelské diagnózy	66
8.3.2	Potencionální ošetrovatelské diagnózy	69
9	Standard ošetrovatelské péče a audit	72
9.1	Návrh standardu ošetrovatelské péče o ženu po porodu císařským řezem	72
9.2	Návrh auditu k navrhovanému standardu péče a jeho zápis	75
	Diskuze	78
	Závěr	79
	Literatura.....	80
	Seznam použitých zkratk	81
	Seznam příloh	82
	Příloha A: Pooperační rehabilitace	83
	Příloha B: Vizuální analogová škála bolesti	85

ÚVOD

V dnešní době se zvyšuje počet porodů, které se primárně nebo v akutním případě vedou císařským řezem. Tato frekvence narůstá spolu s rozšiřováním indikací, především s ohledem na stav plodu a snahy snižovat mateřskou mortalitu a morbiditu, vedoucím k císařskému řezu. Proto by se mělo přizpůsobit i vedení ošetrovatelské péče, individualizující předoperační a pooperační péči o klientku. Touto prací bych chtěla upozornit na potřebu zavedení ošetrovatelské péče formou ošetrovatelského procesu u žen po porodu císařským řezem. Neboť i tyto ženy jsou „standardními“ klientkami na porodnicko-gynekologických klinikách. Cílem mé práce je vytvořit standard ošetrovatelské péče, který by mohl umožnit zlepšení poskytované péče nejen klientkám, ale i ošetřujícímu personálu. V této práci využívám funkční ošetrovatelský model Marjory Gordonové a taxonomii Nanda I. International. Dále vytvořením ošetrovatelského auditu vznikne možnost zpětné vazby o poskytované péči. Období šestinedělí u žen po porodu císařským řezem zůstává stejné, má však i své odlišnosti díky operativnímu vedení porodu, kterým je třeba se věnovat. Porodní asistentka tak musí zajistit mnoho úkonů ohledně ošetrovatelské péče a veškerou péči zaznamenává do dokumentace. Zohlednit výživu, péči o vylučování a osobní hygienu, zajistit posouzení fyziologických funkcí a bolesti. Nemalou péči je potřeba věnovat i psychosociálním potřebám klientky. Myslím si, že pro všechny porodní asistentky je důležité provádět ošetrovatelskou péči správně, proto je vhodné vytvořit standard.

CÍLE PRÁCE

Cílem bakalářské práce je vytvořit standard ošetrovatelské péče o ženu po porodu císařským řezem, vytvořit přehled ošetrovatelských diagnóz a ošetrovatelské péče pomocí ošetrovatelského procesu a navrhnout ošetrovatelský audit. Touto prací bychom chtěly inspirovat porodní asistentky, aby ošetrovatelskou péčí prováděly formou ošetrovatelského procesu a na základě stanovených obecně platných standardů ošetrovatelské péče s využitím nových poznatků dnešní doby.

1 Císařský řez

Císařský řez je porod vedený chirurgickou cestou, při němž se provádí řez břišní stěnou a dělohou za účelem vybavení plodu. Po řadu let byla zlepšována operační technika, zavedena asepse, zdokonalen šicí materiál a další farmakologické zdokonalení v oblasti anestezie. To vše a pokroky v dalších z medicínských oborů vedlo k rozšíření tohoto operačního ukončení porodu. Frekvence císařských řezů stoupá ze snahy o šetrný porod zejména s ohledem na plod ale i ženu. Veškerá rizika, která tato operace přináší, však stále zůstávají. Proto jsou třeba k provedení jasné medicínské indikace. Císařský řez můžeme rozčlenit dle průběhu na plánovaný (primární), o jeho provedení je rozhodnuto již v závěru těhotenství a jehož indikace je předem známá. Je tedy zajištěn dostatek personálu, vhodná doba z hlediska provozu i klientky (např. při diabetu). Neplánovaný (sekundární) císařský řez je takový, při němž jeho indikace vznikla akutně. V obou případech se jedná o individualizovanou ošetrovatelskou péči k dané klientce dle možností zdravotnického zařízení. (Leifer, G., 2004, Kudela, M., 2008)

1.1 Indikace

Císařský řez je indikován v případě jednoho nebo více patologických stavů. Mezi tyto stavy se řadí: kefalopelvický nepoměr (disproporce mezi velikostí pánve matky a velikostí plodu); komplikace přidruženými onemocněními matky, kam patří například srdeční choroby, hrozící eklampsie, těhotenstvím indukovaná hypertenze; předchozí chirurgické zákroky na děloze včetně císařských řezů. Dále při ohrožení plodu, například při abnormálním naléhání nebo při výhřezu pupečníku; placentární poruchy a porodnické krvácení (placenta praevia, abrupce placenty, nejasné krvácení); protrahovaný porod s poruchou vypuzovacích sil; změny a překážky v měkkých porodních cestách; prodloužené těhotenství, při nezdařených indukcích porodu, poloha plodu koncem pánevním (při splnění podmínek pro vedení porodu císařským řezem); vícečetné těhotenství; Rh-izoimunizace plodu s těžkým stupněm anémie; sdružené indikace; císařský řez na umírající a mrtvé ženě. (Čech, E., 2006, Dušová, B., Marečková, J., 2009)

1.2 Kontraindikace

Existuje několik kontraindikací císařského řezu, kam řadíme mrtvý plod nebo příliš nezralý plod, aby přežil. V dnešní době lze však i v tomto případě císařský řez provést z vitální indikace matky. Pokud jsou krevní hodnoty koagulace patologické. Zásadní podmínkou je, že velká část plodu není vstouplá a fixovaná hluboko v pánvi. (Čech, E., 2006, Leifer, G., 2004)

1.3 Rizika – komplikace

Císařský řez je rizikový pro matku i pro plod. Komplikace dělíme na peroperační, postoperační a pozdní. Mezi peroperační komplikace řadíme anesteziologické. Patří sem Mendelsonův syndrom, obtíže při intubaci, laryngospasmus, bronchospasmus, syndrom dolní duté žíly a aspirace žaludečního obsahu. Dále chirurgické komplikace, mezi něž patří poranění močového měchýře, ureteru, poranění dělohy, adnex, poranění střev a stěny břišní. Komplikace spojené s krvácením jako jsou poruchy srážlivosti, atonie, embolie plodovou vodou, DIC provázené hysterektomií. (Doležal, A., 2007)

Postoperační komplikace, kam řadíme riziko eklampsie a preeklampsie. Infekční komplikace v závislosti na délce porodu, odtoku plodové vody a vaginálních vyšetřeních. Mezi ovlivnitelné komplikace řadíme tromboembolické. Ovlivnit je lze preventivními opatřeními jako je heparinizace a včasné vstávání. Rané pooperační komplikace tvoří anemické stavy, hematomy, kolapsovitě stavy. Dále hojení per secundam, dehiscence, reoperace, paralytický nebo obstrukční ileus. Subjektivně jsou nejvíce pociťovány bolesti v jizvě, při vstávání, přetáčení z boku na bok a při kašli. (Doležal, A., 2007)

Pozdní komplikace: estetické defekty, hernie v jizvě, chronický syndrom bolestivé pánve, urologické komplikace, parametritis, sterilita a infertilita. Pro následující těhotenství hrozí komplikace v podobě předčasného porodu, placenta praevia, placenta accreta. Dále mohou nastat poruchy při vyprazdňování, gastroenterologické poruchy a peritoneální srůsty jako při běžných laparotomických operacích. (Doležal, A., 2007)

1.4 Ošetrovatelská péče před císařským řezem

Od průběhu porodu se odvíjí délka přípravy rodičky k porodu císařským řezem. Za různých okolností bývá průběh podobný, při neodkladném císařském řezu se zkracuje celková příprava na bezprostřední přípravu před výkonem. Rodička a její doprovod jsou seznámeni s aktuální situací, se zdravotním stavem rodičky a plodu, je zdůvodněn zvolený postup a udržován slovní kontakt do doby uvedení rodičky do celkové anestezie. Ošetrovatelský tým informuje anesteziologa, novorozenecké oddělení a jednotku intenzivní péče (dále JIP). Porodní asistentka pomáhá odstranit rodičce šperky, brýle, případný umělý chrup a vše řádně označené uloží. Porodní asistentka sepíše s rodičkou informovaný souhlas s císařským řezem, souhlas s anestézií a souhlas s podáním transfúze v případě potřeby. Dále má na starost úpravu operačního pole, tj. oholení zevního genitálu a podbřišku. Zavede rodičce permanentní močový katétr jako prevenci poranění močového měchýře a jako ukazatel výdeje moči během operace a tím ukazatel množství cirkulující krve v oběhu rodičky. V případě že není zajištěn periferní katétr, porodní asistentka jej zavádí většinou do pravé horní končetiny do loketní jamky. Zavádí se periferní katétr o silnějším průsvitu. Před zavedením odebírá krev na lékařem indikovaná vyšetření (krevní obraz, koagulace, křížová zkouška). Odebranou krev zasílá spolu s příslušnou žádankou do laboratoře, vyplňuje a odesílá žádanku na transfúzní oddělení k rezervaci krevních jednotek. Rodičce se podávají naordinované léky na snížení kyselosti žaludku a léky snižující riziko aspirace během operace. Dále se podává k expanzi objemu 500ml krystaloidů jako prevence předpokládaných krevních ztrát. Profylakticky jsou antibiotika především podávána u žen s vyšším rizikem infekce (delší dobu prasklý vak blan), se známkami infekce nebo pozitivitou streptokoka skupiny B (GBS). Při pozitivitě GBS se provádí profylaxe nejlépe 4 hodiny před porodem. Nejčastěji podávaná antibiotika jsou Unasyn a Penicilin G. Při alergiích na penicilinové řady antibiotik lze podat Cefazolin a Klindamycin. U neplánovaného císařského řezu se antibiotika podávají pouze v případě, že již byly podány v I. nebo II. době porodní. Doba, po kterou rodička leží na zádech, by měla být minimalizována jako prevence syndromu dolní duté žíly. (Doležal, A., 2007)

Ženy podstupující porod císařským řezem mohou vyžadovat větší emocionální podporu než ženy rodící vaginálně, která by jim měla být poskytnuta ze strany personálu i rodiny. Ženy mohou cítit hněv, vinu, pocit selhání a úzkost. Poučením rodičky o následných procedurách může porodní asistentka tyto pocity zmírnit. Porodní asistentka by si do jisté míry měla všimnout i partnera, který bývá dnes často přítomen u porodu a může sdílet podobné

pocity jako rodička. Je na místě partnera uklidnit, vysvětlit dění, aby byl oporou pro rodičku a nepřenášel na ni svůj strach. (Leifer, G., 2004)

2 Šestinedělí po porodu císařským řezem

Šestinedělím nazýváme období, které žena prožívá do 42. dne od ukončení těhotenství a porodu. V tomto období mizí změny vyvolané těhotenstvím a porodem a celý organismus se vrací do stavu jako před otěhotněním. V dnešním moderním porodnictví je velký pokrok ve snižování puerperální morbidity a mortality. Přesto hladký průběh šestinedělí nelze zaručit. Proto zde hraje zásadní roli péče o nedělku v oblastech prevence vzniku, rané diagnostiky a léčby časných stádií komplikací. (Kudela, M., 2008, Zwinger, A., 2004)

2.1 Vliv porodu císařským řezem na kojení

Císařský řez je častou mimořádnou situací pro kojení. Způsob porodu nemá na tvorbu mléka vliv, avšak matka může být oddělena od novorozence na různě dlouho dobu z různých důvodů. I přesto se ošetřující personál snaží podporovat nástup laktace a přikládat novorozence k prsu, pokud to jeho zdravotní stav a zdravotní stav matky dovolí. V případech kdy nelze zajistit časté přikládání, je nutné matku poučit, jak je možno správně zahájit laktaci, jak tvorbu mléka udržovat, jak mléko odstříkávat a bezpečně ho skladovat pokud je potřeba. Nejpozději by měla matka odstříkávat do 12 hodin po porodu. Počet odstříkávání by měl být přibližně stejný jako počet kojení a alespoň jednou by měla matka odstříkávat v noci. Při přikládání novorozence se využívá techniky, která nezatěžuje matku. Volí se tedy různé polohy novorozence při kojení, které vyhovují matce a nezatěžují její poporodní a zároveň pooperační stav. (Zwinger, A., 2004)

2.2 Období bezprostředně po porodu

Toto období je také nazýváno jako čtvrtá doba porodní. Trvá dvě hodiny po porodu placenty. Během této doby se ošetrovatelská péče zaměřuje na následující úkony. Sledování fyziologických funkcí a podpora hlubokého dýchání. Identifikace krvácení a jeho prevence. Mezi známky vnitřního krvácení patří zrychlený puls, zvýšená frekvence dýchání a pokles krevního tlaku. Pokles krevního tlaku však může nastat i při doznívajících účincích celkové anestezie. Zhodnocení subjektivní bolesti udávané klientkou a postupy proti bolesti. Sledování příjmu a výdeje tekutin. Vyhodnocení stavu a vnímání šestinedělky po anestezii. Podpora vytváření vazby mezi matkou a dítětem. Pooperační rehabilitace se zaměřuje

na postupné zatěžování klientky pohybem v lůžku, přetáčením ze strany na stranu, krčením dolních končetin a časným vstáváním. (Leifer, G., 2004)

Dále má každé zdravotnické zařízení své vnitřní předpisy, kterými se řídí. Na oddělení JIP se obvykle krevní tlak, puls, dechová frekvence, saturace a vědomí klientky kontroluje každých 15 minut v první hodině, poté 30 minut v druhé hodině a dále každou hodinu, dokud není rodička přeložena na standardní oddělení. Zaznamenává se příjem a výdej tekutin, který zahrnuje intravenózní terapii i příjem per os. Hodnotíme průchodnost permanentního močového katetru a moč, kterou odvádí. Její barvu a množství. U odchodu očístků je hodnoceno množství, vzhled a zápach. Dále je hodnocen stav operační rány, její krytí. U periferního žilního katetru hodnotíme funkčnost a riziko vzniku tromboflebitis dle Madonna. Klientku vedeme k pooperační rehabilitaci dle jejího stavu a subjektivního pocitu. Časné vstávání z lůžka je prováděno na oddělení JIP nejdříve za 6 hodin po porodu, při obtížích ze strany klientky až na oddělení šestinedělí. Překlad klientky bývá za 6 hodin po porodu z oddělení JIP na oddělení šestinedělí. Na oddělení šestinedělí se sledování matky provádí dle chodu oddělení. V tomto období se nadále vyhodnocují tyto faktory: základní životní funkce, barva kůže, tuhost a umístění děložního fundu, množství a barva odcházejících očístků, koagula, medikace a infúzní terapie, naplnění močového měchýře a výdej moči. Dále stav krytí operační rány po císařském řezu a její hojení, intravenózní vstupy, péče o vyprazdňování střeva, dodržování diety, změny na dolních končetinách a pooperační rehabilitace. Jiná vyšetření, mezi něž patří krevní obraz, biochemická, hematologická a mikrobiologická se provádějí eventuelně dle závažnosti operačního výkonu a při vzniku komplikací. Denně je ošetřujícím personálem kontrolován psychický a fyzický stav klientky, stav rozvíjející se laktace a prsou. (Čech, E., 2006, Leifer, G., 2004)

3 Přizpůsobení ošetrovatelské péče v šestinedělí po porodu císařským řezem

Po porodu císařským řezem musíme brát v potaz, že žena nejen porodila dítě, ale také prodělala operaci. Dále zda byl císařský řez plánovaný či nikoli. To vše má vliv na následnou péči o matku, která se mírně liší od normální postpartální péče. Cílem pooperační péče je eliminace komplikací po císařském řezu a prevence bezprostřední, časně a pozdní mateřské morbidity. Dalším cílem je snížení až eliminace mateřské mortality. Pooperační péče se nezabývá pouze medicínskou stránkou, ale i subjektivním vnímáním stavu klientky. Zaměřuje se především na vnímání bolesti, dosažení plné mobility a na navazování vztahu mezi matkou a dítětem. Přizpůsobení péče se týká následujících bodů. (Leifer, G., 2004, Kudela, M., 2008)

3.1 Děloha

Ošetřující personál kontroluje fundus stejně jako po normálním porodu, fundus sestupuje srovnatelnou rychlostí. Při příčném řezu se vyšetření fundu příliš neliší od vyšetření po vaginálním porodu. Je-li fundus na očekávané úrovni a tvrdý, není nutná masáž. Obvazy na břicho obvykle umožňují snadné nahmatání fundu. (Leifer, G., 2004)

3.2 Očistky

Odchod očistků se kontroluje v intervalech, které se s odstupem od porodu mění. Množství odcházejících lochií je po císařském řezu nižší. Jedná se pravděpodobně o následek instrumentální a digitální revize dutiny děložní. Odcházející očistky z dutiny děložní obsahují povrchovou nekrotickou vrstvu endometria s krví a lymfatickou tkání. Vzhled očistků se v průběhu šestinedělí mění. Prvním typem je sangvinolentní zbarvení (lochia rubra) přes serózní (lochia serosa) až k bílým (lochia alba, lactea). (Roztočil, A., 2008)

3.3 Krytí operační rány

Kontroluje se prosakování obvazu krví stejně jako po jakémkoli jiném chirurgickém zákroku. Kontrola se provádí vizuálně. Krytí rány se odstraňuje při plné mobilizaci šestinedělky. Při sejmutí obvazů se zjišťuje, zda rána není postižena infekcí. Rána by měla být suchá, čistá a stehy by měly být neporušené. Na ráně se kontrolují následující známky: zarudnutí, edém, ekchymóza, prosakování a srůstání. Stehy se klientce neodstraňují, jsou vstřebatelné nebo vypadnou samovolně. V případě obtíží je klientka poučena o vyhledání péče u obvodního gynekologa nebo na pohotovosti. Porodní asistentka ženě doporučí sprchování, jakmile je schopna chůze. Dále jí seznámí se signalizací v koupelně, vhodností teploty sprchy jako prevenci rizika pádu a poranění. Ránu lze krýt průhlednou fólií, přesto by měla žena směřovat proud vody na záda. Po sprchování se vlhké obvazy vymění. Podobným způsobem je kryt intravenózní vstup. (Leifer, G., 2004)

3.4 Močový katétr a péče o močení

Močový katétr je obvykle vyjmut do 24 hodin a klientka by se měla spontánně vymočit od 6-8 hodin. Po odstranění se kontroluje, zda moč neobsahuje krev. Krev v moči může naznačovat poranění močového měchýře během operace. Při fyziologické diuréze se moč rychle vyčistí od krve. Příjem a výdej tekutin je měřen, dokud je ponechán katétr nebo intravenózní infuze. Dále se sledují známky infekce močového ústrojí a žena je poučena jak si jich všimnout, protože zavedený katétr zvyšuje riziko infekce, horečka (při infekci močového měchýře je nízká, při infekci ledvin je vysoká), pálení při močení, nucení na močení. Pozorně u každé rodičky sledujeme frekvenci močení, abychom zjistili, zda je diuréza fyziologická. Časté močení malého množství moči by mohlo znamenat možnou infekci močového ústrojí, zvláště ve spojení s uvedenými příznaky. (Leifer, G., 2004)

3.5 Prevence tromboflebitidy

Těhotenství je predisponujícím faktorem vzniku tromboflebitidy v šestinedělí. Prevence tromboflebitidy se stala nedílnou součástí peri- a pooperační péče, protože po porodu císařským řezem zde toto riziko přetrvává. Prevence spočívá v podání nízkomolekulárních heparinů do 3. pooperačního dne u fyziologických těhotných. U rizikových těhotných

se stanovují dávky ve spolupráci se specialistou. Mezi rizikové faktory patří: pozitivní anamnéza, obezita, kouření, traumatický porod, anémie a trombofilní stavy. Porodní asistentka sleduje příznaky tromboflebitidy, mezi něž patří bolestivost dolní končetiny, bolestivost v průběhu žíly, otok, zarudnutí a subfebrilie. Nedílnou součástí prevence je i hydratace nedělkou, bandáže dolních končetin a adekvátní rehabilitace. (Čech, E., 2006, Roztočil, A., 2008)

3.6 Management bolesti

Ovládání a odstranění bolesti je základním předpokladem pro to, aby se rodička vymanila z poporodního vyčerpání a pohybovala se. Pohyb je pak prevencí nejrůznějších dalších komplikací. Porodní asistentka by měla zjistit intenzitu, frekvenci, charakter, lokalizaci bolesti a vše zaznamenat do dokumentace. Vhodné je subjektivní vnímání bolesti zaznamenat pomocí škál bolesti. Stupnice pomáhá porodní asistence zvolit nejvhodnější metodu pro zmírnění bolesti. Dále je škála bolesti metodou hodnocení, do jaké míry byla bolest aplikovanou intervencí redukována. Pokud byl operativní porod prováděn v epidurální anestezii, je možné epidurálním katétrem aplikovat i analgetika. Tyto léky však mohou způsobovat respirační útlum i po mnoha hodinách podání. Z tohoto důvodu provádí porodní asistentka respirační monitoring a měření pulzním oxymetrem, dokud neodezní účinek. Pokud žena trpí neovladatelnou bolestí a epidurální narkotika nepomáhají, porodní asistentka informuje ošetřujícího lékaře.

Ve většině případů se může den po porodu přejít na podávání analgetik perorálně nebo per rectum. Porodní asistentka by měla ženu poučit, že může požádat o léky proti bolesti, jakmile bude pociťovat diskomfort. Dále může ujistit ženu, že krátkodobá poporodní analgezie nemá škodlivý účinek na její dítě. Vysvětlí přiměřená opatření proti bolestem, která jí pomohou se dostatečně uvolnit, aby lépe kojila a měla energii pro seznamování se s dítětem. Patří sem nácvik vstávání z lůžka, samostatný pohyb po pokoji, držení operační rány při odkašlávání. (Leifer, G., 2004)

4 Ošetrovatelský proces, model gordonové, standard a audit

4.1 Ošetrovatelský proces

Ošetrovatelský proces je základní metoda při poskytování ošetrovatelské péče a pro realizaci ošetrovatelských cílů. Je to vědecká metoda, která využívá plánovanou činnost a myšlenkové algoritmy ošetrojícího personálu, který ji využívá k posouzení stavu a individuálních potřeb klienta, k plánování, realizaci a vyhodnocování ošetrovatelské péče. Cílem procesu je prevence, odstranění nebo zmírnění ošetrovatelských problémů v individuálních potřebách klientů. Tato metoda je vhodná pro využití ve všech zdravotnických zařízeních a institucích poskytujících ošetrovatelskou péči. Ošetrovatelský proces se dělí na pět fází: posouzení, diagnostiku, plánování, realizaci a vyhodnocení. Jednotlivé fáze se navzájem prolínají, a tak je umožněno kontinuálnímu přizpůsobování se aktuálním potřebám klientů. V první fázi ošetrovatelského procesu se zabýváme ošetrovatelskou anamnézou a posouzením současného stavu klienta. Ve druhé fázi identifikuje ošetrojící personál ošetrovatelské problémy a problémy udávané klientem. Třetí fáze zaznamenává vytvoření individuálního plánu péče se stanovenými cíly a vhodnými opatřeními pro jejich dosažení. Ve čtvrté fázi procesu dochází k realizaci naplánované péče a v páté fázi ke zhodnocení naplánované a provedené péče včetně stanovených cílů. (Marečková, J., Jarošová, D., 2005)

4.2 Ošetrovatelský model Gordonové

Ošetrovatelský model Gordonové, také znám jako funkční typ zdraví, se zabývá vyjádřením bio – psycho – sociální integrace člověka a jeho zdraví. Porucha nacházející se v jedné oblasti narušuje ostatní oblasti a tím i zdraví celého organismu. Model Gordonové je dělen do 12 oblastí: vnímání zdravotního stavu a podpora zdraví, výživa a metabolismus, vylučování, aktivita, spánek-odpočinek, vnímání-poznávání, sebepojetí, sebeúcta, mezilidské vztahy, sexualita, zvládání stresových a zátěžových situací, životní hodnoty, víra a jiné údaje. Do jiných údajů lze zapsat další zjištěné informace, které jsme od klientky získali, ale nelze je zařadit do zmíněných oblastí. Každá oblast může obsahovat funkční i dysfunkční část zdraví, která je sestrou posuzována a adekvátně řešena ošetrovatelským plánem péče. Sestra

v tomto modelu uplatňuje systematické získávání informací z jednotlivých oblastí vzorců zdraví pomocí rozhovoru, pozorování a fyzikálního vyšetření. Vzorce jsou interpretovány jako chování jedince v určitém čase a vyjadřují základní ošetřovatelské údaje v subjektivní a objektivní podobě. Tento ošetřovatelský model splňuje požadavky na rámcový standard, který se využívá pro systematické ošetřovatelské zhodnocení zdravotního stavu klienta ve všech oblastech péče a služeb. Je tedy vhodný pro ošetřovatelskou praxi, vzdělávání i výzkum. (Mastiliaková, D., 2003)

4.3 Standard ošetřovatelské péče

Standard neboli norma, značí v ošetřovatelství úroveň kvality poskytované péče za daných podmínek, na kterých se zdravotnický personál dohodl a jež v dané době odpovídá dobré kvalitě poskytované péče. Ošetřovatelský standard určuje kritéria péče, která by měla být jasně a stručně definována. Ve standardu je popsán způsob provedení určitého postupu ošetřovatelské péče. Stává se tedy i vodítkem k hodnocení poskytované péče, zda odpovídá požadované úrovni. Standard není trvalý, mění se dle nových poznatků v ošetřovatelství a medicíně. Každý zdravotnický personál pečuje o pacienty vlastním způsobem. Pokud není dodržován personálem stejný standard, je těžké poskytovat stejně dobrou úroveň péče každému pacientovi. Proto je vhodné určit dobrou standardní ošetřovatelskou péči, kterou se ošetřující personál bude řídit. Vytvořením standardu kvalitní ošetřovatelské péče a následně kontrolou jeho dodržování, dochází k poskytnutí pocitu bezpečí a jistoty nejen sestřám, že jimi poskytovaná péče je „lege artis“, ale i pacientům. Dále vytvoření standardu vede k přímému zvýšení kvality ošetřovatelské péče se zaměřením na individuální potřeby pacienta. (Kontrová, L., 2005)

Metodika tvorby standardu

Každý standard by měl obsahovat:

- 1) zaměření, určující konkrétní oblast v ošetřovatelství
- 2) určení, pro koho standard je a kdo je povinen se jím řídit
- 3) cíl, který má být požadovanou výslednou kvalitou dosažen
- 4) kritéria struktury, procesu a výsledku
- 5) ošetřovatelský audit (Kontrová, L., 2005)

Dělení standardů

Dělení dle Donabediana

- strukturální
- procesuální
- výsledkové (Staňková, M., 1996)

Dělení podle oblasti, kterou se zabývají

- standardy výkonu ošetrovatelské profese
- standardy ošetrovatelské péče
- standardy ošetrovatelské dokumentace
- standardy vybavení pracoviště z hlediska ošetrovatelské péče
- standardy personálního obsazení různého typu pracovišť
- standardy pracovních postupů při různých ošetrovatelských výkonech
- standardy pro vzdělávání ošetrovatelských pracovníků (Staňková, M., 1996)

Vydavatelé standardu

Vydavatelem standardu může být:

- Ministerstvo zdravotnictví České republiky
- Profesní sesterská organizace
- Spojená akreditační komise ČR
- Mezinárodní organizace pro standardizaci (International Organization for Standardization)
- Společná komise pro akreditace zdravotnických zařízení (Joint Commission on Accreditation of Healthcare) (Mášová, R., Havrdlíková, M., 2009)

4.4 Audit

Součástí ošetrovatelského standardu je ošetrovatelský audit, který zajišťuje kontrolu jednotlivých kritérií struktury, procesu a výsledku obsažených v daném standardu. Auditem je posuzována platnost, aktuálnost standardu, a zda není potřeba ho upravit. Dále slouží jako zpětná vazba k systematickému hodnocení výsledků práce a postupů k nim směřujícím.

Audit můžeme dělit na plánovaný a neplánovaný, interní a externí. Tvorba auditu je založena na stanovených měřitelných kritériích, která jsou v praxi auditorem sledovatelná. Sledování může probíhat pozorováním nebo rozhovorem. Auditor vede písemný záznam, který slouží k vyhodnocení standardu. Audit se řídí normou ČSN EN ISO19011 platnou v České republice od roku 2003. (Mášová, R., Havrdlíková, M., 2009)

PRAKTICKÁ ČÁST

5 Metodika práce

Pro zpracování praktické části práce jsme si vybraly tři klientky po porodu císařským řezem s indikací hrozící hypoxie plodu. U každé z nich jsme zpracovaly ošetrovatelský proces, popsaly sledování v období, které strávily na JIP a následující tři dny na oddělení šestinedělí. Veškeré uvedené údaje o klientkách jsem získala s jejich souhlasem ze zdravotnické dokumentace fakultní nemocnice a z osobních kontaktů s jednotlivými klientkami. Po překladi z operačního sálu na JIP a nabití plného vědomí klientky, jsem sepsala s klientkou ošetrovatelskou anamnézu a získané údaje pozorováním a rozhovorem jsme dále zpracovaly podle ošetrovatelského modelu Gordonové.

Dále jsem zařadila do praktické části fyzikální vyšetření prováděné porodní asistentkou. Fyzikální vyšetření zahrnuje posouzení celkového vzhledu klientky, její výšku a hmotnost; úroveň soběstačnosti; hodnocení vědomí a očního kontaktu; fyziologických funkcí a jejich hodnot. Dále je pozornost věnována kůži a jejím změnám, stavu dutiny ústní, končetin, prsů, zevního genitálu a porodního poranění.

K sestavení ošetrovatelského procesu jsem využila ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách, kde je taxonomie rozdělena do jednotlivých domén, tříd a diagnózy mají každá svůj příslušný číselný kód. (Herdman Heather, T., 2010)

Tvorba standardu se řídila dle metodiky, podle které by měl každý standard obsahovat následující části. Zaměření, neboli ošetrovatelský problém, kterým se chceme zabývat. Indikaci pro koho je standard určen a kdo je povinen se jím řídit. Cíl, který vyjadřuje požadovanou výslednou kvalitu poskytované ošetrovatelské péče. Kritéria struktury, procesu a výsledku vycházejících ze systému Donabediana. A audit, který by měl být součástí každého standardu pro zpětnou vazbu o poskytované péči a dodržování standardu. (Kontrová, L., 2005)

6 Kazuistika č. 1

Klientka M. A., narozena roku 1979, byla přijata dne 14. 11. 2011 v 15:00 hodin jako klientka po porodu císařským řezem z indikace hrozící hypoxie plodu na jednotku intenzivní péče porodnicko-gynekologického oddělení (dále JIP). Klientka je vdaná, zaměstnaná jako asistentka ředitele. Prvorodička, primárně přijata k indukci porodu v gestační týdnu 41+1.

6.1 Ošetřovatelská anamnéza dle modelu Gordonové

Základní fyzikální vyšetření klientky sestrou na JIP při plné orientaci

Celkový vzhled, úprava: upravená

Konstituce: normostenická **Výška:** 170 cm **Hmotnost:** 85 kg

Hmotnost před těhotenstvím: 68kg **BMI:** (před gr.) 23,5 **Hmotnostní přírůstek:** 17kg

Stav výživy: normální

Poloha: pasivní **Postoj:** - **Chůze:** -

Abnormální pohyby: - **Křeče:** - **Klouby:** omezení pohybu: ano

Chybění části těla: ne **Kompenzační pomůcky:** ne

Úroveň soběstačnosti: 0 najít se 2 umýt se 3 vykoupat se 0 obléci se 3 pohybovat se

Vědomí: orientovaná v čase, v osobě, v prostoru **GCS:** 14

Pozornost: úmyslná **Oční kontakt:** udržuje

Tělesná teplota: 36,4 °C **Krevní tlak:** 140 / 79

Puls: frekvence: 70 **pravidelnost:** pravidelný **kvalita:** hmatný

Dýchání: frekvence: 19 **pravidelnost:** pravidelný **kvalita:** dobrá

Kůže: vlhká **kožní turgor:** fyziologický **Barva:** fyziologická **Eflorescence:** ne

Edém celého těla: nepřítomen

Kožní deriváty: změny a defekty: ne **Stav sliznic:** růžové

Periferní žilní vstup: ano **Datum zavedení** 14. 11. 2011 **Lokalizace:** PHK

Stav operační rány: krytá, nekrvácí **Poslední převaz:** 14. 11. 2011 **Drenáž:** ne

Výraz tváře: normální **Zornice:** izokorické **Nos:** bez sekrece

Dutina ústní: čistá **Chrup:** zdravý **Zápach z úst:** ne **Řeč:** plynulá

Prsy: normotrofické, symetrické **Sekrece:** kolostrum

Břicho: diastáza: ne **Jizvy po operaci:** ne **Pupeční jizva:** vyhlazená **linea fusca:** ano

Končetiny: kůže: beze změn **Edémy končetin:** ne **Žíly DK:** nebolestivé **Varixy:** ne

Zevní genitál: ochlupení: přiměřené **Otok:** ne **Varixy:** ne

Krvácení: ano, slabé **krvní ztráta:** 400 ml **Lochia:** odcházejí, sanguinolentní

Posouzení současného stavu potřeb klientky

1. Podpora zdraví

Svůj stav hodnotím jako: dobrý částečně dobrý narušený špatný jiné:

Abych si udržela zdraví: sportuji chodím na procházky pracuji na zahradě dodržuji zdravou výživu využívám alternativní medicínu jiné:

Kouření: ne **Alkohol:** ne

Nemoci k těhotenství přidružené: - **Nemoci v těhotenství:** opakované vaginitis **Úrazy:** ne

Prsy - selfmonitoring: neprovádí provádí pravidelně nepravidelně **jak často:** když si vzpomene

Gynekologická prevence: pravidelně nepravidelně **Frekvence:** 1x ročně

Poslední preventivní prohlídka: listopad 2010

Lékařská a ošetřovatelská doporučení dodržuji: důsledně občas nedodržuji

Při objevení současných problémů jsem: navštívila lékaře poradila se s jinými zdravotníky jiné:

Prenatální péče (kde): Dr. Brátová **Od (týden gravidity):** 12 **Počet návštěv:** 13

Psychoprofylaxe (počet přednášek): 1 **Příprava na kojení:** ne

Osobní přání týkající se postupů při léčbě/porodu: informace konzultace postupů
příprava porodního plánu přítomnost jiných osob: partner návštěva PS před porodem zájem o epidurální analgezií jiné:

2. Výživa

Dieta: OS Chut': normální narušená

Dietní omezení: ano, pooperační dietní režim

Typický denní příjem jídla: snídaně svačina oběd svačina večeře II. večeře

Přidavky: ne **Forma stravy:** normální kašovitá tekutá

Schopnost najíst se: sama u stolu v lůžku s pomocí krmení

Poruchy polykání: ne ano **Pálení žáhy:** ne ano

Příjem tekutin za 24 h: < 0,5 l 0,5 – 1 l 1 – 1,5 l 1,5 – 2 l 2 – 2,5 l jiné

Druh/množství: čaj 600ml voda 400ml min. vody - pivo - mléko - káva - ovoc. šťávy -

Pocit žízně: zvýšený snížený nemám

Poranění kůže a sliznic se hojí: dobře špatně

3. Vylučování a výměna

Způsob močení: sama na WC s pomocí na WC v lůžku permanентní katétr **datum zavedení:** 14. 11. 2011

Mikce: bez problémů problémy noční močení **inkontinence:** - částečná úplná **druh:** -
pomůcky: - **léky (jaké):** -

Diuréza: 1,5l **Příměsi moči:** - krev hlen

Stolice: nepravidelná **frekvence:** - **průjem** (char.): - **zácpa** (za kolik dní): -

inkontinence: částečná úplná **stomie** - **meteorismus:** - **flatulence:** - **hemeroidy:** -

Doba vyprazdňování stolice: dopoledne **barva:** fyziologická **Příměsi:** krev hlen jiné:

Prostředky k vyprazdňování: léky: - **jiné:** -

Zvracení: ne ano **četnost:** - **Příměsi:** 0

Pocení: ne ano přiměřeně nadměrně **Odér:** ne ano **Hyperventilace:** ne ano

4. Aktivita – odpočinek

Cvičím: pravidelně občas necvičím

Těhotenské cvičení: ne ano **typ cvičení:** relaxační **četnost:** 6x

Denní aktivity: domácí práce nakupování práce okolo domu/bytu jiné:

Faktory bránící tělesné aktivitě: dušnost svalové křeče (kdy) bolest onem. pohyb. aparátu
nezájem o pohyb. aktivitu

Volný čas trávím: **aktivně (jak)** s rodinou **pasivně (jak)** televize, knihy

Spím: celou noc problémy s usínáním (kdy usínám) budím se brzo a už neusnu (kdy)

budím se v noci **frekvence:** 3- 4 krát za noc **důvod:** změna prostředí, ruch, probouzení
dítěte spím přes den (kolik hod.): -

Po probuzení se cítím: odpočatá nevyspalá rozlámaná jiné: -

Návyky: vyvětraná místnost, čtení knihy

Léky podporující spánek: ne ano (jaké, dávka, jak dlouho, jak často)

5. Vnímání – poznávání

Zrak: normální zhoršený P/L nevidomá brýle čočky protézy P/L

Sluch: normální zhoršený P/L neslyšící **Kompenzační pomůcky:** ne ano P/L

Čich: bez problémů chybí porucha

Paměť: neporušená zapomíná částečně zapomíná špatně si vybavuje

Chápe myšlenky a otázky (podstatu, abstraktní výrazy, konkrétní pojmy): ano ne

6. Vnímání sebe sama

Jsem: optimista pesimista plně si důvěřuji důvěřuji si méně nedůvěřuji si
Spokojenost se svým vzhledem: spokojená částečně spokojená nespokojená
Pocity: strach (kdy) neznámé situace, prostředí úzkost (kdy) -
hněv (kdy) - deprese (kdy) -
Co je pomáhá odstranit: informace, rodina

7. Vztahy

Jsem: zaměstnaná nezaměstnaná inv. důchodkyně studentka jiné:
Povolání: asistentka ředitele **Vzdělání:** vyšší odborná škola **Stav:** vdaná
Bydlím: sama s partnerem s partnerem a dětmi s dětmi s rodiči u příbuzných jiné zařízení:
Rodinné problémy: ne ano
Reakce rodiny na onemocnění/graviditu: zájem ochota pomoci nezájem jiné:
Spokojenost se zaměstnáním/školou: spokojená nespokojená (s čím)
Kontakty s lidmi: časté zřídka jsem samotář jiné:
Chování k lidem: asertivní pasivní agresivní přátelské
Péče po propuštění: zajištěna nezajištěna
Porod s doprovázející osobou: ne ano partner jiná:
Spolupráce a součinnost se členy rodiny nebo doprovázející osobou: ano

8. Sexualita

Sexuální obtíže: ne ano **Pohlavní styk v těhotenství:** ne ano problémy: ne
Menstruace: menarche v 13 letech pravidelná nepravidelná cyklus 28/5 (dny)
bolestivá nebolestivá silná slabá
Antikoncepce: ne ano (jaká) - délka užívání: -
Počet předchozích těhotenství: 0 **porody:** 0 **potraty:** UUT 0 spontánní. 0 **komplikace:** /
Hormonální léčba: ne ano **indikace:** -
Gynekologické choroby: -
Gynekologické operace: -

9. Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu

Chování: asertivní pasivní agresivní

Napětí prožívám: výjimečně občas často (jak často):

Co ho vyvolává: rodina škola zaměstnání okolí nemoc jiné:

Co ho snižuje: relaxace kouření alkohol drogy léky jiné:

Napětí snáším: lehce těžko

Vyrovnám se: rychle chvíli mi to trvá trvá mi to dlouho

Stresové situace zvládám: sama s podporou rodiny jiné:

Strategie zvládání: odpočinek, rodina

Důležité změny mající vliv na současný psychický stav: hospitalizace, porod císařským řezem

10. Životní principy

Určete pořadí následujících hodnot dle Vašich priorit: 1 zdraví 2 rodina 7 víra 3 práce 4 peníze
5 záliby 6 cestování

Životní cíle: -

Spirituální potřeby (láska, naděje, víra, odpuštění, smysl života, smíření): chci se jimi zabývat
nechci se jimi zabývat

Potřebuji: rozhovor s: lékařem sestrou příbuznými psychologem knězem jinou osobou

Náboženská víra je: důležitá hodnota občasná potřeba nepřemýšlela jsem o tom jiné:

Jsem: ateista katolík evangelík jiné:

Náboženský kontakt: nechci chci: kněze pastora jinou osobu:

11. Bezpečnost – ochrana

Alergická reakce: nevyskytla se ano v minulosti ano nyní opakovaně

Riziko infekce: ne ano důvod: invazivní přístupy

Riziko pádu: ne ano důvod: stav po anestezii, pobyt prvních 24 hodin v neznámém prostředí

12. Komfort

Děložní kontrakce: nepravidelné pravidelné frekvence: délka trvání:

začátek kontrakcí: intenzita: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bolestivá involuce: ne ano intenzita: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bolest (ostatní): ne ano akutní chronická kdy: při pohybu **Lokalizace:** břicho

Charakter: tupá **Intenzita:** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Co tiší bolest: analgetika (jaká) Dicloremum čípky jiné: Tralgit, Perfalgan

Co spouští bolest: pohyb

Bolest vnímám: přiměřeně zvýšeně (kdy) při pohybu v lůžku

Nauzea: ne ano

13. Růst a vývoj

v normě opožděný regrese nesouměrný neprospívání

Vyšetření při překladau po porodu císařským řezem na JIP

- po celkové anestezii dýchání spontánní, akce srdeční pravidelná, částečně orientovaná
- bolestivost laparotomie, krytí suché, očistky odcházejí, dolní končetiny bez otoků
- jinak bez obtíží, odpočívá, napojena na monitor ke kontrole základních životních funkcí (krevní tlak, puls, dech, saturace kyslíku v krvi, EKG) kontinuálně do 22:00 hodin, dále dle stavu
- fyziologické funkce při příjezdu v 15:00 hodin: TT 36,4°C, TK 140/79, P 70', dech 19, saturace 100%

Po dobu hospitalizace

0. den po porodu

- fyziologické funkce: TT 36,4°C, TK 135/79, P 74'
- klientka udává bolest v místě laparotomie, hodnocení dle vizuální analogové škály bolesti (dále VAS) 4, dle ordinace lékaře podán opiát Tralgit (analgetikum – anodynum) 200 mg inj. do F1/1 50ml infuzi intravenózně, bolus 20 ml v 15:00 h, dále posun 3-5 ml/h., Perfalgan (analgetikum, antipyretikum) 10mg/ml intravenózně 1 g v 15:00 kapat 20 minut, dále je bolest tlumena analgetiky dle ordinace lékaře, udává zmírnění bolesti po podání analgetik
- očistky odcházejí, přiměřeně, nezapáchající, lochia rubra
- výška děložního fundu je 3 prsty nad pupkem
- krytí rány je suché, sutura je klidná, bez známek infekce
- moč je odváděna permanentním močovým katétrem, který byl zaveden 14. 11. 2011, funkční, odchází čirá moč

- periferní žilní katétr zaveden 14. 11. 2011 do pravé horní končetiny, funkční, bez známek infekce, hodnocení infekce dle Madonna 0
- hygiena byla u klientky zajištěna večer na lůžku, nevstávala
- psychicky se klientka cítí dobře, dítě přikládáno k prsu novorozeneckými sestrami v průběhu odpoledne, má zájem o dítě
- nezvracela, neupadla, dodržuje dietním režim – dieta č. 0S, prevence proleženin – hýbe dolními končetinami a krčí je v lůžku, v 17:00 klientka plně orientovaná, komunikuje, jako prevence tromboembolické nemoci je podán dle ordinace lékaře Clexan (antitrombotikum, antikoagulancium) 0,4 ml subkutánně, poučena o signalizaci při obtížích

1. den po porodu

- dnes je klientka přeložena z oddělení JIP na oddělení šestinedělí po ranní vizitě v 8:00, ležící na lůžku
- fyziologické funkce: TT 36,2°C, TK 109/66, P 87´
- klientka udává mírné bolesti břicha, hodnocení dle VAS 3, dle ordinace lékaře podávány analgetika – Diclorem (nesteroidní antirevmatikum) čípky per rectum 4x denně, Tralgit (analgetikum - anodynum) per os 3x denně
- očistky odcházejí, přiměřeně - sanguinolentní, nezapáchající
- výška děložního fundu je 2 prsty nad pupkem
- krytí rány je suché, sutura je klidná, bez známek infekce, po vysprchování klientky sundáno krytí a sutura krytá Novikovem (bakteriostatický roztok), klientka poučena v péči o suturu
- moč je odváděna permanentním močovým katétrem, který je zaveden 2. den, funkční, odchází čirá moč, po plné mobilizaci klientky odstraněn, dnes stolice ještě neodchází
- periferní žilní katétr je zaveden 2. den, funkční, bez známek infekce, hodnocení infekce dle Madonna 0, v 13:00 odstraněn
- ráno klientka posazena s dopomocí v lůžku, odpoledne s dopomocí došla do sprchy
- subjektivně udává motání hlavy, jinak se cítí dobře. Dítě přikládáno ke kojení novorozeneckými sestrami dle režimu oddělení a domluvy s klientkou, vyjadřuje zájem o dítě

- nezvracela, neupadla, dodržuje dietním režim – dieta č. 1, jako prevence tromboembolické nemoci je podán dle ordinace lékaře Clexan (antitrombotikum, antikoagulancium) 0,4 ml subkutánně, poučena o signalizaci při obtížích

2. den po porodu

- fyziologické funkce: TT 36,8°C, TK 111/60, P 72´
- klientka udává bolesti břicha mírné, hodnocení dle VAS 2, tlumeny analgetiky – Diclorem (nesteroidní antirevmatikum) čípky požaduje pouze na noc
- očistky odcházejí, přiměřeně - sanguinolentní
- výška děložní fundu k pupku
- sutura je suchá, krytá Novikovem (bakteriostatický roztok), klidná, hojení per primam
- klientka močí spontánně, odchází čirá moč, stolice již byla, plyny odcházejí
- subjektivně se klientka cítí v dobrém stavu, pravidelně kojí, snaží se pečovat o dítě samostatně
- neupadla, chodí bez dopomoci, dodržuje dietní režim – dieta č. 3P, jako prevence tromboembolické nemoci je podán dle ordinace lékaře Clexan (antitrombotikum, antikoagulancium) 0,4 ml subkutánně, klientka udává otoky dolních končetin

3. den po porodu

- fyziologické funkce: TT 36,4°C, TK 139/70, P 86´
- klientka udává bolesti břicha ojedinělé, hodnocení dle VAS 1, nepožaduje analgetika
- očistky odcházejí, přiměřeně - sanguinolentní
- výška děložní fundu 1 prst pod pupkem
- sutura je suchá, krytá Novikovem (bakteriostatický roztok), klidná, hojení per primam bez infekce
- klientka močí spontánně, stolice odchází
- klientka pravidelně kojí, prsy jsou nebolestivé, nalité, bez poranění, dítě se přisává bez obtíží
- neupadla, chodí bez dopomoci, dodržuje dietní režim – dieta č. 3P, jako prevence tromboembolické nemoci je podán dle ordinace lékaře Clexan (antitrombotikum, antikoagulancium) 0,4 ml subkutánně, klientka udává otoky dolních končetin, dnes

odebrána krev na krevní obraz, dle výsledku odběru indikace lékařem k ordinaci
Sorbifer Durules (doplněk železa) k doplnění železa 1x denně

6.2 Zvažované ošetřovatelské diagnózy

Kód	Zvažovaná ošetřovatelská diagnóza (OD)	Určující znaky (UZ)	Související faktory (SF) Rizikové faktory (RF)	Přijetí / nepřijetí OD
00004	Riziko infekce	Nepřítomny	Invazivní postupy, prostředí se zvýšeným výskytem patogenů, farmaka, destrukce tkání	Přijetí OD
00044	Porušená tkáňová integrita	Poškozená tkáň	Zhoršená tělesná mobilita, mechanické faktory	Přijetí OD
00090	Zhoršená schopnost přemísťování se	Neschopnost se přemístit do sprchy a zpět	bolest	Přijetí OD
00093	Únava	Vnímaná potřeba dodatečné energie pro zvládnutí běžných úkolů	Hluk, špatný fyzický stav, nedostatek spánku	Přijetí OD
00095	Porušený spánek/Nespavost	Klientka uvádí aktuální nespokojenost se spánkem	Okolní hluk, přerušovaný spánek, tělesný diskomfort (bolest)	Přijetí OD
00132	Akutní bolest	Slovní vyjádření bolesti, expresivní chování (neklid, vzdechy), pozorované známky bolesti	Poškozující agens (tělesný)	Přijetí OD
00155	Riziko pádů	Nepřítomny	Neznámý pokoj, opiáty, pooperační stav, zhoršená fyzická pohyblivost	Přijetí OD
00214	Zhoršený komfort	Narušený vzorec spánku	nepřítomny	Nepřijetí OD

6.3 Plán ošetrovateľskej péče

6.3.1 Aktuální ošetrovateľské diagnózy

1. Porušená integrita tkáně 00044

Doména: 11 Bezpečnost – ochrana, Třída: 2 Fyzické poškození

Určující znaky: Poškozená tkáň

Související faktory: Zhoršená tělesná mobilita, mechanické faktory

Rizikové faktory: 0

Testy, škály: 0

Definice: Poškození sliznic, rohovky, kůže anebo podkožních tkání.

Ošetrovateľská diagnóza: přijata

Cíl: Hojení poporodního poranění per primam. U klientky se neobjeví známky infekce.

Intervence: Sledovat a dokumentovat místo po invazivním výkonu.

Sledovat počínající známky infekce.

Ošetrovat asepticky suturu, převazovat dle ordinace lékaře.

Edukovat klientku o péči o poporodní poranění.

Zajistit u klientky hygienickou péči, čisté prádlo.

Plán ošetrovateľské péče: Sledovala jsem hojení poporodního poranění, jeho okolí a případné známky infekce – zarudnutí, bolestivost. Klientka byla informována o důležitosti hygienické péče – časté sprchování, častá výměna osobního prádla, a o spolupráci při péči o poranění. Dále jsem sledovala fyziologické funkce, úroveň soběstačnosti klientky v hygienické péči a v péči o poranění. Vše jsem zaznamenávala do dokumentace a informovala lékaře.

Vyhodnocení ošetrovateľské péče: Klientka dbá na osobní hygienickou péči. Fyziologické funkce jsou v normě. Poraněná tkáň se hojí per primam, bez známek infekce, sutura klidná.

2. Zhoršená schopnost přemístování se 00090

Doména: 4 Aktivita/odpočinek, Třída: 2 Aktivita/cvičení

Určující znaky: Neschopnost se přemístit do sprchy a zpět.

Související faktory: Bolest

Rizikové faktory: 0

Testy, škály: 0

Definice: Omezení nezávislého pohybu mezi dvěma blízkými povrchy.

Ošetrovateľská diagnóza: přijata

Cíl: Klientka je schopna postupně vykonávat běžné denní aktivity.

Intervence: Zjistit příčiny zhoršené schopnosti přemístění se.

Sledovat známky bolesti.

Určit rozsah omezení v pohybu.

Zajistit dopomoc klientce při přemístování.

Dbát na bezpečnost klientky.

Plán ošetřovatelské péče: Rozhovorem s klientkou jsem zjistila příčinu zhoršené schopnosti se přemístit. Důvodem je bolest v okolí laparotomie při pohybu. U klientky jsem sledovala známky bolesti a zjistila rozsah omezení v pohybu. Při pohybu v lůžku jsem klientku informovala o vhodných polohách, dále o vhodném posazování v lůžku a vstávání z lůžka. Zajistila jsem pomoc klientce při přemístování z lůžka do koupelny a zpět, dále jsem dbala na bezpečnost klientky.

Vyhodnocení ošetřovatelské péče: Nultý den klientka nevstala a hygienická péče byla zajištěna v lůžku. V dokumentaci jsem zaznamenávala sledování bolesti. První pooperační den se klientka s dopomocí posadila v lůžku a s pomocí druhé osoby došla do sprchy. Následující dny již byla klientka schopna vykonávat běžné denní aktivity a péči o dítě samostatně.

3. Únava 00093

Doména: 4 Aktivita/odpočinek, Třída: 3 Rovnováha energie

Určující znaky: Vnímaná potřeba dodatečné energie pro zvládnutí běžných úkonů.

Související faktory: Hluk, špatný fyzický stav, nedostatek spánku

Rizikové faktory: 0

Testy, škály: 0

Definice: Celkově zmáhající dlouhodobý pocit vyčerpání a snížená schopnost k fyzické a duševní práci na obvyklé úrovni.

Ošetřovatelská diagnóza: přijata

Cíl: Klientka si uvědomuje změnu životního stylu. Klientka je soběstačná v denních aktivitách a únava je přiměřená dennímu zatížení.

Intervence: Zjistit příčinu únavy.

Sledovat průměrnou délku spánku.

Informovat klientku o změně denního režimu.

Pomáhat klientce v získávání sebedůvěry.

Omezit rušivé prvky z prostředí.

Nevyrušovat zbytečně klientku při odpočinku.

Plán ošetrovatelské péče: Rozhovorem s klientkou jsem zjistila, že příčinou její únavy je okolní hluk, nedostatek spánku a subjektivně vnímaný špatný fyzický stav. Klientka byla informována o změně denního režimu a vhodnosti plánování denních aktivit. Dále jsem klientku podporovala v získávání sebedůvěry při plnění denních aktivit. Klientku jsem zbytečně nevyrušovala při odpočinku a spánku.

Vyhodnocení ošetrovatelské péče: Klientka chápe změnu denního režimu a snaží se mu přizpůsobit odpočinek. Klientka je soběstačná v denních aktivitách, zvládá je a důvěřuje si. Únavu již pocítuje zmírněně.

4. Porušený spánek/Nespavost 00095

Doména: 4 Aktivita/odpočinek, Třída: 1 Spánek/odpočinek

Určující znaky: Klientka uvádí aktuální nespokojenost se spánkem.

Související faktory: Okolní hluk, přerušovaný spánek, tělesný diskomfort (bolest)

Rizikové faktory: 0

Testy, škály: 0

Definice: Narušení množství a kvality spánku poškozující funkci.

Ošetrovatelská diagnóza: přijata

Cíl: Klientka udává zlepšení spánku. Klientka se po probuzení cítí odpočatá.

Intervence: Sledovat známky únavy u klientky.

Sledovat průměrnou délku spánku klientky.

Zjistit příčiny poruchy spánku.

Omezit rušivé prvky z prostředí.

Umožnit klientce dodržovat osobní návyky před spaním dle jejích zvyklostí.

Nevyrušovat zbytečně klientku ze spánku.

Plán ošetrovatelské péče: Sdělením klientky jsem zjistila příčinu porušeného spánku. Důvodem je ruch oddělení a probouzení dítěte v noci. Rozhovorem jsem zjistila průměrnou délku spánku, návyky klientky před spaním. Před spaním jsem zajistila čerstvý vzduch na pokoji, umožnila klientce dodržovat její návyky. Zbytečně jsem klientku nevyrušovala ze spánku a odpočinku.

Vyhodnocení ošetrovatelské péče: Vzhledem ke změně prostředí, provozu oddělení a častého probouzení dítěte na kojení, klientka neudává zlepšení spánku.

5. Akutní bolest 00132

Doména: 12 Komfort, Třída: 1 Tělesný komfort

Určující znaky: Slovní vyjádření bolesti, expresivní chování (neklid, vzdechy), pozorované známky bolesti

Související faktory: Poškozující agens (tělesný).

Rizikové faktory: 0

Testy, škály: hodnocení bolesti dle stupnice 0-10.

Definice: Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potencionálního poškození tkáně nebo popsany v terminologii pro takové poškození (Mezinárodní asociace pro studium bolesti), náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným nebo předvídatelným koncem s trváním kratším než 6 měsíců.

Ošetřovatelská diagnóza: přijata

Cíl: Klientka udává zmírnění bolesti. Klienta zvládá běžnou denní sebekpéči a péči o dítě.

Intervence: Zajistit u klientky hodnocení bolesti pomocí stupnice a zapsat do dokumentace.

Zajistit pomoc klientce při hledání vhodné úlevové polohy.

Zajistit pomoc při nácvičku vstávání z lůžka postupem k zmírnění bolesti při pohybu v místě sutury.

Podávat medikace k tlumení bolesti dle ordinace lékaře.

Plán ošetřovatelské péče: Klientku jsem seznámila se stupnicí hodnocení bolesti. Dle stupnice subjektivně hodnotí svou bolest, kterou jsem zaznamenávala průběžně do dokumentace, její lokalizaci a charakter. Klientka udávala bolest v místě laparotomie. Při pooperační mobilizaci jsem s klientkou nacvičovala správné vstávání z lůžka přes bok, aby nezatěžovala břišní stěnu a ulevila od bolesti při tomto pohybu. Dále jsem klientce doporučila úlevovou polohu na zádech nebo na boku, jak jí bude vyhovovat. Klientka má dále na výběr možnost tlumit bolest analgetiky, které jsem podávala dle ordinace lékaře.

Vyhodnocení ošetřovatelské péče: Klientka chápe hodnocení bolesti a sděluje svou bolest. Klientka vyhledává úlevovou polohu a udává zmírnění bolesti při jejím využití. Při podání analgetik bolest ustupuje.

6.3.2 Potencionální ošetřovatelské diagnózy

1. Riziko infekce 00004

Doména: 11 Bezpečnost – ochrana, Třída: 1 Infekce

Určující znaky: 0

Související faktory: 0

Rizikové faktory: Invazivní postupy, prostředí se zvýšeným výskytem patogenů, farmaka, destrukce tkání.

Testy, škály: hodnocení dle Madonna.

Definice: Zvýšené riziko napadení patogenními organizmy.

Ošetrovatelská diagnóza: přijata

Cíl: Klientka je bez místních a celkových známek infekce. Klientka je poučena o hygienickém režimu, prevenci vzniku infekce a dodržuje je.

Intervence: Při ošetřování klientky dodržovat aseptické postupy, dodržovat individualizaci pomůcek.

Sledovat fyziologické funkce klientky a její celkový stav, odchylky od stanoveného rozmezí neprodleně hlásit lékaři.

Při zavádění a péči o periferní žilní katétr postupovat asepticky.

Kontrolovat a dokumentovat místo vpichu a jeho okolí.

Při zjištění infekce přerušit podání i. v. léků, odstranit periferní žilní katétr a informovat lékaře.

Při zavádění a péči o permanentní močový katétr postupovat asepticky.

Kontrolovat funkčnost permanentního močového katétru.

Kontrolovat hojení sutury a informovat klientku v péči o poporodní poranění.

Plán ošetrovatelské péče: U klientky jsem dodržovala aseptické postupy během ošetřování. Sledovala jsem a hodnotila celkové i místní známky infekce – zvýšená teplota, bolestivost, zarudnutí, otok. Při péči o periferní žilní katétr jsem využívala hodnocení dle Madonna. Klientku jsem poučila o hygienickém režimu v šestinedělí – časté sprchování, hygiena rukou, častá výměna vložek a osobního prádla. Klientka dále byla poučena o péči o jizvu – po sprchování řádně osušit, nechat jizvu „větrat“ odkrytím oblečení z ní, za 10-14 dní možno jizvu mazat krémem.

Vyhodnocení ošetrovatelské péče: Klientka zná a chápe hygienický režim v šestinedělí, způsoby prevence vzniku infekce a vše dodržuje. U klientky se neprojevily celkové ani místní známky infekce. Sutura po porodu císařským řezem se hojí per primam, klidná, nebolestivá.

2. Riziko pádu 00155

Doména: 11 Bezpečnost – ochrana, Třída: 2 Fyzické poškození

Určující znaky: 0

Související faktory: 0

Rizikové faktory: Neznámý pokoj, opiáty, pooperační stav, zhoršená fyzická pohyblivost.

Testy, škály: hodnocení úrovně soběstačnosti dle Gordonové.

Definice: Zvýšená náchylnost k padání, které může způsobit fyzickou újmu.

Ošetřovatelská diagnóza: přijata

Cíl: Klientka během hospitalizace neupadne ani se nezraní následkem pádu.

Intervence: Seznámit klientku s oddělením a pokojem.

Zajistit signalizaci v dosahu klientky.

Dbát na prevenci pádu zajištěním klientky po aplikaci opiátů – např. zvednutím postranic.

Zajistit pomoc při přemísťování z lůžka do sprchy.

Zajistit pomoc při hygieně.

Plán ošetřovatelské péče: Po příjezdu na JIP byla klientka seznámena s oddělením i pokojem.

Signalizaci měla vždy v dosahu a byla poučena o jejím správném použití. S osobní hygienou jsem klientce pomohla v lůžku, nevstávala. Po překladech na oddělení šestinedělí byla klientka seznámena s novým oddělením a pokojem. S pomocí došla do sprchy a provedla osobní hygienu bez pádu. Další dny se klientka pohybovala již bez potřeby pomoci.

Vyhodnocení ošetřovatelské péče: Klientka během hospitalizace neupadla, nezranila se, rozuměla signalizačnímu zařízení a dbala na prevenci pádu.

7 Kazuistika č. 2

Klientka N. M., narozena roku 1988, byla přijata dne 23. 11. 2011 v 16:20 h jako pacientka po porodu císařským řezem z indikace hrozící hypoxie plodu, cervikokorporální dystokie při indukci porodu na JIP porodnicko-gynekologického oddělení. Klientka je svobodná, zaměstnaná jako farmaceutická asistentka, bydlí s partnerem. Klientka prodělala jedno umělé přerušování těhotenství. Prvorodička, primárně přijata k indukci porodu v gestačním týdnu 40+2.

7.1 Ošetřovatelská anamnéza dle modelu Gordonové

Základní fyzikální vyšetření klientky sestrou na JIP při plné orientaci

Celkový vzhled, úprava: upravená

Konstituce: normostenická **Výška:** 167 cm **Hmotnost:** 82 kg

Hmotnost před těhotenstvím: 66kg **BMI:** (před gr.) 23,7 **Hmotnostní přírůstek:** 16kg

Stav výživy: normální

Poloha: pasivní **Postoj:** - **Chůze:** -

Abnormální pohyby: - **Křeče:** - **Klouby:** omezení pohybu: ne

Chybění části těla: ne **Kompenzační pomůcky:** ne

Úroveň soběstačnosti: 0 najíst se 2 umýt se 2 vykoupat se 0 obléci se 2 pohybovat se

Vědomí: orientovaná v čase, v osobě, v prostoru **GCS:** 14

Pozornost: úmyslná **Oční kontakt:** udržuje

Tělesná teplota: 36,5 ° C **Krevní tlak:** 125 / 62

Puls: frekvence: 74 **pravidelnost:** pravidelný **kvalita:** hmatný

Dýchání: frekvence: 18 **pravidelnost:** pravidelný **kvalita:** dobrá

Kůže: vlhká **kožní turgor:** fyziologický **Barva:** fyziologická **Eflorescence:** ne

Edém celého těla: nepřítomen

Kožní deriváty: změny a defekty: ne **Stav sliznic:** růžové

Periferní žilní vstup: ano **Datum zavedení** 23. 11. 2011 **Lokalizace:** PHK

Stav operační rány: krytá, nekrvácí **Poslední převaz:** 23. 11. 2011 **Drenáž:** ne

Výraz tváře: normální **Zornice:** izokorické **Nos:** bez sekrece

Dutina ústní: čistá **Chrup:** zdravý **Zápach z úst:** ne **Řeč:** plynulá

Prsy: normotrofické, symetrické **Sekrece:** kolostrum

Břicho: diastáza: ne **Jizvy po operaci:** ne **Pupeční jizva:** nevyhlazená **linea fusca:** ano

Končetiny: kůže: beze změn **Edémy končetin:** ne **Žíly DK:** nebolestivé **Varixy:** ne
Zevní genitál: ochlupení: přiměřené **Otok:** ne **Varixy:** ne
Krvácení: ano, slabé **krevní ztráta:** 300 ml **Lochia:** odcházejí, sanguinolentní

Posouzení současného stavu potřeb klientky

1. Podpora zdraví

Svůj stav hodnotím jako: dobrý částečně dobrý narušený špatný jiné:

Abych si udržela zdraví: sportuji chodím na procházky pracuji na zahradě dodržuji zdravou výživu
využívám alternativní medicínu jiné:

Kouření: ne **Alkohol:** ne

Nemoci k těhotenství přidružené: - **Nemoci v těhotenství:** viróza **Úrazy:** ne

Prsy - selfmonitoring: neprovádí provádí pravidelně nepřavidelně **jak často:** -

Gynekologická prevence: pravidelně nepřavidelně **Frekvence:** 1x ročně

Poslední preventivní prohlídka: březen 2011

Lékařská a ošetřovatelská doporučení dodržuji: důsledně občas nedodržuji

Při objevení současných problémů jsem: navštívila lékaře poradila se s jinými zdravotníky jiné:

Prenatální péče (kde): Dr. Krejčík **Od (týden gravidity):** 11 **Počet návštěv:** 14

Psychoprofylaxe (počet přednášek): 0 **Příprava na kojení:** ne

Osobní přání týkající se postupů při léčbě/porodu: informace konzultace postupů
příprava porodního plánu přítomnost jiných osob: partner návštěva PS před porodem zájem o
epidurální analgezii jiné:

2. Výživa

Dieta: OS Chut': normální narušená

Dietní omezení: ano, pooperační dietní režim

Typický denní příjem jídla: snídaně svačina oběd svačina večeře II. večeře

Přidavky: ne **Forma stravy:** normální kašovitá tekutá

Schopnost najíst se: sama u stolu v lůžku s pomocí krmení

Poruchy polykání: ne ano **Pálení žáhy:** ne ano

Příjem tekutin za 24 h: < 0,5 l 0,5 – 1 l 1 – 1,5 l 1,5 – 2 l 2 – 2,5 l jiné

Druh/množství: čaj 300ml voda 500ml min. vody - pivo - mléko - káva - ovoc. šťávy -

Pocit žízně: zvýšený snížený nemám

Poranění kůže a sliznic se hojí: dobře špatně

3. Vylučování a výměna

Způsob močení: sama na WC s pomocí na WC v lůžku permanентní katétr **datum zavedení:** 23. 11. 2011

Mikce: bez problémů problémy noční močení **inkontinence:** částečná úplná **druh:** -
pomůcky: - **léky (jaké):** -

Diuréza: 1l **Příměsi moči:** krev - hlen -

Stolice: nepravidelná **frekvence:** - **průjem** (char.): - **zácpa** (za kolik dní): -

inkontinence: částečná úplná **stomie** - **meteorismus:** - **flatulence:** - **hemeroidy:** -

Doba vyprazdňování stolice: ráno **barva:** fyziologická **Příměsi:** krev - hlen - jiné: -

Prostředky k vyprazdňování: **léky:** - **jiné:** -

Zvracení: ne ano **četnost:** - **Příměsi:** 0

Pocení: ne ano přiměřeně nadměrně **Odér:** ne ano **Hyperventilace:** ne ano

4. Aktivita – odpočinek

Cvičím: pravidelně občas necvičím

Těhotenské cvičení: ne ano

Denní aktivity: domácí práce nakupování práce okolo domu/bytu jiné:

Faktory bránící tělesné aktivitě: dušnost svalové křeče (kdy) bolest onem. pohyb. aparátu
nezájem o pohyb. aktivitu

Volný čas trávím: **aktivně (jak)** s rodinou **pasivně (jak)** televize, knihy

Spím: celou noc problémy s usínáním (kdy usínám) budím se brzo a už neusnu (kdy)

budím se v noci **frekvence:** 4- 5 krát za noc **důvod:** změna prostředí, vyrušení
spím přes den (kolik hod.):

Po probuzení se cítím: odpočatá nevyspalá rozlámaná jiné: **Návyky:** -

Léky podporující spánek: ne ano (jaké, dávka, jak dlouho, jak často)

5. Vnímání – poznávání

Zrak: normální zhoršený P/L nevidomá brýle čočky protézy P/L

Sluch: normální zhoršený P/L neslyšící **Kompenzační pomůcky:** ne ano P/L

Čich: bez problémů chybí porucha

Paměť: neporušená zapomíná částečně zapomíná špatně si vybavuje

Chápe myšlenky a otázky (podstatu, abstraktní výrazy, konkrétní pojmy): ano ne

6. Vnímání sebe sama

Jsem: optimista pesimista plně si důvěřuji důvěřuji si méně nedůvěřuji si

Spokojenost se svým vzhledem: spokojená částečně spokojená nespokojená

Pocity: strach (kdy) neznámé prostředí, nedostatek informací úzkost (kdy) -
hněv (kdy) - deprese (kdy) -

Co je pomáhá odstranit: informovanost, rodina

7. Vztahy

Jsem: zaměstnaná nezaměstnaná inv. důchodkyně studentka jiné:

Povolání: farmaceutická asistentka **Vzdělání:** střední škola s maturitou **Stav:** svobodná

Bydlím: sama s partnerem s partnerem a dětmi s dětmi s rodiči u příbuzných jiné zařízení:

Rodinné problémy: ne ano

Reakce rodiny na onemocnění/graviditu: zájem ochota pomoci nezájem jiné:

Spokojenost se zaměstnáním/školou: spokojená nespokojená (s čím)

Kontakty s lidmi: časté zřídka jsem samotář jiné:

Chování k lidem: asertivní pasivní agresivní přátelské

Péče po propuštění: zajištěna nezajištěna

Porod s doprovázející osobou: ne ano partner jiná:

Spolupráce a součinnost se členy rodiny nebo doprovázející osobou: ano

8. Sexualita

Sexuální obtíže: ne ano **Pohlavní styk v těhotenství:** -

Menstruace: menarche v 12 letech pravidelná nepravidelná cyklus 27/6 (dny)

bolestivá nebolestivá silná slabá

Antikoncepce: ne ano (jaká) Chloe délka užívání: 2roky

Počet předchozích těhotenství: 1 **porody:** 0 **potraty:** UUT 1 spontánní. 0 **komplikace:** ne

Hormonální léčba: ne ano **indikace:** -

Gynekologické choroby: -

Gynekologické operace: -

9. Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu

Chování: asertivní pasivní agresivní

Napětí prožívám: výjimečně občas často (jak často):

Co ho vyvolává: rodina škola zaměstnání okolí nemoc jiné:

Co ho snižuje: relaxace kouření alkohol drogy léky jiné:

Napětí snáším: lehce těžko

Vyrovnam se: rychle chvíli mi to trvá trvá mi to dlouho

Stresové situace zvládám: sama s podporou rodiny jiné:

Strategie zvládání: -

Důležité změny mající vliv na současný psychický stav: porod císařským řezem

10. Životní principy

Uřčete pořadí následujících hodnot dle Vašich priorit: 1 zdraví 3 rodina 7 víra 2 práce 4 peníze 5 záliby 6 cestování

Životní cíle: -

Spirituální potřeby (láska, naděje, víra, odpuštění, smysl života, smíření): chci se jimi zabývat
nechci se jimi zabývat

Potřebuji: rozhovor s: lékařem sestrou příbuznými psychologem knězem jinou osobou

Náboženská víra je: důležitá hodnota občasná potřeba nepřemýšlela jsem o tom jiné:

Jsem: ateista katolík evangelík jiné:

Náboženský kontakt: nechci chci: kněze pastora jinou osobu:

11. Bezpečnost – ochrana

Alergická reakce: nevyskytla se ano v minulosti ano nyní opakovaně

Příčina: kvetoucí traviny

Riziko infekce: ne ano důvod: invazivní přístupy

Riziko pádu: ne ano důvod: stav po anestezii, pobyt prvních 24 hodin v neznámém prostředí

12. Komfort

Děložní kontrakce: nepravidelné pravidelné frekvence: délka trvání:

začátek kontrakcí: intenzita: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bolestivá involuce: ne ano intenzita: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bolest (ostatní): ne ano akutní chronická kdy: při pohybu **Lokalizace:** břicho

Charakter: tupá **Intenzita:** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Co tiší bolest: analgetika (jaká) Dicloream čípky, Tralgit jiné:

Co spouští bolest: pohyb

Bolest vnímám: přiměřeně zvýšeně (kdy) při pohybu v lůžku, při vstávání

Nauzea: ne ano

13. Růst a vývoj

v normě opožděný regrese nesouměrný neprospívání

Vyšetření při překladi po porodu císařským řezem na JIP

- po celkové anestezii dýchání spontánní, akce srdeční pravidelná, částečně orientovaná, bez dušností a nauzei
- bolestivost laparotomie, krytí suché, očistky odcházejí, dolní končetiny bez otoků
- jinak bez obtíží, leží, napojena na monitor ke kontrole základních životních funkcí (krevní tlak, puls, dech, saturace kyslíku v krvi, EKG) kontinuálně 6 hodin, dále dle stavu
- fyziologické funkce při příjezdu v 16:20 hodin: TT 36,5 °C, TK 125/62, P 74', dech 18, saturace 98%

Po dobu hospitalizace

0. den po porodu

- fyziologické funkce: TT 36,5 °C, TK 125/62, P 74'
- klientka udává mírnou bolest v místě laparotomie, hodnocení dle vizuální analogové škály bolesti (dále VAS) 3-4, dle ordinace lékaře podán opiát Tralgit (analgetikum – anodynum) 200 mg inj. do F1/1 50ml infuzi intravenózně, posun 3-5 ml/h., dále je bolest tlumena analgetiky dle ordinace lékaře – Dicloream (nesteroidní antirevmatikum) čípky per rektum 4x denně, klientka udává zmírnění bolesti po podání analgetik
- očistky odcházejí, přiměřeně, nezapáchající, lochia rubra
- výška děložního fundu je 1 prst pod pupkem, děloha retrahovaná
- krytí rány je suché, sutura je klidná, bez známek infekce

- moč je odváděna permanentním močovým katétrem, který byl zaveden 23. 11. 2011, funkční, odchází čirá moč
- periferní žilní katétr zaveden 23. 11. 2011 do pravé horní končetiny, funkční, bez známek infekce, hodnocení infekce dle Madonna 0
- hygiena byla u klientky zajištěna večer s doprovodem, vsedě u umyvadla
- psychicky se klientka cítí dobře, dítě přiloženo k prsu novorozeneckými sestrami večer, vyjadřuje zájem o dítě
- nezvracela, neupadla, dodržuje dietním režim – dieta č. 0S, prevence proleženin – hýbe dolními končetinami a krčí je v lůžku, v 18:00 klientka plně orientovaná, komunikuje, jako prevence tromboembolické nemoci je podán dle ordinace lékaře Clexan (antitrombotikum, antikoagulancium) 0,4 ml subkutánně, poučena o signalizaci při obtížích

1. den po porodu

- dnes je klientka přeložena z oddělení JIP na oddělení šestinedělí po ranní vizitě v 8:40, ležící na lůžku
- fyziologické funkce: TT 36,4°C, TK 148/98, P 86´
- klientka udává mírnou bolest v okolí laparotomie, hodnocení dle VAS 3, dle ordinace lékaře podávány analgetika – Diclorem (nesteroidní antirevmatikum) čípky per rektum 4x denně, Tralgit (analgetikum-anodynum) intramuskulárně 3x denně
- očistky odcházejí, přiměřeně - rubra, nezapáchající
- výška děložního fundu je 2 prsty pod pupkem
- krytí rány suché, sutura je klidná, bez známek infekce, v 16:00 po vysprchování klientky sundáno krytí a sutura krytá Novikovem (bakteriostatický roztok), klientka poučena v péči o suturu
- moč je odváděna permanentním močovým katétrem, který je zaveden 2. den, funkční, odchází čirá moč, po plné mobilizaci klientky odstraněn v 9:00, dnes stolice ještě neodchází
- periferní žilní katétr je zaveden 2. den, funkční, bez známek infekce, hodnocení infekce dle Madonna 0, v 16:00 odstraněn
- ráno klientka s dopomocí došla k umyvadlu a provedla ranní hygienu, odpoledne s dopomocí došla do sprchy.

- dítě přiřkládáno ke kojení novorozeneckými sestrami dle režimu oddělení a domluvy s klientkou, má zájem o dítě
- nezvracela, neupadla, dodržuje dietním režim – dieta č. 1, jako prevence tromboembolické nemoci je podán dle ordinace lékaře Clexan (antitrombotikum, antikoagulancium) 0,4 ml subkutánně, poučena o signalizaci při obtížích

2. den po porodu

- fyziologické funkce: TT 36,5°C, TK 117/72, P 90´
- klientka udává mírné bolesti v okolí laparotomie, hodnocení dle VAS 2, tlumeny analgetiky – Dicloreum (nesteroidní antirevmatikum) čípky
- očistky odcházejí, přiměřeně - sanguinolentní
- výška děložní fundu 2 prsty pod pupkem
- sutura je suchá, krytá Novikovem (bakteriostatický roztok), klidná, hojení per primam
- klientka močí spontánně, odchází čirá moč, stolice již byla, plyny odcházejí
- subjektivně se klientka cítí v dobrém stavu, pravidelně kojí, pečuje o dítě samostatně
- neupadla, chodí bez dopomoci, dodržuje dietní režim – dieta č. 3P, jako prevence tromboembolické nemoci je podán dle ordinace lékaře Clexan (antitrombotikum, antikoagulancium) 0,4 ml subkutánně, dolní končetiny klidné, bez známek tromboembolické nemoci

3. den po porodu

- fyziologické funkce: TT 36,2°C, TK 125/75, P 86´
- klientka udává bolesti břicha ojedinělé, hodnocení dle VAS 1, nepožaduje analgetika
- očistky odcházejí, přiměřeně - sanguinolentní
- výška děložní fundu 3 prsty pod pupkem
- sutura je suchá, krytá Novikovem (bakteriostatický roztok), klidná, hojení per primam
- klientka močí spontánně, stolice odchází
- klientka pravidelně kojí, prsy jsou nebolestivé, bez poranění, dítě se přisává bez obtíží
- neupadla, chodí bez dopomoci, dodržuje dietní režim – dieta č. 3P, jako prevence tromboembolické nemoci je podán dle ordinace lékaře Clexan (antitrombotikum, antikoagulancium) 0,4 ml subkutánně

7.2 Zvažované ošetrovatelské diagnózy

Kód	Zvažovaná ošetrovatelská diagnóza (OD)	Určující znaky (UZ)	Související faktory (SF) Rizikové faktory (RF)	Přijetí / nepřijetí OD
00004	Riziko infekce	Nepřítomny	Invazivní postupy, prostředí se zvýšeným výskytem patogenů, farmaka, destrukce tkání	Přijetí OD
00044	Porušená tkáňová integrita	Poškozená tkáň	Zhoršená tělesná mobilita, mechanické faktory	Přijetí OD
00090	Zhoršená schopnost přemísťování se	Neschopnost se přemístit do sprchy a zpět	bolest	Přijetí OD
00093	Únava	Vnímaná potřeba dodatečné energie pro zvládnutí běžných úkolů	Hluk, špatný fyzický stav, nedostatek spánku	Přijetí OD
00095	Porušený spánek/Nespavost	Klientka uvádí aktuální nespokojenost se spánkem	Okolní hluk, přerušovaný spánek, tělesný diskomfort (bolest)	Přijetí OD
00132	Akutní bolest	Slovní vyjádření bolesti, expresivní chování (neklid, vzdechy), pozorované známky bolesti	Poškozující agens (tělesný)	Přijetí OD
00155	Riziko pádů	Nepřítomny	Neznámý pokoj, opiáty, pooperační stav, zhoršená fyzická pohyblivost	Přijetí OD
00214	Zhoršený komfort	Narušený vzorec spánku	nepřítomny	Nepřijetí OD

7.3 Plán ošetrovatelské péče

7.3.1 Aktuální ošetrovatelské diagnózy

1. Porušená integrita tkáně 00044

Doména: 11 Bezpečnost – ochrana, Třída: 2 Fyzické poškození

Určující znaky: Poškozená tkáň

Související faktory: Zhoršená tělesná mobilita, mechanické faktory

Rizikové faktory: 0

Testy, škály: 0

Definice: Poškození sliznic, rohovky, kůže anebo podkožních tkání.

Ošetrovatelská diagnóza: přijata

Cíl: Hojení poporodního poranění per primam. U klientky se neobjeví známky infekce.

Intervence: Sledovat a dokumentovat místo po invazivním výkonu.

Sledovat počínající známky infekce.

Ošetřovat asepticky suturu, převazovat dle ordinace lékaře.

Edukovat klientku o péči o poporodní poranění.

Zajistit u klientky hygienickou péči, čisté prádlo.

Plán ošetrovatelské péče: Sledovala jsem hojení poporodního poranění, jeho okolí a případné známky infekce – zarudnutí, bolestivost. Klientka byla informována o důležitosti hygienické péče – časté sprchování, častá výměna osobního prádla, o spolupráci při péči o poranění. Dále jsem sledovala fyziologické funkce, úroveň soběstačnosti klientky v hygienické péči a v péči o poranění. Vše jsem zaznamenávala do dokumentace a informovala lékaře.

Vyhodnocení ošetrovatelské péče: Klientka pečuje o svou osobní hygienickou péči. Poraněná tkáň se hojí per primam, bez známek infekce, sutura je klidná. Fyziologické funkce jsou v normě.

2. Zhoršená schopnost přemístování se 00090

Doména: 4 Aktivita/odpočinek, Třída: 2 Aktivita/cvičení

Určující znaky: Neschopnost se přemístit do sprchy a zpět.

Související faktory: Bolest

Rizikové faktory: 0

Testy, škály: 0

Definice: Omezení nezávislého pohybu mezi dvěma blízkými povrchy.

Ošetřovatelská diagnóza: přijata

Cíl: Klientka je schopna postupně vykonávat běžné denní aktivity.

Intervence: Zjistit příčiny zhoršené schopnosti přemístění se.

Sledovat známky bolesti.

Určit rozsah omezení v pohybu.

Zajistit dopomoc klientce při přemístování.

Dbát na bezpečnost klientky.

Plán ošetřovatelské péče: Rozhovorem s klientkou jsem zjistila příčinu zhoršené schopnosti se přemístit. Důvodem je bolest v okolí laparotomie při pohybu. U klientky jsem sledovala známky bolesti, zjistila rozsah omezení v pohybu. Klientka byla informována o pohybu v lůžku, o vhodných polohách při posazování a vstávání z lůžka. Zajistila jsem pomoc klientce při přemístování z lůžka do koupelny a zpět, dále jsem dbala na bezpečnost klientky.

Vyhodnocení ošetřovatelské péče: Nultý den byla hygienická péče zajištěna s doprovodem druhé osoby vsedě u umyvadla. V dokumentaci jsem zaznamenávala sledování bolesti. První pooperační den klientka s dopomocí došla k umyvadlu a provedla ranní hygienu, odpoledne s pomocí druhé osoby došla do sprchy. Následující dny již byla klientka schopna vykonávat běžné denní aktivity a péči o dítě samostatně.

3. Únava 00093

Doména: 4 Aktivita/odpočinek, Třída: 3 Rovnováha energie

Určující znaky: Vnímaná potřeba dodatečné energie pro zvládnutí běžných úkonů.

Související faktory: Hluk, špatný fyzický stav, nedostatek spánku

Rizikové faktory: 0

Testy, škály: 0

Definice: Celkově zmáhající dlouhodobý pocit vyčerpání a snížená schopnost k fyzické a duševní práci na obvyklé úrovni.

Ošetřovatelská diagnóza: přijata

Cíl: Klientka si uvědomuje změnu životního stylu. Klientka je soběstačná v denních aktivitách a únava je přiměřená dennímu zatížení.

Intervence: Zjistit příčinu únavy.

Sledovat průměrnou délku spánku.

Informovat klientku o změně denního režimu.

Pomáhat klientce v získávání sebedůvěry.

Omezit rušivé prvky z prostředí.

Nevyrušovat zbytečně klientku při odpočinku.

Plán ošetřovatelské péče: Rozhovorem s klientkou jsem zjistila příčinu její únavy. Je jí okolní hluk, nedostatek spánku a subjektivně vnímaný špatný fyzický stav. Klientka byla informována o změně denního režimu, o vhodnosti plánování denních aktivit. Dále jsem klientku podporovala v získávání sebedůvěry při plnění denních aktivit. Klientku jsem zbytečně nevyrušovala při odpočinku a spánku.

Vyhodnocení ošetřovatelské péče: Klientka chápe změnu denního režimu a snaží se mu přizpůsobit odpočinek i denní aktivity. Klientka je soběstačná v denních aktivitách, zvládá je a důvěřuje si. Únavu již pocítuje zmírněně.

4. Porušený spánek/Nespavost 00095

Doména: 4 Aktivita/odpočinek, Třída: 1 Spánek/odpočinek

Určující znaky: Klientka uvádí aktuální nespokojenost se spánkem.

Související faktory: Okolní hluk, přerušovaný spánek, tělesný diskomfort (bolest)

Rizikové faktory: 0

Testy, škály: 0

Definice: Narušení množství a kvality spánku poškozující funkci.

Ošetřovatelská diagnóza: přijata

Cíl: Klientka udává zlepšení spánku. Klientka se po probuzení cítí odpočatá.

Intervence: Sledovat známky únavy u klientky.

Sledovat průměrnou délku spánku klientky.

Zjistit příčiny poruchy spánku.

Omezit rušivé prvky z prostředí.

Umožnit klientce dodržovat osobní návyky před spaním dle jejích zvyklostí.

Nevyrušovat zbytečně klientku ze spánku.

Plán ošetřovatelské péče: Sdělením klientky jsem zjistila příčinu porušeného spánku. Důvodem je změna prostředí a vyrušení ze spánku ruchem okolí. Rozhovorem jsem zjistila průměrnou délku spánku, návyky klientka před spaním neudává. Zajistila jsem čerstvý vzduch na pokoji před spaním. Zbytečně jsem klientku nevyrušovala ze spánku a odpočinku.

Vyhodnocení ošetřovatelské péče: Z důvodu změny prostředí, provozu oddělení a péči o dítě, klientka udává jen mírné zlepšení spánku.

5. Akutní bolest 00132

Doména: 12 Komfort, Třída: 1 Tělesný komfort

Určující znaky: Slovní vyjádření bolesti, expresivní chování (neklid, vzdechy), pozorované známky bolesti

Související faktory: Poškozující agens (tělesný).

Rizikové faktory: 0

Testy, škály: hodnocení bolesti dle stupnice 0-10.

Definice: Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potencionálního poškození tkáně nebo popsany v terminologii pro takové poškození (Mezinárodní asociace pro studium bolesti), náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným nebo předvídatelným koncem s trváním kratším než 6 měsíců.

Ošetřovatelská diagnóza: přijata

Cíl: Klientka udává zmírnění bolesti. Klienta zvládá běžnou denní sebekpéči a péči o dítě.

Intervence: Zajistit u klientky hodnocení bolesti pomocí stupnice a zapsat do dokumentace.

Zajistit pomoc klientce při hledání vhodné úlevové polohy.

Zajistit pomoc při nácvičování vstávání z lůžka postupem k zmírnění bolesti při pohybu v místě sutury.

Podávat medikace k tlumení bolesti dle ordinace lékaře.

Plán ošetřovatelské péče: Klientku jsem seznámila se stupnicí hodnocení bolesti. Dle stupnice je klientka schopná subjektivně hodnotit svou bolest, kterou jsem zaznamenávala průběžně do dokumentace, její lokalizaci a charakter. Klientka udávala bolest v místě laparotomie. Při pooperační mobilizaci jsem s klientkou nacvičovala správné vstávání z lůžka přes bok, aby nezatěžovala břišní stěnu a ulevila od bolesti při tomto pohybu. Dále jsem klientce doporučila úlevovou polohu na zádech nebo na boku, dle jejího uvážení. Klientka možnost tlumit bolest analgetiky, které jsem podávala dle ordinace lékaře.

Vyhodnocení ošetřovatelské péče: Klientka rozumí hodnocení bolesti a sděluje charakter bolesti a lokalizaci. Klientka vyhledává úlevovou polohu a udává zmírnění bolesti při jejím využití. Při podání analgetik bolest ustupuje.

7.3.2 Potencionální ošetřovatelské diagnózy

1. Riziko infekce 00004

Doména: 11 Bezpečnost – ochrana, Třída: 1 Infekce

Určující znaky: 0

Související faktory: 0

Rizikové faktory: Invazivní postupy, prostředí se zvýšeným výskytem patogenů, farmaka, destrukce tkání.

Testy, škály: hodnocení dle Madonna.

Definice: Zvýšené riziko napadení patogenními organizmy.

Ošetrovatelská diagnóza: přijata

Cíl: Klientka je bez místních a celkových známek infekce. Klientka je poučena o hygienickém režimu, prevenci vzniku infekce a dodržuje je.

Intervence: Při ošetřování klientky dodržovat aseptické postupy, dodržovat individualizaci pomůcek.

Sledovat fyziologické funkce klientky a její celkový stav, odchylky od stanoveného rozmezí neprodleně hlásit lékaři.

Při zavádění a péči o periferní žilní katétr postupovat asepticky.

Kontrolovat a dokumentovat místo vpichu a jeho okolí.

Při zjištění infekce přerušit podání i. v. léků, odstranit periferní žilní katétr a informovat lékaře.

Při zavádění a péči o permanentní močový katétr postupovat asepticky.

Kontrolovat funkčnost permanentního močového katétru.

Kontrolovat hojení sutury a informovat klientku v péči o poporodní poranění.

Plán ošetrovatelské péče: Dodržovala jsem aseptické postupy během ošetřování klientky. Sledovala jsem a hodnotila celkové i místní známky infekce – zvýšená teplota, bolestivost, zarudnutí, otok. Při péči o periferní žilní katétr jsem využívala hodnocení dle Madonna. Klientku jsem poučila o hygienickém režimu v šestinedělí – časté sprchování, hygiena rukou, častá výměna vložek a osobního prádla. Klientka dále byla edukována v péči o jizvu – po sprchování řádně osušit, nechat jizvu „větrat“ odkrytím oblečení z ní, za 10-14 dní možno jizvu mazat krémem.

Vyhodnocení ošetrovatelské péče: Klientka chápe a zná hygienický režim v šestinedělí, způsoby prevence vzniku infekce a vše řádně dodržuje. U klientky se neprojevíly místní ani celkové známky infekce. Sutura po porodu císařským řezem se hojí per primam, nebolestivá, klidná.

2. Riziko pádu 00155

Doména: 11 Bezpečnost – ochrana, Třída: 2 Fyzické poškození

Určující znaky: 0

Související faktory: 0

Rizikové faktory: Neznámý pokoj, opiáty, pooperační stav, zhoršená fyzická pohyblivost.

Testy, škály: hodnocení úrovně soběstačnosti dle Gordonové.

Definice: Zvýšená náchylnost k padání, které může způsobit fyzickou újmu.

Ošetřovatelská diagnóza: přijata

Cíl: Klientka během hospitalizace neupadne ani se nezraní následkem pádu.

Intervence: Seznámit klientku s oddělením a pokojem.

Zajistit signalizaci v dosahu klientky.

Dbát na prevenci pádu zajištěním klientky po aplikaci opiátů – např. zvednutím postranic.

Zajistit dopomoc při přemísťování z lůžka do sprchy.

Zajistit dopomoc při hygieně.

Plán ošetřovatelské péče: Po příjezdu na JIP byla klientka seznámena s oddělením i pokojem.

Byla poučena o správném použití signalizace, kterou měla vždy v dosahu. Osobní hygienu jsem klientce zajistila vsedě u umyvadla, do koupelny došla s pomocí druhé osoby.

Po překladi na oddělení šestinedělí byla klientka seznámena s novým oddělením a pokojem.

S dopomocí došla do sprchy a provedla osobní hygienu bez pádu. Další dny se klientka pohybovala již bez potřeby dopomoci.

Vyhodnocení ošetřovatelské péče: Klientka během hospitalizace neupadla, nezranila se, rozuměla signalizačnímu zařízení a dbala na prevenci pádu.

8 Kazuistika č. 3

Klientka J. P., narozena roku 1978, byla přijata dne 27. 11. 2011 v 10:15 jako pacientka po porodu císařským řezem z indikace hrozící hypoxie plodu na JIP porodnicko-gynekologického oddělení. Klientka je svobodná, bydlí s partnerem, zaměstnaná jako vedoucí v obchodě. Klientka přichází v 38. týdnu gravidity.

8.1 Ošetřovatelská anamnéza dle modelu Gordonové

Základní fyzikální vyšetření klientky sestrou na JIP při plné orientaci

Celkový vzhled, úprava: upravená

Konstituce: normostenická **Výška:** 160 cm **Hmotnost:** 91 kg

Hmotnost před těhotenstvím: 75kg **BMI:** (před gr.) 29,3 **Hmotnostní přírůstek:** 16kg

Stav výživy: obézní

Poloha: pasivní **Postoj:** - **Chůze:** -

Abnormální pohyby: - **Křeče:** - **Klouby:** omezení pohybu: ne

Chybění části těla: ne **Kompenzační pomůcky:** ne

Úroveň soběstačnosti: 0 najíst se 2 umýt se 2 vykoupat se 0 obléci se 2 pohybovat se

Vědomí: orientovaná v čase, v osobě, v prostoru **GCS:** 14

Pozornost: úmyslná **Oční kontakt:** udržuje

Tělesná teplota: 37,2 ° C **Krevní tlak:** 137 / 76

Puls: frekvence: 78 **pravidelnost:** pravidelný **kvalita:** hmatný

Dýchání: frekvence: 18 **pravidelnost:** pravidelný **kvalita:** dobrá

Kůže: vlhká **kožní turgor:** fyziologický **Barva:** fyziologická **Eflorescence:** ne

Edém celého těla: nepřítomen

Kožní deriváty: změny a defekty: ne **Stav sliznic:** růžové

Periferní žilní vstup: ano **Datum zavedení** 27. 11. 2011 **Lokalizace:** PHK

Stav operační rány: krytá, nekrvácí **Poslední převaz:** 27. 11. 2011 **Drenáž:** ne

Výraz tváře: normální **Zornice:** izokorické **Nos:** bez sekrece

Dutina ústní: čistá **Chrup:** zdravý **Zápach z úst:** ne **Řeč:** plynulá

Prsy: normotrofické, symetrické **Sekrece:** kolostrum

Břicho: diastáza: ne **Jizvy po operaci:** ano **kde:** pupek – po LPS

Pupeční jizva: nevyhlazená **linea fusca:** ne

Končetiny: kůže: beze změn **Edémy končetin:** ne **Žíly DK:** nebolestivé **Varixy:** ne

Zevní genitál: ochlupení: přiměřené **Otok:** ne **Varixy:** ne

Krvácení: ano, slabé **krevní ztráta:** 300 ml **Lochia:** odcházejí, sanguinolentní

Posouzení současného stavu potřeb klientky

1. Podpora zdraví

Svůj stav hodnotím jako: dobrý částečně dobrý narušený špatný jiné:

Abych si udržela zdraví: sportuji chodím na procházky pracuji na zahradě dodržuji zdravou výživu
využívám alternativní medicínu jiné:

Kouření: ne **Alkohol:** ne

Nemoci k těhotenství přidružené: hypertenze **Nemoci v těhotenství:** - **Úrazy:** ne

Prsy - selfmonitoring: neprovádí provádí pravidelně nepravidelně **jak často:** -

Gynekologická prevence: pravidelně nepravidelně **Frekvence:** 1x ročně

Poslední preventivní prohlídka: duben 2011

Lékařská a ošetřovatelská doporučení dodržuji: důsledně občas nedodržuji

Při objevení současných problémů jsem: navštívila lékaře poradila se s jinými zdravotníky jiné:

Prenatální péče (kde): Dr. Dučková **Od (týden gravidity):** 10 **Počet návštěv:** 10

Psychoprofylaxe (počet přednášek): 0 **Příprava na kojení:** ne

Osobní přání týkající se postupů při léčbě/porodu: informace konzultace postupů
příprava porodního plánu přítomnost jiných osob: partner návštěva PS před porodem zájem o
epidurální analgezii jiné: -

2. Výživa

Dieta: OS Chut': normální narušená

Dietní omezení: ano, pooperační dietní režim

Typický denní příjem jídla: snídaně svačina oběd svačina večeře II. večeře

Přidávky: ne **Forma stravy:** normální kašovitá tekutá

Schopnost najíst se: sama u stolu v lůžku s pomocí krmení

Poruchy polykání: ne ano **Pálení žáhy:** ne ano

Příjem tekutin za 24 h: < 0,5 l 0,5 – 1 l 1 – 1,5 l 1,5 – 2 l 2 – 2,5 l jiné

Druh/množství: čaj 500ml voda 600ml min. vody - pivo - mléko - káva - ovoc. šťávy -

Pocit žízně: zvýšený snížený nemám

Poranění kůže a sliznic se hojí: dobře špatně

3. Vylučování a výměna

Způsob močení: sama na WC s pomocí na WC v lůžku permanентní katétr **datum zavedení:** 27. 11. 2011

Mikce: bez problémů problémy noční močení **inkontinence:** částečná úplná **druh:** -
pomůcky: - **léky (jaké):** -

Diuréza: 900 ml **Příměsi moči:** krev - hlen -

Stolice: nepravidelná **frekvence:** - **průjem** (char.): - **zácpa** (za kolik dní): -

inkontinence: částečná úplná **stomie** - **meteorismus:** - **flatulence:** - **hemeroidy:** -

Doba vyprazdňování stolice: dopoledne **barva:** fyziologická **Příměsi:** krev - hlen - jiné: -

Prostředky k vyprazdňování: léky: - **jiné:** -

Zvracení: ne ano **četnost:** - **Příměsi:** 0

Pocení: ne ano přiměřeně nadměrně **Odér:** ne ano **Hyperventilace:** ne ano

4. Aktivita – odpočinek

Cvičím: pravidelně občas necvičím

Těhotenské cvičení: ne ano

Denní aktivity: domácí práce nakupování práce okolo domu/bytu jiné:

Faktory bránící tělesné aktivitě: dušnost svalové křeče (kdy) bolest onem. pohyb. aparátu
nezájem o pohyb. aktivitu

Volný čas trávím: **aktivně (jak)** s rodinou **pasivně (jak)** televize, knihy

Spím: celou noc problémy s usínáním (kdy usínám) budím se brzo a už neusnu (kdy)

budím se v noci **frekvence:** 2- 3 krát za noc **důvod:** ruch oddělení

spím přes den (kolik hod.): -

Po probuzení se cítím: odpočatá nevyspalá rozlámaná jiné: **Návyky:** -

Léky podporující spánek: ne ano (jaké, dávka, jak dlouho, jak často)

5. Vnímání – poznávání

Zrak: normální zhoršený P/L nevidomá brýle čočky protézy P/L

Sluch: normální zhoršený P/L neslyšící **Kompenzační pomůcky:** ne ano P/L

Čich: bez problémů chybí porucha

Paměť: neporušená zapomíná částečně zapomíná špatně si vybavuje

Chápe myšlenky a otázky (podstatu, abstraktní výrazy, konkrétní pojmy): ano ne

6. Vnímání sebe sama

Jsem: optimista pesimista plně si důvěřuji důvěřuji si méně nedůvěřuji si
Spokojenost se svým vzhledem: spokojená částečně spokojená nespokojená
Pocity: strach (kdy) - úzkost (kdy) -
hněv (kdy) - deprese (kdy) -
Co je pomáhá odstranit: /

7. Vztahy

Jsem: zaměstnaná nezaměstnaná inv. důchodkyně studentka jiné:
Povolání: vedoucí v obchodě **Vzdělání:** střední škola s maturitou **Stav:** svobodná
Bydlím: sama s partnerem s partnerem a dětmi s dětmi s rodiči u příbuzných jiné zařízení:
Rodinné problémy: ne ano
Reakce rodiny na onemocnění/graviditu: zájem ochota pomoci nezájem jiné:
Spokojenost se zaměstnáním/školou: spokojená nespokojená (s čím)
Kontakty s lidmi: časté zřídka jsem samotář jiné:
Chování k lidem: asertivní pasivní agresivní přátelské
Péče po propuštění: zajištěna nezajištěna
Porod s doprovázející osobou: ne ano partner jiná:
Spolupráce a součinnost se členy rodiny nebo doprovázející osobou: -

8. Sexualita

Sexuální obtíže: ne ano **Pohlavní styk v těhotenství:** -
Menstruace: menarche v 13 letech pravidelná nepravidelná cyklus 28/5 (dny)
bolestivá nebolestivá silná slabá
Antikoncepce: ne ano (jaká) délka užívání: -
Počet předchozích těhotenství: 1 **porody:** 0 **potraty:** UUT 0 spontánní: 1 **komplikace:** -
Hormonální léčba: ne ano **indikace:** neplodnost
Gynekologické choroby: -
Gynekologické operace: LPS diagnostika neplodnosti

9. Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu

Chování: asertivní pasivní agresivní

Napětí prožívám: výjimečně občas často (jak často):

Co ho vyvolává: rodina škola zaměstnání okolí nemoc jiné:

Co ho snižuje: relaxace kouření alkohol drogy léky jiné:

Napětí snáším: lehce těžko

Vyrovnám se: rychle chvíli mi to trvá trvá mi to dlouho

Stresové situace zvládám: sama s podporou rodiny jiné:

Strategie zvládání: -

Důležité změny mající vliv na současný psychický stav: -

10. Životní principy

Určete pořadí následujících hodnot dle Vašich priorit: 1 zdraví 2 rodina 7 víra 3 práce 4 peníze
5 záliby 6 cestování

Životní cíle: -

Spirituální potřeby (láska, naděje, víra, odpuštění, smysl života, smíření): chci se jimi zabývat
nechci se jimi zabývat

Potřebuji: rozhovor s: lékařem sestrou příbuznými psychologem knězem jinou osobou

Náboženská víra je: důležitá hodnota občasná potřeba nepřemýšlela jsem o tom jiné:

Jsem: ateista katolík evangelík jiné:

Náboženský kontakt: nechci chci: kněze pastora jinou osobu:

11. Bezpečnost – ochrana

Alergická reakce: nevyskytla se ano v minulosti ano nyní opakovaně

Příčina: -

Riziko infekce: ne ano důvod: invazivní přístupy

Riziko pádu: ne ano důvod: stav po anestezii, pobyt prvních 24 hodin v neznámém prostředí

12. Komfort

Děložní kontrakce: nepravidelné pravidelné frekvence: délka trvání:

začátek kontrakcí: intenzita: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bolestivá involuce: ne ano intenzita: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bolest (ostatní): ne ano akutní chronická kdy: při pohybu **Lokalizace:** břicho
Charakter: tupá, svíravá **Intenzita:** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Co tiší bolest: analgetika (jaká) Diclorem čípky jiné: Dipidolor
Co spouští bolest: pohyb
Bolest vnímám: přiměřeně zvýšeně (kdy) při pohybu v lůžku, při vstávání
Nauzea: ne ano

13. Růst a vývoj

v normě opožděný regrese nesouměrný neprospívání

Vyšetření při překladi po porodu císařským řezem na JIP

- po celkové anestezii dýchání spontánní, akce srdeční pravidelná, částečně orientovaná, bez dušností a nauzei
- bolestivost laparotomie, krytí suché, očistky odcházejí, dolní končetiny bez otoků
- jinak bez obtíží, pospává, napojena na monitor ke kontrole základních životních funkcí (krevní tlak, puls, dech, saturace kyslíku v krvi, EKG) kontinuálně 6 hodin, dále dle stavu
- fyziologické funkce při příjezdu v 10:15 hodin: TT 37,2°C, TK 137/76, P 78', dech 16, saturace 97%

Po dobu hospitalizace

0. den po porodu

- fyziologické funkce: TT 37,2 °C, TK 137/76, P 78'
- klientka udává bolest břicha, především v místě laparotomie, hodnocení dle vizuální analogové škály bolesti (dále VAS) 5, dle ordinace lékaře podán opiát Dipidolor 15 mg inj. do F1/1 100ml infuzi intravenózně, kapat 15 minut, dále je bolest tlumena analgetiky dle ordinace lékaře – Diclorem (nesteroidní antirevmatikum) čípky per rektum 4x denně, klientka udává zmírnění bolesti po podání analgetik
- očistky odcházejí přiměřeně, lochia rubra, nezapáchající
- výška děložního fundu je k pupku, děloha retrahovaná
- sutura je klidná, krytí je suché, bez známek infekce
- moč je odváděna permanentním močovým katétre, který byl zaveden 27. 11. 2011, funkční, odvádí čistou moč

- periferní žilní katétr je zaveden 27. 11. 2011 do pravé horní končetiny, v loketní jamce, funkční, bez známek infekce, hodnocení infekce dle Madonna 0
- hygiena byla zajištěna u klientky večer vleže na lůžku, nevstala
- psychicky se klientka cítí dobře, vyjadřuje zájem o dítě, dítě přikládáno ke kojení novorozeneckými sestrami večer
- nezvracela, nezranila se, dodržuje dietním režim – dieta č. 0S, prevence proleženin – hýbe dolními končetinami v lůžku, v 16:30 klientka plně orientovaná, komunikuje, jako prevence tromboembolické nemoci je podán dle ordinace lékaře Clexan 0,4 ml subkutánně, poučena o signalizaci při obtížích

1. den po porodu

- dnes je klientka přeložena z oddělení JIP na oddělení šestinedělí po ranní vizitě v 8:35, ležící v lůžku
- fyziologické funkce: TT 36,2°C, TK 110/76, P 80´
- klientka udává bolest v okolí laparotomie, hodnocení dle VAS 2-3, břicho nebolestivé, dle ordinace lékaře podávány analgetika – Diclorem (nesteroidní antirevmatikum) čípky per rektum 4x denně, Tralgit (analgetikum-anodynum) intramuskulárně 3x denně, v noci analgetika nechce
- očistky odcházejí, přiměřeně - lochia rubra, nezapáchající
- výška děložního fundu je 1-2 prsty pod pupkem, děloha retrahovaná
- krytí rány lehce prosáklé, okolí sutury je klidné, bez známek infekce, večer po vysprchování klientky sundáno krytí a sutura krytá Novikovem (bakteriostatický roztok), klientka poučena v péči o suturu
- permanentní močový katétr zaveden 2. den, funkční, moč odchází čirá, po plné mobilizaci klientky odstraněn v 8:00, odchod větrů, stolice nebyla
- periferní žilní katétr zaveden 2. den, funkční, bez známek infekce, v 18:00 odstraněn
- ráno klientka vstala, s dopomocí došla k umyvadlu a provedla ranní hygienu, odpoledne došla do sprchy
- dítě přikládáno ke kojení novorozeneckými sestrami dle režimu oddělení a domluvy s klientkou, má zájem o péči o dítě
- neupadla, nezvracela, dodržuje dietním režim – dieta č. 1, jako prevence tromboembolické nemoci je podán dle ordinace lékaře Clexan (antitrombotikum, antikoagulancium) 0,4 ml subkutánně, poučena o signalizaci při obtížích

2. den po porodu

- fyziologické funkce: TT 36,0°C, TK 110/70, P 80´
- klientka udává mírnou bolest v okolí laparotomie, hodnocení dle VAS 1-2, tlumena analgetiky – Dicloream (nesteroidní antirevmatikum) čípky per rektum 4x denně
- očistky odcházejí přiměřeně – sanguinolentní, nezapáchající
- výška děložní fundu 2 prsty pod pupkem
- sutura je krytá Novikovem (bakteriostatický roztok), suchá, hojení per primam
- klientka močí spontánně, odchází čirá moč, stolice nebyla, plyny odcházejí
- subjektivně se klientka cítí dobře, pravidelně kojí, samostatně pečuje o dítě
- neupadla, chodící, dodržuje dietní režim – dieta č. 3P, jako prevence tromboembolické nemoci je podán dle ordinace lékaře Clexan (antitrombotikum, antikoagulancium) 0,4 ml subkutánně, dolní končetiny klidné, bez známek tromboembolické nemoci

3. den po porodu

- fyziologické funkce: TT 36,3°C, TK 118/80, P 84´
- klientka udává bolest břicha ojediněle, hodnocení dle VAS 1, nepožaduje analgetika
- očistky odcházejí sanguinolentní, přiměřeně
- výška děložní fundu 2-3 prsty pod pupkem
- sutura krytá Novikovem (bakteriostatický roztok), klidná, hojení per primam
- klientka močí spontánně, stolice odchází bez obtíží
- klientka pravidelně přikládá dítě ke kojení, prsy jsou nebolestivé, bez poranění
- neupadla, chodí bez dopomoci, dodržuje dietní režim – dieta č. 3P, jako prevence tromboembolické nemoci je podán dle ordinace lékaře Clexan (antitrombotikum, antikoagulancium) 0,4 ml subkutánně, dolní končetiny bez známek tromboembolické nemoci

8.2 Zvažované ošetřovatelské diagnózy

Kód	Zvažovaná ošetřovatelská diagnóza (OD)	Určující znaky (UZ)	Související faktory (SF) Rizikové faktory (RF)	Přijetí / nepřijetí OD
00004	Riziko infekce	Nepřítomny	Invazivní postupy, prostředí se zvýšeným výskytem patogenů, farmaka, destrukce tkání	Přijetí OD
00044	Porušená tkáňová integrita	Poškozená tkáň	Zhoršená tělesná mobilita, mechanické faktory	Přijetí OD
00090	Zhoršená schopnost přemístování se	Neschopnost se přemístit do sprchy a zpět	bolest	Přijetí OD
00093	Únava	Vnímaná potřeba dodatečné energie pro zvládnutí běžných úkolů	Hluk, nedostatek spánku	Přijetí OD
00095	Porušený spánek/Nespavost	Klientka uvádí aktuální nespokojenost se spánkem	Okolní hluk, přerušovaný spánek, tělesný diskomfort (bolest)	Přijetí OD
00132	Akutní bolest	Slovní vyjádření bolesti, expresivní chování (neklid, vzdechy), pozorované známky bolesti	Poškozující agens (tělesný)	Přijetí OD
00155	Riziko pádů	Nepřítomny	Neznámý pokoj, opiáty, pooperační stav, zhoršená fyzická pohyblivost	Přijetí OD
00214	Zhoršený komfort	Narušený vzorec spánku	nepřítomny	Nepřijetí OD

8.3 Plán ošetrovatelské péče

8.3.1 Aktuální ošetrovatelské diagnózy

1. Porušená integrita tkáně 00044

Doména: 11 Bezpečnost – ochrana, Třída: 2 Fyzické poškození

Určující znaky: Poškozená tkáň

Související faktory: Zhoršená tělesná mobilita, mechanické faktory

Rizikové faktory: 0

Testy, škály: 0

Definice: Poškození sliznic, rohovky, kůže anebo podkožních tkání.

Ošetrovatelská diagnóza: přijata

Cíl: Hojení poporodního poranění per primam. U klientky se neobjeví známky infekce.

Intervence: Sledovat a dokumentovat místo po invazivním výkonu.

Sledovat počínající známky infekce.

Ošetřovat asepticky suturu, převazovat dle ordinace lékaře.

Edukovat klientku o péči o poporodní poranění.

Zajistit u klientky hygienickou péči, čisté prádlo.

Plán ošetrovatelské péče: Sledovala jsem hojení poporodního poranění, jeho okolí a případné známky infekce – zarudnutí, bolestivost. Klientka byla informována o důležitosti hygienické péče – časté sprchování, častá výměna osobního prádla, o spolupráci při péči o poranění. Dále jsem sledovala fyziologické funkce, úroveň soběstačnosti klientky v hygienické péči a v péči o poranění. Vše jsem zaznamenávala do dokumentace a informovala lékaře.

Vyhodnocení ošetrovatelské péče: Klientka dodržuje zvýšenou péči v osobní hygieně. Poraněná tkáň se hojí per primam, sutura je klidná. Hodnoty fyziologických funkcí jsou v normě.

2. Zhoršená schopnost přemístování se 00090

Doména: 4 Aktivita/odpočinek, Třída: 2 Aktivita/cvičení

Určující znaky: Neschopnost se přemístit do sprchy a zpět.

Související faktory: Bolest

Rizikové faktory: 0

Testy, škály: 0

Definice: Omezení nezávislého pohybu mezi dvěma blízkými povrchy.

Ošetřovatelská diagnóza: přijata

Cíl: Klientka je schopna postupně vykonávat běžné denní aktivity.

Intervence: Zjistit příčiny zhoršené schopnosti přemístění se.

Sledovat známky bolesti.

Určit rozsah omezení v pohybu.

Zajistit dopomoc klientce při přemístování.

Dbát na bezpečnost klientky.

Plán ošetřovatelské péče: Rozhovorem s klientkou jsem zjistila příčinu zhoršené schopnosti se přemístit. Důvodem je subjektivně pociťovaná bolest v okolí laparotomie při pohybu. U klientky jsem zjistila rozsah omezení v pohybu a sledovala známky bolesti. Při pohybu v lůžku jsem klientku informovala o vhodných polohách, dále o vhodném posazování v lůžku a vstávání z lůžka. Zajistila jsem pomoc klientce při přemístování z lůžka do koupelny a zpět, dále jsem dbala na bezpečnost klientky.

Vyhodnocení ošetřovatelské péče: Nultý den klientka nevstala a hygienická péče byla zajištěna vleže v lůžku. V dokumentaci jsem zaznamenávala sledování bolesti. První pooperační den se klientka s dopomocí došla k umyvadlu a provedla ranní hygienu. Odpoledne již došla do sprchy samostatně. Následující dny již byla klientka schopna vykonávat běžné denní aktivity a péči o dítě samostatně.

3. Únava 00093

Doména: 4 Aktivita/odpočinek, Třída: 3 Rovnováha energie

Určující znaky: Vnímaná potřeba dodatečné energie pro zvládnutí běžných úkonů.

Související faktory: Hluk, nedostatek spánku

Rizikové faktory: 0

Testy, škály: 0

Definice: Celkově zmáhající dlouhodobý pocit vyčerpání a snížená schopnost k fyzické a duševní práci na obvyklé úrovni.

Ošetřovatelská diagnóza: přijata

Cíl: Klientka si uvědomuje změnu životního stylu. Klientka je soběstačná v denních aktivitách a únava je přiměřená dennímu zatížení.

Intervence: Zjistit příčinu únavy.

Sledovat průměrnou délku spánku.

Informovat klientku o změně denního režimu.

Pomáhat klientce v získávání sebedůvěry.

Omezit rušivé prvky z prostředí.

Nevyrušovat zbytečně klientku při odpočinku.

Plán ošetrovatelské péče: Rozhovorem s klientkou jsem zjistila, že příčinou její únavy je okolní hluk a nedostatek spánku. Klientka byla informována o změně denního režimu a vhodnosti plánování denních aktivit i odpočinku. Dále jsem klientku podporovala v získávání sebedůvěry při plnění denních aktivit. Klientku jsem zbytečně nevyrušovala při odpočinku a spánku.

Vyhodnocení ošetrovatelské péče: Klientka chápe změnu denního režimu a snaží se mu přizpůsobit odpočinek. Klientka je soběstačná v denních aktivitách, zvládá je a důvěřuje si. Únavu již pocítuje méně.

4. Porušený spánek/Nespavost 00095

Doména: 4 Aktivita/odpočinek, Třída: 1 Spánek/odpočinek

Určující znaky: Klientka uvádí aktuální nespokojenost se spánkem.

Související faktory: Okolní hluk, přerušovaný spánek, tělesný diskomfort (bolest)

Rizikové faktory: 0

Testy, škály: 0

Definice: Narušení množství a kvality spánku poškozující funkci.

Ošetrovatelská diagnóza: přijata

Cíl: Klientka udává zlepšení spánku. Klientka se po probuzení cítí odpočatá.

Intervence: Sledovat známky únavy u klientky.

Sledovat průměrnou délku spánku klientky.

Zjistit příčiny poruchy spánku.

Omezit rušivé prvky z prostředí.

Umožnit klientce dodržovat osobní návyky před spaním dle jejích zvyklostí.

Nevyrušovat zbytečně klientku ze spánku.

Plán ošetrovatelské péče: Sdělením klientky jsem zjistila příčinu porušeného spánku. Důvodem je vyrušení ze spánku ruchem okolí. Rozhovorem jsem zjistila průměrnou délku spánku, návyky klientka před spaním neudává. Zajistila jsem vyvětraný pokoj před spaním. Zbytečně jsem klientku nevyrušovala ze spánku a odpočinku.

Vyhodnocení ošetrovatelské péče: Z důvodu provozu oddělení a péči o dítě, klientka udává mírné zlepšení spánku.

5. Akutní bolest 00132

Doména: 12 Komfort, Třída: 1 Tělesný komfort

Určující znaky: Slovní vyjádření bolesti, expresivní chování (neklid, vzdechy), pozorované známky bolesti

Související faktory: Poškozující agens (tělesný).

Rizikové faktory: 0

Testy, škály: hodnocení bolesti dle stupnice 0-10.

Definice: Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potencionálního poškození tkáně nebo popsany v terminologii pro takové poškození (Mezinárodní asociace pro studium bolesti), náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným nebo předvídatelným koncem s trváním kratším než 6 měsíců.

Ošetrovatelská diagnóza: přijata

Cíl: Klientka udává zmírnění bolesti. Klienta zvládá běžnou denní sebekpéči a péči o dítě.

Intervence: Zajistit u klientky hodnocení bolesti pomocí stupnice a zapsat do dokumentace.

Zajistit pomoc klientce při hledání vhodné úlevové polohy.

Zajistit pomoc při nácvičování vstávání z lůžka postupem k zmírnění bolesti při pohybu v místě sutury.

Podávat medikace k tlumení bolesti dle ordinace lékaře.

Plán ošetrovatelské péče: Klientku jsem informovala o stupnici hodnocení bolesti. Dle stupnice je klientka schopná subjektivně hodnotit svou bolest, kterou jsem zaznamenávala průběžně do dokumentace, její lokalizaci a charakter. Klientka udávala bolest v místě laparotomie a jejím okolí. Při pooperační mobilizaci jsem s klientkou nacvičovala správné vstávání z lůžka přes bok, aby nezatěžovala břišní stěnu a ulevila od bolesti při tomto pohybu. Dále jsem klientce doporučila úlevovou polohu na zádech nebo na boku, dle jejího uvážení. Klientka má možnost tlumit bolest analgetiky, které jsem podávala dle ordinace lékaře.

Vyhodnocení ošetrovatelské péče: Klientka porozuměla hodnocení bolesti a sděluje charakter bolesti a lokalizaci. Klientka využívá úlevové polohy a udává zmírnění bolesti při jejím využití. Při podání analgetik bolest mizí.

8.3.2 Potencionální ošetrovatelské diagnózy

1. Riziko infekce 00004

Doména: 11 Bezpečnost – ochrana, Třída: 1 Infekce

Určující znaky: 0

Související faktory: 0

Rizikové faktory: Invazivní postupy, prostředí se zvýšeným výskytem patogenů, farmaka, destrukce tkání.

Testy, škály: hodnocení dle Madonna.

Definice: Zvýšené riziko napadení patogenními organizmy.

Ošetrovatelská diagnóza: přijata

Cíl: Klientka je bez místních a celkových známek infekce. Klientka je poučena o hygienickém režimu, prevenci vzniku infekce a dodržuje je.

Intervence: Při ošetřování klientky dodržovat aseptické postupy, dodržovat individualizaci pomůcek.

Sledovat fyziologické funkce klientky a její celkový stav, odchylky od stanoveného rozmezí neprodleně hlásit lékaři.

Při zavádění a péči o periferní žilní katétr postupovat asepticky.

Kontrolovat a dokumentovat místo vpichu a jeho okolí.

Při zjištění infekce přerušit podání i. v. léků, odstranit periferní žilní katétr a informovat lékaře.

Při zavádění a péči o permanentní močový katétr postupovat asepticky.

Kontrolovat funkčnost permanentního močového katétru.

Kontrolovat hojení sutury a informovat klientku v péči o poporodní poranění.

Plán ošetrovatelské péče: U klientky jsem během ošetřování dodržovala aseptické postupy. Sledovala jsem a hodnotila celkové i místní známky infekce – zvýšená teplota, bolestivost, zarudnutí, otok. V péči o periferní žilní katétr jsem využívala hodnocení dle Madonna. Klientka byla poučena o hygienickém režimu v šestinedělí – časté sprchování, hygiena rukou, častá výměna vložek a osobního prádla. Klientku jsem dále edukovala v péči o jizvu – po sprchování řádně osušit, nechat jizvu „větrat“ odkrytím oblečení z ní, za 10-14 dní možno jizvu mazat krémem.

Vyhodnocení ošetrovatelské péče: Klientka dodržuje hygienický režim v šestinedělí, zná způsoby prevence vzniku infekce a vše řádně dodržuje. U klientky nedošlo k projevům místních ani celkových známek infekce. Sutura po porodu císařským řezem se hojí per primam, nebolestivá, klidná.

2. Riziko pádu 00155

Doména: 11 Bezpečnost – ochrana, Třída: 2 Fyzické poškození

Určující znaky: 0

Související faktory: 0

Rizikové faktory: Neznámý pokoj, opiáty, pooperační stav, zhoršená fyzická pohyblivost.

Testy, škály: hodnocení úrovně soběstačnosti dle Gordonové.

Definice: Zvýšená náchylnost k padání, které může způsobit fyzickou újmu.

Ošetřovatelská diagnóza: přijata

Cíl: Klientka během hospitalizace neupadne ani se nezraní následkem pádu.

Intervence: Seznámit klientku s oddělením a pokojem.

Zajistit signalizaci v dosahu klientky.

Dbát na prevenci pádu zajištěním klientky po aplikaci opiátů – např. zvednutím postranic.

Zajistit dopomoc při přemísťování z lůžka do sprchy.

Zajistit dopomoc při hygieně.

Plán ošetřovatelské péče: Po příjezdu na JIP byla klientka seznámena s oddělením i pokojem.

Byla edukována o správném použití signalizace, kterou měla vždy v dosahu. Osobní hygiena byla provedena na lůžku, klientka nevstávala. Po překladech na oddělení šestinedělí byla klientka seznámena s novým oddělením a pokojem. S dopomocí druhé osoby došla do sprchy a provedla osobní hygienu bez pádu. Další dny hospitalizace se klientka pohybovala již bez potřeby dopomoci v chůzi a osobní hygieně.

Vyhodnocení ošetřovatelské péče: Klientka během hospitalizace dbala na prevenci pádu, neupadla, nezranila se, porozuměla signalizačnímu zařízení a využívala jej dle potřeby.

9 Standard ošetrovateľskej péče a audit

9.1 Návrh standardu ošetrovateľskej péče o ženu po porodu císarským řezem

Cíl

- Sjednocení postupu ošetrovateľskej péče v šestinedělí o ženy po porodu císarským řezem.
- Uspokojit bio-psycho-sociální potřeby u ženy v šestinedělí.
- Zajistit bezproblémový průběh šestinedělí u ženy v průběhu hospitalizace ve zdravotnickém zařízení.

Indikace

- Ženy po porodu císarským řezem, hospitalizované na jednotce intenzivní péče (dále JIP), oddělení operační gynekologie, oddělení šestinedělí.

Kritéria struktury

S1: Osoby kompetentní vykonávat ošetrovateľskou péči o ženu po operativním vedení porodu - porodní asistentka (dále PA), ženská sestra, všeobecná sestra

S2: Prostředí: porodnicko-gynekologické oddělení (klinika) – JIP, operační gynekologie, šestinedělí.

S3: Pomůcky: pomůcky ke sledování fyziologických funkcí - teploměr, tonometr, fonendoskop, hodinky, monitory na JIP

: pomůcky k zajištění hygienické péče - hygienické pomůcky (mýdlo, žínka, ručník), sterilní vložky, čisté ložní a osobní prádlo,

: jiné pomůcky k ošetrovateľské péči dle potřeby – emitní miska, buničina, jednorázové savé podložky, podložní mísa

: zdravotnická dokumentace.

S4: Zdravotnická dokumentace: Ošetrovateľská anamnéza, Průběh porodu, Porodopis, Operační protokol, Průběh šestinedělí, Denní dekurz, Epikríza.

S5: Znalost hygienicko-epidemiologického režimu: individualizace pomůcek, dezinfekce rukou, dekontaminace pomůcek, práce s biologickým odpadem.

S6: Znalost průběhu perioperačního období: období bezprostředně po porodu císařským řezem (na oddělení JIP), období raného šestinedělí (na oddělení šestinedělí).

S7: Znalost možných komplikací v perioperačním období: sledování krvácení, známky infekce, hojení rány per primam, per secundam, sledování odchodu moči, střevní peristaltiky, respiračních obtíží a vědomí po anestezii.

Kritéria procesu

P1: PA převezme zdravotnickou dokumentaci a seznámí se se stavem klientky.

P2: PA posoudí stav klientky a plní ordinace lékaře.

P3: PA stanoví u klientky ošetrovatelské problémy dle posouzení současného stavu potřeb a na základě diagnostického algoritmu stanoví ošetrovatelské diagnózy.

Biologické potřeby

P4: PA sleduje fyziologické funkce dle ordinace lékaře a zaznamenává je do dokumentace. V případě patologických hodnot ihned informuje lékaře.

P5: PA monitoruje a zaznamenává výskyt bolesti, její lokalizaci, charakter, intenzitu a hlásí ji lékaři.

P6: PA informuje klientku o možnosti využití analgetik. Po jejich aplikaci sleduje účinek.

P7: PA kontinuálně sleduje u klientky známky vnitřního a zevního krvácení.

P8: PA sleduje odchod očítků, jejich množství, barvu, zápach a monitoruje zavinování dělohy.

P9: PA pravidelně kontroluje porodní poranění (krytí rány, suturu a její okolí, zarudnutí, hematom, otok) a jeho hojení.

P10: PA edukuje klientku o správném ošetřování porodního poranění (častá výměna hygienických vložek, častá hygienická péče – sprchování, mytí rukou, vhodné osobní prádlo).

P11: PA informuje lékaře ihned při zjištění jakékoli patologie ve zdravotním stavu klientky.

P12: PA sleduje odchod moči u klientky. Klientka je poučena o spontánním močení za 6 hodin po porodu nebo po vytažení permanentního močového katetru.

P13: PA sleduje odchod stolice. Klientka je poučena o vhodnosti stravy (kompotované ovoce, strava bohatá na vlákninu), dostatečném přísunu tekutin, pohybu. V případě zácpy PA informuje lékaře a dle ordinace lékaře podává laxancia a sleduje jejich účinek.

P14: PA edukuje klientku o dodržování osobní hygieny a kontroluje její dodržování (použití sprchy po každém močení, stolici, pravidelné mytí rukou, zvláště před a o po kojení).

P15: PA sleduje nástup laktace u klientky, kontroluje stav prsou, správnou techniku kojení. Edukuje klientku o postupech na podporu laktace.

P16: PA zajistí ordinovanou dietu, kontroluje vhodnost donesené stravy a podává klientce.

P17: PA zaznamenává zjištěné údaje a provedenou péči do dokumentace.

Psychické potřeby

P18: PA sleduje psychiku klientky (změny nálad, úzkost, vztah k dítěti, k sobě samé a k okolí) a patologické změny hlásí lékaři.

P19: PA v průběhu hospitalizace informuje klientku o jejím zdravotním stavu a odpovídá srozumitelně na dotazy.

P20: PA ochotně pomáhá najít klientce způsob k uspokojení jejích potřeb dle možností oddělení – nácvik mobilizace a sebeobsluhy, poskytnutí psychické opory, nácvik a plánování denního režimu klientky.

Sociální potřeby

P21: PA umožňuje v rámci oddělení dostatek možností kontaktu s rodinou a přáteli.

P22: PA pomáhá zajistit klientce potřeby bezpečí a jistoty.

P23: PA pomáhá klientce v nácviku péče o novorozence, ochotně odpovídá na dotazy ohledně péče o novorozence a jeho zdravotním stavu.

Kritéria výsledku

V1: Klientka má fyziologické funkce v normohodnotách.

V2: U klientky je pravidelně hodnocena bolest a zaznamenána v dokumentaci s podávanými analgetiky.

V3: Klientce se pravidelně kontroluje odchod očístků a zavínování dělohy.

V4: Klientka je dostatečně poučena o dodržování osobní hygieny, o zásadách ošetřování porodního poranění a poučení rozumí.

V5: U klientky se rozvíjí laktace, prsy jsou normotrofické, klientka si osvojila správnou techniku kojení.

V6: Klientka dodržuje režim šestinedělí, péči o novorozence zvládá samostatně.

V7: Klientka je edukována o důležitosti hlásit ihned změny v jejím zdravotním stavu ošetřujícímu personálu.

V8: Všechny získané informace o celkovém stavu klientky jsou zaznamenány v dokumentaci a ošetřující personál je informován.

V9: Klientce je poskytnuta dostatečná péče v uspokojování jejích psychických a sociálních potřeb. (Kontrová,L, 2005)

9.2 Návrh auditu k navrhovanému standardu péče a jeho zápis

Ošetrovací jednotka:

Auditoři:

Cíl: zhodnocení plnění ošetrovatelského standardu v péči o ženu po porodu císařským řezem

Datum auditu:

	Kód	Kontrolní kritérium	Metoda hodnocení	Souhlasí	Nesouhlasí
STRUKTURA	S1	Vykonává ošetrovatelskou péči kompetentní osoba?	Kontrola kompetentní osoby		
	S2	Jsou splněna kritéria pro prostředí?	Kontrola prostředí		
	S3	Jsou k dispozici pomůcky pro ošetrovatelskou péči?	Kontrola pomůcek		
	S4	Je zdravotnická dokumentace kompletní?	Kontrola ošetrovatelské dokumentace		
	S5 S6 S7	Splňuje PA znalost hygienicko-epidemiologického režimu, průběhu perioperačního období a možných komplikací v perioperačním období?	Otázky pro PA		
PROCES	P1	Převzala PA zdravotnickou dokumentaci a seznámila se stavem pacientky??	Pozorování PA během vykonávané práce		
	P2	Plní PA ordinace lékaře?	Pozorování PA během vykonávané práce		
	P3	Stanovila PA ošetrovatelské problémy a diagnózy u klientky?	Kontrola ošetrovatelské dokumentace		
	P4	Jsou změřené a zaznamenány fyziologické funkce klientky v dokumentaci?	Kontrola ošetrovatelské dokumentace		
	P5 P6	Zaznamenala PA monitoraci bolesti, edukovala klientku o možnosti využití analgetik a sleduje jejich účinek?	Kontrola ošetrovatelské dokumentace		
			Otázka pro klientku zda rozumí edukaci		
P7 P8	Jsou u klientky sledovány známky krvácení a odchod očítků?	Pozorování PA během vykonávané práce			

	P9 P10	Kontroluje PA porodní poranění a edukovala klientku v péči o porodní poranění?	Pozorování PA během vykonávané práce		
			Otázka pro klientku zda rozumí edukaci		
	P11	Informuje PA lékaře při zjištění patologií ve zdravotním stavu klientky?	Otázka pro lékaře		
	P12 P13	Sleduje PA odchod moči a stolice a informuje klientku v péči o vylučování?	Kontrola ošetrovatelské dokumentace a otázka pro klientku		
	P14	Edukovala PA klientku v nutnosti dodržování osobní hygieny?	Otázka po klientku		
	P15	Sleduje PA nástup laktace a podporuje klientku?	Pozorování PA během vykonávané práce		
	P16	Zajistila PA ordinovanou dietu a kontroluje vhodnost donesené stravy?	Pozorování PA během vykonávané práce		
	P17	Zaznamenala PA veškeré údaje a provedenou péči do dokumentace?	Kontrola ošetrovatelské dokumentace		
	P18	Sleduje PA psychiku klientky a změny hlásí lékaři?	Pozorování PA během vykonávané práce		
	P19 P20	Je klientka informována o svém zdravotním stavu a je jí poskytnuta pomoc v uspokojování jejích potřeb?	Otázky pro klientku		
	P21 P22	Je klientce umožněn dostatek sociálních kontaktů a zajištěn pocit bezpečí a jistoty?	Otázky pro klientku		
	P23	Pomáhá PA klientce v péči o novorozence a odpovídá na dotazy?	Pozorování PA během vykonávané práce		
	VÝSLEDEK	V1	Je splněno kritérium V1 a zaznamenáno v dokumentaci?	Kontrola ošetrovatelské dokumentace	
V2		Je splněno kritérium V2 a zaznamenáno v dokumentaci?	Kontrola ošetrovatelské dokumentace		
V3		Je splněno kritérium V3 a zaznamenáno v dokumentaci?	Kontrola ošetrovatelské dokumentace		
V4		Je klientka edukována dle kritéria V4 a poučení rozumí?	Otázka pro klientku		
V5		Je splněno kritérium V5?	Otázka pro PA a klientku		
V6		Je splněno kritérium V6?	Otázka pro PA		
V7		Je klientka edukována dle kritéria V7 a poučení rozumí?	Otázka pro klientku		
V8		Jsou zaznamenány veškeré informace o klientce v dokumentaci?	Kontrola ošetrovatelské dokumentace		

	V9	Je klientce poskytována dostatečná péče v oblasti psychických a sociálních potřeb?	Otázka pro klientku		
--	----	--	---------------------	--	--

Způsob vyplnění - v případě shody s kritériem označte hodnocení v kolonce - **Souhlasí**

- v případě neshody s kritériem označte hodnocení v kolonce - **Nesouhlasí**

Hodnocení standardu ošetrovatelské péče

Celkový počet neshod:

Z toho: neshody v dokumentaci

: neshody v postupu PA

: neshody u klientky

Diskuze

Porod akutním císařským řezem je specificky složitý děj. Pooperační ošetrovatelská péče se týká péče u klientky jak po operaci tak zároveň po porodu. Jde tedy o specificky poskytovanou péči, která musí být prováděna důsledně. Porodní asistentka musí být ve střehu, všímat si subjektivních i objektivních projevů rodičky, které by mohly ovlivnit pooperační rekonvalescenci. Během hospitalizace na oddělení JIP a šestinedělí se vyskytuje několik ošetrovatelských problémů, na které by se měla porodní asistentka zaměřit, aby splnila cíl ošetrovatelské péče – uspokojení potřeb klientky.

V bakalářské práci jsem zpracovala tři ošetrovatelské plány péče podle modifikace funkčního ošetrovatelského modelu Marjory Gordonové u klientek po porodu císařským řezem s indikací hrozící hypoxie plodu. Dále jsem využila diagnostický algoritmus podle taxonomie Nanda II. International. Potřebné informace jsem získala od klientek při sepisování anamnézy na oddělení JIP, dále z ošetrovatelské a lékařské dokumentace.

Podle diagnostického algoritmu jsem popisovala ošetrovatelské problémy. Mezi aktuální problémy jsem zařadila akutní bolest, porušenou tkáňovou integritu, zhoršenou schopnost přemístit se, únavu a porušený spánek. Dále hrozící riziko infekce a riziko pádu, kterým se dá předcházet dodržováním aseptickým postupem při poskytování péče a dodržováním prevencí pádu.

Na základě zjištěných ošetrovatelských problémů u klientek jsem vytvořila standard ošetrovatelské péče o ženu po porodu císařským řezem. Kdy výhodou standardu je možnost provádět kontrolu poskytované ošetrovatelské péče a hledat nedostatky s následnými nápravnými postupy.

Tvorba bakalářské práce mě obohatila o informace týkající se císařského řezu a ošetrovatelské péče o klientky po porodu císařským řezem. Tato problematika je v dnešní době stále aktuální, kterou se zabývalo mnoho publikací. Přesto by se jí měla věnovat pozornost i v nových výzkumných pracích zaměřujících se na ošetrovatelskou péči. Neboť vzájemná důvěra mezi ošetřujícím personálem a klientkou je důležitá nejen pro průběh operačního řešení porodu, ale i pro poporodní období.

Závěr

Cílem závěrečné práce bylo přispět k vytvoření standardu ošetrovatelské péče o ženu v patologickém šestinedělí po porodu císařským řezem a dát tak podnět porodním asistentkám, aby byla ošetrovatelská péče prováděna formou ošetrovatelského procesu.

V teoretické části se stručně zabýváme císařským řezem, jeho indikacemi, kontraindikacemi, ošetrovatelskou péčí před porodem a zvláštnostmi v ošetrovatelské péči po porodu. Dále jsem popsala ošetrovatelskou péči prováděnou porodními asistentkami.

V praktické části jsem zpracovala tři kazuistiky žen po porodu císařským řezem s indikací hrozící hypoxie plodu. U nichž jsem dále zpracovala ošetrovatelskou péči formou ošetrovatelského procesu. Na základě získaných informací jsem vytvořila standard ošetrovatelské péče, kde jsem pro přehlednost rozdělila kritéria procesu podle potřeb na biologické, psychologické a sociální. V kritériích biologických potřeb jsem se zaměřila na základní úlohy porodní asistentky, např. sledování fyziologických funkcí, hojení porodního poranění, monitorování bolesti, dodržování hygienického režimu, sledování odchodu stolice a moči a další uvedená kritéria. V kritériích psychologických a sociálních potřeb jsem se zaměřila na dostatečnou edukaci klientky, které porozuměla. Dále na zajištění dostatečné psychické pohody, uspokojení sociálních a spirituálních potřeb.

Myslím si, že využitím standardu ošetrovatelské péče v praxi, by mohlo dojít ke zlepšení kvality poskytované ošetrovatelské péče a k možnosti její zpětné kontroly pomocí navrhovaného auditu.

Literatura

1. ČECH, E. a kol. *Porodnictví*. 2. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 978-80-247-1303-8.
2. DUŠOVÁ, B., MAREČKOVÁ, J. *Úvod k péči porodní asistentky o těhotnou ženu při nepravidelném porodu*. 1. vyd. Ostrava : Ostravská univerzita v Ostravě, 2009. ISBN 978-80-7368-663-5.
3. LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0668-7.
4. KUDELA, M. a kol. *Základy gynekologie a porodnictví pro posluchače lékařské fakulty*. 2. vyd. Olomouc, 2008. ISBN 978-80-244-1975-6.
5. ROZTOČIL, A. a kol. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-1941-2.
6. ZWINGER, A. et al. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha : Galén, 2004. ISBN 80-7262-257-9.
7. KONTROVÁ, L. a kol. *Štandardy v ošetrovatelstve*. Martin : Osveta, 2005. ISBN 80-8063-198-0.
8. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství I*. druhý dotisk 1. vyd. Praha : Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0429-9.
9. HERDMAN HEATHER, T. et al. *OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY Definice & klasifikace 2009-2011*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3423-1.
10. MAREČKOVÁ, J., JAROŠOVÁ, D. *NANDA domény v posouzení a diagnostické fázi ošetrovatelského procesu*. 2. vyd. Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2005. ISBN 80-7368-058-0.
11. STAŇKOVÁ, M. Kvalita ošetrovatelské péče a štandardy v ošetrovatelství. *Sestra*. 1996, roč. 6, č. 4, s. 7-8. ISSN 1210-0404.
12. MÁŠOVÁ, R., HAVRDLÍKOVÁ, M. Standardy ošetrovatelské péče podle Donabediana. *Sestra* [online]. 2009. roč. 19, č. 9, [cit. 20. června 2012], s. 19. Dostupný z WWW: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/standardy-oseetrovatelske-pece-podle-donabediana-444784>>.
13. DOLEŽAL, A. *Porodnické operace*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. ISBN 978-247-0881-2.
14. LACOVÁ, D. *Standard ošetrovatelské péče o ženu s fyziologickým šestineděním*. Pardubice, 2009.

Seznam použitých zkratk

1. DIC – diseminovaná intravaskulární koagulace
2. GBS – streptococcus agalactiae – streptokok skupiny B
3. inj. – injekčně
4. JIP – jednotka intenzivní péče
5. P – puls
6. PA – porodní asistentka
7. TK – tlak krevní
8. TT – tělesná teplota
9. VAS – vizuální analogová škála

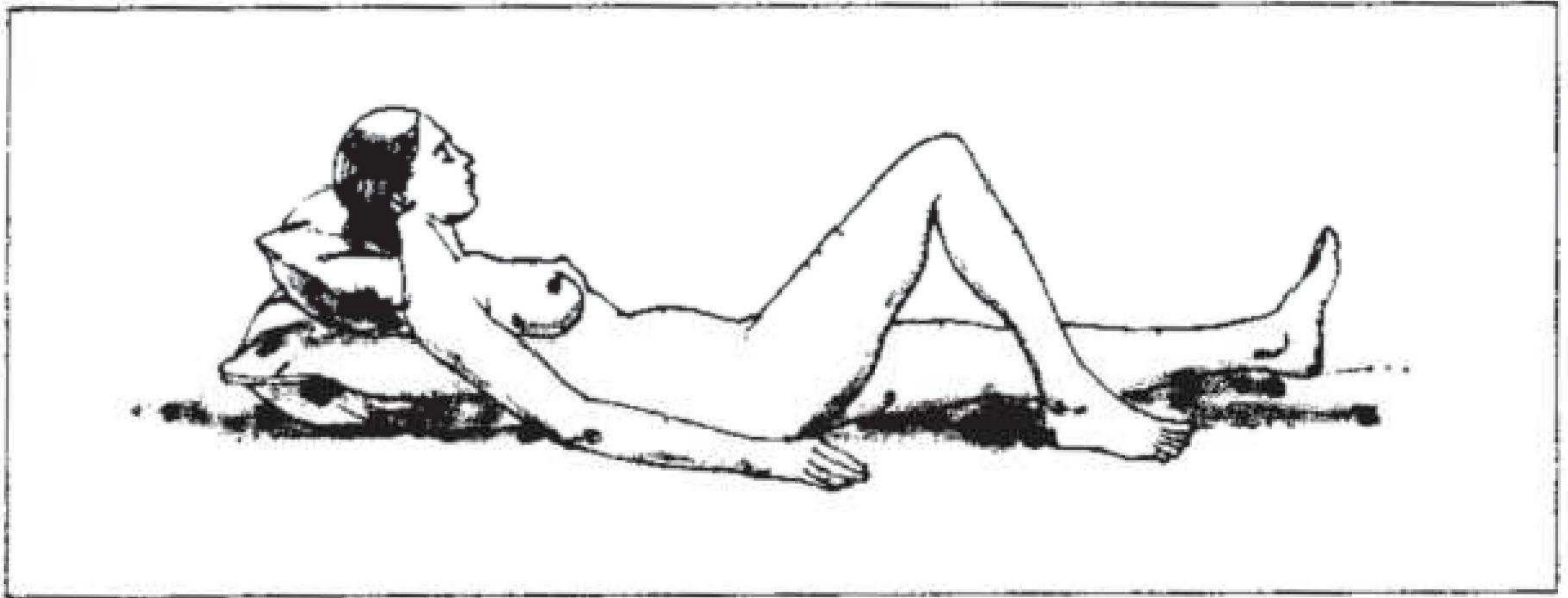
Seznam příloh

Příloha A: Pooperační rehabilitace

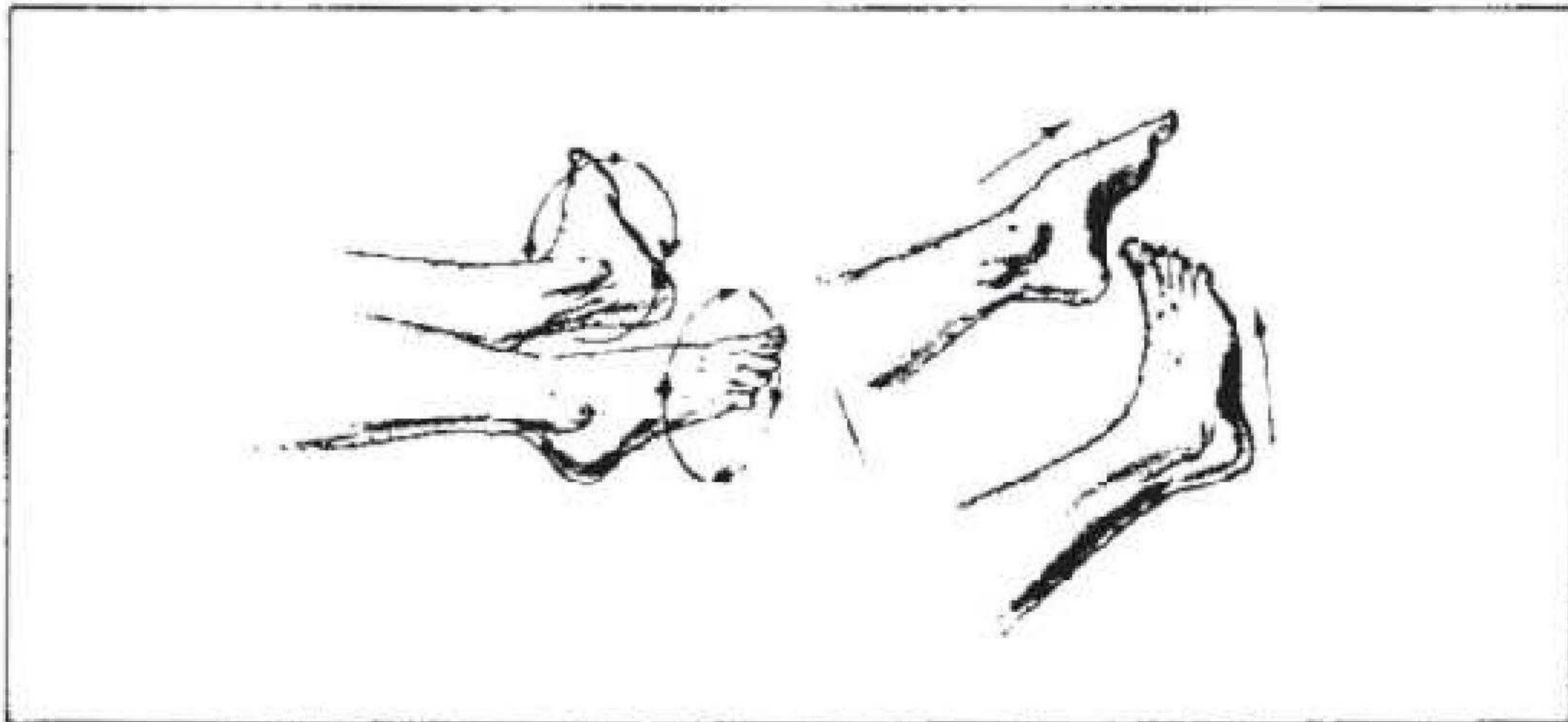
Příloha B: Vizuální analogová škála bolesti

Příloha C: Zdrojová data – na CD

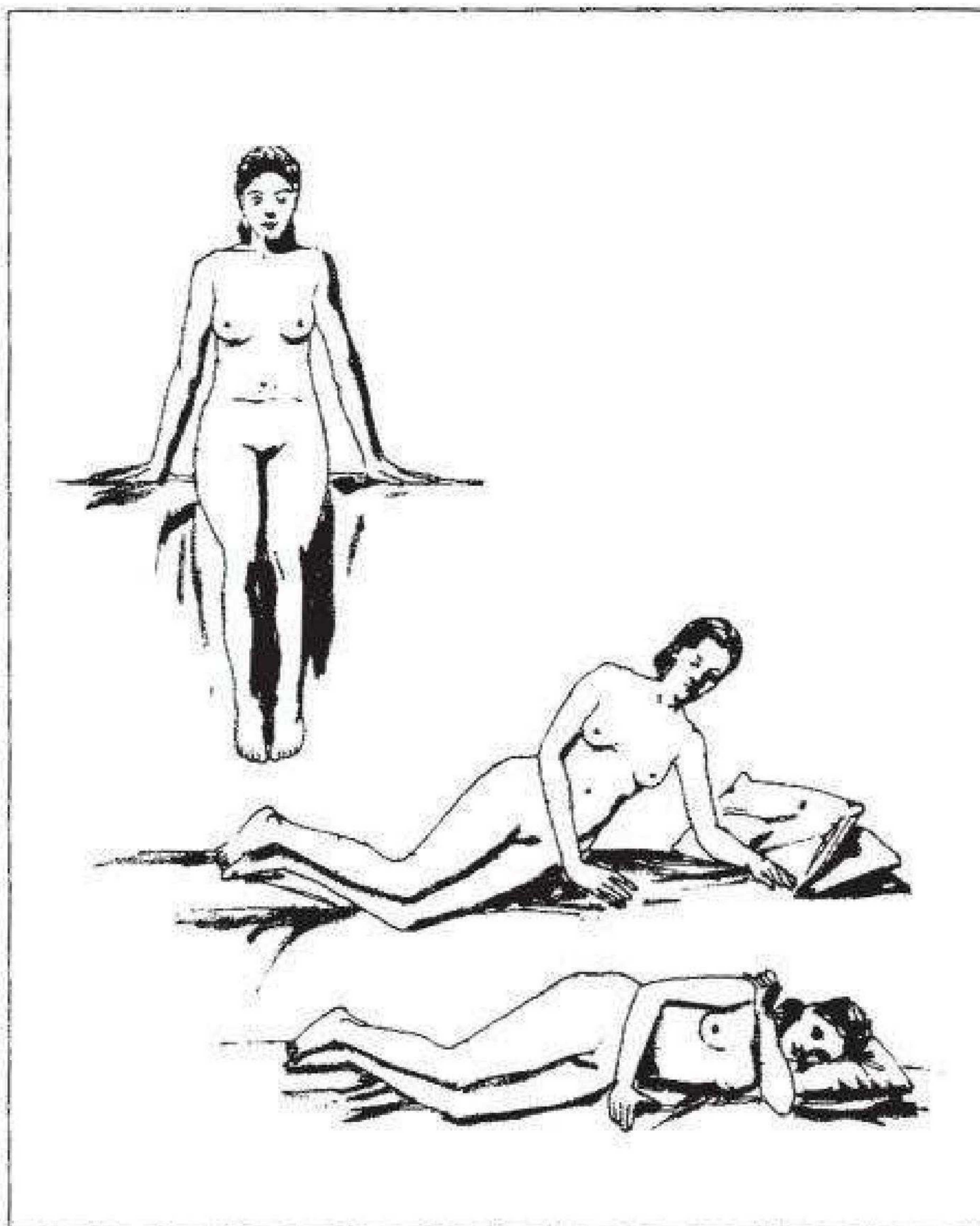
Příloha A: Pooperační rehabilitace



Obr. 1 Střídání flexe a extenze dolních končetin (Roztočil, A., 2008)

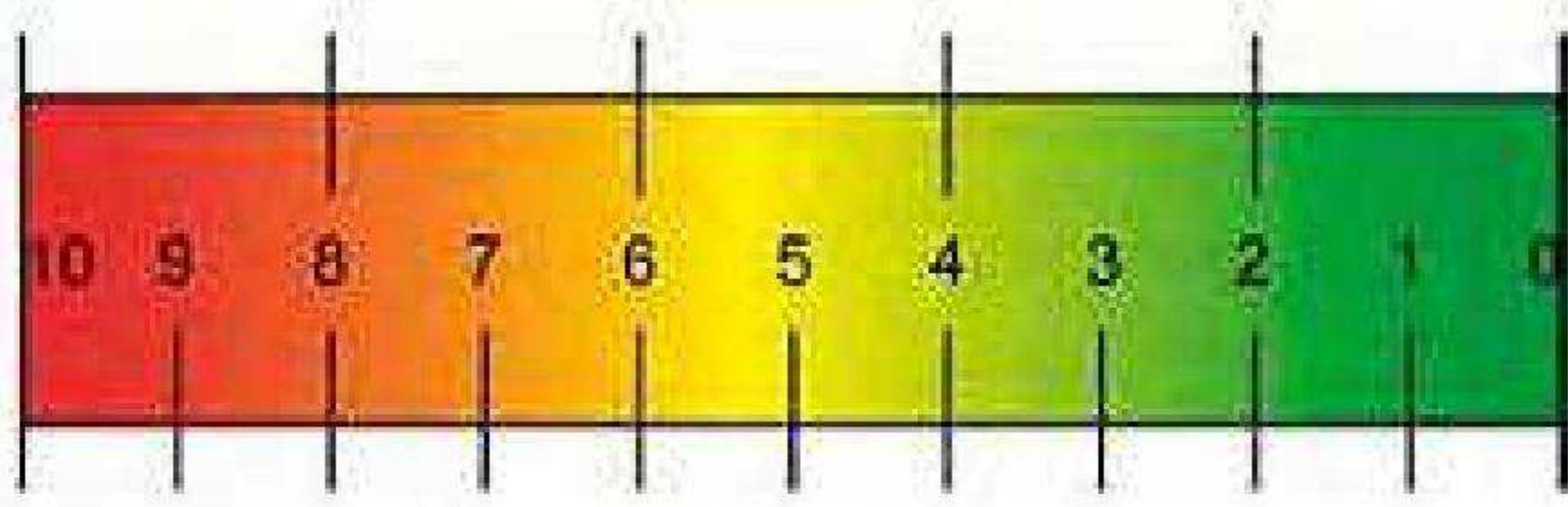


Obr. 2 Aktivní cvičení hlezenních kloubů (Roztočil, A., 2008)



Obr. 3 Návuk vstávání z lůžka nebo ukládání do lůžka (Roztočil, A., 2008)

Příloha B: Vizuální analogová škála bolesti



Obr. 4 Hodnocení intenzity bolesti dle vizuální analogové škály (Roztočil, A., 2008)