

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**INFORMOVANOST PACIENTEK PŘED A PO OPERACI
O PROVEDENÉM VÝKONU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí práce:
MUDr. Petr Sák Ph. D.

2007

Autor:
Hana Prskavcová

ABSTRACT

Due to its huge potential for saving the life of mother and baby, the caesarean section is incomparable with any other operation. Recently, this operation became a highly debated issue in obstetrics. Its most positive aspects become prominent especially in connection with the advancement of perinatology, a field that attracts substantial attention. Every pregnancy and delivery, both of a healthy and affected child, are tightly associated with this field. Apparently, each and every crown invested into perinatology will pay multiply back. Modern approaches and more sophisticated techniques in this field, and within the last decade in neonatology in particular, frequently require the termination of pregnancy by the caesarean section.

The aim of this study entitled “Knowledgeableness of women patients before and after an operation of the intervention” was to analyze to which extend women are informed about the pre-operational care. Moreover, its aim was to establish the level of knowledge about the post-operational care. Three hypotheses have been proposed. Hypothesis No. 1 postulated: Women consider themselves to be well informed before the planned caesarean section. The performed research confirmed this hypothesis. Hypothesis No.2, which was not confirmed by the available data, postulated: Before the caesarean section, women do not feel to be properly informed about the surgery. Hypothesis No. 3 was formulated as follows: Women that underwent the caesarean section are comfortable with the way they have been informed about the operation. Again, this hypothesis was found valid. This research had been performed by means of questionnaires handed to women that went through the caesarean section at the Puerperium ward of the general hospital in České Budějovice. The way this research had been realized was justified by the fact that it provided a wealth of data in a short period of time and remained anonymous.

I conclude from the obtained data that women are generally provided with sufficient information about the pre- and post-operational cares in relation to the caesarean section. It is considered highly positive that women facing the caesarean section were content with the planned surgery even when time frame for a satisfactory and profound informing was not available. It can be concluded that profound awareness

of patients with any medical procedure, the caesarean section being no exception, is a necessary prerequisite for good and vital collaboration with the patient, as well as for a successful and affective medical care.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Informovanost pacientek před a po operaci o provedeném výkonu“ vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které uvádím v příložené bibliografii.

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

V Českých Budějovicích, dne.....

.....
Podpis studenta

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucímu práce panu Prim. MUDr. Petru Sákovi Ph. D. za jeho čas, ochotu a cenné rady při zpracování bakalářské práce. Jeho vedení a pomoci si velmi vážím.

OBSAH :	str.
Úvod	8
1. SOUČASNÝ STAV	9
1.1. Porodnická operativa	9
1.2. Císařský řez z lékařského pohledu	10
1.2.1. Definice zákroku	10
1.2.2. Historie	10
1.2.3. Frekvence císařských řezů	11
1.2.4. Indikace a kontraindikace k císařskému řezu	11
1.2.5. Podmínky k císařskému řezu	14
1.2.5.1. Anestezie	14
1.2.6. Rizika císařského řezu	16
1.2.7. Technika operace	16
1.3. Císařský řez z hlediska ošetrovatelské péče	18
1.3.1. Předoperační příprava	18
1.3.1.1. Předoperační příprava u plánovaného císařského řezu	20
1.3.1.2. Předoperační příprava u akutního císařského řezu	22
1.3.2. Ošetrovatelská péče v průběhu operačního zákroku	24
1.3.3. Pooperační péče o ženu po císařském řezu	25
1.3.3.1. Monitorování základních funkcí	26
1.3.3.2. Péče o spánek a odpočinek, management bolesti	26
1.3.3.3. Péče o výživu	28
1.3.3.4. Péče o vyprazdňování	29
1.3.3.5. Péče o operační ránu, jizvu	31
1.3.3.6. Aktivizace, rehabilitační cvičení	32
1.3.3.7. Péče o hygienu a oblékání	34
1.3.3.8. Kojení u ženy po císařském řezu	34
1.3.3.9. Psychosociální aspekty péče u ženy po císařském řezu	35
1.4. Problematika informovanosti	36
1.4.1. Zásady komunikace s těhotnou ženou a rodičkou	37

1.4.2. Podávání informací u plánovaného císařského řezu	38
1.4.3. Podávání informací u akutního císařského řezu	40
1.4.4. Právní aspekty podávání informací u císařského řezu	41
2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	43
2.1 Cíl práce	43
2.2 Hypotézy	43
3. METODIKA	44
3.1 Metodika práce	44
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru	44
4. VÝSLEDKY	45
5. DISKUZE	71
6. ZÁVĚR	79
7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	81
8. KLÍČOVÁ SLOVA	86
9. PŘÍLOHY	87

Úvod

Problematika porodnické operativy je velice širokým tématem, které mi poskytlo možnost zamyslet se celkově nad lékařským vedením porodu a jeho kritikami. Přes všechna opodstatněná proti se přikláním k názoru, že lékařské vedení porodu a zvláště jeho operativní ukončení císařským řezem, je pro svůj obrovský potenciál pro záchranu života matky a plodu, který je nesrovnatelný s žádnou jinou operací, nezbytnou a nezpochybnitelnou problematikou oboru. Proto jsem se rozhodla císařskému řezu práci věnovat.

V posledních době je problematika císařského řezu velmi atraktivní a diskutovanou oblastí porodnictví. Jeho pozitivní a asi nejvíce znatelný význam vystupuje do popředí v souvislosti s rozvojem celé perinatologie, oborem, který si zaslouží velkou pozornost, který provází každé těhotenství i porod, narození každého zdravého i nemocného dítěte a zvláště dítěte s postižením, je to obor, kde se každá investovaná koruna mnohonásobně vrací. Moderní postupy a stále dokonalejší techniky v perinatologii a v posledních desetiletích hlavně v oblasti neonatologie by se bez možnosti operativního ukončení těhotenství a porodu císařským řezem neobešly. Díky tomuto propojení je dnes možné zajistit kvalitní život i novorozencům narozeným již po 24. týdnu vývoje.

Informovanost žen v souvislosti s císařským řezem, stejně jako jakýmkoli jiným operačním zákrokem, je předpokladem dobré spolupráce s ženou a úspěšné a efektivní ošetrovatelské i lékařské péče. V situaci, kdy jsou matka nebo plod ohroženi na zdraví nebo na životě je citlivý rozhovor a kvalitní komunikace základem důvěry ve vztahu lékař a pacient, průběžným podáváním informací především o dalším osudu dítěte, ale také o jednotlivých aspektech péče a o operaci samotné lze u matky zmírnit pocit strachu a nejistoty z neznámého. I proto se samotná problematika informovanosti stává stále častěji předmětem zkoumání.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1. Porodnická operativa

Porodnická operativa patří nepochybně mezi nejstarší na světě. Porodnictví již dávno nelze charakterizovat jen jako odvětví chirurgie. V době, kdy byla oddělená medicína od ranhojičství, se vydělili porodníci od chirurgie. Chirurgové byli voláni k případům beznadějným, zanedbaným, neproditelným, kde nezbývalo nic jiného než zmenšovací operace. Jejich postupy zkracovaly utrpení rodiček a v řadě případů zachraňovaly ženám život. Nejvzdělanější z chirurgů si postupně osvojovali tehdejší vědecké poznatky především z anatomie. Byly zjištěny zákonitosti porodního mechanismu, oživeny takové operace jako obrat a extrakce. Vývoj oboru byl ovlivněn rozvojem vhodných nástrojů. Do konce 17. století spadá objev porodnických kleští. Císařský řez známý od starověku měl limity v neznalosti anestezie a mikrobiologie.

Ve srovnání s chirurgickými výkony jiných operačních oborů má porodnická operativa řadu specifík. Především jde o výkony, které nejsou prováděny na jednom pacientovi, ale jeden výkon řeší situaci dvou i více pacientů, matky, plodu, eventuálně plodů.

Porodnické operace můžeme dělit na operace přípravné nebo rozšiřující (epiziotomie), operace ukončující těhotenství a porod (císařský řez) a operace 3. doby porodní a v průběhu šestinedělí (manuální vybavení lůžka).

V minulosti porodnictví byla vykonávána celá řada operačních zákroků, které byly značně rizikové pro matku i plod. Moderní perinatologie proto tyto operace postupně opustila. Je však nutné si uvědomit, že i současně prováděné operace jsou přes dnešní medicínské možnosti někdy velmi závažné. Proto jejich indikace i realizace musí být na vysoké odborné úrovni (3, 7, 41).

1.2. Císařský řez z lékařského pohledu

1.2.1. Definice

„Císařský řez (sectio caesarea) je nejčastější operací, kterou se ukončuje těhotenství ve třetím trimestru a porod“ (3, s.410). Jde o metodu, při níž je plod extrahován z dělohy přes stěnu břišní (6).

1.2.2. Historie

Z historických pramenů vyplývá, že císařský řez znali již v Mezopotámii nebo starověkém Egyptě. Zmínky o plodu, který je porozen vyjmutím z dělohy a ne cestami „per vias naturales“ nacházíme již v mytologii. (babictví) Z mytologie přešlo vědomí o možnosti této operace i do legislativy. Královský zákon Legia Artes (7. – 8. století př. n. l.), dochovaný v Justiniánově právním občanském zákoníku, obsahuje ustanovení, že žádná těhotná žena nesmí být pochována, pokud nebyl z jejího těla vyjmut plod.

V novověku jsou zmínky o provedení císařského řezu od 16. století.

Operace byly prováděny v době, kdy nebyla známa asepse a rána na děloze nebyla šita. Ženy umíraly v souvislosti s krvácením nebo na puerperální sepsi. Výsledky byly velmi špatné a mortalita matek dosahovala 60 – 90 %.

Určitý pokrok v provádění císařského řezu byl umožněn až po zavedení principů asepse Semmelweisem a Listerem ve druhé polovině 19. století. V této době se také přistupuje k provádění sutury děložní stěny a laparotomie, dále zavedení řezu v dolním děložním segmentu dle Franka (1906). K dalšímu rozvoji přispěl rozvoj anestézie, farmakoterapie (uterotonika) a transfuzní služby. Po 2. světové válce je to objev antibiotik, který umožňuje rozšíření indikací k císařskému řezu podstatným omezením septických komplikací. S rozvojem perinatální medicíny a s tím rozšířením indikací císařského řezu o indikace ze strany plodu dochází k výraznému nárůstu této operace, která se stává nejčastěji prováděnou porodnickou operací.

Původ názvu císařský řez není zcela jasný. Podle Pliniovy knihy (23–79 n. l.) - „Historia naturalis T.I.L. Cap.VII.“ vyplývá, že slovo „cesar“ pochází ze slova

„caedere“ (řezati), děti chirurgicky vyňaté z dělohy byly nazývány „caesones“ nebo „caesares“.

Sectio je odvozeno od „seco“, což znamená řezati, tedy obdobný význam jako „caesares“. Termín „sectio caesarea“ je tedy tautologický, obsahující slova stejného významu. Ale přesto, že název je ve své podstatě nesmyslný, zmatený a s císařem neměl nic společného, ujal se ve většině národních pojmenování této porodnické operace a dodnes se běžně užívá. (5, 32)

1.2.3. Frekvence císařských řezů

Snižováním mateřské a perinatální mortality a morbidity a zlepšováním výsledků porodnické operativy dochází k postupnému nárůstu frekvence císařských řezů. Ještě před 2. světovou válkou nedosahovala frekvence císařského řezu ani 1 %. Na začátku 50. let dosahovala 2 %. Začátkem 70. let nepřesahovala 5 %. V roce 1995 dosáhla frekvence 12 %. V současnosti se v ČR frekvence pohybuje okolo 19 % všech porodů, v roce 2006 byl tento údaj 19,5%. V perinatologických centrech, kde jsou soustředěny ženy s rizikovým těhotenstvím je to až 25 % (3, 32).

1.2.4. Indikace a kontraindikace k císařskému řezu

Indikace k císařskému řezu prošly vývojem hlavně v poválečném období. Stalo se tak hlavně v souvislosti se zdokonalením operačních technik, zavedením nových šicích materiálů, dobrými možnostmi boje proti infekci, proti krvácení a výrazným pokrokem v oblasti anestézie. Při indikaci k provedení císařského řezu jde o zachování života a zdraví matky. Stále více vystupuje do popředí i ohled na plod a to nejenom na zachování jeho života, ale také na kvalitu postnatálního života.

Podle povahy indikací se císařský řez dělí na dva druhy. Primární (plánovaný) císařský řez je takový, jehož indikace často koreluje se stavem matky, indikace je předem známá a již v těhotenství je rozhodnuto o jeho termínovém či dřívějším provedení (např. onemocnění matky, pánevní indikace). U sekundárního (neplánovaného) císařského řezu se indikace vyvinula akutně, byl nepředpokládán ohrožen život matky, plodu nebo obou zároveň (např. hypoxie plodu).

Současných indikací k císařskému řezu je celá řada. Týkají se často porodních cest, jindy je v popředí celkový stav rodičky či plodu. V průběhu těhotenství jsou matka i plod ve vzájemné interakci, a tak může být velká část indikací společná. Akutnost indikace závisí nejen na závažnosti povahy patologického stavu (ukazatel kvalitativní), ale také na jejím stupni (ukazatel kvantitativní). Indikace k císařskému řezu může být buď jeden patologický stav, nebo se tyto mohou kumulovat. Potom hovoříme o indikacích sdružených.

Kefalopelvický nepoměr je indikací, týkající se nejen velkých pánevních zúžení, ale také diskrétnějších pánevních změn (hraniční zúžení, změna sklonu pánevní osy). Spolurozhodujícím faktorem je velikost plodu, především jeho hlavičky. Vzácně by se mohla stát překážkou pozdě zjištěná malformace plodu, zvětšující objem některé jeho části.

Patologické procesy v pánvi mohou být vcestnými překážkami pro ukončení porodu vaginální cestou (vcestné myomy, tumory rekta, ren migrans), dále změny a překážky v měkkých porodních cestách (stenózy děložního hrdla zjizveného po plastických úpravách, po cerclage, varixy pochvy, septa a stenózy pochvy). Takové mohou vést nejen k zástavě porodu, ale také mohou následně poškodit rodičku a plod

Další indikací jsou stavy po operacích dělohy a v malé pánvi, jizvy děložní stěny, vzniklé například po enukleacích myomů, po operacích vrozených vad dělohy, po operacích pro močovou inkontinenci, poševních plastikách, operacích různých píštělí a pánevních úrazů. Dřívější postupy, kdy byl indikován císařský řez pro předchozí korporální sekci nebo pro dvakrát provedený supracervikální císařský řez, které mohou být příčinou ruptury dělohy při následném těhotenství a porodu, se dnes již neprovádí zcela preventivně, ale připouští se možnost i po takovýchto zákrocích odvést porod „per vias naturales“.

Patologie placenty jako je placenta previa neboli vcestné lůžko může být indikací plánovanou (vždy centralis a partialis), pokud je odhalena včasné, i akutní, zvláště v případech opakovaného a silného krvácení, stejně tak předčasné odlučování lůžka s opakovaným a silným krvácením a nebo i bez zjevné hemoragie v případě vzniku retroplacentárního hematomu.

Nepostupující porod po nezdařených opakovaných indukcích porodu může nastat při prodlouženém těhotenství, dlouho odteklé plodové vodě (zde je nutné ukončit těhotenství do 48 – 72 hod. po odtoku) a při příznacích rozvíjející se intraovulární infekce.

Indikací mohou být celková onemocnění matky. Těžší nebo zhoršující se celková onemocnění (diabetes mellitus, hypertenze) nebo nemoci orgánů (srdce, plíce, ledviny aj.) mohou být plánovanou, ale i náhle vzniklou indikací. Stejně tomu je při zhoršující se preeklampsii a následně vzniklé i léčené eklampsii. Také při některých onemocněních cévních (aneurysma, čerstvá hluboká trombóza velkých cév), očních (sítinové krvácení) nebo při onemocněních infekčních (herpes genitalis) je indikace často jednoznačná.

Akutní a chronická hypoxie plodu, retardace růstu jsou nejčastějšími indikacemi v zájmu plodu. Dále to může být těžší stupeň anémie plodu při Rh – inkompatibilitě nebo fetomaternální transfuzi, indikace je při těžších stupních onemocnění. Naléhání a výhřez pupečníku je velmi akutní stav zvláště při poloze podélné hlavičkou.

Nepravidelné uložení plodu je často vzhledem k neodstranitelným příčinám primární indikací. Polohy příčné a šikmé, z deflexních poloh vždy poloha čelní, dále i při nepostupujícím porodu poloha obličejová a temenní, dále naléhání a výhřez ruky u polohy podélné hlavičkou, vysoký přímý stav, přední a zadní asynklitismus. U polohy koncem pánevním rozhoduje o indikaci především velikost plodu, držení a zralost, dále věk a parita matky a v neposlední řadě její přání.

Dále jsou to vícečetná těhotenství. U dvojčat je primární indikací uložení nejméně jednoho z plodů v poloze jiné než podélné hlavičkou. I u porodu, kdy je jeden z plodu poroditelný v poloze podélné hlavičkou a druhý v poloze koncem pánevním, je indikován císařský řez kvůli riziku vzniku kolize dvojčat. Indikací mohou být také plody velké. Primárně se per sectionem ukončují porody nezralých plodů a těhotenství s větším počtem plodů (tři a více).

Sdružená indikace nastává v situaci, kdy se na komplexním rozhodování o operační indikaci podílí např. předčasný porod, věk těhotné, parita, neúspěšná

gestační anamnéza, léčená sterilita, aj. Jde o stavy, kdy může být přítomen faktor z maternální i fetální strany.

Mezi nejvzácnější indikace může patřit velmi dramatická situace u umírající či mrtvé ženy. Po klinické smrti z náhlé příčiny (polytraumata) může plod v děloze přežít až 15 minut. Je to situace velice ojedinělá, nicméně je nutné i tuto uvažovat.

Kontraindikací k císařskému řezu existuje několik. Obvykle se neprovádí, jestliže je plod mrtvý nebo je příliš nezralý aby přežil, nebo když má matka patologické hodnoty koagulace (3, 21, 32, 43).

1.2.5 Podmínky k císařskému řezu

Velká část plodu nemá být vstouplá velkým oddílem do porodních cest a fixovaná hluboko v pánvi, např. v pánevní šíři. Její vybavování z nižších rovin laparotomickou cestou může mít za následek jak traumatizaci plodu, tak poškození měkkých částí pánve matky (3, 43).

1.2.5.1. Anestezie

Na začátku 90. let minulého století byla v České republice celková anestezie u císařského řezu téměř jediným používaným postupem. Dnes je nahrazována ve většině vhodných případů regionální anestezii neuroaxiálními blokádami.

Celková anestezie znamená odstranění bolesti dočasným potlačením vnímání a zpracování podnětů v centrálním nervovém systému a dočasné potlačení reflexů. Takový typ anestezie u plánovaného císařského řezu nepředstavuje pro rodičku ani pro plod mimořádně vysoké riziko. U akutních císařských řezů se v situaci, kdy není možné dodržet dobu lačnění, je vyšší riziko aspirace žaludečního obsahu.

Obecnými výhodami celkové anestezie je rychlý a spolehlivý účinek, akutní císařský řez bývá zpravidla hlavní indikací pro celkovou anestezii, kvůli časové prodlevě před nástupem regionální anestezie. Dále je to celkově klidný průběh operace, kardiovaskulární stabilita pacientky, dobrá relaxace příčně pruhovaného svalstva usnadňující operaci.

Naopak nevýhodou je již zmiňovaný Mendelsonův syndrom (aspirace žaludečního obsahu), rychlý transplacentární přestup inhalačních anestetik k plodu může působit supresivně na jeho centrální nervový systém (interval mezi zahájením anestezie a vybavením plodu s podvazem pupečníku by neměl přesáhnout několik minut), inhibiční působení anestetik na řadu faktorů imunitního systému může mít za následek komplikace v hojení operační rány a konečně i chybějící kontakt matky a novorozence po porodu.

Anestezie regionální (často je užíván termín „blokáda“) je dočasná ztráta vnímání zasahující určitou oblast těla, která je vyvolaná přerušením vodivosti periferního nervu nebo nervových svazků. Lokální anestetikum je aplikováno do epidurálního prostoru (epidurální anestezie), při aplikaci pod tvrdou plenu do mozkomíšního moku jde o subarachnoidální anestezii, třetí možností je kombinace obou (kombinovaná epidurální a subarachnoidální blokáda).

Jednoznačnou výhodou je plné vědomí rodičky při výkonu, zachované laryngální ochranné reflexy, a proto je významně sníženo riziko aspirace. Snížené je i riziko intoxikace plodu podanými anestetiky a analgetiky, operatér má při vybavování plodu dostatek času. Menší krevní ztráta díky dostatku prostoru pro stavění krvácení. Regionální anestezie dovolí matce první kontakt s dítětem bezprostředně po jeho vybavení z dělohy.

Nevýhodami jsou například určitá latence, s kterou přichází anestetický účinek, pokles krevního tlaku, postpunkční syndrom vznikající následkem úniku mozkomíšního moku do extradurálního prostoru. Projevuje se postpunkční cefaleou, nauzeou, vomitem nebo změnami vizu, preventivně se pacientka ukládá do horizontální polohy, měla by tak setrvat 24 hodin. Předejít tomu může použití punkční jehly menšího průměru.

Při dobré spolupráci porodníka s anesteziologem je možné vést více než 80 % císařských řezů v neuroaxiální blokádě. Při správné organizaci práce je možné většinu i akutních operací provést v subarachnoidální anestezii, protože nástup účinku je při této metodě velmi rychlý (latence nástupu je obvykle kratší než 2 minuty) (7, 27, 43).

1.2.6. Rizika císařského řezu

Císařský řez má svá rizika pro matku i plod. Rizika a komplikace je tak možné klasifikovat na maternální a fetální.

Rizika pro matku jsou podobná jako u jiných chirurgických výkonů. Jsou to rizika spojená s anestezií jako Mendelsonův syndrom, poruchy ventilace, hypotenze a komplikace související s epidurální nebo spinální anestezií (krvácení, postpunkční cefalea). Dále rizika spojená s vlastním výkonem, krvácení jako následek poranění dělohy nebo poruchy retrakčních sil. Masivní krvácení může vést k rozvoji DIC (diseminované intravaskulární koagulopatie, syndrom charakterizovaný mnohotným vznikem trombů a současným silným krvácením) jako jednoho z nejrozšířenějších syndromů, iatrogenní poranění jiných orgánů (střeva, močového systému), dále komplikace infekční (infekce sutury hysterotomie, laparotomie), septické stavy jsou však při současných metodách výjimkou. Závažné komplikace jsou embolické příhody, zejm. tromboembolické, raritní jsou embolie vzduchové a embolie plodovou vodou, dále komplikace algické, respirační, gastroenterologické.

Z neonatologických komplikací je nutno zmínit neodvratný předčasný porod a s ním spojené narušené adaptační mechanismy, respirační potíže způsobené zpomaleným vstřebáváním tekutiny v plicích nebo poranění novorozence incizí skalpelem a poranění při extrakci zejména u nezralého plodu.

Frekvence komplikací císařského řezu klesá paradoxně s nárůstem četnosti jeho provádění. Na tom se podílí erudice operačních týmů, bezpečnější operační postupy a intenzivní preoperační, perioperační a pooperační péče (2, 7, 21, 29, 38, 43).

1.2.7. Technika operace

Na provedení operace samotné se podílí operující lékař, asistující lékař a instrumentářka. Nejdříve je žena očištěna a zarouškována, poté je anestezována.

Operace je zahájena laparotomií (řezem břišní stěnou). Směr řezu může být vertikální nebo transverzální. Vertikální řez vytváří více prostoru pro porod většího dítěte, u vícečetných těhotenství nebo se provádí u obézních žen. V současnosti většinou i v urgentních případech provádí operatér Pfannestielův řez (dolní

transverzální incize). Řez se vede asi 4 cm nad symfýzou v obloukovité délce alespoň 15 cm (příloha 1). Operátér vede řez kůží a podkožím, protne a odpreparuje fascii svalu, přímé svaly břišní uvolní opatrným řezem skalpelem, odtahuje prsty a uvolňuje peritoneum, po otevření peritonea zarouškuje okraje rány, poté odtahuje močový měchýř z operačního pole.

Hysterotomii (řez dělohou) operátér lokalizuje centrálně do přední stěny dolního děložního segmentu. Incize dělohy se provádí skalpelem, poté se řez rozšiřuje prsty, prostor vzniklý řezem má umožnit šetrné vybavení plodu, neměl by však působit větší krvácení a další poranění ve smyslu rozšíření do děložních hran, neměl by poškodit svalovinu a ohrozit ji v budoucnu rupturou.

Nejčastějšími typy řezů jsou a malá transverzální incize dle Gepperta, cervikokorporální řez a korporální řez (příloha 2). Řez dle Gepperta je velmi oblíbený, riziko ruptury dělohy v příštích těhotenstvích je nízké. Menší je i krevní ztráta a řez se dobře hojí. Neužívá se jen u porodu většího dítěte a v případě placenta previa. Cervikokorporální řez je prováděn méně často, je prováděn u příčných poloh a malých plodů. Riziko následných komplikací je nižší o to, čím méně je zasažena oblast korporální. Korporální řez se provádí sporadicky pro nebezpečí velké krevní ztráty, komplikací a zvýšené riziko ruptur v příštím těhotenství (až 2 %), někdy však bývá jedinou možností, indikace jsou podobné, provádí se u malých plodů při apozici, u poloh příčných nebo pokud je v dolním předním segmentu uložená placenta

Následuje vybavování plodu. Pokud je zachován vak blan, operátér provádí dirupci. Dále vybavuje hlavičku nebo konec pánevní. Pokud nastanou potíže při vybavování plodu, je možné použít kleště, u poloh nepravidelných provádí zkušený operátér obraty. Po porození plodu se podávají rodičce uterotonika. Poporodní ošetření novorozence porozeného císařským řezem se nijak významně neliší od ošetření po vaginálním porodu. Dítě je předáno do neonatologické péče.

Následuje vybavení placenty a revize dutiny děložní.

Sutura myometria se provádí v jedné nebo ve dvou vrstvách, podle typu šicího materiálu a zvyklostí. Vysuší a reviduje se dutina břišní, obojí adnexa a appendix. Reparují se všechny porušené struktury (plica vesicouterina, peritoneum). Pokud

odpovídá počet roušek i nástrojů, je možné uzavřít dutinu břišní, stěna se sešívá opět ve vrstvách. Kůže se většinou šije intradermálním plastickým stehem. Po ukončení plastického stehu se rána dezinfikuje, fixují se Redony, rána se překrývá a očistí se okolí rány (3, 6, 21, 41).

1.3. Císařský řez z hlediska ošetrovatelské péče

Ošetrovatelská péče je důležitou a nezbytnou součástí komplexní zdravotní péče. V porodnické problematice tuto péči poskytuje porodní asistentka, ženská sestra nebo všeobecná sestra (dále jen porodní asistentka). Péče porodní asistentky se v souvislosti s operativním ukončením těhotenství nebo porodu císařským řezem týká celého perioperačního období.

Perioperačním obdobím rozumíme dobu před, během i dobu po operaci. *Předoperační péče* zahrnuje předoperační vyšetření a předoperační přípravu. *Intraoperační péče* znamená pro porodní asistentku předání těhotné ženy nebo rodičky (dále jen ženy) operačnímu a anesteziologickému týmu a setrvání a pomoc na operačním sále v průběhu operace. *Pooperační péče* zahrnuje v průběhu hospitalizace monitorování a časnou pooperační péči na oddělení JIP a následnou péči na oddělení šestinedělí.

Operativní zákrok je nefyziologickým zásahem do organismu ženy, který může reagovat různými obrannými mechanismy, proto je důležité poskytovat kvalitní péči s ohledem na individualitu ženy s cílem uspokojit všechny její somatické, psychické i sociální potřeby (18, 24).

1.4.5. Předoperační péče

Operačnímu zákroku předchází předoperační péče. Začíná rozhodnutím pro operační zákrok a končí převozem na operační sál. Po rozhodnutí k operaci žena podstupuje předoperační vyšetření.

Předoperační vyšetření se provádí na základě lékařské anamnézy, zahrnuje klinické vyšetření ženy, kdy se určují rizikové faktory pro operaci. Tato vyšetření indikuje lékař, hodnotí základní fyzikální parametry ženy, stav nebo onemocnění, které

k indikaci operace vedlo a jeho dosavadní vývoj, dále klinický a laboratorní nález, přítomnost přidružených vedlejších chorob (srdečně-cévní, plicní, ledvinové, aj.), dosavadní tělesnou a duševní kondici ženy. Současně se provádí řada speciálních vyšetření k upřesnění diagnózy samotného indikujícího onemocnění. Část vyšetření provádí nebo zajišťuje praktický lékař. Výsledky a závěry těchto vyšetření přináší žena s sebou v den přijetí. Během hospitalizace ošetřující lékař provede další doplňující vyšetření a zajistí konsilia.

Základním vyšetřením je interní předoperační vyšetření. Vedle výsledků laboratorního vyšetření krve (hematologické vyšetření KO, krevní skupiny, základní koagulace a sedimentace, biochemie a glykemický profil, mikrobiologické vyšetření) a moče (biochemické a vyšetření sedimentu) se provádí EKG a měření TK. Výsledky interního vyšetření by v den operace neměly být starší než 14 dní, u nestabilních rizikových žen musí být vyšetření aktuální, nejvýše 24 hodin staré. Provádí se UZ ledvin a doplňující konsiliární vyšetření podle diagnózy ženy.

Předoperační příprava se řídí výsledky předoperačních vyšetření. Výsledky všech provedených vyšetření má žena spolu se základními doklady (těhotenská průkazka, průkaz pojištěnce, občanský průkaz) u sebe. Informace porodní asistentka kompletuje a sepisuje anamnézu. Na základě lékařské a sesterské anamnézy a podle indikací ošetřujícího lékaře provádí předoperační přípravu. Ta zahrnuje všechny činnosti a úkony, které se týkají somatické, psychické a sociální stránky ženy s cílem vytvoření optimálních podmínek pro operaci, ustálení nebo úpravy odchylek, které mohou mít komplikující vliv na operační průběh, jako např. kompenzace diabetu, léčba infekce.

Předoperační příprava je dlouhodobá nebo také vzdálená (období od vyslovení rozhodnutí) a krátkodobá (týká se posledních 24 hodin před operací), příp. bezprostřední příprava týkající se hlavně preanesteziologické péče. Předoperační příprava krátkodobá se zabývá dietním režimem, péčí o vyprázdnění a hygienu, přípravou operačního pole, nácvikem prvků pooperačního režimu, prevencí možných komplikací (tromboembolické nemoci, infekce), anesteziologickou přípravou a péčí o psychosociální potřeby ženy. Porodní asistentka respektuje všechny zvláštnosti

a specifické problémy ženy a jedná profesionálně, citlivě a s ohledem na její emocionální rozpoložení.

Monitorování stavu plodu je v průběhu předoperační péče samozřejmostí. Při příjmu je natočen vstupní CTG záznam, provede se UZ. Pravidelný monitoring pomocí CTG, auskultační vyšetření ozev plodu, příp. UZ kontrola provází ženu až do porodu (3, 11, 13, 14, 18, 24).

1.3.1.1. Předoperační příprava u plánovaného císařského řezu

Část císařských řezu je při předem známé indikaci plánovaná a nebo potenciálně předpokládaná. Žena s plánovanou operací je zařazena do operačního programu, k hospitalizaci se přijímá nejpozději 24 hodin před zákrokem.

Den před operací je žena vhodnou formou poučena lékařem o nutnosti zákroku a o průběhu operace, je seznámena s možnými riziky a komplikacemi. Žena toto poučení stvrzuje svým podpisem v pozitivním operačním reversu. Stejně tak poučuje ženu o průběhu anesteziologického zákroku lékař anesteziolog, s ním žena hovoří o výhodách a rizicích druhu anestézie a podepisuje souhlas. Tato poučení se stávají součástí její dokumentace (příloha 5). Porodní asistentka ženu seznamuje především s ošetrovatelskými intervencemi v období před operací, poučuje o péči v průběhu operace a nastíní některé aspekty pooperační péče. Porodní asistentka vede příslušnou ošetrovatelskou dokumentaci.

Probíhá pravidelná kontrola fyziologických funkcí ženy (TT, TK, P, D).

Den před operací žena provede celkovou hygienu, důkladně hygienu genitálu, pozornost věnuje nejen tělu ale i vlasům, odstraní naličení a lak z nehtů.

Následuje příprava operačního pole. Po celkové hygieně porodní asistentka zkontroluje kůži a oblast operačního pole včetně oblasti genitálu oholí.

Žena je poučena o dietním režimu, je nutné nepřijímat potravu a tekutiny perorálně nejméně 8 hodin před výkonem, pro ženu to znamená sníst naposledy večeři s možností přijímat tekutiny přibližně do půlnoci.

Doporučené je vyprázdnění tlustého střeva, ženě je zdůvodněna důkladná příprava střev a provedeno očistné klyzma, příp. je možné dle zvyklostí pracoviště provést očistu pomocí prázdnicích sáčku nebo mikroklyzma.

Nácvik rehabilitačních prvků již před operací je efektivní pro včasné zahájení komplexní pooperační péče. Žena se seznamuje s hlubokým hrudním dýcháním, postupy k fixaci rány při odkašlávání, cvičením dolních končetin.

Ke konci dne porodní asistentka ženě upřesňuje další postupy, které budou provedeny ráno v den operace a bezprostředně před operací.

Podle indikace anesteziologa se k zajištění duševního klidu podává večer před operací lék se zklidňujícím účinkem, někdy označováno jako prepremedikace, podávaná látka potlačí nadbytečnou psychickou aktivitu a zajistí klidný nerušený spánek.

Všechny splněné intervence jsou zaznamenány do dokumentace.

V den operace zahajuje porodní asistentka pokračování přípravy kontrolou fyziologických funkcí (TT, TK, P, D) a jejich zápisem do dokumentace.

Kontroluje čistotu operačního pole a verbálně ověří dodržení lačnosti ženy.

Žena odloží šperky, hodinky, větší finanční částky a kompenzační pomůcky (brýle, kontaktní čočky, naslouchadla, zubní náhrady aj.). Cennosti porodní asistentka sepíše a ukládá je do trezoru, vhodná je účast svědka.

Dle ordinace žena užije medikaci, tablety lze zapít malým douškem vody.

Prevence tromboembolické nemoci (TEN), která je zároveň prevencí DIC, zahrnuje v den operace miniheparinizaci - subkutánní aplikaci nízkomolekulárního heparinu (např. Fraxiparin) a bandáž dolních končetin pružným obinadlem nebo elastickými punčochami.

Při déle odteklé plodové vodě, pozitivním screeningu nebo febrilii jsou ženám v určitých intervalech aplikována antibiotika. Antibiotika jsou prevencí infekce.

Vyprazdňování močového měchýře je zajištěno permanentní katetrizací. Porodní asistentka poučí ženu o postupu a zavádí sterilně Foleyův katetr, napojený na sběrný systém. Výdej moči je důležitým ukazatelem cirkulujícího objemu.

Porodní asistentka zavede interavenózní kanylu event. terapii dle ordinace.

Ženu vyzve k odložení prádla a převlečení se do otevřené košile, dlouhé vlasy by měly být spojené a kryté operační čepicí.

Na výzvu anesteziologického týmu je žena premedikována. Premedikaci indikuje anesteziolog na základě vlastního posouzení, jejím cílem je farmakologicky připravit na průběh anestezie, předejít komplikacím vegetativního nervstva při úvodu do anestezie, snižuje salivaci, potlačuje reflex zvracení, má sedativní účinek a potlačuje tak strach a úzkost. Aplikaci provádí porodní asistentka, nejčastěji jde o analgetikum opioidního typu (Dolsin) a vagolytikum (Atropin). Po aplikaci by žena neměla vstávat z lůžka, bude cítit ospalost a může dojít ke snížení krevního tlaku. Žena setrvá na lůžku (půl hodiny až hodinu) než bude převezena na operační sál.

Všechny ordinace je nutné zaznamenat do dokumentace, včetně času, kdy byla medikace podána a místa zavedení intravenózní kanyly, potvrdit podpisem.

Porodní asistentka dokumentaci kontroluje, hlavně přiložený souhlas s operací a anestezií, kompletuje ji a předává operačnímu týmu.

Psychosociální potřeby ženy jsou v době před operací stejně důležité jako potřeby somatické. Strach nejen o sebe, ale také o plod, úzkost, stud, pocit méněcennosti ovlivňují chování ženy. V tomto období je nutné přistupovat k ženě s ohledem na její stav, poskytnout jí prostor pro vyslovení obav a rozhovorem, návštěvou blízké osoby a taktním jednáním ulehčit jejím obavám a vytvořit vztah důvěry. Průběžným podáváním informací a rozhovorem o jednotlivých výkonech až k operaci zajistíme spolupráci ženy a zmírníme pocit nejistoty z neznámého (3, 11, 13, 14, 18, 19, 21, 24).

1.3.1.2. Předoperační příprava u akutního císařského řezu

Velmi často je důvod k ukončení těhotenství nebo porodu neodkladný. V této situaci se provedou bezprostředně před operací a v jejím průběhu jen nejnutnější opatření. Pokud žena není hospitalizována a nemá sepsanou dokumentaci, snaží se porodní asistentka i lékař získat maximální možné množství informací pro sestavení alespoň základní anamnézy, důležité jsou údaje o současném stavu ženy, charakteru a možných příčinách vodících potížích ženy, informace o jejích onemocněních

a medikaci, alergiích, operacích aj. Pokud by stav ženy neumožňoval poskytovat informace, je nutné získat je od doprovodu ženy a z její těhotenské a další dokumentace. Současně probíhá monitorování a hodnocení stavu plodu. Porodní asistentka také změří a zapíše hodnoty fyziologických funkcí ženy.

Ve chvíli vyslovení rozhodnutí k operaci začíná předoperační příprava.

Základní předoperační interní vyšetření většinou zajišťuje sám anesteziolog, který rozhodne jak postupovat u žen, které před výkonem požily stravu.

Všechna základní laboratorní vyšetření se provádějí STATIM.

Žena se převleče do otevřené košile, dlouhé vlasy má kryty operační čepicí.

Při přípravě operačního pole provede porodní asistentka jen hrubé očištění a odmaštění kůže, oholí pole a pubickou oblast. Celková hygiena je kontraindikována.

Rychle se zajišťuje nitrožilní přístup, u vážných stavů se zajistí více vstupů. Připraví se infuzní terapie dle ordinací lékaře. V případě krvácení se podávají náhradní roztoky a zajišťuje se krev, při kontrakcích se provádí tokolyza.

Porodní asistentka provede katetrizaci močového měchýře (permanentní Folleyův katetr), střevní příprava je v akutních situacích také kontraindikována.

Postupy k prevenci TEN jsou provedeny stejně jako u plánovaných zákroku, aplikován je nízkomolekulární heparin a dolní končetiny jsou zajištěny bandáží antiembolickými punčochami nebo pružným obinadlem.

U žen s febrilními a dalšími rizikovými stavy jsou podávána antibiotika.

Žena odstraní naličení a odloží šperky, hodinky a kompenzační pomůcky.

Aplikována je premedikace podle indikace anesteziologa (Dolzin a Atropin).

V této situaci je stejně jako u plánovaného zákroku důležitá psychická příprava ženy. Je nutné podat adekvátní, ale neukvapené informace. Lékař i porodní asistentka by měli přes časovou naléhavost situace poučit ženu o všech podstatných aspektech péče, lékař vysvětlí neodkladný důvod k operaci a poučí ženu o průběhu a rizicích zákroku. Porodní asistentka pak o průběhu předoperační přípravy. Souhlas s operací potvrzuje žena podpisem.

Celá dokumentace se kontroluje, doplňuje se o souhlas s operačním zákrokem a souhlas s anestezií, porodní asistentka zaznamená provedené výkony včetně časování (3, 13, 14, 18, 19, 24).

1.4.6. Ošetrovatelská péče v průběhu operačního zákroku

Intraoperační péče o ženu při císařském řezu začíná předáním ženy na operační sál. Předání probíhá v předsáli operačních sálu. Porodní asistentka předává ženu i s její dokumentací operačnímu a anesteziologickému týmu. Odpovídá za kompletnost dokumentace, za splnění všech ordinací, za předoperační přípravu. Předání ženy k operačnímu výkonu zahrnuje předání dokumentace, kontrolu ozev plodu, event. poučení týmu o přáních ženy.

Porodní asistentka pomáhá s dalšími postupy k přípravě k operaci, žena je svlečena a zakryta rouškou. Pomáhá s přesunutím ženy na operační stůl, ten je upraven tak, aby byla žena nakloněna do mírné Trendelenburgovy polohy. Poté je operační pole dezinfikováno a zarouškováno.

Dále se o ženu stará anesteziologický tým lékaře a sestry a operační tým, který tvoří operátor, asistující lékař, instrumentárka a pomocná „cirkulující“ sestra.

Celé intraoperační období je důležité udržovat s ženou slovní kontakt, pokud má personál roušku přes ústa, je velmi významný i kontakt zrakový. Žena by měla být průběžně seznámena s jednotlivými členy týmů, s prostředím a s výkony, které budou následovat. Porodní asistentka musí být schopna zodpovědět všechny dotazy ženy a vhodnou formou zmírnit nejistotu a minimalizovat strach. Do procesu péče o psychiku by se měli zapojit i členové týmu, aby žena získala pocit důvěry v souhru a profesionalitu týmů. Porodní asistentka, která předávala ženu k operačnímu zákroku setrvává na operačním sále až do porodu a stává se pomocnou sestrou.

Podle vyhlášky č. 424/2004 Sb. ze dne 30. června 2004, která stanovuje činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, porodní asistentka pod přímým vedením lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví může být také členem operačního týmu a instrumentovat na operačním sále při porodu císařským řezem (příloha 12) (19, 24, 40).

1.4.7. Ošetřovatelská péče o ženu po císařském řezu

Pooperační péče začíná převzetím pacientky či operované ženy (dále jen ženy) z operačního sálu a končí úplným zotavením z operace. V této fázi se všechny funkce organismu postupně vracejí k výchozímu stavu. Po operačním zákroku je žena i s dokumentací převzata z operačního sálu porodní asistentkou a převezena na jednotku intenzivní péče (JIP). Převzetí probíhá v předsáli operačních sálu poté, co porodní asistentka ověří stabilizaci stavu ženy a stav vědomí (reakce na jméno, zvednutí hlavy). Po dobu 1 až 2 dnů zůstává žena na JIP, tuto časovou fázi péče lze popsat jako *bezprostřední pooperační péči*.

V rámci bezprostřední pooperační péče je žena sledována z hlediska fyziologických funkcí, stavu vědomí, reakce na bolest. Porodní asistentka pečuje o spánek a odpočinek ženy. Sledovány jsou žilní vstupy, aplikovány jsou infúzní roztoky, krevní deriváty, kontrolována je rovnováha mezi příjmem a výdejem tekutin, žena je poučena o dietním režimu. Porodní asistentka také pečuje o permanentní močový katetr. Sleduje a ošetřuje operační ránu, drény. Sleduje také výšku fundu, odchod lochií (očistků). Podává medikaci, zajišťuje laboratorní vyšetření dle ordinace lékaře. Důležitá je včasná aktivizace ženy, proto může být již v den operace zahájena nenáročná rehabilitace. Péče se také nepochybně týká psychosociálních potřeb ženy, především získání informací a kontaktu s novorozencem a kontaktu s rodinou.

Následná pooperační péče je ženě poskytována po převezení z JIP na oddělení šestinedělí. Na tomto oddělení žena zůstává do 6. až 7. pooperačního dne, poté je propuštěna do domácí péče. Délka pobytu je závislá na případných komplikacích a na stavu ženy. Porodní asistentka na oddělení šestinedělí v péči o ženu po císařském řezu navazuje na péči bezprostřední a poučuje ženu o dalších krocích v péči o její potřeby.

Cílem péče o ženu po císařském řezu je vhodnými ošetřovatelskými postupy zajistit maximální péči o ženu, dosažení jejího pohodlí, seznámení s průběhem pooperační péče, zajištění dokumentace a odborných vyšetření. Celkově lze říci, že hlavním smyslem je navrácení schopnosti sebepečení, nácvik postupů v rámci domácí poporodní a pooperační péče a opět komplexní uspokojení všech somatických, psychických i sociálních potřeb ženy (13, 18, 19, 24, 35).

1.3.3.10. Monitorování základních funkcí

Bezprostředně po operaci pokračuje sledování životních funkcí. Krevní tlak, tepová frekvence jsou monitorovány centrálně a sledovány po 15 až 30 minutách do stabilizace stavu podle zvyklostí a zkušeností oddělení. Poté jsou hodnoty sledovány cca. po 1 hodině. Hodnoty jsou zaznamenány do dokumentace, palpačně se hodnotí také náplň a pravidelnost tepu. U dechové aktivity je sledována frekvence, pravidelnost, práce pomocných svalů a bránice. Kontrolována je oxygenace pomocí pulsního oxymetru, který porodní asistentka napojuje hned po uložení ženy do lůžka, hodnotí barvu kůže a sliznic, může být sledováno EKG ženy.

Důležité je hodnocení stavu vědomí. Hodnotí se stav zornic, orientace v čase, místě. Zprvu je žena ospalá, reaguje na sluchové podněty, po probuzení je normální mírná dezorientace.

V následné pooperační péči je pravidelně, ale se sníženou frekvencí jednou až pětkrát denně, podle současného stavu a při prevenci preeklamptických a jiných hypertenzních stavů, monitorován krevní tlak a puls ženy (18, 24).

1.3.3.11. Péče o spánek a odpočinek, management bolesti

Spánek je základní lidskou potřebou, tradičně se považuje za regenerační děj. Je to stav fyzického a psychického zklidnění. Spánek a odpočinek je v pooperačním období silně ovlivněn. Nefyziologický zásah do organismu a s ním spojená bolest, únava, nejistota, cizí prostředí a strach o sebe a o novorozence, nové a náročné postupy v péči o sebe a novorozence regenerační proces narušují.

Porodní asistentka v pooperačním období hodnotí schopnost a kvalitu současné spánkové aktivity. Všímá si verbálních i mimických projevů ženy, hodnotí stupeň únavy a vyčerpání, zjišťuje spánkové návyky ženy, hovoří s ženou o charakteru a příčinách nekvalitního spánku. V systému péče rooming-in pozornost věnuje i kooperaci s režimem dne neonatologického oddělení. Pro zajištění kvalitního spánku a dostatečného odpočinku je důležité zajistit prostor, podmínky a omezit rušivé podněty. Obecné zásady pro navození kvalitního spánku jsou ztlumit osvětlení a zatemnit místnost žaluziemi, omezit nebo alespoň ztlumit zvukové podněty, upravit lůžko

a prostor pro dostatečné pohodlí, doporučit mléčné výrobky, vyprázdnění, mírná pohybová aktivita před ulehnutím, zajištění psychické pohody, v poslední řadě podat léky s hypnotickým nebo sedativním účinkem dle ordinace lékaře. Uspokojování této potřeby a spánkové návyky jsou samozřejmě také individuální, proto je důležitá anamnéza ženy v oblasti spánku.

Ženy na oddělení JIP jsou omezeny z hlediska nutného častého průběžného monitorování, na druhou stranu možnost spánku a odpočinku je pro lékařský i ošetrovatelský personál jednou z priorit, proto jsou ženám vytvořeny co nejvíce přijatelné podmínky (šero, klidné prostředí, ztišení všech zvukových podnětů) a všechny ošetrovatelské výkony jsou prováděny s maximální šetrností, svižností a ohledem na tuto potřebu. Na oddělení šestinedělí je v každé situaci, po ohleduplném a otevřeném rozhovoru a zhodnocení situace, možné prostor a podmínky pro kvalitní spánek a odpočinek vhodnými intervencemi zajistit nebo alespoň upravit. Při častých a hlasitých potřebách novorozence je dobré poprosit o radu i sestry neonatologického oddělení, event. uložit novorozence na observační box (4, 13, 35).

Management bolesti je soubor metod a postupů k hodnocení, léčbě a dokumentace bolesti. Bolest lze popsat jako komplexní prožitek somatické, psychické i sociální stránky organismu. Je to nepříjemný prožitek vznikající na základě nocireceptivního vjemu. V souvislosti s císařským řezem lze bolest charakterizovat jako akutní, stálou (bolest menší intenzity je přítomna stále) i intermitentní (vyšší intenzita bolesti při pohybu, kašli). Dynamika bolesti je ovlivněna časovou stránkou, bolest bývá největší po 12 až 36 hodinách po operaci, 2. až 3. den ustupuje. Všechny charakteristiky bolesti jsou dále závislé na individualitě každého člověka.

Porodní asistentka pro získání anamnézy bolesti hodnotí její úroveň a charakter, používá vhodné prostředky k zmírnění nebo odstranění bolesti a všechny údaje zaznamenává do dokumentace, která pomůže při dalším hodnocení jejího průběhu. Hodnocení intenzity lze provést pomocí vizuálních hodnotících škál bolesti. Porodní asistentka se ptá a zjišťuje přesnou lokalizaci, charakter a dynamiku bolesti. Při léčbě bolesti u žen po císařském řezu se uplatňují nefarmakologické a farmakologické postupy k jejímu zmírnění nebo odeznění. Z nefarmakologických postupů je velmi

účinná psychická aktivita ženy ve smyslu pozitivního vnímání nové situace při narození dítěte a posilování kladného přístupu při pravidelném kontaktu s novorozencem, dále poslech hudby nebo jiné příjemné využití času, rozhovor se členy rodiny nebo porodní asistentkou. Uplatňovány jsou postupy při využívání termoterapie, hydroterapie, relaxačních poloh a cvičení.

Z farmakologických postupů je v časné pooperační péči indikováno podávání opioidů (např. Dolsin, Dipidolor), intramuskulárně v 6 až 12 hod. intervalech. Opiátové medikamentózní prostředky jsou zaznamenány do opiátové knihy podléhající záznamu o omamných látkách, podání je zapsáno také do dokumentace včetně časování. Později při snížení bolesti jsou podávány neopoidní analgetika. Při aplikaci medikace by měla mít žena možnost vyjádřit se, zda si podání léků přeje. Některé ženy ze strachu, aby léky neovlivnily kvalitu mateřského mléka nebo jejich pozornost a znesnadnily tak kontakt s novorozencem, farmakologickou léčbu odmítají. V takovém případě je důležité zjistit pravý důvod odmítnutí medikace a poučit ženy o účincích léku, které mohou mít vliv na jejich funkce, objasnit všechny vlivy, které mohou léky mít na kojení a na mateřské mléko. Ze skupiny analgetik je několik léčiv nedoporučeno, žádné nejsou kontraindikovány. V pooperační péči jsou ordinovány pouze analgetika bez jakéhokoli nežádoucího účinku na kojení (4, 15, 17, 19).

Propojením somatických, psychických a sociálních charakteristik, které u bolesti nepochybně jsou, se bolest stává velmi snadno ovlivnitelnou při špatném psychickém rozpoložení ženy. Stres, strach a nejistota mohou bolest významně posílit, proto je velmi důležitá psychická podpora a důvěra v péči porodní asistentky (35).

1.3.3.12. Péče o výživu

Výživa je základní biologickou potřebou člověka, je nezbytným předpokladem k udržení biologické rovnováhy organismu. Vlivem operačního zákroku je narušena činnost gastrointestinálního traktu, motilita žaludku je snížena vlivem anestetických látek. Základem péče je postupně a šetrně zatěžovat trávicí systém ženy až k původnímu typu stravy.

Zachování dostatečné hydratace je podstatnou podmínkou žádoucího vývoje léčby. 6 hodin po výkonu žena nepřijímá tekutiny perorálně, pouze jsou jí otírány rty vlhkým mulem, nebo kouskem ledu. Tento interval je dle zvyklostí oddělení snížen až na 2 hodiny. Poté, když je žena při vědomí a má obnovený polykací reflex, může žena přijímat čaj po lžičkách nebo pít po malých doušcích. Operační a první pooperační den je výživa omezena na tekutou stravu a žena přijímá čaj (dle diety sladký nebo hořký) nebo vitamínové nápoje (dieta 0). Druhý pooperační den je zavedena kašovitá (dieta 1) strava. V následné pooperační péči žena přechází na pevnou stravu (nejprve šetřící dieta 2, poté většinou dieta 3), dietní omezení jsou dána stavem a onemocněním ženy. Výživa musí být i vyhovující pro kojení, žádoucí je příjem 2,5 až 3,5 litru tekutin denně, důležitý je dostatečný příjem zeleniny (nenadýmavé), ovoce, ryb, mléčných výrobků, dále potraviny bohaté na vápník, železo, zinek, měď, vitamíny a minerály. Kromě energetického složení by strava měla bránit vzniku zácpy.

O příjmu tekutin má mít porodní asistentka přehled, při nedostatečném příjmu musí ženu neustále aktivizovat. Sleduje a zaznamenává bilanci tekutin, do příjmu zahrnuje pitný režim ženy, infúzní roztoky, do výdeje množství moče, sekreci z drénů, případně i výdej při zvracení. V následné péči sleduje také příjem potravy, chuť k jídlu a množství přijaté stravy.

V této oblasti péče většinou k výraznějším problémům nedochází, přesto ženu o všech aspektech péče o výživu porodní asistentka poučuje. Informuje o důležitosti dostatečného příjmu tekutin a vyvážené stravy, o jejich vlivech na hojení rány, na celkovou psychickou pohodu a o možnosti vlivu na celkový pocit únavy nebo bolesti hlavy. Zjišťuje návyky ženy v oblasti výživy. Všimá si objektivních známek nedostatečné hydratace (oschlé rty, suchá ústa, jazyk, zvýšená tepová frekvence, snížený turgor, snížený výdej tekutin) a subjektivních verbalizovaných pocitů ženy (pocit žízně, bolest hlavy) (4, 18, 24, 25, 35).

1.3.3.13. Péče o vyprazdňování

Vyprazdňování patří mezi základní biologické potřeby člověka. Z hlediska fyziologického se účastní udržení biologické rovnováhy organismu, z pohledu

psychosociálního jde o potřebu individuální a velmi intimní. Po operačním zákroku dochází k jejímu narušení, permanentní katetr snižuje tonus svalstva močového měchýře, anestezie a operační výkon snižují až zastavují motilitu střev, obnovení střevních pohybů může být v pooperačním období problematické.

Anamnézu ženy v oblasti vyprazdňování je nutné získávat s ohledem na intimní stránku problému, o potížích s ženou hovořit v soukromí, citlivě a s profesionálním přístupem. Při nezískání důvěry mohou ženy přestat podávat informace z této oblasti nebo podávat informace zkreslené.

Žena má po výkonu zavedenu do močového měchýře permanentní cévku, porodní asistentka pečuje o cévku, sleduje močení při hodnocení příjmu a výdeje tekutin, měří specifickou váhu moči. Po odstranění Folleyova katetru, zpravidla 1. pooperační den, by se měla žena vymočit do 8 hodin po extrakci. Pokud spontánně nemočí, může porodní asistentka napomoci lokální aplikací tepla na podbřišek, zvukovými impulsy (pouštěním vody), smočením rukou v teplé vodě. Teprve když tato opatření selžou, provede se katetrizace. Kvůli nebezpečí retence moči s následnou stázou a infekcí močového ústrojí se měří množství moči, hodinová diuréza a specifická váha moči. Kontrována je také frekvence močení a příměsí především v prvních hodinách po odstranění katetru, další projevy infekce jako je zvýšení teploty a dysurie.

K vyprazdňování stolice dochází až po postupném zatěžování GIT. Obnovení peristaltiky by mělo nastat do 48 hodin po výkonu. Odchod plynů je dobrým signálem zlepšování celkového stavu. Tlumit projevy meteorismu lze podáváním léků dle ordinace lékaře. Vyprázdnit by se žena měla 2 až 3 den po operaci. Častým problémem žen je zácpa, vzniká v souvislosti s bolestí nebo strachem z bolesti při zatlačení, úzkostí, studem a dalšími psychickými faktory, další příčinou může být nedostatečná hydratace, výživa, málo aktivního pohybu, proto je důležité poučit ženu o důležitosti obnovení potřeby, aktivizovat ji a motivovat při nedostatečné aktivitě. Nejčastějšími radami je dostatek tekutin, pestrá strava s obsahem vlákniny (celozrnné výrobky, zelenina, ovoce), potraviny s projímavým účinkem (kompoty, jogurty, med), dostatek pohybu, event. nácvik defekačního reflexu, klyzma, poslední možností jsou potom projímavé léky (4, 13, 16, 18, 19, 35).

1.3.3.14. Péče o operační ránu, jizvu

Péči o operační ránu je dobré věnovat větší pozornost, kvůli ojedinělému, ale vážnému průběhu možných komplikací. Hojení rány per primam je ideálním způsobem nerušeného hojení. Probíhá ve třech fázích, v prvním defenzivním stadiu dochází ke spojení okrajů rány fibrinem, odstranění cizích látek a odumřelých tkání, ve stadiu rekonstrukčním probíhá syntéza kolagenu a stádium dozrávání představuje konečné zpevnění rány. Běžnými projevy hojení je mírné začervenání a otok. Rána se hojí per sekundam, pokud má velký rozsah a vyskytuje se značná ztráta tkáně. Sekundární hojení je delší, jizva je větší a má větší náchylnost ke vzniku infekce. Komplikací může být přetrvávající krvácení, infekce, částečná nebo úplná ruptura rány např. při obezitě, uvolnění sutury.

Rána je z operačního sálu dezinfikována, kryta sterilními čtverci a fixována. Porodní asistentka kontroluje přilnavost obvazu, prosakování krve, čistotu. Převas se provádí většinou při lékařské vizitě za účelem kontroly rány. Rána se dezinfikuje, ošetří sterilními pomůckami, přiloží se sterilní čtverce a fixují se.

Redonova drenáž slouží k odvádění krve a sekretu z dutiny břišní. Pravidelně se kontroluje správná funkce drénu, množství a barva sekretované tekutiny. Zevní část drénu je nutné ošetřovat asepticky a krýt. Extrahuje se většinou kolem 3. až 4. dne po operaci, pokud sekrece trvá, tak později.

Pacientka je poučena o nutnosti udržování rány v suchu, zvýšená vlhkost v ráně působí negativně na správný proces hojení a okolí rány je macerováno a drážděno. Po odstranění převasu je důležité udržovat čistotu rány, jemně omývat vlažnější vodou. Ránu je nutné také větrat. Při pohybu nebo kašli se uplatňuje nácvik fixace břišní stěny. Je-li operační rána zašita nevstřebatelným materiálem, vyjmají se 5. až 6. den stehy a krátce nato je pacientka propuštěna do domácí péče (3, 19, 24, 39).

Péče o jizvu po císařském řezu má urychlit vstřebávání infiltrátu v operační ráně a zabránit svašťování jizvy. S péčí o jizvu začíná pacientka až po odstranění stehů z operační rány a některé postupy provádí až tehdy, je-li rána zahojená.

Žena je poučena o provádění jemné tlakové masáže (k urychlení vstřebávání infiltrátu) v poloze vleže na zádech s pokrčenými dolními končetinami. Masáž se

provádí ukazovákem ruky, který žena přiloží plošně na okraj jizvy, lehce stlačí směrem dolů a přitom zakrouží. Pak tlak povolí a posune ukazovák dále. Takto se jizva promasíruje v celém jejím průběhu, masáž je možné opakovat několikrát denně.

Protahování operační rány, které zabrání srašťování jizvy, se docílí tím, že se od prvních dnů po operaci žena několikrát denně položí rovně na záda na rovné lůžko, s nataženými končetinami. Po odstranění stehů je možné aby se žena položila na lůžko do polohy na břicho s nataženými končetinami.

Ránu je nutné také promašťovat krémem, aby kůže nebyla suchá. Nevhodné je vystavovat ji slunci alespoň několik měsíců po operaci (39).

1.3.3.15. Aktivizace, rehabilitační cvičení

Rehabilitace je součástí komplexní ošetrovatelské péče. Účelem rehabilitačních cvičení po císařském řezu je včasná aktivizace a tím zabránění vzniku pooperačních komplikací prohloubením plicní ventilace, zlepšením krevního oběhu a látkové výměny, zlepšením peristaltiky střevní. Cvičení působí jednak místně, cílenými cviky zlepšuje prokrvení v malé pánvi a tím urychluje látkovou výměnu a hojení v pooperačním poli, posiluje svaly, které byly operací poškozeny. Cvičení působí i celkově, mobilizuje pacientku, oživuje nervosvalovou koordinaci a zlepšuje celkovou vegetativní regulaci, v neposlední řadě působí kladně na psychický stav ženy, dodává sebedůvěru a potlačuje celkový pocit slabosti. Hlavní zásadou cvičení po operaci je začít cvičit časně, jakmile to stav ženy dovolí. Cvičení vede rehabilitační sestra, příp. porodní asistentka. Poučuje ženu o důležitosti cvičení a o jednotlivých postupech.

Žena je po císařském řezu uložena do polohy na zádech s mírně pokrčenými dolními končetinami. Lůžko je opatřeno pomůckami pro usnadnění přesouvání se na lůžku (hrazdička). Vedle lůžka je umístěn stolek, všechny pomůcky a předměty na něm by měly být ženě na dosah.

V den operace je žena pod vlivem anestetik a analgetik, proto je cvičení možné jen s aktivní účastí a pomocí porodní asistentky nebo rehabilitačního pracovníka. Je dobré, pokud jsou ženy poučeny o významu cvičení již den před operací, kdy si mohou za odborného dohledu cvičení vyzkoušet. Cvičení v den operace je dobré provádět co

nejčastěji, nejlépe každé 2 hodiny. Protože jsou ženy většinou spavé, je lepší nezatežovat je dlouhým cvičením, ale cvičit krátce, několik minut, ale často.

V den operace žena cvičí odkašlávání s fixací břišní stěny. Odkашláváním uvolňuje zahleněné a dráždivé dýchací cesty, problém způsobuje anestezie a s ní spojená intubace. Žena dlaně obou rukou položí vedle, nebo nad operační ránu, při zakašlání tlačí dlaněmi mírně dolů, aby zabránila zdvihání břišní stěny. Provádí dechová cvičení, hluboké hrudní dýchání s důrazem na prodloužený výdech, tím zbavuje organismus anestetik a dodává mu zvýšené množství kyslíku. Provádí cvičení malých kloubů dolních končetin a izometrické kontrakce dolních končetin (stahy svalů, při nichž nedochází k pohybu v kloubech). Operační poloha působí na zpomalení krevního oběhu v dolních končetinách a tím vytváří podmínky pro vznik trombů a TEN, cvičením se krevní oběh posílí a riziko vzniku trombů se sníží.

1.den po operaci se opakují dechová cvičení, cvičení malých kloubů dolních končetin a izometrické kontrakce dolních končetin. Přidává se cvičení horními a dolními končetinami ve větších kloubech. Důležitým aspektem včasné mobilizace je časné vstávání z lůžka. Vstávání z lůžka po operaci působí zvětšením bolestivosti v operační ráně, které lze předejít správným postupem při vstávání.

Žena se otočí na bok a přisune se k okraji lůžka, pokrčí dolní končetiny, vzdálenější horní končetinou se opře dlaní o lůžko, vzepře se a současně spustí dolní končetiny z lůžka. V sedu chvilku vydrží, zhluboka dýchá, oči nechává otevřené. Zvolna se postaví za pomoci sestry nebo porodní asistentky.

Pokládání na lůžko má obdobný postup, žena stojí bokem k lůžku, čelem k polštáři. Zdvihne dolní končetinu bližší k lůžku a nasedne na okraj lůžka. Dlaněmi se opře o okraj vedle polštáře, a zvolna se položí na bok, současně zdvihá pokrčené dolní končetiny na lůžko. Otočí se z boku na záda.

V dalších dnech po operaci je zařazováno dechové cvičení břišní a pohyby horních končetin. Zaměřuje se na cviky kyčelních kloubů, stehenních a hýžd'ových svalů, dále svaloviny pánevního dna, které podporují prokrvení v pánvi a urychlují hojení. Žena cvičí v poloze na zádech, na boku, vsedě na lůžku. Po odstranění stehů z operační rány, pokud nejsou komplikace hojení, cvičí také břišní svaly (19, 39).

1.3.3.16. Péče o hygienu a oblékání

Hygiena jako potřeba osobní čistoty je základním předpokladem k podpoře a ochraně zdraví, předpokladem pro pocit osobní pohody. V pooperační péči je vlivem imobilizace a částečné ztráty soběstačnosti tato potřeba omezena.

Porodní asistentka hodnotí celkový stav ženy a úroveň schopnosti sebepéče, zjišťuje hygienické návyky. V den operace je s pomocí zajištěna alespoň základní hygiena dutiny ústní a celková hygiena na lůžku, hlavně v oblasti genitálu. Všechny pomůcky jsou ženě podány na dosah ruky, je vedena k tomu, aby se sama aktivně podílela na hygienické péči, i to je smyslem a součástí včasné aktivizace. První pooperační den je žena mobilizována a podle stavu provádí celkovou hygienu ve sprše a nebo u umyvadla. Stále je přítomna porodní asistentka, která ženu aktivizuje, vede, pomáhá a také chválí a motivuje. Poučuje ženu o zvláštностech hygieny v poporodním období, v péči o očistky, hygienu genitálu, prsů, operační ránu. Pečuje o čistotu lůžka.

Žena je po operaci oblečena do otevřené košile, která je měněna dle potřeby. V následné péči je žena převlečena do vlastního prádla a košile. Kvůli kojení je vhodná košile s rozepínáním vpředu a prádlo určené pro kojící maminky. Oblečení by mělo být vzdušné, pohodlné a žena by se v něm měla cítit příjemně.

Při uspokojování této potřeby musí porodní asistentka o ženu pečovat s ohledem na individuální a intimní aspekt této potřeby, zajistit ženě dostatek soukromí, získat si její důvěru a omezit tak nepříjemné pocity ženy (4, 19, 35).

1.3.3.17. Kojení u ženy po císařském řezu

Mateřské mléko je velice komplexní a svým složením odpovídá potřebám kojence. Je to přirozený a ničím nenahraditelný způsob výživy. K úspěšnému kojení je důležité, aby neonatologická a porodnická oddělení postupovala podle stejných principů „Baby-Friendly Hospital“ vyjádřených jako „10 kroků k úspěšnému kojení“ (příloha 4). Zahájení kojení bezprostředně po porodu je velmi důležité pro matku i novorozence, pro spuštění laktace a pro jejich citovou vazbu.

Císařský řez je situací, kdy je dodržování některých zásad narušeno, v první řadě není zcela možné, aby byl novorozenec přiložen matce k prsu do půl hodiny po porodu.

Novorozence je možné přiložit, pokud to dovoluje stav a vědomí matky, již časně po operaci na jednotce intenzivní péče. Kontakt je dále umožněn v pravidelných intervalech, kdy dětská sestra přivádí novorozence za maminkou. Od 2. pooperačního dne je možno dítě přikládat pravidelně, kdykoli projeví zájem. V systému rooming-in má matka s dítětem možnost neomezeného kontaktu. Přítomnost dítěte často pomáhá matce překonat nepohodlí a bolest spojené s operací. Při správné edukaci je matka poučena o známkách správného kojení, o vhodných a šetrných polohách (příloha 3), technice kojení, kompenzačních pomůckách (kloboučky, supplementary).

Po porodu císařským řezem se mohou objevit potíže s kojením vlivem omezené mobility ženy v prvních dnech po operaci nebo psychologických faktorů. Může se objevit i opožděné spuštění laktace při opožděném přiložení, matku je nutné poučit a opakovaně motivovat. Pokud byl porod předčasný nebo novorozence nebylo možné přiložit, je poučena o nutnosti odstříkávání mateřského mléka. Matce je vysvětlena technika, frekvence, pomůcky, způsob skladování.

Psychologické aspekty péče o kojení jsou velmi důležité. Snížené sebevědomí nebo neúspěchy při kojení snižují motivaci matky a znesnadňují tak další snahu. Trpělivost, ohleduplnost, milý a optimistický přístup porodních asistentek a dětských sester je nezbytnou podmínkou k úspěchu kojení. Za každý úspěch by měli být maminka i novorozenec pochváleni. Pokud je žena rozhodnuta nekojit, její rozhodnutí je vždy respektováno (15, 22, 28).

1.3.3.18. Psychosociální aspekty péče o ženu po císařském řezu

Základní myšlenkou holismu je biologická, psychická a sociální propojenost. Narození dítěte je v životě ženy významným okamžikem, zařazuje se do role matky. Začíná pro ni složité období adaptace. Po porodu mohou ženu ovládnout pozitivní i negativní emoce. Nepříjemné pocity, často se změnami nálad, jsou po porodu zcela přirozené, vyskytují se přechodně, dokud se neupraví hormonální rovnováha. Výkyvy nálad a psychická nerovnováha v poporodním období je také přisuzována samotnému průběhu porodu, komplikacím a přístupu personálu. Porod císařským řezem a prodloužený pobyt v nemocnici je sociálně i psychologicky stresujícím zážitkem,

během něhož žena prožívá nejistotu, napětí, strach a bolest. Může pociťovat i hněv a zklamání nebo mít pocity osobního selhání. V pooperačním období se učí nové postupy v péči o sebe a novorozence, jsou to úkoly často nesnadné vzhledem k celkové únavě.

Porodní asistentka k ženě přistupuje s vědomím, že je pro ni toto období velmi náročné a zvládnutí všech úkolů důležité. Při rozhovoru zjišťuje, v jakých oblastech pociťuje žena potíže, aktivně naslouchá, dává prostor pro vyjádření pocitů. Získává si tak důvěru ženy. Zjišťuje, kdo je pro ženu oporou, s kým by chtěla hovořit, zprostředkuje kontakt. Příčinu potíží citlivě objasní a navrhne postup řešení, všechny kroky vysvětlí. Pomáhá ženě překonat úzkost, podporuje sebevědomí, chválí ženu i novorozence, posiluje jejich vztah. Všimá si známek možných psychogenních komplikací jako jsou poporodní blues, poporodní deprese, laktační psychóza.

Základem je také péče o partnera a rodinu ženy. Podle přání ženy je dobré zapojit partnera do předoperační péče. Při neodkladném císařském řezu je často vhodné a prospěšné, pokud je partner pro ženu oporou ve chvílích strachu a nejistoty před zákrokem. V průběhu operace může partner čekat v předsálí a po porodu může být při prvním ošetření novorozence. Je mu umožněna návštěva ženy na oddělení JIP po operaci, s přihlédnutím ke stavu ženy. Možnost kontaktu s partnerem i rodinou je v období následné pooperační péče neomezena, s ohledem na soukromí ostatních žen nebo nařízení oddělení (14, 21, 26).

1.4. Problematika informovanosti

Cílem moderního ošetrovatelství je dosažení vysoké kvality poskytované péče aktivní účastí klienta a vyjádření jeho spokojenosti v konečné fázi. Informovanost pacienta o poskytované péči je jedním ze standardů, které musí být splněny, aby nemocnice mohla být akreditována a získala ISO 9001 (20). „ISO 9001 je norma specifikující požadavky na systém managementu jakosti pro jakoukoli organizaci, která potřebuje demonstrovat svoji schopnost stálého poskytování produktu, který splňuje požadavky zákazníka a aplikovatelné požadavky předpisů, a jejímž cílem je zvyšovat spokojenost klienta“ (8).

V porodnictví mají ženy, stejně jako v ostatních medicínských oborech, dostávat informace o svém zdravotním stavu a přiměřené informace o léčbě, průběhu těhotenství a porodu. Informování žen a získávání jejich souhlasu nebo nesouhlasu se stává permanentním procesem. V porodnictví v této souvislosti má zvláštní úlohu intimní povaha péče i informací, které se netýkají jen ženy samotné, ale také plodu a musí být chráněné lékařských tajemstvím. Lékaři zajišťují nejen své speciální služby, ale jsou odpovědní i za psychickou pohodu žen. Při poskytování zdravotní péče vyžaduje směrnice FIGO, aby všechny ženy byly léčeny a informovány bez ohledu na jejich sociálně ekonomický stav (42).

1.4.1. Komunikace s těhotnou ženou a rodičkou

Těhotenství je pro ženu významným a složitým obdobím, kdy je změna situace někdy neplánovaná nebo dokonce nežádoucí. Mění se vztah ženy a jejího partnera, přizpůsobují se nové situaci v očekávání dítěte. Ke konci těhotenství se v souvislosti s porodem objevují další emoce, často je to strach z neznámého, neklid a nejistota. V průběhu těhotenství a před porodem je žena v kontaktu s lékařem v rámci prenatální prevence, s lékaři v nemocnici např. při specializovaných vyšetřeních, ultrazvuku, se sestrami a porodními asistentkami, žena má možnost získat informace z odborné či populární literatury.

Komunikace je zjednodušeně chápána jako interaktivní proces předávání informací mezi subjekty. Účastní se jí nonverbální, verbální a paralingvistické složky. Je základem vztahu mezi lékařem, porodní asistentkou a ženou. Předpokladem pro vzájemné porozumění je schopnost empatie, tedy schopnost vcítit se do situace ženy. Umění komunikace v medicíně tkví v aktivním naslouchání, verbálních i nonverbálních komunikačních dovednostech a přijetí ženy jako partnera v otázkách rozhodování.

Aktivní naslouchání a pozorování je správný způsob, jak poznat její postoj, cítění, vnímání, znalosti a co ji trápí. Mezi nonverbální dovednosti patří udržování zrakového kontaktu, udržování stejné výše hlavy (v prenatální péči se při rozhovoru žena i lékař posadí), odstranění bariér mezi komunikujícími (sestra se při rozhovoru otočí od počítače), haptika (není vždy žádoucí, pokud nevádí, není chybou dotknout se

ramene), gestika (důvěru lze získat i správným pohledem, úsměvem, je důležité ukázat, že i přes plnou čekárnu má žena v poradně svůj časový prostor). Je vhodné verbálně reagovat nejen na otázky, empatické „ano“ nebo „chápu, že se necítíte nejlépe“ je nezbytné i při poslouchání, lékař i porodní asistentka tak projevuje zájem a podporu. Pozorováním je zjišťováno jakým způsobem se žena vyjadřuje, jestli jí to činí potíže (chvění hlasu, pauzy), jakým tématům se vyhýbá, dále její chování, přístup (ruce na bříšku, vyjadřování se v množném čísle), aj.

Při efektivní verbální komunikaci je dobrým začátkem pochválit ženu za to, co dělá správně („je dobře, že jste přišla“), problém je nutné vysvětlit slovy, kterým žena rozumí („diabetes mellitus je známá těhotenská cukrovka“), verbální vyjadřování musí být jasné a žena musí rozumět, porozumění lze ověřit zpětnou otázkou („bylo vše jasné?“), není dobré dávat příliš mnoho informací, cenné informace jsou aktuální pro tento okamžik („kontrakce zesilují, povím Vám jak dýchat“). Důležité je dávat rady, ne rozkazy („mohla byste zkusit sprchu“), vyhnout se přesným časovým určením, v porodnictví lze průběh jen těžko přesně časově odhadnout. Slovo musí být vlídné a přátelské, musí být v souladu s nonverbálními projevy (aktivní postoj, přiměřená vzdálenost, zrakový kontakt, dotek, aj.)

Nezbytné je plně akceptovat názory a postoje ženy, respektovat její představy a pocity. Komunikovat "vhodným způsobem" neznamena povinnost postupovat vždy zcela přesně podle doporučení, lékař i porodní asistentka musí brát v úvahu zdravotní stav ženy, včetně stavu psychického, sdělení musí být pro ženu srozumitelné a zejména šetrné (12, 14, 22, 30).

1.4.2. Podávání informací před plánovaným císařským řezem

Před plánovaným císařským řezem dostane žena písemné *poučení*, týkající se samotné operace, předoperační přípravy a pooperační péče, má možnost vše si v klidu přečíst, na případné nejasnosti se zeptat. Toto poučení může nebo nemusí být ženám předkládáno, v závislosti na zvyklostech oddělení (příloha 5).

Způsobem, jak v závažnějších případech čelit tomu, že žena prohlásí, že informována nebyla, je její podpis pod poučením lékaře, tzv. *pozitivní revers* nebo také

písemný informovaný souhlas. Pozitivní revers zpravidla obsahuje stručné a výstižné poučení ženy o zdravotním stavu a potřebné operaci, o jejích rizicích a reálných alternativách a současně prohlášení ženy, že s výkonem souhlasí (příloha 6). Lékař je v roli poučujícího nezastupitelný, není přípustné, aby ho suplovala porodní asistentka. I ta s ženou sice komunikuje, ale tím nelze nahradit povinnost poučení, která náleží podle zákona jedině lékaři.

V případě, kdy je plod v poloze koncem pánevním, má žena možnost zvolit sama způsob vedení porodu. Může zvolit možnost vaginálního porodu a nebo operativního porodu císařským řezem. *Písemný informovaný souhlas se způsobem vedení porodu plodu v poloze koncem pánevním* popisuje způsob vedení porodu oběma způsoby, uvažuje jejich výhody i rizika, žena má možnost ptát se na nejasnosti a svobodně se rozhodnout. Souhlas podepisuje a to, jak zvolený způsob porodu císařským řezem, tak i v případě rozhodnutí pro vaginální ukončení (příloha 8).

Stejně tak ženu informuje o anestézii lékař anesteziolog, přichází za ženou před zákrokem a o všech aspektech anestézie ji poučí. V případě, že má žena zájem o epidurální anestézii, poučí ji lékař o výhodách a rizicích tohoto typu anestézie, včetně podmínek, za kterých je možné tuto provést. Znovu je nutné všechny důležité informace zopakovat, na případné dotazy ženy odpovědět a celé poučení shrnout a podepsat v *písemném informovaném souhlasu s anestézií* (příloha 7).

O předoperační přípravě informuje ženu porodní asistentka. O jednotlivých krocích ženu poučuje s předstihem, vysvětlí, proč je nutné tento výkon provést a jak bude postupovat, v případě problémů nebo nesouhlasu ženy s některým z postupů se porodní asistentka s ženou dohodnou na alternativním řešení, aby příprava k operaci nebyla ohrožena. O tomto poučení není zpracován písemný souhlas, vychází se z předpokládaného souhlasu, pokud žena souhlasí s operačním výkonem, je jejich úspěšnost a realizace vázána na jednotlivé přípravné výkony.

Při neodkladných indikacích k císařskému řezu, ale přesto s relativně dostatečným časovým prostorem pro poučení ženy při předčasném porodu nebo jiném předpokládaném patologickém stavu novorozence, provádí poučení i neonatolog. Podle povahy indikace a délky gestace konzultuje neonatolog spolu s porodníkem a ženou

situaci a dohodnou se na nejvhodnějším a nejšetrnějším možném postupu. Informuje ženu o základech péče o novorozence po porodu, hlavně nezbytné postupy k udržení fungování životně důležitých orgánů a funkcí.

Všechny podepsané dokumenty se stávají součástí dokumentace ženy (14, 18, 23).

1.4.3. Podávání informací před akutním císařským řezem

Před akutním císařským řezem je situace ztížena tím, že dostatečný prostor pro řádné poučení, kvůli velké naléhavosti zákroku nestačí. I v tomto případě je nutné provést poučení a získat si písemný informovaný souhlas ženy, poučit ženu o anestézii a o jednotlivých výkonech při předoperační přípravě.

Písemný informovaný souhlas žena podepisuje, pokud je v základních bodech informována o účelu, charakteru operace a možných komplikacích s ní spojených. Pokud v situacích nouze nelze získat příslušný souhlas, jakýkoliv nutný lékařský zákrok lze provést okamžitě, pokud je nezbytný pro prospěch zdraví dotyčné osoby.

Poučení o anestezii je prováděno anesteziologem před samotným výkonem, anesteziolog v základních bodech shrne všechny důležité informace, typ anestezie, jak bude uvedení do anestezie vypadat, jak bude probíhat, v jaké situaci je nutná aktivní spolupráce ženy, na případné dotazy ženy odpovídá. Celé poučení je provedeno pouze ústně, není zde časový prostor pro dokonalé poučení v písemné podobě. Stejně tak je i souhlas pouze vysloven, písemný souhlas je zde předpokládán spolu s podepsáním písemného informovaného souhlasu s operací.

Porodní asistentka informuje ženu o jednotlivých krocích předoperační přípravy, přes časovou tíseň situace by měla ženu poučit, proč je nutný výkon provést, jak bude postupovat a získat si ženu ke spolupráci. Písemný souhlas zde není, opět se vychází se z předpokládaného souhlasu, kdy žena souhlasí s operačním výkonem.

Prostor pro poučení neonatologa je před výkonem minimální, u každého porodu císařským řezem je neonatolog přítomen, informace o stavu novorozence a dalším postupu péče podává po operaci, co nejdříve, pokud to dovoluje stav ženy.

Písemný informovaný souhlas se přikládá k dokumentaci ženy (18, 23).

1.4.4. Právní aspekty informovanosti v souvislosti s císařským řezem

Požadavek informování pacienta je zakotven v § 23 odst.1) zákona č.20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu v platném znění (příloha 10), kde je stanoveno, že lékař je povinen poučit vhodným způsobem nemocného, popřípadě členy jeho rodiny o povaze onemocnění a o potřebných výkonech tak, aby se mohli stát aktivními spolupracovníky při poskytování léčebné preventivní péče. Zákon stanovuje, že poučení se má dít vhodným způsobem. Obvykle se má za to, že vhodnost způsobu poučení je na lékaři, který v daném okamžiku zná nejlépe zdravotní stav pacienta a dovede kvalifikovaně posoudit možný negativní dopad informace na pacienta. Jistou nevýhodou je skutečnost, že tento postup je často označován za paternalistický přístup lékaře k pacientovi. Pacient by měl být poučen včas, což znamená, že musí být poučen tak, aby měl dost času si v klidu rozmyslet, zda se výkonu podrobí, či nikoliv. Nikde však přesnější údaj, kdy má být pacient poučen, stanoven není, a jedná se proto případ od případu s ohledem na závažnost a neodkladnost výkonu. Poučení musí být srozumitelné, což znamená, že by mělo být provedeno v jazyce, kterému pacient dobře rozumí. Obtíž je v tom, že při současné migraci osob je to v řadě případů nesplnitelné. Při poučení pacienta v češtině nesmějí být používány latinské termíny ani lékařský žargon nebo je nutné je vysvětlit. Nejproblematictější se jeví požadavek na dostatečné poučení. Stanovit co je dostatečné v obecné rovině, je obtížné, stejně jako stanovit, co je dostatečné v konkrétním případě. Je třeba upozornit, že se při poučení nejedná pouze o subjektivní názor jednotlivého lékaře, ale o názor, který na konkrétní věc převládá mezi lékaři příslušné odbornosti. Obecně se má za to, že má být pacient poučen o svém zdravotním stavu, o postupu při léčení a očekávaném výsledku, a zejména o komplikacích, které konkrétní výkon mohou provázet. Poněkud stranou je skutečnost, že by měl být pacient poučen o kvalitě života a změnách, které onemocnění či úraz diagnostický nebo léčebný výkon s sebou přináší. V současné praxi má poučení písemnou formu. Stále častěji se však požaduje, aby písemné poučení bylo současně provedeno osobním pohovorem (37, 44).

Souhlas pacienta s výkonem je dán § 23 odst. 2 zákona č.20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. Zároveň je také definován v Úmluvě o lidských právech a biomedicíně

(96/2001 Sb.). Vzhledem k tomu, že se jedná o mezinárodní úmluvu o lidských právech podle čl. 10 Ústavy, je přímo aplikovatelná a má přednost před zákonem. Proto je třeba řídit se především v Úmluvě obsaženou definicí. V čl. 5, který je základním pravidlem pro oblast souhlasu, je dáno, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas. Předtím musí být osoba informována o účelu a povaze zákroku, jakož i o jeho důsledcích a rizicích. Může kdykoli svobodně svůj souhlas odvolat. V tomtéž dokumentu v čl. 8, týkajícím se stavu nouze vyžadujícím neodkladná řešení, se praví, že pokud v situacích nouze nelze získat příslušný souhlas, jakýkoliv nutný lékařský zákrok lze provést okamžitě, pokud je nezbytný pro prospěch zdraví dotčené osoby (příloha 11) (33, 44).

Značný význam mají i „negativní“ reversy, tj. prohlášení, kdy nemocní odmítají přes náležité vysvětlení potřebnou péči, podle § 23 odst. 2 zákona č. 20/1966 Sb., v platném znění, a ošetřující lékař si o takovém odmítnutí musí vyžádat písemné prohlášení. To se nazývá reversem. V souvislosti s císařským řezem by mohla nastat situace, kdy je z medicínského hlediska je indikováno provedení císařského řezu, ale těhotná žena tuto operaci i přes odpovídající poučení, že bude ohroženo zdraví a život dítěte, odmítá. V takovém případě je nezbytné vyžádat si od těhotné ženy revers, neboť se jedná o provedení zdravotního výkonu, v kterém bude výslovně uvedeno nejen odmítnutí císařského řezu, ale stanovisko těhotné ženy k možnosti, že se dítě narodí poškozené nebo mrtvé. Protože císařský řez je léčebným výkonem a protože v rozhodné době dítě právně ještě neexistuje, nelze císařský řez provést proti vůli těhotné s odůvodněním zájmu na záchranu plodu. Pokud by lékař provedl císařský řez proti vůli ženy s odůvodněním záchranu plodu, postupoval by protiprávně. Pokud by nastaly komplikace, lékař i zdravotnické zařízení by za to nesli právní odpovědnost. Naproti tomu pokud by probíhal porod samovolný a dítě by bylo mrtvé nebo vážně poškozené, je postup v souladu s právem a nemohlo by dojít k vyvození trestní ani občanskoprávní odpovědnosti (33, 42, 44).

2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1. Cíl práce

Cílem práce bylo zjistit a porovnat míru informovanosti žen před plánovaným a akutním císařským řezem v rámci předoperační péče a zjistit úroveň informovanosti žen po výkonu v rámci péče pooperační.

2.2. Hypotézy

1. Ženy před plánovaným císařským řezem se subjektivně považují za dostatečně informované o daném zákroku.
2. Ženy před císařským řezem z akutní indikace se subjektivně nepovažují být dostatečně informovány o daném zákroku.
3. Ženy po císařském řezu se subjektivně považují za dostatečně informované v rámci pooperační péče.

3. METODIKA

3.1. Metodika práce

K výzkumu míry informovanosti žen v předoperační a pooperační péči v souvislosti s císařským řezem byl použit kvantitativní výzkum, prováděný pomocí dotazníků. Dotazníková metoda byla vybrána, protože poskytuje velké množství dat za poměrně krátkou dobu a umožňuje dotazovaným ženám zůstat v anonymitě. Dotazník čítal 24 otázek a byl rozdáván ženám po císařském řezu na oddělení šestinedělí.

3.2. Charakteristika zkoumaného souboru

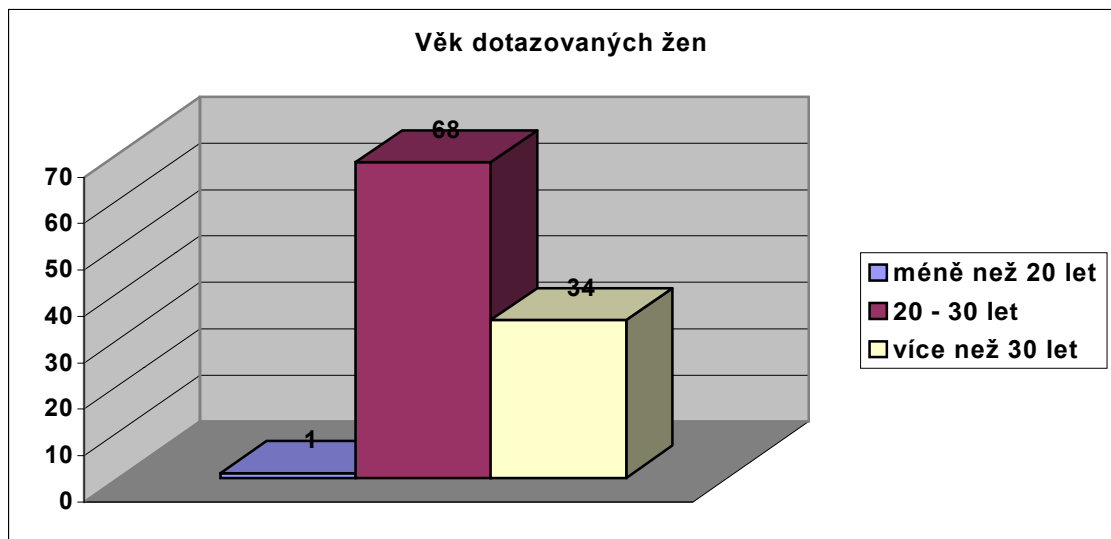
Základní soubor tvoří ženy po císařském řezu. Dotazníky byly rozdávány na oddělení šestinedělí v nemocnici České Budějovice a. s. v období od měsíce prosince roku 2006 do měsíce dubna roku 2007.

Celkem bylo rozdáno 114 dotazníků, vrátilo se 111 dotazníků a 8 dotazníků bylo nedostatečně vyplněno. K výzkumu byl tedy použit konečný soubor 103 dotazníků. Úvodní otázky v dotazníku byly koncipovány jako identifikační (věk a vzdělání). Následující otázky se týkají rozdělení podle typu císařského řezu dle indikace a na další skutečnosti, které mohly ovlivnit pocit dostatečné informovanosti (císařský řez v předchozím těhotenství), 2 otázky se týkaly způsobu získávání informací o císařském řezu ze strany žen. Další otázky zkoumají jejich subjektivní pocit dostatečné informovanosti.

Výsledky výzkumu jsou znázorněny v grafech. Grafy ukazují vždy počet žen odpovídajících na danou otázku. Pod grafem jsou popsány získané údaje v absolutních i relativních hodnotách. U grafických znázornění odpovědí na otázky, kde měly ženy možnost zvolit více odpovědí, relativní hodnoty uvedeny nejsou.

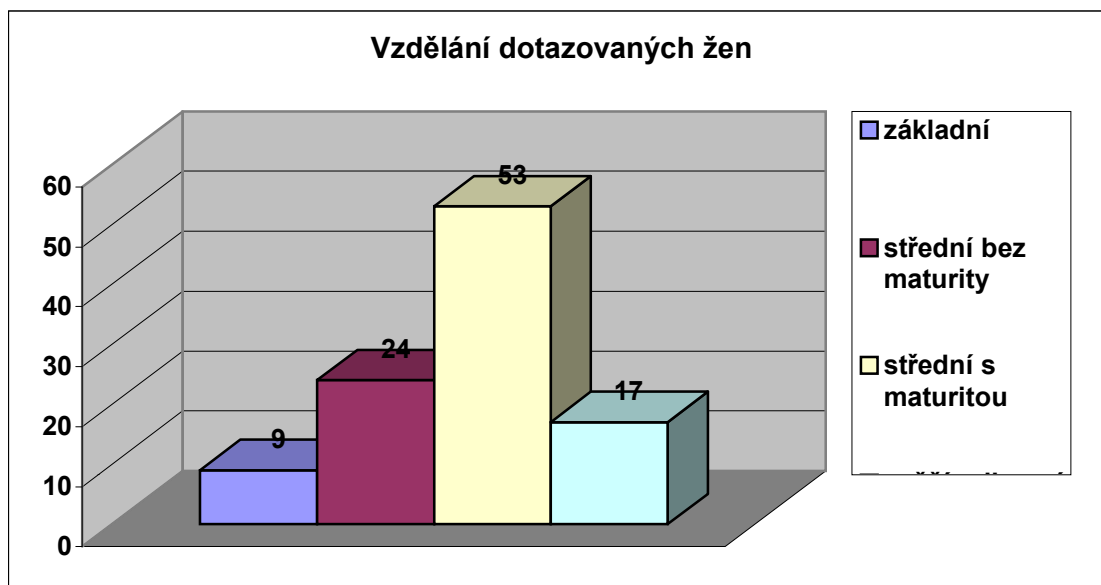
4. VÝSLEDKY

Graf 1



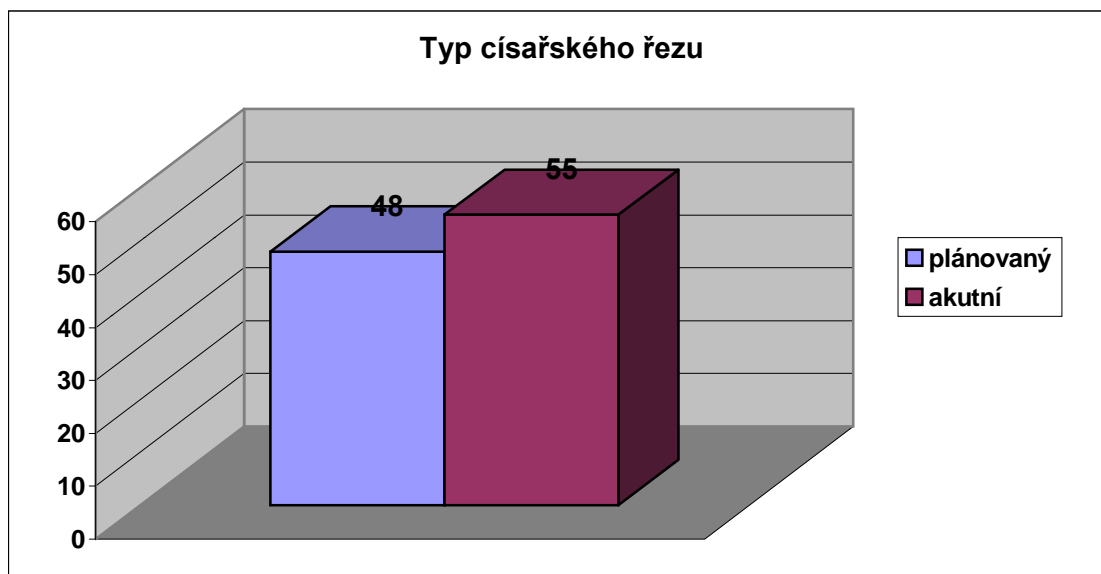
Graf 1 znázorňuje odpovědi na 1. otázku dotazníku, kde bylo zjišťováno, do jaké věkové kategorie dotazované ženy patří. Pouze 1 ženě bylo méně než 20 let (0,9%), 20-30 let bylo 68 ženám (66,1%) a 34 ženám (33%) nad 30 let.

Graf 2



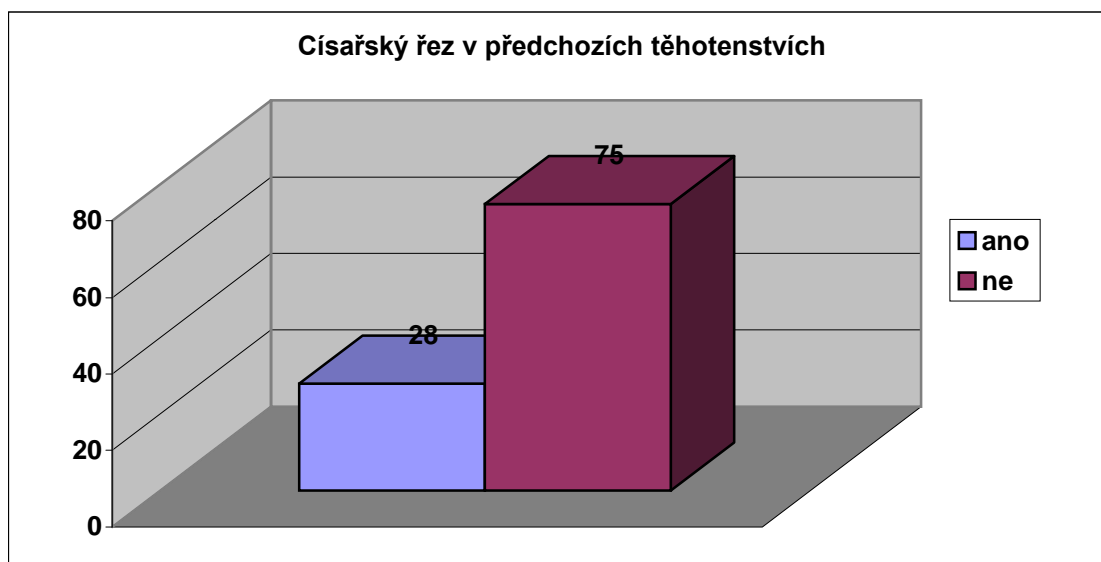
Graf 2 je zaměřen na vzdělání dotazovaných žen. 9 žen (8,7 %) uvedlo jako své nejvyšší ukončené vzdělání základní, 24 žen (23,3%) má střední vzdělání bez maturity, 53 žen (51,4%) má střední vzdělání s maturitou a 17 dotazovaných žen zvolilo možnost vyššího odborného nebo vysokoškolského vzdělání (16,6%).

Graf 3



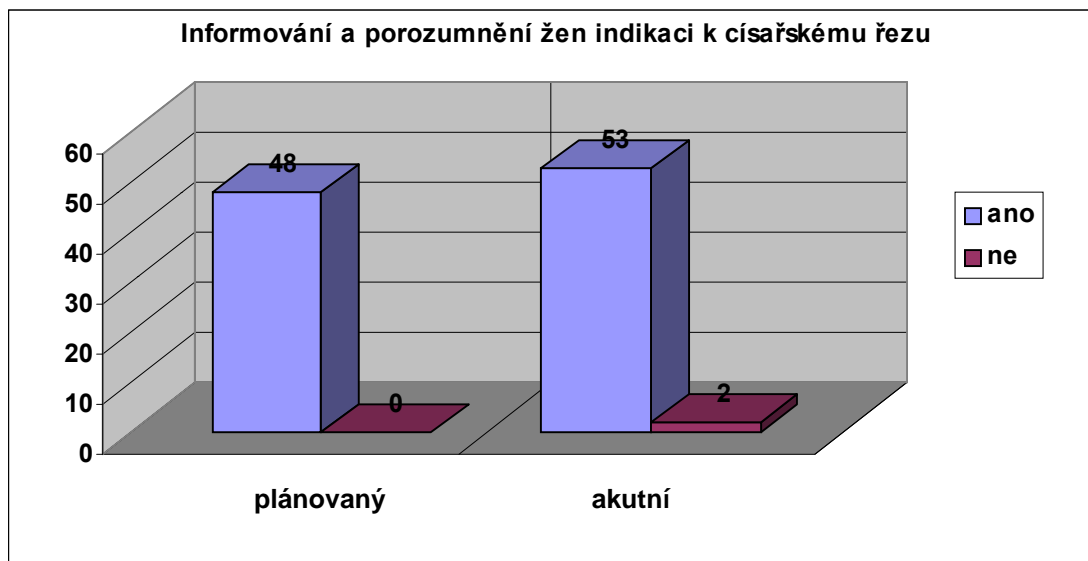
Graf 3 popisuje, jaký typ císařského řezu podle indikace ženy podstoupily. U 48 dotazovaných žen byl císařský řez plánován (46,6%), 55 žen podstoupilo císařský řez z akutní indikace (53,4%).

Graf 4



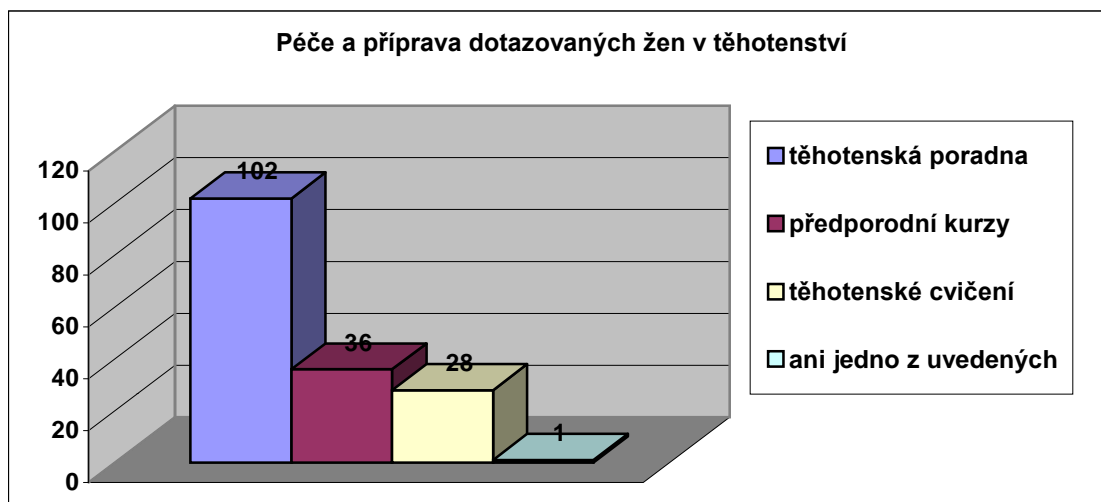
Graf 4 popisuje, zda podstoupily císařský řez v předchozích těhotenstvích. 28 žen zvolilo možnost ano (27,2%), 75 ženám byl císařský řez proveden poprvé (72,8%).

Graf 5



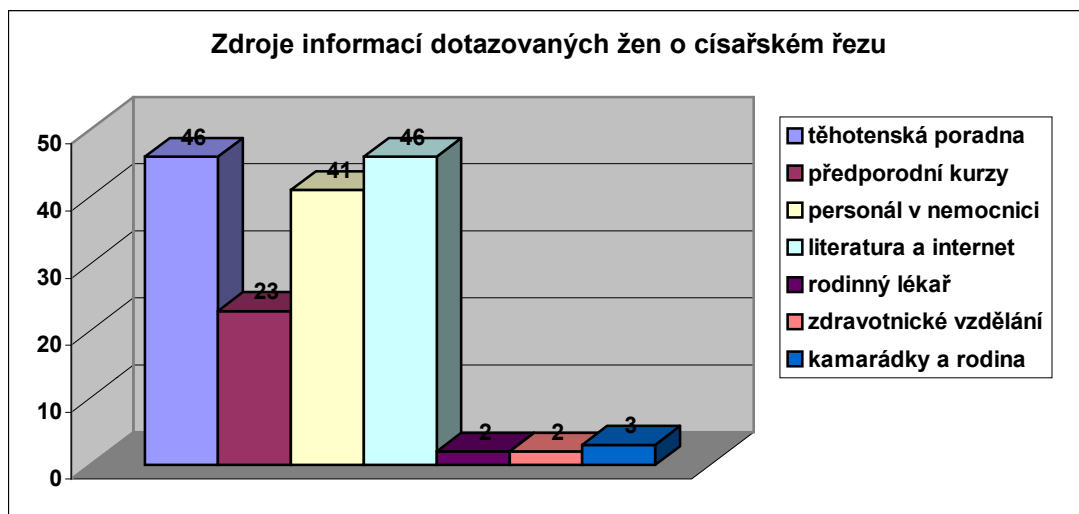
Graf 5 znázorňuje odpovědi žen na otázku, zda byly informovány o důvodu k provedení císařského řezu a zda indikaci porozuměly. Z celkového počtu 48 žen, které podstoupily císařský řez plánovaně, bylo všech 48 (100%) schopno důvod vysvětlit. Mezi ženami, které podstoupily operaci z akutní indikace, celkem 55 žen, 53 žen (96,4%) odpovědělo na otázku a důvod k ukončení těhotenství císařským řezem vysvětlilo, 2 ženy (3,6%) odpověděly, že indikaci neporozuměly. Celkem tedy na otázku 101 žen odpovědělo v pozitivním smyslu (98%) a 2 ženy v záporném (2%).

Graf 6



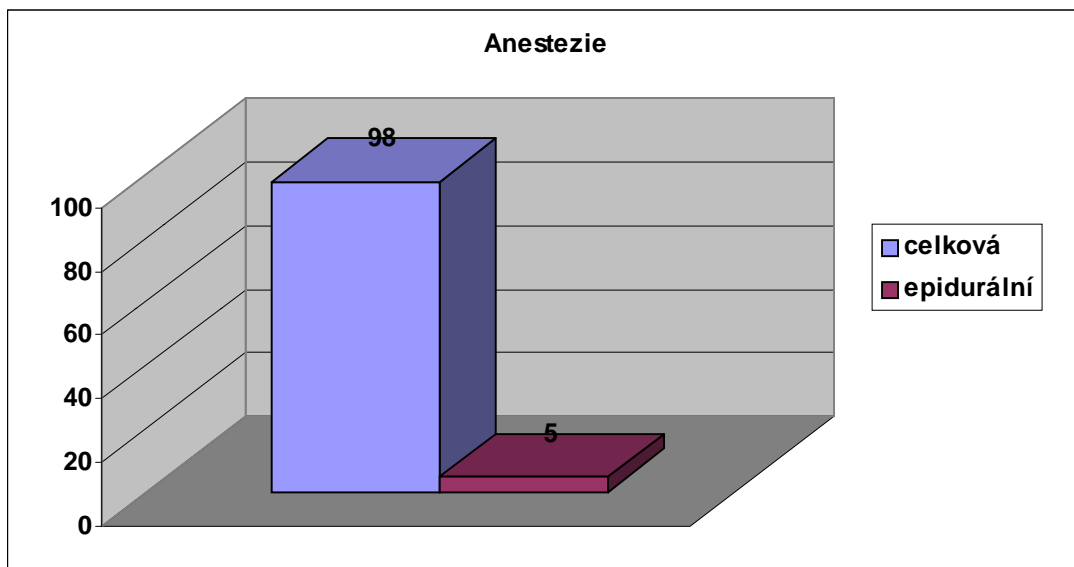
Graf 6 popisuje, zda ženy pravidelně navštěvovaly těhotenskou poradnu, předporodní kurzy a těhotenské cvičení. Ženy měly možnost v otázce zvolit více odpovědí. 102 žen pravidelně navštěvovalo těhotenskou poradnu, 36 žen chodilo na předporodní kurzy pro těhotné ženy a 28 žen na hodiny těhotenského cvičení. 1 žena uvedla, že ani jednu z nabízených možností nevyužívala.

Graf 7



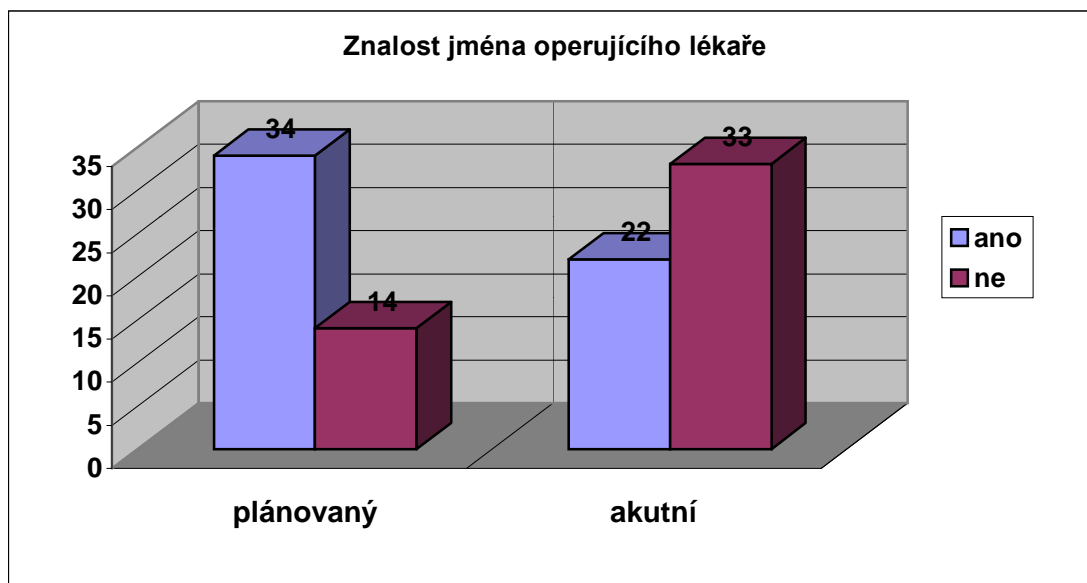
Graf 7 znázorňuje, jakým způsobem ženy samy získaly informace o císařském řezu. Ženy měly opět možnost zvolit více odpovědí. Ze 102 žen, které navštívily těhotenskou poradnu se jich 46 o císařském řezu informovalo právě tam (45%), 23 žen (64%) z 36 získalo informace na předporodních kurzech, z celkového počtu 103 žen získalo 41 žen (39,8%) informace až od personálu v porodnici, 46 žen (45,5%) z literatury nebo internetu, 2 ženy (1,9%) měly zdravotnické vzdělání, 2 ženy (1,9%) u rodinného lékaře a 3 ženy (2,9%) získaly informace u rodiny a kamarádek.

Graf 8



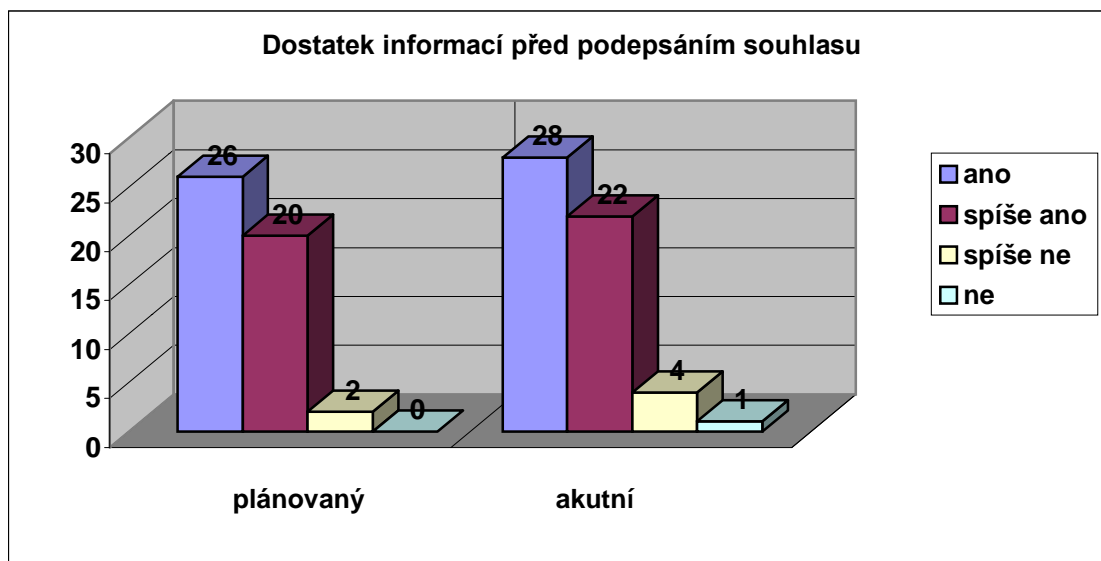
Graf 8 znázorňuje odpovědi na otázku 8 dotazníku, kde bylo zjišťováno, jaký typ anestezie ženy při operaci podstoupily. 98 žen uvedlo, že podstoupilo celkovou anestezií (95,1%) a 5 žen (4,9%) epidurální anestezií.

Graf 9



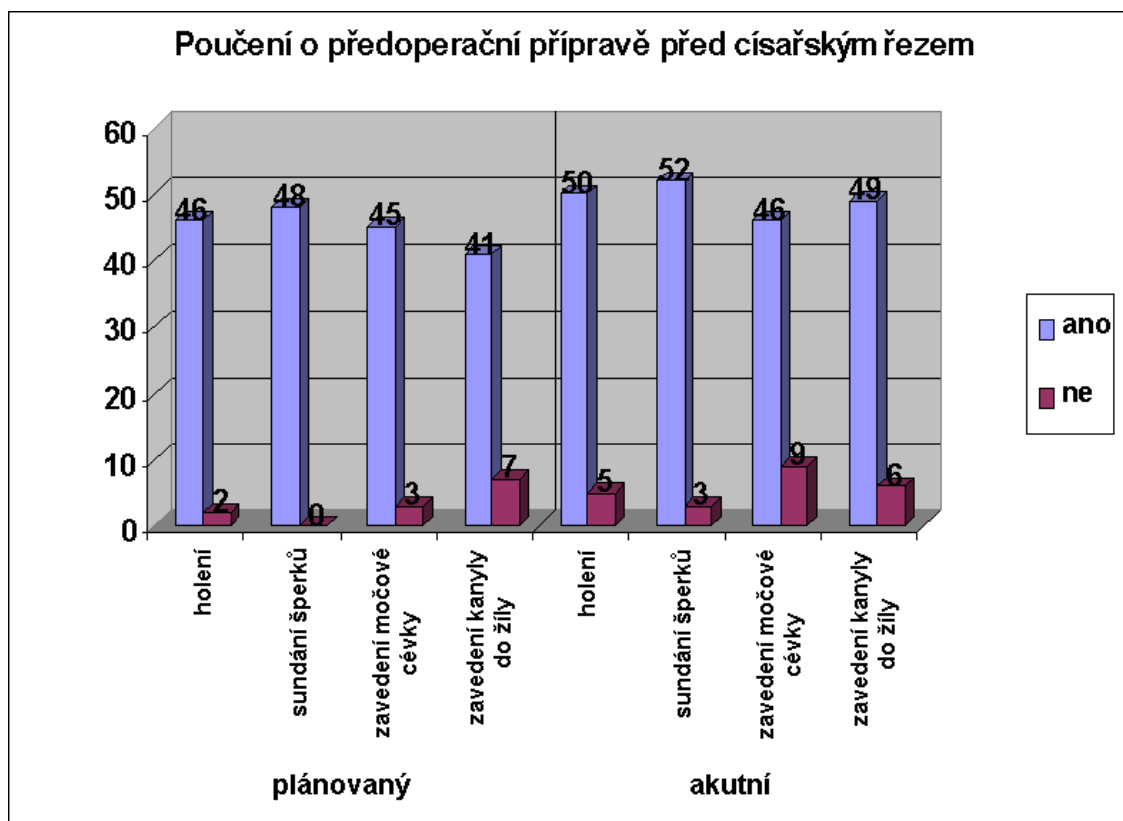
Graf 9 ukazuje, zda ženy znaly jméno operujícího lékaře před provedením císařského řezu. Mezi 48 ženami, které podstoupily císařský řez plánovaně, odpovědělo 34 žen ano (71%) a 14 žen ne (29%), mezi 55 ženami, kterým byl císařský řez proveden akutně, odpovědělo 22 žen, které jméno operujícího lékaře znaly (40%) a 33 žen, které jméno neznaly (60%). Celkem 56 žen odpovědělo kladně (54,4%) a 47 žen záporně (45,6%).

Graf 10



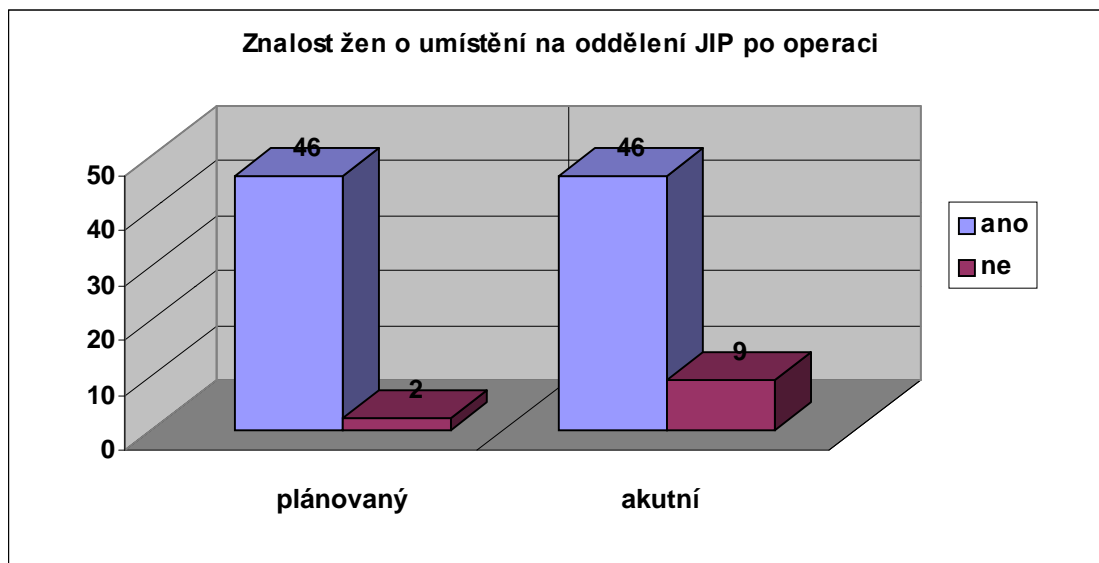
Grafem 10 je popisována situace, zda mají ženy pocit, že byly před podepsáním souhlasu s operací informovány dostatečně. Z celkového počtu 48 žen před plánovaným císařským řezem jich 26 odpovědělo ano (54,2%), 20 žen odpovědělo spíše ano (41,6%), 2 ženy odpověděly spíše ne (4,2%), žádná z žen neodpověděla ne (0%). Před akutním císařským řezem z 55 žen odpovědělo 28 žen ano (50,9%), 22 žen spíše ano (40%), 4 ženy spíše ne (7,3%) a 1 žena ne (1,8%). Celkem zvolilo možnost ano 54 žen (52,4%), spíše ano 42 žen (40,8%), možnost spíše ne 6 žen (5,8%) a ne 1 žena (0,9%).

Graf 11



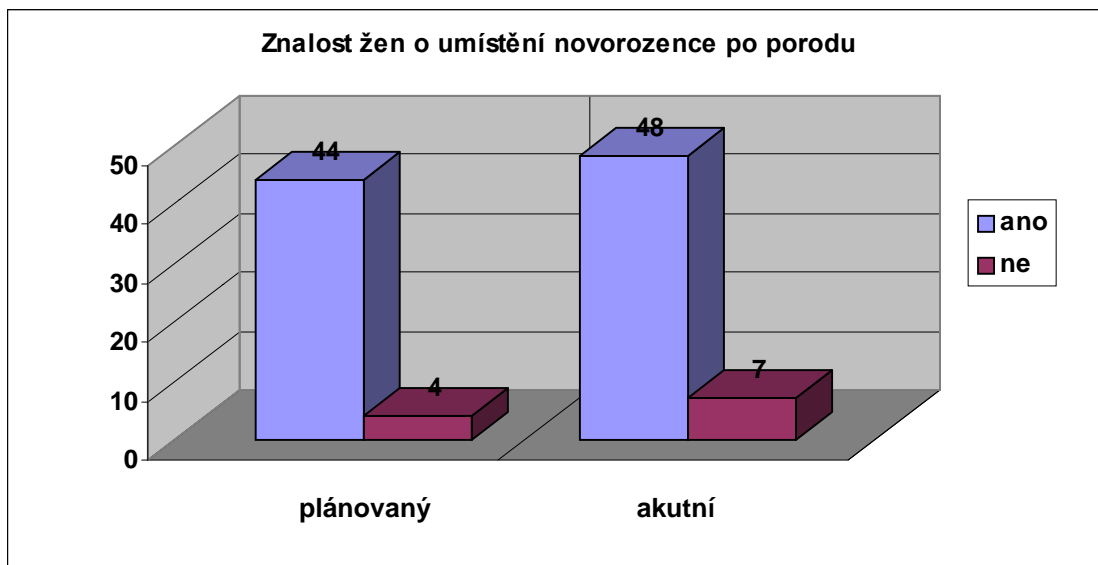
Graf 11 popisuje poučení o předoperační přípravě. V otázce jsem se dotazovala žen, zda byly poučeny o jednotlivých výkonech přípravy. Z 48 žen, kterým byl proveden císařský řez plánovaně, odpovědělo na dotaz o holení před operací 46 žen kladně (95,8%) a 2 ženy záporně (4,2%). O nutnosti sundání šperků bylo informováno všech 48 žen (100%), na otázku zda byly ženy poučeny o zavedení močové cévky odpovědělo 45 žen ano (93,7%) a 3 ženy ne (6,3%) a o zavedení nitrožilní kanyly 41 žen ano (85,4%) a ne 7 žen (14,6%). Mezi 55 ženami, které podstoupily císařský řez bez plánované přípravy, bylo 50 žen, které uvedly, že o holení poučeny byly (90,9%) a 5 žen, které uvedly, že nikoli (9,1%). O sundání šperků bylo poučeno 52 žen (94,5%), 3 ženy uvedly, že poučeny nebyly (5,5%). Poučení o zavedení močové cévky potvrdilo 46 žen (83,6%), 9 žen ne (16,4%). Na dotázání se na zavedení kanyly do žíly odpovědělo 49 žen (89,1%) kladně a 6 záporně (10,9%).

Graf 12



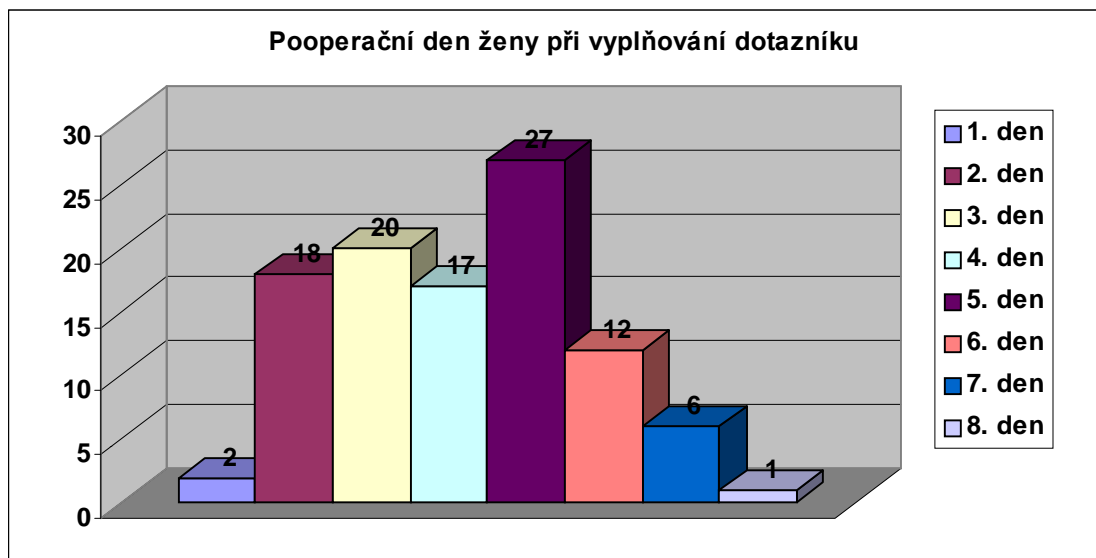
Graf 12 ukazuje, zda ženy před císařským řezem ví, že budou po operaci převezeny na oddělení JIP. Mezi ženami po plánovaném zákroku uvedlo 46 žen (95,8%) z 48 ano, a 2 ženy ze stejného počtu ne (4,2%). Z žen po akutním císařském řezu uvedlo 46 žen (83,6%) z 55 ano a 9 žen ne (16,4%). Celkem zvolilo možnost ano 92 žen (89,3%) a možnost ne 11 žen (10,7%).

Graf 13



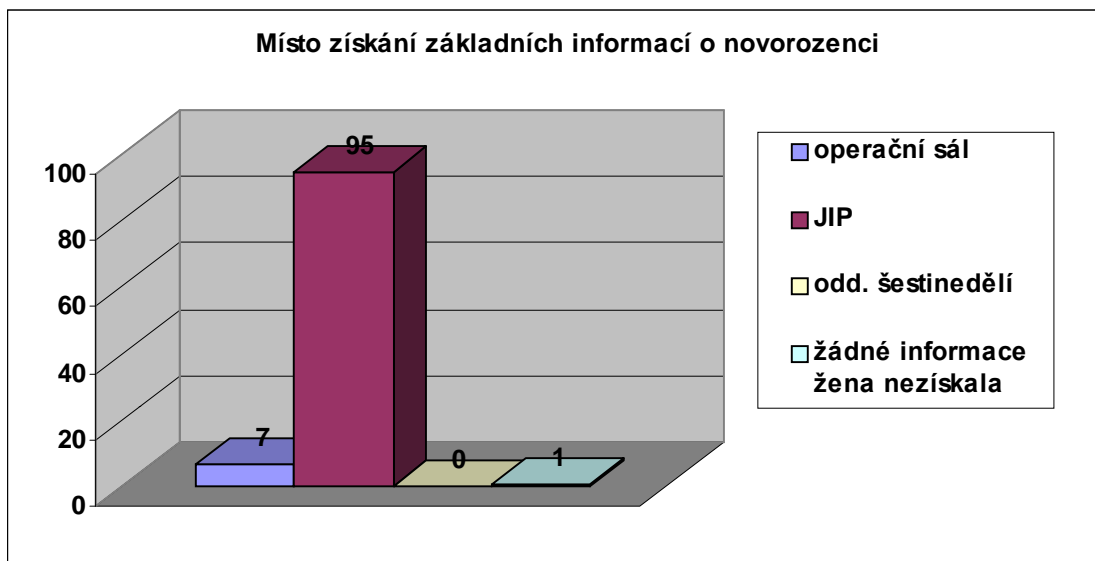
Graf 13 znázorňuje, zda ženy před císařským řezem ví, kde bude novorozenec po porodu. Z 48 žen, kterým byl císařský řez proveden plánovaně, odpovědělo 44 ano (91,6%) a 4 ženy ne (8,4%). Z 55 žen, které podstoupily operaci z akutní indikace odpovědělo 48 kladně (87,3%) a 7 žen odpovědělo ne (12,7%). Kladně odpovědělo celkem 92 žen (89,3%), záporně 11 žen (10,7%).

Graf 14



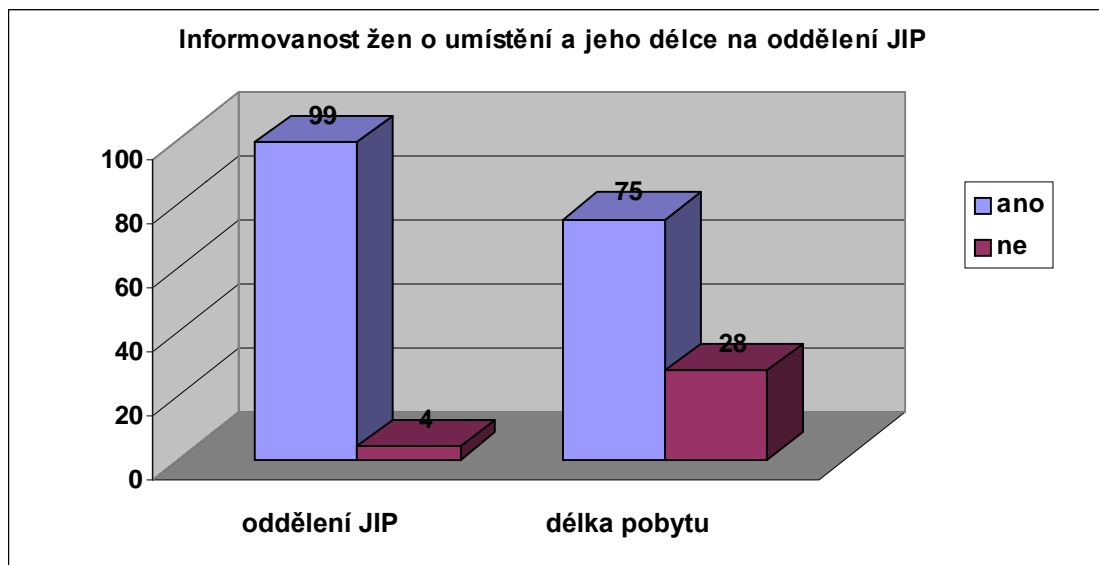
Graf 14 popisuje kolikátý den po operaci ženy dotazník vyplňují. 2 ženy vyplňovaly dotazník 1. pooperační den (1,9%), 18 žen 2. den po operaci (17,5%), 20 žen 3. den po operaci (19,4%), 17 žen vyplňovalo dotazník 4. den po operaci (16,5%), 5. pooperační den 27 žen (26,2%), 6. pooperační den 12 žen (11,7%), 7. pooperační den 6 žen (5,8%) a 1 žena vyplňovala dotazník 8. den po operaci (0,9%).

Graf 15



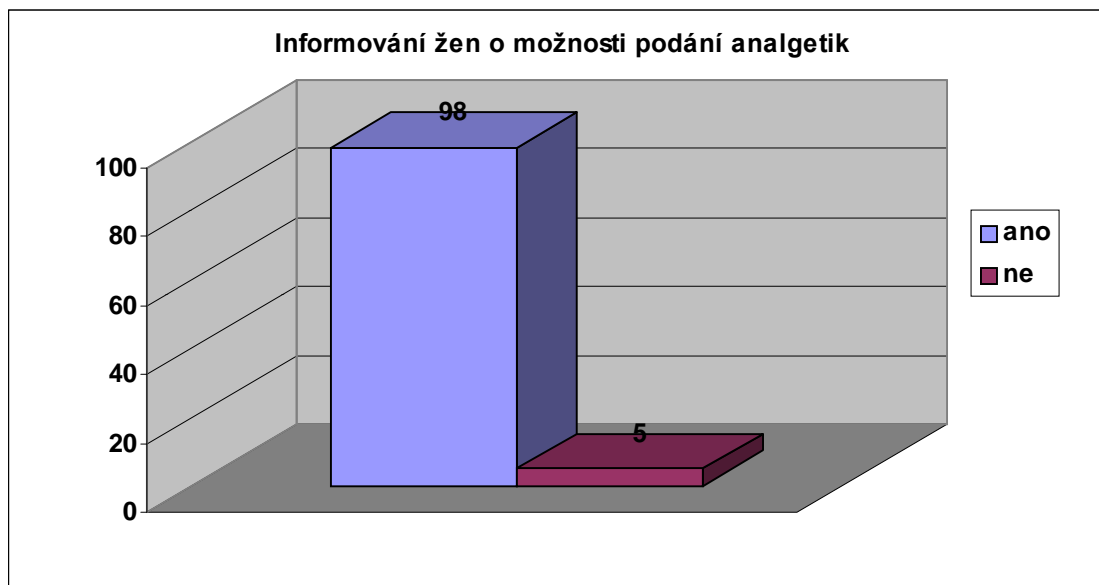
Graf 15 je zaměřen na získání základních informací o novorozenci po operaci. 7 žen odpovědělo, že základní informace získaly na operačním sále (6,8%), 95 žen na oddělení JIP (92,2%), žádná z žen nezískala informace na oddělení šestinedělí a 1 žena zvolila možnost, že žádné informace nezískala (0,9%).

Graf 16



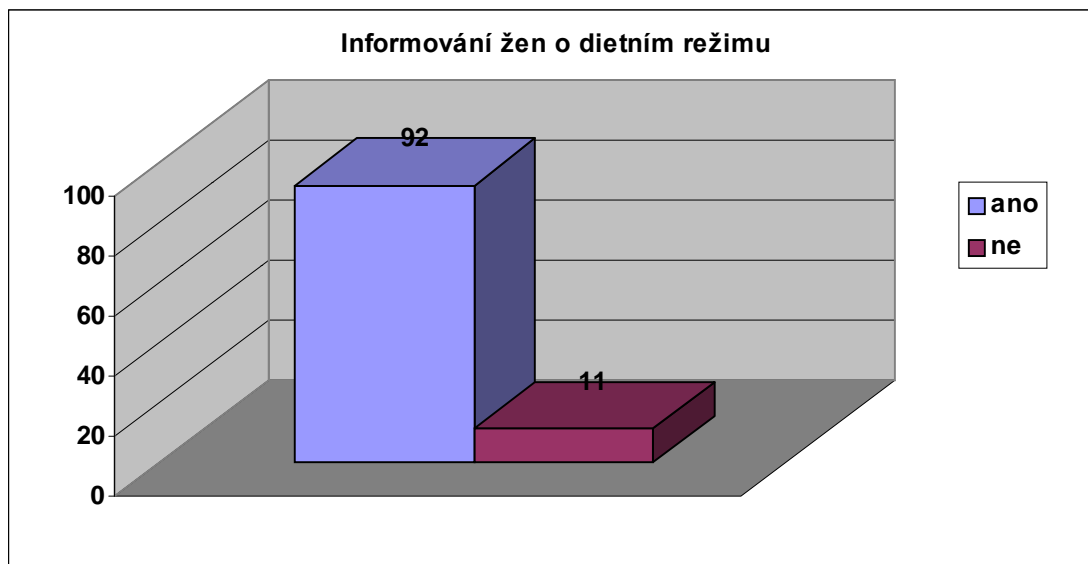
Graf 16 popisuje odpovědi na 16. otázku dotazníku, kde ženy odpovídaly, zda byly po operaci informovány na jakém oddělení se nacházejí. 99 žen odpovědělo ano (96,1%) a 4 ženy odpověděly ne (3,9%). Informaci o možné předpokládané délce pobytu na JIP získalo 75 žen (72,8%) a 28 žen nikoli (27,2%).

Graf 17



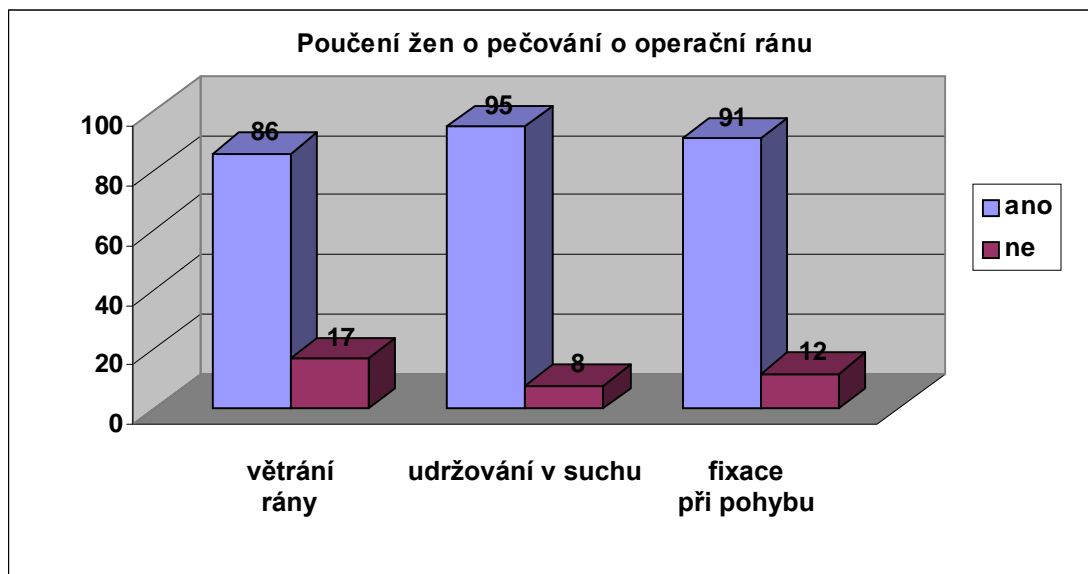
Graf 17 popisuje, zda ženy byly nebo nebyly informovány o možnosti podání analgetik. 98 žen odpovědělo kladně (95,1%) a 5 žen odpovědělo záporně (4,9%).

Graf 18



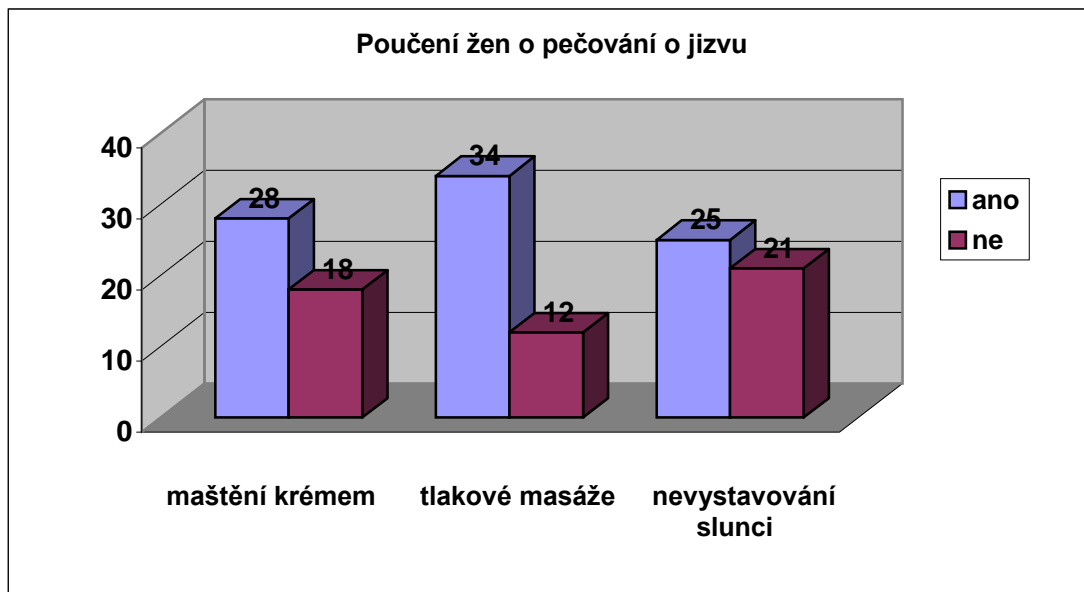
Graf 18 znázorňuje, zda jsou ženy informovány o dietním režimu po operaci. 92 z dotazovaných žen odpovědělo ano (89,3%) a 11 žen ne (10,7%).

Graf 19



Graf 19 prezentuje odpovědi na 19. otázku. Ženy byly dotazovány na poučení o péči o operační ránu. O větrání operační rány bylo poučeno 86 žen (83,5%) a 17 žen ne (16,5%), o udržování rány v suchu bylo informováno 95 žen (92,2%) a 8 žen nikoli (7,8%) a na dotaz, zda byly ženy poučeny o fixaci rány při pohybu a kašli odpovědělo 91 žen kladně (88,3%) a 12 žen záporně (11,7%).

Graf 20



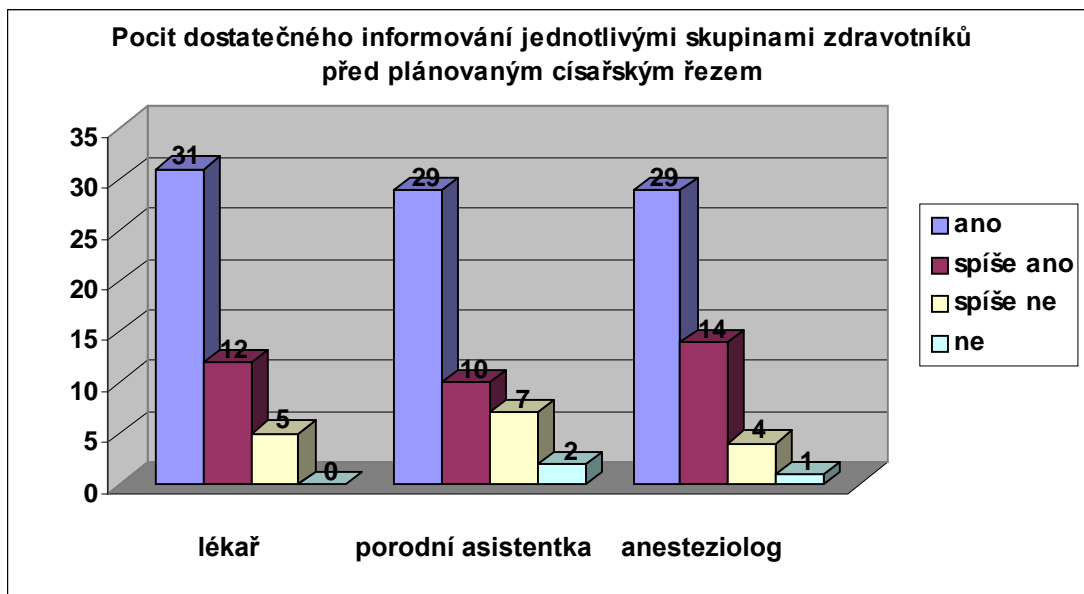
Graf 20 je zaměřen na poučení o péči o jizvu. Pro tento graf byly použity odpovědi žen, které vyplňovaly dotazník 5. den a další dny hospitalizace. Tento soubor tvořil celkem 46 žen. O promašťování jizvy krémem bylo poučeno 28 žen (60,8%) a 18 žen ne (39,2%), na dotaz o poučení o provádění tlakových masáží odpovědělo 34 žen, že poučeno bylo (73,9%) a 12 žen ne (26,1%). O poučení o nevystavování rány slunci odpovědělo 25 žen ano (54,3%) a 21 žen ne (45,6%).

Graf 21



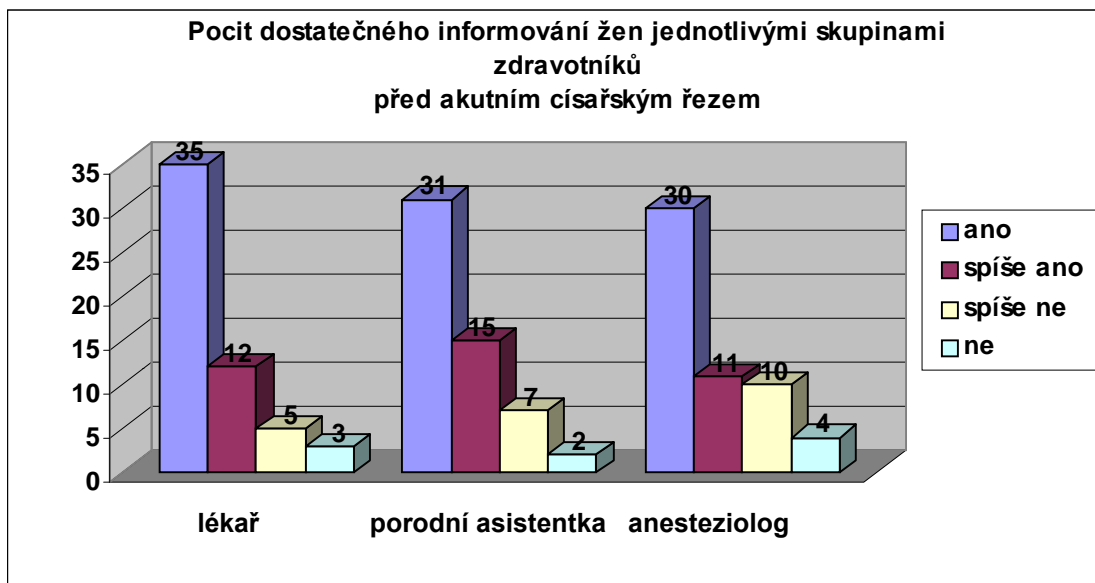
Graf 21 se zabývá poučením žen o rehabilitačním režimu po císařském řezu. Na tuto otázku odpovědělo všech 103 žen kladně (100%), žádná z žen neodpověděla ne (0%).

Graf 22



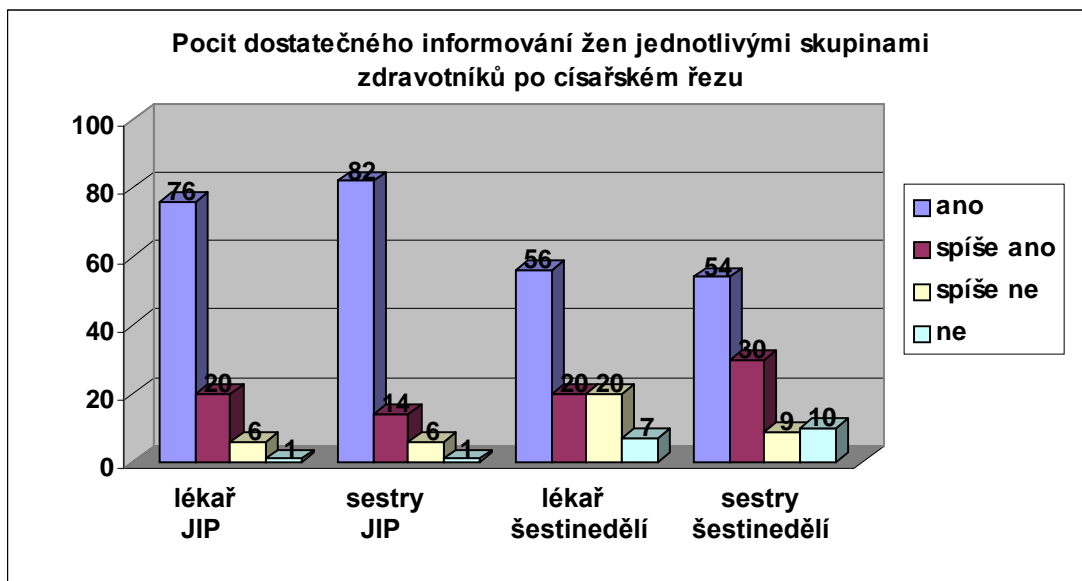
V otázce 22 byly ženy dotazovány na pocit dostatečného informování jednotlivými skupinami zdravotníků. Graf 22 popisuje pocit dostatečného informování ze strany lékaře, porodních asistentek a anesteziologa u 48 žen před plánovaným císařským řezem. Ze strany lékaře bylo 31 žen (64,6%) informováno dostatečně a odpovědělo ano a 12 žen, které odpověděly spíše ano (25%), 5 žen spíše ne (10,4%) a žádná žena neodpověděla ne. Informování ze strany porodních asistentek považovalo za dostatečné 29 žen (60,4%), které odpověděly ano a 10 žen, které odpověděly spíše ano (20,8%), 7 žen spíše ne (14,6%) a 2 ženy ne (4,2%). Poučení anesteziologem považuje 29 žen za dostatečné, tyto ženy odpověděly ano (60,4%) a 14 žen, které odpověděly spíše ano (29,2%). Odpověď spíše ne zvolily 4 ženy (8,3%) a odpověď ne 1 žena (0,9%).

Graf 23



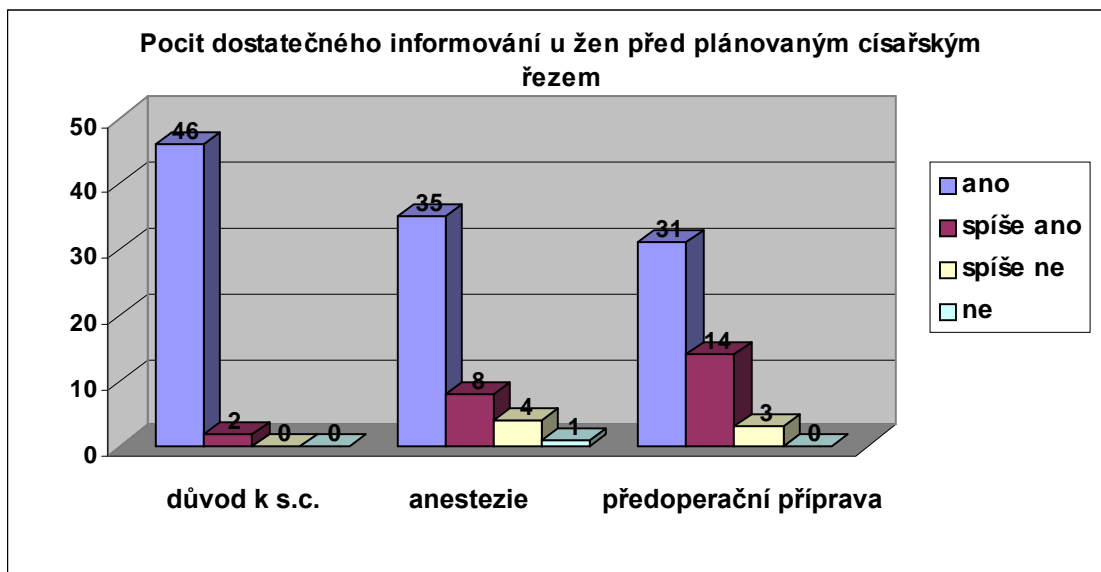
Graf 23 popisuje pocit dostatečného informování ze strany lékaře, porodních asistentek a anesteziologa u 55 žen před akutním císařským řezem. Vychází z dat získaných v otázce 22. Ze strany lékaře bylo informováno dostatečně a ano odpovědělo 35 žen (63,6%) a 12 žen, které odpověděly spíše ano (21,8%), 5 žen odpovědělo spíše ne (9,1%) a ne 3 ženy (5,5%). Poučení porodními asistentkami považovalo za dostatečné 31 žen (56,4%), které odpověděly ano a 15 žen s odpovědí spíše ano (27,3%), 7 žen odpovědělo spíše ne (12,7%) a ne 2 ženy (3,6%). Na dotázání se o dostatečném informování anesteziologem odpovědělo 30 žen ano (54,5%), 11 žen odpovědělo spíše ano (20%), odpověď spíše ne zvolilo 10 žen (18,2%) a 4 ženy odpověď ne (7,3%).

Graf 24



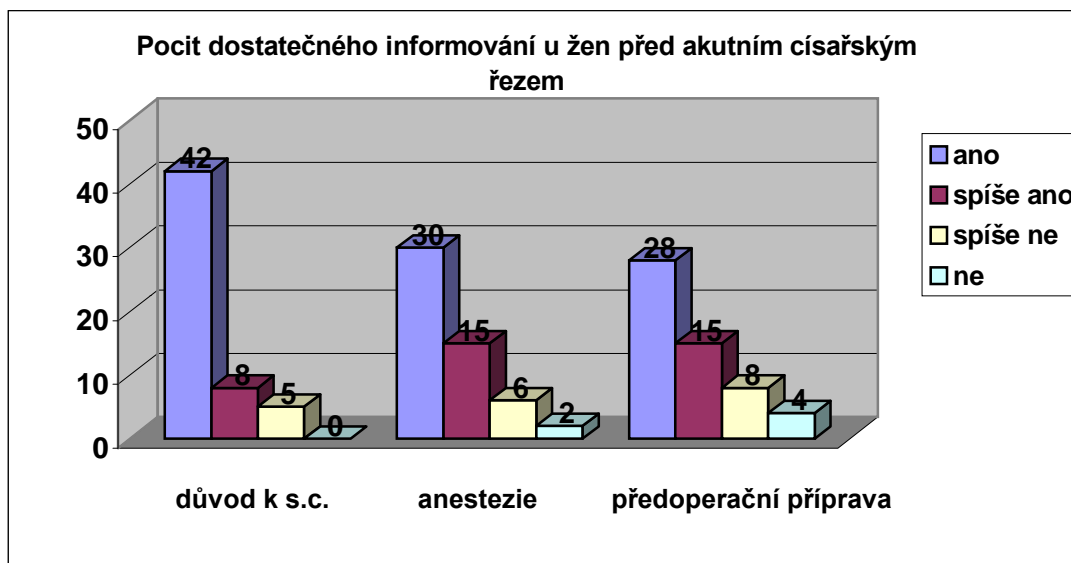
Graf 24 popisuje pocit dostatečného informování po císařském řezu ze strany lékaře na oddělení JIP, sester na oddělení JIP a lékaře a sester na oddělení šestinedělí. Opět vychází z dat získaných v otázce 22. Na otázku o dostatečném informování ze strany lékaře na JIP odpovědělo ano 76 žen (73,8%), 20 žen odpovědělo spíše ano (19,4%), 6 žen spíše ne (5,8%) a 1 žena odpověděla ne (0,9%). Ze strany sester na JIP odpovědělo ano 82 žen (79,6%) 14 žen odpovědělo spíše ano (13,6%), 6 žen spíše ne (5,8%) a 1 žena odpověděla ne (0,9%). Ze strany lékaře na oddělení šestinedělí na odpovědělo ano 56 žen (54,4%), 20 žen odpovědělo spíše ano (19,4%), 20 žen spíše ne (19,4%) a 7 žen odpovědělo ne (6,8%). Na otázku o dostatečném informování sestrami na oddělení šestinedělí odpovědělo 54 žen ano (52,5%), 30 žen odpovědělo spíše ano (29,1%), odpověď spíše ne zvolilo 9 žen (8,7%) a 10 žen odpověď ne (9,7%).

Graf 25



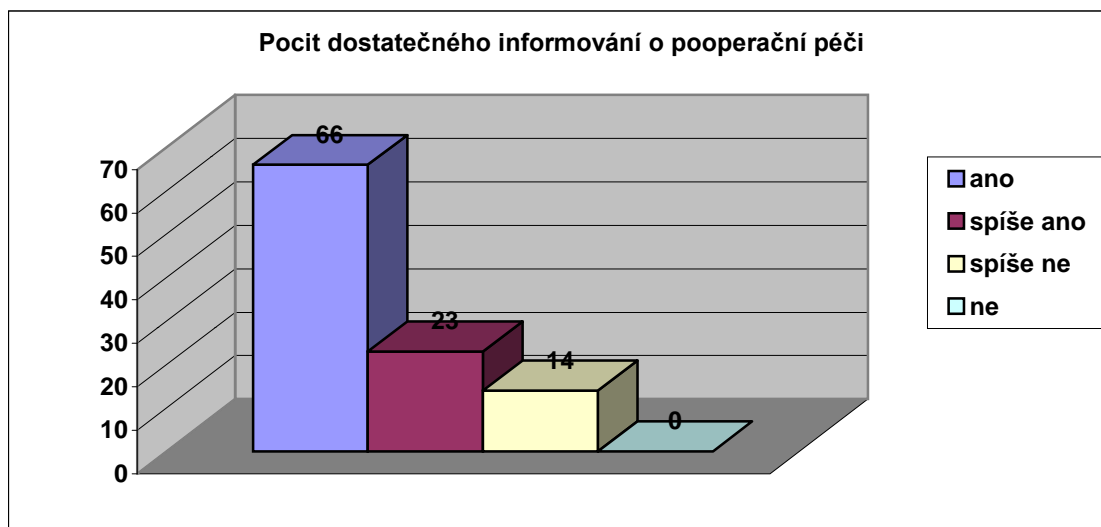
Graf 25 je zaměřen na pocit dostatečného informování o důvodu k provedení císařského řezu, o anestezii a o předoperační přípravě. Graf vychází z odpovědí na otázku 23. Z 48 žen, které podstoupily císařský řez plánovaně se o důvodu k provedení císařského řezu cítí být dostatečně informovány 46 žen, které odpověděly ano (95,8%) a 2 ženy, které odpověděly spíše ano (4,2%). Žádná z žen nezvolila odpověď spíše ne nebo ne. O anestezii se cítí být dostatečně informovány 35 žen, které zvolily odpověď ano (72,9%) a 8 žen s odpovědí spíše ano (16,7%). Odpověď spíše ne zvolily 4 ženy (8,3%) a ne 1 žena (2,1%). V souvislosti s předoperační přípravou odpovědělo kladně 45 žen, 31 žen s odpovědí ano (64,6%) a 14 žen s odpovědí spíše ano (29,2%). Záporně odpověděly 3 ženy a to možností spíše ne (6,2%).

Graf 26



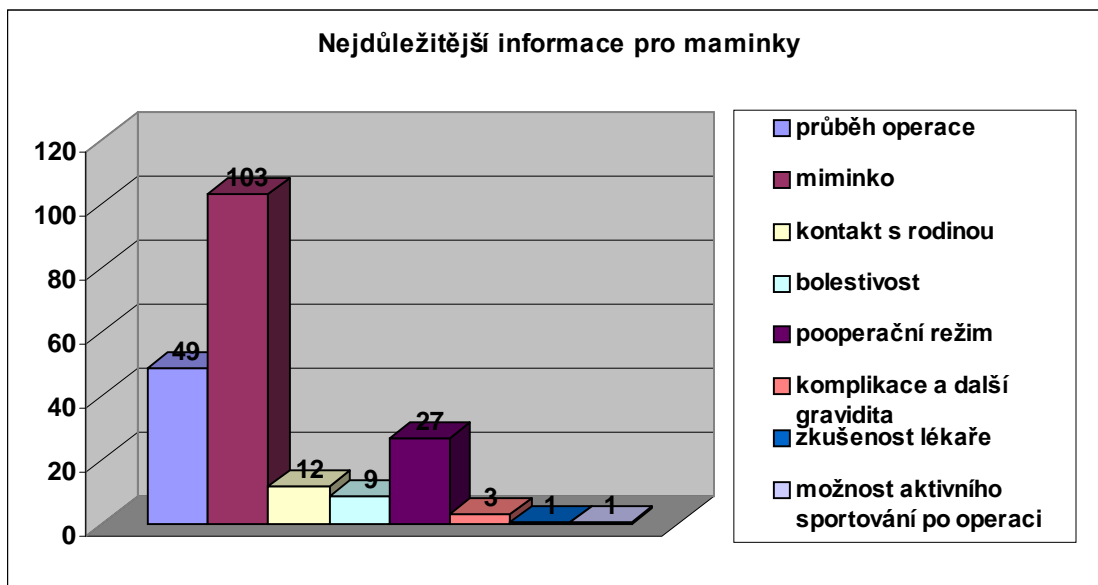
Graf 26 vychází, stejně tak jako graf předchozí, z dat získaných v otázce 23. Z 55 žen, které podstoupily císařský řez akutně se o důvodu k provedení císařského řezu se cítí být dostatečně informováno 42 žen, které odpověděly ano (76,4%) a 8 ženy, které odpověděly spíše ano (14,5%). 5 žen zvolilo odpověď spíše ne (9,1%) a žádná žena odpověď ne. O anestezii se cítí být dostatečně informováno 30 žen, které zvolily odpověď ano (54,5%) a 15 žen s odpovědí spíše ano (27,3%). Odpověď spíše ne zvolilo 6 žen (10,9%) a ne 2 ženy (3,6%). V souvislosti s předoperační přípravou odpovědělo kladně 43 žen, 28 žen odpovědělo ano (50,9%) a 15 žen odpovědělo spíše ano (27,3%). Záporně odpovědělo 12 žen, možnost spíše ne zvolilo 8 žen (14,5%) a možnost ne zvolily 4 ženy (7,3%).

Graf 27



Graf 27 popisuje pocit dostatečného informování žen po císařském řezu v pooperační péči. Data byla získána otázkou 23. O pooperační péči se cítí být dostatečně informovány 66 žen, které odpověděly ano (64,1%) a 23 žen s odpovědí spíše ano (22,3%). Možnost spíše ne zvolilo 14 žen (13,6%), žádná žena nezvolila možnost ne.

Graf 28



Graf 24 znázorňuje, jaké informace jsou pro maminky v souvislosti s císařským řezem nejdůležitější. Ženy měly v otázce možnost zakroužkovat nejvýše 2 odpovědi. 49 žen se zajímalo o průběh operace, 103 žen považuje za nejdůležitější informace o miminku, 12 žen zvolilo možnost kontaktu s rodinou, 9 žen bolestivost, o pooperační režim se zajímalo 27 žen, 3 ženy více zajímala rizika operace spojená s další graviditou, 1 ženu erudice lékaře a 1 ženu možnost sportování po operaci.

5. DISKUSE

Výzkum práce s názvem „Informovanost pacientek před a po operaci o provedeném výkonu“ věnující se problematice císařského řezu byl prováděn pomocí dotazníků rozdávaným ženám po císařském řezu na oddělení šestinedělí v Nemocnici České Budějovice a.s. Pomocí dotazníků byla zjišťována úroveň informovanosti žen před a po tomto zákroku.

V období od měsíce prosince roku 2006 do měsíce dubna roku 2007 bylo celkem rozdáno 114 dotazníků. Vrátilo se 111 dotazníků, což je 97,4% návratnost. 8 dotazníků bylo nedostatečně vyplněno a bylo ze souboru vyřazeno. Celkový soubor, který se stal základem pro další výzkum tedy tvořilo 103 dotazníků (100%).

Dotazník obsahoval 24 otázek. Úvodní otázky v dotazníku měly identifikační funkci. První otázkou byl zjišťován věk dotazovaných žen. Největší zastoupení měly ženy mezi 20 a 30 lety (66,1%), zbylou třetinu tvořily ženy ve věkové skupině nad 30 let a pouze 1 žena ve věku nižším než 20 let. Podle ÚZIS ČR (35) se nejvyšší plodnost v posledních letech dostává do vyšších věkových skupin, v roce 2005 byla nejvyšší plodnost u žen mezi 20 a 30 lety, konkrétně mezi 25 a 29 lety, velice rychle také stoupá plodnost u žen nad 30. rok věku. Výsledky výzkumu ukázaly podobné údaje, posílené ještě tím, že císařský řez je způsobem ukončení porodu často z příčin nefyziologického stavu matky, což je charakteristické právě pro skupiny žen ve vyšším věku.

Další otázkou bylo vzdělání žen. Největší zastoupení měly ženy se středním vzděláním s maturitou (51,4%), nejméně žen mělo vzdělání základní (8,7%). Podle ÚZIS ČR (35), který udává strukturu rodiček podle vzdělání bez ohledu na způsob porodu, je nejvíce žen zastoupeno, stejně jako u popisovaného vzorku výzkumu, ve skupině žen se středním vzděláním s maturitou (41,1%) a nejmenší počet žen se vzděláním základním (12,6%). Z toho vyplývá, že vzdělání žen pravděpodobně nemá větší podíl na výskytu komplikací a způsobu ukončení porodu císařským řezem.

Otázka 3 je zaměřena na typ císařského řezu podle indikace. Plánovaných císařských řezů je ve výzkumném vzorku jen něco méně než polovina (46,6%) a akutních málo nad polovinu (53,4%). Loňská bakalářská práce ZSF JČU na téma „Ošetrovatelská péče o ženu po císařském řezu“ (33) uvádí podíl plánovaných

a akutních císařských řezů méně vyrovnaně, podíl plánovaných řezů k akutním byl tehdy 39% k 61%. Tato skutečnost může vyvolat obavy, zda množství indikací k císařskému řezu a rizik v těhotenství, pravděpodobně související s vyššími věkovými skupinami matek, nestoupá příliš rychle.

Čtvrtá otázka se ptá na císařský řez v předchozím těhotenství. Tato otázka byla do dotazníku vložena z toho důvodu, že tato skutečnost by mohla ovlivnit pocit dostatečné informovanosti u žen, které již císařský řez podstoupily v minulosti, a to v kladném smyslu. Při vyhodnocení dat, týkajících se předoperační péče ve skupině žen, které již v minulosti císařský řez podstoupily, se ukázalo, že pocit dostatečného informování ovlivněn být z velmi malé části mohl. Celkové výsledky ukazují, že ženy této skupiny se v 90,6% považují být za dostatečně informované v rámci předoperační péče. Tento údaj se liší pouze o 1,55%, přesto je vyšší, než celkových 89,05%, které ukazují celkový počet žen, které se cítí být dostatečně informované v předoperační péči. Po operaci se ženy po 2. a dalším císařském řezu cítí být dostatečně informované v 85%, což je o 1,4% méně než 86,4% žen, které se v rámci pooperační péče cítí být dostatečně informované. Celkově tedy císařský řez v předchozích těhotenstvích příliš pocit dostatečné informovanosti neovlivňuje.

Poučením o důvodu k provedení císařského řezu a jeho porozuměním se zabývá 5. otázka. Z porovnání údajů u žen před plánovaným a akutním císařským řezem jasně vyplývá, že před plánovaným zákrokem jsou ženy výborně poučené a důvodu rozumí, všech 100% žen na tuto otázku bez problémů odpovědělo. U akutních operací 3,6% žen indikaci neporozumělo, vysvětlením může být fakt, že obě dotazované ženy uvedly základní vzdělání a další skutečností je časová naléhavost situace, při které může být velmi náročné dokonale vysvětlit důvod ženám v průběhu někdy té nejnáročnější fáze porodu.

Další 2 otázky se týkaly způsobu získávání informací o císařském řezu ze strany žen. Tuto problematiku řeší otázka 7. Aby nedošlo ke zkreslení, vychází relativní hodnoty z celkového počtu žen, jak je dáno v otázce 6. Nejvíce žen (64%) získalo informace na předporodních kurzech, to je dáno jistě tím, že předporodní kurzy představují velmi široký prostor včetně časového na popovídání o možných situacích

a zákrocích spojených s porodem. 45,5% žen získalo informace z literatury a internetu, což je pochopitelné vzhledem k velkému množství informací, které internet poskytuje a k jeho stále větší dostupnosti, stejně jako nejrůznější, na toto téma zaměřené, literatury. Je velmi potěšující, že naprostá většina žen má základní informace o císařském řezu už v průběhu těhotenství a tak je pro ně alespoň o něco snazší přijmout fakt, že bude nutné porod vést tímto způsobem, pokud se taková indikace objeví.

Otázka typu anestezie je položena z toho důvodu, že ženy, které mají možnost být při císařském řezu při vědomí mají větší časový prostor pro získání informací, edukovány o jednotlivých krocích spojených s operací mohou být i v jejím průběhu. Předpoklad byl potvrzen, všech 5 žen, které podstoupily císařský řez v epidurální anestezii odpovědělo, že se v rámci předoperační péče cítí být informovány dostatečně.

Další otázka řeší, zda ženy znaly jméno operujícího lékaře před císařským řezem. Ve srovnání výsledky jasně ukazují, že většina žen před plánovaným císařským řezem jméno lékaře znalo, u akutních operací bylo o jménu lékaře informováno méně než polovina žen (40%). Vysvětlení je opět dáno časovou naléhavostí situace, kdy je jistě vhodné, aby se lékař představil a s ženou tak vytvořil kvalitnější vztah, ale situace někdy vyžaduje ze strany lékaře velmi rychlé jednání a poučení ženy hlavně ve věcech operace a vysvětlení dalších důležitějších skutečností.

10. otázka zkoumá pocit dostatečného informování před podepsáním souhlasu. Výsledky srovnání jsou velmi potěšující, naprostá většina žen u plánovaných (95,8%) i akutních operací (90,9%) uvedlo kladnou odpověď. Vysvětlení je možné v tom, že ze strany lékařů dochází stále ke zlepšování úrovně komunikace a uvědomování si důležitosti řádného poučení pro získání spolupráce, nebo ze strany žen, které jsou v akutní situaci ochotné přijmout i menší množství informací a chápat je vzhledem k časovému omezení za dostačující.

11. otázka se týká poučení o jednotlivých krocích předoperační přípravy. Stejně jako v otázce předchozí jsou výsledky výborné. Ženy před plánovaným i akutním císařským řezem jsou informovány o každém z kroků předoperační přípravy. Vysvětlení nacházím stejně jako v předchozí otázce v profesionálním přístupu zdravotníků nebo v toleranci žen dané situace.

Otázka místa pobytu žen po operaci byla zodpovězena u žen před plánovaným zákrokem dle předpokladu, ženy jsou ve více než 95% informovány, u žen před akutním zákrokem 10,7% žen informováno nebylo. Stejný výsledek (10,7%) má i absence informace o místě pobytu novorozence po operaci u žen před akutním císařským řezem. Tyto informace jsou pravděpodobně v časově omezené situaci celkem pochopitelně odloženy na dobu po operaci.

Druhá část výzkumu je zaměřena na pooperační péči. Smyslem úvodní otázky této části bylo zjistit, kolikátý pooperační den ženy dotazník vyplňují. Tento fakt by měl předejít zkreslení dat u některých z následujících otázek.

Otázka 15 zkoumá v jakém intervalu po operaci jsou maminky informovány o základních informacích o novorozenci. Očekávání, že 5 žen, které byly při císařském řezu v epidurální anestezii, budou informovány už na porodním sále se naplnilo, dokonce tuto možnost zvolilo celkem 7 maminek (6,8%) s poznámkou, že jim byla informace podána už v předsáli po probuzení se z anestezie. Tento fakt považují za velice povzbuzující, protože právě informaci o miminku považuje za nejdůležitější všech 103 maminek.

Další otázka řeší, zda byly ženy informovány o tom, na jakém oddělení se po operaci nacházejí a jak dlouho zde pravděpodobně mohou setrvat. Výzkum ukázal, že informaci o umístění po operaci, nezískaly 4 ženy (3,9%). Práce ZSF JČU z roku 2006 „Ošetrovatelská péče o ženu po císařském řezu“ (33) ukazuje, že v loňském roce na stejnou otázku odpovědělo záporně 16% žen. Zlepšení kvality péče v této oblasti je tedy jednoznačné. Přesto si troufám říci, že informaci o tom, kde se žena nachází, by bez pochyby měla dostat každá z žen. Fakt, že informaci o předpokládané délce pobytu nezískalo 27,2% žen je možné vysvětlit tím, že délka pobytu ženy na oddělení může být ovlivněna výskytem komplikací a každá nepřesná informace může u ženy vyvolat pocit nejistoty a strachu. Přesto je možné podat informace o délce pobytu s přívlastkem pravděpodobné nebo obvyklé. Informace o tom, co bude následovat může být pro maminky, které se těší až budou s miminkem spolu, stejně důležitá jako informace, jak dlouho bude situace trvat.

Informace o možnosti podání analgetik vychází z otázky 17. Tuto informaci potvrdilo 95,1% žen. Zbýlých 5 žen informováno nebylo nebo nemuselo informaci plně vnímat a mohlo ji zapomenout. Informace o dietním režimu vychází z otázky 18. 11 žen (10,7%) uvedlo, že informaci nezískalo. Loňské výsledky diskutované práce (33) ukazují 21% žen, které odpověděly ne, což je ukazuje nemalé zlepšení.

Poučení o pečování o operační ránu potvrdilo kladně v každém z postupů péče vždy více než polovina žen, jde o hodnoty, které po vypočtení průměru v jednotlivých postupech tvoří 88%. Opět je patrný pokrok oproti loňským výsledkům (33), kdy ženy uvedly, že v péči o operační ránu jich bylo poučeno 81%. Co se týče jednotlivých postupů, překvapující je oproti mému předpokladu fakt, že více žen uvedlo, že je informováno o fixaci rány při pohybu nebo kašli, než o větrání rány. Domnívala jsem se, že většina žen bude poučena o větrání rány a udržování rány v suchu, o fixaci rány jsem pochybovala. Vysvětlení je nasnadě, protože o fixaci rány kromě porodních asistentek často také edukuje rehabilitační sestra v rámci rehabilitačního režimu, jehož výsledky jsou perfektní. V této oblasti, tak jak je zjišťováno v otázce 21, je 100% žen o rehabilitačním cvičení informováno. V porovnání s údaji diskutované práce z roku 2006 (33) po provedení průměru jednotlivých složek rehabilitačního režimu jsou výsledky velmi příznivé, protože se z 83% získaných v loňském roce hodnota navýšila o všech zbývajících 17% žen.

19. otázka se zabývá poučením o péči o jizvu. Pro výsledky této otázky byla použita pouze data, získaná od žen, které dotazník vyplňovaly 5. a další den po císařském řezu. Péče o jizvu je aktuální pro ženy, které mají zhojenou operační ránu, proto není chybou neinformovat ženy časně po operaci. 5. den byl zvolen, protože délka hospitalizace žen se pohybuje nejčastěji kolem 6 dnů. Informovat ženu před ukončením hospitalizace je dostačující. Výsledky ukazují, že v nadpoloviční většině ženy informovány jsou, přesto jsou kladné a záporné hodnoty vyrovnanější než v předchozích otázkách. Nejlépe jsou ženy poučeny ve věci provádění tlakových masáží (73,9%), následuje poučení o promašťování jizvy krémem potvrzené 60,8% žen. Nejméně žen ví (54,3%), že by nemělo vystavovat jizvu slunci.

Otázka 22 řeší pocit dostatečného informování od jednotlivých skupin zdravotníků, v předoperační péči se žena setkává s lékařem, porodní asistentkou (nebo sestrou na oddělení, která ji na plánovaný zákrok připravuje) a anesteziologem. Při porovnání výsledků u žen před plánovaným a akutním císařským řezem jsou hodnoty dosti podobné. Očekávání byla odlišná, předpokládala jsem výraznější rozdíly u hodnocení žen před akutním a plánovaným zákrokem. Kladné odpovědi na dotaz o dostatečném informování ze strany lékaře u žen před plánovanou operací se objevily, po součtu odpovědí ano a spíše ano, u 89,6% žen, u akutních zákroků, kdy je prostor pro podání informací mnohonásobně menší, byla kladná odpověď zvolena 85,4% žen. Při informování ze strany porodních asistentek jsou hodnoty ještě více překvapující, v tomto případě dokonce odpovědělo kladně více žen, které podstoupily císařský řez akutně (83,7%) než 81,2% žen, které byly na císařský řez dlouhodoběji připravovány. Oba výsledky ukazují, že se lékaři i porodní asistentky snaží poučit ženy dostatečně bez ohledu na časový prostor. V situaci anesteziologické přípravy před zákrokem odpovědělo podle očekávání kladně více žen před plánovanou operací (89,6%) než před akutní (74,5%), zde je vysvětlení jasné, anesteziolog v akutní situaci skutečně nemá dostatek prostoru pro řádné a vyčerpávající poučení ženy, přesto nadpoloviční většina žen odpověděla kladně a tudíž lze poučení považovat vzhledem k časové naléhavosti jak ženy samy uvedly za dostačující.

Druhá část otázky 22 se zabývá pocitem dostatečného informování žen po císařském řezu. V pooperační péči se žena setkává s lékaři a sestrami na oddělení JIP v časně pooperační péči a s lékaři a sestrami na oddělení šestinedělí v následné péči. Hodnoty vyplývající z grafů ukazují, že oproti logickému předpokladu, že ženy budou po operaci v časně péči informovány hůře, vzhledem k jejich stavu a schopnosti informace dokonale zpracovat, výsledky takové nejsou. Ženy v následné péči jsou v lepším fyzickém stavu, pooperační bolest ustupuje, neomezený kontakt s novorozencem odstraňuje alespoň částečně nejistotu a obavy, které ženy mohly mít časně po operaci. Kladné odpovědi u žen v časně pooperační péči ukazují ve prospěch jak lékařů (93,2%) tak sester, se stejným výsledkem (93,2%). V následné péči ženy ohodnotily informování ze strany lékařů kladně v 73,8% a ze strany sester v 81,6%.

Vysvětlení vidím buď v chybnosti zadané otázky „Cítíte se být dostatečně informována o operaci?“, kdy lékař a sestry v následné péči o samotné operaci neinformují, ale zabývají se režimem po ní nebo pokud ženy odpovídaly na otázku tak, jak byla myšlena „Cítíte se být dostatečně informována ve věcech s operací souvisejících?“ v nedokonalosti jejich poučení.

Ve 23. otázce odpovídaly ženy na pocit dostatečného informování o jednotlivých aspektech péče v souvislosti s operací. Dotazovány byly na důvod k provedení císařského řezu, na anestezii, na předoperační přípravu a pooperační péči. O důvodu k provedení císařského řezu se cítí být dostatečně informovány všechny ženy (100%) před plánovaným zákrokem, ano odpovědělo 95,8% žen, spíše ano pak 4,2%. Před akutním zákrokem jsou ženy rovněž dostatečně informovány ve většině případů, zde pouze 5 žen (9,1%) zvolilo odpověď spíše ne. Potěšující je fakt, že ani v jednom případě nebyla zvolena odpověď ne. O anestezii se cítí být dostatečně informováno 89,6% s plánovanou přípravou, tento pocit má 81,8% žen před akutním zákrokem. Oba výsledky vycházejí v kladném smyslu, mírný rozdíl je předpokládatelný. O předoperační přípravě potvrdilo dostatečné informování 93,8% žen před plánovaným zákrokem, 6,2% žen se cítí být informováno nedostatečně s odpovědí spíše ne. Tento fakt může být překvapující vzhledem k tomu, že před plánovaným zákrokem je dostatek prostoru pro řádné a dostačující informování o důvodu k operaci, které jistě potřebuje vhodné prostředí a podmínky včetně časových. Jako dostatečné poučení o krocích předoperační přípravy považují vysvětlení důvodu, proč by měl být výkon proveden a jak bude sestra postupovat vždy s odsouhlasením provedení výkonu ženou. Takové poučení podle mě není delší než pár minut, 3 ženy takové poučení nezískaly. Přesto je výsledek uspokojivý, protože takto odpověděly pouze 3 ženy a to odpovědí spíše ne, nikoli ne. Před akutním císařským řezem se o předoperační přípravě cítí být dostatečně informováno 78,2%, což je v porovnání s předchozím výsledkem značný pokles, vysvětlitelný, ale ne omluvitelný časovou naléhavostí situace. Jistý rozpor ukazuje i srovnání s předchozí otázkou, kdy ženy uvedly, že se ze strany porodních asistentek, které předoperační přípravu zajišťují, cítilo být dostatečně informováno více žen před akutním zákrokem než před plánovaným. V pooperační péči se cítí být dostatečně

informováno 86,4% žen, 13,6% žen nikoli. Potěšující je že žádná z žen nezvolila možnost ne.

Poslední otázka se zabývá tím, co samy maminky považují za nejdůležitější v souvislosti s císařským řezem a o čem by chtěly být nejlépe informovány. Každá maminka označila jako nejdůležitější informaci o miminku, nepředpokládala jsem opak. Na druhém místě v pořadí je průběh operace, domnívám se, že maminky neměly na mysli samotný průběh a jednotlivé postupy při operaci, ale spíše výsledek operace, zda byl průběh bez problémů nebo zda se v průběhu operace objevily nějaké komplikace. Další v pořadí je pro maminky pooperační režim. Dále maminky zvolily možnost kontaktu s rodinou, zde jsem předpokládala větší zastoupení odpovědí, na druhou stranu je přirozené pokud maminky upřednostňují uspokojivý zdravotní stav miminka a svůj před kontaktem s rodinou. 9 maminek zmínilo bolestivost a další maminky zvolily možnost samostatného doplnění pro ně nejdůležitějších informací. Pro 3 maminky to byly komplikace a rizika spojená s další graviditou, pro 1 maminku zkušenost lékaře a pro 1 maminku to byla možnost aktivního sportování po operaci, což je překvapivé, nicméně pochopitelné u maminky, která může být např. profesionální sportovkyní.

6. ZÁVĚR

Má práce byla zaměřena na informovanost žen před a po operaci o provedeném císařském řezu. Cílem práce bylo zjistit a porovnat, zda mají ženy dostatek informací o předoperační péči a zjistit úroveň informovanosti v pooperační péči. Bylo nutné odlišit informovanost před plánovaným a akutním zákrokem, kde jsou výrazně odlišné podmínky podávání informací. Byly stanoveny tři hypotézy.

V hypotéze 1 předpokládám, že ženy před plánovaným císařským řezem se subjektivně považují za dostatečně informované o daném zákroku. Tato hypotéza byla potvrzena. K hodnocení hypotézy jsem vycházela z otázky 23 a to z prvních tří částí, týkající se pocitu dostatečného informování o důvodu k operaci, o anestezii a předoperační přípravě. Uvažovala jsem data získaná od žen, které císařský řez podstoupily plánovaně. V každé z těchto částí otázky odpověděla většina žen kladně. Po vypočtení průměru počtu kladných odpovědí ve všech třech dílčích otázkách je relativní hodnota 94,5% žen, které odpověděly, že subjektivní pocit dostatečného informování měly.

Hypotéza 2, kde je předpokládáno, že ženy před císařským řezem z akutní indikace se subjektivně nepovažují být dostatečně informovány o daném zákroku, se nepotvrdila. K vyhodnocení jsem opět zpracovávala data získaná v prvních třech částech 23. otázky. Zde byla uvažována data získaná od žen, které císařský řez podstoupily akutně. I zde většina žen odpověděla v každém z dílčích dotazů kladně. Po vypočtení průměru je celková relativní hodnota počtu žen, které se cítí být dostatečně informované 83,6%. Proto byla hypotéza vyvrácena, nicméně jde o pozitivní výsledek.

Ve hypotéze 3 předpokládám, že ženy po císařském řezu se subjektivně považují za dostatečně informované v rámci pooperační péče. Tato hypotéza byla potvrzena, k jejímu vyhodnocení byla použita data poslední dílčí otázky o pooperační péči v otázce 23. Zde 86,4% žen odpovědělo kladně.

Informovanost pacientek v souvislosti s císařským řezem, stejně jako jakýmkoli jiným operačním zákrokem, je předpokladem dobré spolupráce s pacientkou a úspěšné a efektivní ošetrovatelské i lékařské péče. Z výsledků výzkumu je jasné, že ženy mají dostatek informací o předoperační i pooperační péči v souvislosti s císařským řezem.

Jednoznačně pozitivně mluví fakt, že i ženy před císařským řezem, kdy není dostatečný časový prostor pro dokonalé informování, odpovídaly v kladném smyslu, často i velmi vyrovnaně v porovnání s odpověďmi žen před plánovanou operací. Za nedostatek výzkumu považuji otázku 22, kde se dotazují na pocit dostatečného informování o operaci ze strany zdravotníků. Ženy ve většině případů neví přesně, kdo z personálu má kompetence a povinnost o jednotlivých aspektech péče informovat a domnívám se, že ženy spíše odpovídaly na způsob, ochotu a ohleduplnost zdravotníků při podávání informací.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V., *Výzkum a ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 146 s. ISBN 80-7013-416-X
2. BINDER, T. et. al. *Hematologické nemoci a poruchy v porodnictví a gynekologii*. 1. vyd. Praha: Triton, 2004. 222 s. ISBN 80-7254-540-X
3. ČECH, E. et. al. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 1999. 432 s. ISBN 80-7169-355-3
4. DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Překl. I. Suchardová. 2. vyd. české. Praha: Grada Publishing, 2001. 568 s. Přel. z Nurse's Pocket Guide: Diagnoses, Interventions, and Rationales. ISBN 80-247-0242-8.
5. DOLEŽAL, A. *Od babictví k porodnictví*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001. 144 s. ISBN 80-246-0277-6
6. DOLEŽAL, A. *Technika porodnických operací*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 232 s. ISBN 80-7169-549-1
7. HÁJEK, Z. et. al. *Rizikové a patologické těhotenství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 2004. 444 s. ISBN 80-247-0418-8
8. <http://www.attest.cz/content/view/33/33/>, 12.2.2007
9. <http://www.kojeni.cz/texty.php?id=18#1>, 12.2.2007

10. <http://www.porodnice.cz/default.asp?rubrika=3&podrubrika=701>, 12.2.2007
11. <http://www.sweb.cz/otazkyzmediciny>, 18.2.2007
12. JOBÁNKOVÁ, M. et. al. *Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti*. 3. vyd. Brno: IDVPZ, 2003. 225 s. ISBN 80-7013-390-2
13. JUŘENÍKOVÁ, P. et. al. *Ošetrovatelský proces na gynekologicko - porodnickém oddělení*. 2. vyd. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám Uherské Hradiště, 1999. *Ošetrovatelství* 1. část, 118 – 174 s.
14. JUŘENÍKOVÁ, P. et. al. *Psychologická problematika nemocného před a po operaci*. 1. vyd. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám Uherské Hradiště, 2000. *Ošetrovatelství* 1. část, 8 - 13 s.
15. KLÍMOVÁ, A. *Kojení a léky*. In: *Zásady správné výživy dítěte v 1. roce života. Sborník přednášek praktickým lékařům pro děti a dorost*. 1. vyd. Praha: Český výbor pro UNICEF, 2000. 53 - 56 s.
16. KOLÁŘÍKOVÁ, A. et. al. *Gynekologické ošetrovatel'stvo*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2000. 133 s. ISBN 80-8063-052-6
17. KOLEKTIV AUTORŮ. *Vše o léčbě bolesti - příručka pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 356 s. ISBN 80-247-1720-4
18. KOMISE PRO TVORBU STANDARDŮ. *Operace abdominální, plánované. Standard ošetrovatelské péče – Ženské oddělení*. České Budějovice. 2003. č. 32. s. 136 - 139

19. KOZIEROVÁ, B. et. al. *Ošetrovatel'stvo 2*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0
20. KUČEROVÁ, M., ŠVÁBOVÁ, M. Informovanost pacientek před operačním výkonem. *Sestra*. Praha: 2006. č. 1. s. 21. ISSN 1210-0404
21. LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatel'ství*. Překl. O. Flégr, 1. vyd. české. Praha: Grada Publishing, 2004. 988 s. Přel. z Thompson's Introduction to Maternity and Pediatric Nursing. ISBN 80-247-0668-7
22. LIŠKOVÁ, Z. Jak radit matce. In: *Zásady správné výživy dítěte v 1. roce života. Sborník přednášek praktickým lékařům pro děti a dorost*. 1. vyd. Praha: Český výbor pro UNICEF, 2000. 22 - 25 s.
23. MACH, J. *Náležitá komunikace s pacientem - účinná prevence právních problémů*. (online). Dostupné z: <http://www.riebel.cz/lkcr/tm/aa.asp?id=363>. 25.3.2007
24. MIKŠOVÁ, Z. et. al. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 172 s. ISBN 80-247-1443-4
25. NÁRODNÍ VÝBOR PRO PODPORU KOJENÍ PŘI ČESKÉM VÝBORU PRO UNICEF. *Zásady správné výživy dítěte v 1. roce života. Sborník přednášek praktickým lékařům pro děti a dorost*. 1. vyd. Praha: Český výbor pro UNICEF, 2000. 69 s.
26. NICOLSON, P. *Poporodní deprese*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 148 s. ISBN 80-7169-938-1

27. PAŘÍZEK, A. et. al. *Porodnická analgezie a anestezie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 526 s. ISBN 80-7169-969-1
28. PAULOVÁ, M., MYDLILOVÁ, A. Problémy a speciální situace při kojení, kontraindikace kojení. In: *Zásady správné výživy dítěte v 1. roce života. Sborník přednášek praktickým lékařům pro děti a dorost*. 1. vyd. Praha: Český výbor pro UNICEF, 2000. 14 - 17 s.
29. PENKA, M. *Diseminovaná intravaskulární koagulace*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 238 s. ISBN 80-247-0341-6
30. POKORNÁ, A. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských oborů, 2006. 86 s. ISBN 80-7013-440-2
31. *Práva pacientů*. (online). Dostupné z: <http://www.ftn.cz/index.php?id=2235>, 18.3.2007
32. ROZTOČIL, A. et al. *Intenzivní péče na porodním sále*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 1996. 274 s. ISBN 80-7013-230-2
33. *Sdělení MZV č. 96/2001 Sb. m. s., o přijetí Úmluvy o lidských právech a biomedicíně*
34. ŠÍMOVÁ, I. *Ošetrovatelská péče o ženu po císařském řezu*. Bakalářská práce. České Budějovice: ZSF JČU, 2006. 72 s.
35. TRACHTOVÁ, E. et. al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2004. 186 s. ISBN 80-7013-324-4

36. ÚZIS ČR. *Zpráva o rodičce 2005. Aktuální informace 40/2006.* (online). Dostupné z: http://www.uzis.cz/download_file.php?file=2351, 22.4.2007
37. VONDRÁČEK, L. *Kvalifikované poučení pacienta.* (online). Dostupné z: http://www.medicina.cz/odborne/clanek.dss?s_id=5636&s_ts=39173,795185185
[2.](#) 28.3.2007
38. VOKURKA, M. HUGO, J. *Praktický slovník medicíny.* 7. vyd. Praha: Maxdorf, 2004. 490 s. ISBN 80-7345-009-7
39. VOLEJNÍKOVÁ, H. *Cvičení v práci porodní asistentky.* 3. vyd. Brno: Institut dalšího vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2002. 51 s. ISBN 80-7013-351-1
40. *Vyhláška MZ 424/2004 Sb. o činnostech zdravotnických a jiných odborných pracovníků*
41. ZÁBRANSKÝ, F. *Technika císařského řezu.* 1. vyd. Praha: Galén, 1997. 131 s. ISBN 80-85824-69-8
42. ZEMAN, Z., DOLEŽAL, A. *Právní odpovědnost a právní vztahy v porodnictví.* 1. vyd. Praha: Galén, 2000. 231 s. ISBN 80-7262-024-X
43. ZWINGER, A. et. al. *Porodnictví.* 1. vyd. Praha: Galén. 2004. 532 s. ISBN 80-7262-257-9
44. *Zákon č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu*

8. KLÍČOVÁ SLOVA

císařský řez

ošetřovatelská péče

porodní asistentka

těhotenství

porod

informovanost

9. PŘÍLOHY

Příloha 1 *Způsoby vedení řezů při laparotomii*

Příloha 2 *Způsoby vedení řezu na děloze při císařském řezu*

Příloha 3 *Polohy při kojení vhodné po porodu císařským řezem*

Příloha 4 *Deset kroků k podpoře kojení*

Příloha 5 *Poučení o operativním vedení porodu císařským řezem*

Příloha 6 *Pozitivní revers*

Příloha 7 *Informovaný souhlas pacienta s podáním anestézie*

Příloha 8 *Informovaný souhlas o způsobu vedení porodu plodu v poloze koncem
pánevním*

Příloha 9 *PRÁVA PACIENTŮ*

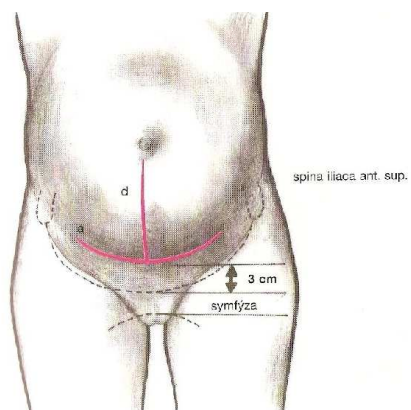
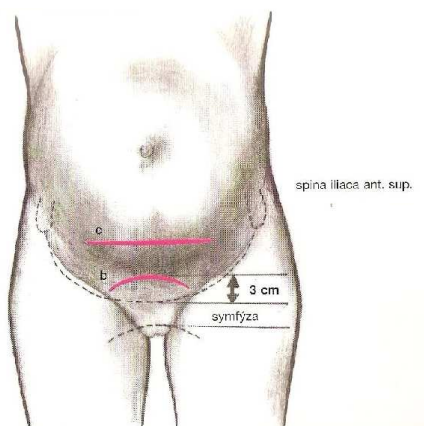
Příloha 10 *Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, § 23 Poučení a souhlas nemocného*

Příloha 11 *Sdělení MZV č. 96/2001 Sb. m. s., o přijetí Úmluvy o lidských právech a
biomedicíně*

Příloha 12 *Vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a
jiných odborných pracovníků*

Příloha 13 *Dotazník*

Příloha 1 Způsoby vedení řezů při laparotomii

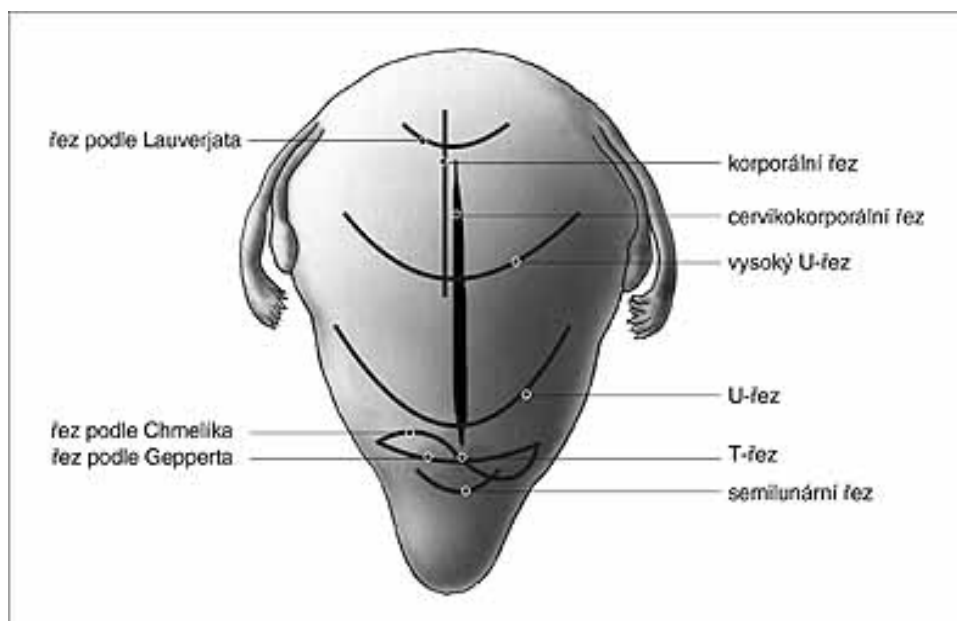


- a) řez podle Pfannenstiela
- b) řez podle Pandolfa
- c) řez podle Cohena
- d) dolní střední řez

Zdroj: ZÁBRANSKÝ, F. *Technika císařského řezu*. 1. vyd. Praha: Galén, 1997.

131 s. ISBN 80-85824-69-8

Příloha 2 Způsoby vedení řezu na děloze při císařském řezu



Zdroj: <http://www.porodnice.cz/default.asp?rubrika=3&podrubrika=701>, 12.2.2007

Příloha 3 Polohy při kojení vhodné po porodu císařským řezem

FOTBALOVÉ BOČNÍ DRŽENÍ

- je vhodné pro ženy s velkými prsy nebo plochými bradavkami či po císařském řezu
- dítě leží na předloktí matky, která rukou podpírá ramínka dítěte
- prsty matky spočívají na hýždích nebo stehně výše umístěné dolní konč. dítěte
- prsty podpírají hlavičku dítěte
- nožky dítěte jsou podél matčina boku
- chodidla dítěte se nesmí o nic opírat
- předloktí matky je podepřeno polštářem



KOJENÍ V POLOSEDĚ S PODLOŽENÝMA NOHAMA

- vhodné zejména pro matky po císařském řezu
- dítě leží v ohbí paže nebo na předloktí paže matky
- polštář na břichu matky brání tlaku dítěte na jizvu
- polštář pod koleno podpírá dolní končetiny matky



KOJENÍ VLEŽE NA ZÁDECH

- vhodné pro ženy po císařském řezu a děti, které se špatně přisávají
- matka může dítě k prsu přesouvat bez většího úsilí a tlaku na jizvu



Zdroj: <http://www.kojeni.cz/texty.php?id=18#1>, 12.2.2007

Deset kroků k podpoře kojení

Všechna zařízení poskytující péči a služby matkám a novorozencům by měla:

1. mít písemně vypracovanou strategii přístupu ke kojení, která je rutinně předávána všem členům zdravotnického týmu
2. školit veškerý zdravotnický personál v dovednostech nezbytných k provádění této strategie
3. informovat všechny těhotné ženy o výhodách a technice kojení
4. umožnit matkám zahájit kojení do půl hodiny po porodu
5. ukázat matkám způsob kojení a udržení laktace i pro případ, kdy jsou odděleny od svých dětí
6. nepodávat novorozencům žádnou jinou potravu ani nápoje kromě mateřského mléka, s výjimkou lékařsky indikovaných případů
7. praktikovat rooming-in - umožnit matkám a dětem zůstat pohromadě 24 hodin denně
8. podporovat kojení podle potřeby dítěte (nikoli podle předem stanoveného časového harmonogramu)
9. nedávat kojeným novorozencům žádné náhražky, šidítka, dudlíky a pod.
10. povzbuzovat zakládání dobrovolných matek pro podporu kojení (breast-feeding support groups) a upozorňovat na ně matky při propouštění z porodnice

Zdroj: NÁRODNÍ VÝBOR PRO PODPORU KOJENÍ PŘI ČESKÉM VÝBORU PRO UNICEF. *Zásady správné výživy dítěte v 1. roce života. Sborník přednášek praktickým lékařům pro děti a dorost.* 1. vyd. Praha: Český výbor pro UNICEF, 2000. 69 s.

Příloha 5 Poučení o operativním vedení porodu císařským řezem

CÍSAŘSKÝ ŘEZ

Vážená pacientko,

vzhledem k tomu, že Vás čeká operační výkon, dovoluje nám, abychom Vás předem informovali o průběhu hospitalizace na jednotce intenzivní péče a oddělení šestinedělí, popř. gynekologickém oddělení.

Na porodním sále budete vyšetřena primářem nebo jeho zástupcem, který určí postup a pořadí Vaší operace.

Před výkonem budete oholena a je nutné mít odlakované nehty.

Od půlnoci nic nejzte a nepijte.

V den operace musíte být lačná, bez šperků / možnost úschovy na oddělení, odlíčená a máte-li zubní protézu, je nutné ji odložit.

V doprovodu asistentky půjdete na porodní sál. Zde dostanete klyzma a místo své noční košile ústavní prádlo, tzv. anděla. Dlouhé vlasy stáhnete gumičkou. Z porodního sálu budete odvezena opět v doprovodu asistentky na operační sál.

Po výkonu budete převezena na jednotku intenzivní péče / ŽO JIP /, proto si před výkonem připravíte malou příruční tašku, kam si dáte základní hygienické potřeby a léky, popř. inzulinová pera. Po dobu, kterou budete na JIP, léky budete dostávat dle ordinace lékaře, při překladech na oddělení Vám budou léky vráceny.

Spolu s přezůvkami a županem budou Vaše věci předány na JIP. Ostatní věci budou uzamčeny, později Vám budou také vydána / o podrobnostech Vás budeme ještě informovat /.

Na JIP budete přibližně 48 hodin, samozřejmě s ohledem na Váš zdravotní stav. Dle ordinací lékaře budete dostávat infúze, léky tlumící bolest, zvracení a Vaši již zavedenou medikaci.

K pití dostanete hořký čaj.

Po operaci budeme monitorovat EKG, krevní tlak, puls, kontrolovat krvácení a vyprazdňování. Budete mít zavedenou cévku do močového měchýře.

Po operaci budete v doprovodu vstávat do sprchy za 12 hodin po výkonu / s ohledem na Váš zdravotní stav /.

První den po operaci budete nadále dostávat léky dle ordinace lékaře a infúze. Vzhledem k tomu, že nedostanete nic k jídlu, bude velice důležitý dostatečný příjem tekutin. Můžeme nabídnout sladký, hořký nebo mátový čaj. Nevhodné jsou perlivé nápoje a džusy.

Součástí pooperační péče je i rehabilitace. Během dne za Vámi dvakrát přijde rehabilitační pracovnice, která Vás naučí základní cviky, které si pak sama můžete provádět.

V poledne a večer půjdete opět v doprovodu asistentek do sprchy a na toaletu. Co se týká operační rány / převaz, mytí / Vás budeme individuálně informovat.

Druhý den po operaci by Vás mohly začít trápit větry. Důležitou roli zde má přiměřená tělesná aktivita. S jídlom budete začínat pozvolna, piškoty, mléčné výrobky, bujon. Vhodný je také švestkový nebo meruňkový kompot, pudink či lipánek. Nedoporučujeme čerstvé ovoce, perlivé nápoje / způsobují nadýmání / a čokoládu. Nadále budete dostávat léky dle ordinace lékaře a podle Vašeho zdravotního stavu budete přeložena na oddělení šestinedělí, popř. gynekologické oddělení.

Na JIP jsou návštěvy povoleny denně od 14-17 hodin, ale Vaše rodina se může informovat na telefonním čísle 38 787 4461.

Budete-li mít děťátko na novorozeneckém oddělení, budou Vám ho dětské sestry během dne nosit na kojení. Pravděpodobně druhý pooperační den budete přeložena na oddělení šestinedělí k Vašemu děťátku / samozřejmě s ohledem na Váš zdravotní stav /.

Budete-li mít děťátko na nedonošeneckém oddělení, přijde Vás o jeho zdravotním stavu informovat dětský lékař / po operaci a během následujících dnů které budete na JIP /. Za Vaším děťátkem se půjdete v doprovodu asistentky podívat druhý pooperační den / vzhledem ke vzdálenosti jednotlivých oddělení a Vašemu zdravotnímu stavu /. Na JIP za Vámi přijdou dětské sestry, která Vás poučí o technice odstříkávání nebo odsávání mateřského mléka. Samozřejmě, že v případě pomoci a dotazu Vám porodní asistentky rády poradí.

Bude-li pooperační průběh bez komplikací, budete druhý pooperační den přeložena na oddělení šestinedělí nebo gynekologie přízemí. Po domluvě s dětskými sestrami si pak budete moci individuálně docházet na dětské oddělení.

Pátý pooperační den budete přeložena z gynekologicko - porodnického oddělení na nedonošenecké oddělení k Vašemu děťátku.

Po císařském řezu budete vaginálně krvácet, tzv. očišky, které jsou nejprve krvavé, postupně budou očišky slábnout - budou hnědavé, žlutavé a nakonec téměř bělavé. V případě nejasností ohledně intenzity nebo příměsí očišek, Vám vše rády zodpovíme. Vzhledem k tomu, že jsou očišky infekční, doporučujeme dbát na zvýšenou čistotu Vašich rukou, tzn. po každé návštěvě WC, se osprchujte, a pravidelně si vyměňujte vložky!!! Samozřejmě, že se tato opatření týkají i spodního prádla.

Druhý nebo třetí den po operaci by se Vám mohla začít nalévat prsa, což může být doprovázeno mírně zvýšenou teplotou, bolestivostí a ztvrdnutím prsů.

V případě zarudnutí nebo nadměrné bolestivosti neprodleně informujte sestru.

Věříme, že budete s péčí u nás spokojena.

Během Vašeho pobytu se na nás můžete kdykoli a s čímkoli obrátit.

Telef. kontakt na oddělení šestinedělí: 38 787 4421

tel. automat: 38 64 60 568

Telef. kontakt na oddělení gynekologie přízemí: 38 787 4441

kolektiv sester a porodních asistentek
gynekologicko - porodnického oddělení

Zdroj: Nemocnice České Budějovice, a.s.

NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE, a. s.

Pozitivní revers

Potvrzuji svým podpisem, že jsem byl srozumitelně a opakovaně poučen lékařem o mém zdravotním stavu a souhlasím s navrhovaným způsobem léčby (diagnostický výkonem, operací).....

Byla mi srozumitelně vysvětlena i možná rizika takového postupu spočívající zejména v

Nemocnice České Budějovice, a. s.

Oddělení.....

Dne.....

Hodina.....

Jméno a příjmení nemocného.....

Datum narození (r.č.).....

.....
pacient

.....
lékař

.....
zúčastněná osoba

Zdroj: Nemocnice České Budějovice, a.s.

Příloha 7 Informovaný souhlas pacienta s podáním anestezie

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S PODÁNÍM ANESTEZIE

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

Vážená paní, vážený pane !

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

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

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

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

PROHLÁŠENÍ PACIENTA

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

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

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

Datum:

Podpis:

PROHLÁŠENÍ LÉKAŘE

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

Datum:

Jméno a podpis lékaře:

Zdroj: Nemocnice České Budějovice, a.s.

Příloha 8 **Informovaný souhlas o způsobu vedení porodu plodu v poloze koncem pánevním**

Vážená maminko!

Stojíte před důležitým životním rozhodnutím o způsobu vedení porodu svého dítěte. Zatímco při nejčastější poloze podélné hlavičkou je toto rozhodnutí výhradně v rukách lékařů, u polohy koncem pánevním, kterou zaujímá i Vaše miminko, je volba ponechána Vám. Tento postup je v souladu s posledním doporučením ČGPS / České gyn.-por.společnosti /. Budete se nyní rozhodovat mezi 2 možnostmi:

- 1/ porod přirozenou t.j.vaginální/poševní /cestou
- 2/ porod císařským řezem

I když se rozhodnete pro 1. možnost, může se i tak stát, že porod bude v případě ohrožení plodu dokončen císařským řezem.
Následující obecná ponaučení Vám snad pomohou ve Vašem rozhodnutí.

Poloha koncem pánevním se vyskytuje ve 3% všech těhotenství. Z toho asi ½ je rozena vaginální cestou.Porod tímto způsobem je spojen s relativně vyšším rizikem pro plod/zhruba 2-3 násobné/ proti porodu císařským řezem.Vyžaduje proto velkou zkušenost porodníka. Porod vaginální cestou je vždy veden pod dohledem nejzkušenějšího porodníka ve službě.Mezi nejčastější komplikace patří:prodloužená 1. doba porodní, oslabování děložních stahů vyžadující jejich posílení infusí, větší riziko předčasného odtoku VP spojené s vyšším rizikem výhřezu pupečníku, riziko vztyčení nebo zaklínění ruky nebo ruček při porodu ramének a riziko deflexe a zadržení hlavičky při jejím porodu.

I když tato rizika vyznívají ve prospěch porodu císařským řezem, je třeba říci, že císařský řez sám má také svá rizika. Je to velká břišní operace spojená s rizikem zánětu, krvácení,poranění okolních orgánů zejména močového měchýře a střev, delší doba rekonvalescence a delší doba pobytu v nemocnici a v neposlední řadě větší riziko pro další těhotenství /zejména prasknutí jizvy na děloze /.

Na našem oddělení se vždy preferoval porod vaginální cestou, je s ním proto dlouhodobě velká zkušenost a naše perinatologické výsledky jsou velmi dobré.

Na základě podaných informací jsem se rozhodla o vedení porodu.

A - vaginální cestou

B - Císařským řezem

Nehodící se škrtněte.

Datum:

Podpis:

Zdroj: Nemocnice České Budějovice, a.s.

Příloha 9 PRÁVA PACIENTŮ

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje i více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření s léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věci důvěrnou a musí být provedena diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na vyšetření přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby, jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen po té, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlád nejprve schválit.
8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

Zdroj: <http://www.ftn.cz/index.php?id=2253>, 18.3.2007

Příloha 10

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, § 23 Poučení a souhlas nemocného

Poučení a souhlas nemocného

(1) Lékař je povinen poučit vhodným způsobem nemocného, popřípadě členy jeho rodiny, případně jeho partnera 4a) , o povaze onemocnění a o potřebných výkonech tak, aby se mohli stát aktivními spolupracovníky při poskytování léčebně preventivní péče.

(2) Vyšetřovací a léčebné výkony se provádějí se souhlasem nemocného, nebo lze-li tento souhlas předpokládat. Odmítá-li nemocný přes náležité vysvětlení potřebnou péči, vyžádá si ošetřující lékař o tom písemné prohlášení (revers).

(3) Je-li neodkladné provedení vyšetřovacího nebo léčebného výkonu nezbytné k záchraně života nebo zdraví dítěte anebo osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům a odpírají-li rodiče nebo opatrovník souhlas, je ošetřující lékař oprávněn rozhodnout o provedení výkonu. Toto ustanovení se týká dětí, které nemohou vzhledem k své rozumové vyspělosti posoudit nezbytnost takového výkonu.

(4) Bez souhlasu nemocného je možné provádět vyšetřovací a léčebné výkony, a je-li to podle povahy onemocnění třeba, převzít nemocného i do ústavní péče

a) jde-li o nemoci stanovené zvláštním předpisem, u nichž lze uložit povinné léčení,

b) jestliže osoba jevící známky duševní choroby nebo intoxikace ohrožuje sebe nebo své okolí, anebo

c) není-li možné vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocného vyžádat si jeho souhlas a jde o neodkladné výkony nutné k záchraně života či zdraví,

d) jde-li o nosiče. 4b)

4a) Zákon č. 115/2006 Sb. , o registrovaném partnerství a o změně některých souvisejících zákonů.

4b) § 53 zákona č. 258/2000 Sb. , o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů.

Zdroj: *Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu*

Sdělení MZV č. 96/2001 Sb. m. s., o přijetí Úmluvy o lidských právech a biomedicíně

Kapitola II - Souhlas

Čl. 5

Obecné pravidlo

Jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas.

Tato osoba musí být předem řádně informována o účelu a povaze zákroku, jakož i o jeho důsledcích a rizicích.

Dotčená osoba může kdykoliv svůj souhlas svobodně odvolat.

Čl. 8

Stav nouze vyžadující neodkladná řešení

Pokud v situacích nouze nelze získat příslušný souhlas, jakýkoliv nutný lékařský zákrok lze provést okamžitě, pokud je nezbytný pro prospěch zdraví dotčené osoby.

Zdroj: *Sdělení MZV č. 96/2001 Sb. m. s., o přijetí Úmluvy o lidských právech a biomedicíně*

Příloha 12

424/2004 Sb. VYHLÁŠKA ze dne 30. června 2004, kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

ČÁST PRVNÍ OBECNÁ USTANOVENÍ

§ 5

Porodní asistentka

- (1) Porodní asistentka vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále poskytuje a zajišťuje bez odborného dohledu a bez indikace základní a specializovanou ošetrovatelskou péči těhotným, rodícím ženám a šestinedělkám prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Přitom zejména
- a) poskytuje poučení o životosprávě v těhotenství a při kojení, přípravě na porod, ošetření novorozence a o antikoncepci; poskytuje rady a pomoc v otázkách sociálně-právních, popřípadě takovou pomoc zprostředkuje,
 - b) provádí návštěvy v rodinách těhotných, šestinedělek a gynekologicky nemocných, sleduje jejich zdravotní stav,
 - c) podporuje a edukuje ženu v péči o novorozence, včetně podpory kojení a předcházení jeho komplikacím,
 - d) diagnostikuje těhotenství, předepisuje, doporučuje nebo provádí vyšetření nutná ke sledování fyziologického těhotenství, sleduje ženy s fyziologickým těhotenstvím, poskytuje jim informace o prevenci komplikací; v případě zjištěného rizika předává ženu do péče lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví,
 - e) sleduje stav plodu v děloze všemi vhodnými klinickými i technickými prostředky, rozpoznává u matky, plodu nebo novorozence příznaky patologií, které vyžadují zásah lékaře, a pomáhá mu v případě zásahu; při nepřítomnosti lékaře provádí neodkladná opatření,
 - f) připravuje rodičky k porodu, pečuje o ně ve všech dobách porodních a vede fyziologické porody, včetně případného nástřihu hráze; v neodkladných případech vede i porody v poloze koncem pánevním; neodkladným případem se rozumí vyšetřovací nebo léčebný výkon nezbytný k záchraně života nebo zdraví,
 - g) ošetřuje porodní a poporodní poranění a pečuje o šestinedělky,
 - h) zajišťuje přejímání, kontrolu a uložení léčivých přípravků¹³⁾, manipulaci s nimi a jejich dostatečnou zásobu,
 - i) zajišťuje přejímání, kontrolu a uložení zdravotnických prostředků¹⁴⁾ a prádla, manipulaci s

nimi, jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu.

(2) Porodní asistentka poskytuje bez odborného dohledu a bez indikace ošetrovatelskou péči fyziologickým novorozencům prostřednictvím ošetrovatelského procesu a provádí jejich první ošetření, včetně případného zahájení okamžité resuscitace.

(3) Porodní asistentka pod přímým vedením lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví

a) asistuje při komplikovaném porodu,

b) asistuje při gynekologických výkonech,

c) instrumentuje na operačním sále při porodu císařským řezem.

(4) Porodní asistentka se podílí pod odborným dohledem porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v oboru nebo všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí v oboru, případně zaměření, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem na poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče. Přitom zejména vykonává činnosti podle § 4 odst. 1 písm. b) až i).

(5) Porodní asistentka dále vykonává činnosti podle § 4 odst. 1, 3 a 4 u těhotných a rodících žen, šestinedělek a pacientek s gynekologickým onemocněním.

Zdroj: 424/2004 Sb. VYHLÁŠKA ze dne 30. června 2004, kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

DOTAZNÍK PRO ŽENY PO CÍSAŘSKÉM ŘEZU NA ODDĚLENÍ ŠESTINEDĚLÍ

Milá maminko,

jmenuji se Hana Prskavcová a jsem studentkou 3. ročníku oboru Porodní asistentka na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské Univerzity. Dotazník, který Vám předkládám, je základem mé bakalářské práce na téma „Informovanost pacientek před a po operaci o provedeném výkonu“. Práce by měla sloužit ke zkvalitnění ošetrovatelské a lékařské péče o maminky před a po císařském řezu. K vyplnění postačí pouhé zakroužkování dané odpovědi nebo jednoduché vyplnění. Dotazník je zcela anonymní a získaná data budou sloužit výhradně ke zpracování mé práce.

1. Kolik je Vám let?

- a) méně než 20 let
- b) 20 – 30 let
- c) více než 30 let

2. Jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání ?

- a) základní
- b) střední bez maturity
- c) střední s maturitou
- d) vyšší odborné nebo vysokoškolské

3. Císařský řez Vám byl proveden...

- a) plánovaně
- b) akutně (rozhodnuto bylo až na porodním sále)

4. Podstoupila jste císařský řez již v předchozích těhotenstvích?

- a) ano
- b) ne, císařský řez mi byl proveden poprvé

5. Pokuste se svými slovy popsat důvod, proč byl císařský řez proveden (nepoměr mezi hlavičkou a pánví, miminku se nedařilo tak, jak by mělo, porod byl předčasný, apod.)

.....
.....

6. Navštěvovala jste pravidelně ... (zakroužkovat můžete více odpovědí)

- a) těhotenskou poradnu
- b) předporodní kurzy
- c) těhotenské cvičení
- d) ani jedno z uvedených

7. Jak jste se blíže dozvěděla o možnosti a důvodech k provedení císařského řezu?

(zakroužkovat můžete více odpovědí)

- a) z předporodních kurzů
- b) z těhotenské poradny
- c) od personálu v porodnici
- d) z literatury, internetu
- e) jiné (doplňte)

8. Jaký druh anestézie jste při zákroku podstoupila?

- a) celkovou
- b) epidurální (při operaci jsem byla při vědomí)

9. Zнала jste jméno lékaře, který Vás operoval?

- a) ano
- b) ne

10. Myslíte si, že jste před podepsáním souhlasu s operací měla dostačující informace?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

11. Byla jste poučena o provádění následujících zákroků před operací?

- | | | |
|-------------------------|--------|-------|
| holení | a) ano | b) ne |
| sundání šperků | a) ano | b) ne |
| zavedení močové cévky | a) ano | b) ne |
| zavedení kanyly do žíly | a) ano | b) ne |

12. Věděla jste, na jaké oddělení budete převezena po operaci?

- a) ano (na oddělení JIP - jednotku intenzivní péče)
- b) ne

13. Věděla jste, kde bude po operaci miminko?

- a) ano (na novorozeneckém oddělení)
- b) ne

14. Kolikátý den po operaci tento dotazník vyplňujete? (doplňte číslovku)

15. Kdy jste po operaci získala základní informace o miminku (pohlaví, délka, váha) ?

- a) na operačním sále (pokud jste byla v epidurální anestézii)
- b) na JIP
- c) na oddělení šestinedělí
- d) žádné informace jsem nedostala

16. Byla jste po operaci informována o těchto skutečnostech?

- | | | |
|--------------------------------------|--------|-------|
| ... že se nacházíte na oddělení JIP? | a) ano | b) ne |
| ... jak dlouho zde můžete být? | a) ano | b) ne |

17. Byla jste informována o možnosti podání analgetik (léků proti bolesti) ?

- a) ano
- b) ne

18. Byla jste poučena o dietním režimu po operaci?

- a) ano
- b) ne

19. Byla jste poučena, jak pečovat o operační ránu?

- | | | |
|------------------------------|--------|-------|
| větrat ránu | a) ano | b) ne |
| udržovat v suchu | a) ano | b) ne |
| přidržovat při pohybu, kašli | a) ano | b) ne |

20. Byla jste poučena, jak pečovat o jizvu?

- | | | |
|-------------------------|--------|-------|
| promašťovat krémem | a) ano | b) ne |
| provádět tlakové masáže | a) ano | b) ne |
| nevystavovat slunci | a) ano | b) ne |

21. Byla jste poučena o provádění rehabilitačních cvičení?

- a) ano
- b) ne

(dále zakroužkujte vždy jednu z možností - 1 ano, 2 spíše ano, 3 spíše ne, 4 ne)

22. Cítíte se být dostatečně informována o operaci ?

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| a) od lékařů na porodním (operačním) sále | 1 | 2 | 3 | 4 |
| b) od porodních asistentek na porodním sále | 1 | 2 | 3 | 4 |
| c) od anesteziologa | 1 | 2 | 3 | 4 |
| d) od lékaře na oddělení JIP | 1 | 2 | 3 | 4 |
| e) od sester na oddělení JIP | 1 | 2 | 3 | 4 |
| f) od lékaře na oddělení šestinedělí | 1 | 2 | 3 | 4 |
| g) od sester na oddělení šestinedělí | 1 | 2 | 3 | 4 |

23. Cítíte se být dostatečně informována ... ?

- | | | | | |
|-------------------------------|---|---|---|---|
| a) o důvodu k císařskému řezu | 1 | 2 | 3 | 4 |
| b) o anestézii | 1 | 2 | 3 | 4 |
| c) o předoperační přípravě | 1 | 2 | 3 | 4 |
| d) o pooperační péči | 1 | 2 | 3 | 4 |

24. Jaké informace v souvislosti s císařským řezem jsou pro Vás nejdůležitější?

(zakroužkujte maximálně dvě z uvedených možností)

- a) o průběhu operace
 - b) o miminku
 - c) o možnosti kontaktu s rodinou
 - d) o bolestivosti
 - e) o pooperačním režimu
 - f) jiné
- (doplňte)

Děkuji za spolupráci a přeji hodně štěstí
Vám i miminku.