

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

**Ošetrovatelská péče o ženy po operativních porodech**

Bakalářská práce

2009

Vedoucí práce:  
PhDr. Vlasta Koudelková

Autor:  
Jana Krejcarová

## **Nursing Care in Women after an Operative Delivery**

The bachelor thesis focuses on nursing care in women after an operative delivery terminating pregnancy. The theoretical part describes the individual surgical procedures (forceps delivery, vacuum extraction, cesarean section), nursing care and educational activity accompanying them. Further, it also includes a brief history of these methods.

In the practical part, four basic goals and hypotheses were stated. The goal of the work was to identify differences in taking care of women after operative deliveries, to find out whether the care is conducted in the form of a nursing process, whether the care follows nursing and obstetrical standards in the selected delivery wards. With the view of these goals the following hypotheses were formulated: nursing care in women after operative deliveries differs in selected delivery wards and that midwives use a nursing process meeting the nursing and obstetrical standards in care of women.

The research was conducted by a quantitative method. Data were collected through the use of anonymous questionnaires. These questionnaires were given to midwives in selected delivery wards (České Budějovice, Plzeň and Písek). The respondents were nurses working in delivery rooms, puerperium wards and gynecologic intensive care unit.

The goals of the work were fulfilled. The hypothesis regarding the differences in care between individual delivery wards was confirmed. The second hypothesis that the care in women after operative deliveries is conducted in the form of a nursing process was proved in 72% cases. The third hypothesis confirms using of nursing standards in this care in 92% and the fourth hypothesis reveals that obstetrical standards are met in 75%.

The results for the analyzed set of cases as a whole show certain definite tendencies, however the care differs among individual places and even among various wards within one institution. Therefore it would be useful to asses the organization of work, technical conditions and possible modifications that could improve the nursing care.

## Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Ošetrovatelská péče o ženy po operativních porodech“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích 7.5.2009

.....  
Jana Krejcarová

## Poděkování

Děkuji především za odborné vedení, cenné a praktické rady při zpracování bakalářské práce PhDr. Vlastě Koudelkové. Také bych chtěla moc poděkovat celé své rodině a svým blízkým za podporu a rady při psaní bakalářské práce.

Úvod .....	3
<b>1. Současný stav .....</b>	<b>4</b>
1.1 Historie .....	4
1.1.1 Historie porodnických kleští .....	4
1.1.2 Historie vakuumextrakce .....	5
1.1.3 Historie císařského řezu .....	6
1.2 Porodnické operace.....	7
1.2.1 Porodnické kleště (forceps).....	7
1.2.1.1 Indikace klešťových operací.....	8
1.2.1.2 Provedení výkonu .....	8
1.2.1.3 Rizika klešťových porodů ( forceps).....	9
1.2.1.4 Úloha a edukační činnost porodní asistentky před vakuumextrakcí a klešťovým porodem .....	10
1.2.1.5 Úloha porodní asistentky po vakuumextrakci a klešťovém porodu na porodním sále.....	10
1.2.1.6 Úloha a edukační činnost porodní asistentky po vakuumextrakci a klešťovém porodu na oddělení šestinedělí .....	11
1.2.2 Vakuumextrakce .....	13
1.2.3 Císařský řez .....	15
1.2.3.1 Indikace k císařskému řezu.....	15
1.2.3.2 Komplikace císařského řezu .....	16
1.2.3.3 Porodnická analgezie a anestézie při vedení porodu císařským řezem.....	17
1.2.3.4 Císařský řez na přání .....	18
1.2.3.5 Role porodní asistentky v předoperační přípravě a edukaci pacientky před císařským řezem.....	19
1.2.3.6 Role porodní asistentky v pooperační péči a edukace pacientky po císařském řezu.....	21
1.3 Nejčastější komplikace v šestinedělí po operativních porodech .....	22
1.3.1 Infekce po operativních porodech.....	22
1.3.2 Poranění tkání porodnických cest .....	23

1.3.3	Poruchy močení .....	24
1.3.4	Krvácení .....	24
1.3.5	Tromboembolické příhody .....	24
1.3.6	Šokové stavy .....	25
1.4	Ošetrovatelský proces .....	26
1.4.1	Ošetrovatelský model podle Marjory Gordonové .....	27
1.4.2	Vybrané ošetrovatelské diagnózy vztahující se k operativním porodům...	28
<b>2.</b>	<b>Cíl práce a hypotézy .....</b>	<b>30</b>
2.1	Cíle práce.....	30
2.2	Hypotézy práce .....	30
<b>3.</b>	<b>Metodika .....</b>	<b>31</b>
3.1	Metodika práce .....	31
3.2	Charakteristika zkoumaného soboru .....	31
<b>4.</b>	<b>Výsledky výzkumu.....</b>	<b>33</b>
<b>5.</b>	<b>Diskuse .....</b>	<b>61</b>
<b>6.</b>	<b>Závěr .....</b>	<b>69</b>
<b>7.</b>	<b>Seznam použitých zdrojů .....</b>	<b>70</b>
<b>8.</b>	<b>Klíčová slova .....</b>	<b>73</b>
<b>9.</b>	<b>Přílohy .....</b>	<b>74</b>



## Úvod

Bakalářská práce je věnovaná problematice ošetrovatelské péče u žen po operativních porodech. Operace během porodu se dělí na přípravné operace, operace ukončující těhotenství a operace, které se využívají ve třetí době porodní. Z těchto operací je hlouběji rozebrána péče po operacích ukončujících těhotenství. Patří mezi ně zejména císařský řez, dále pak instrumentální operace za pomoci porodnických kleští nebo vakuumextraktoru.

Dnes jsou operace ukončující těhotenství velmi aktuálním tématem, zejména co se týká císařského řezu. S rozvojem a zdokonalením nejrůznějších medicínských prostředků a nástrojů se stává tato operace bezpečnější, ale také je častěji využívána k řešení nejrůznějších komplikací. Její výskyt tak neustále stoupá. Často diskutovaným tématem je dnes také provedení císařského řezu na přání rodičky. K vyslovení tohoto požadavku často přistupují ženy, které nemohly dlouhou dobu otěhotnět a bojí se, aby vytoužené dítě nebylo ohroženo při spontánním vedení porodu.

Ne vždy je však možno řešit komplikace či nepostupující porod císařským řezem. Poté je na řadě využití vaginální instrumentální operace, která je v laické veřejnosti považována za nejhorší možnost, avšak pokud je tato operace prováděna erudovaným porodníkem, je jediné ku prospěchu. Často tak může zkušený porodnický tým zachránit dítě před dalšími komplikacemi.

S těmito operacemi je spojená ošetrovatelská péče, která je důležitá zejména v období po porodu. Ošetrování žen po operativním porodu se liší od ošetrování žen po spontánním porodu a vyžaduje odlišnou péči. Porodní asistentky se se ženami po operativních porodech mohou setkat na oddělení šestinedělí, oddělení gynekologické JIP a porodním sále. Na každém tomto oddělení se setkáme se ženami v určitém pooperačním období a od toho se musí vyvíjet i poskytovaná péče. Péče na všech těchto odděleních by měla probíhat formou ošetrovatelského procesu a dle porodnických a ošetrovatelských standardů.



“Nedejte se svěsti pokušením.  
Vložíte-li své nástroje do své brašny,  
velmi snadno z ní vyklouznou do  
dělohy“ (s.153, Blundell, 8).

## **1. Současný stav**

Operace ukončující těhotenství se vyvíjely po staletí a s tím i spojená ošetrovatelská péče. Vlivem vývoje medicíny se v průběhu historie objevují nové možnosti i v oblasti porodnictví. Nejstarší porodnickou operací je bezesporu císařský řez, postupně se začaly vyvíjet nástroje jako porodnické kleště a další. Mezi novější metody ukončující těhotenství pak patří metoda vakuumextrakce. Stejně jako porodnické operace se musela přizpůsobit nové době i ošetrovatelská péče.

### ***1.1 Historie***

Historie porodnických operací je velice rozsáhlá, zejména co se týče porodnických kleští či císařského řezu. Mnozí lékaři z nejrůznějších zemí se podíleli na vývoji porodnických nástrojů a dalších věcí, které jsou důležité pro vývoj porodnické operativy.

#### ***1.1.1 Historie porodnických kleští***

První náznaky porodnických kleští byly vytvořeny již kolem roku 1600. Další rozsáhlejší objevy, týkající se porodnických kleští, byly zaznamenány zejména v 17. století, avšak čteně využívané začaly být až ve století 18. K prvním konstruktérům řadíme P. Chamberlena, který v roce 1569 sestavil první porodnické kleště. Nástroj se poté stal rodinným pokladem. Prvním uživatelem tohoto nástroje se stal až jeho prasynovec Hugo Chamberlen. Výkon provedený na umírající ženě nedopadl dobře a Chamberlenovi se tedy nepodařilo prosadit tento nástroj a prodat jej, jak původně zamýšlel (3, 7, 8, 13, 14, 23).

O několik desítek let později J. Palfyn zkonstruoval paralelní kleště, které se již dostaly do povolaných rukou, do rukou porodníků ve Francii. Paralelních kleští se ujal André Levret a pokusil se o jejich zdokonalení v roce 1747. Na počátku jejich používání stáli i další porodníci: v 18. století to byl zejména Smellie, Stein, v 19.století Klein, Kilián a Busch a ve 20. století Warnekros. Tito přední porodníci jednotlivých zemí často po sobě zanechávali různé typy porodnických kleští (2, 7, 8, 14, 23).

U nás se proslavil výrobou lékařských nástrojů Ignac Stelzig a prvním uživatelem porodnických kleští byl Jan Melič, který působil v Praze. K využití tohoto nástroje se přistupovalo zejména v dobách, kdy císařský řez byl smrtelnou operací a porodnické kleště byly jediným řešením pro záchranu matky. I dnes je zmiňovaný způsob porodu podroben mnoha studiím a průzkumům (8, 13, 14).

### ***1.1.2 Historie vakuumextrakce***

Historie vakuumextrakce je poměrně krátká. V medicíně se začaly přístroje, které navozují podtlak, objevovat již v 18.století. V samotném porodnictví se objevovaly zejména přístroje na odsátí matčina mléka. První nápad na využití podtlaku při vybavení plodu se zrodil v hlavě I.Yonga z Plymouthu v r.1705. O století a půl později byl již návrh podtlakového přístroje na stole. Stvořitelem návrhu se stal J.P.Simpson v roce 1849. Ani tehdy však nedošlo k využití a tyto přístroje nebyly použity (8, 23, 28).

Až v r.1950 se ve Švédsku odhodlal sestavit přístroj jménem vakuumextraktor pan Malström. První vakuumextraktor měl kovový zvon a ruční pumpu s manometrem pro tvorbu podtlaku. Postupně došlo k výměně kovových zvonů za zvony z nejrůznějších plastických hmot. Dnes je vakuumextraktor využíván zejména na severu Evropy, v Africe, Asii a u našich západních sousedů (8, 23, 28).

### ***1.1.3 Historie císařského řezu***

Byly nalezeny pozůstatky, ze kterých vyplývá, že již ve starém Egyptě a Mezopotámii se lékaři zabývali císařským řezem. Některé lékařské poznatky se objevily i ve staré Indii a v Římě, kde bylo vydáno nařízení, které přikazovalo provést císařský řez na mrtvé ženě, a tím zachránit život dítěte. Ani řecká mytologie nebyla výjimkou. Uvádí se v ní, že operace císařským řezem byla uskutečňována na mrtvých ženách a některé historické postavy tak dokonce údajně přišly na svět (2, 8, 10, 23, 24).

V 16.století se postupně začaly objevovat další pokusy o císařský řez, kdy se nejčastějším důvodem stala zúžená pánev a nebylo tudíž jiné možnosti, jak dostat plod z matčina těla. Zastáncem tohoto názoru byl i Scipione Mercurio. V r.1581 vyšla publikace o císařském řezu v Paříži, jejímž autorem byl Francois Rousset. Tato publikace nebyla jedinou. O císařském řezu byla napsána ještě další publikace Johannem Schultesem v r.1653. Toto dílo nebo jeho části byly převzaty několika dalšími autory. K dalším významným osobám v porodnictví patří L Ouverjat, Levret a Smellie. Bohužel asepse v 16. století ještě neměla svůj význam a děloha se po výkonu nezašívala, a proto docházelo až k 90 % mateřské úmrtnosti ještě i ke konci 18. století. Nejčastějšími důvody byly záněty pobřišnice, vykrvácení a vyčerpanost rodičky (7, 8, 23, 24).

V druhé polovině 19. století, po objevu asepse Semmelweisem a Listerem, byl zaznamenán jistý pokrok. Od této doby se objevují na scéně nové poznatky, které zlepšují prognózu císařského řezu. Ke konci 19. století si našlo význam sešívání rány a postupně se začala objevovat anestezie, farmakoterapie, preventivní opatření tromboembolie a transfuzní služba (2, 3, 8, 14, 23, 24).

Na počátku 20. století byly uznávány tři různé typy řezů. Přístup do dutiny děložní umožňoval řez korporální a dále byly známy dva typy řezů v oblasti dolního děložního segmentu. Po roce 1945 byl rozšířen objev antibiotik, který zabraňoval vzniku infekčních komplikací. I v Čechách měla tato operace své průkopníky, byl jím např. Václav Piřha, který napsal knihu pojednávající o porodnických operacích. Mezi dalšími zájemci o tuto problematiku byli Pawlík a Rubeška. Dnes se operace císařským

řezem stala nedílnou součástí porodnictví, která společně s rozvojem perinatální medicíny řeší problémy dříve neřešitelné (4, 14, 24, 30).

## **1.2 Porodnické operace**

Porodnické operace zahrnují především operace ukončující těhotenství. Tyto operace můžeme rozdělit dále na operace vaginální (operace pomocí porodnických kleští, vakuumextrakce) a na operace abdominální (císařský řez). Jednotlivé typy operací se uplatňují v jednotlivých případech, aby se zajistil co nejlepší způsob pro vybavení plodu.

### **1.2.1 Porodnické kleště (forceps)**

Kleště jsou nástrojem zřídka využívaným vzhledem k malým zkušenostem porodníků a bezpečným císařským řezům. Porodnické kleště se využívají u rodiček, které jsou vyčerpané a jimž nestačí vlastní kontrakce pro vypuzení dítěte a tam, kde je plod vstoupil hluboko v pánvi a nelze již provést císařský řez. Porodnické kleště neřeší problém nepoměru pánve a hlavičky či jiné překážky v porodnických cestách (6, 8, 24).

Předpokladem úspěšně vedeného porodu kleštěmi je praktická zkušenost porodníka, správně zvolený nástroj, správný čas a správné provedení. Porodník si může při zákroku vybrat z několika typů kleští. Simpsonovy kleště jsou nejpoužívanější, pochází z Anglie a jsou využity zejména při vyjmutí hlavičky z vchodu pánevního. Kleště jsou nejčastěji z pochromované oceli a vyrobeny přesně tak, aby byly funkční a pasovaly přesně do rukou porodníka. Jsou opatřeny tzv. anglickým zámkem, který zajišťuje lehké otvírání a zavírání. Podobným nástrojem jsou kleště Breusovy, které se od Simpsonových liší pouze délkou a zakřivením. Breusovy kleště jsou využívány zejména při nedokončené rotaci hlavičky. Dalším typem kleští jsou německé Naegeleho kleště, které mají stejný rozsah použití jako kleště Simpsonovy. Za univerzální kleště můžeme považovat Kjellandovy, které se uplatňují i u deflexních poloh (3, 8, 10, 24, 32).

U každých kleští rozlišujeme dvě kleštiny neboli lžice tvořící základ. Samotná lžice má ještě několik částí, skládá se z hrotu, dolního a horního žebra a z okének. Obvykle jsou lžice zakončeny krčky, které se křížují v zámek. Existuje i další dělení, které rozlišuje kleště podle toho, do které pánevní roviny jsou zaváděné. Jsou to kleště vysoké, střední a východové, jež se dnes používají nejčastěji. Různé typy kleští předpokládají praktické zkušenosti porodníka. Možnost volby mezi nimi může zlepšit průběh zákroku. Pro správně zvolený postup a nástroj je nutná kompletní anamnéza rodičky a zejména vnitřní vyšetření doplněné kardiokografem a ultrazvukem (8, 14, 23, 24, 25).

#### ***1.2.1.1 Indikace klešťových operací***

V mnoha situacích se porodníci snaží předejít provedení forcepsu, aby nedocházelo k poraněním na hlavičce plodu. Avšak často může dojít k horším komplikacím, které budou způsobeny hypoxií plodu, pokud nebude včas vytlačen z porodnických cest. Nejčastější indikací ze strany plodu je právě hypoxie potvrzená kardiokografem či pulzní oxymetrií. Hypoxie může být způsobena placentární dysfunkcí, nebo patologií tepové frekvence (3, 8, 13, 14, 16, 23, 24, 32).

Další situací, která vede k indikaci takto vedeného porodu, jsou matčiny potíže. Od potíží, které se vyskytovaly u matky již před těhotenstvím, jako např. respirační onemocnění, kardiopatie či jiné chronické onemocnění, po stavy projevující se až při porodu, např. vyčerpání, sekundárně slabé kontrakce, špatné zapojení břišního lisu, horečka při porodu a velké krevní ztráty při porodu. Často jsou matčiny indikace spojené s indikacemi plodu (2, 3, 8, 13, 14, 16, 23, 24, 32).

#### ***1.2.1.2 Provedení výkonu***

Před zaváděním kleští je nutno dodržet několik podmínek. Patří mezi ně hlavička vstoupá velkým oddílem, zašlá branka, odteklá voda plodová, živý plod a pánev normálních rozměrů. Při použití východových kleští musí být dorotovaná

hlavička vstoupá do východu pánevního. Pro správný postup a zavedení kleští je nutno znát v jaké rovině pánevní se nachází hlavička a podle toho zvolit správný nástroj (3, 8, 13, 14, 23, 24, 32).

Porod kleštěmi lze odmítnout, ale s tím rizikem, že plod je ohrožen na životě. Ve fázi, kdy je matce nabídnut porod kleštěmi, není možné obvykle žádné jiné řešení. Po přípravě porodník dále zajistí znecitlivění a poté může přistoupit k laterálnímu nebo mediolaterálnímu nástřihu hráze. Vhodnou metodou je také epidurální anestezie, která zajistí méně bolestivý průběh. Před samotným zavedením si porodník ještě rodičku znovu vyšetří a poté může přejít k samotnému zavádění kleští (3, 5, 8, 9, 16, 24).

Postup porodnické operace je složitý a skládá se z několika fází. Operace je započata zavedením a přiložením kleští na hlavičku plodu. Po přiložení na hlavičku se kleště uzamknou anglickým zámkem a poté je čas na pokusnou trakci, kdy se porodník přesvědčí o správném umístění kleští. Pokusná trakce se provádí mimo kontrakci. Při kontrakci přistoupí porodník k vlastní trakci a vybavení hlavičky. Po prořezání hlavičky porodník sejme kleště a zbytek těla se porodí klasickým způsobem. Kleště lze použít i při císařském řezu, pokud jsou problémy s vybavením hlavičky (2, 3, 8, 13, 14, 16, 23, 24, 32).

### ***1.2.1.3 Rizika klešťových porodů (forceps)***

Při nesprávném přiložení kleští na hlavičku může dojít ke smeknutí kleští, což vede ke zranění matky a plodu. Pokud není zašlá branka při použití kleští, dochází k poraněním hrdla. Dále se může objevit rozsáhlé poranění branky děložní, pochvy, často spojené s krvácením a vznikem hematomů. Také může dojít k rozestupu spony. Pokud dojde k poškození konečníku a močových cest, může být žena ohrožena inkontinencí. Je nutno pečlivě sledovat známky poranění, krvácení, infekce, vyprazdňování bezprostředně po výkonu, ale také v dalším období. K nejzávažnější komplikaci patří tromboembolie. Nejen matka, ale i dítě je ohroženo při výkonu (2, 3, 8, 16, 23, 24, 25, 32).

U dětí se jedná zejména o poranění hlavičky v podobě otlaků, hematomů až po praskliny s možným krvácením. Závažnou komplikací je také obrna obličejového nervu. Také ramínka jsou vystavena nebezpečí, dále je ohrožena i klíční kost, brachiální pleteň a v neposlední řadě i páteř. Správně vedený klešťový porod se obvykle obejde bez komplikací pro matku i dítě. Pokud se k tomuto nástroji dostane člověk s malými zkušenostmi, je zde velké riziko výše zmiňovaných komplikací. Dítě je obvykle po vaginální operaci preventivně vyšetřeno odborníky z řad neurologů a očních lékařů (1, 8).

#### ***1.2.1.4 Úloha a edukační činnost porodní asistentky před vakuuumextrakcí a klešťovým porodem***

Před provedením výkonu musíme poučit rodičku o nutnosti zákroku a možných komplikacích, které hrozí jí i dítěti. Je nutné vyžádat si informovaný souhlas od pacientky. Tělesná příprava rodičky spočívá v oholení a dezinfikování zevních rodidel, vycévkování a rouškování. Žena je před výkonem uvedena do gynekologické polohy, což umožňuje porodníkovi lepší přístup. Rodička musí také projít přípravou, která souvisí se spontánním porodem, jedná se zejména o provedení očistného klyzmatu a mytí klientky ve sprše. Při samotné operaci je nutná pomoc porodní asistentky, která zajistí přípravu sterilního stolku s potřebnými nástroji a v případě nutnosti bude asistovat lékaři (8, 9, 15, 16, 24).

#### ***1.2.1.5 Úloha porodní asistentky po vakuuumextrakci a klešťovém porodu na porodním sále***

Péči o ženu dvě hodiny po porodu zajišťuje porodní asistentka na porodním sále. Když je žena ošetřena chirurgicky porodníkem, opláchne porodní asistentka vnější rodidla ženy antiseptickým roztokem, dá ženě sterilní vložky a vymění znečištěné lůžkoviny. Žena je uložena do polohy na zádech. Dále je nutné u ženy sledovat krvácení, krev by měla být tmavě červená a nemělo by dojít k prosáknutí více než jedné

vložky za hodinu. Dále u ženy posuzujeme stav dělohy pomocí výšky a tuhosti děložního fundu. U ženy sledujeme také hodnoty fyziologických funkcí – krevní tlak, tepovou frekvenci, dechovou aktivitu a tělesnou teplotu. Pro zavinování dělohy je důležité, aby v pánvi bylo místo a aby byl prázdný močový měchýř. Často se u žen vyskytuje, že nemají pocit nucení na močení v důsledku porodního poranění nebo v důsledku anestezie a je tedy nutné provést jednorázovou katetrizaci a sledovat vyprazdňování. Některé ženy mají po porodu třesavku v důsledku uvolnění tlaku po porodu a je vhodné jim tedy poskytnout teplou přikrývku. Při kontrole krvácení si také všímáme stavu hráze a jejího poranění. Nepříměřené krvácení může být vyvolané zadržanou částí placenty, porodním poraněním, hypotonií dělohy a poruchami srážení krve. Bolest v místě porodního poranění můžeme snížit přiložením ledového obkladu. Nejen při porodu, ale i v době poporodní se mohou objevit bolesti v oblasti dělohy, které zajišťují její stahování. K utlumení těchto bolestí můžeme podat analgetika. Ženě v poporodním období může asistentka podat tekutiny a nějakou lehčí stravu (8, 10, 15, 16, 20, 24, 31).

Všechny údaje týkající se tohoto období zaznamená asistentka do dokumentace a v případě výskytu komplikací okamžitě informuje lékaře. Po dvou hodinách na porodním sále zajistí asistentka převoz šestinedělky a ještě před odvozem změří znovu fyziologické funkce a v případě potřeby zajistí vyprázdnění močového měchýře, znovu omyje zevní rodidla a přiloží čisté vložky (24, 31).

#### ***1.2.1.6 Úloha a edukační činnost porodní asistentky po vakuumextrakci a klešťovém porodu na oddělení šestinedělí***

Po převozu z porodního sálu si ženu přebírá porodní asistentka ze šestinedělí, která si musí zkontrolovat dokumentaci a sama se přesvědčí o intenzitě krvácení, o zavinování dělohy, krevním tlaku, pulsu a tělesné teplotě. Také zjišťuje, zda-li se žena před převozem z porodního sálu vymočila.

Dále je povinností sestry poučit šestinedělku o zvyklostech oddělení a nutnosti důkladné hygieny. Po spontánním porodu je vhodné časné vstávání, a to za šest hodin



po porodu, v případě porodnických operací je to zcela individuální. Vstávání má opodstatnění v prevenci nejrůznějších komplikací. Při prvním vstávání a hygieně šestinedělky je nutné zajistit pomoc porodní asistentky (10, 15, 31).

Při hospitalizaci pečuje o šestinedělku ošetrovatelský tým a lékař. Porodní asistentka je u ženy povinna kontrolovat výšku děložního fundu, kvalitu očístků, změny na prsou, porodní poranění a jeho bolestivost a v případě potřeby podat dle ordinace lékaře nesteroidní antiflogistika nebo ledové obklady na 20-30 minut. Pokud by porodní asistentka zaznamenala, že nedochází k ústupu bolesti a že se objevují bolesti v pánvi nebo konečníku, může se jednat o vaginální hematom a je proto nutné informovat lékaře o dané situaci. Dále porodní asistentka monitoruje příznaky, které by upozorňovaly na vznik infekce, hematomu. Péče porodní asistentky v šestinedělí dále zahrnuje měření krevního tlaku, pulsu, tělesné teploty, kontrolu zavínování dělohy, kontrolu stavu dolních končetin jako prevenci trombózy a v případě provedení laboratorního vyšetření provádí porodní asistentka kontrolu výsledků. Dále se sleduje vyprazdňování močového měchýře, což je možné podpořit poporodním cvičením a sledování vyprazdňování stolice. Žena by se měla vymočit do 6 až 8 hodin po porodu a vyprázdnění stolice by mělo proběhnout do 48 hodin, pokud se tak nestane, může porodní asistentka dle ordinace lékaře podat glycerínový čípek (8, 10, 14, 15, 16, 20, 31).

Porodní asistentka nezastupuje jen roli pečovatelky, ale také roli edukátorky. V období šestinedělí je edukace zaměřená na oblast hygieny šestinedělky, která spočívá v omývání zevního genitálu a porodního poranění, výměně vložek, které jsou nutné na zachycení očístků. Sprchování vlažnou vodou by mělo probíhat po každém kojení a po použití toalety. Také se ženám doporučuje, aby nenosily neprodyšné kalhotky. Vhodné je časté větrání, zejména v prvních dnech poporodního období. Při rozestupu kůže se mohou použít sedací koupele v dubové kůře. Další oblastí edukace je důkladná hygiena rukou. Pokud došlo při porodu ke vzniku většího poranění, je nutné, aby porodní asistentka poučila ženu o možnosti vstávání přes bok. Také se může stát, že u ženy dojde k vytlačení hemeroidů, poté musí porodní asistentka zajistit patřičnou péči a hygienu. Ke zmírnění těchto potíží se aplikují lokální masti a chladivé obklady. K péči v šestinedělí také patří péče o prsy, která spočívá v omývání vlažnou vodou bez mýdla

a ve vhodném využití pomůcek pro kojící matky, které zabraňují vzniku infekce. V neposlední řadě se rady porodní asistentky vztahují na oblast stravování. Strava v šestinedělí by měla obsahovat všechny výživové prvky potravy, včetně vitamínů a stopových prvků. Matka by měla vyloučit z jídelníčku potraviny vysoce kořeněné a nadýmavé, naopak by měla zvýšit příjem tekutin. Je vhodné doporučit šestinedělce poporodní cvičení, které zahrnuje dechové cvičení, procvičování horních a dolních končetin, pánve a prsního svalstva. Žena může ve cvičení pokračovat i po propuštění (5, 10, 14, 15, 31).

Všechny údaje týkající se psychického a fyzického stavu klientky zaznamenává porodní asistentka do zdravotnické dokumentace (31).

### **1.2.2 Vakuumextrakce**

Vakuumextrakce je v dnešní době operací volby. Důvody pro ukončení porodu vakuumextrakcí jsou podobné jako u forcepsu. Ne vždy totiž existuje možnost ukončit nepostupující porod císařským řezem a pak je jediným řešením pro záchranu strádajícího plodu vaginální operace. Vaginální operace je v danou chvíli nejlepším řešením pro plod i matku. Zejména při nedostatečném břišním lisu, při únavě, při slabých kontrakcích, dlouhotrvajícím porodu, horečce, krvácení za porodu, nebo při onemocnění matky, které by ji mohlo ohrozit na životě. Mezi nejdůležitější onemocnění řadíme: onemocnění srdce, onemocnění dýchacího systému, neurologická a gynekologická onemocnění. Ze strany plodu je indikací k vakuumextrakci zejména diagnostikovaná hypoxie, ne však akutní hypoxie! Mezi další důvody pro provedení vakuumextrakce řadíme: patologie v naléhání plodu, prolaps pupečníku, placentární dysfunkce, nebo patologie tepové frekvence (3, 6, 8, 10, 16, 23, 24, 25, 28, 32).

Pro hladký průběh operace je porodník povinen dodržet následující podmínky. Před zákrokem musí být u ženy zašlá děložní branka, hlavička plodu musí být vstouplá velkým oddílem a musí být normálně rotovaná, dále je nutné, aby byla odteklá voda plodová a plod aby vážil 2000 a více gramů a musí jevit známky života (8, 10, 23, 24, 28, 32).

Naopak vakuumextrakce nevyřeší otázku kefalopelvického nepoměru, ani abnormálních poloh (poloha koncem pánevním, příčná a šikmá poloha, poloha hlavičkou čelní a obličejová). Vakuumextrakce se také nedoporučuje u abnormalit srážlivosti krve u matky (8, 23, 24).

Vakuumextraktor se skládá z několika částí. Základ vakuumextraktoru tvoří různě velký sací zvonek, který je napojen pomocí hadice na odsávací zařízení a nádobu s manometrem. Podtlak je vytvářen různými mechanismy. Podle míry podtlaku se může vyvinout různá síla trakce k vybavení plodu. Je nutná spolupráce rodičky, která díky břišním lisu a děložním kontrakcím usnadňuje trakci (3, 8, 9, 23, 24, 28).

Použití vakuumextraktoru spočívá v umístění sacího zvonku na hlavičku plodu nebo na hýždě, dále je nutné vytvořit podtlak, a tím zafixovat zvonek na správném místě. Manipulace a samotné připevnění peloty je časově poměrně náročné. Po přiložení peloty se provede pokusná trakce, která vypovídá o správnosti zavedení peloty. Za kontrakce se pak provede trakce pro vybavení plodu. Po vytlačení hlavičky se sníží tlak a pelota se sejme. Zbytek těla dítěte se porodí klasickým způsobem. Stejně jako porodnické kleště lze i vakuumextraktor použít při císařském řezu (1, 2, 3, 5, 8, 10, 13, 14, 16, 23, 24, 28, 32).

Před zákrokem je samozřejmostí poučení o operaci a možných důsledcích, součástí je i podepsání souhlasu s výkonem. Před zákrokem se musí rodička vyprázdnit, aby byl prázdný močový měchýř. Po přípravě porodník přistoupí k provedení samotného výkonu. Stejně jako u forcepsu je zde nutný laterální nástřih hráze. Při výkonu se ve většině případů nepoužívá anestezie, je však možnost využít epidurální analgezii. Zavedení sacího zvonku předchází důkladné manuální vyšetření. Porodník musí vědět, kde se nachází vedoucí bod hlavičky a šípový šev (8, 9, 10, 24, 28).

Samotný výkon je technicky méně náročný než operace porodnickými kleštěmi, avšak má svá rizika i komplikace. U matky se jedná zejména o lacerace, poranění hrdla a pochvy (rozsáhlé ruptury mohou mít za následek inkontinenci moči a stolice). U dítěte se může objevit jako následek umístění sacího zvonku novorozenecký rash, intrakraniální krvácení a hematomy, v jejichž souvislosti je častější novorozenecký ikterus. Závažnými komplikacemi jsou fraktury lebky a krvácení. Nejen po porodu se

mohou objevit komplikace, ale i v pozdější době. Mezi ně patří např. změny na EEG, neuropsychické potíže a poruchy intelektu. Otázkou zůstává, zda jsou potíže způsobené samotnou operací, nebo jsou následkem předešlé intrauterinní hypoxie (8, 16, 28).

### ***1.2.3 Císařský řez***

Císařský řez je jedinou možností, jak vybavit plod abdominální cestou. Neustále se zvyšuje počet císařských řezů a napomáhá tomu i snižování nejrůznějších rizik. To má za příčinu moderní anesteziologie, možnost transfuze, širokospektrá antibiotika a prevence tromboembolie. Díky císařským řezům se ultrazvuková a kardiokografická diagnostika dočkala svého rozvoje (3, 8, 14, 25).

Důležitým aspektem při zvolení této možnosti ukončení těhotenství je, aby plod nebyl vstoupil v pánevním vchodu. Operace je zvolena za správné řešení při patologiích pánve a dalších indikacích jak ze strany matky, tak ze strany plodu. Tato břišní operace se provádí pomocí obloukovitého nebo příčného řezu přes stěnu břišní a dělohu. Nejčastěji se jedná o tzv. Pfannenstielův řez, který protíná stěnu břišní a na děloze se pak jedná o řez dle Gepperta (3, 10, 14, 16, 24, 30).

Předoperační příprava se liší podle toho, zda se jedná o akutní, či plánovaný výkon. Jsou-li známy nějaké důvody, které by mohly ohrozit porod již v těhotenství, přistupuje se k plánovanému císařskému řezu. K akutnímu výkonu přistupují porodníci v případě vzniku komplikací během počínajícího porodu. Žena může odmítnout císařský řez podobně jako každou jinou operaci. Potvrzuje to i zákon č.20/1966 Sb.(O péči o zdraví lidu), v platném znění a mezinárodní smlouva Konvence o lidských právech a biomedicíně (2, 5, 6, 8, 16, 30).

#### ***1.2.3.1 Indikace k císařskému řezu***

Důvodů k provedení císařského řezu je mnoho. Mohou se vyskytnout jednotlivé nebo sdružené patologie. Mezi nejčastější indikace ze strany matky patří: nepoměr pánve a hlavičky plodu, patologie v pánvi, nádory v pánvi a na vnitřních rodidlech,

pooperační stavy dělohy a dutiny břišní, opakující se sekce, porodnické krvácení, chronická onemocnění matky (onemocnění krevní řady, neurologická onemocnění), akutní stavy u matky (eklampsie), placenta praevia, herpetická infekce matky, polytraumata ve třetím trimestru těhotenství, nepostupující porod, dlouhodobě léčená sterilita (2, 3, 6, 8, 10, 16, 23, 24, 30, 32).

Důvody ze strany plodu jsou: nepravidelné polohy plodu, deflexní polohy plodu, výhřez pupečníku, hypoxie a stavy ohrožující plod na životě. Císařský řez se nedoporučuje, pokud má matka patologické hodnoty koagulace nebo se jedná o mrtvý plod (2, 3, 6, 8, 10, 16, 23, 24, 32).

### ***1.2.3.2 Komplikace císařského řezu***

Četnost komplikací je dána skutečností, zda se jedná o akutně provedený císařský řez, nebo o plánovaný výkon. U plánovaného císařského řezu je výskyt komplikací téměř stejný jako u vaginálního porodu, oproti tomu akutní výkony jsou poznamenány 5 x vyšším výskytem komplikací. Komplikace členíme na perioperační, postoperační a pozdní (24).

Mezi komplikace vznikající během operace patří komplikace anesteziologické. Nejčastěji se u anesteziologických komplikací objevuje: Mendelsonův syndrom (vdechnutí žaludečního obsahu do plic), obtíže při inkubaci, edém plic a další. Anesteziologické komplikace se snaží lékaři eliminovat používáním epidurální analgezie (2, 3, 8, 16, 19).

Z chirurgického hlediska se výskyt poměrně liší podle závažnosti komplikace. Může se objevit poškození močového měchýře, dělohy nebo ureteru. Mezi nejzávažnější a nejrizikovější patří komplikace spojené s krvácením a DIC (vznik četných trombů, ztráta koagulačních faktorů). Ke komplikacím může dojít při špatném vybavení plodu a někdy je nutný zásah dalšího odborníka (např. urologa při poškození močového měchýře) (2, 3, 8, 23, 30, 32).

Postoperační komplikace v šestinedělí hrají také určitou roli. Výskyt eklampsie a preeklampsie není v naší zemi tak častý, oproti infekčním komplikacím, které se

vyskytují ve větší míře. Infekce se týkají jak zevních pohlavních orgánů, tak vnitřních pánevních orgánů, ale bohužel i celých systémů (močový systém, dýchací systém, apod.). Vznik infekce je ovlivněn mnoha faktory, a to je délka porodu, odtok vody plodové, vaginální vyšetření a další. Podáváním antibiotik u akutních řezů se snaží lékaři snížit výskyt této postoperační komplikace. Další závažnou komplikací je tromboembolická choroba, která má velmi nízký výskyt díky správné prevenci. Prevence spočívá v podávání nízkomolekulárních Heparinů, bandáží končetin a časném vstávání po operaci. Pokud se i přesto objeví komplikace, je často spojena s pouřazovým stavem nebo stavem po předchozí tromboembolické příhodě. K dalším komplikacím patří poruchy střevní pasáže. Komplikace v ráně jsou stejné jako u všech běžných operací. Mohou to být ranné infekce, krvácení, hematomy, dehiscence rány, trofické změny rány, které způsobí, že rána se hojí per secundam (2, 3, 8, 23, 30, 32).

Bohužel nejen matka, ale i dítě je ohroženo komplikacemi, mezi které patří: dýchací potíže spojené s nevyzrálostí plic, traumatizace a komplikace odvíjející se od základních potíží (hypoxie, placenta praevia, výhřez pupečníku apod.) (8, 16).

Při opakujících se císařských řezech se všechna tato rizika násobí. Pokud žena již jednou rodila císařským řezem, není nutností, aby byl další porod vedený stejnou cestou. Důležité je ale vědět, proč byl zvolen tento způsob porodu (5, 8, 16).

### ***1.2.3.3 Porodnická analgezie a anestézie při vedení porodu císařským řezem***

Na základě individuálního stavu rodičky a fyziologických změn během gravidity volí anesteziolog celkovou nebo regionální anestézii. Celková anestezie při císařském řezu se využívá dnes jen velmi zřídka. Celková anestezie funguje na základě potlačení bolestivosti v centrálním nervovém systému a potlačení reflexů reagujících na podráždění. Nejčastějším důvodem celkové anestezie jsou akutní operace, kontraindikace nebo neúspěšnost regionální anestezie, císařský řez spojený s dalším zákrokem a v neposlední řadě je důvodem přání matky. Přednosti celkové anestezie spočívají v rychlé aplikaci a nízkém selhání. Nevýhodou je pak špatná inkubace, či ovlivňování plodu, případně objevení alergické reakce (2, 8, 9, 19, 24, 30).

Druhou možností anesteziologa je regionální neboli místní anestézie, která ovlivňuje jen určitou část těla prostřednictvím narušení periferní nervové vodivosti. Uvádí se, že regionální anestezie je oproti celkové anestézii asi 16x bezpečnější. Nejedna výhoda potvrzuje tuto skutečnost. Jde např. o lepší bezpečnost pro matku, menší ovlivnění dítěte léky a tedy lepší adaptace dítěte po porodu spojená s možností přiložení novorozence k prsu a kontakt s matkou, a to jsou jen některé výhody regionální anestezie. Regionální anestezie má i své komplikace, může se objevit postpunkční bolest hlavy nebo toxická reakce na lokální anestetika. Regionální anestezie se dále ještě rozděluje na epidurální, spinální nebo je možná kombinace těchto obou typů (5, 8, 19, 24).

Před výkonem je nutno odebrat anamnézu a těhotnou dobře fyzikálně a laboratorně vyšetřit (včetně vyšetření na krevní skupinu), aby se snížilo případné riziko komplikací na minimum. Indikacemi pro zvolení tohoto typu anestezie jsou některá závažná onemocnění matky (onemocnění srdce, plicní onemocnění, neurologická onemocnění, apod.), výrazná obezita, selhání celkové anestezie a přání matky. Jsou známy nejen důvody pro, ale i důvody proti. Ke kontraindikacím a relativním kontraindikacím patří odmítnutí matky, alergická anamnéza, hypovolemie a koagulopatie, riziko větších krevních ztrát, neurologické onemocnění a systémové infekce (5, 8, 24).

#### ***1.2.3.4 Císařský řez na přání***

Od počátku vývoje této operace došlo ke značnému pokroku v minimalizaci komplikací, které jsou spojené s operací. Nabízí se tedy otázka možnosti provedení porodu císařským řezem na přání. Během posledních třiceti let došlo k rozšíření operace a také k indikacím, které vedou k vedení porodu operační abdominální cestou. V aktuálním čase nelze říct závěr, který by se týkal císařského řezu na přání. Názory jednotlivých porodníků nejsou jednotné a i etická komise má k tomuto způsobu porodu své výhrady. Na druhé straně má dnes žena volnou ruku ve výběru doby, kdy chce být

matkou i ve výběru svého ošetřujícího lékaře. Kde je tedy důvod, který neumožňuje zvolit si cestu svého dítěte na svět?

Z hlediska císařského řezu a jeho bezpečnosti je také nutné rozlišovat, zda-li se jedná o výkon plánovaný nebo o výkon akutní. Při plánovaném výkonu je míra rizika komplikací stejná jako u porodu vaginálního. Při porodu spontánním vaginální cestou dochází k poraněním měkkých tkání matky, které mohou mít dlouhodobé následky. Pokud se jedná o plánovaný císařský řez, je zde možnost provést i epidurální analgezií, která snižuje výskyt pooperačních komplikací. V pooperační péči je myšleno na správné tlumení bolesti a zvýšení komfortu matky.

Císařský řez na přání vyžadují zejména určité skupiny žen. Patří mezi ně ženy po IVF, které se bojí případných rizik pro plod při vaginálním porodu a ženy věkově starší, pro které by mohlo být toto těhotenství poslední. Lékař by neměl ženu ovlivňovat svými názory a měl by jí pravdivě vysvětlit obě varianty a co s sebou jaká přináší. Dle FIGO neexistují etické důvody, které by vedly k provedení císařského řezu na přání, pokud není přítomna zdravotnická indikace. Císařský řez na přání tedy zůstane nadále diskutovanou otázkou, ale pokud by se přistupovalo na přání ženy, zabránilo by se tajnému provádění tohoto výkonu (5, 22).

#### ***1.2.3.5 Role porodní asistentky v předoperační přípravě a edukaci pacientky před císařským řezem***

Péče o ženu před operací a po operaci vyžaduje určitá specifika, která je nutné dodržovat. Péče o ženu po císařském řezu probíhá na pooperačním oddělení a na oddělení šestinedělí.

Před operací provede porodní asistentka odběr krve na laboratorní vyšetření (vyšetření krevního obrazu, srážlivosti krve, vyšetření na krevní skupinu a Rh-faktor). Dále porodní asistentka zajistí odběr na vyšetření kultivace z pochvy a hrdla, vyšetření fyziologických funkcí, miniheparinizaci, popř. zajistí transfuzi. Pokud se jedná o plánovaný výkon, je nutné dodržet minimálně šest hodin před operací, aby klientka nejedla, nepila a nekouřila. V oblasti hygieny je nutné, aby se klientka osprchovala



a také je možné podat klyzma. V předvečer operace se podává premedikace, kdy se podávají sedativa, která mají zajistit kvalitní a ničím nerušený spánek (8, 10, 15, 16, 31).

Před samotnou přípravou rodičky je nutné, aby operatér ženě vysvětlil důvod operace, její rizika a odpověděl na všechny kladené otázky. Poté může přistoupit k podepsání informovaného souhlasu s operací. Pokud si žena přeje mít u sebe na operativním sále někoho z příbuzných, není žádný důvod jí nevyhovět (8, 16).

Nedílnou součástí je také psychická příprava operantky. Správná edukace klientky může odstranit mnoho pocitů nejistoty z neznámého. Na edukaci by se neměla podílet jen sestra, ale i anesteziolog a operatér (11, 15, 21, 29).

Na porodním sále připraví porodní asistentka ženu na výkon. Odebere jí veškeré šperky, zubní protézu a vše uloží. Zkontroluje, zda je operantka odlícená a má odlakované nehty. Dále porodní asistentka zavede močový katétr, oholí jemně operační pole, aby předešla poranění a tím zabránila vstupu infekce. Jako prevenci trombózy provede bandáže dolních končetin (8, 9, 10, 15, 16, 21, 31).

Před samotnou operací ještě porodní asistentka změří fyziologické funkce. U plánovaných operací se podávají nízkomolekulární hepariny. Žena je před operací uložena na záda a je připoutána ke stolu pomocí pásů. Před samotnou dezinfekcí operačního pole na operačním sále se znovu zkontroluje výskyt alergií u rodičky. Než přijde anesteziolog, musí dojít k zavedení dvou periferních kanyl, dále musí být provedena kontrola některých přístrojů, zejména přísun kyslíku. Pro zajištění objemu tekutin se podává půl litru krystaloidního roztoku, premedikace se podává podle ordinace anesteziologa a v některých případech se podávají léky na snížení kyselosti žaludku a léky na snížení rizika aspirace, obvykle se také podávají preventivně antibiotika. Všechny výkony provedené u ženy před operací musí být zaznamenány v dokumentaci (8, 9, 10, 16, 31).

### ***1.2.3.6 Role porodní asistentky v pooperační péči a edukace pacientky po císařském řezu***

Po operaci je žena na dospávacím pokoji nebo na gynekologické JIP, kde je pečlivě sledována sestrou a lékařem. Je uložena do polohy na zádech s mírně zvýšenou polohou hlavy a hrudníku. Po spinální anestézii se přísně dodržuje poloha na zádech (15, 30).

Po dvou hodinách na tomto pokoji je žena převezena na jednotku intenzivní péče, kam je i se zdravotnickou dokumentací předána ošetrovatelskému týmu. Pooperační péče, která je zprostředkována porodními asistentkami, zahrnuje sledování výšky děložního fundu, zavínování dělohy a případné změny na ní. Vitální funkce (tlak, puls, teplota, dech, saturace) se sleduje každých 15 minut po dobu jedné až dvou hodin (15, 16, 30).

Mezi další údaje, které musí porodní asistentka sledovat v pooperačním období, patří: intravenózní vstup, aplikace infuzí, množství a barva očítků, výdej moči (katétr se nechává pro kontrolu 24 hodin) a příměsi v moči. Žena by se měla vymočit do osmi hodin po operaci. Dále pak se sleduje vyprazdňování stolice (mechanické podráždění a účinek anestetik má vliv na střevní pasáž), které by se mělo dostavit do 2-3 dnů, příjem tekutin, příznaky spojené s narkózou, stav vědomí a operační rána. Na ráně musí porodní asistentka dále sledovat zčervenání, otok, stehy, srůsty, prosáknutí a krvácení do kůže. Odstranění stehů obvykle probíhá třetí den. Pokud si žena potřebuje odkašlat, je třeba jí poradit, aby si přidržovala operační ránu. Do pooperační péče o ženu patří také tlumení bolesti. Analgetika se nejčastěji podávají v injekční formě nebo pomocí analgetické pumpy. Jejich podávání se musí zaznamenávat do zdravotnické dokumentace. Vnímání bolesti je zcela individuální a závisí na typu rány a prahu bolestivosti jednotlivých pacientek. K prevenci tromboflebitidy v pooperačním období je nutné zajistit časně vstávání za pomoci porodní asistentky, používání elastických punčoch, podávání nízkomolekulárních Heparinů a sledování známek tromboflebitidy. Je nutné u klientky zajistit dostatečnou hydrataci. Stravování se odvíjí od pooperačního průběhu. Zpočátku se jedná o kašovitou dietu, která přechází v šetřící a nakonec má

klientka normální stravu. Ve všech zmiňovaných oblastech je nutná nejen péče, ale zároveň edukace porodní asistentkou týkající se pooperačního režimu v oblasti pohybové aktivity, výživy, vylučování, odchodu očístků a péče o ránu (15, 16, 21, 30).

### ***1.3 Nejčastější komplikace v šestinedělí po operativních porodech***

Každý nepřírozený zákrok do těla ženy může způsobit řadu komplikací. Každý organismus reaguje individuálně na změny spojené s operativním porodem. Mezi nejčastější komplikace patří infekce, poranění tkání porodnických cest, poruchy močení, krvácení spojené se šokovým stavem a v neposlední řadě nelze zapomínat na tromboembolické příhody.

#### ***1.3.1 Infekce po operativních porodech***

Nejčastěji se jedná o rannou infekci, která se může objevit v ráně po císařském řezu, ale také v epiziotomii nebo v laceracích. Jedná se zejména o změny v souvislosti se streptokokovou, stafylokokovou nebo kolibacilární infekcí. Úlohou porodní asistentky je včas rozpoznat známky zánětu a edukovat ženu o těchto projevech. Mezi příznaky místní infekce patří: zarudnutí, teplota, otok, bolestivost, citlivost, hnisání rány a rozestup rány. Zdrojem infekce je obvykle sama šestinedělka. Infekce se diagnostikuje pomocí vyšetření stěru z rány na kultivaci a citlivost. Infekce se léčí pak antibiotiky většinou v perorální formě. Pokud by nestačila léčba konzervativní, je nutné ránu chirurgicky otevřít. Prevencí zanesení infekce je důkladná hygiena. Péče o hráz má jisté zásady, které by se neměly porušovat. Je nutné omývat hráz po každém použití toalety pohybem zepředu dozadu. I ránu po císařském řezu je nutné udržovat čistou a suchou. K dalším infekcím patří puerperální sepse, záněty dělohy (zánět děložní sliznice, svaloviny, vaziva), zánět žil a zánět prsů (mastitida). Infekce v pochvě jsou vzácné (10, 14, 16).

### ***1.3.2 Poranění tkání porodnických cest***

Poranění hráze jsou nejvíce se vyskytujícím poraněním, mohou být různě velké a na různých místech. Rozšiřují se i do pochvy, pánevního svalstva či konečníku. Příčiny poranění jsou různé. Zvýšené riziko poranění je zejména u matek s vyšším věkem, vysokou, nebo zjizvenou hrází. Pokud je plod velký nebo v netypické poloze, také je pravděpodobnost poranění. Posledním rizikovým faktorem je nesprávné vedení porodu, a to zejména překotný porod nebo nedostatečně chráněná hráz (14, 24).

Podle závažnosti poranění dělíme poškození do tří stupňů. Nejlehčím stupněm je poškození sliznice a kůže hráze, druhý stupeň se vyznačuje poškozením kůže, sliznice, ale i podkoží a svalů. Největším a tedy třetím stupněm se označují trhliny hráze, pochvy, svěrače análního otvoru a konečníku. Ošetření těchto poranění probíhá obvykle chirurgickou cestou podle stupně. Při sešívání poranění se používá místní anestetikum - 1 % Mesocain (14).

K dalším možným poraněním se řadí poranění zevních rodidel a pochvy. Na zevních rodidlech se nejčastěji objeví trhlinky na malých stydkých pyscích. Poranění v pochvě nevznikají samostatně, ale společně s poškozením hráze a vulvy. Důvodem vzniku poranění pochvy jsou předešlé časté záněty poševní a dále mechanické vlivy děložních kontrakcí a vstupující hlavičky plodu. Trhliny v pochvě je nutné uzavřít sešitím a krvácející cévy se musejí podvázat. V případě vzniku hematomu, který se může diagnostikovat pomocí ultrazvuku je nutné chirurgické vyprázdnění (14, 24).

K dalším poraněním patří poranění dělohy a jejích částí. Poranění těla děložního je závažnou komplikací, ke které by nemělo dojít, může však vzniknout v těhotenství a při porodu, a to zejména po předchozí operaci na děloze. Poranění v oblasti děložního hrdla mají různý charakter. K diagnostice poranění využívá porodník děložní zrcadla, ve kterých odhalí případné krvácení. U každé rány větší než jeden centimetr je nutno, aby byla sešita. U všech žen se po porodu provádí revize hrdla děložního a pochvy z důvodu včasného objevení poranění. Špatně ošetřené poranění může mít nevratné následky, např. sekundární sterilitu (14, 24).

### ***1.3.3 Poruchy močení***

Tyto poruchy jsou spojeny s poporodními změnami. V těhotenství je močový měchýř vysunutý z malé pánve a po porodu je ochablý a žena necítí nutkání na močení. Úkolem porodní asistentky je monitorovat změny spojené s močením, podporovat ženu při močení, sledovat diurézu a pokud nedojde k vymočení, tak ženu vycévkovat. Při močení je nutné dodržovat hygienické zásady (10).

### ***1.3.4 Krvácení***

Krvácení v šestinedělí může být časně a pozdní. Úkolem porodní asistentky je sledovat projevy, které by mohly souviset s krvácením. Na porodním sále je nutné prohlédnout placentu po porodu, jestli má všechny své části, zkontrolovat zavínování dělohy a ztráty krve. Při krvácení by žena měla být uložena do Trendelenburgovy polohy a na břicho se jí může umístit led. Porodní asistentka odebere krev a odešle ho na vyšetření. Součástí vyšetření je vyšetření na krvácivost, srážlivost, krevní obraz a krevní skupinu. Dále je nutné zajistit a připravit pomůcky pro případné podání parenterálních roztoků a krevních náhrad. Porodní asistentka také sleduje v souvislosti s krvácením vyprazdňování močového měchýře a sleduje, aby pacientka neupadla do bezvědomí. V případě nutnosti zajistí a asistuje lékaři při revizi dutiny děložní. Podává léky ordinované od lékaře a monitoruje jejich účinky (10).

### ***1.3.5 Tromboembolické příhody***

Nejčastěji se tato komplikace objevuje za těchto podmínek: pokud je zvýšená hladina srážlivých faktorů, žilní stáza nebo pokud dojde k poranění vnitřní vrstvy žil. V období gravidity jsou fyziologicky zvýšené hladiny srážlivých faktorů a rostoucí děloha způsobuje žilní stázu. K poranění žil může dojít právě při císařském řezu. Pokud se tyto podmínky zkombinují ještě s dalšími rizikovými faktory, mezi něž patří: varixy,

obezita, kouření, věk nad 35 let, porod s.c., více rodičství, je žena vystavena velkému riziku vzniku trombózy.

Trombózu rozdělujeme na povrchovou a hlubokou, každá z nich má své specifické příznaky. Povrchová trombóza se projevuje bolestí, ztvrdnutím a zarudnutím postižené žíly. U hluboké trombózy je patrná bolestivost, zejména při dorzální flexi, dále se objevuje citlivost lýtka, otok dolní končetiny a barevné změny na kůži. Porodní asistentka by měla být první osobou, která zaznamená příznaky směřující k žilní trombóze.

Následkem žilní trombózy může být nebezpečná plicní embolie. Projevuje se náhle vzniklou bolestí na hrudi, dušností, úzkostí, kašlem, poruchou vědomí a srdečním selháním. Je to velice závažný stav, který ohrožuje ženu. U mírnějších forem nejsou příznaky tak výrazné, často se jedná o nespecifické příznaky (palpitace, mdloby, dechová nedostatečnost). Léčba povrchové trombózy spočívá v podávání analgetik, obkladů a elevaci končetiny. U hluboké trombózy je v léčbě nejdůležitější podávání nízkomolekulárních Heparinů. Při projevech infekce se k léčbě přidávají ještě antibiotika. K preventivním opatřením patří včasná mobilizace po operaci, porodu a plánovaná medikace (10, 14, 16).

### **1.3.6 Šokové stavy**

Vznikají na podkladě zúžení periferních cév a rozšíření cév v splachnické oblasti. Dochází k hypovolemickému šoku, srdce není schopné dostatečně zásobovat mozek a tělo kyslíkem v důsledku sníženého příjmu krve. Šok se objevuje po těžkých porodech nebo po porodech vedených operativně. Šokový stav se projevuje poklesem tlaku krve, zrychleným pulsem, náplní krčních žil a selháním srdce (10, 14).

Léčba šoku zahrnuje náhradu krevních ztrát, což předpokládá zavedení periferní kanyly. Dále je nutné uvést klientku do protišokové polohy, nebo Fowlerovy polohy, podat kyslík a uvolnit dýchací cesty. Farmakologická léčba je volena podle příčiny šoku (10, 14).

#### **1.4 Ošetrovatelský proces**

Ošetrovatelský proces přinesl do ošetrovatelství vědecký přístup. Jedná se o aplikaci procesu na řešení problémů klienta. Každý člověk má své potřeby, které sestra může pomocí ošetrovatelského procesu uspokojit. Ošetrovatelský proces se stal mezinárodním standardem ošetrovatelské péče. Poprvé byl tento standard využit v USA v roce 1973. Ošetrovatelský proces se skládá z pěti základních částí: zhodnocení, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení. Sestra vnímá klienta po stránce psychické, sociální a somatické. Propojení a uspokojení potřeb z těchto jednotlivých oblastí vede k celkové spokojenosti klienta. Člověk je celek, u kterého dochází k vzájemnému ovlivňování jednotlivých částí (18).

Potřeby klienta jsou založeny na nějakém nedostatku a pokud dojde k jejich odstranění, má to pozitivní vliv na klienta. Psychická potřeba, která není naplněna, ovlivňuje fyzický stav klienta a opačně. Každý člověk má individuální potřeby, které se mění v průběhu jeho vývoje a každý člověk má své způsoby, jak uspokojit jednotlivé potřeby. Potřeby mohou být naplněny žádoucím a nežádoucím způsobem. O žádoucím způsobu se mluví tehdy, pokud nedochází k poškození jedince či ostatních. Naopak na základě nežádoucího uspokojování může dojít k poškození samotného jedince či ostatních.

Za nejznámější stupnici potřeb můžeme považovat Maslowovu hierarchii potřeb. Podle tohoto amerického psychologa má každý jedinec svůj systém motivů, který se vzájemně ovlivňuje a každý z motivů má svoji sílu. Potřeby zde mají svoji posloupnost, která poukazuje na fakt, že pokud nejsou uspokojeny základní potřeby, nemohou být uspokojeny potřeby vyšší. Mezi základní potřeby patří fyziologické potřeby, které obsahují zejména potřebu pohybu, spánku, výživy, vyprazdňování apod. Pokud dojde k jejich narušení, mluví se o poruše homeostázy. K dalším potřebám patří potřeba jistoty a bezpečí, potřeba sounáležitosti a lásky, uznání a sebeúcty, potřeba kognitivní (objevovat něco nového, poznávat a rozumět), potřeba estetická (potřeba vnímat krásné věci), potřeba seberealizace (potřeba rozvíjet své vlastnosti a dovednosti).

Díky potřebám ostatních je i sestra schopna uspokojovat své vlastní potřeby. Na základě potřeb druhých lidí je sestra schopna pochopit jejich situaci. Pokud sestra dokáže správně vyhodnotit potřeby klienta, může aplikovat na klienta ošetrovatelský proces ať už v nemocniční, nebo domácí péči. Díky ošetrovatelskému procesu si sestra zorganizuje jednotlivé ošetrovatelské zásahy. Znalost lidských potřeb se v neposlední řadě může uplatnit při edukační činnosti sestry (26).

#### ***1.4.1 Ošetrovatelský model podle Marjory Gordonové***

Tento model je nejobsáhlejším z hlediska bio-psycho-sociálních potřeb klienta, který byl dosud zhotoven. Sestra je na základě informací, které získá pomocí tohoto modelu, schopna vytvořit ošetrovatelské diagnózy, díky kterým si naplánuje ošetrovatelskou péči. Model Gordonové tvoří několik různých oblastí a uplatňuje se v různých ošetrovatelských oblastech, výjimku netvoří ani porodní sál (18, 26).

První oblastí je podpora zdraví. Tato oblast je zaměřena na informace o předešlých onemocněních, úrazech, způsobech podporujících zdraví. Jako druhou zařadila M. Gordonová do svého modelu oblast o výživě. V této oblasti je nutné zaznamenat způsob a množství denního příjmu potravy a tekutin, zvyky při stravování a stav zubů a sliznic. Do této oblasti patří také trávení a případné vyskytující se potíže a celkový metabolismus. Třetí oblastí je vylučování. Tato část se týká vylučování moči a stolice a také se zabývá sebedečnou v této oblasti. Další oblast, kterou se M. Gordonová zabývá, pojednává o aktivitě a odpočinku. Do tohoto úseku se zařazuje množství a míra tělesné aktivity, způsob a schopnost vykonávat běžné denní činnosti a způsob odpočinku. Pátá oblast je zaměřena na vnímání-poznávání. Netýká se pouze smyslových orgánů (sluch, zrak, hmat, čich, chuť), ale také schopností učit se, získávat nové informace a poznávat nové věci. Šestá oblast se zaměřuje na získání informací ohledně vnímání sebe sama. Zajímá nás zejména sebedečnou, úcta k vlastní osobě a vnímání svého těla. Sedmý úsek vypoví o klientovi jak a kde žije, jaké má vztahy s blízkými lidmi, jaké plní role v rodině, zaměstnání a v blízkém okolí. Pak se hovoří o části, kterou M. Gordonová nazvala: vztahy. Osmá oblast se zabývá sexualitou.



Informace by se měly týkat sexuálního života a reprodukčních schopností klienta. U žen se zaměřuje na menstruaci, porody a těhotenství. Devátou oblastí se rozumí oblast zvládnutí zátěže-odolnost vůči stresu. U klienta se pátrá po zásadních životních změnách v poslední době, jejich zvládnutí a míře napětí. Desátá část je zaměřena na životní principy, které o klientovi vypoví, jakou vyznává víru a jaké hodnoty upřednostňuje. Jedenáctá oblast zahrnuje informace týkající se bezpečnosti a ochrany. U klienta monitoruje např. potenciální vznik infekce, poruchy termoregulace, tělesná poranění. Předposlední oblast umožňuje sestře získat informace ohledně komfortu klienta v oblasti tělesné, sociální a také v souvislosti s prostředím. Poslední část se zabývá růstem a vývojem, kde může sestra uvést případné odchylky a abnormality od běžného vývoje. (17, 18, 26).

#### ***1.4.2 Vybrané ošetřovatelské diagnózy vztahující se k operativním porodům***

- 00016 Porušené vyprazdňování moči v souvislosti s porodním poraněním projevující se dysurií.
- 00044 Porušená tkáňová integrita v souvislosti s porodním poraněním projevující se destrukcí tkáně.
- 00046 Porušená kožní integrita v souvislosti s epiziotomií projevující se zvýšenou citlivostí.
- 00093 Únava v souvislosti s dlouhodobým porodem projevující se sníženou výkonností, sníženou schopností soustředit se.
- 00118 Porušený obraz těla v souvislosti s rozsáhlým poraněním projevující se změnou funkce pohlavního ústrojí.
- 00132 Akutní bolest v souvislosti s porodem projevující se neklidem, vyhledáváním úlevové polohy.
- 00148 Strach v souvislosti s nepostupujícím porodem projevující se zvýšenou nervozitou.
- 00004 Riziko infekce v souvislosti s poraněním při porodu.

00087 Riziko perioperačního poškození v souvislosti s celkovou anestézií  
(12, 17).

## **2. Cíle práce a hypotézy**

### **2.1 Cíle práce**

Cíl 1 Cílem je zjistit rozdílnosti ošetrovatelské péče o ženy po operativních porodech ve vybraných porodnických zařízeních.

Cíl 2 Cílem je zjistit, zda ošetrovatelská péče o ženy po operativních porodech probíhá ve vybraných porodnických zařízeních formou ošetrovatelského procesu.

Cíl 3 Cílem je zjistit, zda ošetrovatelská péče o ženy po operativních porodech probíhá ve vybraných zdravotnických zařízeních dle ošetrovatelských standardů.

Cíl 4 Cílem je zjistit, zda ošetrovatelská péče o ženy po operativních porodech probíhá ve vybraných porodnických zařízeních dle porodnických standardů.

### **2.2 Hypotézy**

Hypotéza 1 Ošetrovatelská péče o ženy po operativních porodech se ve vybraných porodnických zařízeních odlišuje.

Hypotéza 2 Ošetrovatelská péče o ženy po operativních porodech probíhá ve vybraných porodnických zařízeních formou ošetrovatelského procesu.

Hypotéza 3 Porodní asistentky ve vybraných porodnických zařízeních používají při ošetrování žen po operativních porodech ošetrovatelské standardy.

Hypotéza 4 Porodní asistentky ve vybraných porodnických zařízeních používají při ošetrování žen po operativních porodech porodnické standardy.

### **3. Metodika**

#### **3.1 *Metodika práce***

Kvantitativní výzkum byl proveden technikou sběru dat pomocí anonymního dotazníku. Dotazník byl rozdán do tří vybraných nemocnic a byl vytvořen pro porodní asistentky. V dotazníku je celkem 27 otázek, z toho první 4 vypovídají o identifikaci respondentek. Další otázky jsou uzavřené (5, 8, 11, 14-20a, 21-27), polootevřené s možností výběru více odpovědí (6-7, 9-10, 12-13) a otevřené (20b) a informují o možnostech v ošetrovatelské péči. Výzkum probíhal od poloviny prosince 2008 do poloviny února 2009.

#### **3.2 *Charakteristika zkoumaného souboru***

Šetření bylo vykonáno ve třech náhodně vybraných porodnických odděleních. Dotazníky vyplňovaly porodní asistentky na oddělení šestinedělí, na oddělení gynekologické JIP a na porodnickém sále v porodnici České Budějovice a. s., v porodnici v Písku a v porodnici FN Plzeň. Z celkového počtu 102 rozdaných dotazníků bylo vráceno 76 dotazníků a z toho 5 bylo vyřazeno pro neúplnost dat.

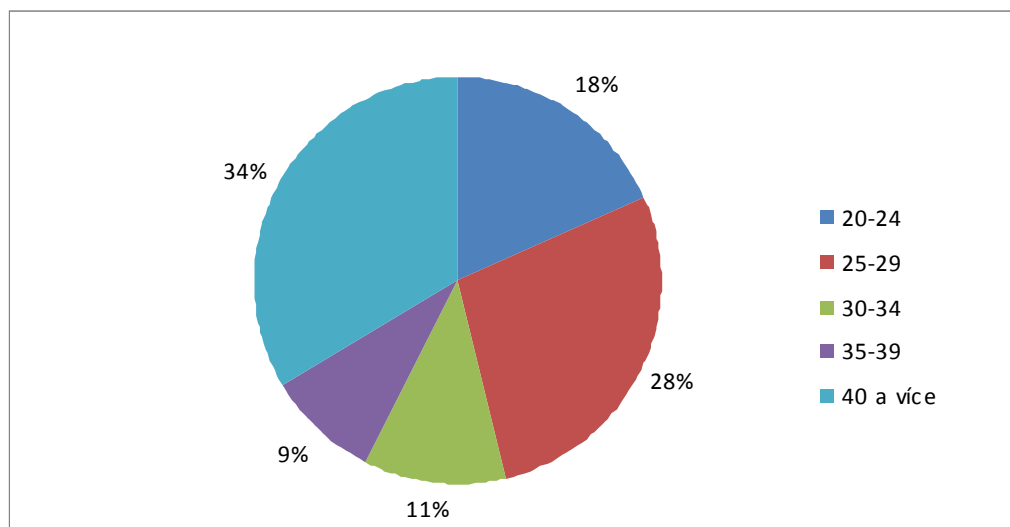
V porodnici FN Plzeň bylo na oddělení šestinedělí rozdáno 9 dotazníků. Z 9 vrácených dotazníků bylo pro výzkumné šetření použito 8 dotazníků. Na oddělení gynekologické JIP ve FN Plzeň bylo rozdáno 12 dotazníků a všech 8 vrácených bylo vhodných pro výzkumné šetření. Na porodním sále bylo rozdáno 21 dotazníků, z 15 vrácených byly 2 dotazníky vyřazeny pro neúplnost dat, zbylých 13 bylo použito. V porodnici FN Plzeň tvořilo výzkumný soubor 29 respondentek. V porodnici České Budějovice bylo na oddělení šestinedělí rozdáno 8 dotazníků a ze 7 vrácených bylo použito 6 dotazníků. Na oddělení gynekologické JIP bylo z počtu 11 rozdaných dotazníků vráceno 9 a použito 8 dotazníků. Na porodním sále porodnice České Budějovice bylo rozdáno 16 dotazníků, z 9 vrácených byly použity všechny. V Českých Budějovicích byla použita data od 23 porodních asistentek. V porodnici v Písku bylo

rozdáno na oddělení šestinedělí 5 dotazníků, 4 dotazníky byly vráceny a byly použity. Na oddělení gynekologické JIP bylo rozdáno 9 dotazníků a z 6 vrácených byly použity také všechny. Na porodním sále z 11 rozdaných se vrátilo 9 dotazníků a také žádný nebyl vyřazen. Celkový soubor z porodnice Písek činil 19 respondentek.

Celkový počet respondentek činil 71 (100 %).

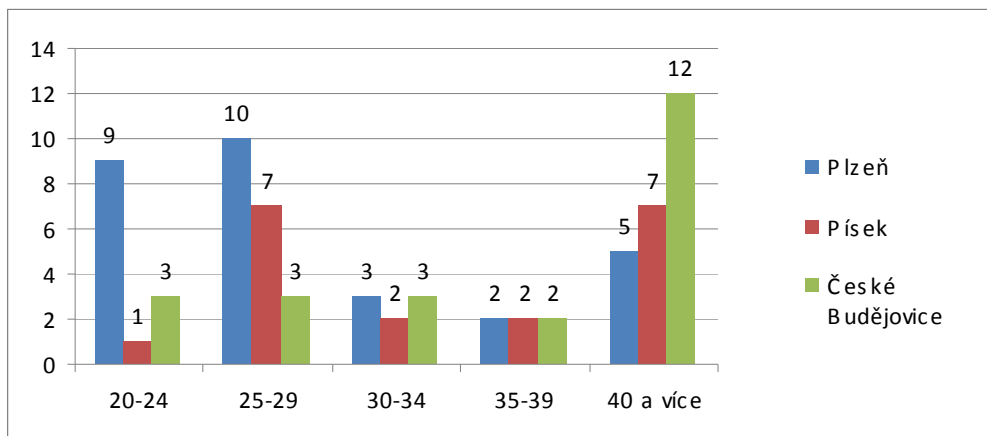
#### 4. Výsledky výzkumu

**Graf 1A Celkový součet souboru podle věku respondentek**



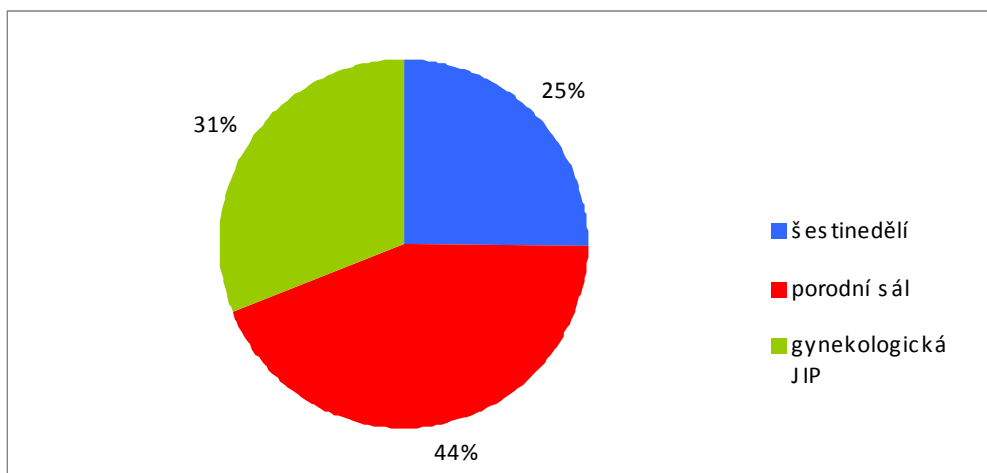
Z celkového souboru respondentek 71 (100 %) bylo 24 (34 %) porodních asistentek ve věku 40 a více, 20 (28 %) ve věku 25-29 let, 13 (18 %) ve věku 20-24let, 8 (11 %) ve věku 30-34let a 6 (9 %) ve věku 35-39 let.

**Graf 1B Věk respondentek podle měst**



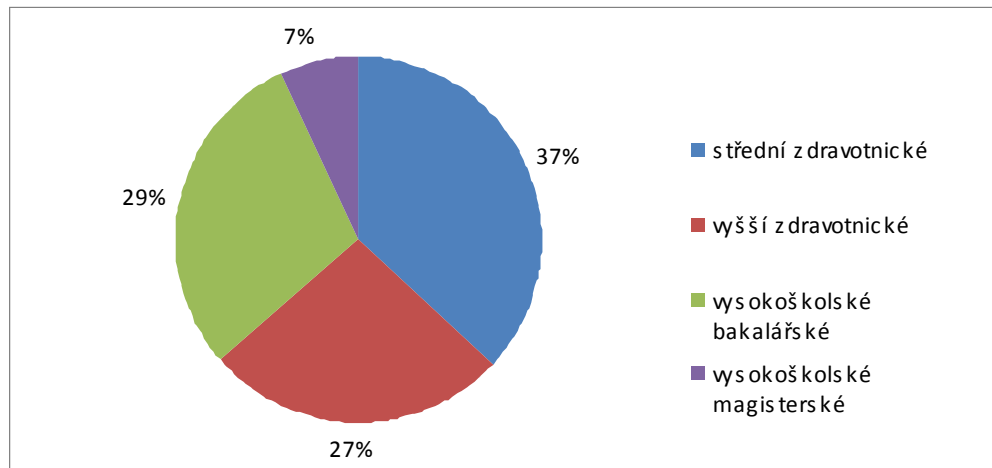
Z celkového počtu 71 respondentek si respondentky mohly vybrat více odpovědí, bylo 13 (18 %) respondentek ve věku 20-24 let (v Plzni 9, v Písku 1, v Č. Budějovicích 3, dále Č.B.), 20 (28 %) respondentek je ve věku 25-29 let (v Plzni 10, v Písku 7, v Č.B. 3), 8 (11 %) respondentek pak dosáhlo věku 30-34 let (v Plzni 3, v Písku 2, v Č.B. 3), 6 (8 %) respondentek bylo ve věku 35-39 let (v každém městě to byly 2 respondentky) a 24 (34 %) respondentek ve věku 40 a více (v Plzni 5, v Písku 7, v Č.B. 12).

**Graf 2 Pracovní zařazení respondentek**



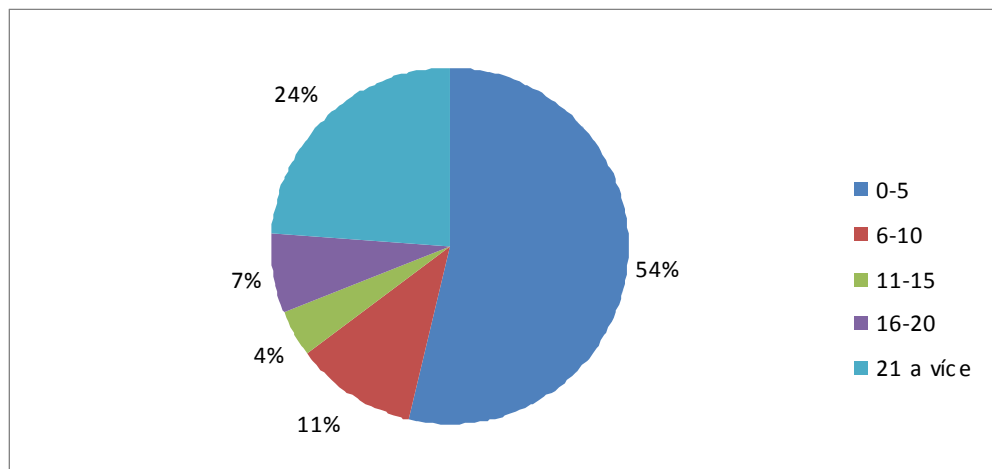
Z celkovém souboru 71 (100 %) respondentek, pracuje 18 (25 %) na oddělení šestinedělí a 31 (44 %) na porodním sále, zbytek souboru 22 (31 %) porodních asistentek pracuje na oddělení gynekologické JIP.

**Graf 3 Vzdělání respondentek**



Vzdělání bylo u 26 (37 %) respondentek středoškolské, 19 (27 %) respondentek dosáhlo vyššího zdravotnického vzdělání, 21 (29 %) respondentek pak ukončilo své vzdělání bakalářským titulem a 5 (7 %) titulem magisterským z celkového souboru 71 (100 %).

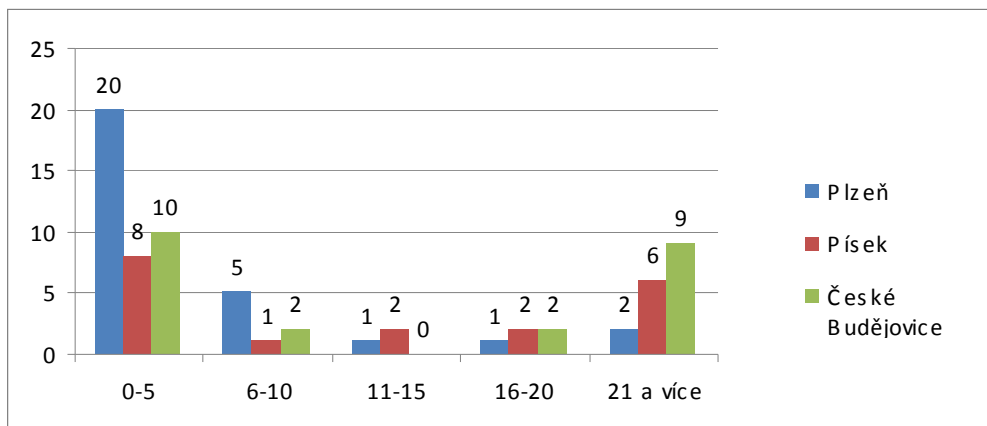
**Graf 4A Celkový součet souboru respondentek dle délky praxe**



Respondenty pracují na svých odděleních v počtu 38 (54 %) 0-5 let z celkového souboru dotázaných 71 (100 %), 8 (11 %) 6-10 let, 3 (4 %) 11-15 let, 5 (7 %) respondentek odpracovalo na současném oddělení 16-20 let a 17 (24 %) 20 a více let.

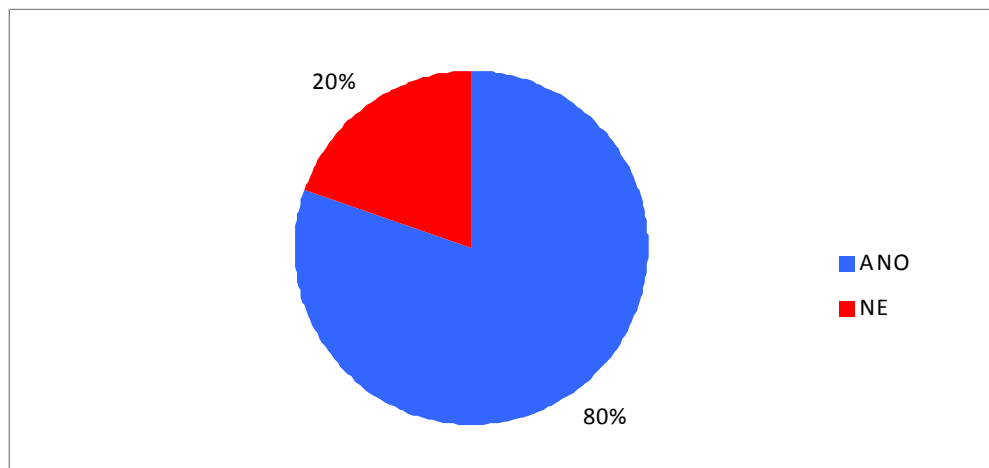


**Graf 4B Délka praxe porodních asistek na současném oddělení podle měst**



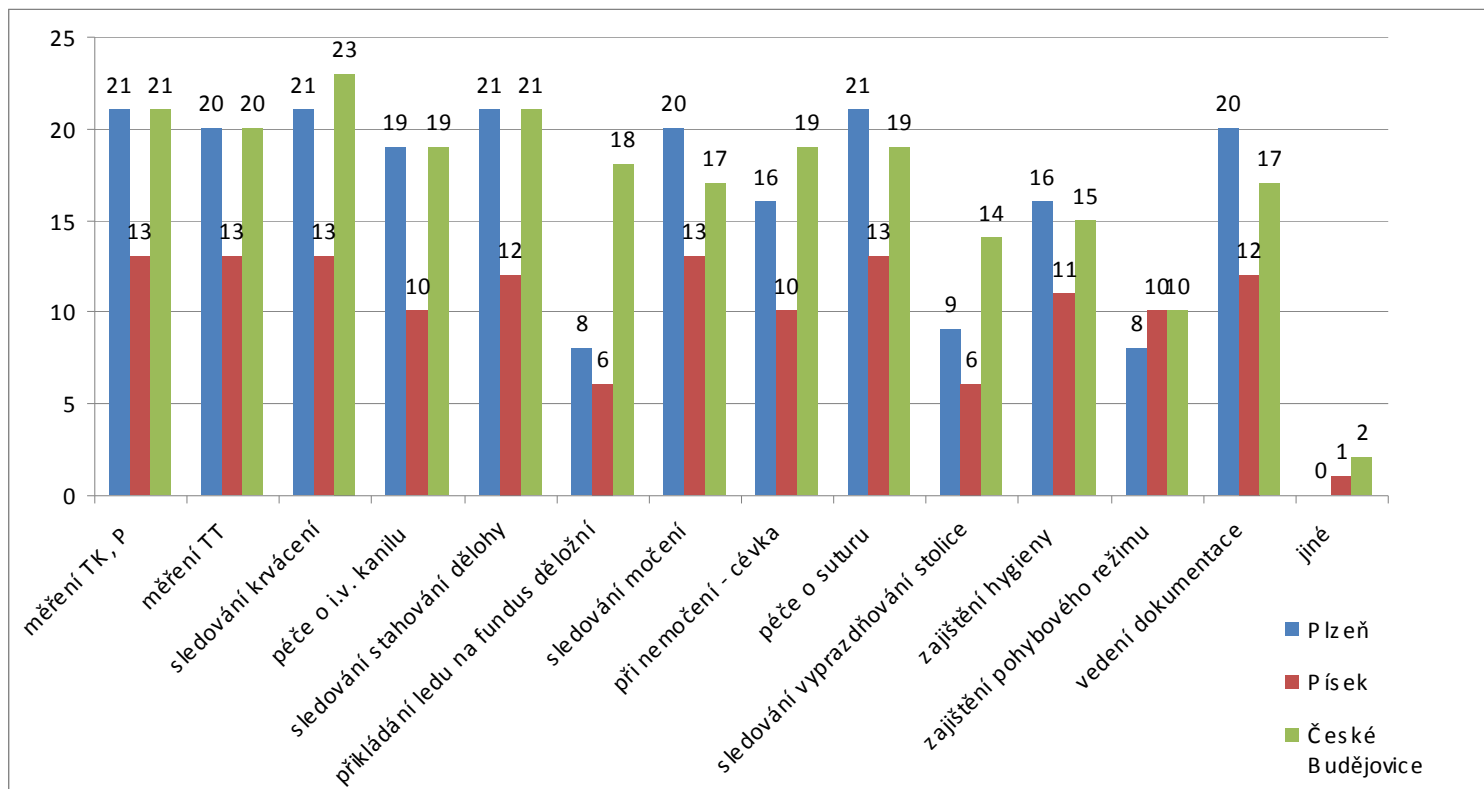
Z celkového počtu 71 respondentek, kdy si respondentky mohly vybrat více možností odpovědí, má 38 (54 %) respondentek 0-5letou praxi (v Plzni 20, v Písku 8, v Č.Budějovicích (dále Č.B.)10), 7 (11 %) respondentek má praxi 6-10letou (v Plzni 5, v Písku 1, v Č.B. 2), 11-15letou praxi odpracovaly 3 (4 %) respondentky (v Plzni 1, v Písku 2, v Č.B. 0), 16-20let na současném oddělení pracuje 5 (7 %) porodních asistek (v Plzni 1, v Písku 2, v Č.B. 2) a 21 a více let praxe absolvovalo na oddělení 17 (24 %) respondentek ( v Plzni 2, v Písku 6, v Č.B. 9).

**Graf 5 Ošetřování po klešťovém porodu**



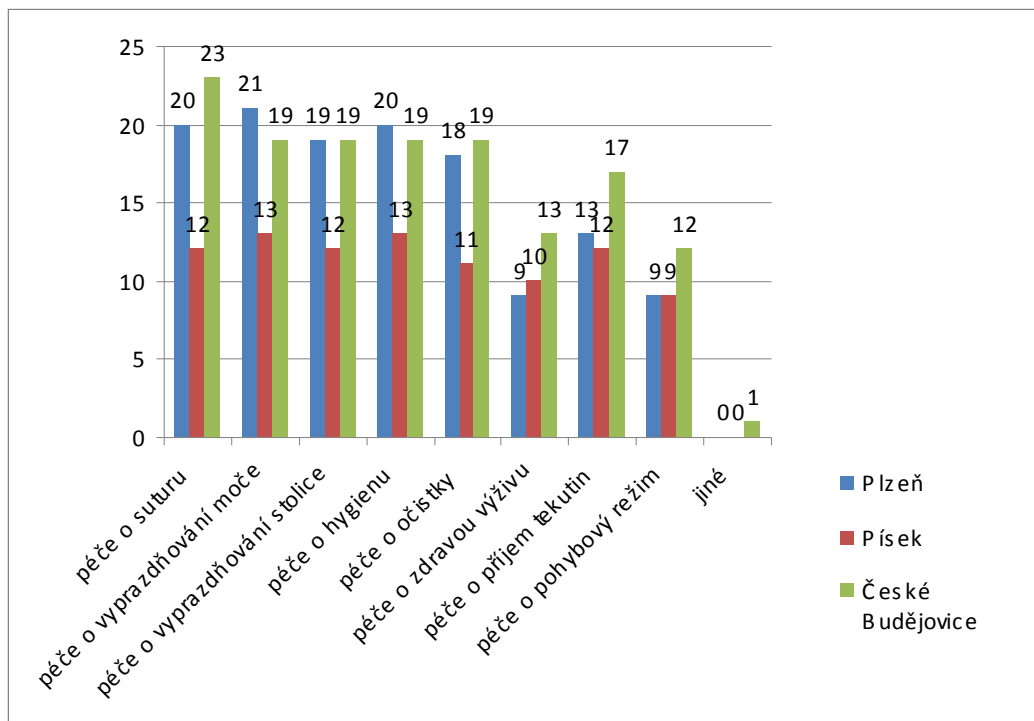
S ošetřováním žen po klešťovém porodu se ze 71 (100 %) respondentek setkalo na svém pracovišti 57 (80 %) a 14 (20 %) se s ošetřováním po klešťovém porodu běžně nesetkává.

**Graf 6 Ošetrovatelská péče u žen po klešťovém porodu**



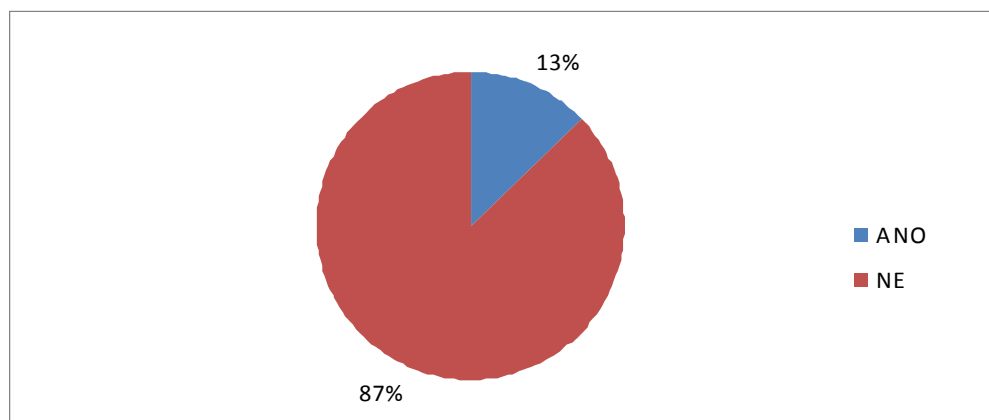
Z celkového souboru 57 respondentek, kdy si mohly respondentky vybrat z více možností odpovědí, má zkušenost s ošetřováním žen po klešťovém porodu 21 respondentek z Plzně, 13 respondentek z Písku a 23 z Českých Budějovic. Z 57 tázaných respondentek u žen po klešťovém porodu 55 měří TK, P (21 z Plzně, 13 z Písku, 21 z Českých Budějovic, dále Č.B.), 53 měří TT (20 z Plzně, 13 z Písku, 20 z Č.B.), 57 sleduje krvácení (21 z Plzně, 13 z Písku, 23 z Č.B.), 48 pečuje o i.v.kanylu (19 z Plzně, 10 z Písku, 19 z Č.B.), 54 sleduje stahování dělohy (21 z Plzně, 12 z Písku, 21 z Č.B.), 32 dotázaných přikládá ženám led na fundus děložní (8 z Plzně, 6 z Písku, 18 z Č.B.), 50 respondentek kontroluje močení (20 z Plzně, 13 z Písku, 17 z Č.B.), 45 z dotázaných asistentek zavede ženě cévku, pokud nebude močit (16 z Plzně, 10 z Písku, 19 z Č.B.), 53 respondentek pečuje u žen o suturu (21 z Plzně, 13 z Písku, 19 z Č.B.), vyprazdňování stolice monitoruje 29 respondentek (9 z Plzně, 6 z Písku, 14 z Č.B.), 42 dotázaných se postará o hygienu u žen po porodu (16 z Plzně, 11 z Písku, 15 z Č.B.), dále pak 28 respondentek zajistí pohybový režim (8 z Plzně, 10 z Písku, 10 z Č.B.) a 49 dotázaných zaznamená péči o ženu po klešťovém porodu do dokumentace (20 z Plzně, 12 z Písku, 17 z Č.B.). Jiné ošetřovatelské úkony (zajištění stravy, pooperační rehabilitace) uvedly 3 respondentky (1 z Písku a 2 z Č.B.).

**Graf 7 Edukace žen po klešťovém porodu**



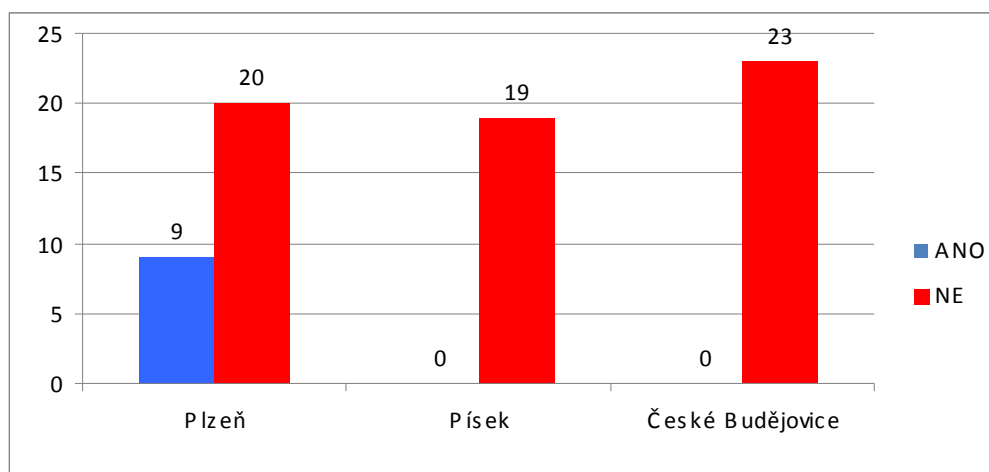
V oblasti edukace si 57 dotázaných mohlo vybrat z více možných odpovědí. Edukaci v péči o suturu provádí 45 respondentek z celkového počtu 57 (20 z Plzně, 12 z Písku, 23 z Českých Budějovic (dále Č.B.)), edukaci ohledně vyprazdňování moči provádí 53 respondentek (21 z Plzně, 13 z Písku, 19 z Č.B.) a ohledně vyprazdňování stolice 50 dotázaných (19 z Plzně, 12 z Písku, 19 z Č.B.), oblast hygieny vysvětluje ženám po porodu 52 porodních asistentek (20 z Plzně, 13 z Písku, 19 z Č.B.), mezi další oblasti edukace patří péče o očištění, kterou provádí 48 respondentek (18 z Plzně, 11 z Písku, 19 z Č.B.), péče o zdravou výživu-32 respondentek (9 z Plzně, 10 z Písku, 13 z Č.B.), péče o příjem tekutin-42 respondentek (13 z Plzně, 12 z Písku, 17 z Č.B.) a o péči o pohybovém režimu informuje ženy 30 dotázaných (9 z Plzně, 9 z Písku, 12 z Č.B.), jinou edukaci provádí 1 porodní asistentka (z Písku), tato edukace se týká péče o prsa.

**Graf 8A Ošetřování žen po vakuumextrakci**



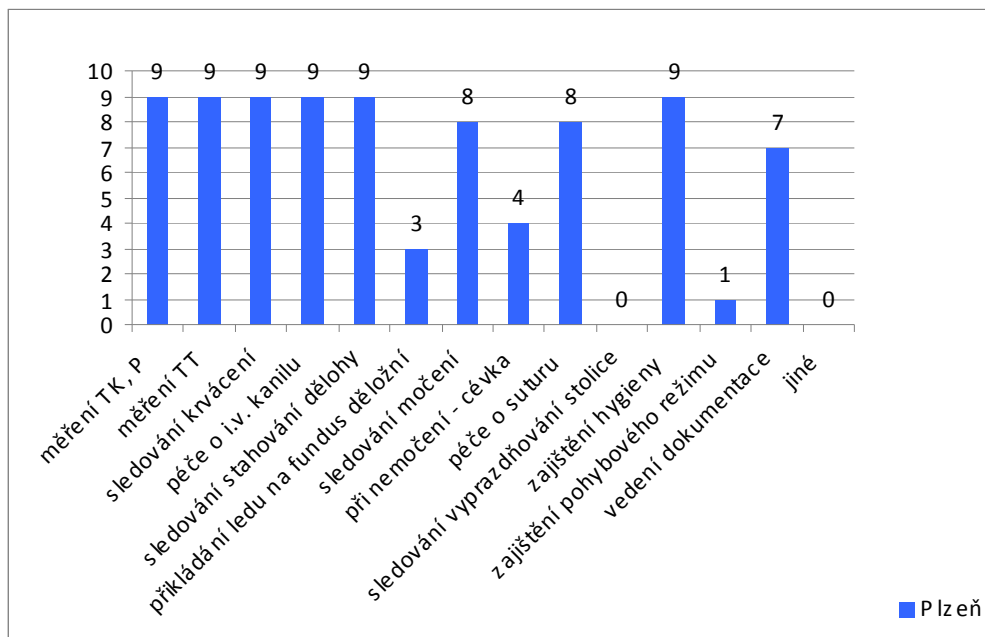
Z celkového počtu respondentek má zkušenost s ošetřováním žen po vakuumextrakci 9 (13 %) dotázaných, 62 (87 %) dotázaných se s ošetřováním po tomto výkonu nesetkalo.

**Graf 8B Ošetřování žen po vakuumextrakci**



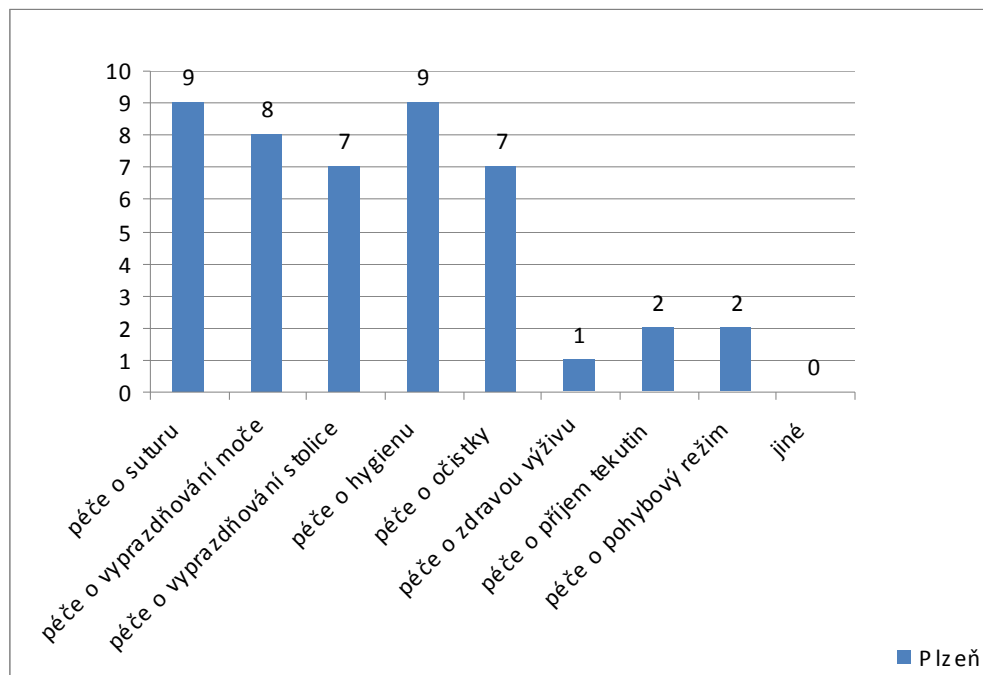
Z celkového počtu 71 respondentek se pouze 9 dotázaných v Plzni setkalo s ošetřováním žen po vakuumextrakci, 20 respondentek z Plzně se nesetkalo s ošetřováním žen po tomto výkonu, v Písku 19 a v Českých Budějovicích 23 dotázaných.

**Graf 9 Ošetrovatelská péče u žen po vakuumextrakci**



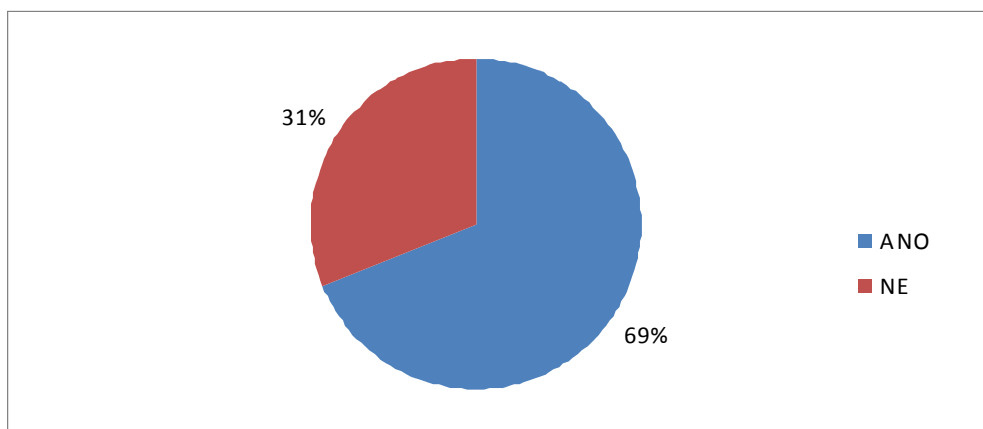
Z počtu 9 respondentek, které si mohly vybrat z více možností odpovědí, provádí 9 tyto výkony: měření TK, P, měření TT, sledování krvácení, péče o i.v. kanylu, sledování stahování dělohy, 3 porodní asistentky přikládají led na fundus děložní, 8 dotázaných sleduje močení, 4 zavedou v případě potřeby cévku, o budoucím se postará 8 respondentek, stolici nesleduje žádná z respondentek, o hygienu se postará všech 9 dotázaných, o pohybový režim 1 a dokumentaci povede 7 porodních asistentek, žádná z dotázaných nevedla jinou ošetrovatelskou činnost.

**Graf 10 Edukace žen po vakuumextrakci**



Edukaci z 9 dotázaných, které si mohly vybrat z více možností odpovědí, provádí 9 v oblasti péče o suturu, 8 v oblasti sledování vyprazdňování moči, 7 v péči o vyprazdňování stolice, 9 v péči o hygienu, 7 v péči o očištění, 1 v péči o zdravou výživu a 2 v oblasti péče o příjem tekutin a 2 v oblasti péče o pohybový režim.

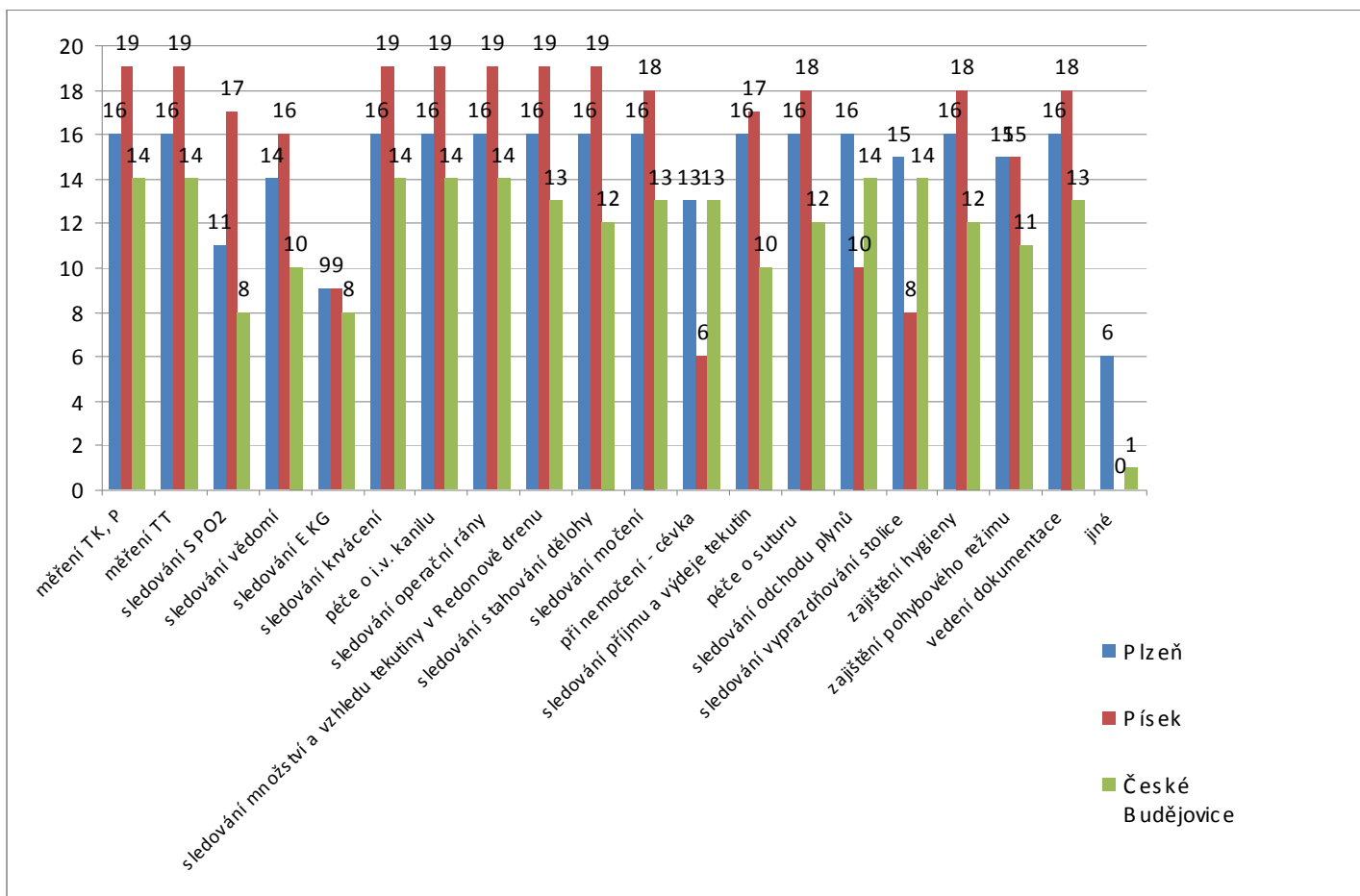
**Graf 11 Ošetřování žen po sectio caesarea**



Ze 71 (100 %) dotázaných ošetřuje ženy po s.c. 49 (69 %) porodních asistentek a 22 (31 %) dotázaných po tomto výkonu ženy neošetřuje.

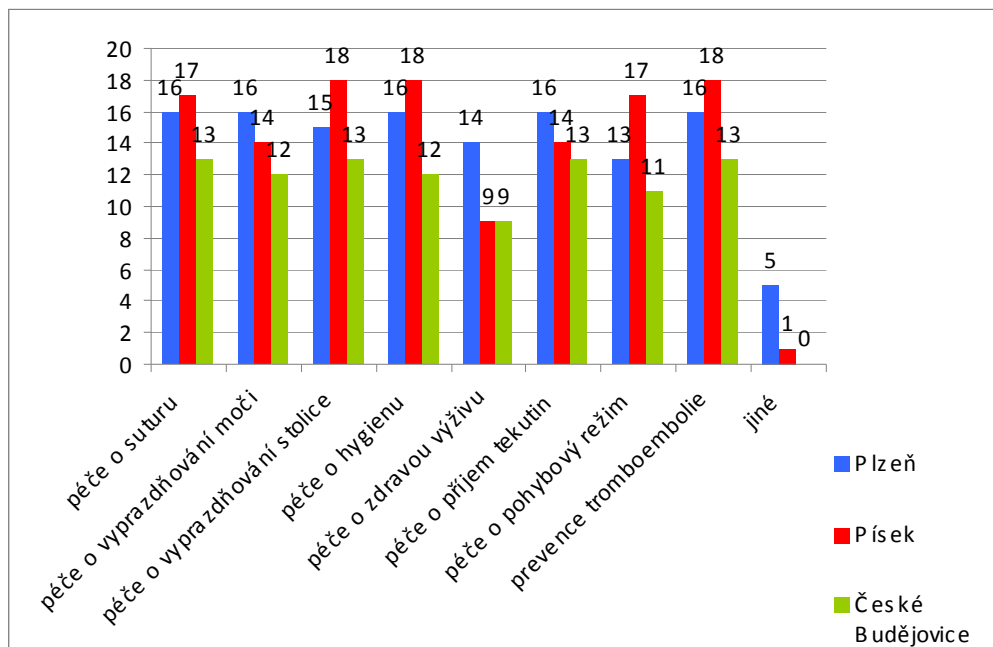


Graf 12 Ošetrovatelská péče u žen po sectio caesarea



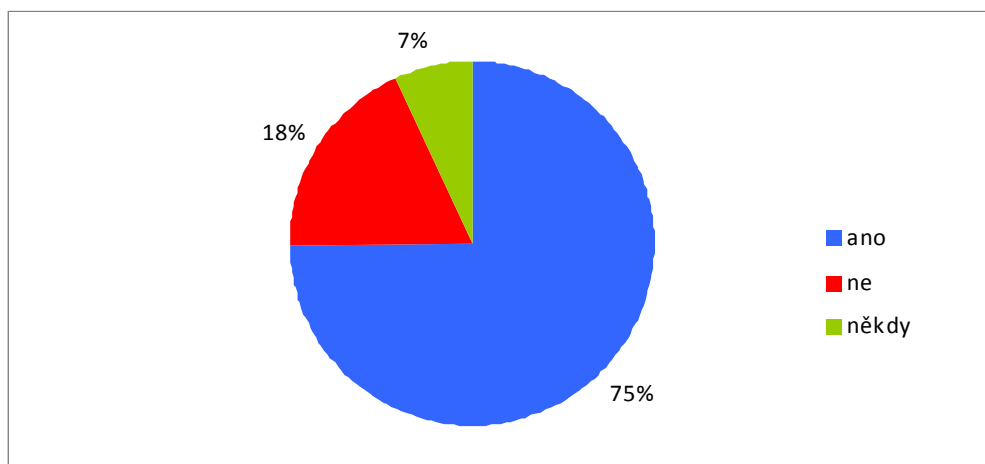
Ze 49 respondentek, které ošetřují ženy po operativních porodech, je 16 z Plzně, 19 z Písku a 14 porodních asistentek ošetřujících ženy po s.c. je z Českých Budějovic. Respondenty si mohly vybrat z více možností odpovědí. Kontrolu TK a P a TT provádí 49 respondentek (16 z Plzně, 19 z Písku, 14 z Českých Budějovic (dále Č.B.)), saturaci sleduje 36 respondentek (11 z Plzně, 17 z Písku, 8 z Č.B.). Stav vědomí pak sleduje 40 z nich (14 z Plzně, 16 z Písku, 10 z Č.B.), EKG křivku sleduje 26 respondentek (9 z Plzně, 9 z Písku, 8 z Č.B.), péči o i.v. kanylu provádí všech 49 respondentek (16 z Plzně, 19 z Písku, 14 z Č.B.). Kontrolu operační rány provádí 49 porodních asistentek (16 z Plzně, 19 z Písku, 14 z Č.B.), kontrolu množství a vzhledu odváděné tekutiny v Redonově drénu provádí 48 dotázaných (16 z Plzně, 19 z Písku, 13 z Č.B.), stahování dělohy monitoruje 47 respondentek (16 z Plzně, 19 z Písku, 12 z Č.B.). Močení sleduje 47 respondentek (16 z Plzně, 18 z Písku, 13 z Č.B.) a pokud žena nemočí, 32 z nich zavede cévku (13 z Plzně, 6 z Písku, 13 z Č.B.), monitoraci příjmu a výdeje tekutin provádí 43 dotázaných (16 z Plzně, 17 z Písku, 10 z Č.B.). O suturu se postará 46 porodních asistentek (16 z Plzně, 18 z Písku, 12 z Č.B.), odchod plynů bude zaznamenávat 40 respondentek (16 z Plzně, 10 z Písku, 14 z Č.B.) a vyprazdňování stolice 37 respondentek (15 z Plzně, 8 z Písku, 14 z Č.B.), hygienu pak zajistí 46 z nich (16 z Plzně, 18 z Písku, 12 z Č.B.). O pohybový režim se postará 41 porodních asistentek (15 z Plzně, 15 z Písku, 11 z Č.B.), vše pak zaznamená do dokumentace 47 dotázaných (16 z Plzně, 18 z Písku a 13 z Č.B.). Jiné ošetrovatelské činnosti uvedlo 7 porodních asistentek (6 z Plzně a 1 z Č.B.), nejčastěji byly uváděny tyto výkony: péče o epidurální katétr, kontrola hybnosti a čítí na DK po spinální anestézii, podávání léků, infuzních preparátů a krevních náhrad, komunikace a psychická podpora v pooperačním období.

**Graf 13 Edukace žen po sectio caesarea**



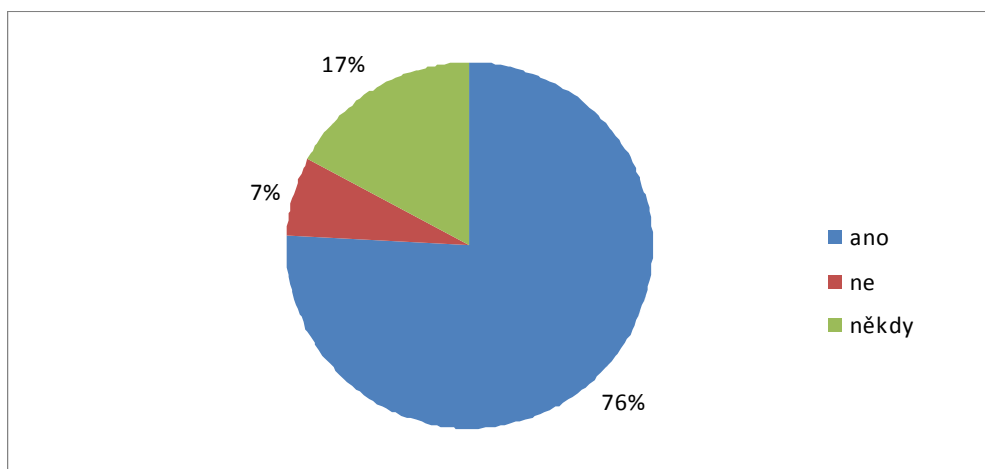
Edukaci v pooperační péči provádí 49 dotázaných, které si mohly vybrat z více možných odpovědí, 46 respondentek provádí edukaci v péči o suturu (16 z Plzně, 17 z Písku, 13 z Č.B.), 42 v oblasti vyprazdňování moči (16 z Plzně, 14 z Písku, 12 z Č.B.), 46 v oblasti vyprazdňování stolice (15 z Plzně, 18 z Písku, 13 z Č.B.) a 46 v péči o hygienu (16 z Plzně, 18 z Písku a 12 z Č.B.), 32 porodních asistentek informuje ženy po operaci o zdravé výživě (14 z Plzně, 9 z Písku, 9 z Č.B.), 43 o příjmu tekutin (16 z Plzně, 14 z Písku, 13 z Č.B.), 41 o pohybovém režimu (13 z Plzně, 17 z Písku, 11 z Č.B.) a 47 o prevenci tromboembolie (16 z Plzně, 18 z Písku, 13 z Č.B.). Jiné oblasti edukace uvedlo 6 dotázaných (5 z Plzně, 1 z Písku), edukace se týkala péče o prsy, odšťrkávání, kojení a kontroly u obvodního gynekologa v šestinedělí.

**Graf 14 Používání porodnických standardů v celkovém souboru**



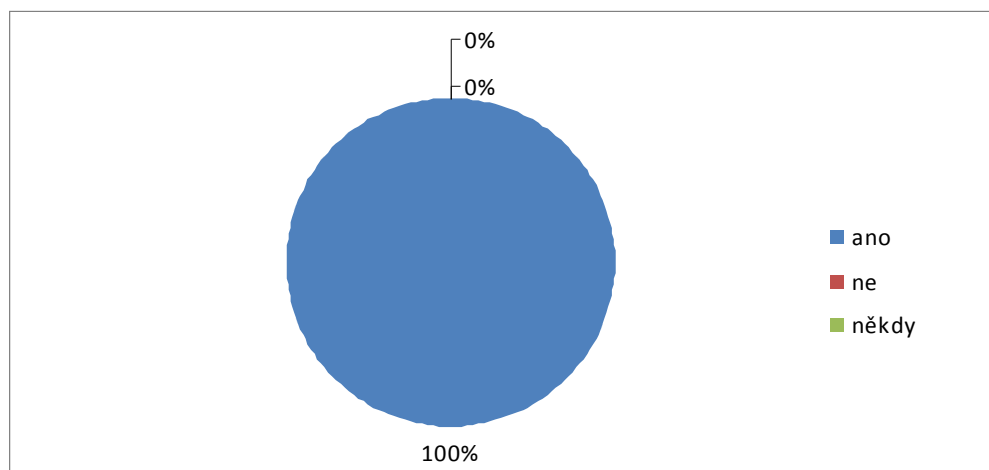
Ze 71 (100 %) respondentek, si 53 (75 %) myslí, že jsou u nich na pracovišti běžně používány porodnické standardy, 5 (7 %) porodních asistentek se domnívá, že jsou používány pouze někdy a 13 (18 %), že se vůbec nepoužívají.

**Graf 14A Používání porodnických standardů v Plzni**



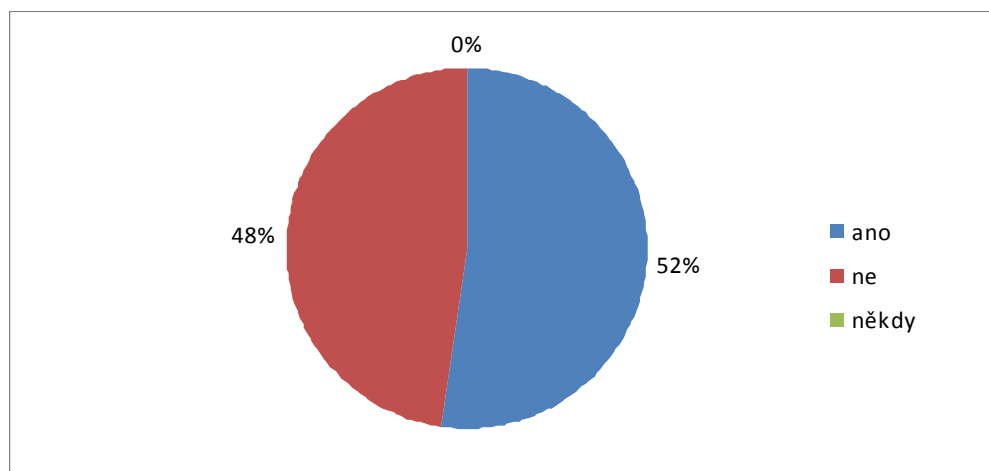
22 (76 %) respondentek ze 29 (100 %) dotázaných z porodnice FN Plzeň si myslí, že jsou u nich na pracovišti běžně používány porodnické standardy, 5 (17 %) porodních asistentek si myslí, že jsou využívány pouze někdy a 2 (7 %) si myslí, že se nepoužívají.

**Graf 14B Používání porodnických standardů v Písku**



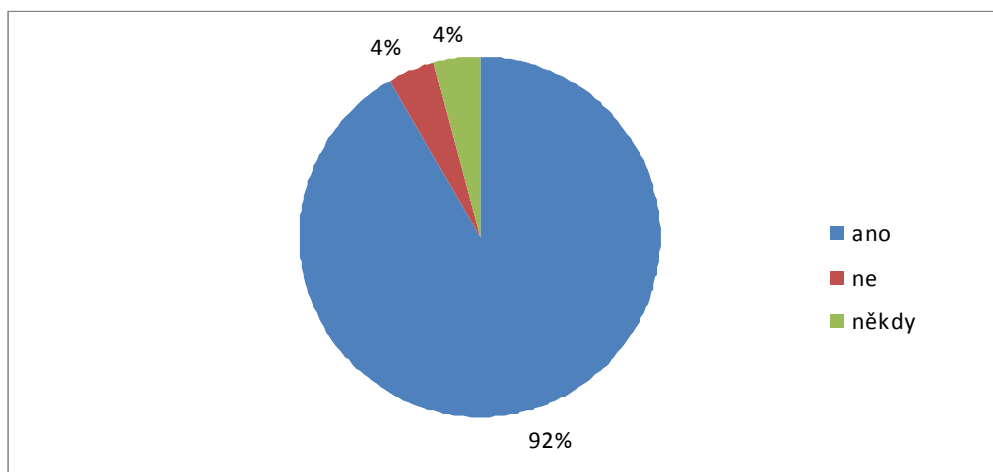
V Písku se všech 19 (100 %) respondentek domnívá, že jsou na pracovišti dodržovány běžně porodnické standardy.

**Graf 14C Používání porodnických standardů v Českých Budějovicích**



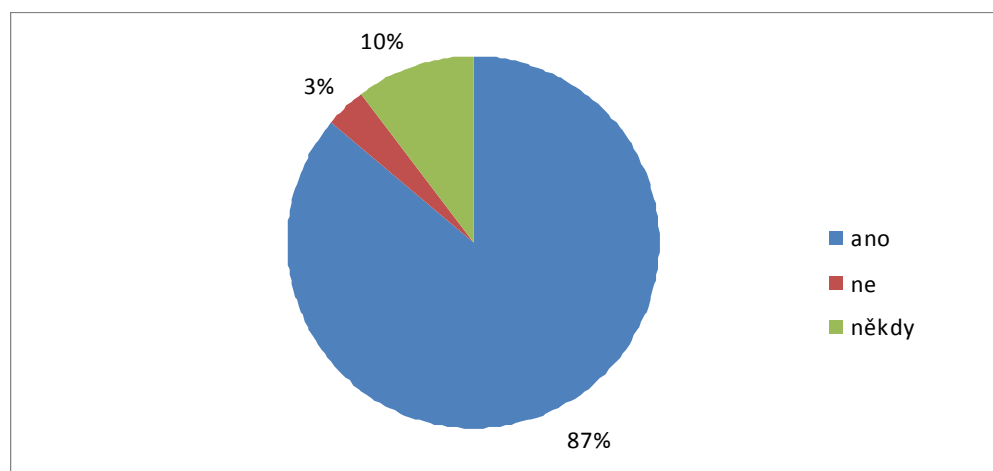
V Českých Budějovicích se domnívá 12 (52 %) dotázaných ze 23 (100 %), že jsou u nich na pracovišti používány porodnické standardy a 11 (48 %) porodních asistentek si myslí, že se nepoužívají.

**Graf 15 Používání ošetrovatelských standardů v celkovém souboru**



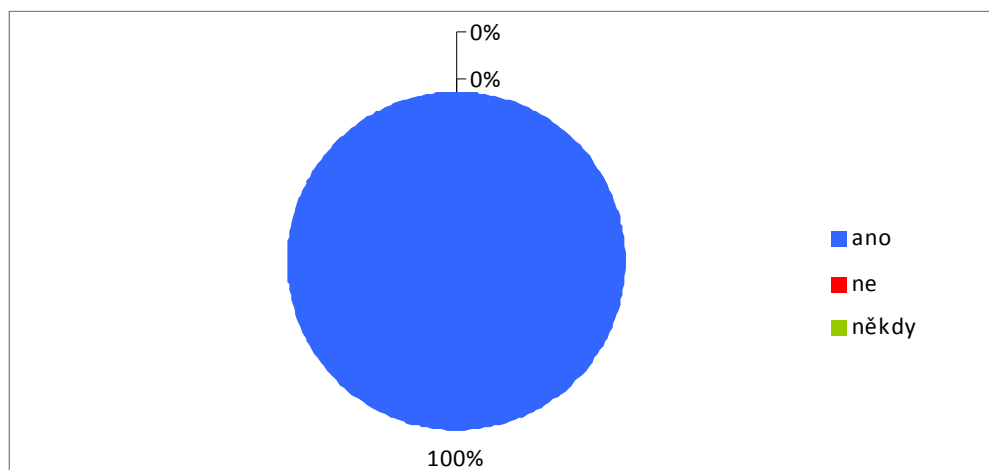
Ze 71 (100 %) dotázaných si 65 (92 %) myslí, že jsou běžně používány ošetrovatelské standardy, 3 (4 %) respondentky se domnívají, že jsou používány pouze někdy a další 3 (4 %), že se nepoužívají.

**Graf 15A Používání ošetrovatelských standardů v Plzni**



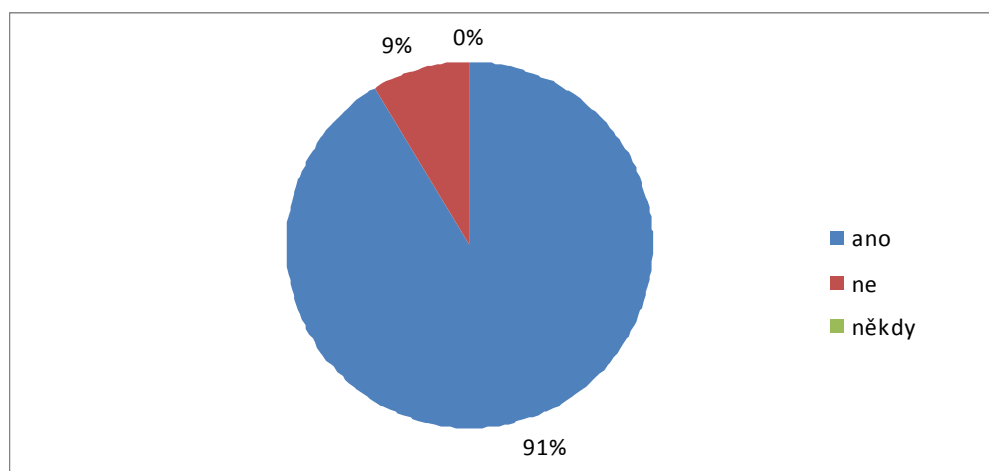
Ze 29 (100 %) respondentek z plzeňského souboru se 25 (87 %) z nich domnívá, že jsou na pracovišti používány ošetrovatelské standardy, 3 (10 %), že jsou používány pouze někdy a 1 (3 %) si myslí, že nejsou používány vůbec.

**Graf 15B Používání ošetrovatelských standardů v Písku.**



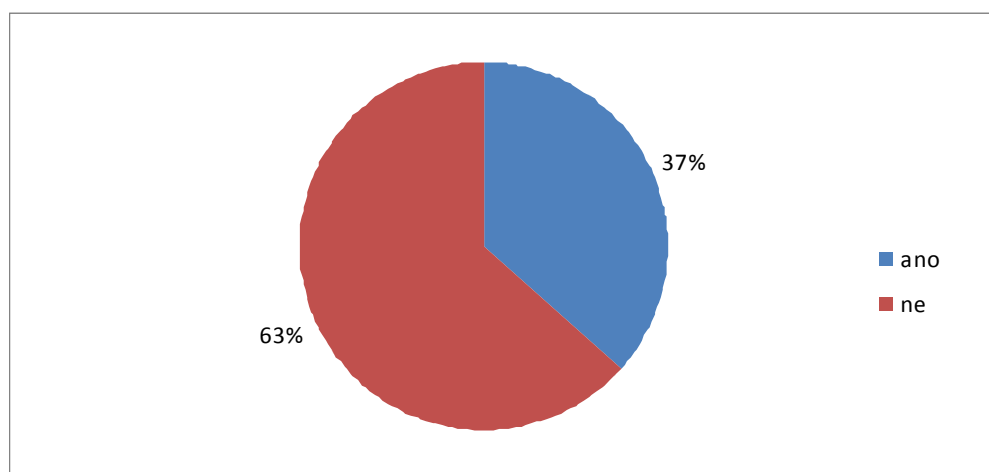
V Písku se všech 19 (100 %) dotázaných domnívá, že se u nich na pracovišti běžně používají ošetrovatelské standardy.

**Graf 15C Používání ošetrovatelských standardů v Českých Budějovicích**



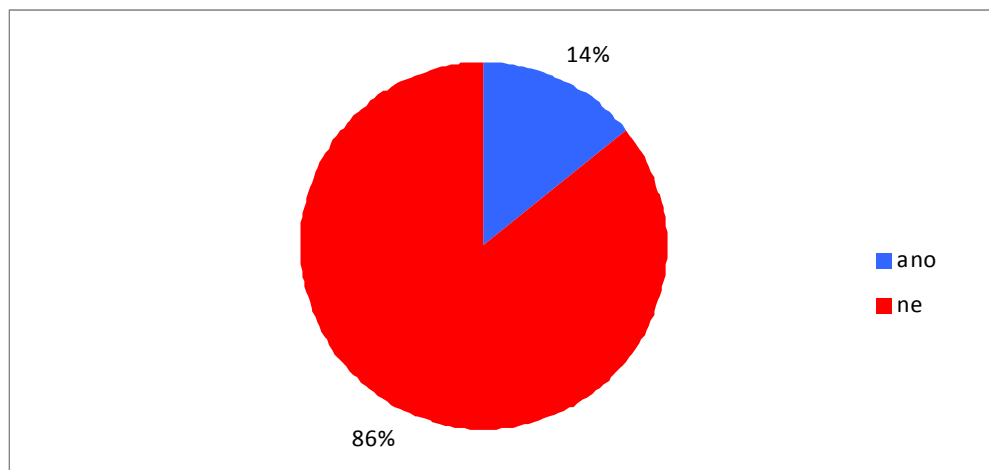
V Českých Budějovicích si ze 23 (100 %) dotázaných porodních asistentek 21 (91 %) myslí, že jsou u nich používány ošetrovatelské standardy a 2 (9 %) respondentky si myslí, že nejsou používány.

**Graf 16 Informovaný souhlas s provedením klešťového porodu jako součást standardu**



Z celkového souboru 71 (100 %) uvedlo 45 (63 %) respondentek, že na pracovišti nemají informovaný souhlas s provedením klešťového porodu jako součást standardu a 26 (37 %) uvedlo, že tento souhlas je součástí ošetrovatelského standardu.

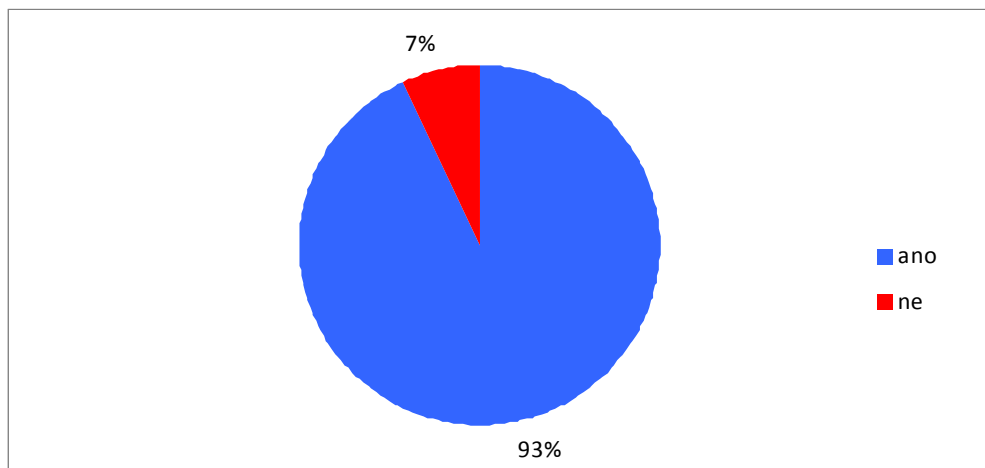
**Graf 17 Informovaný souhlas s provedením vakuumextrakce jako součást standardu**



Informovaný souhlas s vakuumextrakcí jako součást standardu potvrdilo 10 (14 %) respondentek ze 71 (100 %) dotázaných, zbylých 61 (86 %) porodních asistentek uvádí, že na pracovišti nemají informovaný souhlas s vakuumextrakcí jako součást standardu.

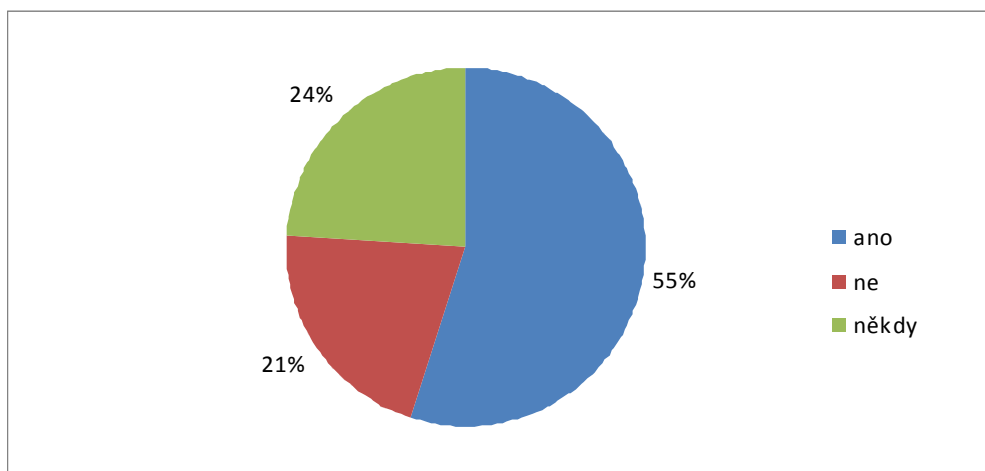


**Graf 18 Informovaný souhlas s provedením sectio caesarea jako součást standardu**



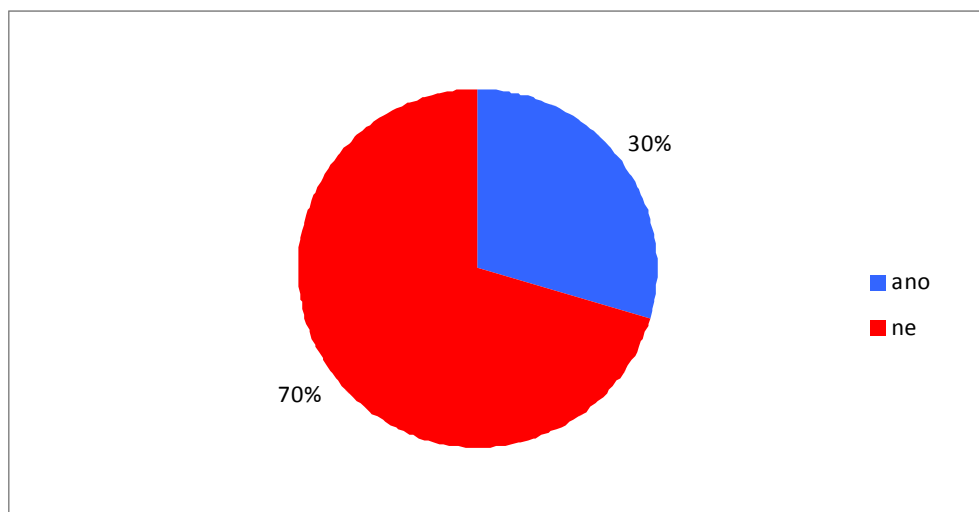
66 (93 %) ze 71 (100 %) dotázaných uvedlo, že mají informovaný souhlas jako součást standardu, zbylých 5 (7 %) uvedlo, že ne.

**Graf 19 Dodržování standardů v celkovém souboru**



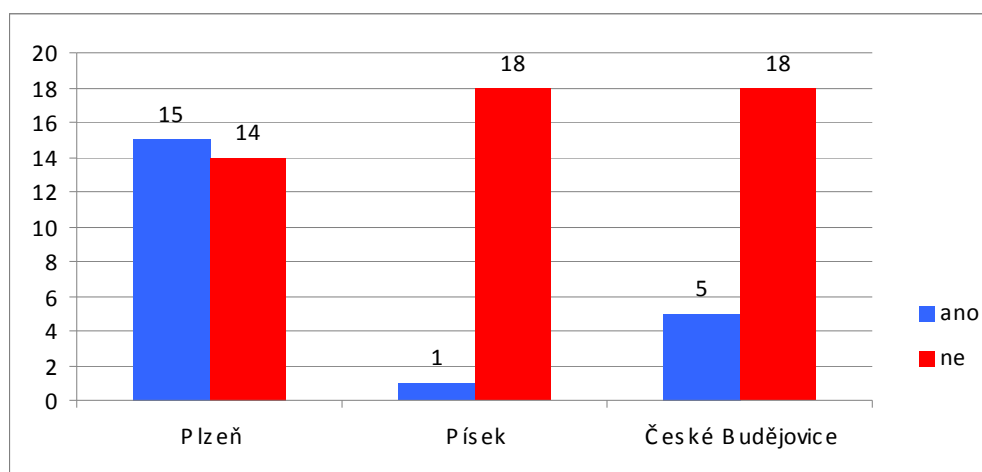
K otázce dodržování standardů se ze 71 (100 %) dotázaných 39 (55 %) vyjádřilo, že jsou standardy dodržovány, 17 (24 %) respondentek si myslí, že jsou dodržovány pouze někdy a 15 (21 %) z nich si myslí, že nejsou dodržovány.

**Graf 20A Výhrady ke standardům v celkovém souboru respondentek**



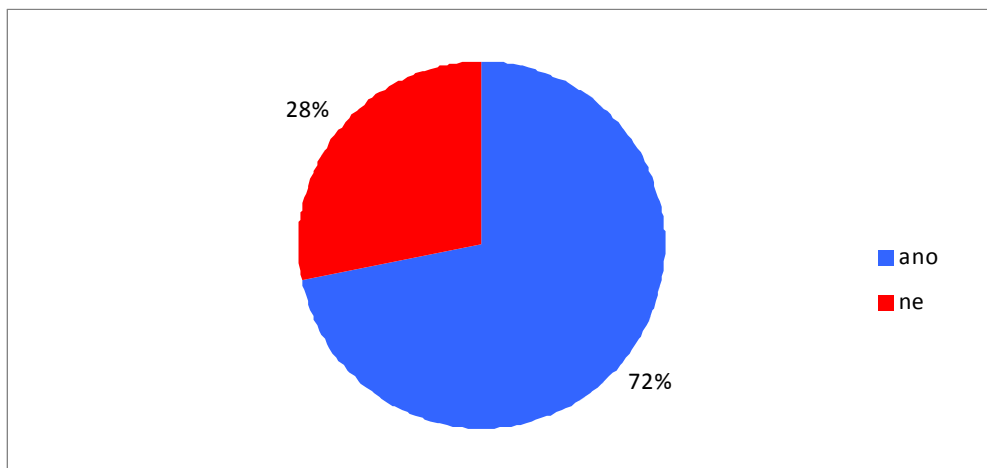
Z celkového souboru 71 (100 %) respondentek nemá výhrady ke standardům 50 (70 %) z nich, zbylých 21 (30 %) uvedlo nějaké výhrady týkající se standardů. Jako výhrady uvedly porodní asistentky, že jsou standardy moc všeobecné, nesrozumitelné, stručné, nepraktické, že nemají porodnické standardy a dále se výhrady týkaly konkrétních standardů (např. odběr žilní krve, kanylace, katetrizace).

**Graf 20B Výhrady ke standardům v jednotlivých městech**



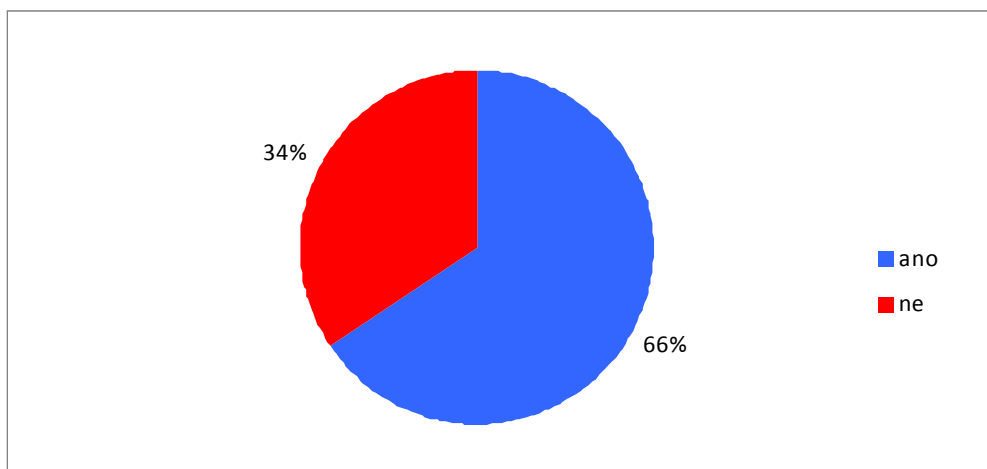
Ze 71 respondentek má ke standardům výhrady 15 dotázaných z Plzně, 1 z Písku a 5 z Českých Budějovic, výhrady ke standardům nemá 14 respondentek z Plzně, 18 z Písku, 18 z Českých Budějovic.

**Graf 21 Ošetrovatelská péče formou ošetrovatelského procesu v celkovém souboru**



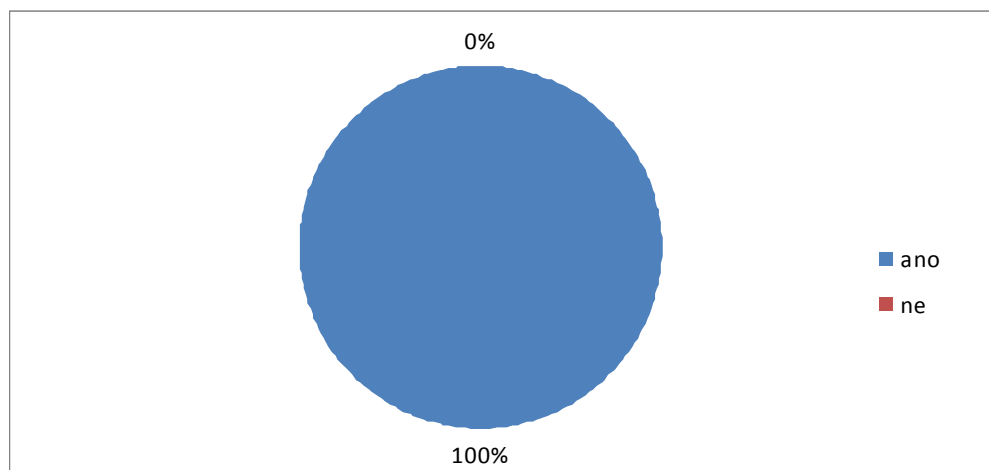
Z celkového souboru 71 (100 %) respondentek 51 (72 %) tvrdí, že péče na pracovišti probíhá formou ošetrovatelského procesu a 20 (28 %) porodních asistentek se domnívá, že se nejedná o ošetrovatelský proces.

**Graf 21A Ošetrovatelská péče formou ošetrovatelského procesu v Plzni**



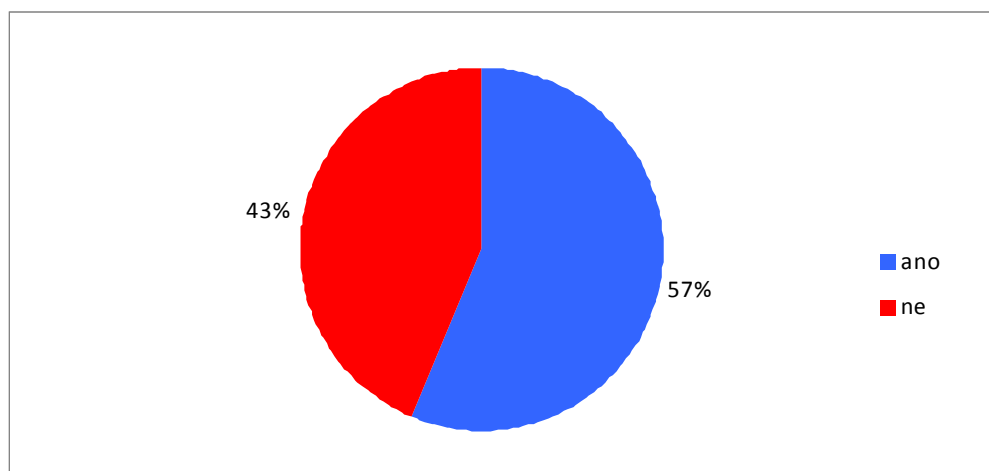
Ze souboru respondentek z Plzně uvádí 19 (66 %), že péče na pracovišti probíhá formou ošetrovatelského procesu, zbylých 10 (34 %) uvádí, že péče neprobíhá formou ošetrovatelského procesu. Z celkového souboru 29 (100 %) dotázaných.

**Graf 21B Ošetrovatelská péče formou ošetrovatelského procesu v Písku**



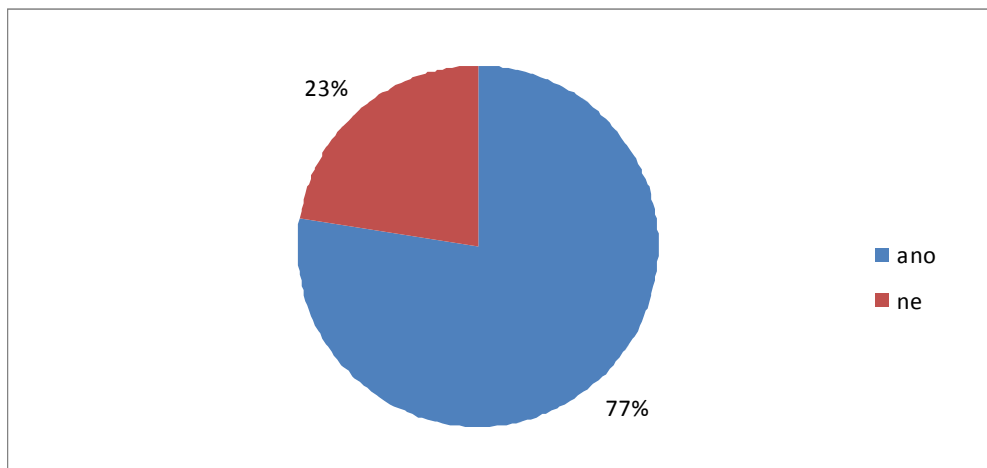
V Písku probíhá péče formou ošetrovatelského procesu, jak uvedlo 19 (100 %) dotázaných.

**Graf 21C Ošetrovatelská péče formou ošetrovatelského procesu v Českých Budějovicích**



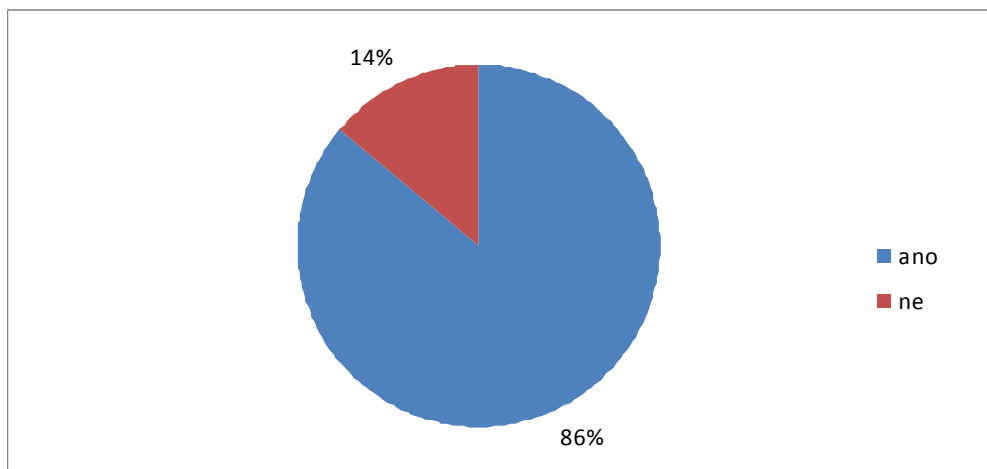
V Českých Budějovicích ze 23 (100 %) dotázaných respondentek 13 (57 %) uvedlo, že péče na pracovišti probíhá formou ošetrovatelského procesu a 10 (43 %) uvedlo, že ošetrovatelský proces na pracovišti neprobíhá.

**Graf 22 Používání vlastní ošetrovatelské dokumentace v celkovém souboru**



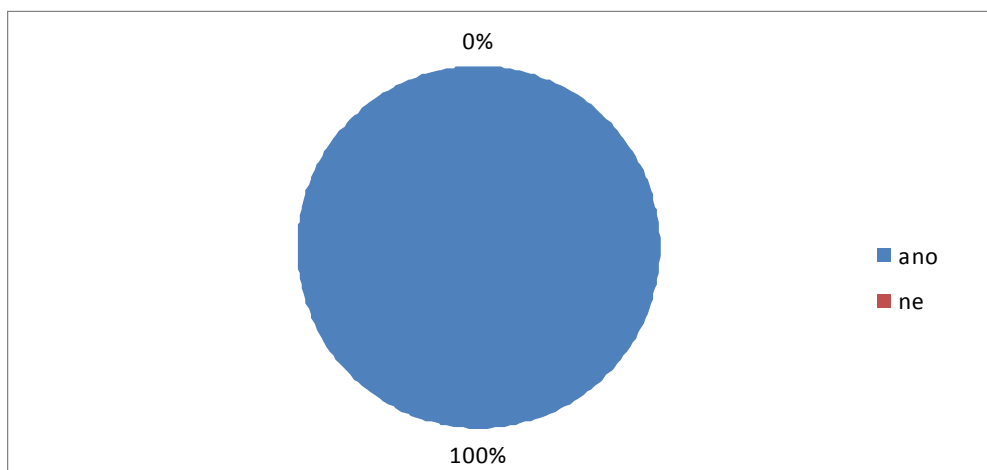
Používání vlastní ošetrovatelské dokumentace uvádí 55 (77 %) dotázaných, 16 (23 %) respondentek nepoužívá vlastní ošetrovatelskou dokumentaci, z celkového souboru 71 (100 %).

**Graf 22A Používání vlastní ošetrovatelské dokumentace v Plzni**



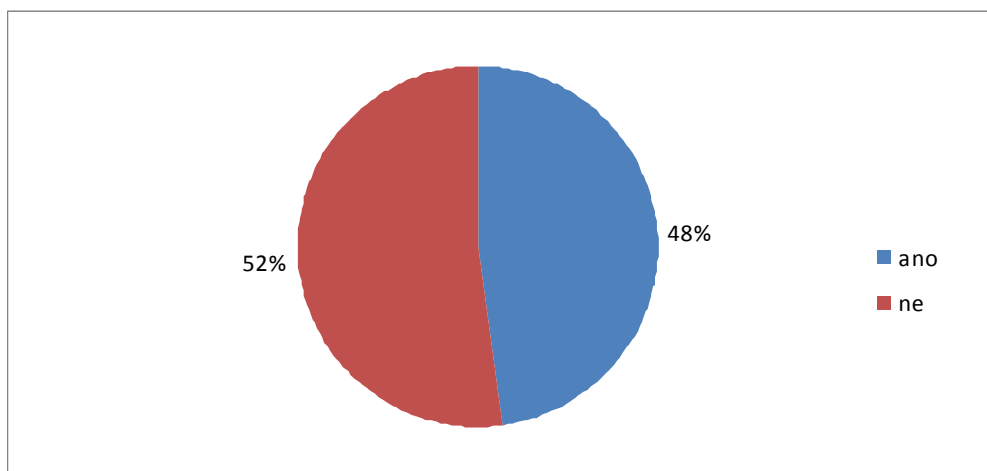
Z 29 (100 %) dotazovaných porodních asistentek, 25 (86 %) uvedlo, že využívá vlastní ošetrovatelskou dokumentaci, 4 (14 %) uvedly, že nepoužívají vlastní ošetrovatelskou dokumentaci.

**Graf 22B Používání vlastní ošetrovatelské dokumentace v Písku**



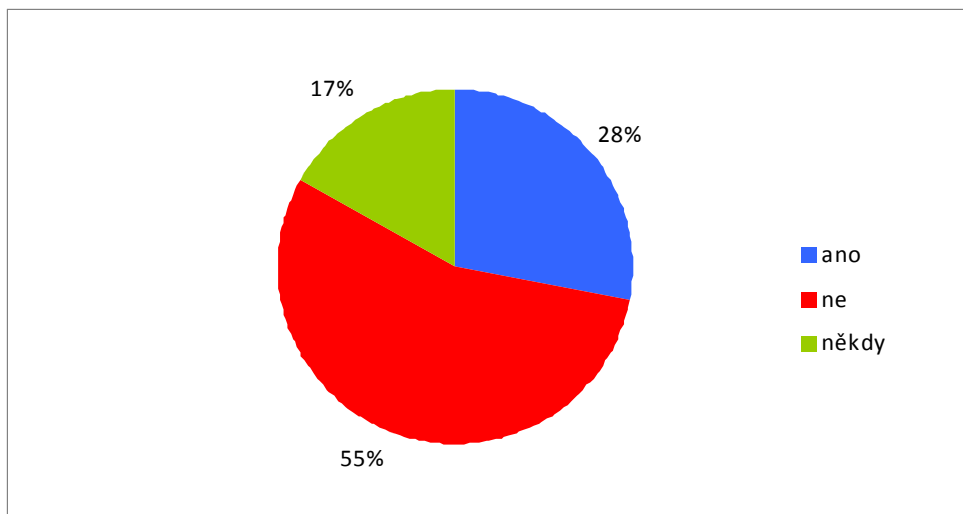
V Písku všech 19 (100 %) respondentek uvedlo, že používají vlastní ošetrovatelskou dokumentaci.

**Graf 22C Používání vlastní ošetrovatelské dokumentace v Českých Budějovicích**



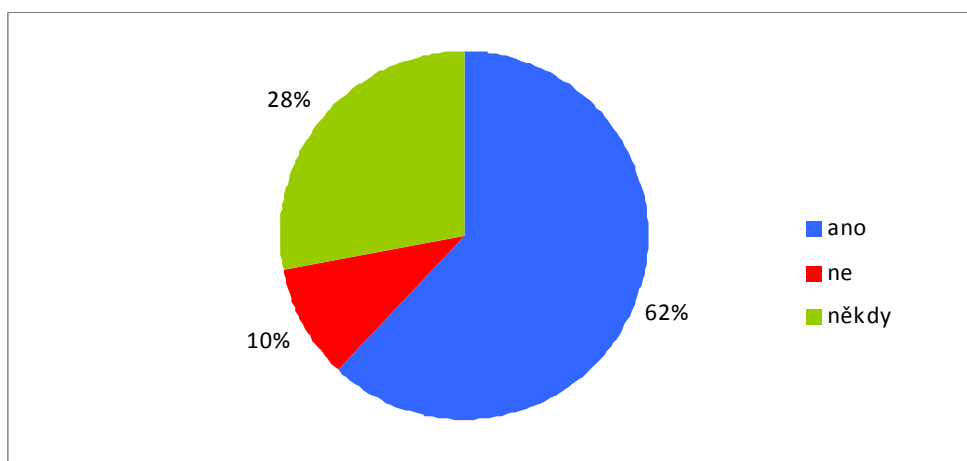
Užívání vlastní ošetrovatelské dokumentace v Českých Budějovicích z celkového souboru 23 (100 %) potvrdilo 11 (48 %), zatímco 12 (52 %) porodních asistentek uvedlo, že nepoužívá vlastní ošetrovatelskou dokumentaci.

**Graf 23 Usnadnění ošetrovatelské péče pomocí ošetrovatelského procesu**



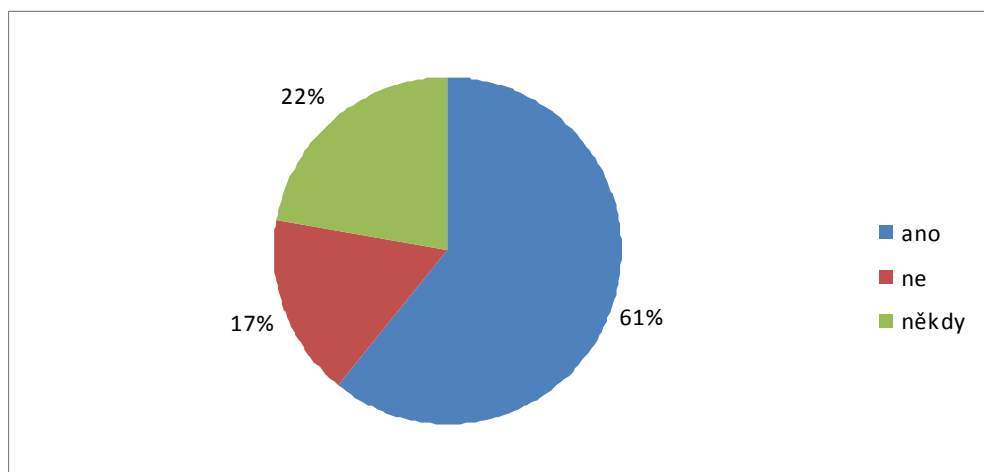
Z celkového součtu 71 (100 %) respondentek 39 (55 %) z nich ošetrovatelský proces péči neusnadňuje, 20 (28 %) respondentkám ošetrovatelský proces péči usnadňuje a 12 (17 %) porodních asistentek uvedlo, že jim ošetrovatelský proces péči usnadňuje někdy.

**Graf 24 Náročnost ošetrovatelského procesu z hlediska časového**



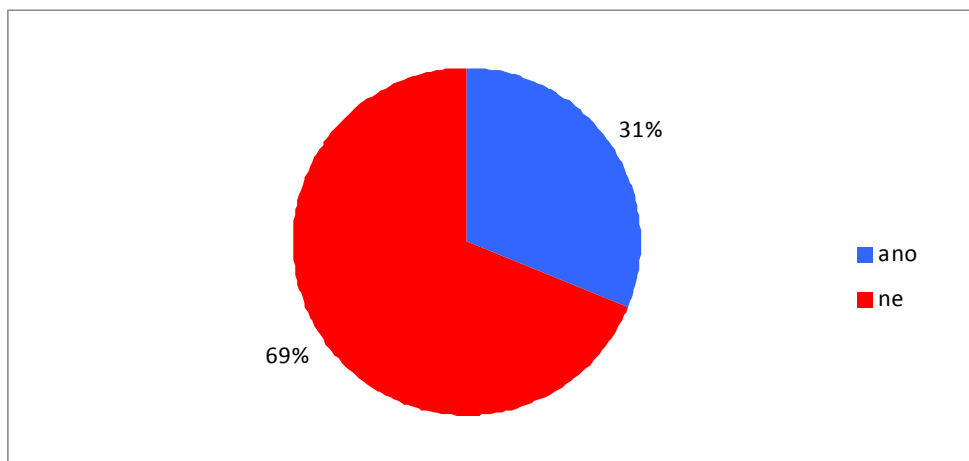
Pro 44 (62 %) respondentek z celkového počtu dotázaných 71 (100 %) je ošetrovatelský proces náročný z časového hlediska, 20 (28 %) uvedlo, že ošetrovatelský proces je z časového hlediska náročný pouze někdy a 7 (10 %) porodních asistentek odpovědělo, že není ošetrovatelský proces náročný z časového hlediska.

**Graf 25 Náročnost ošetrovatelské péče z hlediska personálního zabezpečení**



Z hlediska personálního zabezpečení si 43 (61 %) dotázaných myslí, že je ošetrování náročné, 16 (22 %) dotázaných uvádí, že je náročné pouze někdy a zbylých 12 (17 %) ze 71 (100 %) dotázaných si myslí, že ošetrování není z personálního hlediska náročné.

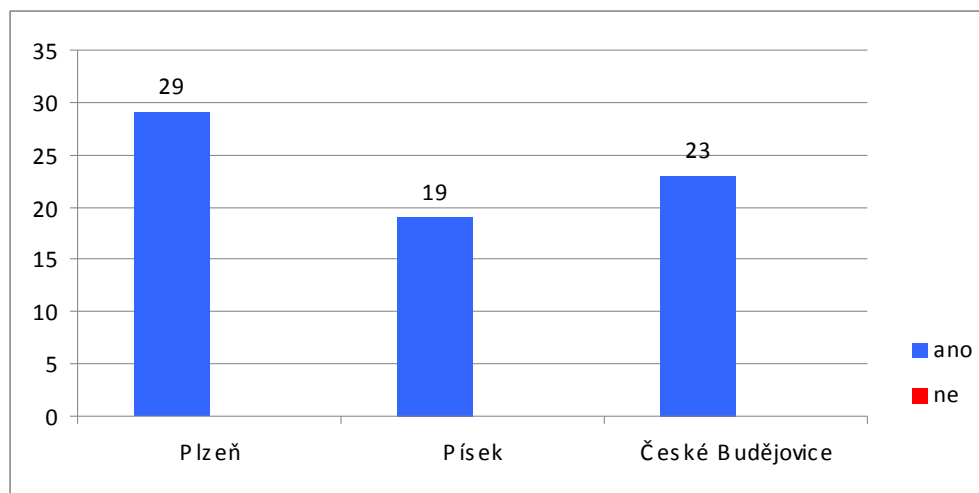
**Graf 26 Dostatek personálu pro ošetrovatelský proces**



Z celkového počtu 71 (100 %) dotázaných porodních asistentek si myslí 49 (69 %) z nich, že je nedostatečné množství personálu na pracovištích k zajištění ošetrovatelského procesu, zatímco 22 (31 %) si myslí, že personální zabezpečení je dostatečné.



**Graf 27 Vedení statistiky o množství porodů ve zdravotnickém zařízení**



Ve všech městech z celkového souboru 71, (z Plzně 29, z Písku 19 a z Českých Budějovic 2) dotázané porodní asistentky uvedly, že se v jejich zdravotnickém zařízení vede statistika o množství porodů.

## 5. Diskuse

Zkoumání ošetrovatelské péče v souvislosti s operativním porodem je v dnešní době velice aktuální zejména z důvodu nárůstu operativních porodů. Vlivem nových nejruznějších medicínských technik je možné i např.umělé oplodnění, což s sebou nese jistá rizika: předčasný porod, vícečetné těhotenství a v důsledku třeba i operativní porod. Při zkoumání této problematiky byly osloveny porodní asistentky, aby se vyjádřily k péči o ženy po operativních porodech.

Z rozboru získaných dotazníků vyplynulo, že 34 % respondentek je ve věku 40 a více let a 28 % ve věku 25-29 let (Graf 1A, 1B). Tento fakt poukazuje na zařazenost porodních asistentek do pracovního procesu nemocnice. Dle všeobecného úsudku je tento poznatek spojen s mateřskou dovolenou porodních asistentek a výchovou dětí. Návrat v letech po mateřské dovolené je minimální. Porodní asistentky se do provozu nemocnice vrací až v pozdějších letech.

Většina z dotazovaných respondentek (44 %) pracuje na porodním sále, což může souviset s nutností personálního zabezpečení porodnic kvůli vzrůstajícímu trendu porodnosti (Graf 2). Vzrůstající porodnost potvrzuje i ÚZIS ČR, který zaznamenal od roku 2000 stoupající porodnost, a to zejména v důsledku reprodukce žen narozených v 70.letech (27).

Vzdělání porodních asistentek (Graf 3) dosahuje z 37 % středoškolské úrovně, ale také byl zaznamenán vzestup počtu porodních asistentek s vysokoškolským bakalářským vzděláním (29 %). Tento údaj je spojen se změnami ve vzdělání zdravotnických pracovníků.

Povolání zdravotníků ve společnosti není dostatečně uznáváno a oceňováno. Tento fakt může souviset s praxí, kterou mají porodní asistentky na svých odděleních (Graf 4A, B). Praxe na odděleních dosahuje z 54 % 0-5let, což je alarmující a poukazuje na nechuť dále pokračovat ve zdravotnickém povolání. Ale můžeme se také domnívat, že pouze dochází k častým změnám oddělení, na kterém asistentky pracují.

Kladným zjištěním bylo, že 80 % porodních asistentek má zkušenosti s ošetřováním žen po klešťových porodech i přesto (Graf 5), že by se mohlo zdát, že se jedná o zapomenutou porodnickou operaci, jak uvádí některá literatura, počet těchto výkonů se pohybuje mezi 1-3 % (3). Ošetřování po klešťových operacích vyžaduje určitá specifika v péči. Každá žena má individuální potřeby, které by měly být uspokojeny (Graf 6). Při zkoumání výsledků nám na tento fakt poukázala skutečnost, že péče o ženy po klešťových porodech se neliší jen v jednotlivých nemocnicích, ale také zřejmě u jednotlivých žen v různých poporodních obdobích. Tím si můžeme vysvětlit rozdílnost ve frekvenci uskutečňování jednotlivých ošetřovatelských úkonů. V Plzni se u žen po klešťovém porodu provádí nejčastěji tyto úkony: měření TK, P, sledování krvácení, sledování stahování dělohy, péče o suturu, provádí je všech 21 dotázaných, oproti tomu v nemocnici v Písku všech 19 dotázaných provádí kontrolou TK, P, TT, krvácení, močení a provádí péči o suturu. V Českých Budějovicích všechny dotázané monitorují krvácení. Nejméně se pak porodní asistentky starají o zajištění pohybového režimu, což může souviset s časným vstáváním po porodu, po kterém je většina žen schopna se samostatně pohybovat. I přesto můžeme zaznamenat, že většina ošetřovatelských činností je v souladu s porodními a gynekologickými standardy (8, 9, 10, 15, 16, 21, 24, 31).

Znepokojující výsledek vyšel v oblasti edukace (Graf 7), jen v jedné oblasti (vyprazdňování moči) provádí edukaci všechny dotázané porodní asistentky v Plzni, trochu lepší výsledky vyšly v Písku, kde se kromě vyprazdňování moči při edukaci zabývají také hygienou. V Českých Budějovicích všechny respondenty provádí poučení v oblasti péče o suturu. Edukace je nedílnou součástí práce porodní asistentky a neměla by být opomíjena, mnohá literatura upozorňuje na pozitivní dopad na zdravotníky i pacientky pobývající ve zdravotnickém zařízení. Dostatečná informovanost zlepší orientovanost při jednotlivých ošetřovatelských činnostech a zajistí informovanost o správné péči po propuštění (10, 14, 15, 31).

Vakuumextrakce je metoda poměrně mladá a ani její využití není rozsáhlé. Volba této techniky dosahuje méně než 1 % (32). O tom vypovídá fakt, že ani porodní asistentky nemají zkušenosti se ženami po tomto výkonu (Graf 8A). Otázkou zůstává,

zda-li je metoda technicky náročná, nebo zda s sebou nese vysoká rizika pro plod a matku, jak uvádí některá literatura. Se ženami po tomto výkonu se během své praxe setkalo pouze 13 % porodních asistentek z celkového souboru 100 %. Tyto porodní asistentky byly z porodního sálu porodnice FN Plzeň (Graf 8B). Ošetrovatelské činnosti (Graf 9), které uvedly všechny dotázané, jsou zaměřeny na monitoraci TK, P, TT, krvácení, stahování dělohy a dále na péči o i.v. kanylu a hygienu. Nejméně z dotázaných porodních asistentek se stará o pohybový režim a vyprazdňování stolice, což může vyplývat ze skutečnosti, že mezi respondentky patřily porodní asistentky z porodního sálu, které se o ženu starají pouze dvě hodiny po porodu, a tudíž u nich provádějí jen vybrané úkony. Ošetrovatelská péče o ženy po vakuumetrakci se shoduje s péčí o ženy po porodu kleštěmi.

Nejen po klešťových operacích, ale také po vakuumextrakci, by měla následovat edukace, která je spojená s ošetrovatelskou péčí (Graf 10). Nejčastěji porodní asistentky edukují v oblasti péče o suturu a hygienu. Opomíjena je pak oblast příjmu tekutin, výživy a pohybového režimu.

Mnohem častější je pak setkání porodní asistentky s ženou po císařském řezu (Graf 11). Tato operace je jedním z nejčastěji prováděných operativních výkonů vůbec. Je prováděna v 16 až 20 %, přičemž frekvence souvisí s typem porodnického zařízení (perinatologické centrum, intermediární centrum) (3). Tato operace se vyvíjela po staletí a i dnes je spojována s rozvojem nových medicínských technologií. Na otázku ohledně péče o ženy po operativních porodech odpovídalo 69 % ze 100 % z toho 16 respondentek bylo z Plzně, 19 z Písku a 14 z Českých Budějovic. Všechny respondentky z každé nemocnice provádí tyto činnosti (Graf 12): měření TK, P, TT, sledování krvácení, péče o i.v. kanylu, sledování operační rány. V Písku a Plzni všechny dotázané ještě sledují množství a vzhled tekutin v Redonově drénu a stahování dělohy. V Plzni všechny dotázané porodní asistentky dále monitorují močení, příjem a výdej tekutin, pečují o suturu, sledují odchod plynů, zajišťují hygienu a vedou dokumentaci. V Českých Budějovicích pak všechny respondentky sledují vyprazdňování stolice a také jako v Plzni i odchod plynů. Nejméně se porodní asistentky věnují monitoraci EKG. Tato skutečnost je spojena s oddělením, kde se porodní asistentky o ženy po

císařském řezu starají. Respondentky nebyly jen z gynekologické JIP, ale také z oddělení šestinedělí, kde se běžně EKG křivka nekontroluje. Praxe porodních asistentek s touto porodnickou operací je největší, a proto tato péče odpovídá péči, která je běžně popisována v dostupné literatuře (8, 9, 10, 15, 16, 21, 30, 31). Liší se pouze v jednotlivých nemocnicích podle pracovní náplně porodních asistentek na jednotlivých odděleních.

Nejvíce oblastem v edukaci se věnují porodní asistentky z FN Plzeň (Graf 13), kdy všechny dotázané poskytují ženám informace v péči o suturu, vyprazdňování moči, péči o hygienu, příjem tekutin, o prevenci tromboembolie. Oproti tomu v Písku se 18 z 19 dotázaných věnuje tématům: vyprazdňování stolice, péče o hygienu, prevencetromboembolie. V Českých Budějovicích se také všechny respondentky neshodly na oblastech edukace a ze 14 porodních asistentek 13 podává ženám potřebné informace týkající se péče o suturu, péče o vyprazdňování stolice, péče o příjem tekutin, prevence tromboembolie. Nejméně se všechny porodní asistentky zabývají oblastí výživy. Za rozdílností edukace stojí individuální názor jednotlivých porodních asistentek v důležitosti různých témat.

V otázce používání porodnických standardů vyšly výsledky, které vedou k závěru, že ještě nejsou všude zcela využívány. Z celkového souboru se 75 % vyjádřilo, že jsou na jejich oddělení používány porodnické standardy, 7%, že se využívají pouze někdy a 18 % že se nepoužívají (Graf 14). Zajímavé také bylo, že v nemocnici v Písku všechny dotázané odpověděly, že je používají (Graf 14 B), v Plzni pak 76 % (Graf 14A) a v Českých Budějovicích používání porodnických standardů uvedlo jen 52 % (Graf 14 C). Tento fakt může souviset s tím, že na otázku, zda-li mají porodní asistentky výhrady ke standardům, odpověděly některé porodní asistentky z Českých Budějovic, že porodnické standardy nemají k dispozici. Vzhledem ke specifické péči porodních asistentek by takovéto standardy měly být vypracovány v každém zdravotnickém zařízení podle odborné literatury (10, 31).

Mnohem více jsou v našich zdravotnických zařízeních používány ošetřovatelské standardy, což může ovlivňovat zejména skutečnost, že každé zdravotnické zařízení je povinno tyto standardy pro své zaměstnance vypracovat. Používání těchto standardů

potvrdilo 92 % dotázaných, 4 % se domnívají, že jsou standardy dodržovány jen někdy a 4 %, že se nedodržují (Graf 15). Přitom ve všech zdravotnických zařízeních dosáhla hranice kladné odpovědi nad 85 % (v Plzni 87%, v Písku 100%, v Českých Budějovicích 91%) (Graf 15A, 15B, 15C).

Informované souhlasy k jednotlivým porodnickým operacím jsou k dispozici podle frekvence vykonávání jednotlivých porodnických operací (Graf 16, 17, 18) . Jak uvádí některá literatura, císařský řez je v posledních letech jednou z nejčastějších operací vůbec, a proto je nutné ve zdravotnickém zařízení mít informovaný souhlas s tímto výkonem (11, 15, 16, 29). Z celkového souboru 100 % uvedlo 93 %, že je informovaný souhlas ve zdravotnickém zařízení součástí standardu (Graf 18).

Ve zkoumaných zdravotnických zařízeních se porodní asistentky dále setkávají se ženami po operaci porodnickými kleštěmi a součástí přípravy před výkonem je také podepsání informovaného souhlasu, který má ze 100 % dotázaných k dispozici 37 % (Graf 16).

Nejméně porodních asistentek mělo co dočinění se ženami při a po vakuumextrakci, a proto i s informovaným souhlasem ohledně tohoto výkonu se setkalo jen 14 % ze 100 % porodních asistentek (Graf 17). Nejen frekvence výkonů, ale také pracovní zařazení na jednotlivých odděleních mohlo ovlivnit tyto výsledky.

Respondentky se z 55 % domnívají, že v jejich zdravotnickém zařízení jsou dodržovány standardy, oproti tomu 24 % si dodržováním standardů není zcela jisto a domnívají se tedy, že jsou dodržovány pouze někdy a 21 % si dokonce myslí, že nejsou dodržovány vůbec (Graf 19). Dodržování standardů může souviset s dalšími výsledky ohledně výhrad ke standardům.

Standardy a jejich zpracování se nelíbí 30 % dotázaných, přičemž se nejvíce vyjádřily plzeňské porodní asistentky, kde z 29 dotázaných odpovědělo 15, že má výhrady ke standardům, z Českých Budějovic mělo výhrady 5 respondentek z 23 a v Písku z 19 porodních asistentek 1 (Graf 20A, 20B). Dle výpovědí jsou standardy moc všeobecné, stručné, nesrozumitelné a nepraktické, dále se objevovaly v dotaznících námitky k jednotlivým standardům-např.: standard odběru žilní krve, kanylace, katetrizace. Ve výzkumném souboru z Českých Budějovic pak zazněla námitka

nedostupnosti porodnických standardů. Ošetrovatelská péče by měla odpovídat všeobecně uznávaným pravidlům týkajícím se jednotlivých výkonů, které jsou uvedeny v dostupné literatuře nebo v porodnických standardech.

K provedení správné ošetrovatelské péče dnes napomáhá zdravotnickým pracovníkům tzv.: ošetrovatelský proces. Každý klient má své potřeby, které porodní asistentka může díky ošetrovatelskému procesu uspokojit (18, 26). Avšak výsledky nám poukazují na fakt, že v praxi se stále ještě zcela neuplatňuje. Celkové výsledky jsou celkem uspokojivé, ze 100 % respondentek si 72 % myslí, že je péče ve zdravotnickém zařízení prováděna formou ošetrovatelského procesu (Graf 21), ale v jednotlivých zařízeních se tento údaj poměrně odlišuje. Zatímco v porodnici v Písku se 100 % porodních asistentek domnívá, že je zde prováděn ošetrovatelský proces (Graf 21B), v porodnici FN Plzeň tento fakt potvrdilo už jen 66 % (Graf 21A) a v Českých Budějovicích na otázku provádění ošetrovatelského procesu odpovědělo kladně pouze 52 % (Graf 21C). Tato skutečnost poukazuje na organizaci práce v jednotlivých zdravotnických zařízeních.

Ošetrovatelský proces také vyžaduje používání vlastní ošetrovatelské dokumentace, kde by byly zaznamenány jednotlivé fáze procesu. Ošetrovatelský proces může být vykonáván podle jednotlivých koncepčních modelů, které jsou přizpůsobeny individuálním potřebám klienta (26). Vlastní ošetrovatelskou dokumentaci používá 77 % ze 100 % (Graf 22). Opět je zde zaznamenána určitá rozdílnost v jednotlivých zdravotnických zařízeních. V Písku kladou důraz na vlastní ošetrovatelskou dokumentaci, což potvrdilo 100 % respondentek (Graf 22B), oproti tomu v Plzni se vlastní ošetrovatelská dokumentace používá jen z 86 % (Graf 22A) a v Českých Budějovicích ze 48 % (Graf 22C). Každé oddělení vyžaduje vlastní systém péče, který zahrnuje jak lékařskou, tak ošetrovatelskou péči. Vlastní dokumentace mapuje systematicky prováděné ošetrovatelské výkony, které jsou prováděny u jednotlivých žen.

V šetření jsem se prostřednictvím několika otázek snažila zjistit a potvrdit, že ošetrovatelský proces skutečně napomáhá porodním asistentkám v ošetrovatelské péči. Nemilým překvapením bylo zjištění, že nadpoloviční většina respondentek má opačné

zkušenosti. Ošetrovatelský proces neusnadňuje péči 55 % dotázaných, 17 % pouze někdy a 28 % ošetrovatelský proces péči usnadňuje (Graf 23). Odpovědi porodních asistentek zřejmě souvisejí s dalšími otázkami týkajícími se náročnosti ošetrovatelského procesu z hlediska časového a personálního zabezpečení: 62 % respondentek si myslí, že provádění ošetrovatelského procesu je časově náročné, pouze 10 % uvedlo opak a pro zbylých 28 % je ošetrovatelský proces časově náročný občas (Graf 24). Z hlediska personálního zabezpečení jsou výsledky poměrně srovnatelné. Ze 100 % uvádí 61 % náročnost z hlediska personálního, 17 % uvedlo, že z hlediska personálního není ošetrovatelský proces náročný a 22 % si myslí, že je ošetrovatelský proces z personálního hlediska náročný pouze někdy (Graf 25). Potřebné množství personálu pro provádění ošetrovatelského procesu má k dispozici pouze 31 %, zbylých 69 % není spokojeno s množstvím personálu pro zajištění ošetrovatelského procesu (Graf 26). Tento výsledek je alarmující a poukazuje na nedostatek zdravotnických pracovníků a přetíženost jednotlivých porodních asistentek, což se odráží v péči poskytované klientkám v porodnických zařízeních.

Jednotlivé druhy porodů jsou zaznamenávány ve statistice jednotlivých zdravotnických zařízení. Každé zdravotnické zařízení je povinno si vést statistické šetření dle zákona č. 89/1995 Sb. (O státní statistické službě), ve znění zákona č. 411/2000 Sb. Všechny dotázané porodní asistentky potvrdily skutečnost, že je na pracovišti prováděna statistika o množství porodů (Graf 27).

Výzkumné šetření mělo za úkol zjistit čtyři cíle. Jedním z cílů bylo zjistit, zda je péče o ženy po operativních porodech rozdílná v jednotlivých porodnických zařízeních. Byla potvrzena hypotéza, která uvádí, že se péče v jednotlivých porodnických zařízeních odlišuje. Na tento fakt poukazují výsledky šetření týkající se jednotlivých ošetrovatelských úkonů po operativních porodech a také otázky týkající se používání standardů a ošetrovatelského procesu (Graf 6, 7, 8B, 12, 13, 14A, 14B, 14C, 15A, 15B, 15C, 21A, 21B, 21C, 22A, 22B, 22C).

Druhým cílem bylo zjistit, zda probíhá péče o ženy po operativních porodech formou ošetrovatelského procesu. Hypotéza byla v tomto případě opět potvrzena. Péče formou ošetrovatelského procesu ze 100 % probíhá dle udání porodních asistentek



v Písku, v Plzni je pouze částečně používán ošetrovatelský proces ze 66 % a v Českých Budějovicích z 52 % (Graf 21, 21A, 21B, 21C).

Třetím cílem bylo zjistit, zda při ošetřování žen po operativních porodech používají porodní asistentky ve vybraných porodnických zařízeních ošetrovatelské standardy. Hypotéza vypovídající o jejich používání byla opět potvrzena. V nemocnici v Písku jsou dle výpovědi asistentek používány běžně ošetrovatelské standardy, zatímco v Českých Budějovicích jsou běžně používány z 91 % a v Plzni z 87 % (Graf 15, 15A, 15B, 15C, 19).

Posledním cílem bylo zjistit používání porodnických standardů. Hypotéza o jejich používání byla také potvrzena. V nemocnici v Písku byla tato hypotéza zcela potvrzena, oproti tomu v Plzni (76%) a v Českých Budějovicích (52%) potvrdilo používání porodnických standardů jen část respondentek (Graf 14, 14A, 14B, 14C, 19).

## 6. Závěr

Úkolem výzkumného šetření bylo porovnat ošetrovatelskou péči o ženy po operativních porodech v jednotlivých zdravotnických zařízeních. Byla provedena analýza dat ke čtyřem základním cílům, které byly výsledky výzkumného šetření splněny. Hypotéza potvrzující rozdílnost ošetrovatelské péče byla potvrzena. I další tři hypotézy zabývající se způsobem ošetrovatelské péče byly potvrzeny. Výsledné hodnoty se částečně lišily v jednotlivých zdravotnických zařízeních, což opět potvrdilo hypotézu první.

Péče v různých zdravotnických zařízeních se dle získaných výsledků odlišuje a lze tedy konstatovat, že jednotlivá zdravotnická zařízení a jednotlivá zdravotnická oddělení mají svůj systém poskytované péče. Bývá však rozdílná organizace práce na jednotlivých odděleních porodnického zařízení. Poskytovaná péče je ovlivněna používáním ošetrovatelských a porodnických standardů a využíváním ošetrovatelského procesu.

Nejen nedostatečné množství personálu nebo času se podepisuje na péči prováděné formou ošetrovatelského procesu, ale také výhrady související se standardy, které by měly být prioritou a odborným vodítkem ošetrovatelské péče.

Vzhledem k rozdílnosti některých výsledků by bylo vhodné doporučit jednotlivým zdravotnickým zařízením, aby posoudila svoji organizaci práce, technické a personální podmínky a možnost uskutečnění případných změn v ošetrovatelské péči. Sestavování standardů by mělo být svěřeno do rukou zdravotních sester a porodních asistentek, které by byly schopny vyhledat a vylepšit jednotlivé postupy díky mnohaletým zkušenostem s výkony.

V budoucnu by se daly poznatky z výzkumného šetření i praxe využít na ostatních pracovištích, a tak by byly zkušenosti předávány ostatním, kteří neměli možnost během své praxe vystřídat různá zdravotnická zařízení.

Práce by mohla být přínosem i pro další studentky či porodní asistentky zkoumající podobnou problematiku v budoucnosti, nebo dokonce pro matky, které se rozhodují v jakém zdravotnickém zařízení přivedou na svět své dítě.

## 7. Seznam použitých zdrojů

1. BACHÁROVÁ, G. *Klešťový porod není horor*. In Děti a my. Praha: 2008, roč. 38, č. 2, s. 12. ISSN 0323-1879
2. BAMBASOVÁ, J. *Ženou celý život-Operační porody*. In Osobní lékař. Praha: 2003, roč. 3, č. 2, s. 48-53. ISSN 1213-2470
3. ČECH, E. a kol. *Porodnictví*. 2.vyd. Praha: Grada, 2006. 546 s. ISBN 80-247-1313-9
4. ČEPICKÝ, P. *Historie vedení porodu*. In Moderní babičství. Praha: 2007, roč. 5, č. 14, s. 3-14. ISSN 12-14-5572
5. ČEPICKÝ, P. a kol. *Jak odpovídat na otázky o těhotenství, porodu a péči o novorozence*. 1.vyd. Praha: Levret, 2006. 99 s. ISBN 80-903183-9-8
6. ČEPICKÝ, P. *Péče o ženu v porodnici a v šestinedělí*. 1.vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2004. 14 s. ISBN 80-7071-244-9
7. DOLEŽAL, A. *Od babičství k porodnictví*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2001. 144 s. ISBN 80-246-0277-6
8. DOLEŽAL, A. a kol. *Porodnické operace*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 376 s. ISBN 978-80-247-0881-2
9. DUDA, M. a kol. *Práce sestry na operačním sále*. 1.vyd. Praha: Grada, 2000. 392 s. ISBN 80-7169-642-0
10. ELIAŠOVÁ, A. a kol. *Přirodní ošetrovatelství*. 1.vyd. Martin: Osveta, 2000. 111 s. ISBN 80-8063-053-4
11. CHMELÍKOVÁ, J. a kol. *Edukace pacienta perioperační sestrou*. In Sestra. Praha: 2008, roč. 18, č. 7-8, s. 62. ISSN 1210-0404
12. KAMENÍKOVÁ, M. a kol. *Ošetrovatelské diagnózy na porodním sále*. 1.vyd. Praha: Grada, 2003. 92 s. ISBN 80-247-0285-1
13. KILIÁN, T. *Porodnické kleště a jejich postavení v současném porodnictví*. In Sestra. Praha: 2008, roč. 18, č. 9, s. 30-31. ISSN 1210-0404
14. KOBILKOVÁ, J. a kol. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1.vyd. Praha: Galén, 2005. 368 s. ISBN 80-7262-315-X

15. KOLIBA, P. a kol. *Propedeutika v gynekologii a porodnictví pro porodní asistentky*. 1.vyd. Ostrava: Ostravská univerzita Ostrava, 2004. 106 s. ISBN 80-7042-353-6
16. LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 1.české vyd. Praha: Grada, 2004. 988 s. ISBN 80-247-0668-7
17. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v nanda doménách*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3
18. MASTILIAKOVÁ, D. a kol. *Úvod do ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2005. 187 s. ISBN 80-246-0429-9
19. PAŘÍZEK, A. *Porodnická anestezie a analgezie*. In *Moderní gynekologie a porodnictví*. Praha: 2000, roč. 9, č. 1, s. 272-278. ISSN 1211-1058
20. PESCHOUT, R. *Čtvrtá doba porodní*. In *Moderní babičtví*. Praha: 2007, roč. 5, č. 14, s. 17-22. ISSN 12-14-5572
21. REPKOVÁ, A. a kol. *Gynekologické ošetrovatelství*. 1.vyd. Martin: Osveta, r. neuveden. 138 s. ISBN 80-8063-236-7
22. ROZTOČIL, A. *Císařský řez na přání těhotné*. In *Lékařské listy*. Praha: 2008, roč. 57, č. 9, s. 22-25. ISSN neuvedeno
23. ROZTOČIL, A. a kol. *Intenzivní péče na porodním sále*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1996. 274 s. ISBN 80-7013-230-2
24. ROZTOČIL, A. a kol. *Porodnictví*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. 333 s. ISBN 80-7013-339-2
25. SRP, B. *K problematice porodnických kleští*. In *Moderní gynekologie a porodnictví*. Praha: 2000, roč. 9, č. 1, s. 310-313. ISSN 1211-1058
26. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 186 s. ISBN 80-7013-324-4
27. ÚZIS, *Narození a zemřelé do 1 roku 2007*. [online]  
URL:[http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&mnu\\_id=5300](http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&mnu_id=5300). [2009-30-02].
28. VĚTR, M. *Vakuumextrakce*. In *Moderní gynekologie a porodnictví*. Praha: 1999, roč. 8, č. 4, s. 314-319. ISSN 1211-1058

29. VOSÁTKOVÁ, K. a kol. *Psychologie nemocného v před a pooperačním období*. In Sestra. Praha: 2008, roč. 7, č. 8, s. 63. ISSN 1210-0404
30. ZÁBRANSÝ, F. *Sectio caesarea*. In Moderní gynekologie a porodnictví. Praha: 2000, roč. 9, č. 1, s. 320-326. ISSN 1211-1058
31. ZÁČEKOVÁ, M. a kol. *Štandardy v pôrodnej asistencii*. 1.vyd. Martin: Osveta, 2006. 120 s. ISBN 80-80-63-221-9
32. ZWINGER, A. a kol. *Porodnictví*. 1.vyd. Praha: Galén, 2004. 532 s. ISBN 80-7262-257-9

## **8. Klíčová slova**

Císařský řez

Klešťový porod

Ošetřování

Pooperační péče

Vakuumextrakce

## **9. Přílohy**

### ***9.1 Seznam příloh***

Příloha 1 Dotazník pro porodní asistentky

Příloha 2 Klešťový porod

Příloha 3 Porod vakuumextrakcí

Příloha 4 Možnosti řezů při sectio caesarea

## **Příloha 1 Dotazník pro porodní asistentky**

Dobrý den, jmenuji se Jana Krejcarová, jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, oboru Porodní asistentka. Za účelem vypracování mé bakalářské práce na téma: „Ošetrovatelská péče o ženy po operativních porodech“, se na Vás obracím se žádostí o vyplnění dotazníku. Dotazník včetně jeho dalšího zpracování je zcela anonymní a bude použit pouze pro účely bakalářské práce.

Děkuji za vyplnění a pravdivost uvedených dat.

- 1. Kolik je Vám let?**
  - a) 20-24
  - b) 25-29
  - c) 30-34
  - d) 35-39
  - e) 40 a více
  
- 2. Na jakém oddělení pracujete?**
  - a) na oddělení šestinedělí
  - b) na porodním sále
  - c) na gynekologické JIP
  
- 3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**
  - a) střední zdravotnické vzdělání
  - b) vyšší zdravotnické vzdělání
  - c) vysokoškolské zdravotnické vzdělání-bakalářské
  - d) vysokoškolské zdravotnické vzdělání-magisterské
  
- 4. Jak dlouho na tomto oddělení pracujete?**
  - a) 0-5 let
  - b) 6-10 let
  - c) 11-15 let
  - d) 16-20 let
  - e) 21 a více let
  
- 5. Ošetřujete u Vás na oddělení ženy po klešťovém porodu?**
  - a) ano (pokud ano, odpovězte na otázku č. 6 a 7)
  - b) ne
  
- 6. Jaké ošetrovatelské činnosti provádíte u žen po klešťovém porodu?**  
(Můžete zaškrtnout i více odpovědí):
  - a) měříme TK, P
  - b) měříme TT
  - c) sledujeme krvácení
  - d) péči o i.v. kanylu



- e) sledujeme stahování dělohy
- f) přikládáme led na fundus děložní
- g) sledujeme močení (množství, frekvenci)
- h) pokud pacientka nemočí - cévkujeme
- i) péči o suturu
- j) sledujeme vyprazdňování stolice (frekvenci)
- k) zajišťujeme hygienu
- l) zajišťujeme pohybový režim pacientky
- m) vedeme dokumentaci pacientek
- n) jiné: doplňte:.....

**7. V jakých ošetrovatelských oblastech provádíte edukaci u žen po klešťovém porodu? (Můžete zaškrtnout i více odpovědí):**

- a) péče o suturu
- b) péče o vyprazdňování moče
- c) péče o vyprazdňování stolice
- d) péče o hygienu
- e) péče o očistky
- f) péče o zdravou výživu
- g) péče o příjem tekutin
- h) péče o pohybový režim
- i) jiné: doplňte:.....

**8. Ošetřujete u Vás na oddělení ženy po porodu vakuumextrakcí?**

- a) ano (pokud ano, odpovězte na otázku č. 9 a 10)
- b) ne

**9. Jaké ošetrovatelské činnosti provádíte u žen po porodu vakuumextrakcí?**

(Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

- a) měříme TK, P
- b) měříme TT
- c) sledujeme krvácení
- d) péči o i.v. kanylu
- e) sledujeme stahování dělohy
- f) přikládáme led na fundus děložní
- g) sledujeme močení (množství, frekvenci)
- h) pokud pacientka nemočí - cévkujeme
- i) péči o suturu
- j) sledujeme vyprazdňování stolice (frekvenci)
- k) zajišťujeme hygienu
- l) zajišťujeme pohybový režim pacientky
- m) vedeme dokumentaci pacientek
- n) jiné: doplňte:.....

**10. V jakých ošetrovatelských oblastech provádíte edukaci u žen po porodu vakuumextrakcí? (Můžete zaškrtnout i více odpovědí):**

- a) péče o suturu
- b) péče o vyprazdňování moče
- c) péče o vyprazdňování stolice
- d) péče o hygienu
- e) péče o očistky
- f) péče o zdravou výživu
- g) péče o příjem tekutin
- h) péče o pohybový režim
- i) jiné: doplňte:.....

**11. Ošetřujete u Vás na oddělení ženy po porodu císařským řezem?**

- a) ano (pokud ano, odpovězte na otázku č. 12 a 13)
- b) ne

**12. Jaké ošetrovatelské činnosti provádíte u žen po porodu císařským řezem?**

(Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

- a) měříme TK, P
- b) měříme TT
- c) sledujeme SPO2
- d) sledujeme stav vědomí
- e) sledujeme EKG křivku
- f) sledujeme krvácení
- g) péči o i.v. kanylu
- h) sledujeme operační ránu
- i) sledujeme množství a vzhled odváděné tekutiny v Redonově drénu
- j) sledujeme stahování dělohy
- k) sledujeme močení (množství, frekvenci)
- l) pokud pacientka nemočí – cévkujeme
- m) sledujeme příjem a výdej tekutin
- n) péči o suturu
- o) sledujeme odchod plynů
- p) sledujeme vyprazdňování stolice (frekvenci)
- q) zajišťujeme hygienu
- r) zajišťujeme pohybový režim pacientky
- s) vedeme dokumentaci pacientek
- t) jiné: doplňte:.....

**13. V jakých ošetrovatelských oblastech provádíte edukaci u žen po císařském řezu? (Můžete zaškrtnout i více odpovědí):**

- a) péče o suturu
- b) péče o vyprazdňování moče
- c) péče o vyprazdňování stolice

- d) péče o hygienu
- e) péče o zdravou výživu
- f) péče o příjem tekutin
- g) péče o pohybový režim
- h) prevence tromboembolie
- i) jiné: doplňte:.....

**14. Jsou u vás běžně používány při péči o ženy porodnické standardy?**

- a) ano
- b) ne
- c) někdy

**15. Jsou u vás běžně používány při péči o ženy ošetrovatelské standardy?**

- a) ano
- b) ne
- c) někdy

**16. Máte u Vás jako součást standardu informovaný souhlas s provedením klešťového porodu?**

- a) ano
- b) ne

**17. Máte u Vás jako součást standardu informovaný souhlas s provedením vakuumextrakce?**

- a) ano
- b) ne

**18. Máte u Vás jako součást standardu informovaný souhlas s provedením s.c.?**

- a) ano
- b) ne

**19. Myslíte si, že jsou standardy péče o ženy vždy dodržovány?**

- a) ano
- b) ne
- c) někdy

**20. a) Pokud používáte standardy, máte k nim výhrady?**

- a) ano
- b) ne

**20. b) Pokud ano, jaké?**

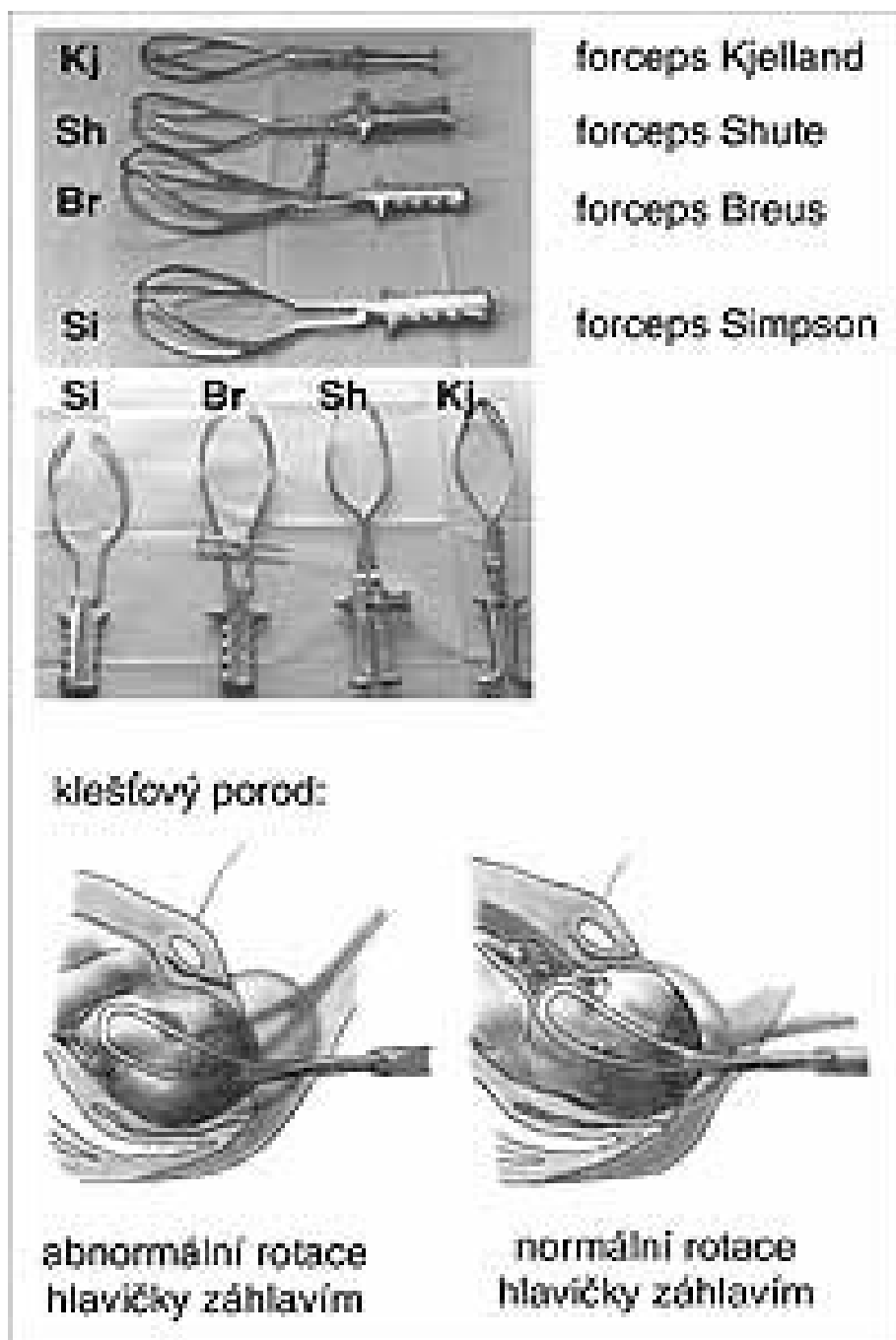
Doplňte:.....

.....

- 21. Probíhá péče o ženy na Vašem oddělení formou ošetrovatelského procesu?**
- a) ano
  - b) ne
- 22. Používáte vlastní ošetrovatelskou dokumentaci?**
- a) ano
  - b) ne
- 23. Usnadňuje Vám ošetrovatelský proces péči o klientky?**
- a) ano
  - b) ne
  - c) někdy
- 24. Je pro Vás ošetrovatelský proces náročný z časového hlediska?**
- a) ano
  - b) ne
  - c) někdy
- 25. Je pro Vás ošetrovatelský proces náročný z hlediska personálního zabezpečení?**
- a) ano
  - b) ne
  - c) někdy
- 26. Máte potřebné množství personálu na provádění ošetrovatelského procesu?**
- a) ano
  - b) ne
- 27. Vede se ve Vašem zařízení statistika o množství porodů?**
- a) ano
  - b) ne

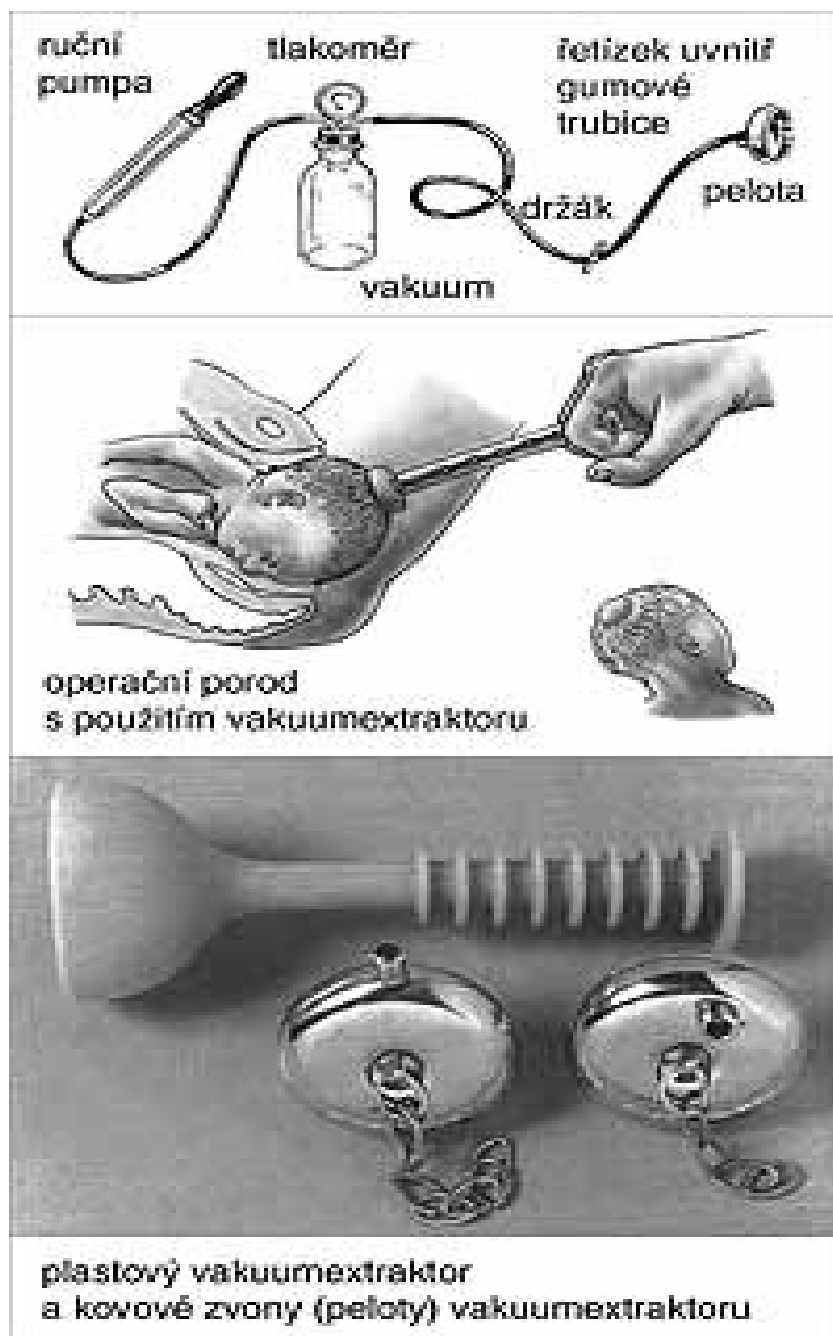
Předem děkuji za vyplnění!

## Příloha 2 Kleš'ový porod



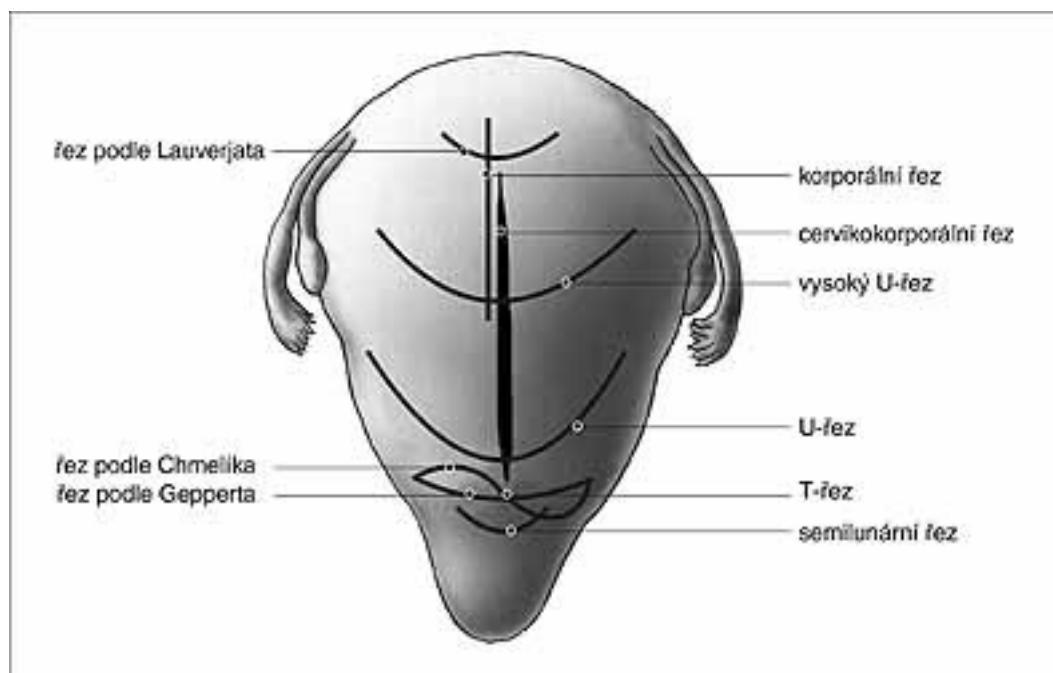
ZDROJ: PORODNÍCI.CZ, *Porodnické operace* [online]. URL: [www.porodnici.cz/porodnicke-operace](http://www.porodnici.cz/porodnicke-operace). [2009-22-03]

### Příloha 3 Porod vakuumextrakcí



ZDROJ: PORODNÍCI.CZ, *Porodnické operace* [online]. URL: [www.porodnici.cz/porodnicke-operace](http://www.porodnici.cz/porodnicke-operace). [2009-22-03]

#### Příloha 4 Možnosti řezů při sectio caesarea



ZDROJ: PORODNÍCI.CZ, *Porodnické operace* [online]. URL: [www.porodnici.cz/porodnicke-operace](http://www.porodnici.cz/porodnicke-operace). [2009-22-03].