

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Informovanost žen po císařském řezu

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí práce:

PhDr. Drahomíra Filausová

Autor práce:

Monika Maříková

2012

Informovanost žen po císařském řezu

V současné době zaznamenáváme zvyšování počtu provedených císařských řezů. Vědecké studie ale prokazují, že tento vzrůstající trend nemá vliv na zlepšení novorozenecké mortality a morbidity, ale naopak vzrůstá nemocnost a komplikace u matek, které císařské řezy podstupují. Proto je velice důležité, aby byly ženám po operativních porodech podány dostatečné informace a ony je využily ve prospěch svůj i svého dítěte.

Bakalářská práce se zaměřuje na aktuální problematiku informovanosti žen po císařském řezu. Teoretická část bakalářské práce je rozdělena na tři oblasti. První oblast se věnuje historii císařského řezu a definování základních témat a pojmů, které jsou spjaty s císařským řezem. Druhá oblast je zaměřena na úlohu porodní asistentky v předoperační péči a poslední se věnuje úloze porodní asistentky v péči pooperační. Hypotéza 1 předpokládala, že ženy dostávají informace o svém narozeném dítěti do 4 hodin po císařském řezu. Hypotéza 2 očekávala, že ženy v prvních dnech po císařském řezu mají informace o kojení podané sestrou z novorozeneckého oddělení. Hypotéza 3 předpokládala, že nejvíce informací o průběhu další pooperační péče podala ženám porodní asistentka.

Výzkumná část byla realizována kvantitativní metodou, využity byly nestandardizované anonymní dotazníky, které byly rozdávány ženám po císařském řezu na pokoji intermediární péče na Gynekologicko-porodnické klinice ve Fakultní nemocnici v Plzni v průběhu měsíců ledna až března 2012. Celkem bylo rozdáno 140 dotazníků, vrátilo se 131 dotazníků, z tohoto počtu bylo 13 dotazníků vyřazeno, neboť byly vyplněny nedostatečným způsobem. Celkový počet tedy tvořilo 118 dotazníků. Výsledky byly zpracovány do podoby grafů a H1, H2, H3 byly potvrzeny. Výstupem práce je informační brožura určená ženám po porodu císařským řezem.

Aftercare awareness of women after Caesarean section

Nowadays, there has been a significant rise in the number of caesarean sections performed. Scientific studies have demonstrated that this upward trend does not positively affect the neonatal mortality and morbidity, but rather increases the morbidity and complications of mothers who undergo caesarian sections. For that reason, it is very important that women after operative deliveries are given sufficient aftercare information about how to treat themselves and their baby.

The thesis focuses on a very hot topic, which is the aftercare awareness of women after cesarean section. The theoretical part is divided into three areas. The first area deals with the history of caesarean section and presents the main topics and concepts that are associated with caesarean sections. The second area focuses on the role of midwives in the preoperative care and the last is devoted to the role of midwives in the post-operative care. At the end of the theoretical 3 hypotheses are set. The first hypothesis predicts that women receive information about a child being born within 4 hours after a caesarean section. The second expects that women are submitted information about breastfeeding by a neonatal unit nurse during the first days after a caesarean section and the last hypothesis predicts that midwives supply the most information to women about the postoperative care.

The research was conducted with the quantitative method, using standardized anonymous questionnaires. The questionnaires were distributed to women after caesarean section in the Gynecology and Obstetrics Clinic of the University Hospital in Plzen. Questionnaires were distributed during the months of January, February and March 2012. A total number of 140 questionnaires were distributed, out of which 131 were returned. Then, 13 returned questionnaires had to be excluded because they were inadequately completed, so in the end the total number of questionnaires was 118. The results were processed into the form of graphs and all three hypotheses were confirmed. The output of the thesis is an information booklet designed for women after giving birth by Caesarean section.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „ Informovanost žen po císařském řezu“ 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, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky vedoucího a oponentů i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích

.....

Monika Maříková

Poděkování

Děkuji především PhDr. Drahomíře Filausové za laskavé vedení mé bakalářské práce a poskytování cenných rad.

Poděkovat bych také chtěla Mgr. Evě Sobotkové za jazykovou a gramatickou kontrolu a celé své rodině za podporu a velkou trpělivost v průběhu celého studia.

Obsah

Úvod.....	3
1 SOUČASNÝ STAV	4
1.1 Historie císařského řezu.....	4
1.2 Podmínky, současné indikace a kontraindikace k císařskému řezu.....	5
1.2.1 Laparotomie a hysterotomie při císařském řezu	8
1.2.2 Anestezie u císařského řezu.....	9
1.2.3 Komplikace v souvislosti s císařským řezem	11
1.3 Úloha porodní asistentky v předoperační péči u plánovaného císařského řezu	13
1.4 Úloha porodní asistentky v předoperační péči u akutního císařského řezu.....	15
1.5 Úloha porodní asistentky v pooperační péči.....	16
1.5.1 Kontrola fyziologických funkcí.....	16
1.5.2 Hygienická péče.....	17
1.5.3 Kontrola bilance tekutin, odchodu stolice a plynů	18
1.5.4 Kontrola krvácení a zavinování dělohy	19
1.5.5 Tišení bolesti po porodu císařským řezem	20
1.5.6 Odpočinek a spánek.....	22
1.5.7 Kojení a ošetrovatelská péče o prsy.....	22
1.5.8 Dietní režim po porodu císařským řezem.....	23
1.5.9 Mobilizace a rehabilitace po porodu císařským řezem.....	24
2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	26

2.1	Cíl práce	26
2.2	Hypotézy	26
3	METODIKA	27
3.1	Metodika práce	27
3.2	Charakteristika zkoumaného souboru.....	27
4	VÝSLEDKY	28
5	DISKUZE	48
6	ZÁVĚR	54
7	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	55
8	KLÍČOVÁ SLOVA	59
9	PŘÍLOHY	60

Úvod

Císařský řez je porodnická operace, při které je plod vybaven z dutiny děložní břišní cestou.

V současné moderní a uspěchané době se o průběhu a možnostech vedení porodu hodně diskutuje, jak mezi odborníky, tak i mezi laickou veřejností. Většina žen rodí přirozenou cestou, ale neustále stoupá počet žen, které přivádí svého potomka na svět císařským řezem. Tento stoupající trend ukončených těhotenství operačně není jen celorepublikový, ale i celosvětový. Důvody zvyšování frekvence císařských řezů jsou nejen medicínské, ale i sociální a v neposlední řadě psychologické.

Proto je důležité, aby klientky znaly pozitiva, ale také negativa porodu císařským řezem. Vždyť jde o operaci, která představuje pro ženu velkou fyzickou, psychickou i sociální zátěž. Operaci, se všemi riziky i pooperačními komplikacemi.

A zde hraje významnou a nezastupitelnou roli ošetrovatelství jako samostatná vědní disciplína a v oboru gynekologie a porodnictví porodní asistentky, které poskytují ženám v předoperačním i pooperačním období komplexní ošetrovatelskou péči. Péči, která vychází z jejich odborných znalostí, praktických dovedností i umění komunikace. Porodní asistentky musí být ženě oporou, musí se umět orientovat v individuálních potřebách žen a aktivně tyto potřeby uspokojovat. Svým empatickým přístupem předávají ženě informace, které snižují její strach, úzkost i obavy. Vždyť mnohé problémy, které vznikají v souvislosti s porodem císařským řezem, jsou důsledkem neinformovanosti, nebo špatné a neúčelné komunikace.

Cílem této práce je zaznamenat bio-psycho-sociální potřeby žen v souvislosti s operativním porodem a prostřednictvím dotazníku zjistit, zda a jakým způsobem byly klientky o těchto potřebách a ošetrovatelských intervencích informovány.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Historie císařského řezu

Císařský řez je nejčastější porodnická operace, kterou se ukončuje těhotenství ve třetím trimestru a porod. V dřívějších dobách byla tato operace spojena s vysokou mortalitou budoucích matek, a proto byla vykonávána jen zřídkka. První zmínky o vyjímání plodů z těl matek nacházíme ve starověku, kdy se před pohřbem těhotných žen vyřezávaly plody z jejich těl ve shodě s „Královským zákonem“, který zakazoval pohřbívat ženy těhotné. Podle mytologie starého Řecka byl také Asklépios, syn boha Slunce Apollona a později uctíváný léčitel, vyňat z těla své mrtvé matky Coronis operativně. Další zmínky o císařském řezu nacházíme v antickém Římě. Výklad původu jména je přisuzován Pliniu Staršímu, podle něhož byli děti narozené tímto způsobem nazývány caesones nebo caesares od slova caedo - rozřezávati (2, 3).

První autentický popis císařského řezu na živé ženě je spjat s rokem 1500 a jménem Jakuba Nufera. Ten využil svých profesionálních zkušeností zvěrokleštiče a provedl císařský řez na své ženě, která jeho zákrok nejenže přežila, ale o několik let později porodila přirozenou cestou. První zdokumentovaný a veřejný císařský řez zachraňující jak matku, tak novorozence, byl proveden na severu Německa 22. dubna 1610 ve městě Witenberg. Chirurg Jeremias Trautmann provedl řez za asistence svého kolegy Christoha Seethe. Žena necelý měsíc po operaci zemřela, zřejmě na embolii. Okolo 18. století se císařský řez využíval stále více, přestože v této době neměli ponětí o antisepsi, rána nebyla šita, nástroje i operativní techniky byly primitivní. Ženy umíraly na pooperační komplikace, kterými byly nejčastěji krvácení, infekční stavy a embolie. Roku 1788 Théobald Etienne Laverjat provedl na děloze řez příčný, neboť si správně všiml, že řez podélný je daleko rizikovější pro vstup infekce a její přechod z dělohy na pobřišnici. Nebezpečí řezu si uvědomuje i Jean René Sigault a v roce 1777 provádí na živé ženě symfyzeotomii. Rozpoltil stydké kosti tak, aby rozšířil zúžený lumen ženy a umožnil tím vaginální porod (3).

Předělem pro císařský řez je rozvoj anestezie v druhé polovině 19. století a antiseptická opatření zavedená po objevech Semmelweisových a Listerových. Průkopníkem operační techniky je Ital Eduard Porro, který preventivně odstraňuje dělohu jako možný zdroj infekce. Krvácení zastavuje měděným kroužkem, který nasazuje na hrdlo dělohy. K asepsi používá kyselinu karbolovou, kterou používá k předoperačnímu mytí rukou a následně s ní po provedeném zákroku vyplachuje břišní dutinu. Dalším krokem ke snížení mortality žen bylo zavedení účinného šití operační rány, a to ve dvou vrstvách. Císařský řez těžil z tohoto pokroku i na počátku 20. století, kdy byla Adolfem Kehrerem vypracována operační technika řezu těsně nad dolním děložním segmentem, snižující intenzitu pooperačního krvácení. S objevem vitamínu D se postupně vytracuje rachitis a tím se snižuje hlavní indikace k císařskému řezu, kterou bylo řešení kefalopelvického nepoměru. Díky objevu antibiotik a krevních převodů se operace stávají bezpečnějšími a mohou se rozšiřovat indikace k provádění řezů, zejména ze strany plodu. V období poválečném dochází k revolučním změnám jak v četnosti, tak v indikačním spektru provádění řezů díky ultrazvukovým zobrazovacím metodám a lepším operačním technikám, které kulminují dodnes (3, 4, 14).

1.2 Podmínky, současné indikace a kontraindikace k císařskému řezu

„Prakticky jedinou, avšak zásadní podmínkou je, že velká část nemá být vstouplá a fixovaná hluboko v pánvi, např. v pánevní šíři, i když je třeba připustit, že i hlavička vstoupá pouze velkým oddílem do pánevního vchodu se při císařském řezu někdy obtížněji vybavuje. Pokud je horní, zadní okraj spony stydké dosažitelný, jsou podmínky splněny (2, s. 516)“.

Z průběhu historických událostí a sledováním současného stavu v porodnictví vidíme, že četnosti a indikace k císařskému řezu stále přibývají. V současné době je uznávané dělení císařských řezů z hlediska povahy na urgentní a plánované. Urgentní, neboli akutní indikace k císařskému řezu vzniká náhle, bez dřívějšího

předpokladu možnosti vzniku komplikace. Plánovaná indikace je opakem indikace akutní. Zde je znám důvod provedení řezu předem, již v průběhu těhotenství a lékaři rozhodnou o ukončení gravidity, ať už v termínu porodu, nebo dříve.

Historicky nejstarší indikací k provedení řezu je *fetopelvický nepoměr*. Měření zevních rozměrů pánve má v tomto případě pouze orientační určení. Důležitý je poměr mezi naléhající částí plodu a pánví, který se v případě nepoměru projeví nepostupujícím porodem. Vzhledem k anamnéze rodičky jsou indikovány operativní porody také v případě, že má klientka *překážky nebo odchylky v porodních cestách*, které způsobí jejich zúžení a zastaví progresi porodu. Též operace na děloze, nebo traumatické zásahy v malé pánvi mohou vést k indikaci operativního porodu, neboť mohou poškodit nejen plod, ale i rodičku. Komplikace porodu mohou vyvolat i *celková onemocnění matky*, zejména kardiovaskulární onemocnění, plicní onemocnění a onemocnění endokrinní. Plné odůvodnění má indikace u žen s febrilií, hypertenzí, zhoršující se preeklampsií. Císařský řez může být v těchto případech záležitostí jak plánovanou, tak akutní (2, 7, 14, 35).

Nejčastěji vzniklou komplikací, která vede k ukončení porodu císařským řezem, je diagnóza *hypoxie plodu* (2, 14). Plod je ohrožen hypoxií tehdy, pokud je přerušena některý ze systémů transportu kyslíku. Při určení hypoxie plodu se porodníci nejčastěji opírají o kardiokograf, ultrazvukové vyšetření a dopplerovskou velocimetrii. V průběhu porodu pomáhají k určení hypoxie další metody, jako například ST-analýza fetálního elektrokardiografu a fetální pulzní oxymetr. Ke klasickým příkladům operativního porodu patří *nepravidelné polohy a držení plodu*. Řadíme sem polohy příčné, šikmé, z deflexních poloh jsou indikovány poloha čelní, obličejová a poloha temenní. Mezi nepravidelnosti řadíme i přední a zadní asynklitismus a vysoký přímý stav. O vedení porodu *koncem pánevním* rozhoduje mnoho faktorů. Spektrum názorů vyjadřujících se k vedení porodu se různí, a proto je nutno stanovit strategii individuálně. K faktorům, které rozhodnou o vedení porodu, patří velikost plodu, oligohydramnion, růstová retardace plodu, délka gestace, věk rodičky a podobně (2, 14, 35).

Placenta praevia, neboli vcestné lůžko, je v dnešní době velice závažný patologický stav, neboť zde hrozí náhle vzniklé a velice silné krvácení, které může ohrozit plod i matku na životě. Neocenitelnou úlohu zde hraje ultrazvukové vyšetření, které umožní včas odhalit lůžko nízko nasedající, a naplánovat císařský řez s kompletním předoperačním vyšetřením. Další placentární patologií je *předčasné odloučení placenty* ještě před porodem, což vede k retroplacentárnímu nebo zevnímu krvácení a vzniku velice závažného stavu, který se objevuje nejčastěji ve třetím trimestru těhotenství. Tento stav je indikací k provedení akutního císařského řezu (2, 14). Indikací k císařskému řezu je i *prodloužené těhotenství*. Gravidita, považována za prodlouženou, musí trvat déle než 294 dní, počítáno od prvního dne poslední menstruace. Pokud počítáme graviditu ode dne koncepce, o přenášení hovoříme po 280 dnech. I *poruchy vypuzovacích sil* jsou důvodem k řezu. Aby porod probíhal správně a bez komplikací, je nesmírně důležitá pravidelná a vydatná činnost děložní svaloviny, tedy hladkého svalstva. Neméně důležitou roli v průběhu porodu hraje i břišní lis, kde zapojíme především svaly přímé. Pokud dojde k poruše primární či sekundární ve smyslu hyper, hypo, nebo dyskinetické, které se nedaří v průběhu porodu ovládnout, přistupuje porodník k ukončení těhotenství. K ukončení *těhotenství vícečetného* pomocí císařského řezu přistupuje lékař v případě, když plody A a B mají jinou polohu, než podélnou hlavičkou, u plodů větších, nezralých a v situaci velkých rozdílů v hmotnosti obou. Akutní příhoda, která se též řeší operativně, zejména při poloze podélné hlavičkou, je *výhřez pupečníku*. Dále situace *těžké anémie plodu*, která vzniká z důvodu hemolýzy fetálních erytrocytů (2, 14, 35).

V současnosti se často setkáváme i s indikacemi po *předchozím císařském řezu* v souvislosti s bolestivostí v dolním děložním segmentu a hrozící rupturou dělohy nebo indikacemi *psychologickými*. Psychologické indikace zaznamenáváme převážně u žen, které nejsou navyklé na tělesnou a psychickou zátěž, která je s porodem neodmyslitelně spojena, u žen neurotických, depresivních a úzkostných. Další indikace operativního porodu jsou indikace *sdrúžené*, které se týkají porodnické a osobní anamnézy, indikace při opakovaných a neúspěšných indukcích. Zákrok na *ženě umírající a mrtvé* se provádí velice zřídka, ale i tuto situaci je nutno zmínit. Po smrti

ženy, která je nejčastěji spojena s úrazy a zhoubnými nádory, je plod schopen přežít v děloze až dvacet minut. Do této doby musí být z dělohy bezpečně vyňat (2, 22, 35).

Kontraindikací k operativnímu porodu jsou patologické výsledky koagulace matky. Důležité je neprovádět řez na nezralý plod, který není schopen života, nebo je mrtvý (2, 15).

1.2.1 Laparotomie a hysterotomie při císařském řezu

„*Laparotomie* (laparos = měkký) znamená otevření peritoneální dutiny řezem v břišní stěně dovolující dokonalý pohled a přístup do operačního pole (18, s. 215)“. U dolní střední laparotomie je řez veden v rovině sagitální, mezi sponou a pupkem v délce zhruba deset až dvanáct centimetrů. Používá se v urgentních situacích, u obézních žen, u obrovských, nebo malformovaných plodů, u troj a vícečetných těhotenství. Tento druh řezu volí operatér též u rodiček, kde předpokládá revizi dutiny břišní a klientek, kde byl tento typ řezu proveden v minulosti. Tento řez je možno dle potřeby prodloužit kraniálně, nad pupek, v čemž spočívá jeho výhoda. Ve zbylých případech se plánuje řez v řase na horním okraji pubického ochlupení, tedy řez Pfannenstielův. Vedení tohoto řezu je poloobloukovité, ve vzdálenosti asi 2 centimetry nad sponou. Musí být dostatečně velký, neboť u malých, esteticky provedených řezů, bývá problém s vybavením plodu. Výhodou tohoto řezu je kosmetický efekt a vzácný výskyt pooperačních kýl. Kůži řežeme až na fascii, kterou uprostřed řezu protneme příčně tak, abychom neporanili svaly. Prostor mezi svaly uvolníme mělkým řezem a zpřístupníme pobřišnici. Při otevírání pobřišnice v místě, kde je plika vesico-uterina před úponem na děložní stěnu pohyblivá, dáme pozor na močový měchýř, který může zasahovat do rány. Nadzvedneme a sesuneme pliku i močový měchýř směrem ke sponě a tím zpřístupníme přední stěnu dolního děložního segmentu (2, 4, 19).

Před provedením *hysterotomie* (otevření dutiny děložní) musí operátor myslet na to, že musí vytvořit dostatek prostoru pro šetrné vybavení plodu z dělohy. V současné době málo používaný řez, který volí operatéři u malých plodů, příčných poloh nebo při nízko nasedajícím lůžku, je řez korporální. Největší nebezpečí u tohoto typu řezu představuje ruptura dělohy při dalším těhotenství operované. Mezi další nevýhody patří větší riziko vzniku infekce a možnost vzniku pooperačních srůstů. Poměrně často prováděným řezem v urgentních případech, u malých plodů a poloh příčných, je řez cerviko- korporální. Riziko komplikací stoupá úměrně se zasaženou korporální oblastí na děloze. Tento řez může být nahrazen poloobloukovitým, vysoko položeným řezem ve tvaru písmene U. Technika se používá též u plodů malých, nezralých a při málo rozvinutém dolním děložním segmentu. Nejčastěji používaným řezem u malých plodů, kdy ukončujeme těhotenství z genetické indikace ve druhém trimestru, je malý transverzální řez. Je nutno si uvědomit, že v tomto případě je málo prostoru k vybavení plodu a může dojít k nebezpečným rupturám dělohy (2, 4, 22).

Nejčastěji voleným řezem je semilunární řez v dolním děložním segmentu podle Gepperta. Incize může být ostrá v celé míře, nebo jen centrálně, a poté rozšířena do stran tupě. Výhodou tohoto řezu je větší otvor a také fakt, že konce řezu nezasahují do hran dělohy. Směr řezu je též šetrný k průběhu vláken děložní svaloviny i cév nacházejících se v operované oblasti. V případě, že se jeví poloměsíčitý řez nedostatečný, lze použít obrácený řez T. Dostatek prostoru k vybavení plodu zabezpečí také S řez podle Chmelíka. Nevýhodou představuje možnost prodloužení řezu kaudálním směrem a s tím spojené zhoršené ošetření hysterotomie (2, 4, 22).

1.2.2 Anestezie u císařského řezu

První z možností, kterou může anesteziolog využít při císařském řezu, je *anestezie celková*. Při celkové anestezii je klientka na potřebnou dobu uvedena do jakéhosi spánku, přičemž je zajištěna její celková stabilita. Tento typ anestezie má své nezastupitelné místo, zvláště pokud se jedná o kritické stavy v průběhu porodu,

nebo při kontraindikacích k podání regionální anestezie. Podání anestetik probíhá nitrožilně, proto je vstup do anestezie rychlý a zajistí výbornou svalovou relaxaci. Tracheální intubace zabezpečí dýchací cesty a přiměřené okysličení matky i plodu. Rizikem je možnost neúspěšné intubace pro vysoký stav bránice a komplikace zvracení, kdy hrozí aspirace žaludečního obsahu do dýchacích cest. Tyto komplikace představují nejčastější anesteziologickou příčinu mateřské mortality i morbidity. Celková anestetika též působí útlum nervového i imunitního systému plodu, a proto je důležitý celkový čas operace. Přestřížení pupečníku plodu by mělo proběhnout do deseti minut od úvodu do anestezie. Mezi další nevýhody patří i fakt, že matka nemá možnost bezprostředního kontaktu s novorozencem, který je tak důležitý pro zesílení citového pouta mezi oběma a stimulem pro tvorbu mateřského mléka (5, 17, 34).

Druhou možností představují *neuroaxiální blokády*, kdy dochází k blokaci kořenů míšních nervů pomocí anestetik. Při *epidurální anestezii* dochází k podání příslušného anestetika do epidurálního prostoru, který se nachází uvnitř páteřního kanálu vně tvrdé pleny míšní. K detekci tohoto prostoru se využívá fakt, že v prostoru epidurálním je tlak nižší než tlak v atmosféře. Po dezinfekci kůže a místním znecitlivění zavede anesteziolog pomocí speciální injekční jehly v poloze na boku, nebo vsedě do páteřního kanálu tenkou hadičku, do které je podáno příslušné anestetikum. Doba nástupu účinku je za deset až dvacet minut, což se považuje za hlavní nevýhodu této metody anestezie. Po podání anestetika může mít žena v dolních končetinách nepříjemné pocity horka, mravenčení, nebo tíhy. Někdy se mohou dostavit kolapsové stavy, způsobené rychlým poklesem krevního tlaku. Jindy si ženy stěžují na bolesti hlavy, nebo poruchu cití dolních končetin. Existuje zde také možnost vzniku alergické reakce na podání lokálního anestetika. Tyto komplikace jsou však pomíjivé vzhledem k jednoznačným výhodám této metody. Větší předoperační i pooperační bezpečnost a komfort pro matku i plod, menší krevní ztráty při operaci, snížené riziko vzniku tromboembolické nemoci. Neméně důležitá je i skutečnost, že není ovlivněno vědomí rodičky, a proto si může dopřát tolik očekávaný první kontakt s novorozencem. Kontraindikované k tomuto způsobu anestezie mohou být ženy s poruchou krevní srážlivosti a klientky, které mají deformity páteře.

U *subarachnoidální*, neboli spinální anestezie jde o aplikaci vhodného anestetika do subarachnoidálního prostoru, což znamená mezi arachnoideu a měkkou plenu míšní. Technika vpichu se podobá punkci epidurální, ale v tomto případě jehla proniká jak tvrdou plenou míšní, tak i pavučnicí a je tedy pro anesteziologa technicky jednodušší. Na rozdíl od epidurální anestezie je možno použít menší množství znečítlivující látky a tím je zajištěn menší vliv farmak na plod. Zvyšuje se však riziko infekce i úniku mozkomíšního moku do epidurálního prostoru. Provádí se taktéž v poloze na boku, nebo vsedě po předchozí dezinfekci a znečítlivění. Hlavní výhodou oproti epidurálnímu podání je téměř okamžitý nástup účinku anestetika a menší riziko toxicity pro srdeční sval a centrální nervový systém. V období pooperačním si ženy častěji stěžují na bolesti hlavy, způsobené únikem mozkomíšního moku, mohou mít přechodně poruchy hybnosti dolních končetin, někdy se objeví i potíže s močením a je nutno zavést na přechodnou dobu močový katétr. K regionální anestezii lze použít též kombinaci obou metod (5, 17, 34).

1.2.3 Komplikace v souvislosti s císařským řezem

Operativní ukončení těhotenství je bezpochyby zatíženo určitým procentem vzniku komplikací jak pro matku, tak plod.

Plánovaný císařský řez je v porovnání s akutním císařským řezem daleko bezpečnější. U plánovaného císařského řezu je zvolena příhodná doba k provedení operace, jak z pohledu medicínského, tak z pohledu klientky. Žena je většinou předem hospitalizována, je seznámena s indikací k císařskému řezu. Probíhá celkové předoperační vyšetření, u klientky je optimálně stabilizován její klinický stav a kompenzována léčba přidružených nemocí. Oproti tomu řez akutní probíhá neodkladně, riziko vzniku komplikací je vysoké z důvodu časové nedostatečnosti a nedostatku informací o klientce.

Nejčastější a nejnebezpečnější komplikací, která může vzniknout v souvislosti s císařským řezem, je poporodní krvácení. Krvácení může nastat z operačního řezu,

z dělohy, z varikózních pletení v dolním děložním segmentu, velký problém představují koagulopatie. S určitou hypotonií se po operativním porodu setkáváme poměrně často, proto se v průběhu řezu tonus dělohy často kontroluje a lékař preventivně podává uterotonika. Jedná se o komplikaci závažnou, neboť při velké krevní ztrátě hrozí riziko vzniku hypovolemického šoku a rozvratu hemokoagulační rovnováhy. Nutné je rychlé řešení profuzního krvácení, neboť výsledkem je excesivní trombinová aktivita, vedoucí k multiorganové dysfunkci, která vážně ohrožuje ženu na životě. Ve velmi vzácných případech může skončit až odnětím dělohy. Také nedostatečným ošetřením cév přímých břišních svalů vzniká riziko krvácení a vznik subfasciálního hematomu. Pokud je hematoma velký, musí se provést revize operační rány a drenáž postiženého prostoru (1, 2, 4, 22).

V průběhu operace i pooperačně se mohou vyskytnout embolické příhody. Embolie je vmetení embolu do cévy, kde způsobí její ucpání a následnou ischemii příslušného orgánu. V průběhu císařského řezu se vyskytují nejčastěji embolie vzduchová a plodovou vodou. Tuto velice závažnou komplikaci nelze předvídat, vyšší riziko můžeme předpokládat pouze u abrupce placenty. Může dojít k rychlému kardiopulmonálnímu selhání. Zhruba po čtvrt hodině dochází také k rozvoji diseminované intravaskulární koagulopatie. Musí následovat okamžitý zásah porodníka, hematologa a anesteziologa, i když ne vždy se podaří situaci zvládat. V období po operaci se nejčastěji vyskytuje embolie při tromboflebitidě. Prevencí těchto stavů je aplikace miniheparinizace (podání nízkomolekulárního heparinu), bandáže dolních končetin, dostatečná hydratace a časná pooperační mobilizace (1, 2, 4, 22).

Nesmíme opomenout ani komplikace anesteziologické, které jsou uvedeny v kapitole anestezie u císařského řezu. Nejvíce nebezpečné jsou komplikace spojené s laryngospasmem, neúspěšnou intubací a aspirací kyselého žaludečního obsahu při celkové anestezii (1, 2, 5, 17).

Mezi další komplikace patří infekční pooperační stavy. Infekce může mít mnoho podob, od místního infektu v místě řezu, až po závažný stav celkové sepse. Častou pooperační komplikací zůstává také infekce močových cest. Jednou z příčin vzniku

infekce může být nutnost zavedení permanentního močového katétru před operací. Též ženy diabetičky jsou náchylnější ke vzniku infektu v močových cestách, i přes veškeré dodržování zásad bariérové ošetrovatelské péče. Močovody mohou být v průběhu komplikované operace poškozeny, rovněž tak i močový měchýř. Toto poškození poté vede k nutnosti neúmyslného rozšíření operačního výkonu. Vzácné je též poškození kličky tenkého střeva (1, 2, 22).

1.3 Úloha porodní asistentky v předoperační péči u plánovaného císařského řezu

Předoperační období začíná indikací k císařskému řezu a končí převozem klientky na operační sál. U plánované operace je žena ve většině případů hospitalizována předem, je včas seznámena s indikací k císařskému řezu a zařazena do operačního programu. Lékař informuje ženu o plánovaném postupu s cílem získat souhlas k provedení daného ošetření. Podává vyčerpávající informace o léčbě, intervencích spojených s léčbou i hrozících rizicích. Klientka má právo zeptat se na vše, čemu nerozumí, a lékař má povinnost vše srozumitelně vysvětlit. Důležité je zjištění, zda žena všem podaným informacím porozuměla a zda chápe jejich význam. Po tomto seznámení podepíše žena záznam o poučení a vydává souhlas s provedením císařského řezu. Cílem tohoto opatření je zabezpečení práva pacientů a právní ochrana lékaře, proto je informovaný souhlas vyžadován při poskytování veškeré zdravotní péče (8, 26, 27, 28).

Úkolem ošetrujícího personálu je připravit ženu na operaci nejen fyzicky, ale zejména psychicky. Psychická předoperační příprava znamená pro porodní asistentku poskytnutí psychické podpory ženě a podání dostatku adekvátních informací před císařským řezem. V této fázi začíná s plánováním ošetrovatelské péče, přičemž vše zaznamenává do ošetrovatelské dokumentace. Edukuje klientku o průběhu předoperační přípravy, seznámí ji s ošetrovatelskými intervencemi spojenými s operačním výkonem i intervencemi pooperačními. Dostatkem informací usiluje u klientky ke snížení strachu, úzkosti a nedůvěry, a tím se aktivně snaží uspokojit potřebu jistoty a bezpečí. Soustředí

se zejména na problematiku bolesti a možnosti tišení bolesti, problematiku hygieny, péče o operační ránu, péče o vyprazdňování, zavinování dělohy, péče o prsy, problematiku včasné mobilizace a rehabilitace po sekci, dodržování dietního režimu. Nesmí zapomínat ani na prevenci tromboembolické nemoci a prevenci možných pooperačních komplikací. Poučí ženu o možnosti návštěv rodinných příslušníků a blízkých přátel. Při předávání informací neopomíjí umění naslouchání. Vždyť znalost tohoto umění přináší porodní asistentce další informace a ženě úlevu a zklidnění. Navíc poučená a klidná klientka dobře spolupracuje s personálem a následné zotavování po operaci je bez větších problémů (24, 25, 28, 31, 32).

Součástí tělesné předoperační přípravy je podrobné fyzikální a laboratorní vyšetření. Porodní asistentka odebere krev a moč na laboratorní rozbor. Z laboratorních vyšetření ordinuje lékař krevní obraz, hemokoagulační vyšetření, krevní skupinu, Rh faktor a biochemická vyšetření. Ošetřující personál natočí klientce EKG, zkontroluje fyziologické funkce, které zhodnotí lékař interního oddělení. Na oddělení přichází za klientkou také lékař anesteziologického oddělení, který zhodnotí její zdravotní stav a po dohodě s klientkou vyberou vhodný způsob anestezie. Sedativa ani hypnotika anesteziolog před císařským řezem neordinuje, a je tedy na porodní asistenci, aby svými ošetrovatelskými intervencemi zajistila u této ženy klidný spánek, který napomáhá zvládat stres a napětí před výkonem. Součástí vyšetření anesteziologa je též podepsání souhlasu s plánovanou anestézií a poučení klientky. Dalším krokem přípravy pro ošetřující personál je oholení operačního pole ženy od břichní stěny až po mons pubis. Dále dle ordinace lékaře aplikuje porodní asistentka ženě miniheparinizaci (tj. subkutánní podání nízkomolekulárního heparinu) jako prevenci tromboembolické nemoci, poučí ženu o lačnění a vysvětlí důvod tohoto opatření. Posledním krokem je poučení o odložení šperků a protetických pomůcek.

V den operace zajistí ošetřující personál hygienu klientky, při které se soustředí na oblast pupku, podbříšku a zevního genitálu. Změří fyziologické funkce a zaznamená zjištěné údaje do dokumentace. Provede dvacetiminutovou monitoraci ozev srdce plodu a zkontroluje lačnost klientky, odložení šperků i protetických pomůcek. Dalším krokem

přípravy je přiložení bandáží dolních končetin. Dále porodní asistentka zavede permanentní močový katétr, přičemž dodržuje zásady asepse, aby zabránila vzniku močové infekce. Napojí tento na sběrný systém, neboť odvod a přívod tekutin je důležitým ukazatelem bilance tekutin v průběhu operace. Převleče ženu do otevřené košile, vlasy kryje operační čepičkou. Poté ji doprovází na operační sál, kde znovu kontroluje ozvy srdce plodu. Po celou dobu přípravy jedná porodní asistentka se ženou s taktem a pochopením a snaží se být klientce psychickou oporou při zvládnání náročné životní situace (24, 26, 27, 28).

1.4 Úloha porodní asistentky v předoperační péči u akutního císařského řezu

Předoperační příprava v případě akutního císařského řezu spočívá v provedení nejdůležitějších kroků, které vedou k zajištění matky i plodu před císařským řezem. V tomto případě mluvíme o neodkladném ukončení těhotenství, které s sebou nese vysoké riziko vzniku komplikací z důvodu nedostatku času a nedostatku důležitých informací. Porodní asistentka zajistí nejlépe dva žilní vstupy a odebere krev na screeningová vyšetření. Důležitý je krevní obraz, hemokoagulační vyšetření, biochemická vyšetření a vzorek pro transfuzní oddělení. Všechna potřebná vyšetření se provádějí se statimovou urgencí. Lékař vysvětlí ženě důvody k operaci a přivolá anesteziologa, který si zajistí předoperační i interní vyšetření. Oba lékaři informují ženu o průběhu a rizicích plánované operace a dají jí podepsat souhlas s operačním zákrokem a anestezií. Porodní asistentka oholí operační pole a poučí rodičku o nutnosti odložení šperků a protetických pomůcek, zkontroluje jejich sejmutí. Rychle zavede permanentní močový katétr a přiloží bandáže dolních končetin. Převleče ženu do otevřené košile, vlasy opět kryje operační čepičkou. V průběhu těchto intervencí neustále monitoruje srdeční činnost plodu a s pomocí pomocného zdravotnického personálu převáží ženu na operační sál. Po celou dobu přípravy k císařskému řezu porodní asistentka ženu podporuje, uklidňuje a informuje o nadcházejících intervencích (2, 4, 24, 27, 28).

1.5 Úloha porodní asistentky v pooperační péči

Pooperační období začíná přijetím klientky na pooperační jednotku intenzivní péče a končí úplným zotavením ženy po císařském řezu. V období po císařském řezu je pacientka ohrožena vznikem komplikací, daných samotnou operací, nebo v souvislosti s anestezií. Jde o období doznívání anestezie, období, kdy se klientka dostává do stabilizovaného stavu. Proto je nutné další intenzivní sledování ženy na pooperačních jednotkách intenzivní péče, aby byla snížena možnost vzniku těchto komplikací a byly zlepšeny subjektivní pocity klientky. Při celkové anestezii je uložena do polohy na zádech, s mírně vyvýšenou horní polovinou těla. Pokud má klientka anestezii neuroaxiální, je uložena do polohy vodorovné. V tomto období je žena zcela závislá na pomoci ošetřujícího personálu a je vystavena mnoha omezením, která intenzivní ošetrovatelská péče představuje. Je potřeba si uvědomit, že z ženy plně samostatné a soběstačné se stává bytost, která má potenciálně sníženou schopnost v uspokojování i základních fyziologických potřeb. Úkolem ošetřujícího personálu je plně a aktivně uspokojovat tyto potřeby, podporovat nezávislost klientky a pečlivě vést ošetrovatelskou dokumentaci. (10, 27, 28, 30, 31). Nejčastější ošetrovatelské diagnózy po porodu císařským řezem zobrazuje příloha 2.

1.5.1 Kontrola fyziologických funkcí

Dýchání patří do základních fyziologických potřeb každého z nás. Na dýchání jsou závislé další životně důležité funkce člověka a spolu s kardiovaskulárním systémem slouží k udržení homeostázy organismu. Neuspokojivé dýchání a dušnost mají vliv na psychickou stránku ženy. Tyto dvě složky se vzájemně propojují, a proto působením na psychiku ovlivníme i správnost dýchání. Po příjezdu na pokoj intermediární péče je žena ihned napojena na pulsní oxymetr. Porodní asistentka hodnotí frekvenci, pravidelnost a kvalitu dýchání. Při poruchách dechu je jejím úkolem odstranit chyby v dýchání, prostřednictvím dechové rehabilitace uvolnit sekret z dýchacích cest a umožnit účelné vykašlávání. Po operaci se může u klientky objevit

nauzea nebo zvracení, jako důsledek premedikace, anestezie, či podání analgetik. Hrozí zde možnost aspirace zvratků, zejména u žen, které se zcela neprobudily z narkózy. Proto je velice důležitá pravidelná kontrola pacientky a parenterální podání antiemetik, která tlumí nucení na zvracení i zvracení. Ošetřující personál mění dle potřeby emitní misku a buničitou vatu a zajišťuje pravidelnou hygienu dutiny ústní. Monitorace fyziologických funkcí je také nedílnou součástí intenzivní pooperační péče. Po celou dobu pobytu klientky na pokoji intermediární péče získáváme údaje o krevním tlaku a pulsu. Nejprve jsou tyto funkce monitorovány po 15 minutách, poté po 30 minutách a nakonec po hodině, do celkové stabilizace operované ženy. Je důležité klientce objasnit, proč jsou dané funkce sledovány, vysvětlit, jak probíhá kontinuální sledování krevního tlaku a pulsu a proč musí mít na prstu snímač saturace krve kyslíkem. Nepřetržité sledování umožní porodní asistentce včas zachytit změny monitorovaných funkcí a lékaři rychlejší odpověď v terapii. Důležitá je též kontrola tělesné teploty klientky, která se v pooperačním období měří dle potřeby, nejméně však dvakrát denně (10, 27, 28, 30, 31).

1.5.2 Hygienická péče

Hygienická péče patří do základních biologických potřeb člověka. Cílem uspokojení této potřeby je spokojenost klientky nejen po stránce fyzické, ale i psychické. Při hygienické péči o klientku je nezbytné respektovat její soukromí a předpokládaný stud. Ošetřující personál zhodnotí míru soběstačnosti v dané činnosti a dle potřeby klientce pomáhá s hygienou celého těla. Po porodu císařským řezem je nutné věnovat zvýšenou pozornost zejména genitálu a operační ráně. Úkolem porodní asistentky je zajištění doprovodu do sprchy, poučení klientky o základech hygienické péče po operativním porodu, o časté výměně sterilních vložek. Ošetřující personál též poučí klientku o manipulaci s vložkami, neboť tyto jsou velice infekčním materiálem a musí se s nimi zacházet v souladu se zásadami bariérové ošetrovatelské péče. Porodní asistentka pravidelně kontroluje ložní prádlo a dbá na to, aby bylo vždy čisté a suché (11, 27, 31).

1.5.3 Kontrola bilance tekutin, odchodu stolice a plynů

Sledování příjmu a výdeje tekutin patří k základním pravidlům pooperační péče, neboť v průběhu operace dochází ke krevním ztrátám, a tedy změnám vodního i elektrolytového hospodářství organismu. Do příjmu patří perorální i parenterální příjem tekutin, do výdeje veškeré tělesné ztráty tekutin močením, zvracením, odvodem drénů, odvody sond a podobně. V den operace je příjem tekutin zajištěn převážně parenterálně. S perorálním příjmem tekutin začínáme u klientky pozvolna, až když je obnoven polykací reflex. Sledujeme reakci operované na podání čaje. Pokud je snášen dobře, přistupujeme k pití po doušcích. Porodní asistentka aktivně nabízí bylinkové a ovocné čaje, doporučí pití neperlivých minerálních vod. Upozorní na nevhodnost pití velkého množství tekutin najednou. Odvod moče je zajištěn permanentním močovým katétre. Ošetřující personál zajišťuje funkčnost permanentního katétru, sleduje množství, barvu a zápach moči. Je samozřejmostí, že pracuje podle hygienických zásad manipulace s permanentní cévkou. Celkový příjem a výdej tekutin zaznamenává do dokumentace. Za 24 hodin po operaci je permanentní močový katétr ve většině případů extrahován. Po vytažení katétru se klientka musí spontánně vymočit do šesti hodin. Pokud se šestinedělka do této doby spontánně nevymocí, může pomoci porodní asistentka aplikací teplého obkladu na podbřišek, nebo doporučením teplé sprchy, při které stimuluje ženu i zvuk proudu tekoucí vody. Pokud se ani po těchto intervencích nevymocí, přistupuje porodní asistentka k jednorázovému vycévkování klientky (11, 12, 26, 27, 28, 31).

Zástava odchodu stolice a plynatost patří k přechodným jevům, které jsou spojeny s císařským řezem. K příznakům patří bolestivost a vzednutí břicha, nucení na zvracení, nevolnost. Porodní asistentka může ženě pomoci zavedením rektální rourky do konečníku, čímž umožní volný odchod plynů přes rektální sfinkter. Rektální rourku zavádí nejdéle na dvacet minut. Poté může pomoci odstranit nepříjemné příznaky plynatosti častější změnou polohy operované ze zad na bok. Na podporu střevní peristaltiky pomohou též medikamenty, které aplikuje porodní asistentka dle ordinace lékaře. Meteorismu předcházíme také včasnou mobilizací a rehabilitací šestinedělky.

Vyprázdňení stolice by mělo proběhnout 2. až 3. den po operaci. Ženy po operativním porodu mají většinou s vyprázdňením stolice potíže. Porodní asistentka může pomoci cennými radami, jako je příjem dostatečného množství tekutin, konzumace stravy, která má projímavý účinek (švestkový kompot, jogurty, med), ale vše v souladu s dietním pooperačním režimem. Při obstipaci se podávají dle ordinace lékaře laxativa, nebo se dle zvyklostí oddělení aplikuje malé klyzma (24, 26, 27, 28, 31).

1.5.4 Kontrola krvácení a zavinování dělohy

Po operativním porodu je velká krevní ztráta jednou z nejnebezpečnějších komplikací, a proto jí musí ošetřující personál věnovat zvýšenou pozornost. Výška děložního fundu je kontrolována jako po spontánním porodu, jen s větší opatrností. Po přeložení klientky z operačního sálu kontroluje porodní asistentka krvácení a zavinování dělohy každých patnáct minut první dvě hodiny, poté po třiceti minutách, později po hodině, v souladu se standardními postupy nemocnice. Manipuluje s vložkami ve shodě se zásadami bariérové ošetrovatelské péče a všechny údaje zapisuje do dokumentace. V dalších dnech sleduje porodní asistentka výšku děložního fundu jednou denně a kontroluje charakter očistků. Při zjištění silnějšího krvácení nebo atypického zápachu očistků ihned informuje lékaře. Poučí šestinedělku o nutnosti dodržování přísné hygieny při manipulaci s vložkami, neboť se jedná o infekční materiál. Ukáže místo, kam odkládat vložky použité. Zajistí dostatek čistých vložek.

V období pooperačním se též sleduje prosakování operační rány. Dojde-li k prosaku původního překrytí rány, jako první možnost se volí přiložení nového obvazu na toto krytí, aby nebylo narušeno hojení incize. Krvácení by nemělo zesilovat. Pokud tomu tak je, ošetřující personál informuje o daném stavu ošetřujícího lékaře. Stav incize se i v dalších dnech pravidelně kontroluje za současného záznamu do dokumentace. Žena je poučena o žádoucích hygienických intervencích v péči o ránu. Porodní asistentka si všímá známek počínající infekce, otoku a správného srůstání (24, 27, 28).

1.5.5 Tišení bolesti po porodu císařským řezem

Porod císařským řezem je velice často doprovázen akutní bolestí. Jde o pocit subjektivní a tvoří komplexní citový i smyslový prožitek. Každá klientka po porodu císařským řezem snáší bolest jinak, a proto je nutné ženě věřit, kdykoli řekne, že bolest má. Bolest nemocnou psychicky i tělesně vyčerpává, vyvolává u klientky stres a napětí. Proto je důležité, aby ošetřující personál svým jednáním snížil u šestinedělky strach a obavy z bolesti a poskytl žádoucí informace o příčinách a možnostech snížení její intenzity. Rozpoznat bolest a stanovit ošetřovatelský postup ke snížení intenzity bolesti patří k základním dovednostem porodní asistentky. Ona je s klientkou v neustálém kontaktu a všímá si jejího chování a neverbálních projevů. Pokud je intenzita bolesti vysoká, projevuje se i vegetativní odpovědí ženy, například zrychlenou srdeční činností, vysokým krevním tlakem, pocením, zvracením a podobně. Porodní asistentka také musí umět naslouchat klientce, když jí něco sděluje, nesmí bagatelizovat její stížnosti, k ženě musí přistupovat vždy empaticky a profesionálně (2, 20, 30, 31, 32).

První možností snížení bolesti po operativním porodu představují *farmakologické metody*. Nejprve porodní asistentka zhodnotí charakter a vnímání intenzity bolesti klientky na škále (viz příloha 3). K určení intenzity bolesti slouží mnoho typů numerických i vizuálních analogových škál, přičemž je dobré vybrat takovou škálu, která je jednoduchá a dostatečně zhodnotí vnímanou bolest. Svá zjištění zaznamená do ošetřovatelské dokumentace a informuje o nich lékaře. Dle ordinace lékaře aplikuje vhodná analgetika, nebo opioidy, a sleduje jejich účinek. Aplikace léků může být intravenózní, nebo intramuskulární. Pokud je řez proveden v anestezii neuroaxiální, je výhodou podání analgetik kontinuálně, přímo do páteřního kanálu. Sledování bolesti je velice důležité pro vývoj účinku léčiv a nalezení optimální kombinace, která vyhovuje dané klientce. K vyjádření úlevy od bolesti využije ošetřující personál stejné techniky jako při zjišťování její intenzity a proces vyhodnocení zaznamená do ošetřovatelské dokumentace (13, 20, 27, 30, 31).

Druhou možností snížení bolesti jsou *metody nefarmakologické*. V tomto případě využívá porodní asistentka ošetřovatelské intervence a podpůrné metody

psychoterapie, které se dobře kombinují s léčbou farmakologickou. Může využít terapii chladem, která sníží průtok krve v postižené oblasti a snižuje otoky a spasmus. Chlad se aplikuje v podobě studených obkladů, ledové tříště, nebo sáčků s ledem. Studený obklad je vhodný k otírání obličeje šestinedělky, sáčky s ledem můžeme přiložit na oteklé dolní končetiny a zmírnit tím bolestivost dané oblasti. Využití studené procedury musí trvat pouze dvě minuty, poté je nutné udělat přestávku, aby nedošlo k porušení tkáně operované ženy. Další zásadou, kterou je nutno dodržet, je nepřikládat sáček s ledem, nebo ledovou tříšťí přímo na kůži ženy. Je nutné zabalit tento do pleny nebo do nějaké látky a poté teprve aplikovat (13, 20, 31).

Další možnost představuje léčba jemnou masáží a teplem. Jemná masáž a teplo mohou prokrvit příslušnou část těla, zrelaxovat svaly dané oblasti, vést k celkovému uvolnění klientky. K tomuto účelu můžeme využít nahřátý gelový sáček nebo teplý ručník. Dbáme stejných zásad jako při aplikaci chladu. Nepřikládáme nahřátý gelový sáček přímo na holou kůži operované ženy, ale obalíme ho ručníkem, plenou nebo jiným kusem látky. Teplo můžeme využít zejména při bolestech křížové a bederní oblasti. Další možností alternativního způsobu tišení bolesti je podávání teplých nápojů (13, 20, 31).

Na klientku po operaci se dají aplikovat i relaxační a zvládací techniky, které je vhodné nacvičit ještě před operací. Jednoduché, ale velice účinné cvičení slouží k celkovému uvolnění svalů. Pokud je některý ze svalů nepřiměřeně napnutý, může pomoci porodní asistentka jemným dotykem na napjatou oblast. Neméně důležité je i umění odvést pozornost klientky od bolesti, zaměřit její pozornost na něco zajímavého a příjemného. Ošetřující personál soustředí pozornost klientky na kontakt s novorozencem, mluví o jejích plánech do budoucnosti. Porodní asistentka se také pokusí najít vhodnou polohu ženy, která zaručí úlevu od bolesti. Doporučuje se poloha na zádech s pokrčenými dolními končetinami, mírná poloha na boku, nebo poloha „fotbalisty“, kdy je na boku horní končetina flektovaná v kolenu. Při této poloze je důležité umístit polštář nad oblast řezu, aby bylo místo řezu chráněno (13, 20, 23, 31).

1.5.6 Odpočinek a spánek

Odpočinek a spánek jsou základní podmínky k udržení zdraví a mají pro organismus význam obranný i regenerační. V době nemoci má člověk tuto potřebu zvýšenou, neboť navrácení k normálu vyžaduje větší množství energie a síly. Na problémy se spánkem si stěžuje mnoho klientek, neboť stres, obavy a nejistota spojené s cizím prostředím a nedostatkem soukromí vytváří živnou půdu poruchám spánku. Proto je hlavním úkolem porodní asistentky identifikovat problémy se spánkem a následně najít způsoby řešení těchto problémů. Vždyť nedostatek spánku vede k podrážděnému chování klientky a fyzické slabosti. Specifické úkoly spočívají v omezení rušivých podnětů, vytvoření vhodného prostředí pro odpočinek a spánek a podpoře spánkových rituálů. Porodní asistentka poučí klientku o monitoraci fyziologických funkcí během noci, zajistí čisté lůžko, pomůže klientce zaujmout nejvhodnější polohu ke spánku, zatemní místnost a nabídne podání teplého čaje. Snaží se omezit hluk, který vzniká v souvislosti s ošetrovatelskou péčí na minimum. Léky na spaní ordinuje lékař, porodní asistentka musí umět poučit klientku o účincích léku, respektuje zásady aplikace a sleduje účinek farmak (30, 31).

1.5.7 Kojení a ošetrovatelská péče o prsy

Mateřské mléko je svým složením unikátní a nelze ho ničím nahradit. Zajišťuje dítěti optimální výživu i růst do konce šestého měsíce života a má mnoho výhod pro matku i dítě. Jde o výhody zdravotní, imunologické, psychologické i sociální. První přiložení k prsu by mělo proběhnout ihned po porodu, kdy jsou sací a vyhledávací reflexy novorozence zvláště silné. Po císařském řezu při podání neuroaxiální anestezie je novorozenec přiložen k prsu matky ještě na operačním sále, po anestezii celkové by měl být přiložen po probání šestinedělky z narkózy. Na intermediární pokoj je novorozenec přinášán v pravidelných intervalech, ale únava, bolest a stres mohou nepříznivě ovlivnit začátek kojení. Též oddělení matky od dítěte má nepříznivý vliv na tvorbu mléka. Proto je nutné maminku ke kojení povzbudit, ujistit ji, že bude

schopna kojit své narozené dítě. Kojení chrání dítě před průjmy a alergiemi, zajišťuje lepší obranu před infekcemi dýchacích cest a středouší a v neposlední řadě brání vzniku cukrovky a cévních chorob v pozdějším věku. Po 24 hodinách, kdy je žena převezena na oddělení šestinedělí a pokoj roaming-in, je už kojení podporováno společným pobytem matky s dítětem.

Pro zdárný průběh kojení je důležitá správná technika a poloha matky při kojení. Matka může kojit vleže, vsedě, v poloze tanečníka, na boku, v polosedě s podloženýma nohama, v poloze vzpřímené. Pro maminky po císařském řezu je velice vhodná poloha vleže na zádech. I když platí zásada, že kojení nesmí ženu bolet, často se setkáváme s tím, že maminky mají z nesprávné techniky bolestivě poškozené bradavky a kojení vzdávají. Nebo z neplynulého vyprázdnění prsů mají bolestivě nalité prsy. Proto je na místě opět pomoc ošetřujícího personálu, který doporučí studené obklady mezi kojeními a teplé před kojeními, reflexní masáže, pravidelnost v kojení a úpravu techniky při kojení (6, 15, 29).

1.5.8 Dietní režim po porodu císařským řezem

Pro udržení biologické homeostázy organismu je nezbytný příjem přiměřeného množství jak pevné, tak i tekuté stravy. Strava, která je podávána klientce během hospitalizace, musí být energeticky přiměřená, chutná, teplá, s vyváženým množstvím základních živin. Veškerá strava je připravována v centrální kuchyni nemocnice a musí být hygienicky i mikrobiologicky nezávadná. Na jednotlivá oddělení je rozvážena v uzamčených kontejnerech, které jsou určeny pouze pro rozvoz stravy. Každé jídlo je připravováno do tzv. tabletového systému, kde vydrží dlouho teplé a splňuje hygienické normy. Jídlo by měla roznášet klientkám porodní asistentka, neboť ošetřovatelka není v oboru dietního systému dostatečně vzdělána.

V pooperačním období je potřeba trávicí trakt zatěžovat postupně a přiměřeně. Musíme mít na mysli, že u ženy po císařském řezu je střevní peristaltika zpomalena, břišní svaly jsou napnuté a ztěžují průchod stravy trávicím ústrojím. S podáváním jídla

můžeme začít až po obnovení peristaltiky střev, a to s jídly nenadýmavými a nedráždivými. Zohledňuje se také zvýšený příjem kalorií pro potřeby nástupu laktace, proto by výživa matky měla být obohacena zejména o bílkoviny a minerály. V den operace se podává pouze čajová dieta (OS). Ošetřující personál nabízí dle chuti klientky ovocné a bylinkové čaje, popř. neperlivou minerální vodu. První pooperační den si k tekuté stravě přidává piškoty a dětskou přesnídávku (dieta OSK). Druhý den po operaci má tzv. postsekční dietu. Jde o dietu šetřící, mletou. Od třetího dne přechází na tuhou stravu, a to nejprve na dietu 2 (šetřící), poté na dietu racionální s bílkovinným přídatkem (10, 15, 22, 27, 28).

1.5.9 Mobilizace a rehabilitace po porodu císařským řezem

Cílem včasné mobilizace a rehabilitace po porodu císařským řezem je co nejrychleji a nejlépe obnovit porušenou funkci těla a minimalizovat možnost vzniku komplikací, které jsou spojeny s pohybovou neaktivitou. Každá klientka má o intervencích spojených s rehabilitací a pooperační mobilizací jinou představu. Proto je důležité, aby porodní asistentka zjistila míru informovanosti klientky a podala dostatek adekvátních informací.

V den operace je klientka upoutána na lůžko. Není-li pooperační průběh komplikovaný, již v tento den využíváme v péči o ženy techniky časné dechové rehabilitace a oxygenoterapii. Účinná dechová rehabilitace je součástí prevence respiračních infektů, které mohou zásadně komplikovat pooperační stav. Porodní asistentka provádí s klientkou nácvik správného dýchání i účelného vykašlávání s přidržováním operační rány. Šestinedělka položí obě ruce nad operační ránu a při kašli tlačí dlaněmi mírně dolů, aby minimalizovala napínání břišní stěny. Hlubokým dýcháním zase odstraní hleny, které zůstávají v dýchacích cestách po podání anestezie a analgezie. Součástí časné rehabilitace je i nácvik sebeobsluhy klientky. Ošetřující personál nacvičuje soběstačnost šestinedělky v perorálním příjmu tekutin, hygieně dutiny ústní, česání vlasů, pohybu na lůžku. Nabádá maminku k protažení dolních

končetin na lůžku, aby tím podpořila proudění krve v cévách a předcházela vzniku trombů a tromboembolické nemoci. Polohování klientky také omezuje vznik dekubitů a kontraktur (22, 23, 27, 28, 33).

Po císařském řezu je žena vertikalizována obvykle za 12 - 24 hodin, dle zvyklosti pracoviště. První pooperační mobilizace z lůžka musí být pomalá a vždy za asistence porodní asistentky nebo rehabilitačního pracovníka. Je dobré, aby před prvním vstáváním zaujala klientka takovou polohu, kde bude co nejméně napínat přední břišní svaly. V tomto případě se osvědčila poloha na boku s pokrčenými dolními končetinami na kraji lůžka. Ošetřující personál nacvičí s ženou sed na lůžku, a pokud tento krok dobře zvládá, přistupuje ke vstávání. Sleduje reakci klientky na vertikalizaci, všímá si známek ortostatického kolapsu. Při prvních pohybech bude mít klientka tendenci k předklonu, aby tím snížila bolestivost přední stěny břišní, proto musí být poučena o rovném postoji, aby nedocházelo ke zkracování břišních svalů. Je dobré klientku ubezpečit, že se postupně bolest sníží, jak se bude zlepšovat její tělesná aktivita. Do doby úplného obnovení pohyblivosti sleduje porodní asistentka i správnost přiložení bandáží dolních končetin (22, 23, 27, 28, 33).

2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíl práce

Zjistit míru informovanosti žen po porodu císařským řezem

2.2 Hypotézy

Hypotéza 1

Ženy dostávají informace o svém narozeném dítěti do 4 hodin po porodu císařským řezem

Hypotéza 2

Ženy v prvních dnech po císařském řezu mají informace o kojení podané sestrou z novorozeneckého oddělení

Hypotéza 3

Nejvíce informací o průběhu další pooperační péče podala ženě porodní asistentka

3 METODIKA

3.1 Metodika práce

Pro výzkumné šetření míry informovanosti žen po porodu císařským řezem byl zvolen kvantitativní výzkum. Ke sběru dat byla použita metoda nestandardizovaného anonymního dotazníku (příloha 1). Tento byl rozdán ženám po porodu císařským řezem na pokoji intermediární péče v rozmezí leden-březen 2012. Dotazník obsahoval 35 otázek, které byly uzavřené, polootevřené i otevřené. Úvodní byly identifikační. Nadcházející zjišťovaly, zda ženy znaly důvod k provedení císařského řezu, zda byl operativní porod plánovaný, nebo akutní, jestli měly dostatek času na podepsání informovaného souhlasu. Poté dotazník sledoval míru informovanosti žen o svém narozeném dítěti. Zda ženy věděly, že budou od svého dítěte dočasně odděleny, jestli byly poučeny o prospěšnosti kojení, zda jim byla předvedena správná technika a polohy při kojení, které jsou vhodné po operativním porodu. V poslední části dotazníku se otázky zaměřují na dostatečnou informovanost spojenou s pooperačními intervencemi.

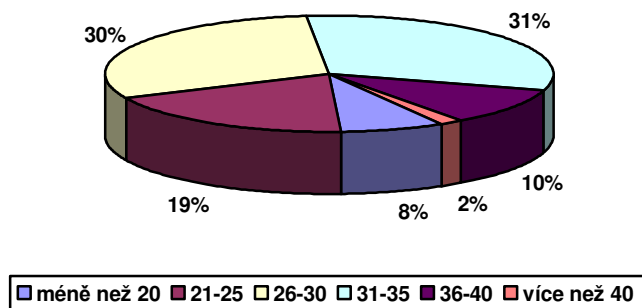
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Výzkumný soubor tvořily ženy po porodu císařským řezem na pokoji intermediární péče na Gynekologicko-porodnické klinice v Plzni. Dotazníky byly rozdávány ženám před převozem na oddělení šestinedělí.

Celkem bylo rozdáno 140 dotazníků, vrátilo se 131 dotazníků. Z tohoto počtu bylo 13 dotazníků vyplněno nedostatečným způsobem, byly proto z výzkumu vyřazeny. Konečný výzkumný soubor tvořilo tedy 118 dotazníků, což je 84,3% z celkového počtu rozdaných dotazníků. Výsledky tohoto výzkumu jsou znázorněny v grafech.

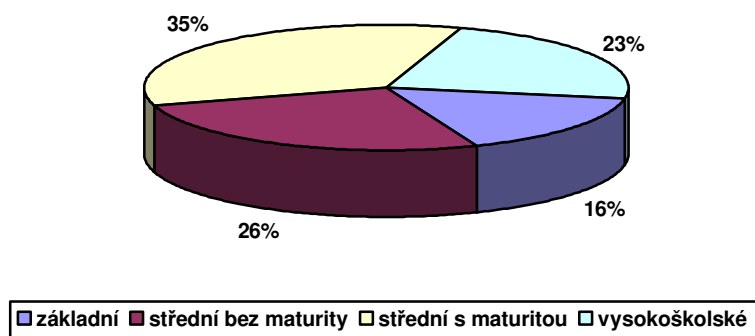
4 VÝSLEDKY

Graf 1 Věk respondentek



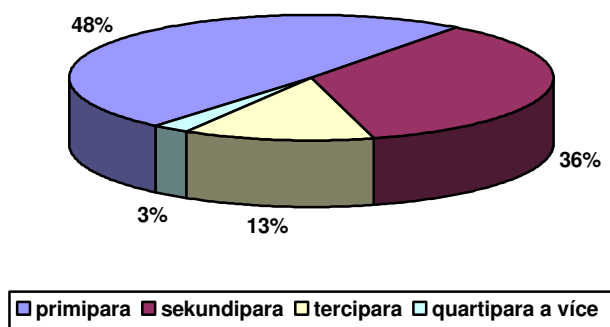
Graf 1 znázorňuje věkovou kategorii dotazovaných žen. Z celkového počtu 118 žen (100%), bylo 9 ženám méně než 20 let (8%), mezi 21-25 rokem bylo 22 žen (19%), od 26-30 let 36 žen (30%), ve věku od 31-35 let bylo 37 žen (31%), 12 žen bylo ve věkové kategorii 36-40 let (10%) a více než 40 let bylo 2 ženám (2%).

Graf 2 Vzdělání respondentek



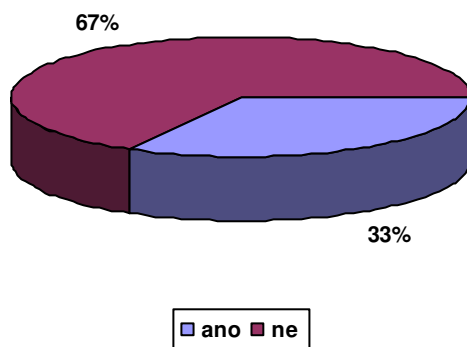
Graf 2 znázorňuje vzdělanost respondentek. Z celkového počtu 118 žen (100%), mělo 19 žen vzdělání základní (16%), 31 žen střední bez maturity (26%), 41 žen střední s maturitou (35%) a 27 žen bylo vzděláno vysokoškolsky (23%).

Graf 3 Parita respondentek



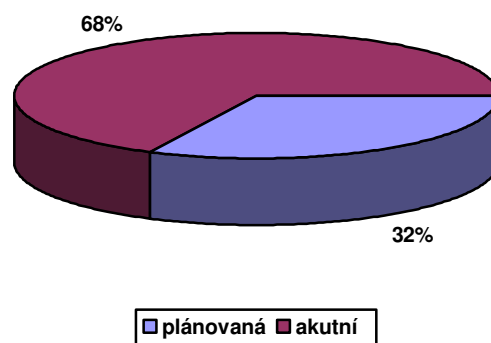
Graf 3 znázorňuje paritu respondentek. Z celkového počtu 118 (100%), bylo 58 žen primipar (48%), 42 žen sekundipar (36%), 15 žen terciipar (13%) a 3 ženy rodily čtyřikrát a více (3%).

Graf 4 Předchozí porod císařským řezem



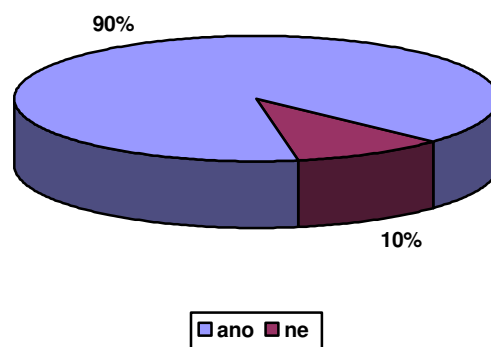
Graf 4 ukazuje, že 39 žen již rodilo císařským řezem (33%) a 79 žen ještě císařským řezem nerodilo (67%).

Graf 5 Indikace k císařskému řezu



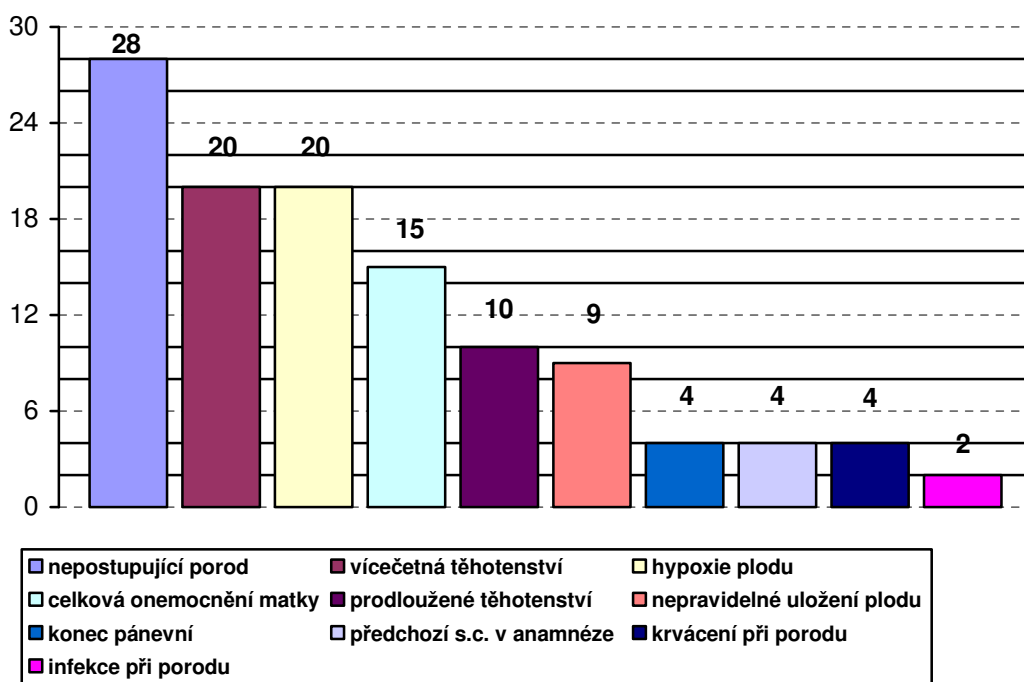
Graf 5 ukazuje, jaký druh císařského řezu dle indikace ženy podstoupily. Z celkového počtu 118 žen (100%), byla u 38 žen (32%) indikace plánovaná, 80 žen (68%) mělo indikaci akutní.

Graf 6 Znalost důvodu provedení císařského řezu



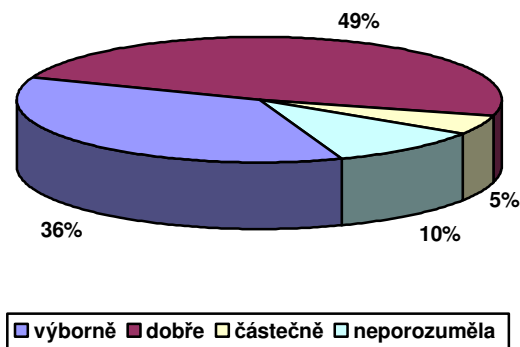
Graf 6 znázorňuje znalost důvodu provedení císařského řezu. Z celkového počtu 118 žen (100%) znalo důvod k provedení operace 106 žen (90%) a 12 žen důvod neznalo (10%).

Graf 7 Důvody ukončení těhotenství císařským řezem dle udání matek



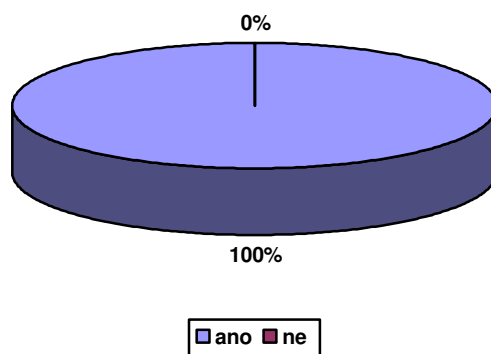
Graf 7 znázorňuje četnost odpovědí, které ženy udaly jako důvod k ukončení těhotenství císařským řezem. Celkem bylo získáno 116 odpovědí. Z celkového počtu 116 odpovědí, které ženy udaly jako důvod k operativnímu porodu, jich udalo 28, že příčinou ukončení těhotenství císařským řezem byl nepostupující porod, 20 žen udalo jako důvod operativního porodu vícečetné těhotenství, 20 žen uvedlo, že důvodem k provedení řezu byla tíseň plodu v děloze, 15 žen udalo důvod ukončení těhotenství v onemocnění, kterým trpí, 10 žen uvedlo, že císařský řez byl proveden z důvodu prodlouženého těhotenství, 9 žen udalo, že císařský řez byl proveden z důvodu nepravidelné polohy plodu v děloze, 4 ženy udaly jako důvod uložení plodu koncem pánevním, 4 ženy měly naplánovaný císařský řez z důvodu předchozích císařských řezů v anamnéze, 4 ženy uvedly, že důvodem operativního porodu bylo krvácení za porodu a 2 ženám byl proveden císařský řez z důvodu infekce při porodu.

Graf 8 Porozumění informacím o důvodu císařského řezu



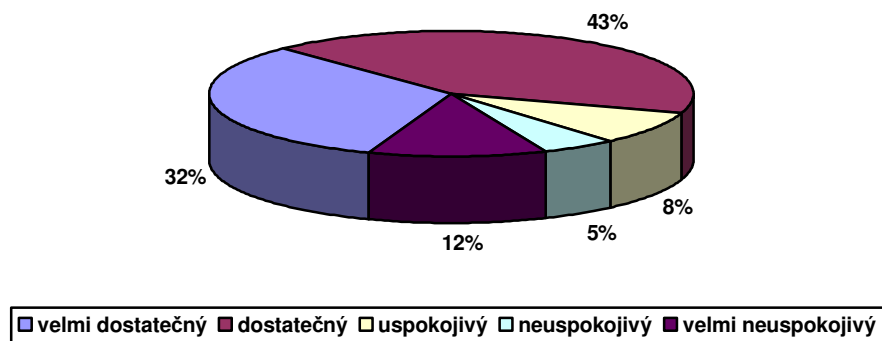
Graf 8 ukazuje, jak ženy porozuměly informacím o důvodu provedení císařského řezu. 43 žen (36%) porozumělo informacím výborně, 57 žen dobře (49%), 6 žen částečně (5%) a 12 žen informacím neporozumělo (10%).

Graf 9 Podepsání informovaného souhlasu



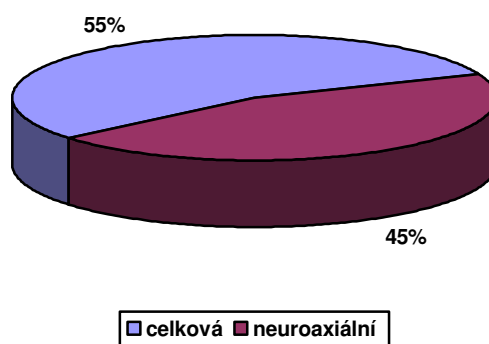
Graf 9 znázorňuje, že všech 118 žen (100%) podepisovalo informovaný souhlas s provedením císařského řezu.

Graf 10 Dostatek času na přečtení informovaného souhlasu



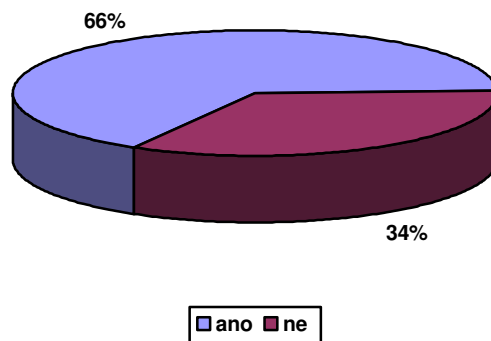
Graf 10 zobrazuje dostatek času, který měly ženy k přečtení informovaného souhlasu. Z celkového počtu 118 žen (100%), 38 žen (32%) udalo, že na přečtení informovaného souhlasu měly velmi dostatečný čas, 50 žen (43%) mělo čas dostatečný, 10 žen (8%) mělo uspokojivý čas, 6 žen (5%) neuspokojivý a 14 žen (12%) velmi neuspokojivý čas.

Graf 11 Druh anestezie



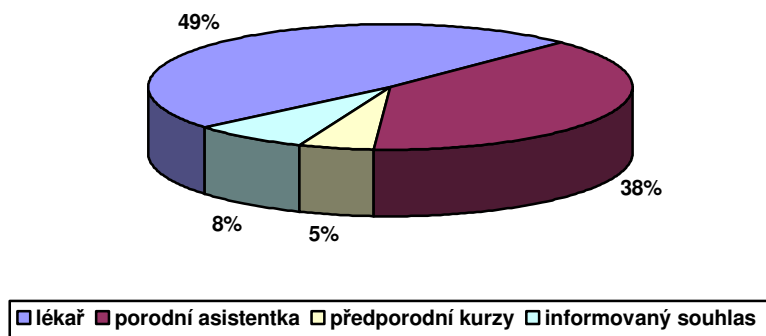
Graf 11 popisuje, jaký druh anestezie ženy podstoupily. Z celkového počtu 118 žen (100%) udalo 65 žen (55%), že byly operovány v celkové anestezii a 53 žen (45%) v anestezii neuroaxiální.

Graf 12 Znalost žen o pooperačním pobytu na pokoji intermediární péče



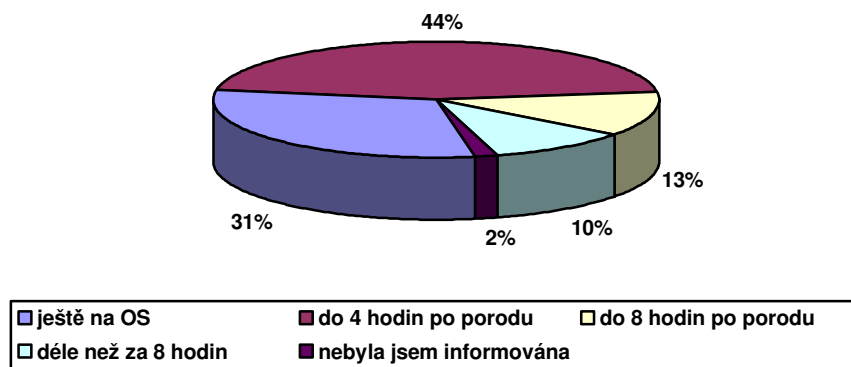
Graf 12 ukazuje, že z celkového počtu 118 žen (100%), vědělo jen 78 žen (66%), že budou v pooperačním období na pokoji intermediární péče. 40 žen (34%) tuto skutečnost nevědělo.

Graf 13 Zdroj informace o pooperačním pobytu na pokoji intermediární péče



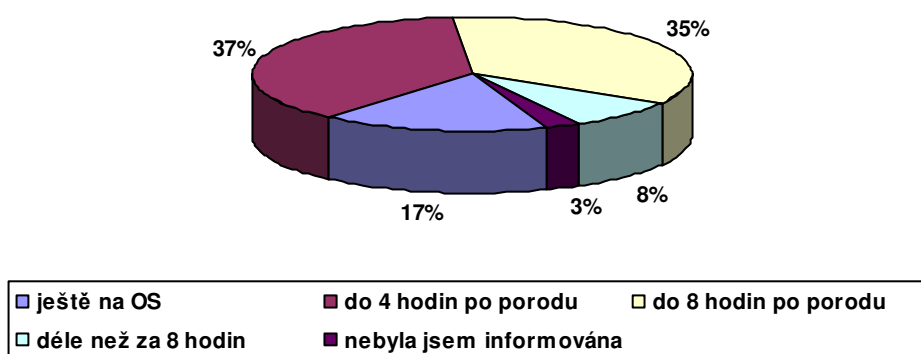
Graf 13 zobrazuje zdroje informace o pooperačním pobytu na pokoji intermediární péče. Z celkového počtu žen 78 (100%), které tuto informaci měly, ji 38 žen (49%) dostalo od lékaře, 30 žen (38%) od porodní asistentky, 4 ženy (5%) tuto informaci získaly v předporodním kurzu a 6 žen (8%) ji získalo z informovaného souhlasu.

Graf 14 Časový odstup podání informace o pobytu novorozence po císařském řezu



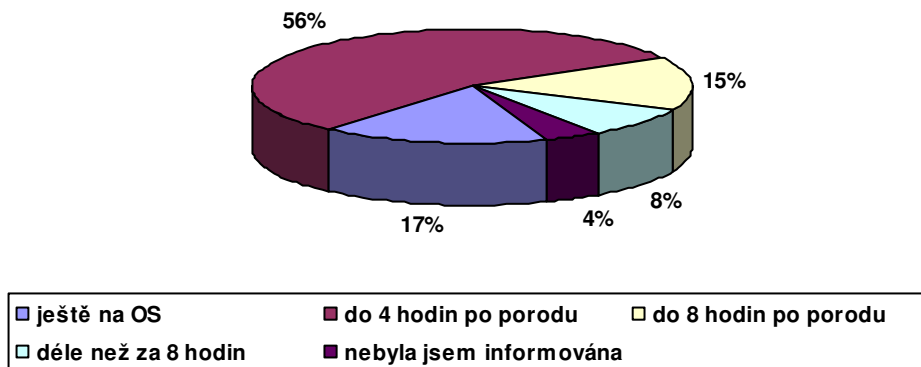
Graf 14 ukazuje na čas podání informace o pobytu novorozence po operaci. 36 žen (31%) z celkového počtu 118 (100%) uvedlo, že byly informovány ještě na operačním sále, 53 žen (44%) bylo informováno do 4 hodin po porodu císařským řezem, 15 žen (13%) do 8 hodin, 12 žen (10%) déle než za 8 hodin a 2 ženy (2%) uvedly, že ještě informaci nedostaly.

Graf 15 Časový odstup podání informace o zdravotním stavu novorozence



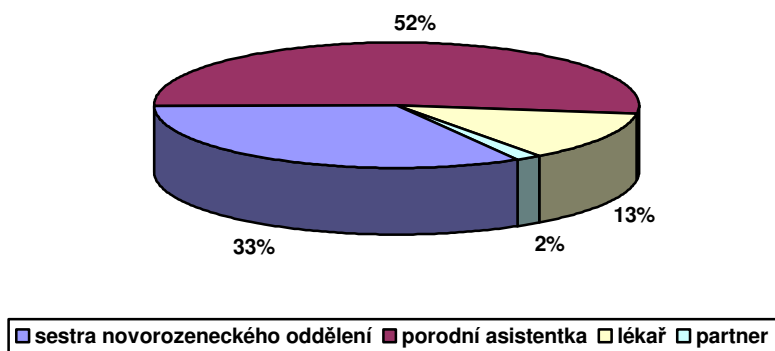
Graf 15 ukazuje čas podání informace o zdravotním stavu novorozence. 20 žen (17%) bylo informováno o zdravotním stavu svého narozeného dítěte ještě na operačním sále, 44 žen (37 %) bylo informováno do 4 hodin po operativním porodu, 41 žen (35%) bylo informováno do 8 hodin po císařském řezu, 10 žen (8%) déle než za 8 hodin a 3 ženy (3%) udaly, že informaci o zdravotním stavu novorozence nedostaly.

Graf 16 Časový odstup podání základních informací o novorozenci



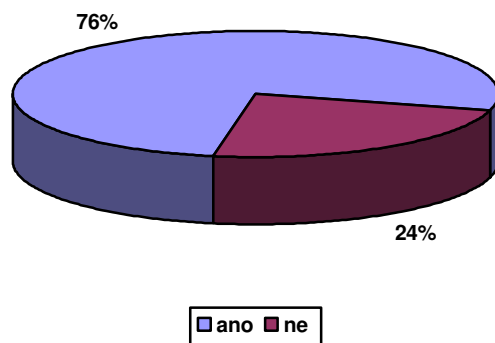
Graf 16 popisuje čas podání základních informací o novorozenci (váha, pohlaví). Z celkového počtu 118 žen (100%) dostalo 20 žen (17%) informace ještě na operačním sále, 65 žen (56%) dostalo informace do 4 hodin po porodu císařským řezem, 18 žen (15%) do 8 hodin, 10 žen (8%) déle než za 8 hodin a 5 žen informaci nedostalo (4%).

Graf 17 Zdroj základních informací o novorozenci



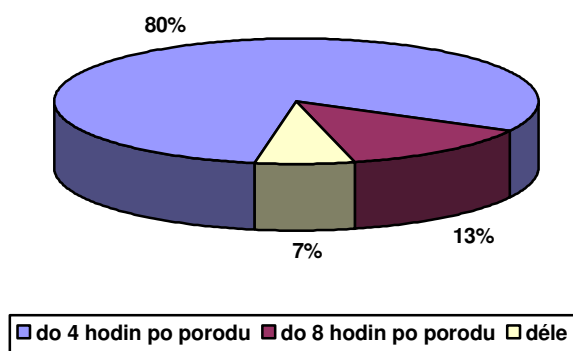
Graf 17 ukazuje nejčastější zdroje základních informací o novorozenci. 39 žen (33%) udalo jako zdroj těchto informací sestru novorozeneckého oddělení, 62 žen (52%) porodní asistentku, 15 žen (13%) lékaře a 2 ženy (2%) informoval partner.

Graf 18 Informovanost o prospěšnosti kojení



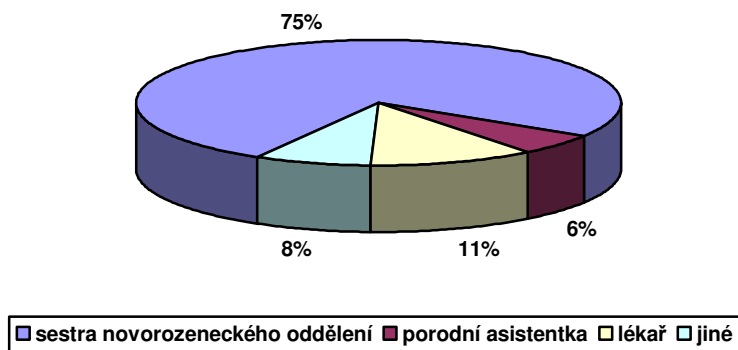
Z grafu 18 vyplývá, že 90 žen (76%) z celkového počtu 118 (100%) bylo informováno o prospěšnosti kojení po císařském řezu a 28 žen (24%) informováno nebylo.

Graf 19 Časový odstup podání informace o prospěšnosti kojení po císařském řezu



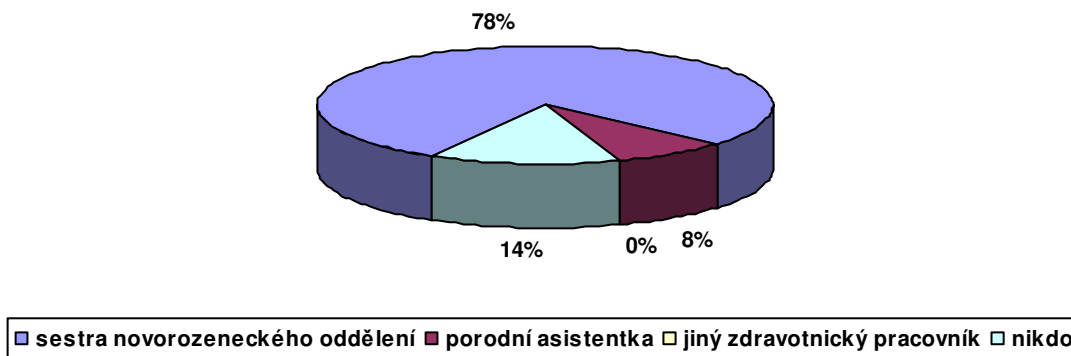
Graf 19 ukazuje, že z 90 žen (100%), které byly o prospěšnosti kojení informovány, bylo 72 (80%) informováno do 4 hodin po císařském řezu, 12 žen (13%) do 8 hodin po císařském řezu a 6 žen (7%) bylo informováno déle.

Graf 20 Zdroj informací o prospěšnosti kojení po císařském řezu



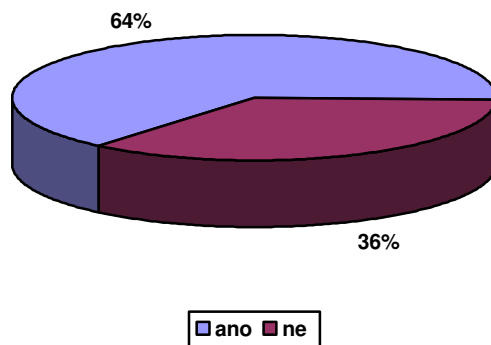
Graf 20 Zdroj informací žen o prospěšnosti kojení po císařském řezu byla u 68 žen (75%) sestra novorozeneckého oddělení, 5 žen (6%) informovala porodní asistentka, 10 žen (11%) lékař a 7 žen (8%) získalo informace jiným způsobem.

Graf 21 Osoba předvádějící techniku správného držení prsu při kojení



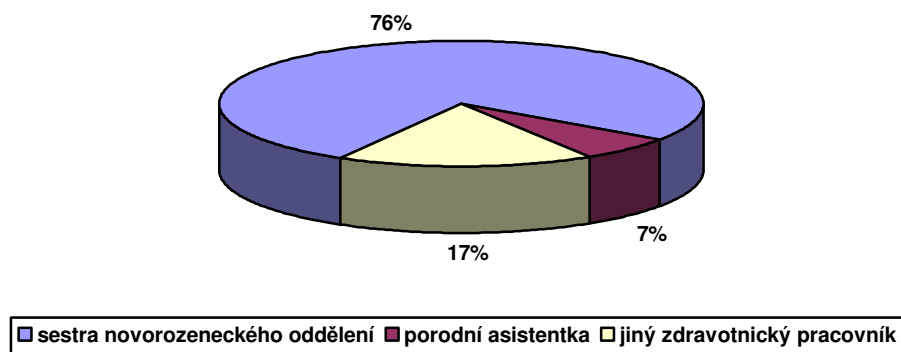
Z grafu 21 vyplývá, že 92 ženám (79%) předvedla správnou techniku držení prsu sestra novorozeneckého oddělení, 10 ženám (8%) porodní asistentka a 16 ženám (14%) nikdo techniku správného držení prsu při kojení neukázal.

Graf 22 Ukázka vzájemných poloh matky a novorozence při kojení



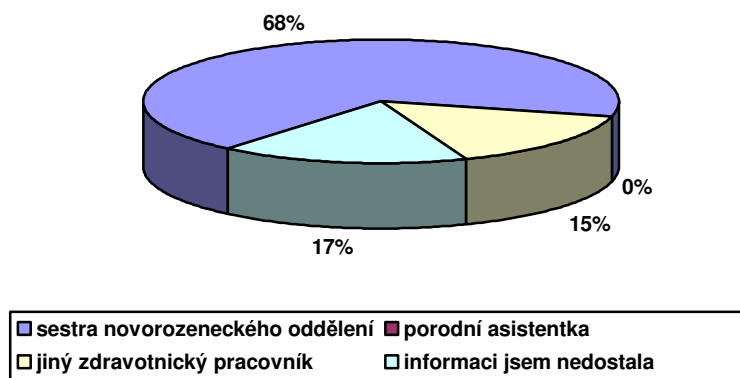
Graf 22 ukazuje, že 76 maminkám (64%) byly ukázány vzájemné polohy matky a dítěte při kojení vhodné po císařském řezu a 42 maminkám (36%) tyto polohy ukázány nebyly.

Graf 23 Osoba ukazující vzájemné polohy matky a dítěte při kojení



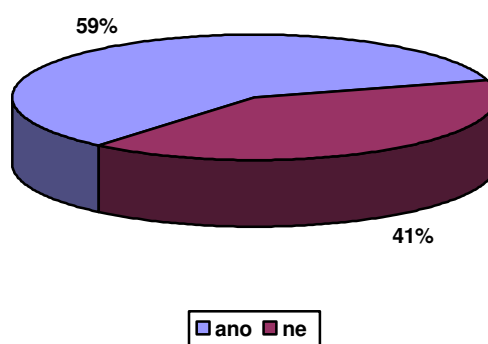
Graf 23 znázorňuje, že 76 maminkám (100%), kterým byly vzájemné polohy matky a dítěte při kojení ukázány, je 58 maminkám (76%) ukázala sestra novorozeneckého oddělení, 5 maminkám (7%) je ukázala porodní asistentka a 13 maminkám (17%) je ukázal jiný zdravotnický pracovník.

Graf 24 Osoba podávající informaci jak často kojit novorozence po císařském řezu



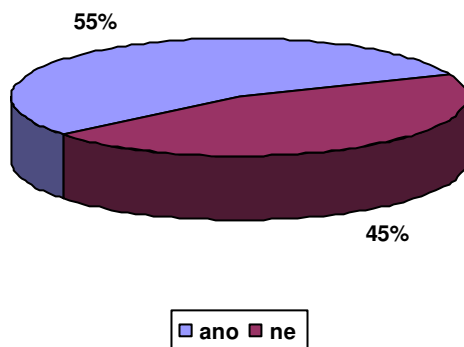
Z grafu 24 vyplývá, že 80 ženám (68%) podala informaci o časových intervalech mezi kojením sestra novorozeneckého oddělení, 18 ženám (15%) podal tuto informaci jiný zdravotnický pracovník, 20 žen (17%) udalo, že informaci nedostaly a ani jedné ženě tuto informaci nepodala porodní asistentka.

Graf 25 Informovanost o délce trvání jednoho kojení



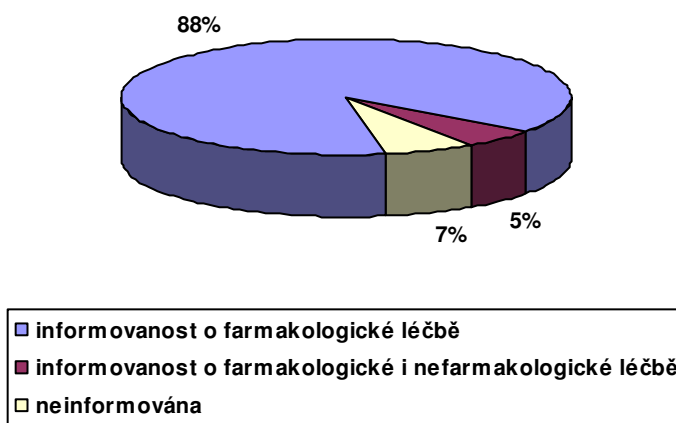
Graf 25 mapuje informovanost žen o délce trvání jednoho kojení. 70 žen (59%) bylo informováno, 48 žen (41%) informaci nedostalo.

Graf 26 Vědomost o oddělení novorozence po porodu císařským řezem



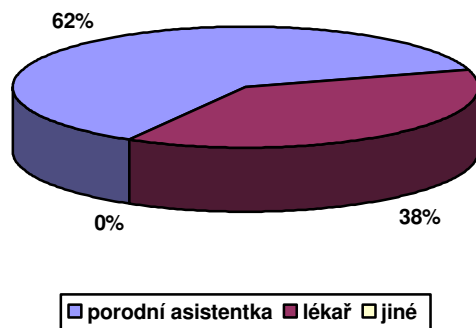
Graf 26 ukazuje, že 65 žen (55%) vědělo, že budou od svého dítěte odděleny a 53 žen (45%) tuto informaci nemělo.

Graf 27 Informovanost o možnostech snížení bolesti po císařském řezu



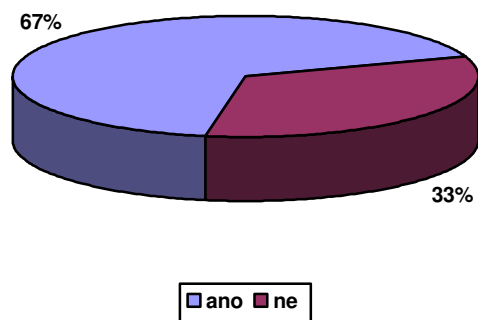
Graf 27 mapuje informovanost žen o možnostech tišení bolesti. 104 žen (88%) ze 118 žen (100%) bylo informováno o možnosti podání farmak, 6 žen (5%) bylo informováno o farmakologických i nefarmakologických metodách a 8 žen (7%) informováno nebylo.

Graf 28 Zdroj informací o možnostech snížení bolesti po císařském řezu



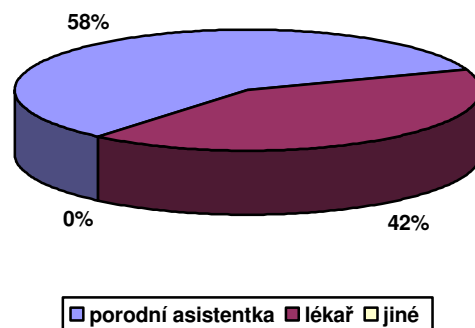
Graf 28 ukazuje, že ze 110 žen (100%), které byly informovány, 68 žen (62%) informovala porodní asistentka a 42 žen (38%) informoval lékař.

Graf 29 Informovanost o nutnosti pooperačního monitoringu fyziologických funkcí



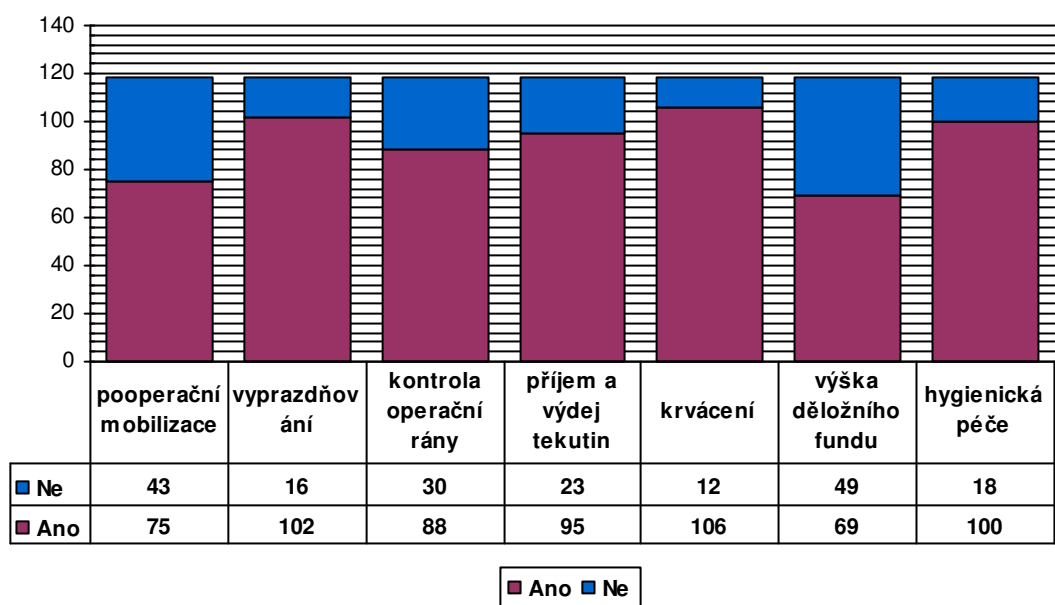
Z grafu 29 vyplývá, že z celkového počtu 118 žen (100%) bylo informováno 79 žen (67%) a 39 žen (33%) informováno nebylo.

Graf 30 Osoba podávající informaci o nutnosti pooperačního monitoringu



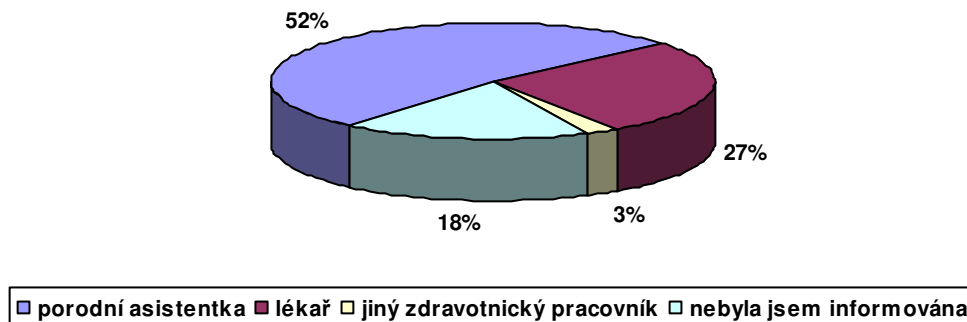
Graf 30 ukazuje, že 46 ženám (58%) ze 79 informovaných (100%) podala informaci o nutnosti pooperačního monitorování fyziologických funkcí porodní asistentka a 33 ženám (42%) podal informaci o nutnosti pooperačního sledování fyziologických funkcí lékař.

Graf 31 Informovanost o ošetrovatelských intervencích po operativním porodu



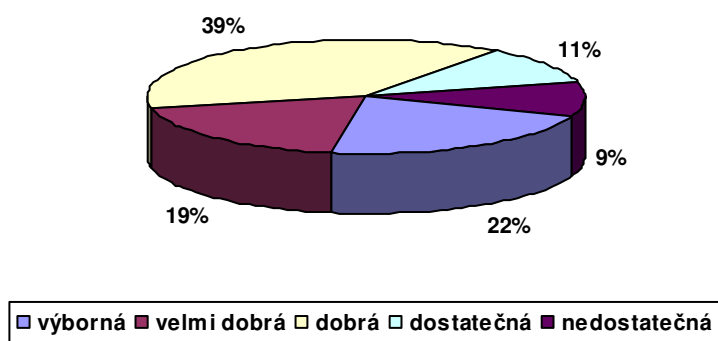
Graf 31 mapuje informovanost žen s ošetrovatelskými intervencemi. 100 žen (85%) bylo informováno o pooperační hygienické péči, 18 žen (15%) informováno nebylo, 69 žen (58%) bylo informováno o nutnosti kontroly výšky děložního fundu, 49 žen (42%) informováno nebylo. S nutností kontroly krvácení bylo seznámeno 106 žen (90%), 12 žen (10%) tuto informaci nemělo. S kontrolou příjmu a výdeje tekutin bylo seznámeno 95 žen (81%), 23 žen (19%) ne. Informaci o nutnosti kontroly operační rány mělo 88 žen (75%), 30 žen (25%) ne, s nutností sledování vyprazdňování bylo seznámeno 102 žen (86%), 16 žen (14%) ne a s pooperační mobilizací bylo seznámeno 75 žen (64%), 43 ženám (36%) informace nebyla podána.

Graf 32 Osoba podávající informaci o dodržování dietního režimu



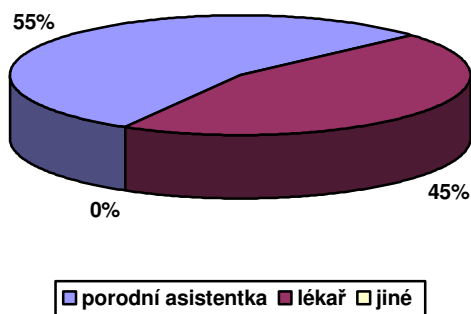
Graf 32 ukazuje na zdroj informací o nutnosti dodržování dietního režimu po operativním porodu. 61 ženám (52%) z celkového počtu 118 (100%) podala informaci porodní asistentka, 31 ženám (27%) lékař, 3 ženám (3%) jiný zdravotnický pracovník a 21 žen (18%) informováno nebylo.

Graf 33 Hodnocení míry informovanosti ženami po porodu císařským řezem



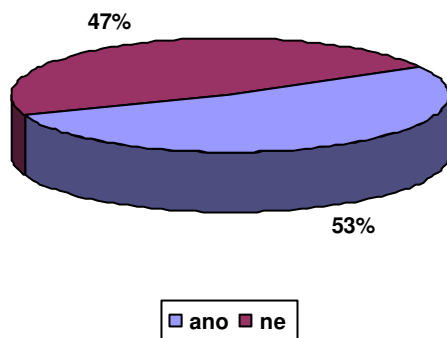
Z grafu 33 vyplynulo, že 26 žen (22%) hodnotilo informovanost jako výbornou, 23 žen (19 %) jako velmi dobrou, 45 žen (39%) jako dobrou, 13 žen (11%) jako dostatečnou a 11 žen (9%) hodnotilo míru informovanosti po operativním porodu nedostatečně.

Graf 34 Osoba podávající nejvíce informací ohledně pooperační péče



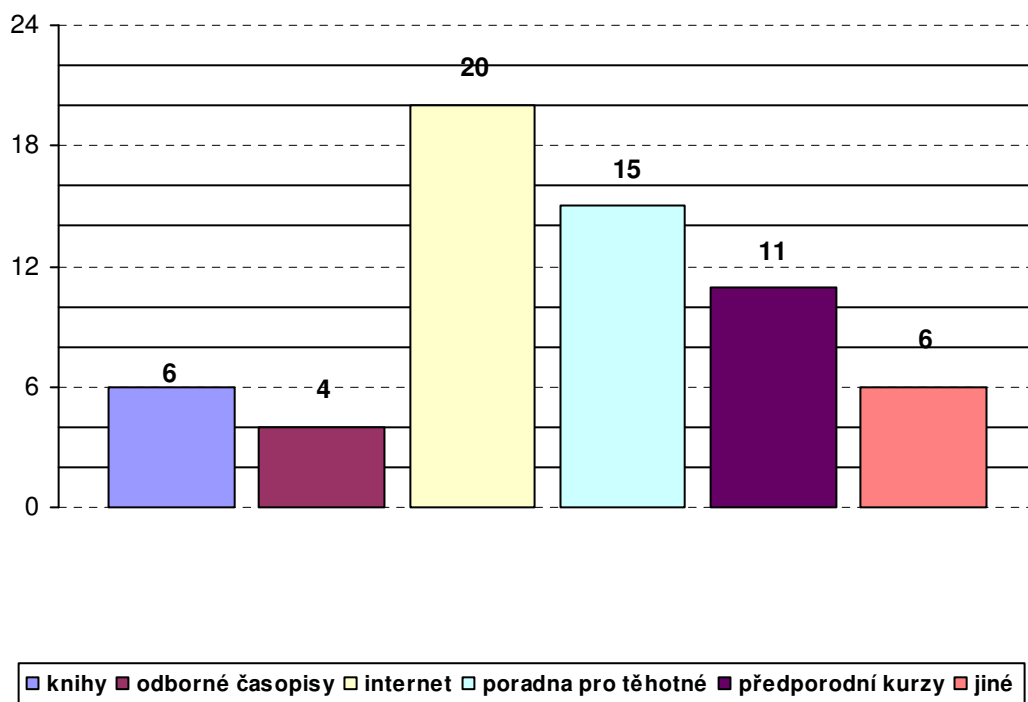
Graf 34 nastiňuje, že ze 118 žen (100%) jich 65 (55%) udalo, že nejvíce informací ohledně pooperační péče dostalo od porodní asistentky a 53 žen (45%) od lékaře.

Graf 35 Samostatné zjišťování informací ohledně péče po císařském řezu



Z grafu 35 vyplývá, že ze 118 žen (100%) si informace o pooperační péči zjišťovalo 62 žen (53%) a 56 žen (47%) si informace nezjišťovalo.

Graf 36 Nejdůležitější zdroj samostatně získaných informací



Graf 36 Nejdůležitější zdroj samostatně získaných informací. Z 62 žen (100%), které si samostatně zjišťovaly informace, 6 žen (10%) získalo informace z knih, 4 ženy (6%) z odborných časopisů, 20 žen (32%) z internetu, 15 žen (24%) dostalo informace v poradnách pro těhotné, 11 žen (18%) v předporodních kurzech a 6 žen (10%) mělo jiné zdroje.

5 DISKUZE

Císařský řez představuje možnost záchranu života matky i dítěte tam, kde porod nemůže proběhnout přirozenou cestou. Pro ženu tento způsob porodu představuje velkou fyzickou a zejména psychickou zátěž. Ošetřující personál, který doprovází ženu průběhem předoperační a pooperační péče, musí mít empatický přístup a musí umět předávat ženě cenné informace (18).

Výzkumné šetření v bakalářské práci „Informovanost žen po císařském řezu“ bylo prováděno pomocí nestandardizovaných dotazníků, které byly rozdány ženám po císařském řezu na pokoji intermediární péče na Gynekologicko-porodnické klinice ve Fakultní nemocnici v Plzni. Tato studie byla prováděna v průběhu měsíců ledna až března roku 2012. Cílem práce bylo zjistit míru informovanosti žen po operativních porodech.

První otázka, která nás zajímala, byl věk dotazovaných respondentek. Nejpočetnější věkovou skupinou byly ženy ve věku 31-35 let, viz graf 1. Z grafu je patrný současný trend odkládání mateřství na pozdější dobu. Při zpětném dohledání záznamů z porodních knih bylo zjištěno, že tento posun rodiček do vyšších věkových skupin výrazně ovlivňuje i vzrůstající počet císařských řezů. Literatura uvádí, že ideální věk budoucích matek je od 20 do 30 let. Organizmus ženy je v tomto období připraven plnit generační funkci jak po stránce fyzické, psychické, tak i sociální (27). Podle statistik ale ženy své mateřství odkládají a těhotenství jim potom přináší zdravotní komplikace, které jsou důvodem k ukončení těhotenství císařským řezem. Rodička musí být předem hospitalizována, důkladně předoperačně vyšetřena, je stabilizován její zdravotní stav a zvolen vhodný způsob anestezie. Úkolem ošetřujícího personálu je zajištění přípravy ženy na operaci nejen po stránce fyzické, ale zejména psychické. Psychická příprava spočívá v získání důvěry klientky, duševní podpoře a podání dostatek vhodných informací. Dostatkem informací snižuje porodní asistentka u klientky pocity strachu a obavy (31). Zajímalo nás, kolik žen mělo císařský řez s plánovanou předoperační přípravou a kolik klientek mělo operativní porod

z akutní indikace. Z celkového počtu 118 žen (100%) podstoupilo 38 žen (32%) plánovanou operaci a 80 žen (68%) bylo odoperováno z indikace akutní.

Jednoznačně se potvrdilo, že plánovaný císařský řez je spojen s dostatkem času k poskytnutí informací, neboť při zpětném dohledání výsledků všechny ženy, které měly plánovanou indikaci k císařskému řezu, znaly důvod operativního porodu, podaným informacím porozuměly výborně a měly velmi dostatečný čas na podepsání informovaného souhlasu. Z 80 žen, u kterých byl císařský řez proveden z indikace akutní, udalo 12 žen (10%), že neznaly důvod k provedení císařského řezu a informacím neporozuměly. U akutní operace se všechna potřebná vyšetření provádí se statimovou urgencí, jsou provedeny nejdůležitějších kroky, které vedou k zajištění matky i plodu před císařským řezem, a proto je prostor pro podání dostatečného množství informací značně omezený (2). Ale i v těchto případech se císařský řez provádí se souhlasem klientky (8), kdy lékař informuje ženu o plánovaném postupu, intervencích spojených s léčbou i hrozících rizicích. Klientka má právo zeptat se na vše, čemu nerozumí, a lékař má povinnost vše srozumitelně vysvětlit. Z grafu 9 vyplývá, že je institut informovaného souhlasu dodržován a všech 118 žen (100%) tento podepisovalo. Myslíme si, že nízký počet plánovaných císařských řezů souvisí se snahou zdravotníků minimalizovat operativní porody a umožnit tak ženám родit přirozeným způsobem.

Těsně po operaci je klientka uložena na pokoj k monitoringu vitálních funkcí a stabilizaci celkového stavu (26, 28). Proto nás zajímalo, zda ženy dostaly informaci o nutnosti pooperačního pobytu na pokoji intermediární péče a kdo jim tuto informaci poskytl. Myslíme si, že informovat ženy před císařským řezem může být pro zdravotnické pracovníky velmi složité. Klientky jsou ovlivněny bolestí, mají strach z indikované operace, obávají se o osud svého dítěte. Na podávané informace se proto zcela nesoustředí a poskytnuté informace nezaznamenají. Z celkového počtu 78 žen (66%), které znaly skutečnost, že budou v pooperačním období na pokoji intermediární péče ji 38 žen (49%) získalo od lékaře, 30 žen (38%) od porodní asistentky, 4 ženy (5%) tuto informaci získaly v předporodním kurzu a 6 žen (8%) si informaci osvojilo po přečtení informovaného souhlasu. Tento výsledek by měl

alarmovat, neboť je zde 40 žen (34%), které uvedly, že informaci o pooperačním pobytu na pokoji intermediární péče nedostaly. Z tohoto faktu vyplývá potřeba důslednější a efektivnější komunikace mezi klientkami a zdravotníky v předoperačním období (32).

Respondentky byly tázány, zda byly po operativním porodu dostatečně informovány o svém narozeném dítěti a s jakým časovým odstupem tyto informace dostaly. Ženy jsou po porodu císařským řezem unavené, mají bolesti v souvislosti s operační ránou, jsou omezeny v uspokojování potřeb a ještě mají obavy o své narozené dítě, se kterým nejsou ve stálém kontaktu. Vhodným a časným podáním informací o novorozenci můžeme šestinedělkám usnadnit adaptační proces a snížit u nich pocity strachu a nejistoty. Na Gynekologicko-porodnické klinice v Plzni jsou tři oddělení, kde mohou novorozenci po operativním porodu přebývat. Je to úsek fyziologických novorozenců, jednotka intenzivní péče a jednotka intenzivní a resuscitační péče. Proto jsme se ptaly, zda ženy znaly místo pobytu svého dítěte a s jakým časovým odstupem byly o tomto pobytu informovány. Do 4 hodin po porodu bylo informováno 89 žen (75%), 15 žen (13%) bylo informováno do 8 hodin, 12 žen (10%) déle než za 8 hodin a 2 ženy (2%) tuto informaci ještě nedostaly, což vidíme jako negativní. Také nás zajímalo, s jakým časovým odstupem šestinedělky znaly zdravotní stav svého dítěte. Tato informace je pro ženu základní a myslíme si, že by ji ženy měly dostávat ihned, jakmile jsou schopny ji přijmout. Podání této informace náleží do kompetence lékařů, a proto musí oni rozhodnout, kdy je na informaci vhodný čas a jakým způsobem informaci správně podat. Ze 118 žen (100%) bylo 20 žen (17%) informováno ještě na operačním sále, 44 žen (37%) do 4 hodin po porodu, 41 žen (35%) do 8 hodin po porodu, 10 žen (8%) déle než za 8 hodin a 3 ženy (3%) udaly, že ještě informovány nebyly.

Další otázky v dotazníku se soustředily na kojení, které patří k důležitým aspektům období šestinedělí. Kojení přináší řadu nenahraditelných výhod novorozenci, matce i celé společnosti. Kojení prošlo v průběhu dějin různými stupni hodnocení, jak se uvádí v literatuře (22). Od preference umělé výživy v šedesátých letech dvacátého století, kdy došlo k výraznému poklesu kojení, přes renesanci tohoto optimálního

způsobu výživy novorozence v letech sedmdesátých až po dnešek. Dnes je kojení považováno za nejdokonalejší interakci mezi matkou a novorozencem (6). Ve Fakultní nemocnici v Plzni je kojení podporováno programem Baby-Friendly, který věnuje velké úsilí propagaci a podpoře kojení. Je kladen velký důraz na co nejčasnější kontakt matky s dítětem a první přiložení novorozence k prsu matky. Správně načasované přiložení k prsu matky je důležité pro tvorbu mléka a je i prevencí proti obtížím s kojením. U žen po císařském řezu je tento kontakt z části limitován, ale pokud je to jen trochu možné, měl by být novorozenci po operativním porodu umožněn tělesný a vizuální kontakt s matkou. Po operativním porodu nejsou šestinedělky schopny o dítě pečovat, ale potřebují stejně tak jako ženy po spontánním porodu co nejčastější kontakt se svým dítětem a pravidelné přikládání novorozence k prsu, aby byla stimulována tvorba mléka. Je potřeba ženám vysvětlit, že nemusí mít obavy, že by nemohly kojit své dítě, jen nástup laktace může být o pár dní opožděn.

Zajímalo nás tedy, jak jsou ženy po operativním porodu informovány o prospěšnosti kojení po císařském řezu, zda jim byla předvedena správná technika držení prsu při kojení a jestli byly ženám po operativním porodu ukázány vzájemné polohy matky a dítěte, které jsou pro ně vhodné. Nezastupitelnou a jedinečnou roli v této oblasti informovanosti má sestra z novorozeneckého oddělení, která maminky efektivně poučuje, podporuje a radí jim. 68 žen (75%) udalo, že zdrojem informací o prospěšnosti kojení po císařském řezu byla sestra z novorozeneckého oddělení (graf 20). Správnou techniku držení prsu při kojení předvedla 92 ženám (79%) také sestra z novorozeneckého oddělení. Ze 76 žen (64%) kterým byly ukázány vzájemné polohy matky a dítěte vhodné po císařském řezu udalo 58 žen (76%), že jim tyto polohy ukázala sestra z novorozeneckého oddělení, 5 šestinedělkám (7%) porodní asistentka a 13 ženám (17%) jiný zdravotnický pracovník (graf 23). Myslíme si, že pokud ženám nejsou ukázány vhodné polohy matky a dítěte při kojení vhodné po císařském řezu a ženy tyto polohy neznají, může dojít u klientek k bolestivému poškození bradavek, nebo ke snížené tvorbě mléka, které jsou příčinou toho, že ženy kojení brzy vzdávají.

Zjišťovaly jsme také informovanost o intervencích v pooperační péči. První otázka mapuje informovanost žen o možnostech tišení bolesti. Literatura uvádí, že bolest je nejkompexnější zkušeností, neboť její prožívání je spojeno s poznatky emočními, tělesnými i sociálními (31). V prvních dnech po porodu císařským řezem je bolest tišena pomocí farmakologických i nefarmakologických metod. Ze zjištěných informací vyplývá, že ženy mají malou povědomost o nefarmakologických metodách tišení bolesti, ale 88% žen je informováno o možném snížení bolesti analgetiky a opiáty. Úkolem porodní asistentky v pooperační péči je rozpoznat u klientky bolest a stanovit ošetrovatelský postup ke snížení intenzity bolesti (31). Tato činnost patří k základním dovednostem ošetřujícího personálu. Ten je s klientkou v neustálém kontaktu, všímá si verbálních i neverbálních projevů ženy, může na tyto projevy okamžitě reagovat. Pokud žena udává bolest, porodní asistentka podává lékařem naordinovaná analgetika či opiáty a sleduje jejich účinek. Ke snížení bolesti může pomoci i nefarmakologickými metodami, o kterých mají ženy jen malé znalosti. Ukázalo se, že jen 6 žen (5%) vědělo, že ke snížení bolesti může využít i nefarmakologických metod. O rozšíření vědomostí klientek po císařském řezu jsme se snažily vytvořením informační brožury, která ženám podává základní informace po operativním porodu.

Dále jsme se zajímaly o znalosti žen, které se týkaly nutných intervencí, které jsou spojeny s operativním porodem. Z celkového souboru 118 žen vědělo 106 žen (90%) o nutnosti pooperačního sledování krvácení, 102 žen (86%) znalo nutnost kontroly vyprazdňování, 100 žen (85%) bylo seznámeno s hygienickou péčí, 95 žen (81%) vědělo o nutnosti kontroly bilance tekutin, 88 žen (75%) znalo nutnost kontroly operační rány, 69 žen (58%) vědělo, že jim bude kontrolována výška děložního fundu a 75 žen (64%) bylo seznámeno s pooperační mobilizací. Myslíme si, že tyto výsledky jsou velice pozitivní a že většina žen má základní informace týkající se intervencí pooperační ošetrovatelské péče. I samy ženy hodnotily informovanost v pooperační péči velmi kladně (graf 33). 26 žen (19%) hodnotilo informovanost jako výbornou, 23 žen (19%) jako velmi dobrou, 45 žen (39%) jako dobrou, 13 žen (11%) jako dostatečnou a jen 11 žen (9%) z celkového souboru 118 žen (100%) hodnotilo míru informovanosti nedostatečně. Myslíme si, že každá žena má v oblasti edukace

a informovanosti své individuální potřeby, které není vždy lehké uspokojit, zvláště v období tak citlivém, jakým je období poporodní, ale snaha zdravotnických pracovníků ve zlepšení této oblasti péče o klientky již přináší své ovoce.

6 ZÁVĚR

Téma informovanosti žen po císařském řezu je v dnešní době velice aktuální, neboť počet operativních porodů neustále vzrůstá. Abychom omezili komplikace vznikající v souvislosti s císařským řezem na minimum, je nutné podat klientce dostatek vhodných a srozumitelných informací, kterými si získáme důvěru klientky, a zajistíme si lepší spolupráci v období před i pooperačním.

Teoretická část bakalářské práce se věnuje období před a po císařském řezu a úloze porodní asistentky v těchto obdobích. Praktická část je zaměřena na informovanost žen po operativním porodu. Výzkumné šetření mělo jeden cíl. „Zjistit míru informovanosti žen po císařském řezu“. Tento cíl byl splněn. Ke zpracování byla zvolena metoda kvantitativního výzkumu pomocí anonymních dotazníků. Tyto byly rozdávány ženám po císařském řezu na pokoji intermediární péče na Gynekologicko-porodnické klinice ve Fakultní nemocnici v Plzni. Prostřednictvím výzkumného šetření byly ověřovány tři hypotézy. H1: Ženy dostávají informace o svém narozeném dítěti do 4 hodin po porodu císařským řezem. Tato hypotéza byla potvrzena. H2: Ženy v prvních dnech po císařském řezu mají informace o kojení podané sestrou z novorozeneckého oddělení, byla potvrzena. H3: Nejvíce informací o průběhu další pooperační péče podala ženám porodní asistentka, byla potvrzena. Výsledky výzkumného šetření ukazují, že míra informovanosti žen po císařském řezu na Gynekologicko-porodnické klinice ve Fakultní nemocnici v Plzni je na dobré úrovni. Nejvíce informací ženy získávají od zdravotnického personálu, který je doprovází průběhem porodu císařským řezem. Výsledky, které jsme výzkumem získaly, se staly základem zpracování informační brožury, která bude sloužit ženám po porodu císařským řezem na Gynekologicko-porodnické klinice v Plzni.

7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BINDER, Tomáš. *Moderní gynekologie a porodnictví*. Praha: Levret, 2008, roč. 17, č. 1. ISSN 1211-1058.
2. ČECH, Evžen, Zdeněk HÁJEK, Karel MARŠÁL a Bedřich SRP et al. *Porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2006, 546 s. ISBN 978-80-247-1303-8.
3. DOLEŽAL, Antonín, Vítězslav KUŽELKA a Jaroslav ZVĚŘINA. *Evropa-kolébka vědeckého porodnictví*. Praha: Galén, 2009, 98 s. ISBN 978-80-7262-506-2.
4. DOLEŽAL, Antonín et al. *Porodnické operace*. Praha: Grada, 2007, 376 s. ISBN 978-80-247-0881-2.
5. FUŇKA, Jaroslav. *Moderní gynekologie a porodnictví*. Praha: Levret, 2008, roč. 17, č. 1. ISSN 1211-1058.
6. GREGORA, Martin a Miloš VELEMÍNSKÝ ML. *Nová kniha o těhotenství a mateřství*. Praha: Grada Publishing, 2011, 240 s. ISBN 978-80-247-3081-3.
7. HÁJEK, Zdeněk et al. *Rizikové a patologické těhotenství*. Praha: Grada, 2004, 443s. ISBN 80-247-0418-8.
8. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Informovaný souhlas: Proč a jak?*. Praha: Galén, 2007, 104 s. ISBN 978-807-2624-973.
9. KAMENÍKOVÁ, Miloslava a Miroslava KYASOVÁ. *Ošetrovatelské diagnózy na porodním sále*. Praha: Grada, 2003, 89 s. ISBN 80-247-0285-1.
10. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada, 2007, 350 s. Sestra. ISBN 978-80-247-1830-9.
11. KELNAROVÁ, Jarmila et al. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty - 1. ročník*. Praha: Grada, 2009, 236 s. ISBN 978-802-4728-308.

12. KELNAROVÁ, Jarmila et al. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty - 2. ročník*. Praha: Grada, 2009, 173 s. Sestra. ISBN 978-802-4731-056.
13. KOLEKTIV AUTORŮ. *Vše o léčbě bolesti: Příručka pro sestry*. Julie Munden. Veronika di Cara. Praha: Grada, 2006, 356 s. ISBN 80-247-1720.
14. KŘEPELKA, Petr. *Gynekolog*. Hradec Králové: Medexart, 2010, roč. 19, č. 1. ISSN 1210-1133.
15. LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2004, 951 s. ISBN 80-247-0668-7.
16. MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada, 2006, 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
17. PAŘÍZEK, Antonín et al. *Porodnická analgezie a anestezie*. Praha: Grada, 2002, 535 s. ISBN 80-716-9969-1.
18. RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí : psychosomatická medicína : učební texty pro porodní asistentky]*. Praha: Reklamní atelier Area, 2008, 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.
19. ROB, Lukáš, Alois MARTAN a Karel CITTERBART. *Gynekologie*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 2008, 319 s. ISBN 978-807-2625-017.
20. ROKYTA, Richard. *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2009, 174 s. ISBN 978-802-4730-127
21. ROZTOČIL, Aleš a Roman PESCHOUT. *Císařský řez na přání těhotné*. In: *Www.zdn.cz* [online]. 16.5.2008 [cit. 2012-04-07].
22. ROZTOČIL, Aleš et al. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada, 2008, 405 s. ISBN 978-802-4719-412.
23. ROZTOČILOVÁ, Simona. *Moderní babičtví*. Praha: Levret, 2009, roč. 17. ISSN 1214-5572.

24. SÁK, Petr et al. *Standardy ošetrovatelské péče pro porodní asistenci*. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice, 2008, 238 s. Závazné směrnice Nemocnice České Budějovice. ISBN 978-80-254-3774-2.
25. SKALICKÁ, Hana et al. *Předoperační vyšetření: návody pro praxi*. Praha: Grada, 2007, 149 s. ISBN 978-802-4710-7
26. SLEZÁKOVÁ, Lenka et al. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty*. Praha: Grada, 2007, 214 s. ISBN 978-802-4722-702.
27. SLEZÁKOVÁ, Lenka et al. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada, 2011, 269 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3373-9.
28. SLEZÁKOVÁ, Lenka et al. *Ošetrovatelství v chirurgii II*. Praha: Grada, 2010, 300 s. ISBN 978-802-4731-308.
29. STOLLOWSKY, Lili. *Baby lexikon: 999 odpovědí na otázky kolem dětí*. Praha: Grada, 2008, 336 s. Pro rodiče. ISBN 978-802-4721-040.
30. ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011, 134 s. Sestra. ISBN 978-802-4732-237.
31. TRACHTOVÁ, Eva et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2.vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008, 185 s. ISBN 978-80-7013-324-8.
32. ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada, 2007, 229 s. Sestra. ISBN 978-802-4720-685.
33. ZEMAN, Miroslav et al. *Chirurgická propedeutika*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2011, 512 s. ISBN 978-802-4737-706.

34. ZEMANOVÁ, Jitka. *Základy anesteziologie*. Brno: IDVPZ, 2003, 149 s. ISBN 80-701-3374-0.
35. ZWINGER, Antonín et al. *Porodnictví*. Praha: Galén, 2004, 532 s. ISBN 80-726-2257-9.

8 KLÍČOVÁ SLOVA

1. Informovanost
2. Císařský řez
3. Porodní asistentka
4. Ošetrovatelská péče

9 PŘÍLOHY

Příloha 1 Dotazník

Příloha 2 Nejčastější ošetrovatelské diagnózy po porodu císařským řezem

Příloha 3 Analogové škály pro dospělé

Příloha 1

Dotazník

Milá maminko,

Jmenuji se Monika Maříková a jsem studentkou 3. ročníku oboru Porodní asistentka na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské Univerzity. Dotazník, který Vám předkládám, je základem mé bakalářské práce na téma „ Informovanost žen po císařském řezu“. Práce by měla sloužit ke zlepšení informovanosti maminek po operativním porodu. Dotazník je zcela anonymní a získaná data budou sloužit výhradně ke zpracování mé práce. Předem Vám děkuji za čas a ochotu při vyplnění dotazníku.

1. Kolik je Vám let?

- a) méně než 20
- b) 21 – 25
- c) 26 – 30
- d) 31 – 35
- e) 36 – 40
- f) více než 40

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

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

3. Po kolikáté jste rodila?

- a) poprvé
- b) podruhé
- c) potřetí
- d) počtvrté a více

4. Už jste rodila císařským řezem?

- a) ano
- b) ne

5. Jak byl proveden císařský řez?

- a) plánovaně
- b) akutně (o provedení řezu se rozhodlo až v průběhu porodu)

6. Zнала jste důvod k provedení císařského řezu?

- a) ano (vypište)
- b) ne

7. Porozuměla jste informacím o důvodu provedení císařského řezu?

- a) ano, všemu jsem výborně porozuměla
- b) ano, porozuměla jsem dobře
- c) porozuměla jsem jen částečně
- d) podaným informacím jsem neporozuměla

8. Podepisovala jste informovaný souhlas s císařským řezem?

- a) ano
- b) ne (přejděte k otázce č. 10)

9. Čas, který jste měla na přečtení informovaného souhlasu, abyste porozuměla, byl pro Vás?

- a) velmi dostatečný
- b) dostatečný
- c) uspokojivý
- d) neuspokojivý
- e) velmi neuspokojivý

10. Jaký druh anestezie jste měla?

- a) celkovou (při operaci jsem spala)
- b) neroxialní (při operaci jsem byla při vědomí)

11. Věděla jste, že budete po císařském řezu 24 hodin na pokoji intermediární péče?

- a) ano
- b) ne (přejděte na otázku č. 13)

12. Od koho jste tuto informaci dostala?

- a) od lékaře
- b) od porodní asistentky
- c) jiné (vypište)

13. Věděla jste, na kterém novorozeneckém oddělení bude Vaše miminko po císařském řezu? (oddělení fyziologických novorozenců 1 patro, jednotka intenzivní péče 2 patro, jednotka intenzivní a resuscitační péče 4 patro)

b) ano, informaci jsem dostala ještě na operačním sále (byla jsem při vědomí)

c) informaci jsem dostala do 4 hodin po porodu císařským řezem

d) informaci jsem dostala do 8 hodin po porodu císařským řezem

e) informaci jsem dostala déle než za 8 hodin

e) nebyla jsem informována

14. Kdy jste byla informována o zdravotním stavu svého miminka?

a) ještě na operačním sále (byla jsem při vědomí)

b) do 4 hodin po porodu

c) do 8 hodin po porodu

d) déle než za 8 hodin

e) informaci jsem nedostala

15. Kdy jste dostala základní informace o miminku (váha, míra, pohlaví)?

a) ještě na operačním sále (byla jsem při vědomí)

b) do 4 hodin po císařském řezu

c) do 8 hodin po císařském řezu

d) déle než za 8 hodin

e) informaci jsem nedostala (přejděte k otázce č. 17)

16. Kdo Vám podal tyto základní informace o miminku?

- a) sestra novorozeneckého oddělení
- b) porodní asistentka
- c) lékař

17. Byla jste informována o prospěšnosti kojení po císařském řezu?

- a) ano
- b) ne

18. Pokud ano, kdy jste byla informována?

- a) do 4 hodin po císařském řezu
- b) do 8 hodin po císařském řezu
- c) déle než za 8 hodin

19. Kdo Vám tuto informaci poskytl?

- a) sestra novorozeneckého oddělení
- b) porodní asistentka
- c) lékař
- d) jiné

20. Byla Vám předvedena technika správného držení prsu při kojení?

- a) ano, správnou techniku mi předvedla sestra novorozeneckého oddělení
- b) ano, správnou techniku mi předvedla porodní asistentka
- c) ano, správnou techniku mi předvedl jiný zdravotnický pracovník
- d) ne

21. Byly Vám ukázány možnosti vzájemné polohy matky a miminka při kojení vhodné po císařském řezu?

- a) ano
- b) ne (přejděte k otázce č. 23)

22. Kdo Vám ukázal tyto polohy?

- a) sestra novorozeneckého oddělení
- b) porodní asistentka
- c) jiný zdravotnický pracovník

23. Dostala jste informaci o tom, jak často máte své narozené dítě kojít?

- a) ano, informovala mě sestra novorozeneckého oddělení
- b) ano, informovala mě porodní asistentka
- c) ano, informoval mě jiný zdravotnický pracovník
- d) informaci jsem nedostala

24. Byla jste informována o tom, jak dlouho máte kojít své miminko při jednom kojení?

- a) ano
- b) ne

25. Byla jste informována o tom, jak dlouho budete oddělená od svého dítěte?

- a) ano
- b) ne

26. Byla jste informována o možnostech tišení bolesti po císařském řezu?

- a) ano, věděla jsem o možnosti podání léků
- b) ano, věděla jsem o možnosti podání léků i jiných metodách (aplikace tepla, chladu, relaxace)
- c) nebyla jsem informována (přejděte na otázku č. 28)

27. Kdo Vám tyto informace podal?

- a) porodní asistentka
- b) lékař
- c) jiné (vypište)

28. Dostala jste informace o nutnosti pooperačního monitorování fyziologických funkcí?

- a) ano
- b) ne (přejděte k otázce č. 30)

29. Kdo Vám vysvětlil nutnost stálé monitorace?

- a) porodní asistentka
- b) lékař
- c) jiné (vypište)

30. Byla jste informována o níže uvedených výkonech po císařském řezu?

- | | | |
|-----------------------|--------|-------|
| hygienická péče | a) ano | b) ne |
| kontrola výšky dělohy | a) ano | b) ne |
| kontrola krvácení | a) ano | b) ne |

kontrola příjmu a výdeje tekutin a) ano b) ne

kontrola operační rány a) ano b) ne

kontrola vyprazdňování a) ano b) ne

vstávání po císařském řezu a) ano b) ne

31. Byla jste poučena o dodržování dietním režimu po operaci?

a) ano, informaci mi podala porodní asistentka

b) ano, informaci mi poskytl lékař

c) ano, informaci mi podal jiný zdravotnický pracovník

d) nebyla jsem poučena

32. Jak byste hodnotila svoji informovanost v pooperační péči?

a) výborně

b) velmi dobře

c) dobře

c) dostatečně

d) mám nedostatečné informace

33. Kdo Vám podal nejvíce informací ohledně pooperační péče?

a) porodní asistentka

b) lékař

c) jiné (vypište)

34. Zjišťovala jste si také sama nějaké informace týkající se péče po císařském řezu?

a) ano

b) ne (neodpovídejte na poslední otázku)

35. Uveďte nejdůležitější zdroj těchto informací

a) knihy

b) odborné časopisy

c) internet

c) poradna pro těhotné

d) předporodních kurzy

e) jiné

Děkuji za spolupráci

Příloha 2

Nejčastější ošetrovatelské diagnózy po porodu císařským řezem

00132 Akutní bolest v souvislosti s poškozením tkáně projevující se zvýšenou ventilací, tachykardií, bolestivým výrazem v obličeji (16).

00134 Nauzea v souvislosti s užitím farmak projevující se zvýšeným sliněním (16).

00032 Neefektivní dýchání v souvislosti s anestezií projevující se sníženou vitální kapacitou plic, sníženou saturací (16).

00027 Deficit tělesných tekutin v souvislosti s porodem císařským řezem projevující se suchými sliznicemi, zvýšenou koncentrací moče (9, 16).

00028 Riziko deficitu tělesných tekutin v souvislosti s operativním porodem (9, 16).

00025 Riziko nevyváženého objemu tělesných tekutin v souvislosti s porodem císařským řezem (16).

00195 Riziko dysbalance elektrolytů v souvislosti se ztrátou tekutin po porodu císařským řezem (16).

00039 Riziko aspirace v souvislosti s anestezií (16).

00016 Porušené vyprazdňování moči v souvislosti s laparotomií projevující se retencí moči v močovém měchýři (16).

00015 Riziko zácpy v souvislosti s nedostatečnou pohybovou aktivitou (16).

00108 Deficit sebepéče při koupání a hygieně v souvislosti s bolestí projevující se neschopností umýt si celé tělo, přemístit se do koupelny (16).

00096 Spánková deprivace v souvislosti se změnou prostředí projevující se únavou, zvýšenou citlivostí vůči bolesti (16).

00085 *Zhoršená pohyblivost* v souvislosti s bolestí po operaci projevující se obtížným otáčením na lůžku (16).

00050 *Porušená energie* v souvislosti s operativním porodem projevující se hypertermií (16).

00093 *Únava* v souvislosti se zvýšenou potřebou energie po operaci projevující se lhostejností (16).

00148 *Strach* v souvislosti s nedostatkem zkušeností s daným stavem projevující se zvýšeným krevním tlakem (16).

00094 *Riziko intolerance aktivity* v souvislosti s imobilitou (16).

00004 *Riziko infekce* v souvislosti se zavedením periferního žilního katétru (16).

00004 *Riziko infekce* v souvislosti se zavedením permanentního močového katétru (16).

00004 *Riziko infekce* v souvislosti s operační ránou (16).

00206 *Riziko krvácení* v souvislosti s komplikacemi po operativním porodu (16).

00205 *Riziko šoku* v souvislosti s velkou krevní ztrátou po operativním porodu (16).

00007 *Hypertermie* v souvislosti s anestezií projevující se teplou pokožkou (16).

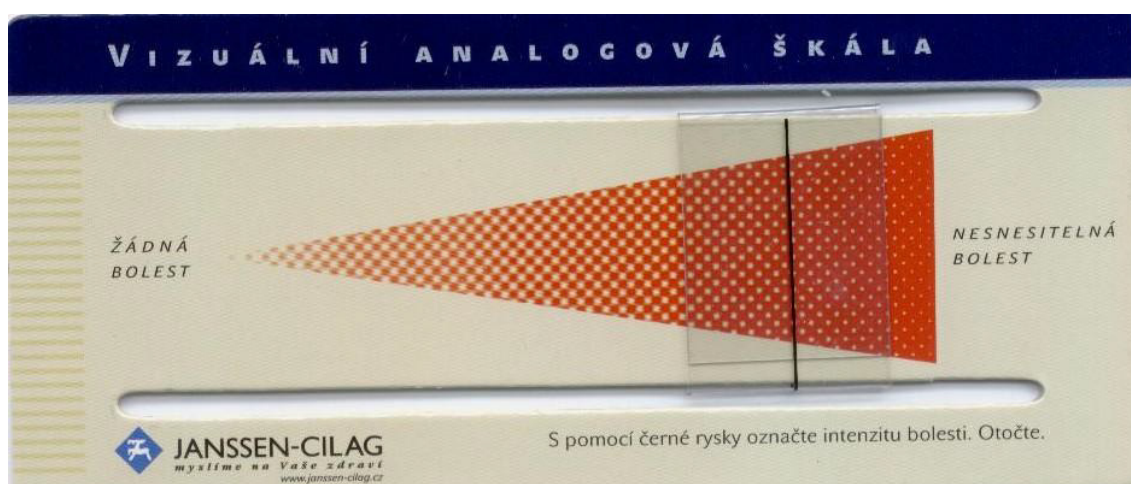
00155 *Riziko pádu* v souvislosti s podáním narkotik (16).

00053 *Sociální izolace* v souvislosti s pobytem ženy na pokoji intermediární péče projevující se smutkem (16).

00107 *Neefektivní krmení kojence* v souvislosti s chybnou technikou kojení projevující se pláčem novorozence (16).

Příloha 3

Analogové škály pro dospělé



Zdroj: [online]. [cit. 2012-04-19]. Dostupné z: www.grohova.cz

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2012

Monika Maříková