



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

**Potřeby žen po porodu císařským řezem**

## **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Studijní program:

**PORODNÍ ASISTENCE**

**Autor:** Vlasta Máchová

**Vedoucí práce:** PhDr. Drahomíra Filausová

České Budějovice 2018

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Potřeby žen po porodu císařským řezem*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím dostupné literatury uvedené 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 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 školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne

.....

VlastaMáchová

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala vedoucí práce PhDr. Drahomíře Filausové za cenné rady a trpělivost při zpracování bakalářské práce. Také bych ráda poděkovala rodině a partnerovi za podporu během celého studia.

# Potřeby žen po porodu císařským řezem

## Abstrakt

Tato bakalářská práce je zaměřena na potřeby žen po porodu císařským řezem. V teoretické části je popsán císařský řez, jeho historie, indikace, metody, kterými lze císařský řez provést, druhy anestezie a komplikace, které mohou nastat. Následně jsou popsány potřeby člověka, uvedená hierarchie potřeb dle A.H. Maslowa, popsána péče porodní asistentky během předoperační přípravy u akutního i plánovaného císařského řezu a péče porodní asistentky v pooperačním období.

Ke sběru dat byl využitý polostrukturovaný rozhovor, který byl proveden se ženami po císařském řezu na oddělení šestinedělí. Výzkum byl proveden v průběhu dubna a května roku 2018. Rozhovory se ženami byly vedeny anonymně a po odsouhlasení byly nahrávány na mobilní telefon. Následně byly získané rozhovory doslovně přepsány, analyzovány a zpracovány pomocí kódování „tužka-papír“.

Polostrukturovaný rozhovor se skládal z 10 otevřených otázek a dle potřeby byly stanovené otázky doplněné podotázkami. Odpovědi respondentek byly rozčleněny do kategorií a podkategorií. Výzkumný soubor tvořilo sedm žen po císařském řezu ve věku od 20 do 36 let.

První výzkumná otázka zjišťovala, které potřeby v rámci biopsychosociálních potřeb jsou uspokojovány porodní asistentkou u žen po císařském řezu. Z výzkumného šetření vyplynulo, že pět ze sedmi dotazovaných žen mělo uspokojované biopsychosociální potřeby a s péčí poskytovanou porodní asistentkou byly spokojené. Dvě ženy podotkly, že chyběla informovanost v oblasti pohybu, výživy a v péči o operační ránu. Jedna respondentka uvedla, že nebyla spokojená s komunikací a přístupem porodní asistentky.

Druhá výzkumná otázka zjišťovala, jaká byla očekávání žen v pooperačním období v souvislosti s péčí porodní asistentky. Všechny ženy očekávaly od porodních asistentek pomoc v péči v pooperačním období. Pět respondentek uvedlo, že dále očekávaly fyzickou a psychickou podporu ze strany porodních asistentek. Z vyhodnocených výsledků vyplývá, že se všem ženám jejich očekávání od porodních asistentek splnila.

Získané výsledky mohou být prezentovány porodním asistentkám na seminářích a dále mohou být užitečné při uspokojování biopsychosociálních potřeb ženám, které měly těhotenství ukončené císařským řezem.

### **Klíčová slova**

Císařský řez; Ošetrovatelská péče; Porodní asistentka, Potřeba

# **The needs of women after delivery by caesarean section**

## **Abstract**

This thesis is focused on the needs of women after giving birth by caesarean section. The theoretical part describes what a caesarean section is, its history, indications, the methods used to perform a caesarean section, the types of anesthesia and the complications that may occur. Subsequently, human needs are described, as well as the hierarchy of needs by A.H. Maslow, as well as the midwifery care during the preoperative preparation of the patients with acute and planned caesarean section and subsequently the midwifery care during the postoperative period.

A semi-structured interview was used to collect the data, which was conducted in the postnatal ward with those women who had experienced a caesarean section. The research was conducted from April to May, 2018. The interviews with women were conducted anonymously and after their approval, they were recorded on a mobile device. Subsequently, the interviews were literally transcribed, analyzed and processed using pencil-paper encoding.

The semi-structured interview consisted of 10 open questions and, if required, the questions were supplemented by subpoints. The respondents' answers were categorized into subcategories. The target research group consisted of seven women after a caesarean section between the ages of 20 and 36.

The first research question identified the needs of biopsychosocial needs to be met by the midwife in women after the cesarean section. The research survey found that five out of seven women interviewed had satisfactory biopsychosocial needs and were satisfied with the care provided by the midwife. Two women said they lacked awareness of movement, nutrition, and surgical wound care. One respondent stated she was not satisfied with the midwife's communication and approach.

The second research question identified the expectations of women in the postoperative period in relation to midwife care. All women were expecting the midwives to assist them with care during the postoperative period. Five respondents said they expected further physical and psychological support from midwives. The results show that all women have met their expectations regarding midwife care.

The results can be presented at seminars for midwives and may be useful in meeting the biopsychosocial needs of women who had a pregnancy completed through a caesarean section.

**Keywords**

Caesarea section; Midwife; Nursing Care; Need

## OBSAH

1. Současný stav .....	10
1.1 Císařský řez a jeho historie .....	10
1.1.1 Indikace císařského řezu.....	11
1.1.2 Metody císařského řezu .....	13
1.1.3 Anestezie u císařského řezu.....	14
1.1.4 Komplikace u císařského řezu.....	15
1.2 Potřeby člověka.....	16
1.2.1 Klasifikace potřeb.....	16
1.2.2 Hierarchie potřeb dle A.H. Maslowa.....	17
1.3 Péče porodní asistentky během předoperační přípravy.....	18
1.3.1 Předoperační příprava u pacientky s plánovaným císařským řezem.....	19
1.3.2 Předoperační příprava u pacientky s akutním císařským řezem .....	20
1.4 Péče porodní asistentky v pooperačním období.....	21
1.4.1 Sledování fyziologických funkcí, zavinování dělohy a krvácení .....	21
1.4.2 Hygienická péče, spánek a odpočinek.....	22
1.4.3 Tišení bolesti .....	23
1.4.4 Výživa.....	23
1.4.5 Vyprazdňování .....	24
1.4.6 Mobilizace a rehabilitace po císařském řezu.....	24
1.4.7 Péče o operační ránu.....	25
1.4.8 Kojení .....	25



2.	Cíle práce a výzkumné otázky .....	28
2.1	Cíle práce .....	28
2.2	Výzkumné otázky.....	28
2.3	Operacionalizace pojmů.....	28
3.	Metodika.....	29
3.1	Použité metody a techniky .....	29
3.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	29
4.	Výsledky výzkumu.....	30
4.1	Identifikační údaje respondentek .....	30
4.2	Kategorizace dat.....	31
5.	Diskuse .....	45
6.	Závěr.....	51
7.	Seznam použitých zdrojů .....	53
8.	Přílohy .....	59
9.	Seznam zkratk .....	66

## Úvod

Císařský řez je popisován jako nejstarší porodnická operace a v současnosti frekvence jeho užívání neustále stoupá. Tato operace se využívá pro záchranu života matky či dítěte. Jelikož je tato operace velmi náročná, je pro ženu až šestkrát vyšší riziko komplikací než při vaginálně vedeném porodu. Indikací pro ukončení těhotenství akutním či plánovaným císařským řezem je několik, například kefalopelvický nepoměr, vcestné lůžko, operace v blízkosti malé pánve, věková hranice ženy, šikmá či příčná poloha plodu apod.

Člověk je bytost, která po celý život uspokojuje své potřeby. Každý člověk je jedinečný, tudíž každý má své prioritní biopsychosociální potřeby, které se během života mění a vyvíjejí. Pokud dojde k tomu, že potřeby nejsou uspokojovány, dochází k narušení rovnováhy organismu.

Předoperační péče je poskytována všem pacientkám, u kterých je rozhodnuto o provedení operace. Předoperační příprava je rozdělena do tří kategorií na dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední. Jedná-li se o plánovaný císařský řez, podstoupí žena několik vyšetření, jako například laboratorní vyšetření krve, biochemické vyšetření moči, EKG srdce apod. Pokud se ale jedná o akutní císařský řez, provádí interní vyšetření anesteziolog těsně před operačním výkonem. Hlavním úkolem této přípravy je zajistit pro pacientku příznivé podmínky, což umožňuje lepší zvládnutí stresu a napomáhá k jejímu kvalitnějšímu zotavení.

V současnosti si ženy mohou vybrat ze dvou druhů anestezie, celkové a neuroaxiální. Při celkové anestezii je žena uvedena do umělého spánku a dochází k relaxaci svalstva. Během této anestezie dochází k útlumu novorozence a hrozí riziko aspirace žaludečního obsahu ženy. Neuroaxiální anestezie využívá podání anestetické látky přímo k nervovým strukturám. Tato anestezie má rychlý účinek a nedochází při ní k útlumu novorozence. Při této anestezii je umožněn první kontakt matky s novorozencem (bonding) již na operačním sále.

V pooperační péči sleduje porodní asistentka fyziologické funkce pacientky, vědomí, její reakci na bolest, kontroluje invazivní vstupy a operační ránu, sleduje krvácení z rodidel, kontroluje příjem tekutin a výdej moči, pečuje o hygienu ženy a podává infuzní a transfuzní terapii dle ordinace lékaře.

Bakalářská práce se zabývá potřebami žen po porodu císařským řezem. Teoretická část je rozdělena na čtyři kapitoly, ve kterých je popsán císařský řez, potřeby člověka,

péče porodní asistentky během předoperační přípravy a péče porodní asistentky v pooperačním období. K výzkumné části byl použitý kvalitativní výzkum a ke sběru dat posloužil polostrukturovaný rozhovor. Rozhovory byly provedeny se ženami po císařském řezu na oddělení šestinedělí. Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že porodní asistentky pečují o celkový stav žen po císařském řezu a uspokojují jejich biopsychosociální potřeby. Získané výsledky mohou být prezentovány porodním asistentkám na seminářích a dále mohou být užitečné při uspokojování biopsychosociálních potřeb ženám po porodu císařským řezem.

## 1. Současný stav

### 1.1 Císařský řez a jeho historie

Císařský řez je považován za nejstarší porodnickou operaci, během které je chirurgicky vybaveno tělo novorozence z dutiny děložní (Hourová, Galambošová, 2015). Císařský řez lze provést plánovaně, je-li předem daná indikace k tomuto ukončení, nebo akutně, je-li matka či dítě ohroženo na životě (Pařízek, 2015). Jedná se o velmi náročnou operaci, z toho důvodu se operace provádí s pomocí multidisciplinárního týmu, který tvoří zejména porodníci, anesteziologové, pediatri, dětské sestry, porodní asistentky a další (Radhakrishnan, 2013). Roztočil et al., (2017) uvádějí, že ukončení těhotenství císařským řezem přináší šestkrát vyšší rizika komplikací než vaginální porod. V současnosti četnost provedení císařského řezu narůstá a provádí se u 25 % všech porodů (Gregora, Velemínský ml., 2017). Pařízek (2015) tvrdí, že v České republice podstoupí každá pátá žena ukončení těhotenství císařským řezem.

Doležal, et al., (2009) uvádějí, že prameny vzniku císařského řezu sahají do starověku. Tato operace se dříve využívala v nejnútnejších případech, kdy šlo o život dítěte nebo matky (Roztočil et al., 2017). V 8 st. př. n. l. vydal v Římě Numa Pompilius prohlášení, že pokud dojde k úmrtí ženy během těhotenství nebo v průběhu porodu, vždy se musel plod z těla matky vyříznout (Doležal et al., 2009). První císařský řez na živé ženě byl proveden v roce 1500 a vedl ho zvěrolékař Jakub Nufer za pomoci svých kolegů a porodních bab (Pařízek, Doležal, 2014). Nufer provedl rozříznutí břicha a následné vybavení dítěte (Doležal, et al., 2009). Ačkoliv byl tento výkon vydařený, matka během několika dní zemřela, jelikož se v této době neprovádělo šití rány a z tohoto důvodu došlo k dehiscenci rány a následně k infekci, která vedla k matčině smrti (Doležal, et al., 2009).

Další císařský řez na živé ženě provedl v roce 1610 chirurg Jeremias Trautmann ve spolupráci se svým asistentem Christophem Seethem. Po několika týdnech žena opět zemřela (Pařízek, Doležal, 2014). Při císařském řezu byla mateřská úmrtnost v této době téměř 100%, přičemž hlavním důvodem byla raná infekce, která vznikala v děloze, dutině břišní nebo pobříšnici (Pařízek, 2015). Četnost provedení operace začala narůstat v polovině 18. století, kdy Semmelweis a Lister zavedli do porodnictví antisepsi (Čech, 2014). Dalším pokrokem v porodnictví bylo zavedení anestezie, farmakoterapie,

transfuzní terapie (Roztočil et al., 2017) a v roce 1945 objevení antibiotické léčby (Fiala, 2011). Pomocí tohoto rozvoje došlo ke snížení mateřské úmrtnosti (Křepelka, 2008). V České republice byl průkopníkem císařského řezu Václav Piřha, který vydal učebnici o porodnických operacích, a také Rubeřka, který napsal učebnici pro babičky (Čepický, Líbalová, 2007).

### ***1.1.1 Indikace císařského řezu***

Císařský řez lze rozdělit na dva druhy, primární (elektivní, plánovaný), jehož indikace vznikla v průběhu těhotenství, nebo sekundární (akutní), ke kterému se přistupuje v případě, jedná-li se o ohrožení života matky, nebo plodu (Čech, 2014). Císařský řez je možné provést v I. i II. době porodní (Binder, 2014), není-li velká část plodu vstoupila v pánvi (Hanáková, et al., 2015). Jedná-li se o plánovaný císařský řez, provádí se před nástupem pravidelných děložních kontrakcí (Hudáková, Kopáčiková, 2017). Má-li žena předchozí těhotenství ukončené císařským řezem, není podmínkou, že další těhotenství bude takto ukončeno (Gregora, Velemínský, 2017). Jestliže gynekolog při ultrazvukovém vyšetření naměří porodní hmotnost dítěte menší než 4 kg, nenalezne na jizvě po předchozím císařským řezu žádné změny a rodička souhlasí, lze přistoupit k vaginálnímu porodu (Pařízek, 2015). Dle Goela et al., (2013) by měl být spontánní porod po předchozím císařském řezu veden v porodnici, ve které lze včas rozpoznat a diagnostikovat případné komplikace a zabránit tak mateřské a perinatální úmrtnosti. Indikace císařského řezu se dělí: ze strany matky a ze strany plodu (Roztočil et al., 2017).

#### *Indikace ze strany matky*

Fetopelvicový a kefalopelvicový nepoměr patří mezi nejčastější indikace k ukončení těhotenství císařským řezem (Čech, 2014). Jedná se o nepoměr tvrdých porodních cest a hlavičky plodu (Hourová, Galambořová, 2015). Kefalopelvicový nepoměr může mít za následek nepostupující vaginální porod, který je následně ukončen akutním císařským řezem (Slezáková, 2017).

Včestné myomy, ovariální a rektální nádory mohou zúžit porodní cesty, a tudíž jsou překážkou pro vaginálně vedený porod (Čech, 2014). Mezi další indikace patří operace provedené v blízkosti malé pánve, nebo vzniklé jizvy, například po úrazu pánve, nebo po opakovaném císařském řezu (Hanáková, et al., 2015). Má-li žena

v anamnéze záznam o předchozím ukončení těhotenství císařským řezem, lékař by měl zjistit, z jaké indikace a jakým způsobem byl řez proveden (Čech, 2014). Je-li proveden císařský řez dle Gepperta (příčný řez, který se provádí na dolní části dělohy), je možné další těhotenství vést vaginálně (Gregora, Velemínský, 2017). V tomto případě je důležité kontrolovat stav jizvy, jelikož v průběhu vaginálního porodu může dojít k děložní ruptuře (Pařízek, 2015).

Vcestné lůžko (placenta praevia) může být další indikací k ukončení těhotenství císařským řezem (Čech, 2014). Za fyziologických podmínek je placenta uhnížděna mimo dolní děložní segment (dále uváděno DDS), pokud se ovšem jedná o vcestné lůžko, znamená to, že placenta částečně či úplně zasahuje do DDS (Roztočil et al., 2017). Hlavním příznakem vcestného lůžka je nebolestivé krvácení, které se objevuje v průběhu těhotenství nebo ve třetím trimestru nezávisle na děložních kontrakcích (Binder, et al., 2011). Dle Gregory a Velemínského (2013) se placenta praevia vyskytuje u 0,5 % těhotných žen a lze ji diagnostikovat ultrazvukem.

Indikace k ukončení těhotenství akutním císařským řezem je předčasné odlučování lůžka ve třetím trimestru, v první a druhé době porodní (Binder, et al., 2014). Tato komplikace se vyskytuje v 1 % těhotenství a mezi hlavní příčiny patří vysoký krevní tlak (preeklampsie), pád, úraz břicha, děložní myomy nebo krátký pupečník plodu (Slezáková, et al., 2017).

Předčasný odtok plodové vody patří mezi další indikace k ukončení těhotenství císařským řezem (Roztočil et al., 2017). Předčasný odtok plodové vody je způsobený porušením celistvosti plodových obalů (Hourová, et al., 2015). Je-li prokázán předčasný odtok plodové vody, je možné přistoupit ke konzervativní léčbě pouze v případě, nejsou-li počínající známky infekce (Čech, 2014).

Mezi další indikace k ukončení těhotenství císařským řezem patří přidružená onemocnění ženy, dle Čecha (2014) se jedná o hypertenzi, diabetes mellitus, nemoci srdce, plic, ledvin, oční a cévní onemocnění nebo stav po transplantaci orgánů. Komplikace se mohou projevit u akutních, chronických a psychických stavů, u zhoršující se preeklampsie nebo u stavu po předchozím eklamptickém záchvatu (Roztočil et al., 2017). Je-li u matky v těhotenství zjištěné infekční onemocnění, například HIV, je těhotenství ukončeno císařským řezem, jelikož hrozí přenos HIV infekce na dítě (Hanáková, et al., 2017).

## *Indikace ze strany plodu*

Patologické naléhání plodu je nejčastější indikace ze strany plodu k ukončení těhotenství císařským řezem (Roztočil et al., 2017). Jedná se o nepravidelné uložení plodu, kdy plod zaujímá neodstranitelnou příčnou či šikmou polohu (Čech, 2014), dále naléhání hlavičky plodu čelem, obličejem, vysoký přímý stav nebo také přední a zadní asynklitismus (Roztočil et al., 2017). Zaujímá-li plod polohu koncem pánevním, rozhoduje o indikaci vedení porodu velikost a prostornost pánve rodičky, velikost plodu a rozhodnutí rodičky, zda souhlasí rodit vaginálně (Gregora, Velemínský, 2017).

### **1.1.2 Metody císařského řezu**

V porodnictví je používáno více metod, jakými lze provést císařský řez (Čech, 2014). Mezi nejčastější metodu patří příčný supracervikální řez, dále cervikokorporální řez a korporální (klasický) řez (Roztočil et al., 2017) (viz Příloha 1).

Císařský řez se zahajuje laparotomií, a to dvěma způsoby (Čech, 2014). Schneiderová (2014) uvádí pouze jeden způsob, kterým lze řez provést, a to příčný suprapubický řez uváděný jako Pfannenstielův řez. Dle Roztočila et al., (2017) se supracervikální transperitoneální řez provádí takto: „...řez na děloze se vede po protěti vezikouterinní plíky a po jejím sesunutí příčně v oblasti dolního děložního segmentu, tedy v pasivní děložní části, mezi transversálně probíhajícími svalovými vlákny myometria.“ (Roztočil et al., 2017, s. 502). Vytvoří se řasa, která je sesunuta společně s močovým měchýřem ke stydké sponě (Čech, 2014). Je-li patrná přední stěna DDS, opatrně se provede naříznutí děložní stěny buď to v celé šíři, nebo tupým roztažením, kdy je děložní stěna naříznuta centrálně a prsty roztažena do stran (Roztočil et al., 2017). Po vybavení plodu se podávají uterotonika, provede se vybavení placenty, revize děložní dutiny a operační rány (Čech, 2014). Následně se myometrium sešije ve dvou vrstvách vstřebatelným materiálem (Roztočil et al., 2017). Gregora a Velemínský (2013) tvrdí, že pokud je císařský řez proveden dle Gepperta, je možné další těhotenství ukončit vaginálním porodem, ale záleží vždy na mnoha okolnostech.

Cervikokorporální řez se provádí u předčasných porodů nebo u příčných poloh plodu (Doležal et al., 2007). Řez je proveden ve střední čáře, kdy horní část zasahuje do těla děložního a spodní část do nerozvinutého DDS (Čech, 2014).

Korporální (klasický) císařský řez je veden ve střední čáře od děložního fundu k přední stěně (Čech, 2014). Při tomto řezu je dle Čecha (2014) kontraindikací další

těhotenství, protože hrozí během porodu rozestup a ruptura dělohy (Roztočil et al., 2017). Korporální řez se v současnosti téměř nepoužívá, pouze v případě srůstů po operacích či úrazech v DDS s následnou hysterektomií (Roztočil et al., 2017).

Doležal et al., (2007) uvádějí další způsoby řezů, které jsou možné provést v DDS, například U-řez, který je prováděn na nerozvinutém DDS u nezralých plodů, S řez, nebo obrácený T řez, který se provádí v krizových situacích, nejde-li z dělohy vybavit velká část plodu (Čech, 2014).

### ***1.1.3 Anestezie u císařského řezu***

Při anestezii neboli znecitlivění dochází k úplnému vyřazení veškerých vnímavých procesů a tím je zajištěn pacientce bezbolestný průběh operace (Brázda, 2015). Anestezii při císařském řezu lze rozdělit na celkovou nebo neuroaxiální (Čech, 2014). Při volbě záleží především na časové naléhavosti operace a na rozhodnutí rodičky, jakou anestezii preferuje (Kurzová, 2016).

#### *Celková anestezie*

Celková anestezie neboli narkóza má za úkol uvést člověka do umělého spánku a díky tomu dochází k úplnému vyřazení podnětů, které směřují do nervového systému (Málek et al., 2016). Výsledkem celkové anestezie je navození bezvědomí pacientky a spolehlivá relaxace svalstva, což umožňuje bezproblémový průběh operace (Schneiderová, 2014). Celková anestezie se využívá u akutního i plánovaného císařského řezu, pokud rodička odmítne neuroaxiální anestezii, nebo je-li neuroaxiální anestezie kontraindikována (Cvrček, Roztočil, 2017). Tato anestezie je volena v kritických stavech, při kterých jde o život matky i dítěte (Kurzová, 2016). Kurzová (2016) dále uvádí, že při celkové anestezii dochází k útlumu novorozence, který je způsobený podanými léky, a v případě této anestezie není možný první kontakt matka-dítě (Barash et al., 2015). Nevýhodou této anestezie je riziko aspirace žaludečního obsahu rodičkou, které je způsobené vyšším stavem bránice, vyšším nitrobřišním tlakem a sníženým tonusem jícnového svěrače (Kurzová, 2016).



## *Neuroaxiální anestezie*

Při této anestezii dochází k podání anestetické látky k nervovým strukturám a lze je podat do subarachnoidálního nebo epidurálního prostoru (Barash et al., 2015). Výhodou subarachnoidální anestezie je rychlý nástup účinku, na který navazuje svalová relaxace (Cvrček, Roztočil, 2017). Dále je minimální riziko aspirace žaludečního obsahu rodičkou, nedochází k dechovému útlumu plodu, je nižší krevní ztráta u rodičky, která je plně při vědomí, a tudíž není narušený první kontakt matka-dítě (Kurzová, 2016). Má-li žena zavedený epidurální katétr, je možno jí pomocí katétru aplikovat analgetikum v pooperačním období (Barash et al., 2015). Při této anestezii je vyšší riziko postpunkční bolestivosti hlavy (Kurzová, 2016).

### **1.1.4 Komplikace u císařského řezu**

Císařský řez je pro ženu náročnější než vaginální porod, riziko komplikací je tedy až šestkrát vyšší (Čech, 2014). Jedná-li se o plánovaný císařský řez, procento komplikací je stejné jako u vaginálního porodu (Roztočil et al., 2017). Čech (2014) uvádí, že jednou z nejčastějších a nejnebezpečnějších komplikací je krvácení. Příčinou krvácení může být poranění dělohy, atonie dělohy nebo poranění v oblasti arteriálního řečiště (Doležal et al., 2007). V tomto případě je důležité včasné podání krevní náhrady a rychlé odhalení příčiny zdroje krvácení (Čech, 2014). Jedná-li se o masivní krvácení, hrozí riziko hemoragického šoku a rozvoj diseminované intravaskulární koagulopatie (Roztočil et al., 2017) Jedná-li se o zdroj krvácení z placentární plochy, tedy v případě placenty accrety (Doležal et al., 2007), a nelze-li masivní krvácení zastavit medikamentózně ani chirurgicky, je jediným řešením provedení hysterektomie (Roztočil et al., 2017).

Další komplikací je embolie plodovou vodou či vzduchová embolie, která je hlavní příčinou náhlého mateřského úmrtí (Čech, 2014). Field a Haloob (2016) uvádějí, že v pooperačním období lze preventivně předcházet tromboembolické nemoci. Dle Doležala et al., (2007) lze tromboembolické nemoci předcházet pomocí miniheparinizace a brzkého vstávání pacientky po operaci.

Dalšími komplikacemi císařského řezu je dle Janíkové a Křivánkové (2011) poškození orgánů, především močovodu, močového měchýře, reprodukčních orgánů nebo narušení střev. Čech (2014) uvádí další komplikace, mezi které patří infekce, pooperační hematom, kýla v jizvě, Roztočil et al., (2017) dále uvádí urologické

komplikace (například cystitida nebo retence moči), gastroenterologické komplikace (například paralytický ileus) nebo pooperační anemie. Mezi další komplikace patří Mendelsonův syndrom neboli vdechnutí žaludečního obsahu, plicní edém, riziko vzniku laryngospasmu, hypotenze a komplikace v souvislosti se zavedením spinální nebo epidurální anestezie (Čech, 2014).

## **1.2 Potřeby člověka**

Trachtová et al., (2013) uvádějí, že definice člověka podle Maslowa zní: *Člověk je bytost s potřebami a dosahuje zřídka stavu plnějšího uspokojení, vyjma krátké doby. Jakmile je jedna potřeba uspokojena, staví se na její místo druhá...Pro lidskou bytost je v celém jejím životě charakteristické, že prakticky stále něco vyžaduje.* (Trachtová et al., 2013, s. 14).

Potřeba je stav, který lze charakterizovat z pocitu přebytku nebo nedostatku v oblasti biopsychosociální a spirituální (Šamánková et al., 2011). Trachtová et al., (2013) uvádějí, že potřeby člověka jsou nezbytnou součástí pro životní vývoj. V průběhu lidského života se potřeby mění a vyvíjejí (Sikorová, 2011). Potřeby jsou individuální a každý člověk je uspokojuje adekvátně a efektivně ve svůj prospěch (Burda, Šolcová, 2015). Uspokojování biopsychosociálních a spirituálních potřeb se realizuje pomocí ošetrovatelského procesu (Nováková, 2014) ve kterém je využíván holistický přístup (Trachtová et al., 2013). V případě, nejsou-li potřeby uspokojovány, dochází k narušení homeostázy organismu (Burda, Šolcová, 2015).

### **1.2.1 Klasifikace potřeb**

V psychologii se potřeby rozdělují na primární (vrozené) a sekundární (získané) (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011). Primární potřeby patří mezi nejstarší a shodují se s potřebami zvířat (Říčan, 2010). Jedná se o potřeby biologické, přirozené a fyziologické, které jsou důležité pro existenci lidstva (Zacharová, 2016) a nelze bez nich žít (Šamánková et al., 2011). Mezi tyto potřeby patří potřeba dýchání, potravy, vody, tepla, vylučování, sexuální potřeba, potřeba odpočinku a spánku, potřeba tišení bolesti apod. (Říčan, 2010). Na primární potřeby navazují potřeby sekundární, které jsou mladší a získávají se během celého života (Nováková, 2014). Jsou považované za získané, naučené, sociální a kulturní (Šamánková et al., 2011). Mezi sekundární potřeby patří potřeba jistoty, bezpečí, sounáležitosti, lásky, potřeba

seberealizace, potřeba uznání, sebeúcty, kognitivní a estetické potřeby (Burda, Šolcová, 2015). Primární i sekundární potřeby je možné uspokojovat žádoucím či nežádoucím způsobem (Trachtová et al., 2013). Uspokojování žádoucím způsobem znamená, že neublíží nám, ani jiným a jedná se o uspokojování na hranicích zákona a o nežádoucím způsobu uspokojování mluvíme tehdy, mohou-li škodit dané osobě, nebo jiným a přesahují hranice zákona (Trachtová et al., 2013).

Americký psycholog Henry A. Murray (1893) uznával teorii motivace a následně provedl třídění potřeb na primární (viscerogenní) a sekundární (psychogenní) potřeby, a dále na kladné a záporné potřeby (Bužgová, 2015). Dále Murray vytvořil klasifikace manifestních a latentních potřeb (Trachtová et al., 2013). Manifestní potřeby představují skutečné činnosti, která předcházejí vědomému záměru, oproti tomu latentní potřeby jsou činnosti objektivizované a subjektivizované, které mohou představovat formu přání a touhy individua (Trachtová et al., 2013).

### ***1.2.2 Hierarchie potřeb dle A.H. Maslowa***

Abraham Harold Maslow (1908-1970) byl prvním prezidentem a organizátorem Společnosti humanistické psychologie (Vymětal, 2010). Maslow zavedl teorii motivace, z níž vychází hierarchická pyramida potřeb, ve které zdůrazňuje propojení psychologie a filozofie (Mastiliaková, 2014). Malíková (2011) uvádí, že se Maslow podrobně věnoval lidským potřebám a následně zjišťoval, jaký mají význam a vzájemný vztah. A. H. Maslow zastává názor, že člověk je jedinečný, organizovaný celek a nelze ho měnit na něco jiného, poněvadž je každý člověk jiný (Vymětal, 2010). Díky získaným poznatkům sestavil v roce 1943 pyramidu lidských potřeb, která byla rozdělena do pěti úrovní (Malíková, 2011). Hierarchické rozčlenění spočívá v uspokojování nižších potřeb, bez kterých nelze uspokojit vyšší potřeby (Trachtová, et al., 2013). Na nižší úrovni se nacházejí fyziologické potřeby, potřeby jistoty a bezpečí, na vyšší úrovni jsou potřeby sounáležitosti, lásky, uznání, sebeúcty a na vrcholu pyramidy jsou potřeby seberealizace (realizace vlastního potenciálu) (Mastiliaková, 2014) (viz Příloha 2).

*Fyziologické potřeby* se projevují při narušení homeostázy a souvisejí s potřebami organismu (Trachtová, et al., 2013). Mezi fyziologické potřeby patří potřeba kyslíku, výživy, spánku, odpočinku, pohybu, vyprazdňování, sexuální potřeby a nepřítomnost bolesti (Malíková, 2011). Burda a Šolcová (2015) uvádějí, že pokud nejsou tyto potřeby uspokojovány, dostávají se do popředí a mohou ovlivnit jednání a chování člověka.

*Potřeba jistoty a bezpečí* znamená vyvarovat se nebo se uchránit před ohrožením a nebezpečím (Trachtová, et al., 2013). Potřeba jistoty a bezpečí vyjadřuje touhu po spolehlivosti, stabilitě, důvěře a osvobození od úzkosti a strachu (Sikorová, 2011).

*Potřeba lásky a sounáležitosti* je součástí afiliční potřeby (Trachtová, et al., 2013). Jedná se o potřebu navázání kontaktu, vztahu, potřebu milovat a být milován, potřebu náklonnosti a potřebu sociální integrace (Burda, Šolcová, 2015). Tato potřeba se začne projevovat, jel-li člověk osamocen či opuštěn (Trachtová, et al., 2013).

*Potřeba sebeúcty, uznání a ocenění* mezi které patří obdiv, kompetence, respekt, dosažení kvalitního výkonu a pocta (Mastiliakova, 2014). Malíková (2011) uvádí dále pozornost okolí, uznání a samostatnost. Pokud je člověk nemocný, je důležitý respekt a pozitivní sebevědomí pro ulehčení zotavení a zabránění negativního vzniku sebehodnocení (Karnatovskaia, et al., 2015).

*Potřebu seberealizace, sebeaktualizace* Maslow hodnotí jako nejvýše postavenou, neboť vychází z představ jedince (Malíková, 2011). Jedná se o potřebu, při které chce být člověk tím, kým podle svého uvážení může být (Trachtová, et al., 2013). Mezi tyto potřeby patří rozumění, vědění, estetické potřeby apod (Mastiliaková, 2014).

Maslow uvádí, že má-li člověk uspokojené základní potřeby, je zdravější, šťastnější a výkonnější, než-li člověk s potřebami neuspokojenými (Trachtová, et al., 2013). Nejsou-li potřeby uspokojovány, může dojít ke zhoršení zdravotního stavu pacienta, k agresivitě, nedůvěře, zklamání, depresi, člověk může pociťovat méněcennost apod. (Mastiliaková, 2014).

### ***1.3 Péče porodní asistentky během předoperační přípravy***

Předoperační péče se provádí u každé pacientky a důležitou roli zde zastupuje časový interval a operační charakter (Večeřová, 2016). Předoperační péče je zahájena ve chvíli, kdy lékař rozhodne o provedení operace, až do doby, kdy je pacientka předána na operační sál (Janíková, Zeleníková, 2013). Předoperační přípravu lze rozdělit do tří fází na dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední (Burda, Šolcová, 2016). Hlavním úkolem předoperační přípravy je vytvoření příznivých podmínek pro pacientku, což napomáhá k lepšímu zvládnutí stresu, zátěže a vede ke kvalitnějšímu zotavení (Janíková, Zeleníková, 2013).

Dlouhodobá předoperační příprava zahrnuje interní vyšetření, kam patří i získání anamnézy, fyzikální vyšetření, gynekologické vyšetření, laboratorní vyšetření krve

a moči a EKG srdce (Janíková, Zeleníková, 2013). Pacientka toto vyšetření podstoupí nejdéle 14 dní před plánovaným výkonem (Slezáková et al. 2010). Krátkodobá předoperační příprava začíná příjmem pacientky, který obvykle bývá 24 hodin před výkonem, a úkolem porodní asistentky je poučit pacientku o lačnění, hygieně, přípravě operačního pole, o sundání veškerých šperků, vyndání zubní náhrady a piercingů (Nováková, 2011). Následně lékař provede edukaci pacientky o průběhu operace a předá jí informované souhlasy (Gregora, Velemínský ml., 2017). Bezprostřední předoperační příprava začíná dvě hodiny před plánovaným výkonem (Burda, Šolcová, 2016). Porodní asistentka během této přípravy provede kontrolu vitálních funkcí pacientky, zkontroluje oholení v oblasti operačního pole, provede bandáž dolních končetin, zavede permanentní močový katétr, zajistí invazivní vstupy, dle ordinace lékaře aplikuje premedikaci, vše řádně zaznamená do dokumentace a poté předá pacientku i s dokumentací na operační sál (Janíková, Zeleníková, 2013).

### ***1.3.1 Předoperační příprava u pacientky s plánovaným císařským řezem***

Při příjmu pacientky na porodní sál sepisuje porodní asistentka se ženou identifikační a osobní údaje a předloží jí informované souhlasy (Čech, 2014). Pacientka obdrží informovaný souhlas s hospitalizací, souhlas s vedením porodu, souhlas s péčí a hospitalizací novorozence a souhlas s anestezií (Čech, 2014). Rozhodnutí pro danou anestezii je vždy na rodiče a jejím zdravotním stavu (Roztočil et al., 2017). V případě, rozhodne-li se pacientka pro spinální anestezii, nabídne porodní asistentka ženě možnost bondingu s novorozencem (Roztočil et al., 2017). Dále je důležité seznámit pacientku s vnitřním chodem oddělení, provést ji po oddělení a seznámit ji s příslušným ošetřujícím personálem (Roztočil et al., 2017). Porodní asistentka dle svých kompetencí a dle zákona 96/2004 Sb., poskytne pacientce informace o následujících standardních postupech (Slezáková, 2013). Během předoperační přípravy je důležité vytvořit pro rodičku přirozené podmínky, díky kterým pacientka lépe zvládá stres a zátěž (Janíková, Zeleníková, 2013). Takács et al., (2015) uvádějí, že ženy, které podstupují plánovaný císařský řez, mají nižší výskyt psychického traumatu, jelikož jsou s touto indikací smířeny a mohou se na ni připravit.

Před plánovanou operací by žena měla podstoupit komplexní předoperační vyšetření, v případě, že toto vyšetření nepodstoupí, provede se předoperační vyšetření v den příjmu (Čech, 2014). Dále se provádí laboratorní vyšetření krve, biochemické

vyšetření moči, EKG srdce a celkové zhodnocení zdravotního stavu pacientky (Hanáková et al., 2015). V současné době se před operací podávají antibiotika jako prevence vzniku zánětlivých komplikací (Hanáková et al., 2015). Dále se dle ordinace lékaře aplikuje miniheparinizace a provádí se bandáž dolních končetin jako prevence tromboembolické nemoci a diseminované intravaskulární koagulopatie (Čech, 2014).

### ***1.3.2 Předoperační příprava u pacientky s akutním císařským řezem***

K akutnímu císařskému řezu se přistupuje v průběhu těhotenství, nastanou-li komplikace, nebo v průběhu vaginálního porodu, jde-li o ohrožení života matky či plodu (Hanáková, et al., 2015). Akutní hypoxie plodu, nepostupující porod v důsledku slabých děložních kontrakcí, abrupce placenty, výhřez pupečníku, to jsou indikace k ukončení těhotenství akutním císařským řezem (Roztočil et al., 2017). Nastane-li tato situace, je nutné rodičku informovat o následném postupu, poskytnout jí informace o jejím zdravotním stavu a o zdravotním stavu plodu (Doležal et al., 2007). Je-li rodička obeznámena s dalším postupem léčby a všemu rozumí, podepíše informované souhlasy a poté přichází anesteziolog, který ženu obeznámí s druhy anestezie a společně podepíše informovaný souhlas s vybranou anestézií (Doležal et al., 2007). V této chvíli je pro rodičku důležitá neustálá komunikace a kontakt se zdravotnickým personálem a hlavním úkolem porodní asistentky je ženu uklidnit a být jí oporou (Takács et al., 2015). Tato situace je stresující nejen pro rodičku, ale také pro celý zdravotnický personál, kdy je zapotřebí zkušený tým s dobrou organizací (Čech, 2014). V této situaci provádí interní vyšetření anesteziolog a porodní asistentka zajistí invazivní vstupy, současně provede odběr krve na statim, a pokud žena krvácí, zajistí krevní náhradu (Čech, 2014). Porodní asistentka poučí ženu o nutnosti vyndání zubní protézy, šperků, piercingů, kontaktních čoček a sundání brýlí (Slezáková et al., 2010). Dále vyzve ženu k oblečení do operační košile, následně provede bandáž dolních končetin, aseptickým způsobem zavede permanentní močový katétr a zkontroluje oholení v oblasti operačního pole, popřípadě oblast přeholí a dále předá pacientku i s dokumentací na operační sál (Janíková, Zeleníková, 2013).

#### ***1.4 Péče porodní asistentky v pooperačním období***

Cílem pooperační péče je dle Bartůňka, et al., (2016) návrat pacientky do běžného života jako před operací. Uspokojování biopsychosociálních potřeb ženy a navrácení sebeděče je hlavním úkolem porodní asistentky (Nováková, 2014).

Pooperační péče je dána zdravotním stavem pacientky, druhem operačního výkonu a současnými nemocemi pacientky (Schneiderová, 2014). Pooperační péče se rozděluje na bezprostřední, která se zaměřuje na prevenci komplikací v pooperačním období, a následnou, která je zaměřena na návrat do předchozího života, a rehabilitaci ženy (Janíková, Zeleníková, 2013). Po operaci je pacientka převezena na jednotku intenzivní péče (JIP), nebo dospávací pokoj, kde dochází k úplnému zotavení pacientky z operace (Slezáková et al., 2017). V tomto pooperačním období dochází k postupné stabilizaci funkcí organismu do původního stavu (Slezáková et al., 2017).

Bezprostřední pooperační péče je v období 1 až 2 dnů po operaci, kdy porodní asistentka sleduje fyziologické funkce, vědomí pacientky, její reakci na bolest, kontroluje zavedené invazivní vstupy, příjem tekutin a výdej moči (Čech, 2014). Dále kontroluje krvácení z rodidel, sleduje stav operační rány, pečuje o dietní režim, o hygienu ženy, podává léky, infuzní a transfuzní terapii dle ordinace lékaře (Čech, 2014). Porodní asistentka také pečuje o spánek a odpočinek pacientky (Koudelková, 2013). V bezprostřední pooperační péči věnuje velkou pozornost mobilizaci pacientky dle standardů nemocnice (Janíková, Křivánková, 2011).

Následná pooperační péče plně navazuje na bezprostřední pooperační péči (Janíková, Zeleníková, 2013). Je zahájena již v bezprostředním pooperačním období pacientky a končí v den propuštění (Podroužková, Muknšnáblova, 2014). Během této péče kontroluje porodní asistentka fyziologické funkce pacientky, kontroluje stav operační rány, hygienickou péči a vyprazdňování ženy (Čech, 2014). Délka hospitalizace obvykle bývá 5-6 dní, zaleží ovšem na zdravotním stavu pacientky (Pařízek, 2015).

##### ***1.4.1 Sledování fyziologických funkcí, zavinování dělohy a krvácení***

Po přivezení pacientky na pooperační pokoj se pokračuje ve sledování fyziologických funkcí. Porodní asistentka připojí pacientce na pravou horní končetinu manžetu pro kontrolu krevního tlaku, na levou horní končetinu připojí pulzní oxymetr, připojí EKG svody a naměřené hodnoty zaznamenává do dokumentace (Čech, 2014).

Dále kontroluje a následně zapisuje do dokumentace fyziologické funkce nejprve po 15 minutách až 30 minutách, dále po 1 hodině a poté po 3 hodinách (Schneiderová, 2014). Sleduje stav vědomí, verbální a neverbální projevy pacientky (Minaříková, 2008). Koudelková (2013) uvádí, že porodní asistentka také kontroluje výšku a tuhost děložního fundu, krvácení, přičemž vložky mění dle potřeby, dále kontroluje funkčnost permanentního močového katétru sledováním odváděné moči do sběrného sáčku. Má-li žena zavedený Redonův drén, porodní asistentka kontroluje místo zavedení drénu, charakter a množství odvedené tekutiny, kterou drén odvádí pomocí podtlaku do sběrné nádoby (Podroužková, Muknšnáblova, 2014).

#### ***1.4.2 Hygienická péče, spánek a odpočinek***

Hygienická péče je dle Janíkové a Zeleníkové (2013) ztížena omezením hybnosti pacientky po operaci. Přesto porodní asistentka dbá na zvýšenou hygienu a zajišťuje pacientce výměnu ložního prádla, osobního prádla a vložek dle potřeby (Slezáková, 2017). Při výměně vložek sleduje porodní asistentka odchod očí, které jsou zpočátku krvavé a neměly by být zapáchající (Sák, et al., 2008). Při poskytování hygienické péče dodržuje porodní asistentka intimitu pacientky (Slezáková, et al., 2013). V tomto případě je vhodná zástěna mezi lůžky pacientek, která intimitu pacientky chrání (Sikorová, Filová, 2011).

Spánek a odpočinek přispívá k zachování a udržení duševní a tělesného zdraví (Rošková, 2013). Je-li spánek pravidelný a dostatečný, napomáhá udržet normální funkci centrální nervové soustavy a také slouží jako obranný mechanismus při vyčerpání (Paulík, 2017). Spánek a odpočinek patří mezi fyziologické potřeby, je individuální u každé pacientky, závisí na věku, na zdravotním stavu organismu a na denní aktivitě pacientky (Trachtová, 2013). Potřeba spánku a odpočinku je po operaci důležitá, jelikož je zapotřebí více energie pro zvládnutí denních aktivit (Trachtová, 2013). V případě, nemá-li pacientka uspokojenou potřebu spánku a odpočinku, může dojít k zhoršení celkového zdravotního stavu (Rošková, 2013), tudíž je důležité, aby porodní asistentka vytvořila pacientce vhodné prostředí, například utlumí světlo, zajistí teplo, minimalizuje hluk apod. (Paulík, 2017).



### **1.4.3 Tišení bolesti**

Bolest je definována jako *nepříjemná senzorická a emoční zkušenost spojená s akutním nebo potenciálním poškozením tkání, nebo je popisována výrazy takového poškození* (Ptáček et al., 2015, s. 125). Bolest vnímá každý člověk jiným způsobem, proto by se tento stav neměl podcenit, jelikož bolest je varovný signál (Rošková, 2012). Vznik bolesti může být způsobený chemickými, biologickými, fyzikálními noxami a psychickými poruchami (Pokorná et al., 2013). Měření bolesti u člověka lze provést několika různými stupnicemi, například pomocí vizuální analogové stupnice (VAS), číselné stupnice (NRS), Wong Bakerova stupnice bolesti obličeje (WBFPS) a popisné stupnice (DPS) (Gupta et al., 2016).

Po císařském řezu tlumí porodní asistentka bolest pacientky podáním analgetik nebo opiátů dle ordinace lékaře (Sák et al., 2008). Má-li žena zavedený epidurální katétr, lze tímto způsobem podávat analgetika po dobu 24 hodin po operaci (Podroužková, Muknšnáblova, 2014). Porodní asistentka zhodnotí bolest u pacientky pomocí vizuální analogové škály (viz Příloha 3) a vše zaznamenává do dokumentace (Šamánková, et al., 2011). Takásc et al., (2015) uvádějí, že pokud nedojde u pacientky k efektivnímu tišení silné bolesti, hrozí riziko rozvinutí posttraumatických symptomů.

### **1.4.4 Výživa**

Výživa patří mezi biologické primární potřeby člověka a napomáhá k udržení homeostázy organismu (Svačina, 2008). Ke správnému životu a udržení zdraví je nezbytný příjem pevné i tekuté stravy (Slezáková, 2010).

Pooperační strava se řídí dle typu podané anestezie a podle zdravotního stavu pacientky (Roztočil et al., 2017). V prvních dvou hodinách po operaci je pacientce zajištěna náhrada tekutin infuzními roztoky (Čech, 2014). Po následujících dvou hodinách, nenastanou-li žádné komplikace, smí pacientka přijímat čaj po doušcích (Slezáková, 2010) První pooperační den přijímá žena naordinovanou dietu č. 0 (tekutou stravu), poté kašovitou a 3. pooperační den je pacientce podávána dieta č. 3 (plnohodnotná strava) (Slezáková et al., 2013). Porodní asistentka edukuje pacientku o dostatečném pitném režimu, sleduje příjem a výdej tekutin a vše zaznamenává do dokumentace (Podroužková, Muknšnáblova, 2014).

#### **1.4.5 Vyprazdňování**

Vyprazdňování je primární biologická potřeba člověka (Malíková, 2011). Uspokojování této potřeby je zcela individuální a napomáhá k rovnováze organismu (Šamánková et al., 2011). Uspokojená potřeba vyprazdňování navozuje pocit spokojenosti a libosti (Sikorová, 2011). Napětí, nervozita, strach a úzkost jsou negativní emocionální stavy, které mohou vést k neuspokojení vyprazdňovacích potřeb (Šamánková et al., 2011).

Pacientka má po operaci po dobu 24 hodin zavedený permanentní močový katétr a úkolem porodní asistentky je sledovat množství a barvu moči a vše řádně zapisovat do dokumentace (Sák, et al., 2008). Po odstranění permanentního močového katétru je pacientka poučena, že se musí do 4-6 hodin spontánně vymočit (Podroužková, Mukšnáblová, 2014). V případě, že se pacientka nevymocí, provede porodní asistentka jednorázové vycévkování (Slezáková, et al., 2013). Včasná mobilizace pacientky napomáhá k rozpohybování střevní peristaltiky, a tudíž k odchodu plynů (Čech, 2014). Má-li pacientka vzedmuté břicho a plyny neodcházejí, zavede porodní asistentka ženě rektální rourku (Slezáková, et al., 2013). Nedojde-li u ženy k vyprázdnění stolice do 72 hodin, podává porodní asistentka dle ordinace lékaře laxativa nebo klyzma (Podroužková, Mukšnáblová, 2014).

#### **1.4.6 Mobilizace a rehabilitace po císařském řezu**

Včasná mobilizace pacientky přispívá k dosažení dobrého tělesného a psychického stavu (Roztočil et al., 2017). Hlavním cílem je obnovení porušené funkce těla a předejití vzniku pooperačních komplikací, které mohou vzniknout v důsledku pozdní aktivity (Slezáková et al., 2011).

Po operaci je pacientka uložena na zádech s možností pokrčení dolních končetin (Čech, 2014). V případě, že je pacientka po regionální anestezii, leží na rovném lůžku po dobu 8 hodin (Barash et al., 2015). Porodní asistentka edukuje pacientku o pohybu dolních končetin, jelikož svalová kontrakce podporuje cirkulaci krve, a tím minimalizuje riziko vzniku trombu, tromboflebitidy nebo embolie (Roztočil et al., 2017). Dále provádí pacientka s pomocí porodní asistentky nebo fyzioterapeuta hrudní a břišní dýchání, pohybová cvičení, posilování pánevního dna, odkašlávání, při kterém poučí pacientku o nutnosti přidržování operační rány (Slezáková et al., 2013).

Mobilizace pacientky se provádí již první den po operaci jako prevence tromboembolické nemoci (Podroužková, Muknšnáblova, 2014). Porodní asistentka edukuje pacientku o správném vstávání a ulehání do lůžka (Koudelková, 2013). Vstávání z lůžka i ulehání do lůžka by mělo být pomalé, jelikož zmírňuje napětí břišní stěny (Čech, 2014). Při vstávání si pacientka dle poučení přidržuje rukou operační ránu (Slezáková et al., 2013). Včasná rehabilitace je dle Podroužkové a Muknšnáblové (2014) pro ženy důležitá, během ní dochází k psychickému a fyzickému uspokojení a podporuje lepší adaptaci s novorozencem, snižuje poporodní depresi a zvyšuje pocit sebedůvěry.

#### **1.4.7 Péče o operační ránu**

Pooperační jizva je velmi citlivá, proto je důležité věnovat jí vhodnou péči pro správné zhojení (Dyntr, 2012) Rána se může hojit dvěma způsoby: per primam a per secundam (Bírešová, 2012). Hojení per primam probíhá v případě, pokud se okraje rány dotýkají a proces hojení není narušen zánětem (Pejznochová, 2010). V tomto případě je důležité dbát na čistotu operační rány a její ochranu před vniknutím infekce (Mlčoch, 2011). Dostane-li se do rány infekce a vytvoří se zánět, tudíž dojde k dehiscenci rány, pak mluvíme o hojení per secundam (Ihnát, 2017).

Pacientka má po operaci ránu sterilně krytou, k jejímu odkrytí dochází obvykle 1. pooperační den dle zvyklosti oddělení, kdy porodní asistentka provede šetrné ošetření pomocí dezinfekčního postříku (Podroužková, Muknšnáblova, 2014). Po odkrytí edukuje porodní asistentka ženu o správné hygieně, poučí ženu o důležitosti sprchování, sušení a o větrání operační rány, pomocí prodyšného oblečení (Koudelková, 2013). Porodní asistentka poučí ženu o přiložení dlaně na operační ránu při odkašlávání z důvodu tlumení napínání břišního listu (Smékalová, Bartošová, 2013). Pařízek (2015) tvrdí, že nenastanou-li komplikace, pokračovací steh se odstraňuje dle zvyklosti nemocnice 7. - 8. den po operaci.

#### **1.4.8 Kojení**

Mateřské mléko je pro novorozence přirozenou výživou, kterou nelze nahradit (Liška, 2014). Mateřské tělo se na laktaci připravuje během celého těhotenství (Hanáková et al., 2015). Kolostrum (mlezivo) je první mléko, které je u některých žen tvořeno již před porodem (Stožický et al., 2016). V mateřském mléce jsou obsaženy

protilátky, které napomáhají posílení imunity dítěte (Liška, 2014). Gregora a Velemínský (2013) tvrdí, že při kojení dochází k vytváření pouta mezi matkou a novorozencem.

Tvorba laktace je u ženy po císařském řezu opožděna přibližně o jeden den (Koudelková, 2013). Po dobu pobytu pacientky na JIP nebo dospávacím pokoji se o novorozence starají dětské sestry, které ho matce přinášejí na přiložení dle přání matky či novorozence (Hanáková et al., 2015). Dětské sestry pomáhají ženě při přiložení, učí ji správné polohy, držení a manipulaci s novorozencem během kojení (Roztočil et al., 2017). Výhodou kojení pro ženu je rychlejší zavinování dělohy, menší poporodní krvácení, nižší riziko vzniku osteoporózy, rakoviny prsu a vaječníků (Gregora, Zákostelecká, 2014).

Správné držení novorozence a jeho přikládání k prsu je předpokladem k úspěšnému kojení (Slezáková et al., 2017). Správné držení znamená nedotýkat se prsty dvorce, přičemž palec je cca 2 cm nad dvorcem a zbylé prsty drží prs zespodu (Roztočil et al., 2017) (viz Příloha 4). Bradavka je ve stejné úrovni jako ústa dítěte. Vždy přikládáme dítě k bradavce, nikoliv naopak (Slezáková et al., 2017). Gregora a Velemínský (2013) uvádějí, že kojení nesmí být pro matku bolestivé. Polohy při kojení jsou různé, například v polosedě, vsedě, na boku, fotbalové boční držení, poloha tanečnicka, vzpřímená vertikální poloha, poloha vleže na zádech a poloha pro kojení dvojčat (Bašková, 2015). Vždy je důležité vybrat tu polohu, která ženě nejvíce vyhovuje (Hanáková et al., 2015).

Vhodná poloha pro ženy po císařském řezu je poloha v polosedě, kdy má matka podložené dolní končetiny (Laktační liga, © 2007) (viz Příloha 5). V této poloze má matka polštář na bříše, díky kterému je nižší tlak dítěte na jizvu, a dítě leží na předloktí nebo v ohbí paže matky (Hanáková et al., 2015). Poloha na boku je pro ženy po císařském řezu také vhodná (Slezáková et al., 2017). Během této polohy leží matka i dítě na boku, matka má podloženou hlavu polštářem a dítě přitisklé podél svého těla, kdy obličej dítěte je proti bradavce (Bašková, 2015) (viz Příloha 6). Dále je vhodná poloha vleže na zádech, která se využívá u žen rodičích císařským řezem a u dětí, které mají problémy s přisátím (Roztočil et al., 2017) (viz Příloha 7).

Další vhodné polohy pro kojení jsou: poloha vsedě, kdy hlava dítěte leží v ohbí paže matky, předloktí a matčiny prsty přidrží dítěte a druhá ruka matky drží prs (Behinová et al., 2012) (viz Příloha 8). Fotbalové boční držení (viz Příloha 9) je vhodná

poloha po císařském řezu, nebo má-li žena velká prsa nebo ploché bradavky (Bašková, 2015). Dítě leží na matčině předloktí a současně toutéž rukou matka podpírá ramínka a hlavičku dítěte (Roztočil et al., 2017). Matčino předloktí je podepřené polštářem a nožky dítěte jsou podél jejího boku (Sedlářová et al., 2008). Poloha tanečnicka se využívá u nedonošených dětí, které mají problémy s přísátím (Hanáková et al., 2015). Při této poloze leží dítě na matčině předloktí a druhá matčina ruka podpírá prs z téže strany (Roztočil et al., 2017) (viz Příloha 10). Vzpřímená vertikální poloha je vhodná pro nedonošené děti, nebo má-li dítě malou bradu (Sedlářová et al., 2008). Dítě sedí obkročmo, jednou rukou drží matka dítě, druhou rukou přidržuje prs (Bašková, 2015) (viz Příloha 11). Pro kojení dvojčat je vhodná poloha bočního držení, kdy matka může přiložit současně obě děti, a tím dochází k lepšímu vylučování prolaktinu (Bašková, 2015) (viz Příloha 12).

## **2. Cíle práce a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíle práce**

V bakalářské práci ve výzkumné části byl stanovený následující cíl.

Cíl 1.: Zjistit, jak porodní asistentka pečuje o biopsychosociální potřeby žen po císařském řezu.

### **2.2 Výzkumné otázky**

Dle výzkumného cíle byly vytvořené dvě výzkumné otázky.

1. Které potřeby v rámci biopsychosociálních potřeb jsou uspokojovány u žen po císařském řezu?
2. Jaká byla očekávání žen po porodu císařským řezem v souvislosti s péčí porodní asistentky?

### **2.3 Operacionalizace pojmů**

*Císařský řez* je nejstarší porodnická operace, během které se ukončuje těhotenství vybavením těla novorozence z dutiny děložní (Hourová, Galambošová, 2015).

*Potřeba* je stav přebytku nebo nedostatku z biopsychosociální a spirituální oblasti, jsou potřebné, užitečné a důležité k zachování lidského života a dělí se na primární a sekundární (Šamánková et al., 2011).

*Porodní asistentka* je zdravotnický pracovník, který poskytuje ženám péči a rady v těhotenství, při porodu, v šestinedělí a poskytuje péči o novorozence, má kompetence vést fyziologický porod a poskytovat ošetrovatelskou péči o ženu v oblasti gynekologie (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2014).

*Pooperační období* začíná převezením pacientky na pooperační jednotku, kdy je pacientce poskytována pooperační péče (Schneiderová, 2014), kterou lze rozdělit na bezprostřední a následnou (Janíková, Zeleníková, 2013).

### **3. Metodika**

#### **3.1 Použité metody a techniky**

Výzkumná část bakalářské práce byla zpracována pomocí kvalitativního výzkumného šetření. K výzkumnému šetření byl využit polostrukturovaný rozhovor se ženami, které byly po císařském řezu ve věku od 20 do 36 let. Rozhovory byly provedeny na stanici šestinedělí 3. až 5. den po operaci. Výzkumné šetření bylo provedeno v průběhu dubna a května roku 2018. Všechny respondentky byly před začátkem rozhovoru informovány o zachování anonymity a o využití získaných dat k výzkumné části bakalářské práce. Polostrukturovaný rozhovor se skládal z identifikačních údajů a rozhovorových otázek. Na základě identifikačních údajů bylo vytvořené přehledné schéma (viz Tabulka 1). Následovalo deset otevřených otázek, které byly popřípadě doplněny podotázkami. Rozhovor byl uskutečněn ze sedmi ženami, které měly těhotenství ukončeno císařským řezem a byly v pooperačním období. Všechny rozhovory byly po odsouhlasení nahrávány na mobilní telefon a analyzovány pomocí kódování tužka-papír (Švaříček et al., 2014). Každý rozhovor trval průměrně 45 minut. Z důvodu anonymity bylo pořadí respondentek zvoleno náhodně a posléze byly respondentky očíslované a ve výzkumu například uváděné jako respondentka R1 – R7. Výzkumné šetření bylo ukončeno poté, kdy se začaly odpovědi respondentek opakovat (Disman, 2011).

Byly stanovené dvě kategorie, kdy první kategorie s názvem Stav před císařským řezem je rozdělena na čtyři podkategorie, a druhá kategorie s názvem Stav po císařském řezu je rozdělena na pět podkategorií. Všechny kategorie a podkategorie byly pro snazší orientaci zpracované do přehledných schémat.

#### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumný soubor byl tvořen sedmi respondentkami, které byly hospitalizovány po císařském řezu na oddělení šestinedělí. Dotazované respondentky byly ve věku od 20 do 36 let a průměrný věk byl 28 let. Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že jedna respondentka má nejvyšší ukončené vzdělání základní, čtyři respondentky středoškolské s maturitou a dvě respondentky mají ukončené vysokoškolské vzdělání. Tři respondentky rodily poprvé, dále tři respondentky rodily podruhé a jedna respondentka rodila potřetí.

## 4. Výsledky výzkumu

### 4.1 Identifikační údaje respondentek

Tabulka 1 – Identifikační údaje respondentek

Respondentka	Věk	Vzdělání	Gravidita	Partus	Druh SC
R1	25	Vysokoškolské	I.	I.	Akutní
R2	28	Středoškolské s maturitou	II.	II.	Plánovaný
R3	36	Středoškolské s maturitou	IV.	III.	Plánovaný
R4	20	Základní	I.	I.	Akutní
R5	23	Vysokoškolské	I.	I.	Plánovaný
R6	32	Středoškolské s maturitou	III.	II.	Akutní
R7	29	Středoškolské s maturitou	II.	II.	Plánovaný

Zdroj: Vlastní

Respondentce R1 je 25 let a její nejvyšší dokončené vzdělání je vysokoškolské. Toto bylo její první těhotenství a porod byl ukončený akutním císařským řezem.

Respondentce R2 je 28 let a má vystudovanou střední školu s maturitou. První těhotenství bylo ukončené akutním císařským řezem z důvodu hrozící hypoxie plodu a druhé těhotenství bylo ukončené plánovaným císařským řezem.

Respondentce R3 je 36 let a její nejvyšší dokončené vzdělání je středoškolské s maturitou. Její druhé těhotenství bylo ukončeno spontánním potratem v 18. týdnu těhotenství. Nyní byla počtvrté těhotná a potřetí rodila. Tento porod byl ukončený plánovaným císařským řezem.

Respondentce R4 je 20 let a její nejvyšší dokončené vzdělání je základní. Těhotná byla poprvé a rodila také poprvé. Její porod byl ukončený akutním císařským řezem.

Respondentce R5 je 23 let a má dokončené vysokoškolské studium. Toto je její první těhotenství a první porod, který byl ukončený plánovaným císařským řezem.

Respondentce R6 je 32 let. Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské s maturitou. Respondentka byla potřetí těhotná a podruhé rodila. První porod byl indukovaný a vedený vaginálně. Nynější porod byl ukončený akutním císařským řezem.

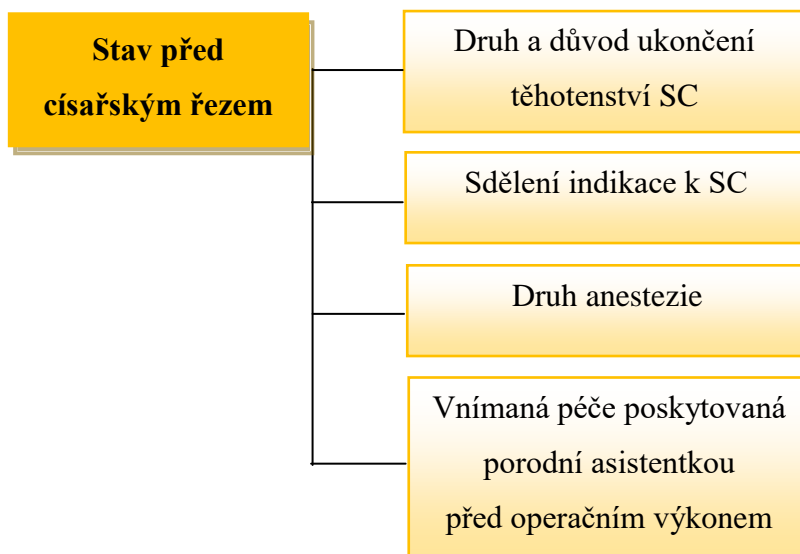


Respondentce R7 je 29 let a její nejvyšší dokončené vzdělání je středoškolské s maturitou. Respondentka byla podruhé těhotná a podruhé rodila. První porod byl vedený vaginálně, druhý porod byl ukončený plánovaným císařským řezem.

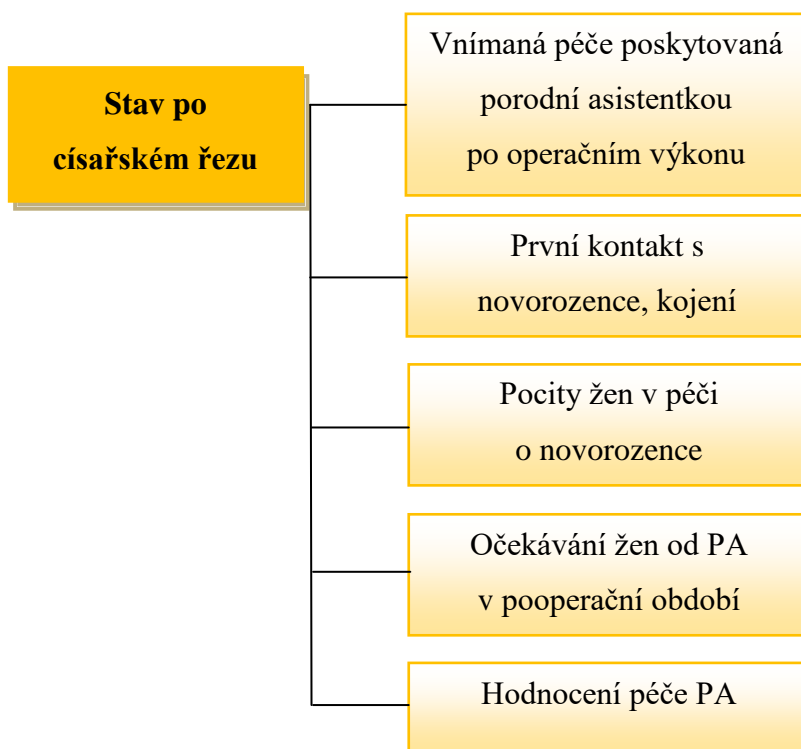
#### 4.2 Kategorizace dat

Při výzkumném šetření na základě odpovědí respondentek byly stanoveny dvě výzkumné kategorie a následné podkategorie. První kategorie nazvaná Stav před císařským řezem zahrnuje čtyři podkategorie, Druh a důvod ukončení těhotenství SC, Sdělení indikace k SC, Druh anestezie a Vnímaná péče poskytovaná porodní asistentkou před operačním výkonem (viz Schéma 1). Druhá kategorie nazvaná Stav po císařském řezu, která zahrnuje pět podkategorií, Vnímaná péče poskytovaná porodní asistentkou po operačním výkonu, První kontakt s novorozencem a jeho přiložení, kojení, Pocity žen v péči o novorozence, Hodnocení péče PA a Očekávání žen od PA v pooperačním období (viz Schéma 2).

Schéma 1 – Stav před císařským řezem



## Schéma 2 – Stav po císařském řezu



### Kategorie 1 – Stav před císařským řezem

Tato kategorie je tvořena čtyřmi podkategoriemi, které jsou zaměřeny na druh a důvod ukončení těhotenství SC, sdělení indikace k SC, zvolení anestezie a vnímání poskytované péče porodní asistentkou před operačním výkonem (viz Schéma 1).

#### *Podkategorie 1 – Druh a důvod ukončení těhotenství SC*

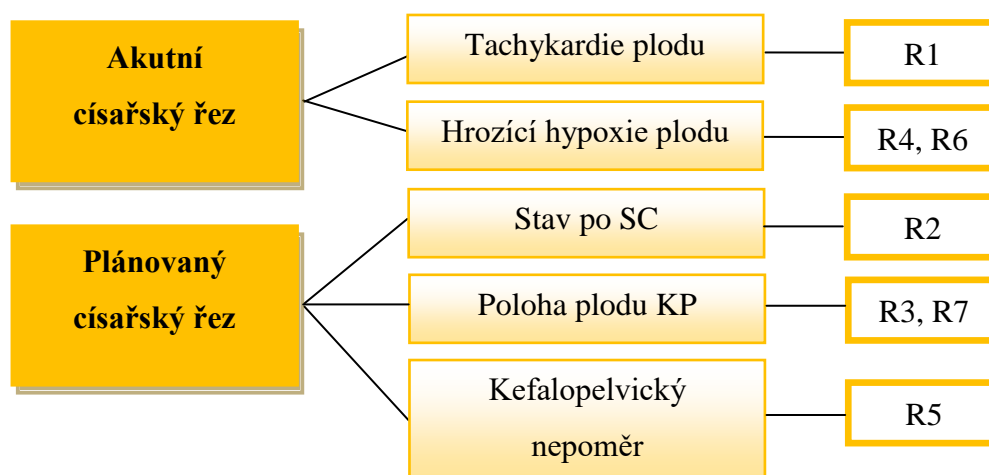
Tato podkategorie zobrazuje, zda bylo těhotenství žen ukončené akutním nebo plánovaným císařským řezem a z jakého důvodu byl císařský řez proveden (viz Schéma 3).

Respondentky (R1, R4, R6) uvedly, že jejich těhotenství bylo ukončeno akutním císařským řezem. Respondentka 1 uvádí: „*Ráno jsem měla bolesti břicha a naměřila jsem si zvýšenou teplotu, proto jsem jela ihned do nemocnice. Akutní císař byl proveden, protože se lékařům nelíbily ozvy malého, srdíčko tlouklo moc rychle.*“ U respondentky R4 a R6 byl porod indukovaný a byl ukončen akutním císařským řezem z důvodu hrozící hypoxie plodu, kdy respondentka R6 uvádí: „*Porod byl vyvolávaný*“

a rozběhl se po podání první tablety. Po dvou hodinách od podání tablety jsem byla otevřená na 3 cm, kdy mi lékař píchl vodu. Bohužel po tomto výkonu kontrakce nezesílily. Proto jsem po konzultaci s lékařem dostala infuzi s oxytocinem a po několika minutách začaly kontrakce zesilovat. Celou dobu se současně točil monitor, když najednou začal pípat. Porodní asistentka ihned přiběhla a zavolala lékaře. Poté mi lékař oznámil, že budou muset porod ukončit císařským řezem, jelikož se malému v bříšku nelíbí."

Respondentky (R2, R3, R5, R7) měly ukončené těhotenství plánovaným císařským řezem. Respondentka R2 uvádí: „Důvodů, proč podstoupit tuto operaci, bylo hned několik. Prvním důvodem bylo to, že můj první porod byl ukončený akutním císařským řezem. Druhým důvodem bylo dřívější podstoupení konizace čípku a třetím důvodem bylo ultrazvukové měření, kdy mi paní doktorka řekla, že dcera bude na moji pánev veliká.“ U respondentky R3 a R7 byl císařský řez provedený z důvodu polohy plodu koncem pánevním. Kdy respondentka R3 uvádí: „Do poslední chvíle jsem věřila, že se dcera otočí, protože jsem si přála, porodit ji vaginálně.“ U respondentky R5 bylo těhotenství ukončeno plánovaným císařským řezem. Následně respondentka uvedla: „Jsem malého vzrůstu a štíhlé postavy a při ultrazvukovém měření bylo zjištěno, že je syn velký a mohl by nastat problém při vaginálním porodu.“

Schéma 3 – Druh a důvod ukončení těhotenství SC



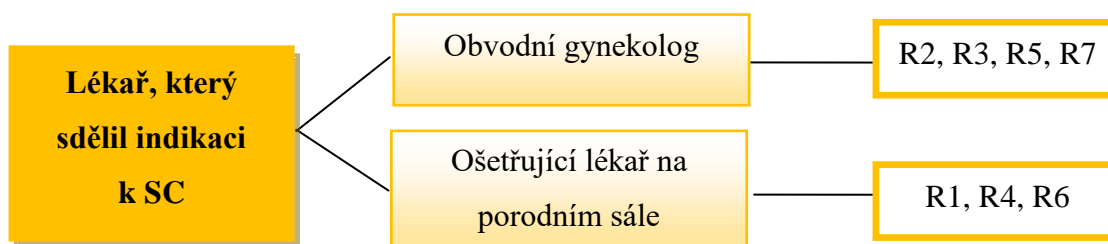
### Podkategorie 2 – Sdělení indikace k SC

Tato podkategorie se zabývá tím, kdo ženám sdělil indikaci k provedení císařského řezu (viz Schéma 4).

Respondentky (R2, R3, R5, R7) uvedly, že jim indikaci sdělil gynekolog v ordinaci, poněvadž byl jejich císařský řez plánovaný. Respondentka R2 uvádí: „Rozhodla jsem se tak po poradě s gynekoložkou. Měla jsem čas jak sama pro sebe, tak se seznámit se vším, co mě čeká, a hlavně si dopřát podporu partnera.“ Respondentku R3 a R7 o tomto rozhodnutí také informoval gynekolog. Obě respondentky podotkly, že díky plánovanému císařskému řezu měly dostatek času na přípravu potřebných věcí. Respondentky R5 a R7 uvedly, že když jim gynekolog tuto indikaci sdělil, byly smutné, jelikož obě si přály porodit své dítě vaginálně.

Respondentkám (R1, R4, R6) sdělil indikaci k ukončení porodu ošetřující lékař na porodním sále, jelikož se jednalo o akutní císařský řez. Všechny tři respondentky uvedly, že příprava k císařskému řezu byla opravdu rychlá. Respondentka R6, která odpověděla: „Všichni kolem mě skákali a snažili se připravit vše potřebné k operaci. Všechno bylo tak rychlé, že jsem se nestíhala ani na nic ptát.“

Schéma 4 – Sdělení indikace k SC



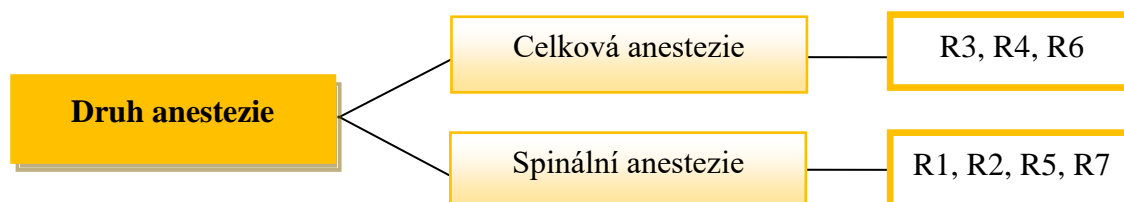
### Podkategorie 3 – Druh anestezie

Tato podkategorie popisuje, jaký druh anestezie si ženy zvolily a dle čeho se rozhodovaly (viz Schéma 5).

Respondentky (R3, R4, R6) se rozhodly pro celkovou anestezii. Přestože, měla respondentka R3 dostatek času na rozhodnutí, uvádí: „Anestezii jsem si zvolila celkovou, protože jsem měla strach nechat se píchat do páteře. Bylo mi sice líto, že malou nevidím hned po porodu, ale do páteře bych se píchat nenechala.“ K tomuto rozhodnutí ji také přiměla diskuse na internetu, kde několik maminek popisovalo, že jejich spinální anestezie byla neúspěšná. Respondentky R4 a R6 uvedly, že jejich porod byl ukončený akutním císařským řezem, tudíž o jiné než celkové anestezii neuvažovaly.

Respondentky (R1, R2, R5, R7) si zvolily spinální anestezii. Všechny respondentky uvedly, že si tuto anestezii zvolily, jelikož chtěly vidět své dítě hned po porodu. Respondentka 1 uvedla: „Podle mého názoru je spinální anestezie méně riziková jak pro matku, tak pro dítě, a hlavně chtěla jsem vědět, co se po celou dobu na sále děje a také spatřit a uslyšet své miminko.“ Podobný názor měla také respondentka R2, která odpověděla: „Spinální anestezii jsem si zvolila proto, protože můj první porod byl komplikovaný a syna jsem viděla až po 12 hodinách. Chtěla jsem tak aspoň u dcery zažít to, co většina maminek, a to nezapomenutelný zážitek, když můžete své dítě vidět bezprostředně po porodu.“

Schéma 5 – Druh anestezie



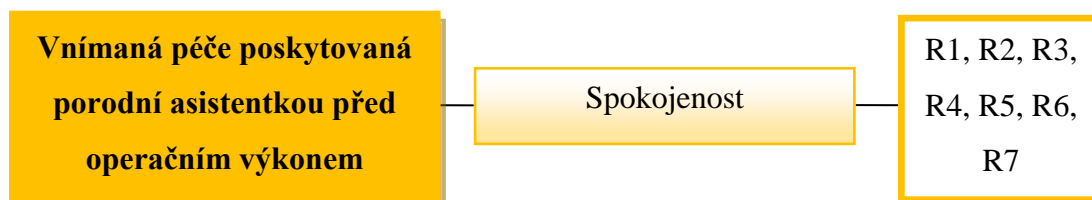
#### **Podkategorie 4 – Vnímaná péče poskytovaná porodní asistentkou před operačním výkonem**

Tato podkategorie popisuje, jak ženy vnímaly poskytovanou péči porodní asistentkou před operačním výkonem (viz Schéma 6).

Všechny respondentky uvedly, že s poskytovanou péčí porodní asistentky byly spokojené. Všechny respondentky se shodly, že měly před operací strach nejen o sebe ale také o své dítě. Respondentka R2 uvedla: „I když vím do čeho jdu, protože je to můj druhý císařský řez, bojím se, aby vše bylo v pořádku“. Respondentka R1 odpověděla: „Bylo to vše narychlo, ale vše bylo v pořádku, byly rychlé, milé, vše vysvětlily a utěšily mne.“ Dvě respondentky (R3, R7) uvedly, že byly s péčí porodních asistentek velmi spokojené a že jsou rády, že se rozhodly pro danou porodnici. Respondentka R5 uvedla: „Porodní asistentky ke mně byly hodné a milé, nemám žádné výhrady.“, podobný názor má respondentka R7, která odpověděla: „Péče a přístup sester byl skvělý, nemám k tomu žádné výhrady.“ Respondentka R6 popsala: „Před operací bylo vše velmi chaotické, ale i přesto porodní asistentky zachovaly chladnou hlavu. Jedna porodní asistentka připravovala věci okolo a druhá byla u mne a vždy mě informovala o tom,

co právě provádí.“ Všechny respondentky uvedly, že jim před provedením operačního výkonu byl lékařem vysvětlený následující postup a byly jim dány k podpisu informované souhlasy.

*Schéma 6 – Vnímaná péče poskytovaná porodní asistentkou před operačním výkonem*



## **Kategorie 2 – Stav po císařském řezu**

Tato kategorie je tvořena pěti podkategoriemi, které jsou zaměřeny na Vnímanou péči poskytovanou porodní asistentkou po operačním výkonu, První kontakt s novorozencem, kojení, Pocity žen v péči o novorozence, Hodnocení péče PA, a Očekávání žen od PA v pooperačním období (viz Schéma 2).

### ***Podkategorie 1 – Vnímaná péče poskytovaná porodní asistentkou po operačním výkonu***

Tato podkategorie popisuje, jak ženy vnímaly péči poskytovanou porodní asistentkou po operačním výkonu a které potřeby v rámci biopsychosociálních potřeb jsou uspokojovány porodní asistentkou u žen po císařském řezu.

Respondentky (R1, R2, R3, R5, R7) byly s péčí porodní asistentky po operačním výkonu spokojené. Tyto respondentky byly od porodní asistentky opakovaně informovány o správném vstávání a ulehání do lůžka, o hygieně, o výživě, o pohybu, o tlumení bolesti a také o tom, jak se mají starat o operační ránu. Všechny respondentky uvedly, že se bezprostředně po operaci cítily neschopné, jelikož se o sebe nemohly samostatně postarat. R6 odpověděla: „Ze začátku jsem se cítila hrozně, nedokázala jsem sama nic udělat. Nejvíce se mi ulevilo, když jsem vstala z postele a postavila se na vlastní nohy.“ Respondentky (R3, R4, R5, R7) měly podobný názor. Respondentka R1 uvedla: „Po operaci jsem sama nemohla nic, byla jsem vyčerpaná, ale zároveň šťastná, že je za mnou vše v pořádku.“ Respondentka R2 odpověděla, že se po operaci cítila nemotorně, ale s pomocí personálu se rychle zotavila.

Respondentky (R1, R2, R3, R4, R5, R7) uvedly, že je porodní asistentka před vstáváním z lůžka edukovala o tom, jakým způsobem mají postupovat. Respondentka R5 uvedla: „*Druhý den mi porodní asistentka pomohla vstát z postele.... Asistentka byla trpělivá a nespěchala na mě.*“ U respondentky R6 se vyskytl problém s porodní asistentkou při vstávání z lůžka. Jak uvedla: „*První vstávání mi moc nešlo, proto mě porodní asistentka chytla za ruku a pomohla mi rychle do sedu. Byla to neskutečná bolest, a když jsem viděla výraz té sestry, bála jsem se. Tvářila se velmi nepříjemně, jako kdybych si tu bolest vymýšlela.*“ Poté respondentka uvedla, že by u porodní asistentky ocenila více ohleduplnosti, poněvadž první vstávání po takové operaci není jednoduché. Tento problém se projevil zřejmě proto, že si porodní asistentka neuvědomuje, že i žena po císařském řezu prochází hormonálními změnami, a proto je více citlivá a vnímavá k okolnímu prostředí.

Respondentky (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7) uvedly, že bezprostředně po operaci o ně pečovala porodní asistentka. Porodní asistentka ženám zajišťovala příjemné prostředí, snažila se vytvořit vhodné podmínky pro spánek, odpočinek a prováděla u žen hygienickou péči. Respondentka R2 odpověděla: „*Porodní asistentka mi byla po ruce vždy, když jsem ji potřebovala, a to i když jsem jen chtěla nalít čaj do kelímku.*“ Dále respondentka R3 uvedla: „*Po operaci se o mě starala porodní asistentka, jelikož jsem si nezvládla ani nalít čaj. Několikrát denně mi slévala moč, vyměňovala vložky a sledovala stav operační rány, zda nekrváčí.*“

Respondentky (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7) uvedly, že jim porodní asistentka tišila bolest dle ordinace lékaře. Respondentka R4 uvedla: „*Když jsem se pobrala z narkózy, hrozně mě bolelo břicho. Když přišla sestra, řekla jsem jí to a ona během chvilky přinesla injekci, po které se mi ulevilo.*“ První dva dny po operaci si všechny respondentky nechaly aplikovat injekci k tlumení bolesti. Respondentky (R2, R3, R5, R7) uvedly, že každým dnem bolest ustupovala a třetí den si nechaly od porodní asistentky aplikovat injekci na bolest pouze před spaním. Respondentky R1 a R6 odpověděly, že bolest hůře snášejí, proto si stále žádají o injekci na tlumení bolesti. Pouze respondentka R1 uvedla, že se jí porodní asistentka několikrát zeptala, jak by ohodnotila bolest na stupnici od jedné do deseti, před a po aplikaci injekce. Respondentky (R2, R3, R4, R5, R6, R7) uvedly, že se jich porodní asistentka na hodnocení bolesti nezeptala.

Respondentky (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7) uvedly, že se u nich po operaci vyskytl problém s nadýmáním. R5 uvedla: „*Měla jsem hrozně nafouklé břicho, plyny mi neodcházely a břicho mě bolelo pořád víc.*“ Po konzultaci s porodní asistentkou a dle ordinace lékaře byla ženám podána laxativa, která jsou vhodná pro rozpočívání střevní peristaltiky. Respondentkám (R1, R2, R4, R5, R6) se po podání laxativa ulevilo. Respondentce R3 od vzdušného břicha pomohlo zavedení rektální rourky a R7 uvedla: „*Břicho jsem nafouklé měla, ale větry mi odcházely hned první pooperační den, když jsem vstala z postele a šla poprvé do sprchy.*“ Na stolici si respondentky (R1, R3, R7) došly druhý den po operaci a respondentky (R2, R4, R5, R6) uvedly, že si na stolici došly třetí den po operaci. Po operaci měly všechny respondentky zavedený permanentní močový katétr, který odváděl moč do sběrného sáčku. Respondentka R1 odpověděla: „*Po operaci jsem nemočila, měla jsem zavedenou cévku, která odváděla moč za mě.*“ Dále všechny respondentky uvedly, že jim porodní asistentka pomocí sběrného sáčku moč sledovala a měřila. R4 uvedla: „*Cévkou jsem měla zavedenou do druhého dne, potom mi jí porodní asistentka vyndala a do šesti hodin jsem se musela vymočit, což se mi povedlo.*“ Respondentka R7 odpověděla, že u ní k vymočení do šesti hodin po vyndání permanentní močové cévky nedošlo, proto ji musela porodní asistentka jednorázově vycévkovat. Respondentky (R1, R2, R3, R5, R7) dále uvedly, že byly od porodní asistentky opakovaně informovány o nutnosti dodržovat pitný režim. Respondentky R4 a R6 uvedly, že je porodní asistentka o dodržování pitného režimu neinformovala. Dále porodní asistentka ženy edukovala o konzumaci vhodných potravin a o nadýmavé stravě, která je nevhodná pro ně i pro novorozence. Respondentka R5 uvedla: „*O stravě mě porodní asistentka poučila druhý den po operaci, jelikož jsem první dny měla pouze tekutou stravu. Upozornila mě, že bych měla jíst vyváženou stravu a vyvarovat se nadýmavé stravy.*“ Respondentky (R1, R2, R5, R7) také uvedly, že byly od porodní asistentky upozorněny na vhodnost vynechání nadýmavé stravy. Respondentka R3 odpověděla: „*Porodní asistentka mi řekla, že mohu jíst vše, na co mám chuť, ale pokud to bude možné, tak vynechat potraviny, které jsou nadýmavé, jako například bílé pečivo, luštěniny, cibule apod.*“ Respondentky (R4, R6) podotkly, že od porodní asistentky nebyly informovány o stravě ani o nadýmavých potravinách.



Respondentka R2 udala: „...byla jsem s péčí spokojená. Myslím, že se o mě všichni starali, jak nejlépe umí.“ Respondentky R1 a R7 odpověděly, že péče porodních asistentek byla vyhovující a budoucím maminkám by dané porodnice doporučily.

### **Podkategorie 2 – První kontakt s novorozencem, kojení**

Tato podkategorie poukazuje, kdy byl ženám umožněn první kontakt s novorozencem a zda nyní plnohodnotně kojí, nebo mají s kojením potíže (viz Schéma 7).

U respondentek (R2, R5, R7) bylo těhotenství ukončené plánovaným císařským řezem. Měly tedy dostatek času rozmyslet si, zda chtějí své dítě vidět již na operačním sále. Všechny tři respondentky se rozhodly stejně a zvolily si spinální anestezii, díky které byl ženám umožněn první kontakt s novorozencem a jeho přiložení hned na operačním sále. Respondentka R2 uvedla, že svoji dceru viděla několik minut po porodu. Přiložení k prsu bylo neúspěšné, jelikož dcera zvracela plodovou vodu. Respondentka R5 odpověděla: „Syna jsem chtěla vidět hned po narození a toto přání se mi splnilo. Po základním ošetření mi sestra přinesla syna ukázat. Bylo to skvělé, podívat se na něho a dát mu pusku. K prsu se bohužel nechytl, jelikož mám krátké bradavky.“ Respondentka R7 uvedla, že též viděla své dítě ihned po porodu a první přiložení novorozence k prsu proběhlo úspěšně. Ačkoliv u respondentky R1 bylo těhotenství ukončené akutním císařským řezem, rozhodla se pro spinální anestezii, jak následně uvedla: „Podle mého je to méně rizikové pro miminko i maminku, a hlavně jsem chtěla vědět, co se celou dobu na sále děje, a především spatřit a uslyšet své miminko.“ První přiložení k prsu se nezdařilo, jelikož měla krátké bradavky. Tento problém měla také respondentka R5 a oběma ženám byl od porodní asistentky doporučený kojící klobouček. Obě respondentky tedy při kojení používají kojící kloboučky. Jak uvádí respondentka R5: „Jelikož mám krátké bradavky, byl mi od sestry doporučený klobouček, který používám při každém kojení, a jde nám to spolu skvěle.“

Respondentce R4 a R6 byl první kontakt s novorozencem a jeho přiložení umožněn na pooperačním pokoji, jelikož obě dvě respondentky podstoupily akutní císařský řez z důvodu hrozící hypoxie plodu, a byla zvolena celková anestezie. Respondentka R6 odpověděla: „Syna jsem poprvé viděla po operaci, byla jsem ještě zmatená z narkózy, takže ani nevím, kolik bylo hodin. Hlavní pro mě bylo, že jsme oba v pořádku.“ Přestože u respondentky R3 bylo těhotenství ukončené plánovaným císařským řezem, rozhodla

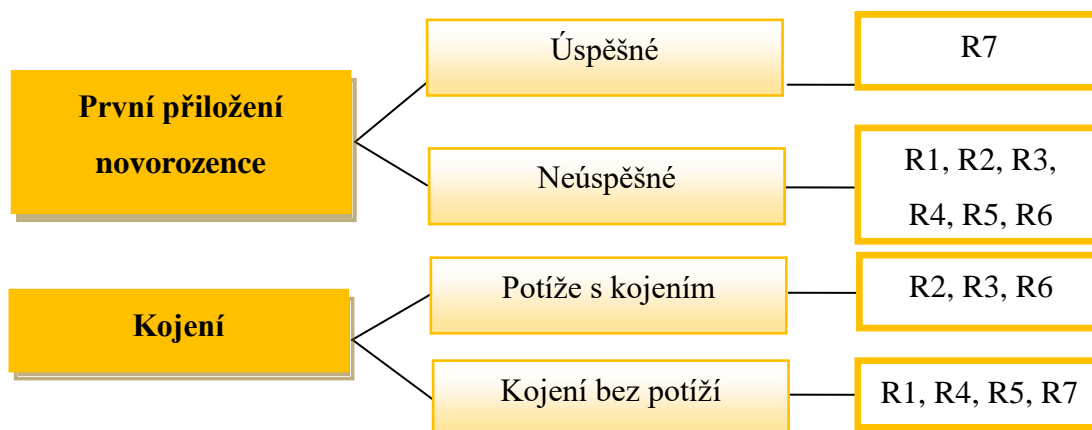
se pro celkovou anestezii a jak respondentka uvedla: „*Dceru jsem viděla asi dvě hodiny po operaci.*“ U respondentek (R3, R4, R6)) bylo první přiložení novorozence neúspěšné, jelikož novorozenec zvracel plodovou vodu. Respondentka R6 podotkla: „*Úspěšné přiložení bylo až druhý den.*“

Respondentka R3 uvedla, že u prvních dvou dětí bylo kojení bez potíží. Dále respondentka odpověděla: „*Nyní jsem se ještě plně nerozkojila, ale z internetu vím, že po císařském řezu je kojení o několik dní opožděno, proto jsem věděla, že máme ještě čas.*“ Respondentka R6 má podobný problém, byla nyní třetí den po porodu a uvedla: „*Dnes jsem třetí den po porodu a přikládám každé tři hodiny, mléko tedy ještě nemám, ale věřím, že to společně zvládneme.*“ Respondentka R2 uvedla, že jelikož je její dcera velmi spavá, usíná i při kojení a musí jí neustále budit. Jak dále řekla: „*Po vzbuzení se k prsu hezky chytne, párkrát potáhne a usne. Prsa mám nalitá a mléko musím odstříkávat, jelikož to malá neupije.*“ Tento problém měla zpočátku také respondentka R1, ale nyní je vše v pořádku a plně kojí.

U respondentek (R4, R7) se žádný problém s kojením nevyskytl. Respondentka R7 na tuto otázku odpověděla takto: „*Dnes jsem třetí den po operaci a dcera se k prsu krásně chytá. Přikládání zvládám sama bez pomoci sestry a preferuju polohu na boku, jelikož mi zatím operační rána jinou polohu nedovolí.*“

Respondentky (R2, R3, R4, R5, R6, R7) uvedly, že manžel/partner mohl vidět novorozence pár minut po porodu. Respondentka R2 odpověděla: „*Partnerovi umožnili dceru vidět v podstatě ihned po umytí a základním ošetření dětským lékařem.*“ Dále respondentky (R2, R3, R5, R6, R7) uvedly, že manželovi/partnerovi byl novorozenec předán v zavinovačce a směl si své dítě pochovat. Partner respondentky R4 si svého syna po porodu nepochoval, jelikož byl novorozenec umístěn do inkubátoru z důvodu zhoršené poporodní adaptace, ale i přesto u něho mohl být po dobu dvou hodin. Respondentka R3 uvedla: „*Manžel uvažoval o bondingu, protože já jsem se rozhodla pro celkovou narkózu, ale nakonec si to rozmyslel a dceru si pouze pochoval.*“ Respondentka R1 odpověděla: „*Manžela jsem u porodu neměla, jelikož nebyl doma a do nemocnice mě akutně vezla tchýně. Syna si jako první chovala ona, poté, když dorazil manžel, mohl i on.*“

Schéma 7 – První kontakt s novorozencem a jeho přiložení, kojení



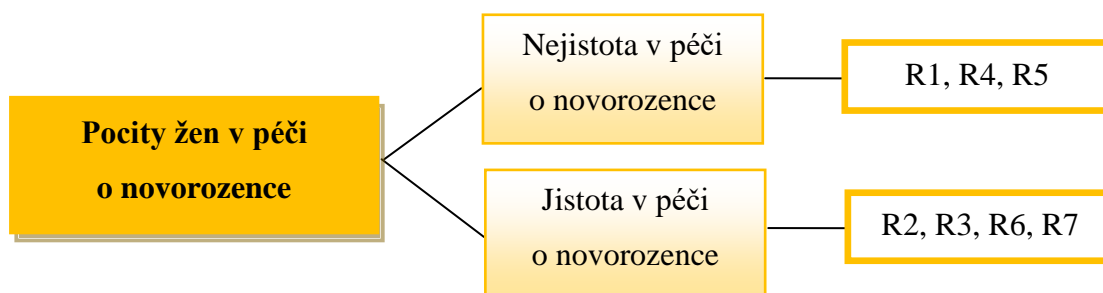
### Podkategorie 3 – Pocity žen v péči o novorozence

Tato podkategorie popisuje, jak se ženy zvládaly péči o novorozence po operačním výkonu (viz. Schéma 8).

Respondentky (R1, R4, R5) uvedly, že si nebyly jisté v péči o novorozence. Respondentka R1 uvedla: „*Jelikož je to moje první miminko, cítila jsem se tak drobet nejistě, zda vše dělám správně.*“ Podobného názoru byla respondentka R4, která odpověděla: „*V péči o dítě jsem si nebyla jistá, jediné, co jsem zkoušela, tak dávat malého k prsu a mazlit se s ním, takže vcelku jsem se cítila jako neschopná matka.*“ Všechny tři respondentky uvedly, že se o novorozence začaly plně starat třetí den po operaci, do té doby se o novorozence staraly dětské sestry. Respondentka R5 uvedla: „*Cítila jsem se neschopně, ale snažila jsem se o syna starat, jak nejlépe jsem dokázala.*“

Respondentky (R2, R3, R6, R7) uvedly, že v péči o novorozence nebyl žádný problém a vše zvládaly. Respondentka R2 zmínila, že jelikož jí dělalo problém vstávání z lůžka, chvíli trvalo, než se k dceři dostala, ale péči zvládala skvěle, poněvadž je to její druhé dítě. Respondentka R3 dále odpověděla: „*Vzhledem k tomu, že je to mé třetí dítě, tak jsem se v péči o dceru cítila sebejistě....*“ Respondentky R6 a R7 uvedly, že péči o novorozence zvládaly skvěle, protože už doma dítě mají. Jak uvádí respondentka R6: „*Jelikož doma už jedno dítě mám, péče o syna byla snadná.*“

Schéma 8 – Pocity žen v péči o novorozence



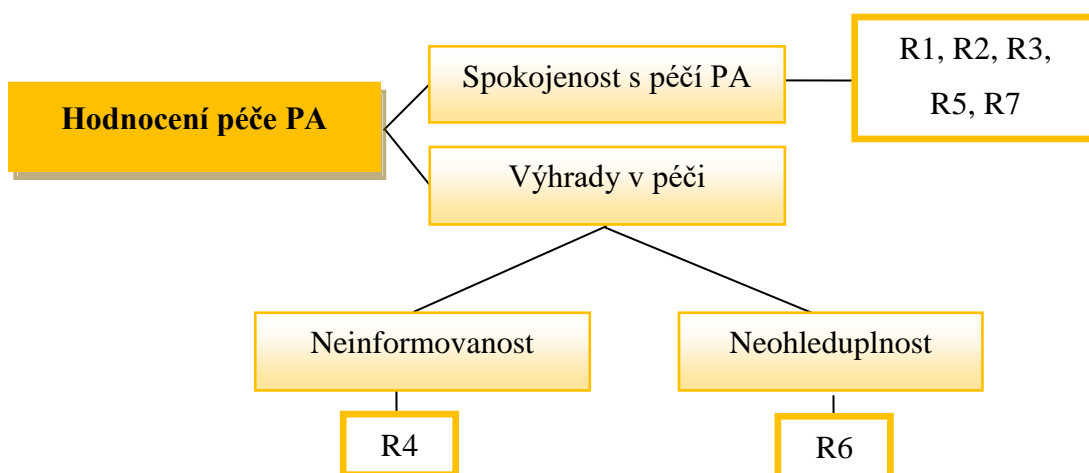
#### Podkategorie 4 – Hodnocení péče PA

Tato podkategorie popisuje, jak ženy hodnotí celkovou péči porodní asistentky (viz Schéma 9).

Respondentky (R1, R2, R3, R5, R7) uvedly, že s péčí porodní asistentky byly spokojené. Respondentka R2 odpověděla: „*Porodní asistentka mi pomáhala, co mohla. Za její péči ji moc děkuji, byla výborná.*“ Respondentky R3 a R5 mají podobný názor, obě odpověděly, že na péči si nemohou stěžovat, že k nim byly porodní asistentky vždy milé a ochotné. Respondentka 7 uvedla: „*Péči hodnotím skvěle, všechny porodní asistentky byly ochotné se vším poradit a pomoci.*“

Respondentky (R4, R6) měly výhrady k péči porodní asistentky. Respondentka R4 odpověděla, že ji vadila neinformovanost po operačním výkonu. Zmínila, že by ocenila více informací ohledně svého a synova zdravotního stavu, informace o výživě, pohybu a o péči o operační ránu. Respondentka R6 odpověděla, že nebyla spokojená s péčí porodní asistentky po operačním výkonu. Nespokojenost se týkala především postupu porodní asistentky při prvním vstávání z lůžka. Jak dále uvedla: „*Při prvním porodu jsem měla lepší složení sester, které byly milé a ochotné, teď bohužel ne.*“ Poté uvedla, že by bylo vhodné, aby byly tyto porodní asistentky k rodičkám více ohleduplné.

### Schéma 9 – Hodnocení péče PA



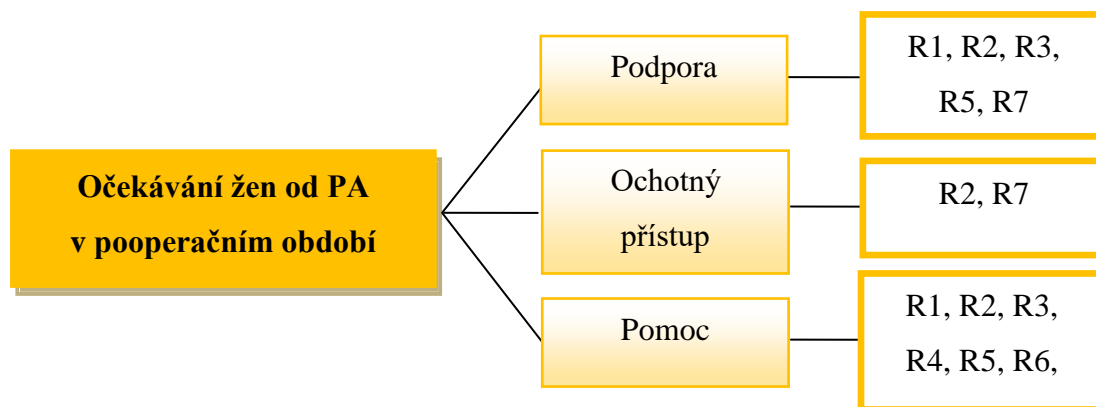
### Podkategorie 5 – Očekávání žen od PA v pooperačním období

Tato podkategorie popisuje, jaká měly ženy očekávání od porodních asistentek v pooperačním období (viz. Schéma 10).

Respondentky (R1, R2, R3, R5, R7) odpověděly, že od porodních asistentek očekávaly podporu a pomoc. Respondentka R3 uvedla: „Vzhledem k tomu, že jsem císařský řez nikdy nezažila, tak jsem očekávala, že mi porodní asistentky pomohou vrátit se zpět do formy.“ Respondentka R5 očekávala všestrannou podporu, jak po fyzické, tak po psychické stránce. Podobného názoru byly také respondentky R1, R2 a R7, které od porodních asistentek očekávaly hlavně psychickou podporu. Respondentky R2 a R7 si přály, aby se k nim porodní asistentky chovaly mile a přívětivě. Respondentka R2 uvedla: „Od porodní asistentky jsem očekávala kamarádský přístup...“

Všechny respondentky (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7) dále uvedly, že očekávaly od porodních asistentek pomoc, když budou něco potřebovat. Pro respondentku R1 bylo prioritní, aby jí porodní asistentka pomohla v péči o novorozence, jelikož je to její první dítě. Respondentka R5 odpověděla: „Doufala jsem, že se o mě porodní asistentky i ostatní personál postarají a pomohou mi, když nebudu moci něco zvládnout.“ Podobně odpověděla respondentka R6, která uvedla: „Od porodní asistentky jsem očekávala, aby mi pomohla v situacích, kdy já sama nebudu moci.“ Všechny respondentky (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7) podotkly, že se jejich očekávání splnilo. „Vše, co jsem chtěla, mi porodní asistentka splnila na výbornou“ uvedla respondentka R2 a další dvě respondentky (R5, R7) byly podobného názoru.

*Schéma 10 – Očekávání žen od PA v pooperačním období*



## 5. Diskuse

Tato bakalářská práce je zaměřena na potřeby žen po porodu císařským řezem. Potřeby člověka jsou nezbytnou součástí pro životní vývoj a v průběhu života se mění a vyvíjejí (Trachtová et al., 2013). Proto nás zajímalo, jak porodní asistentka uspokojuje ženám po císařském řezu biopsychosociální potřeby. Dále jsme se zaměřily na to, jaká byla očekávání žen po porodu císařským řezem v souvislosti s péčí porodní asistentky.

Výzkumným souborem byly ženy po porodu císařským řezem ve věku 20 do 36 let, jejich průměrný věk byl 28 let. K rozhovoru byl využitý polostrukturovaný rozhovor, který zahrnoval 10 otevřených otázek a byl případně doplněn podotázkami. Otázky byly zaměřené na to, zda bylo těhotenství ukončené akutním nebo plánovaným císařským řezem, jaký vedl důvod k tomuto ukončení, kdo ženy informoval, jaký druh anestezie si zvolily, jak vnímaly péči poskytovanou porodní asistentkou před a po operačním výkonu, kdy jim byl umožněn první kontakt s novorozencem, kojení, jak se cítily v péči o novorozence, jak hodnotí péči poskytovanou porodní asistentkou a co očekávaly od porodní asistentky v pooperační období.

V případě, že je těhotenství ukončené akutním císařským řezem, je důležité myslet na to, že je to stresující situace nejen pro zdravotnický personál, ale hlavně pro rodičku (Čech, 2014). Proto je velmi důležité, aby porodní asistentka ženu uklidnila a byla jí oporou (Takács et al., 2015). Dle výsledků můžeme říci, že všechny respondentky (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7) byly s péčí porodní asistentky před operačním výkonem spokojené. Respondentky (R1, R4, R6) měly těhotenství ukončené akutním císařským řezem. Respondentka R1 podstoupila ukončení těhotenství akutním císařským řezem z důvodu tachykardie plodu a uvedla, že i přesto, že bylo vše velmi rychlé, porodní asistentky se jí snažily vše vysvětlit a byly jí oporou do doby, než byla předána na operační sál. Akutní císařský řez dále podstoupily respondentky R4 a R6, jeho důvodem byla hrozící hypoxie plodu. Obě dvě respondentky uvedly, že byl jejich porod nejdříve veden vaginálně a poté ukončen akutním císařským řezem. Respondentky byly zklamané a udávaly strach o své dítě. Respondentka R6 uvedla: *„Lékař mi sdělil, že budou muset těhotenství ukončit císařským řezem, jelikož se malému v břišku nelíbí. V tu chvíli jsem začala brečet, protože jsem měla o syna strach.“*

U respondentek (R2, R3, R5, R7) bylo těhotenství ukončené plánovaným císařským řezem. U respondentky R2 to bylo z důvodu stavu po předchozím císařském

řezu, u R3 a R7 z důvodu polohy plodu koncem pánevním a u R5 z důvodu kefalopelvického nepoměru. Tyto čtyři respondentky uvedly, že strach z operačního výkonu měly, ale také měly čas na to, aby se na tento výkon psychicky připravily. Jak uvedla respondentka R2: „*Měla jsem čas jak sama pro sebe, tak se seznámit se vším, co mě čeká....*“ U respondentky R5 a R7 jsme se setkali s podobnou odpovědí jako u respondentek R4 a R6 a to, že byly smutné, jelikož chtěly své dítě porodit vaginálně.

Jedna ze stanovených výzkumných otázek byla, které potřeby v rámci biopsychosociálních potřeb jsou uspokojovány porodní asistentkou u žen po císařském řezu. Každý člověk uspokojuje své potřeby individuálně, adekvátně a efektivně ve svůj prospěch (Burda, Šolcová, 2015). Uspokojování biopsychosociálních a spirituálních potřeb je realizováno pomocí ošetrovatelského procesu (Nováková, 2014), a pokud potřeby jedince nejsou uspokojovány, dochází k narušení rovnováhy organismu (Burda, Šolcová, 2015). Hlavním úkolem porodní asistentky je uspokojovat ženám biopsychosociální potřeby a navrátit sebedůvěru (Nováková, 2014). Bezprostředně po operaci sleduje porodní asistentka fyziologické funkce, vědomí pacientky, kontroluje zavedené invazivní vstupy, příjem tekutin, výdej moči, sleduje krvácení a stav operační rány, pečuje o hygienu ženy a tiší bolest dle ordinace lékaře (Čech, 2014). Na bezprostřední pooperační péči navazuje následná pooperační péče (Janíková, Zeleníková, 2013), během které sleduje porodní asistentka nadále fyziologické funkce, stav operační rány, hygienickou péči a vyprazdňování ženy (Čech, 2014).

Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že respondentky (R1, R2, R3, R5, R7) byly s péčí poskytovanou porodní asistentkou po operačním výkonu spokojené. V pooperačním období je důležité uspokojování biopsychosociálních potřeb ženy (Nováková, 2014) a navrácení pacientky do běžného života jako před operací (Janíková, Zeleníková, 2013). Všechny respondentky (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7) uvedly, že byly od porodní asistentky dostatečně informovány o správném vstávání a ulehání do lůžka, o důležitosti hygieny, pohybu, stravy, tišení bolesti a také toho, jak se mají starat o operační ránu. Porodní asistentka se starala o hygienickou péči, o stravu, vylučování, o operační ránu, o mobilizaci žen a také respondentkám dle ordinace lékaře tišila bolest. Bolest se tlumí podáním analgetik či opiátů dle ordinace lékaře, a pokud je tišení bolesti neefektivní, hrozí riziko posttraumatických symptomů (Takács et al., 2015). Bezprostředně po operaci byly respondentky odkázány na pomoc porodních asistentek.



Respondentka R4 odpověděla: „*Po operaci jsem se cítila hrozně, necítila jsem dolní končetiny, tudíž jsem se nemohla moc hýbat a byla jsem odkázaná na pomoc sestry*“ Respondentka R6 uvedla, že se po operaci cítila neschopně, jelikož se o sebe nedokázala postarat. Šest respondentek (R1, R2, R3, R4, R5, R7) uvedlo, že bylo od porodní asistentky edukováno o tom, jakým způsobem mají vstávat a ulehávat do lůžka. Vstávání z lůžka by mělo být pomalé (Čech, 2014) a žena by si měla přidržovat rukou operační ránu (Slezáková et al., 2013). U těchto respondentek proběhlo vstávání bez problémů za pomoci porodní asistentky. Problém se vyskytl u respondentky R6, která uvedla, že s péčí poskytovanou porodní asistentkou nebyla spokojena. Jak zde uvedla: „*První vstávání mi moc nešlo, proto mě porodní asistentka chytla za ruku a pomohla mi do sedu. Byla to neskutečná bolest...*“ Dále respondentka dodala, že se porodní asistentka tvářila velmi nepříjemně. V komunikaci s pacientem je důležité dbát nejen na verbální komunikaci, ale také na neverbální komunikaci (Zacharová, 2016). Mezi neverbální komunikaci například patří: zvedání obočí, špulení rtů, bouchání s pomůckami, prudká gesta apod. (Kelnarová, Matějková, 2014). Domníváme se, že by měly být porodní asistentky k ženám empatické, ochotné, trpělivé, ohleduplné, dbát na svoji neverbální komunikaci a měly by se snažit vytvořit mezi nimi a pacientkou důvěru.

Před spaním je vhodné vyvětrat, zvlhčit prostředí, ztlumit světlo, ztlumit zvuk přístrojů, pokud je to možné a dát k ruce signalizační zařízení (Burda, Šolcová, 2016). Porodní asistentka respondentkám zajišťovala příjemné prostředí a vytvářela vhodné podmínky pro spánek a odpočinek. Dále porodní asistentka pečovala o hygienickou péči a byla respondentkám nablízku vždy, když bylo potřeba. Jak uvedla respondentka R2: „*Porodní asistentka mi byla vždy po ruce, když jsem ji potřebovala, a to i když jsem jen chtěla nalít čaj do kelímku.*“ Všechny respondentky se shodly, že jim porodní asistentka úspěšně tišila bolest léky dle ordinace lékaře, díky kterým se ženám ulevilo.

Po operaci se u všech respondentek vyskytl problém s nadýmáním. Dle ordinace lékaře jim byla podána laxativa, po kterých se pěti ženám ulevilo. Laxativa jsou léky, které se užívají při zácpě k vyprázdnění středního obsahu (Nejedlá, 2015). U respondentky R3 byla použita rektální rourka, po které se ženě také ulevilo. Respondentka R7 měla vzedmuté břicho pouze první pooperační den, poté co vstala a rozpohybovala se, se jí ulevilo. Pět respondentek (R1, R2, R3, R5, R7) uvedlo, že byly od porodní asistentky dostatečně informovány o tom, jakou stravu mohou konzumovat

a kterým potravinám by se měly vyhýbat. Dle Gregory a Velemínského ml. (2017) patří mezi nadýmavé potraviny například, cibule, kapusta, zelí apod. Respondentka R3 odpověděla: „*Porodní asistentka mi řekla, že mohu jíst vše, na co mám chuť, ale pokud to bude možné, tak vynechat potraviny, které jsou nadýmavé...*“ Po operaci měly všechny respondentky zavedený permanentní močový katétr, který byl zavedený po dobu 24 hodin. Porodní asistentka sleduje barvu, příměsi a množství moče a vše zapisuje do dokumentace (Burda, Šolcová, 2015). Pět respondentek (R1, R2, R3, R5, R7) uvedlo, že byly od porodních asistentek opakovaně upozorněny na dostatečný pitný režim, přičemž dvě respondentky R4 a R6 uvedly, že u nich edukace neproběhla.

Výzkumným šetřením dále bylo zjištěno, kdy byl ženám umožněn první kontakt s novorozencem a zda nyní plnohodnotně kojí, nebo zda mají s kojením potíže. Dle Hanákové et al. (2017), je pro matku i novorozence zásadní časté přikládání, nejlépe ihned po operaci. Myslím si, že dle výběru dané anestezie lze poznat, zda byl ženám umožněn první kontakt s novorozencem na operačním sále nebo na pooperačním pokoji. Respondentky R1, R2, R5, R7 se rozhodly pro spinální anestezii, a tudíž jim byl umožněn první kontakt s novorozencem již na operačním sále. U respondentky R2 bylo přiložení k prsu neúspěšné, jelikož její dcera zvracela plodovou vodu. U respondentky R5 bylo přiložení také neúspěšné, jelikož má žena krátké bradavky. Ačkoliv respondentka R1 měla těhotenství ukončené akutním císařským řezem, rozhodla se pro spinální anestezii, protože si přála první kontakt novorozence ihned po porodu. Přiložení k prsu se nezdařilo, jelikož měla stejný problém jako respondentka R5 a oběma respondentkám byl doporučen kojící klobouček. Obě respondentky využily rady od porodní asistentky a při kojení používají kojící klobouček. U respondentky R7 bylo první přiložení novorozence k prsu na operačním sále úspěšné. Respondentky (R1, R2, R5, R7) uvedly, že byly šťastné a klidnější, když mohly své dítě vidět hned po porodu. Binder a Roztočil (2017) uvádějí, že časný kontakt s novorozencem má vliv nejen na vztah matka – dítě, ale při stimulaci bradavek novorozencem dochází k uvolňování oxytocinu, ke kontraktilitě myometria a k snížení poporodního krvácení. Respondentkám (R3, R4, R6) byl umožněn první kontakt s novorozencem po operaci na pooperačním pokoji. U těchto respondentek bylo první přiložení novorozence neúspěšné, jelikož děti zvracely plodovou vodu. Z odpovědí respondentek R3 a R6 bylo zjištěno, že ještě nekojí z důvodu nedostatečné tvorby mateřského mléka. Obě respondentky uvedly, že byly informovány od porodní asistentky o tom, že je laktace

po císařském řezu opožděna. Důležitým faktorem pro podporu tvorby mateřského mléka je dle Gregory a Velemínského ml. (2011) správná technika kojení a pravidelné přikládání novorozence k prsu. Respondentka R6 odpověděla: „*Dnes jsem třetí den po porodu a přikládám každé tři hodiny, mléko tedy ještě nemám, ale věřím, že to vše společně zvládneme.*“ Respondentka R2 uvedla, že má s kojením mírné potíže, jelikož je dcera velmi spavá a při kojení usíná. Podobný problém měla ze začátku také respondentka R1, nyní je vše v pořádku a plně kojí. U respondentek R4 a R7 se žádný problém s kojením nevyskytl.

U respondentek (R2, R3, R5, R6, R7) byl umožněn kontakt otce s novorozencem krátce po porodu. Partner respondentky R4 si svého syna nepochoval, jelikož byl novorozenec uložen do inkubátoru z důvodu zhoršené poporodní adaptace. I přesto u něho mohl být po dobu dvou hodin. U respondentky R1 si novorozence poprvé pochovala babička, jelikož bylo těhotenství ukončené akutním císařským řezem a otec dítěte nebyl přítomen u porodu. Respondentka R4 podotkla, že po probuzení z anestezie by ocenila více informací o jejím a synově zdravotním stavu. Ptáček et al., (2011) uvádějí, že pokud jsou rodiče dostatečně informováni o zdravotním stavu svého dítěte, dochází ke snížení jejich stres, úzkosti, jsou klidnější a spokojenější.

Dále jsme zjišťovaly, jaké měly ženy pocity v souvislosti s péčí o novorozence. Respondentky (R2, R3, R6, R7) uvedly, že s péčí o novorozence nebyl žádný problém a respondentky (R1, R4, R5) uvedly, že si nebyly jisté v péči o novorozence. Respondentka R4 uvedla, že měla strach se malého dotknout, aby mu neublížila. Respondentky R1, R4 a R5 dodaly, že jim vše o péči o novorozence porodní asistentky vysvětlily, ukázaly, a když bylo potřeba, znovu jim se vším pomohly. Respondentky (R1, R2, R3, R5, R7) uvedly, že byly s péčí poskytovanou porodní asistentkou spokojené. Respondentka R3 odpověděla: „*Já si na péči stěžovat vůbec nemohu, vždy byly ochotné a milé.*“ Také respondentka R7 odpověděla: „*Péči hodnotím skvěle, všechny porodní asistentky byly ochotné se vším poradit a pomoci.*“

Druhou výzkumnou otázkou bylo, jaká byla očekávání žen po porodu císařským řezem v souvislosti s péčí porodní asistentky. Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že pět respondentek (R1, R2, R3, R5, R7) očekávalo od porodních asistentek podporu a pomoc v pooperační péči. Ayersová a Visser (2015) uvádějí, že podpora porodní asistentky během porodu má vliv nejen na výsledky porodu, ale také na duševní pohodu rodičky. Dále popisují, že se u žen zvyšuje riziko traumatizace v případě, pokud je žena

nedostatečně informovaná o dané situaci nebo je jí poskytovaná nevhodná péče. Respondentka R3 odpověděla, že císařský řez nikdy nepodstoupila, jelikož předchozí dvě děti porodila přirozenou cestou, a proto respondentka od porodních asistentek očekávala, že jí poradí a pomohou. Respondentka R5 uvedla, že očekávala podporu porodních asistentek z fyzického i psychického hlediska. Podobný názor měly také respondentky R1, R2 a R7, které kladly velký důraz především na psychickou podporu. U respondentky R2 tvořil nejvíce psychickou podporu přítel, který s ní mohl být do chvíle, než byla převezena na operační sál. Chmel (2008) uvádí, že přítomnost otce u porodu vytváří u rodičky nejen psychickou podporu, ale také pocit jistoty a bezpečí. Dále respondentky R2 a R7 uvedly, že od porodních asistentek očekávaly také vstřícný přístup. Hudáková a Kopáčiková (2017) uvádějí, že je-li u rodičky vhodně zvolený přístup porodní asistentkou, dochází u ženy k odstranění obav, strachu, úzkosti a přispívá u ženy k pozitivnímu postoji k celému porodu. Dále se všechny respondentky shodly, že od porodní asistentky očekávaly pomoc v případě, když budou něco potřebovat. Respondentka R1 uvedla, že pro ni byla hlavní pomoc s péčí o novorozence, jelikož měla první dítě a s péčí o něho si nebyla jistá. Respondentce se její očekávání splnilo. Porodní asistentka jí vše vysvětlila, ukázala a pomohla vždy, když to bylo potřeba. Jak respondentka posléze uvedla: „*Mé očekávání se splnilo na výbornou, sestřičky byly skvělé, se vším mi pomáhaly.*“ Respondentky R5 a R6 byly podobného názoru jako respondentka R1, také očekávaly pomoc v situacích, které samostatně nezvládnou. Všem respondentkám se očekávání od porodních asistentek v pooperačním období splnilo. Pouze respondentka R6 podotkla, že s jednou porodní asistentkou měla nesrovnalost z hlediska vstávání z lůžka, ale její očekávání se nakonec splnilo.

## 6. Závěr

Potřeby člověka jsou nezbytnou součástí životního vývoje a lze je charakterizovat jako pocit přebytku nebo nedostatku v biopsychosociální a spirituální oblasti (Šamánková et al., 2011). Uspokojování těchto potřeb se realizuje pomocí ošetrovatelského procesu, a pokud dojde k neuspokojení těchto potřeb, dojde k narušení rovnováhy organismu (Burda, Šolcová, 2015).

Tématem bakalářské práce byly potřeby žen po porodu císařským řezem. Teoretická část je rozdělena na čtyři kapitoly, ve kterých je popsán císařský řez, potřeby člověka, péče porodní asistentky během předoperační přípravy a péče porodní asistentky v pooperačním období.

K výzkumné části bakalářské práce byly využity polostrukturované rozhovory. Výzkumným souborem byly ženy po císařském řezu na oddělení šestinedělí ve věku 20 až 36 let. Výzkumné šetření bylo provedeno v průběhu dubna a května roku 2018.

V bakalářské práci byl zvolen jeden cíl - zjistit, jak porodní asistentka pečuje o biopsychosociální potřeby žen po císařském řezu. Na základě tohoto cíle byly zvoleny dvě výzkumné otázky. Výzkumná otázka č. 1 se zabývala tím, které potřeby žen po císařském řezu jsou v rámci biopsychosociálních potřeb uspokojovány porodní asistentkou. Výzkumná otázka č. 2 zjišťovala, jaká byla očekávání žen po porodu císařským řezem v souvislosti s péčí porodní asistentky.

Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že pět respondentek ze sedmi bylo s péčí poskytovanou porodní asistentkou spokojeno. U těchto pěti respondentek proběhla dostatečná edukace v oblasti týkající se vstávání z lůžka, hygieny, pohybu, stravy, tišení bolesti a také o tom, jak se mají starat o operační ránu. Dále byly spokojené s komunikací, informovaností a možnostmi dostatečného kontaktu s rodinou. Tyto respondentky nezaznamenaly žádný problém při uspokojování biopsychosociálních potřeb. Zbývající dvě respondentky uvedly, že s péčí poskytovanou porodní asistentkou po operačním výkonu spokojené nebyly. Uvedly, že chyběla informovanost týkající se vstávání z lůžka, výživy, pohybu a péče o operační ránu. Jedna respondentka dále uvedla, že nebyla spokojena s komunikací a přístupem jedné porodní asistentky. Ve druhé výzkumné otázce bylo zkoumáno, jaká byla očekávání žen v pooperačním období v souvislosti s péčí porodní asistentky. Z výsledků výzkumu bylo zjištěno, že všechny respondentky očekávaly od porodních asistentek pomoc v pooperačním období. Následně uvedly, že jejich očekávání bylo splněno. Porodní

asistentky ženám pomohly vždy, když bylo potřeba. Jedna respondentka uvedla, že od porodních asistentek očekávala největší pomoc v péči o novorozence. Pět respondentek také uvedlo, že očekávaly ze strany porodní asistentky pomoc v péči o sebe a o novorozence, také ochotný přístup a fyzickou a psychickou podporu. Především byla pro respondentky důležitá psychická podpora. Z odpovědí respondentek vyplývá, že veškerá jejich očekávání od porodních asistentek byla uspokojivě splněna.

Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že porodní asistentky poskytují péči na profesionální úrovni, pečují o celkový stav a uspokojují biopsychosociální potřeby žen po císařském řezu. U dvou respondentek chyběla edukace v oblasti týkající se vstávání z lůžka, výživy, pohybu, péče o operační ránu a u jedné respondentky byl zjištěn problém v komunikaci a v přístupu s porodní asistentkou.

Výsledky bakalářské práce mohou být využity na seminářích pro porodní asistentky a dále mohou být užitečné při uspokojování biopsychosociálních potřeb ženám po císařském řezu.

## 7. Seznam použitých zdrojů

1. AYERS, S., VISSER de R., 2015. *Psychologie v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada. 568 s. ISBN 978-80-247-5230-3.
2. BARASH, G., P., et al., 2015. *Klinická anesteziologie*. 1. vyd. Praha: Grada. 816 s. ISBN 978-80-247-4053-9.
3. BAŠKOVÁ, M., 2015. *Metoda psychofyzické přípravy na porod*. 1. vyd. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-5361-4.
4. BEHINOVÁ, M., et al., 2012. *Nová velká kniha o mateřství*. 1. vyd. Mladá fronta. 368 s. ISBN 978-80-204-2816-5.
5. BINDER, T., et al., 2011. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 297 s. ISBN 978-80-246-1907-1.
6. BINDER, T., et al., 2014. Nepravidelnosti a patologie těhotenství, porodu a šestinedělí. In: HÁJEK, Z., et al., *Porodnictví*. Praha: Grada. 461-504 s. ISBN 978-80-4529-9.
7. BINDER, T., ROZTOČIL, A., 2017. Šokové stavy v porodnictví. In: ROZTOČIL, A., et al., *Moderní porodnictví*. Praha: Grada. 449-65 s. ISBN 978-80-271-9757-6.
8. BÍREŠOVÁ, E., 2012. Rány, jejich léčba a hojení. *Sestra*. 3. 50 s. ISSN 1210-0404.
9. BRÁZDA, J., 2015. *Druhy anestezie a co byste o ní měli vědět?* [online]. [cit. 2018-05-18]. Dostupné z: <https://1url.cz/wty50>
10. BURDA, P., ŠOLCOVÁ L., 2016. *Ošetrovatelská péče 2. díl*. 1. vyd. Praha: Grada. 234 s. ISBN 978-80-247-5334-8.
11. BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2015. *Ošetrovatelská péče 1. díl*. 1.vyd. Praha: Grada. 228 s. ISBN 978-80-247-9803-5.
12. BUŽGOVÁ, R., 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. 1. vyd. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4.
13. CVRČEK, P., ROZTOČIL, A., 2017. Porodnická analgezie a anestezie. In: ROZTOČIL, A., et al., *Moderní porodnictví*. Praha: Grada. 469-76 s. ISBN 978-80-271-9757-6.
14. ČECH, E., 2014. Operace v souvislosti s těhotenstvím a porodem. In: HÁJEK, Z., et al., *Porodnictví*. Praha: Grada. 461-504 s. ISBN 978-80-4529-9.

15. ČEPICKÝ, P., LÍBALOVÁ, Z., 2007. Historie vedení porodu. *Moderní babictví*. [online]. [cit.2018-01-18]. Dostupné z: <https://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2007-14/?pdf=20>
16. DISMAN, M., 2011. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 4. vyd. Praha: Karolinum. 372 s. ISBN 978-80-246-1996-8.
17. DOLEŽAL, A., et al., 2007. *Porodnické operace*. 1. vyd. Praha: Grada. 376 s. ISBN 978-80-247-0881-2.
18. DOLEŽAL, A., et al., 2009. *Evropa – kolébka vědeckého porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén. 98 s. ISBN 978-80-7262-506-2.
19. DYNTR, J., 2012. *Pooperační jizvy* [online]. [cit. 2018-05-18]. Dostupné z: <https://1url.cz/zty5X>
20. FIALA, L., 2011. Císařský řez – záchrana, nebo komplikace? In: *Zdravotnictví a medicína*. [online]. [cit. 2017-11-03]. Dostupné z <http://1url.cz/Vt2vd>
21. FIELD, A., HALOUB, R., 2016. Complications of caesarean section [online]. *The Obstetrician & Gynaecologist* [cit. 2018-05-11]. 18(4), 265-72. doi:10.1111/tog.12280. Dostupné z: <https://1url.cz/HtyXc>
22. GOEL, S., et al., 2013. Outcome of post caesarean pregnancy and comparison of maternal and foetal outcome following vaginal birth versus repeat caesarean section in a rural hospital [online]. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*. [cit. 2018-05-15]. 2(1), 16-22. doi: 10.5455/2320-1770.ijrcog20130203. ISSN 2320-1789. Dostupné z: <https://1url.cz/ptyOu>
23. GREGORA M., VELEMÍNSKÝ, M., ml. 2017. *Těhotenství a mateřství*. 2. aktualizované vyd. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-271-9816-0.
24. GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ M., ml. 2013. *Čekáme dítě*. 2. vyd. Praha: Grada. 384 s. ISBN 978-80-247-3781-2.
25. GREGORA, M., ZÁKOSTELECKÁ, D., 2014. *Jídelníček kojenců a malých dětí*. 3. vyd. Praha: Grada. 189 s. ISBN 978-80-247-4773-6.



26. GUPTA, N., et al., 2016. A comparison of visual analog scale and Wong Baker facial pain scale for pain measurement in post lower caesarean section case [online]. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology* [cit. 2018-05-16]. 5(9), 3032-35. doi: 10.18203/2320-1770.ijrcog20162979. ISSN 2320-1789. Dostupné z: <http://www.ijrcog.org/index.php/ijrcog/article/view/1585>
27. HANÁKOVÁ, T., et al., 2015. *Velká česká kniha o matce a dítěti*. 2. vyd. Praha: Albatros Media a.s. 256 s. ISBN 978-80-264-0755-3.
28. HOUROVÁ, M., GALAMBOŠOVÁ, V., 2015. *Slovníček pro těhotné*. 1. vyd. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3666-2.
29. HUDÁKOVÁ, Z., KOPÁČIKOVÁ M., 2017. *Příprava na porod: fyzická i psychická profylaxe*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-271-9747-7.
30. IHNÁT, P., 2017. *Základní chirurgické techniky a dovednosti*. 1. vyd. Praha: Grada. 152 s. ISBN 978-80-271-0334-8.
31. JANÍKOVÁ, D., KŘIVÁNKOVÁ, D., 2011. Císařský řez z pohledu perioperační sestry. *Sestra*. 21 (2), 44. ISSN 1210-0404.
32. JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R., 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha: Grada. 249 s. ISBN 978-80-247-4412-4.
33. KARNATOVSKAIA, V., L., et al., 2015. A holistic approach to the critically ill and Maslow's hierarchy [online]. *ScienceDirect*. [cit.2018-20-1]. doi: 10.1016/j.jcrc.2014.09.003. Dostupné z: [lurl.cz/ot5Ze](http://lurl.cz/ot5Ze)
34. KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., 2014. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty – 4. ročník*. 2. vyd. Praha: Grada. 148 s. ISBN 978-80-247-5203-7.
35. KOUDELKOVÁ, V., 2013. *Ošetrovatelská péče o ženy v šestinedělí*. 1. vyd. Praha: Triton. 136 s. ISBN 978-80-7387-624-1.
36. KŘEPELKA, P., 2008. Císařský řez – Historie, současnost a chirurgický minimalismus. *Sanquis*. 57. s. 84. ISSN 1212-6535.
37. KURZOVÁ, A., 2016. Anestezie a analgezie v porodnictví. In MÁLEK, J., et al., *Praktická anesteziologie*. 2. vyd. Praha: Grada. 165-71 s. ISBN 978-80-247-5632-5.

38. LAKTAČNÍ LIGA, © 2007. *Techniky kojení – polohy* [online]. Praha: Thomayerova nemocnice. [cit. 2018-23-1]. Dostupné z: <http://www.kojeni.cz/odborne-clanky/technika-kojeni-polohy/>
39. LIŠKA, K., 2014. Novorozenec. In: HÁJEK, Z., et al., *Porodnictví*. Praha: Grada. 461-504 s. ISBN 978-80-4529-9.
40. MÁLEK, J., et al., 2016. *Praktická anesteziologie*. 2. vyd. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-5632-5.
41. MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
42. MASTILIAKOVÁ, D., 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-5376-8.
43. MINAŘÍKOVÁ, P., 2008. Monitorace pacienta. *Sestra*. 7-8. 42s. ISSN 1210-0404.
44. MLČOCH, Z., 2011. *Jak se zbavit jizvy po císařském řezu – masti, masáže, enzymy, léčba* [online]. [cit. 2018-05-21]. Dostupné z: <https://1url.cz/xty5P>
45. NEJEDLÁ, M., 2015. *Klinická propedeutika: pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vyd. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-4402-5.
46. NOVÁKOVÁ, D., 2014. Potřeby člověka a posuzování funkčních schopností člověka jako nedílná součást ošetrovatelského procesu. In: TÓTHOVÁ, V., et al., *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Praha: TRITON. 159-73 s. ISBN 978-80-7387-785-9.
47. NOVÁKOVÁ, I., 2011. *Ošetrovatelství ve vybraných oborech*. 1. vyd. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-3422-4.
48. PAŘÍZEK, A., 2015. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti: porod*. 5. vyd. Praha: Galén. 397 s. ISBN 978-80-7492-215-2.
49. PAŘÍZEK, A., 2015. *Nepravidelnosti placenty* [online]. [cit. 2017-11-02]. Dostupné z: <http://www.porodnice.cz/tehotenstvi-a-z/nepravidelnosti-placenty>
50. PAŘÍZEK, A., DOLEŽAL, A., 2014. *Historie císařského řezu* [online]. [cit. 2018-02-04]. Dostupné z: <http://www.porodnice.cz/clanky/historie-cisarskeho-rezu>
51. PAULÍK, K., 2017. *Psychologie lidské odolnosti*. 1. vyd. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-271-9578-7.

52. PEJZNOCHOVÁ, I., 2010. *Lokální ošetřování ran a defektů na kůži*. 1. vyd. Praha: Grada. 80 s. ISBN 978-80-247-2682-3.
53. PODROUŽKOVÁ, K., MUKNŠNÁBLOVÁ, M., 2014. Ošetrovatelská péče o ženu po císařském řezu. *Zdravotnictví a medicína*. 19. 9 s. ISSN 2336-2987.
54. POKORNÁ, A., et al., 2013. *Ošetrovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje*. 1. vyd. Praha: Grada. 202 s. ISBN 978-80-247-4316-5.
55. PTÁČEK, R., et al., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
56. PTÁČEK, R., et al., 2015. *Lékař a pacient v moderní medicíně: etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. 1. vyd. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-5788-9.
57. RADHAKRISHNAN, G., et al., 2013. Factors affecting “decision to delivery interval” in emergency caesarean sections in a tertiary care hospital: a cross sectional observational study [online]. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology* [cit. 2018-05-15]. 2(4), 651-56. doi: 10.5455/2320-1770.ijrcog20131231. ISSN 2320-1789.
58. ROŠKOVÁ, S., 2012. Bolest – fyziologie, fáze a léčba. *Sestra*. 4. 48s. ISSN 1210-0404.
59. ROŠKOVÁ, S., 2013. Odpočinek a spánek. *Sestra*. 35s. ISSN 1210-0404.
60. ROZTOČIL, A., 2017. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada. 656 s. ISBN 978-80-271-9757-6.
61. ŘÍČAN, P., 2010. *Psychologie osobnosti*. 6. vyd. Praha: Grada, 208 s. ISBN 978-80-247-3133-9.
62. SÁK, P., et al., 2008. *Standardy ošetrovatelské péče v porodní asistenci*. Nemocnice České Budějovice a.s. 238 s. ISBN 978-80-254-3774-2.
63. SEDLÁŘOVÁ, P., et al., 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada. 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
64. SCHNEIDEROVÁ, M., 2014. *Perioperační péče*. 1. vyd. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-247-4414-8.
65. SIKOROVÁ, L., 2011. Člověk, jeho motivace a potřeby. In: PLEVOVÁ I., et al., *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada. 88-105 s. ISBN 978-80-247-3558-0.
66. SIKOROVÁ, L., 2011. *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-3593-1.

67. SIKOROVÁ, L., FILOVÁ, A., 2011. Opomíjení dodržování intimity pacientů ve zdravotnických zařízeních. In: *Kontakt*. 13(2), s. 204-10. ISSN 1212-4117.
68. SLEZÁKOVÁ, L., et al., 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. 1. vyd. Praha: Grada. 268 s. ISBN 978-80-247-3129-2.
69. SLEZÁKOVÁ, L., et al., 2013. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy III – gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Grada. 244 s. ISBN 978-80-247-4341-7.
70. SLEZÁKOVÁ, L., et al., 2017. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2. přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada. 280 s. ISBN 978-80-271-9795-8.
71. SMÉKALOVÁ, K., BARTOŠOVÁ, P., 2013. *Jak pečovat o ránu po operaci: edukační materiál pro pacientky* [online]. Fakultní nemocnice Olomouc [cit. 2018-01-19]. Dostupné z: [lurl.cz/At5Zu](http://lurl.cz/At5Zu)
72. STOŽICKÝ, F., et al., 2016. *Základy dětského lékařství*. 2. vyd. Praha: Karolinum. 472 s. ISBN 978-80-246-2997-1.
73. SVAČINA, Š., et al., 2008. *Klinická dietologie*. 1. vyd. Praha: Grada. 384 s. ISBN 978-80-247-2256-6.
74. ŠAMÁNKOVÁ, M., et al., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
75. ŠVARŤÍČEK, R., et al., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vyd. Praha: Portál. 377 s. ISBN 978-80-262-0644-6.
76. TAKÁCS, L., et al., 2015. *Psychologie v perinatální péči*. 1. vyd. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-5127-6.
77. TRACHTOVÁ, E., et al., 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vydání. Brno: NCO NZO. 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2.
78. VEČEŘOVÁ, A., 2016. Předoperační příprava a pooperační péče. In: BARTŮNĚK, P., et al., *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. 1. vyd. Praha: Grada. 287-92 s. ISBN 978-80-247-4343-1.
79. VYMĚTAL, J., 2010. *Úvod do psychologie*. 3. vyd. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-2667-0.
80. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-271-9239-7.
81. ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., 2011. *Zásady psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-4026-1.

## **8. Přílohy**

### **Seznam příloh:**

Příloha 1 – Druhy řezů na děloze

Příloha 2 – Maslowa pyramida potřeb

Příloha 3 – Vizuální analogová škála

Příloha 4 – Správné držení prsu

Příloha 5 – Poloha v polosedě s podloženýma nohama

Příloha 6 – Poloha na boku

Příloha 7 – Kojení vleže na zádech

Příloha 8 – Poloha vsedě

Příloha 9 – Fotbalové boční držení

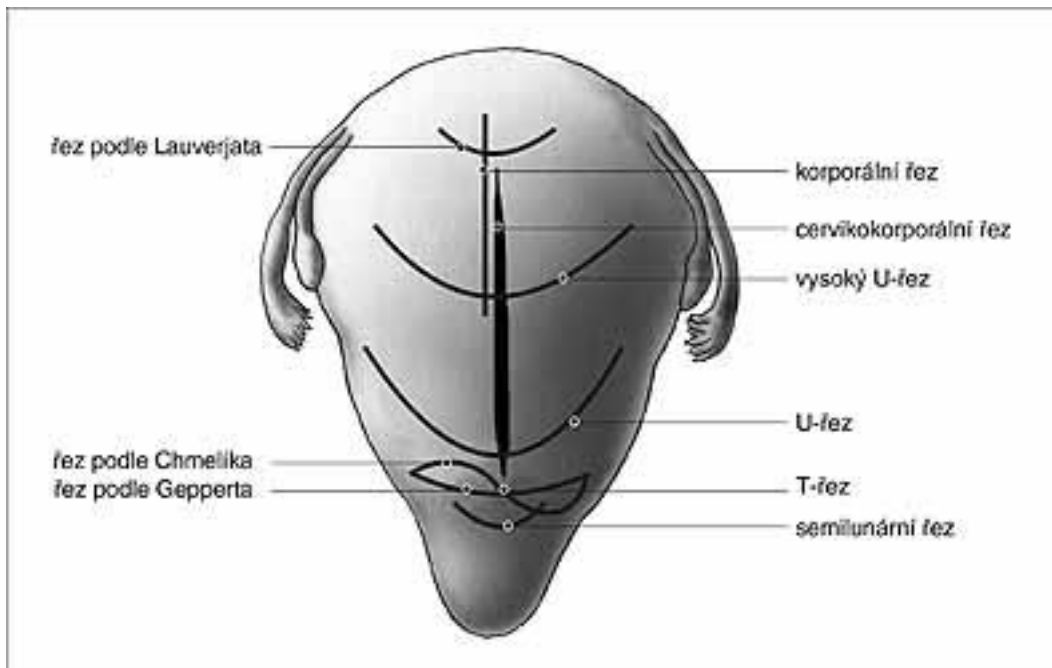
Příloha 10 – Poloha tanečnick

Příloha 11 – Vzpřímená vertikální poloha

Příloha 12 – Kojení dvojčat

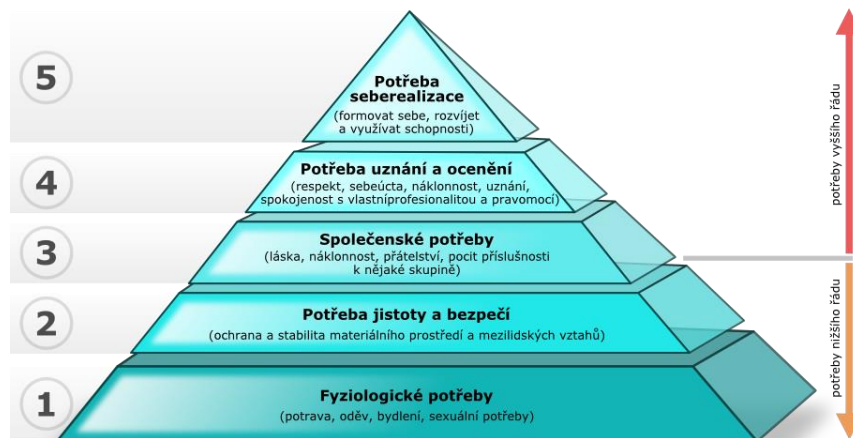
Příloha 13 – Otázky k rozhovoru

## Příloha 1 – Druhy řezů na děloze



Zdroje: PORODNICE.CZ, ©2014. *Operace ukončující porod* [online]. [cit.2018-01-13]. Dostupné z: <http://lekari.porodnice.cz/operace-ukoncujici-porod>

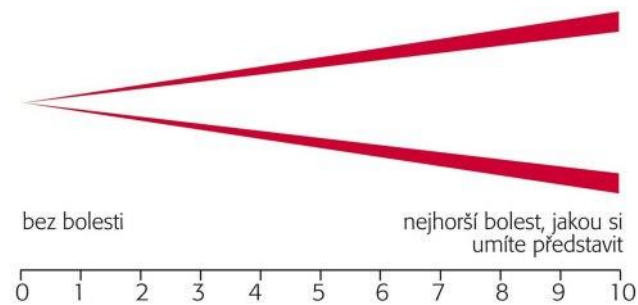
## Příloha 2 – Maslowa pyramida potřeb



Zdroj: HÁLEK, V., ©2013. *Psychologické aspekty motivace* [online]. [cit.2018-01-14].

Dostupné z: <https://publi.cz/books/171/04.html>

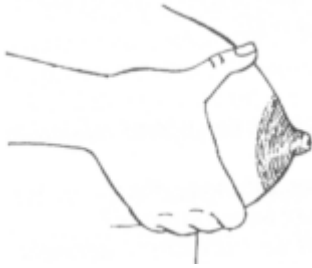
## Příloha 3 - Vizuální analogová škála



Zdroj: DÁMA.CZ, ©2008. *Náplast při léčbě bolesti* [online]. [cit.2018-01-19].

Dostupné z: <http://www.dama.cz/zdravi/naplast-pri-lecbe-bolesti-8498>

#### **Příloha 4 – Správné držení prsu**



Zdroj: LAKTAČNÍ LIGA, ©2007. *Technika kojení – držení prsu* [online]. [cit.2018-01-23]. Dostupné z: <http://www.kojeni.cz/odborne-clanky/technika-kojeni-drzeni-prsu/>

#### **Příloha 5 – Poloha v polosedě s podloženýma nohama**



Zdroj: LAKTAČNÍ LIGA, ©2007. *Technika kojení – polohy* [online]. [cit.2018-01-23]. Dostupné z: <http://www.kojeni.cz/odborne-clanky/technika-kojeni-polohy/>

#### **Příloha 6 – Poloha na boku**



Zdroj: LAKTAČNÍ LIGA, ©2007. *Technika kojení – polohy* [online]. [cit.2018-01-23]. Dostupné z: <http://www.kojeni.cz/odborne-clanky/technika-kojeni-polohy/>



### **Příloha 7 – Kojení vleže na zádech**



Zdroj: LAKTAČNÍ LIGA, ©2007. *Technika kojení – polohy* [online]. [cit.2018-01-23].

Dostupné z: <http://www.kojeni.cz/odborne-clanky/technika-kojeni-polohy/>

### **Příloha 8 – Poloha vsedě**



Zdroj: LAKTAČNÍ LIGA, ©2007. *Technika kojení – polohy* [online]. [cit.2018-01-23].

Dostupné z: <http://www.kojeni.cz/odborne-clanky/technika-kojeni-polohy/>

### **Příloha 9 – Fotbalové boční držení**



Zdroj: LAKTAČNÍ LIGA, ©2007. *Technika kojení – polohy* [online]. [cit.2018-01-23].

Dostupné z: <http://www.kojeni.cz/odborne-clanky/technika-kojeni-polohy/>

### **Příloha 10 – Poloha tanečnicka**



Zdroj: LAKTAČNÍ LIGA, ©2007. *Technika kojení – polohy* [online]. [cit.2018-01-23].  
Dostupné z: <http://www.kojeni.cz/odborne-clanky/technika-kojeni-polohy/>

### **Příloha 11 – Vzpřímená vertikální poloha**



Zdroj: LAKTAČNÍ LIGA, ©2007. *Technika kojení – polohy* [online]. [cit.2018-01-23].  
Dostupné z: <http://www.kojeni.cz/odborne-clanky/technika-kojeni-polohy/>

### **Příloha 12 – Kojení dvojčat**



Zdroj: LAKTAČNÍ LIGA, ©2007. *Technika kojení – polohy* [online]. [cit.2018-01-23].  
Dostupné z: <http://www.kojeni.cz/odborne-clanky/technika-kojeni-polohy/>

### **Příloha 13 – Otázky k rozhovoru**

#### 1) Identifikační údaje:

1. Kolik je Vám let?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Po kolikáté jste těhotná a po kolikáté rodíte?

#### 2) Rozhovorové otázky:

1. Byl Váš porod ukončený plánovaným nebo akutním císařským řezem? Jaký důvod vedl k tomuto ukončení a kdo Vás o tom informoval? (Kolik jste měla času, než byl proveden operační výkon?)
2. Jaký druh anestezie jste si zvolila a dle čeho jste se pro danou anestezii rozhodla?
3. Kdy Vám byl umožněn první kontakt s novorozencem? Jak probíhalo kojení?
4. Kdy mohl Váš partner/manžel poprvé vidět Vaše dítě? (Popřípadě zda mu byl umožněn bonding?)
5. Jak jste vnímala péči poskytovanou porodní asistentkou před operačním výkonem?
6. Jak jste vnímala péči poskytovanou porodní asistentkou po operačním výkonu? (poučování o vstávání z lůžka, o hygieně, o pohybu, stravě, vylučování, umožnění kontaktu s rodinou, informovanost, edukace v péči o jizvu?)
7. Jak jste se cítila po fyzické stránce po operačním výkonu v péči o sebe?
8. Jak jste se cítila v péči o novorozence?
9. Jak byste hodnotila péči porodní asistentky? Jaký byla komunikace mezi Vámi a ošetřujícím personálem?
10. Co jste očekávala od porodní asistentky v pooperačním období?

Zdroj: Vlastní

## **9. Seznam zkratk**

DDS	dolní děložní segment
DIC	diseminovaná intravaskulární koagulopatie
PA	porodní asistentka
SC	císařský řez