

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav porodní asistence



Bc. Marta Číhalíková

**Spokojenost rodiček s celkovou a spinální anestezií
při císařském řezu.**

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Marie Dlabačová, DiS.

Olomouc 2018

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jsem jen uvedené bibliografické zdroje a elektronické zdroje.

V Olomouci dne 14. prosince 2018

podpis

Poděkování

Velmi ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce PhDr. Marii Dlabačové, DiS. za čas, který mi věnovala, cenné rady, připomínky a odborné vedení této diplomové práce.

Mé upřímné poděkování patří všem, kteří při mně v době studií stáli a byli mi oporou.

Děkuji také všem zúčastněným maminkám za jejich spolupráci a ochotu při rozhovoru.

ANOTACE

Typ závěrečné práce: Diplomová

Název práce: Spokojenost rodiček s celkovou a subarachnoidální anestezií při císařském řezu.

Název prácev AJ: Satisfaction of women with general and, subarachnoid anesthesia at caesarean section.

Datum zadání: 2017-01-29

Datum odevzdání: 17. 12. 2018

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotnických věd
Ústav porodní asistence

Autor práce: Bc. Marta Číhalíková

Vedoucí práce: PhDr. Marie Dlabačová, DiS.

Oponent práce: Mgr. Šárka Vévodová, Ph.D.

Abstrakt v ČJ: V současné době je ve Fakultní nemocnici v Olomouci celkově provedeno 29% císařských řezů. Z časového hlediska se dělí na plánované a akutní. V rámci plánovaného operačního porodu se pacientkám nabízí možnost výběru anestezie, a to anestezie celkové a subarachnoideální. Oba zmiňované typy anestezie mají své výhody, ale i úskalí.

Diplomová práce má za úkol zmapovat zkušenosti rodiček, které podstoupily během operačního porodu oba typy anestezie.

Abstrakt v AJ: At present, 29% of the Imperial incisions are made at Olomouc University Hospital. From a time perspective, it is divided into planned and acute.

As part of scheduled surgery, patients are offered the option of anesthesia, anesthesia total and subarachnoidal. Both types of anesthesia have their advantages but also pitfalls.

The diploma thesis is aimed at mapping the experience of mothers who underwent two types of anesthesia during surgery.

Klíčová slova v ČJ: císařský řez, celková anestezie, spinální anestezie, psychika ženy, psychické poruchy, bonding, laktace.

Klíčová slova v AJ: caesarean section, general anesthesia, spinal anesthesia, female psyche, mental disorders, bonding, lactation,

Rozsah: 94 stran

OBSAH

OBSAH	6
ÚVOD	5
VSTUPNÍ LITERATURA	7
1 CÍSAŘSKÝ ŘEZ	9
1.1 Historie císařského řezu	9
1.2 Indikace k císařskému řezu	11
1.3 Císařský řez na přání	13
1.4 Dělení císařských řezů	14
1.5 Komplikace císařského řezu	14
2 ANESTEZIE PŘI CÍSAŘSKÉM ŘEZU	16
2. 1 Celková anestezie	17
2. 1. 1 Farmakoanestezie	17
2. 1. 2 Doplněvaná anestezie	18
2. 1. 3 Totální intravenózní anestezie	19
2. 2 Celková anestezie při císařské řezu	19
2. 2. 1 Mechanismy účinku celkové anestezie	19
2. 3 Subarachnoidální blokáda (SAB)	20
2. 3. 2. Kontraindikace spinální anestezie	22
2. 3. 3 Komplikace spinální anestezie	22
2. 3. 4 Léky používané při subarachnoidální anestezii	24
2. 3. 5 Vylučování lokálních anestetik do mateřského mléka	25
2. 4 Vliv anestetik a analgetik na laktaci	26
2. 5 Anestezie a důsledky pro matku	26

3 PÉČE O ŽENU PŘI CÍSAŘSKÉM ŘEZU	27
3. 1 Předoperační příprava.....	27
3. 2 Pooperační péče	27
3. 2.1 Profylaxe tromboembolické nemoci	29
3. 2. 2 Analgetická léčba.....	29
3. 2. 3 Infuzní terapie	30
3. 2. 4 Antiemetická terapie	30
3. 2. 6 Hemoterapie	32
4 PSYCHOLOGIE PORODU	33
4.1 Porod z psychologického hlediska	33
4. 2 Poporodní psychické poruchy	34
4. 2. 1 Poporodní blues.....	34
4. 2. 2 Poporodní deprese	35
4. 2. 3 Úzkost.....	36
4. 2. 4 Poporodní psychóza	37
4. 3 Psychika ženy při císařském řezu	38
4. 3. 1 Akutní císařský řez z perspektivy prožívání rodiček	39
4. 3. 2 Bonding	40
4. 3. 3 Otec u porodu	41
4. 3. 4 Laktace po císařském řezu	43
4. 4 Sexualita po císařském řezu	44
4. 5 Dopady císařského řezu na ženu a její rodinu	46
5. KVALITATIVNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	48
5.1 Výzkumný problém a cíl výzkumu.....	48
5.2 Metodika výzkumu.....	48
5.3 Charakteristika souboru	49
5.4 Sběr dat.....	52

5.4 Zpracování dat	53
5.5 Hodnocení výzkumného šetření	55
6 DISKUZE	75
7 ZÁVĚR.....	79
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	81
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	91
SEZNAM TABULEK.....	92
SEZNAM OBRÁZKŮ.....	93
SEZNAM PŘÍLOH	94

ÚVOD

Těhotenství není vždy ukončeno spontánním porodem. Nejčastěji prováděnou metodou operačního porodu je císařský řez (SC). Ten se v dnešní době stává velmi aktuální, neboť jeho četnost provádění se stále zvyšuje. Faktorů, proč se zvedá popularita císařského řezu je několik. Patří tam hlavně rozšiřující se indikace ze strany matky a zvyšující se věk rodiček, s čímž souvisí i vyšší riziko jejich onemocnění. Počet SC ovlivňuje i to, že mnoho porodníků jej preferuje jako způsob řešení hrozících nebo probíhajících porodnických komplikací. Dalším faktorem nárůstu císařských řezů, hlavně v posledních letech, je problematika opakovaných, plánovaných císařských řezů (třetí, čtvrtý). Porodníci mají obavy z ruptury jizvy na děloze v závěru těhotenství, a to vede ke zvýšenému počtu takto ukončených těhotenství.

Vzhledem k narůstajícímu počtu císařských řezů se stávají porodníci zkušenými operatéry, a to má pozitivní vliv na snižování výskytu pooperačních komplikací.

V posledních letech si ženy u císařských řezů mohou volit mezi celkovou a spinální anestezií. Volba druhu anestezie závisí na zdravotním stavu rodičky, na indikaci k operaci, naléhavosti a v neposlední řadě na úsudku a zkušenosti anesteziologa. Volba anestezie je u každé rodičky individuální. Cílem je zajistit co nejlepší komfort rodičky, její bezpečnost, ale také je nutné brát ohled na nenarozené miminko. Nesmíme opomíjet ani vytvoření optimálních podmínek pro porodníka.

Císařské řezy a volba anestezie mě vedla k výběru tématu, ale nejen to. Pracuji několik let na Intermediární jednotce, kde se každodenně setkávám s rodičkami po císařském řezu. Z mé praxe mohu posoudit, jak ženy prožívají císařský řez v celkové anestezii, ale také ve spinální anestezii. Zajímalo mě, jestli mají možnost výběru anestezie, jak jsou informovány, co prožívají během a po operaci, zdali ovlivnila anestezie jejich přístup k dítěti nebo kojení. V dnešní době je umožněna a velmi preferována přítomnost partnera u porodu císařským řezem. Pokud se rodička rozhodne pro spinální anestezii, je možné, aby partner

mohl být celou dobu přítomen na operačním sále a být tak partnerce velkou oporou. Společné uvítání miminka na svět může ovlivnit i jejich vztah k němu.

Práce je tedy zaměřena na celkovou a spinální anestezii při císařském řezu. Ženy, které byly do výzkumného šetření ve výzkumné části práce zapojeny, podstoupily oba typy anestezie. Cílem práce je zjištění, odkud získávají ženy informace o anestezii, jak jsou spokojené s jednotlivým typem anestezie u SC, kdy a jak jsou tyto typy anestezie využívány. Současně výzkumné šetření zasahuje i do psychického prožívání před, během a po císařském řezu jak u celkové anestezie, tak spinální anestezie. Jeden z důležitých cílů diplomové práce je zjištění preference anestezie u rodiček při dalším těhotenství.

VSTUPNÍ LITERATURA

ADAMUS, M. *Základy anesteziologie, intenzivní medicíny a léčby bolesti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. ISBN: 978-80-244-2425-5.

FAIT, T., ZIKÁN, M., MAŠATA, J. *Moderní farmakoterapie v gynekologii a porodnictví*. 2. rozšířené vydání. Praha: Maxdorf, 2017. 624 stran. Jessenius. ISBN 978-80-7345-482-1.

PAŘÍZEK, A. a kol., *Analgezie a anestezie v porodnictví*. Praha: MotherCare centrum Publishing. 2012, 425 s. ISBN 978-80-7262-893-3.

RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí: psychosomatická medicína: učební texty pro porodní asistentky]*. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area, 2008, 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.

ROZTOČIL, A. *Moderní porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-247-5753-7.

POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI

ALGORITMUS REŠERŠNÍ



VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA:

Klíčová slova v ČJ: císařský řez, celková anestezie, spinální anestezie, psychika ženy, psychické poruchy, bonding, laktace.

Klíčová slova v AJ: caesarean section, general anesthesia, spinal anesthesia, female psyche, mental disorders, bonding, lactation.

Jazyk: český, anglický

Období: 2003-2017

Další kritéria: monografie, sborníky, stati, články



DATABÁZE

MEDVIK, PUBMED, EBSCO, GOOGLE SCHOLAR



Nalezeno: 128 článků



Vyřazovací kritéria: duplicitní články; kvalifikační práce; články, které nespĺnily kritéria.



Pro tvorbu teoretických východisek bylo použito 41 dohledaných článků, z toho cizojazyčných 20, 20 knih.



Sumarizace využitých databází a dohledaných dokumentů

Google scholar – 10 článků, PUBMED – 6 článků EBSCO – 2 články, MEDLINE – 2 články

1 CÍSAŘSKÝ ŘEZ

Císařský řez (sectio caesarea) je v dnešní době nejčastější porodnická operace, která vede k ukončení těhotenství nebo ukončení komplikovaného spontánního porodu. V posledních letech četnost císařských řezů neustále stoupá, a to z několika příčin. Jednak roste počet vícečetných těhotenství na základě asistované reprodukce. Ženy otěhotní v pozdějším věku a s tím je úzce spjata polymorbidita žen. Také klesá četnost spontánních porodů koncem pánevním a je zaznamenán pokles spontánních porodů po císařském řezu (Pařízek, 2012, s. 180).

V České republice, zvláště v perinatologických centrech, se provádí císařský řez asi ve 30 % případů. Císařský řez se stal relativně bezpečným díky používání metod přísné asepse, nových šicích materiálů nebo pokrokům ve farmakologii (uterotonika, antibiotika, tokolytika, antikoagulancia). Dochází ke zlepšení operačních technik, zdokonalení anestezie (regionální anestezie, celkové anestezie), transfúzních oddělení a zlepšuje se také mezioborová spolupráce. Neměli bychom však opomíjet veškerá rizika, která tato operace s sebou přináší (Procházka, Pilka, 2016, s. 194, Čech et al., 2014, s. 515).

1.1 Historie císařského řezu

Císařský řez je chirurgický zákrok, který se datuje až do 6. století př. n. l. První zmínka je z Indie, kdy z „boku své matky“ se narodil syn, přezdívaný jako Buddha, jehož matka zemřela 7. den po porodu. Z řecké mytologie je známo, že byl z klína mrtvé matky „vysvobozen“, tedy císařským řezem přiveden na svět Apollem, jeho syn Asklepios, který se dočkal velké slávy jako řecký bůh umění uzdravení. Porod císařským řezem je však častěji spojován s antickým Římem. Podle díla „Historia naturalis T.I.L Cap.VII.“ Plinia staršího, žijícího 23-79 n. l., byly děti chirurgicky vyjmuty z dělohy a pojmenovány caesones nebo caesares – rozřezávatí. Císařský řez - sectio caesarea obsahuje slova stejného významu, s císařem ale neměl nic společného. Přesto se dodnes tento název používá. S Juliem Caesarem

ale nesouvisí, neboť ten se narodil spontánně. Jeho jméno nejspíš pochází od slova caedo (vraždit), caesius (šedomodrooký) nebo caesaries (kštice).

Císařský řez se objevil v 8. století př. n. l. v královském zákoně „Lex regia de inferendo mortuo“ od N. Pompilia. Zákon říkal, že žádná těhotná žena nesmí být pohřbena, pokud nebyl z jejího těla plod vyjmut. Kdo by konal opak, zmařil by živého tvora spolu s těhotnou. Císařské řezy na mrtvých ženách podporovala také církev, aby mohla pokřtít ještě živé plody (Pařízek, 2002, s. 325, Doležal, 1998, s. 5).

V průběhu dalších století se tato operace prováděla hlavně na mrtvých ženách (sectio caesare in mortua) nebo umírajících (sectio caesarein mortua), ve snaze zachránit plod (Marděšicová, Velebil, 2010, s. 171).

V Čechách byl první císařský řez na základě nepřímých důkazů proveden v Praze roku 1337, přežila matka i dítě. Matka Beatrix Bourbonská (1318 - 1383), druhá manželka českého krále Jana Lucemburského (1296 - 1346) porodila královi císařským řezem syna Václava (1337 - 1383). Z medicínského hlediska by to mohlo být možné (Pařízek, Drška, Říhová, 2016, s. 321 - 322).

První úspěšný císařský řez byl dle zdrojů proveden ve Švýcarsku v 16. století zvěrolékařem Jakubem Nuferem při záchraně své ženy při komplikovaném porodu, který skončil pro matku i dítě pozitivně. Někteří to však zpochybňují a tvrdí, že první císařský řez byl proveden ve Wittenbergu v 17. století, kdy bylo sešito břicho, ne však děloha. Žena po 25 dnech umírá, dítě přežilo (Pařízek, Doležal, 2002, s. 323).

V 16. století je již několik zmínek o císařském řezu, kdy nejčastější příčinou byla absolutně zúžená pánev, a nebylo možno plod z matčina těla vyjmout. Matky umíraly v 60 - 90% případů, neboť operace byly prováděny v době, kdy se nebral ohled na sterilitu (Gregora, 2013, s. 404).

Velký zlom nastal v 19. století. Lékař Semmelweis a Listera zavedli antisepsi v porodnictví a začala se prosazovat a provádět sutura děložní stěny Polinem (1852) a šití stěny děložní ve dvou vrstvách Sangerem (1882). Další rozvoj této operace bylo zavedení řezu v dolním děložním segmentu Frankem roku 1906 (Čech et al., 2014, s. 493).

Dalším významným krokem, který přispěl k rozvoji císařského řezu, bylo využití narkózy v roce 1847 pomocí éteru a to skotským porodníkem Jamesem Simpsnem (Pařízek a Doležal, 2014, s. 25).

Ve 20. století nastává velký průlom pro medicínu spočívající v používání antibiotik, zejména penicilinu a dále se využívá krevních transfúzí. Po druhé světové válce se u císařských řezů začala pomalu zvyšovat bezpečnost, uplatňovaly se zásady asepse a antiseptiky. Vypracovaly se operační postupy, schémata léčení při vzniklých komplikacích během operace, což vedlo k poklesu rizikovitosti císařského řezu (Roztočil, 2008, s. 335).

1.2 Indikace k císařskému řezu

Císařský řez je indikován tehdy, kdy vaginální porod nelze provést nebo je nebezpečný pro matku či dítě. Indikace na relativní a absolutní je v dnešní době zastaralá. Za absolutní byla považována zúžená pánev, kde conjugata vera byla menší než 6 cm a plod nešlo vybavit. (Kudela, 2009, s. 207). Dle Pařízka (2012, s. 180) lze císařský řez rozdělit z hlediska indikace matky, indikace plodu a z hlediska, kdy se obě skupiny prolínají.

Nejčastějšími indikacemi ze strany matky jsou:

- Kefalopelvicí nepoměr, který je způsoben pánevním zúžením a deformitou. Je to stav, kdy dochází k nepoměru mezi hlavičkou plodu a rozměry pánevního vchodu rodičky. Již během těhotenství by se měla změřit pánevní rovina a odhalit zúžení pánevního východu, které je nebezpečné pro porod vaginální cestou (Hájek et al. 2014, s. 516).
- Nefyziologické změny malé pánve mohou zúžit porodní cesty např. včestné myomy, ovariální tumory. Pooperační stavy těchto patologií mohou vést k ukončení těhotenství císařským řezem (Roztočil, 2008, s. 325).
- Nesprávné uložení placenty – placenta praevia, dle ultrazvukového vyšetření může být diagnostikována během těhotenství (Hájek et al. 2014, s. 516).
- Předčasné odlučování lůžka, jež se projevuje velmi silným zevním nebo retroplacentárním krvácením. Matka pociťuje velmi silnou a neustálou bolest a může jít o ohrožení života matky i plodu (Odent, 2016, s. 105).
- Prodloužené těhotenství po opakovaných a neúspěšných indukcích.

- Symfyzeolýza, pelveolýza je těhotenské onemocnění, které by se mohlo při spontánním porodu výrazně zhoršit.
- Celková onemocnění ženy, diabetes mellitus nebo hypertenze, která se mohou během těhotenství při dekompenzaci zhoršovat, a tím nepříznivě ovlivnit plod. K celkovému onemocnění patří také nemoci orgánů - plíce, srdce, ledviny aj., cévní onemocnění jako je trombóza, aneuryzma, které je život ohrožující (Čech et al., 2006, s. 517).
- Oční indikace k císařskému řezu vyžaduje mezioborovou spolupráci, velmi nejasná je u nastávajících matek, u lékařů. Jednoznačnou indikací je těžká myopie se změnami na sítnici, diabetická retinopatie, glaukom.
- Ortopedická indikace, kdy na základě ortopedických změn, jako jsou kyčelní vady, posttraumatických změny pánevního skloubení, indikuje císařský řez specialista (Doležal, 1998, s. 165).
- Psychologická indikace - jedná se především o obavy matky z porodu a jeho možných komplikací, z porodních bolestí, výrazný strach o novorozence (Roztočil, 2008, s. 335).
- Psychiatrická indikace – zde patří vážnější psychiatrické onemocnění, jako jsou úzkostné poruchy nebo psychotická onemocnění. Indikaci k císařskému řezu zajišťuje lékař psychiatr (Roztočil, 2008, s. 335).

Nejčastějšími indikacemi ze strany plodu jsou:

- **Poloha koncem pánevním** - o indikaci rozhoduje velikost plodu. Vaginální porod není doporučen, jestliže je velikostní ultrazvukový odhad plodu na 3 500 gramů u primipary nebo 3800 gramů u multipary (s ohledem na velikost předcházejících narozených dětí), pak u plodu menšího jak 2500 gramů (Binder, Unzeitig, Velebil, 2013, s. 22). K dalším indikacím patří porušení držení plodu s výjimkou naléhání řitní částí plodu, myomatózní děloze, předešlé operaci na děloze, stav po porodu císařským řezem.

Dále se hodnotí stav porodních cest, gestační anamnéza, věk rodičky (Čech et al., 2006, s. 517). Kvůli komplikacím, které se mohou dostavit u vaginálně vedeného porodu koncem pánevním, se na mnohých pracovištích

příklání k císařskému řezu. V roce 2005 proběhlo téměř 83% porodů koncem pánevním císařským řezem (Mardešicová, Velebil, 2010, s. 172).

- **Vícečetné těhotenství** - indikací k ukončení vícečetného těhotenství císařským řezem jsou především větší plody bez ohledu na polohu, jiná poloha dvojčete, jak podélná hlavičkou, nezralé, malé plody s hmotností nižší jak 1500 gramů, růstová restrikce.
- **Patologické polohy plodu** - polohy čelní, obličejová, šikmá, příčná, vysoký přímý stav a asynklitizmy.

1.3 Císařský řez na přání

Zvláštní kapitolu v provádění císařských řezů představuje císařský řez na přání matky. Ten je uskutečněn bez jakékoliv odborné indikace, avšak je tématem k diskusi porodníků, právníků i laiků jak v Česku, tak ve světě. Vzrůstající podíl porodů vedených císařským řezem na přání je v celkovém měřítku jeden z hlavních fenoménů lidské reprodukce. Křepelka (2008, s. 303) uvádí dle American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG), že přibližně 2,5% všech císařských řezů je vedeno na přání ženy.

Dle Roztočila (2003, s. 14) neobyčejně vysoký nárůst císařských řezů napovídá pro skutečnost, že jsou jednak z medicínské indikace k provedení sekce velmi tolerantní anebo se na přání dělají z indikace jiné, z velké části smyšlené diagnózy jiného oboru. Proč si zdravé ženy přejí císařský řez namísto spontánního přirozeného porodu? Protože dají přednost naplánované jistotě, kterou pro ně představuje císařský řez se svým jasně a předem daným postupem, než zneklidňující nejistotě rizikového procesu, jak je často dnešní společností vnímán přirozený porod.

„V České republice možnost císařských řezů na přání prozatím oficiálně neexistuje, přesto je ale dle zkušeností některých rodiček dostupná. I mnozí porodníci neveřejně připouštějí, že pokud rodička o tento způsob porodu cíleně usiluje, zpravidla dříve či později najde porodnici, kde jí bude vyhověno, byť za okolností tiché soukromé dohody“ (Labusová, 2008, s. 205).

1.4 Dělení císařských řezů

Císařský řez dle Bindnera (2011, s. 266) lze rozdělit na: **plánovaný (elektivní)** – provádí se v těhotenství, kdy nejsou přítomny děložní kontrakce, **akutní (krizový)** – provádí se během porodu a **iterativní** - opakovaný.

Pařízek (2012, s. 180,181) uvádí rozdělení císařských řezů dle přístupu do děložní dutiny na **sectio caesare abdominalis transperitonealis, extraperitonealis** a operační výkon, který se už v dnešní době nepoužívá **sectio caesare vaginalis**. Z anesteziologické stránky se císařský řez dělí dle časového hlediska zvládnutí subarachnoidální anestezie na **neurgentní (plánovaný), urgentní**, kdy císařský řez je neplánovaný, ale z časového hlediska je možnost aplikace spinální anestezie (porodní překážka, konec pánevní - nožka), **(hyper)urgentní** - jakákoliv sebemenší prodleva by mohla způsobit zdravotní komplikace jak matky, tak plodu, v tomto případě je neuroaxilární anestezie kontraindikována

1.5 Komplikace císařského řezu

Císařský řez je operace jednoduchá, ale má své záludnosti a úskalí, které je třeba znát a respektovat „Respice finem!“ (Doležal, 1998, s. 165).

Pro ženu je mnohem náročnější, než spontánní porod. Je u něj prokázáno pětikrát více vyskytujících se komplikací. Z více, jak poloviny případů, je prováděn z akutních indikací, při kterých není možné provést předoperační přípravu (Roztočil, 2008, s. 339). A to může vést ke komplikacím.

Mezi nejčastěji popisované komplikace císařského řezu lze zařadit:

- **Chirurgická komplikace** - krvácení patří mezi nejčastější a nekomplikovanější. Může vzniknout jako následek poranění dělohy, děložní atonie nebo placenty praevie. Velmi nebezpečná je porucha hemokoagulace a následný rozvoji DIC. Při krvácení, které nelze zvládnout léky ani chirurgicky, je nutné provést embolizaci a. uterine, eventuálně provést hysterektomii.

- **Pooperační hematoma** - hematoma tvoří ohraničený prostor (hematom subfasciální, krvácení pod plíku vesikouteriní, do parametria).
- **Infekce** - jedná se většinou o lokální infekci v oblasti operační rány, může však postihnout břišní stěnu, dělohu, dále se může přenést na malou pánev až peritoneum a následně způsobit celkovou sepsi, což je dle Roztočila (2008, s. 339) v dnešní době výjimka.
- **Poškození orgánů** - při akutním nebo komplikovaném císařském řezu může být poškozena klička střešní, ale častěji dochází k poranění močového měchýře. Vzácnější komplikací je podvázání nebo přetrnutí ureteru (Čech et al. 2014, s. 523).
- **Embolie** - jedná se o embolii plodovou vodou nebo vzduchovou. Vždy jde o komplikaci ohrožující život matky. Může se projevit během operace nebo v pooperačním období - v tomto období je pro rodičku nebezpečná tromboflebitida, hluboká žilní trombóza, kdy je nutno zavést miniheparinizaci (Čech et al., 2014, s. 523).
- **Kýla v jizvě** - patří k málo se vyskytujícím pozdním komplikacím, vzniká spíše po opakovaných laparotomiích nebo po hojení operační rány per secundam.
- **Neonatologické komplikace** – poranění novorozence skalpelem incizí na naléhající části plodu. Takto může dojít k poranění hlavičky, parenchymatozních orgánů, končetin při vybavení nezralého plodu u předčasných porodů (Čech et al. 2014, s. 516).
- **Anesteziologická komplikace** – na jejich vzniku se podílí změny, které nastávají během těhotenství a to především vysoký stav bránice nebo vyšší kyselost žaludečního obsahu. Nevyprázdňený obsah žaludku u akutního císařského řezu může vést ke zvracení a aspiraci do dýchacích cest. Tím může vzniknout Mendelsonův syndrom, kdy se po bronchospazmu rozvine akutní dechová nedostatečnost a následná hypoxie. U celkové anestezie je také nebezpečný laryngospasmus a nebezpečná je i neúspěšná intubace (Hájek et al. 2014, s. 516).

Ke komplikacím u subarachnoidální anestezii patří postpunkční bolesti hlavy, krvácení do subarachnoidálního prostoru. Podrobněji se o této tématice zmíním v kapitole 2.3.

2 ANESTEZIE PŘI CÍSAŘSKÉM ŘEZU

Císařský řez je nejčastější porodnická operace, je u toho nezbytná součinnost dvou odborníků a to porodníka a anesteziologa (Zwinger, 2004, s. 325). Volba anestezie u císařského řezu závisí na několika faktorech. Anesteziolog i porodník by měl u každé maminky individuálně zvážit důvod k císařskému řezu, časovou naléhavost operace, ale i přání rodičky a jejího partnera. U císařského řezu se v dnešní době dle Pařízka (2015, s. 229) používají dva základní anesteziologické postupy:

- **celková anestezie (narkóza)**
- **místní anestezie (svodná nebo regionální anestezie)**

Kdy užít celkové anestezie nebo jiné metody? Záleží na několika okolnostech a to na aktuální porodnické situaci, zkušenosti anesteziologa, porodníka, vybavení pracoviště a hlavně na přání matky (Roztočil, 2001, s. 283). Nefyziologické ukončení těhotenství - operativní porod, na rozdíl od jiných chirurgických výkonů, přináší z mnoha hledisek specifické odlišnosti. Císařský řez patří mezi porodnické operace, při které je nutné podat rodičce anestezii. Porodnická anestezie je specifická pro fyziologické i anatomické zvláštnosti těhotných, hlavně však pro spojení matky a plodu. K fyziologickým změnám v těhotenství patří růst dělohy a těhotenské hormony, které se podílí na změnách oběhových, koagulačních, ventilačních i gastrointestinálních. Tyto změny vedou k celkovým zvýšeným metabolickým nárokům při celkově snížených rezervách matky a tím výrazně zvyšují nebezpečí v podávání anestezie. Také je potřeba zvážit vliv anestezie na plod, a to jak přímým vlivem anestetik procházejících placentou do oběhu plodu, tak hemodynamickými a dalšími změnami stavu matky. U akutního císařského řezu vzniká stresová situace nejen pro matku, ale i pro celý operační tým, což zmíněná rizika znásobuje. Je proto velmi důležité, aby anestezii u císařského řezu byla podávána anesteziologem s dostatečnými zkušenostmi v porodnické anestezii (Pařízek et.al., 2012, s. 293).

2. 1 Celková anestezie

Anestezie je léčebný postup, jehož následkem je vyřazení vnímání všech podnětů. Anestezii podává anesteziologický tým, jehož členy jsou anesteziolog lékař se specializací anesteziologie a intenzivní medicína a anesteziologická sestra.

K základním složkám celkové anestezie (anesteziologická trias) patří:

- **vyřazení vědomí** (hypnotický efekt),
- **analgezie** (vyloučení vnímání bolesti),
- **svalová relaxace** různého stupně.

Dosažení těchto tří složek je dostatečně zajištěno buď jedním anestetikem, v tomto případě musí být anestetikum podáváno ve vysokých dávkách, což může ohrozit vitální funkce nemocného. Od tohoto postupu se upustilo. V druhém případě jde o aplikaci více látek působících vybraně na každou ze tří složek celkové anestezie (vyřazené vědomí, bolest, svalová relaxace) (Adamus a et., 2010, s. 24).

2. 1. 1 Farmakoanestezie

Celková anestezie vyvolaná vpravením léků do organismu se nazývá farmakoanestezie. Používaná anestetika lze rozdělit podle vstupu do organismu na:

Inhalační anestetika - při jejich vdechování do plic dochází k přestupu přes kapilární membránu do krve a dále do tkání a orgánů. Konečným orgánem je mozek, ve kterém působí na synapsích – spojích. Velmi dobře se reguluje v rámci zvyšování nebo snižování přívodu do organismu. Nevýhodou je delší úvod do anestezie, než po aplikaci intravenózních anestetik a hlavně se musí použít větší koncentrace, která může nepříznivě působit na organismus. K inhalačním anestetikům patří plynná (oxid dusný) a kapalná (sevofluran, izofluran, desfluran, enfluran, halotan).

Intravenózní anestetika - jsou aplikována do organismu periferní nebo centrální žilou, kterou jsou vedeny krví do mozku a dále do tkání. Většina jich nemá analgetický účinek, a proto k vedení anestezie musí být kombinována s opioidy, sedativy, inhalačními anestetiky, hypnotiky, aby bylo dosaženo hluboké anestezie.

Intramuskulární - léky jsou podávány do svalu

Rektální - anestetikum se vstřebává sliznicí konečníku do krve

Nejčastěji se aplikují anestetika inhalační a intravenózní (Adamus, 2010, s.25).

2. 1. 2 Doplnovaná anestezie

K nejčastějším postupům užívaných v anesteziologii je doplňková anestezie, která spočívá v používání kombinací inhalačních anestetik, nitrožilních anestetik, myorelaxancií a opioidů. Cílem této kombinace je současné snížení množství podávaných léků a tím i snížení vedlejších účinků podaných látek. Anesteziolog musí zohlednit mnoho faktorů, dle kterých si zvolí nejméně zatěžující anestezii. Nejčastěji se používají dva postupy, ke kterým patří:

Celková anestezie s tracheální intubací a svalovou relaxací

- Těsně před úvodem se nemocnému aplikuje intravenózní premedikace, podá se mu kyslík obličejovou maskou s prohlubováním, až vystřídáním spontánní ventilace,
- intravenózní úvod s vyřazením vědomí při použití intravenózních anestetik,
- aplikace myorelaxancií na uvolnění svalstva,
- tracheální intubace a napojení na anesteziologický přístroj,
- vedení anestezie inhalačním anestetikem v nosné směsi plynu, k zajištění analgezie se podává opakovaně nebo kontinuálně opioidy a také se podávají svalová relaxancia.

Celková anestezie bez svalové relaxace, bez tracheální intubace s použitím laryngeální nebo obličejové masky

- Těsně před úvodem se nemocnému aplikuje intravenózní premedikace, podá se kyslík obličejovou maskou s prohloubením, až nahrazením spontánní ventilace,
- intravenózně se provede úvod do anestezie s vyřazením vědomí,
- zajistí se průchodnost dýchacích cest laryngeální maskou a napojí se na anesteziologický přístroj,
- vedení anestezie inhalačním anestetikem v nosné směsi plynu, opakované podávání opioidů vede k zajištění analgezie, bez svalové relaxace, ventilace je prohlubovaná nebo spontánní (Adamus, 2010, s. 25).

2. 1. 3 Totální intravenózní anestezie

Látky používané v celkové anestezii jsou podávány intravenózně, bez přidání inhalačních anestetik. Intravenózní anestetika, myorelaxancia, opioidy se aplikují kontinuálně nebo opakovaně, jejich poměr musí být vyvážený k zajištění tří složek celkové anestezie (Adamus a et., 2010, s. 26).

2. 1. 4 Kombinovaná anestezie

Princip se zakládá nejčastěji na kombinaci celkové a místní anestezie, pokračující epidurální bloádou. Místní anestetikum a opiát se předoperačně aplikuje do epidurálního katetru a tím se během operace sníží spotřeba anestetik v pooperačním období a zaručí kvalitní analgezii (Adamus a et., 2010, s. 26).

2. 2 Celková anestezie při císařské řezu

V porodnictví má stále široké uplatnění celková anestezie při císařském řezu, přestože vzrůstá trend neuroaxilárních metod znecitlivění. U kritických stavů, při kterých dochází k ohrožení života matky i plodu, je metodou volby celková anestezie. V rozhodující míře může být jedním z důvodů nejlépe vyhovujícího průběhu operačního porodu, bez negativního ovlivnění novorozence (Pařízek, 2002, s. 327).

2. 2. 1 Mechanismy účinku celkové anestezie

Cílem celkové anestezie u císařského řezu je zachovat komfort matky a dosažení optimálních podmínek pro vedení porodu, zajistit prevenci aspirace, hypoxie, hypotenze matky, udržet uteroplacentární perfúzi, co nejméně ohrozit základní životní funkce novorozence, zajistit operátorovi klid a pohodu při výkonu na operačním sále.

Porod komplikovaný ohrožením plodu (předčasné odloučení placenty, abrupce placenty, strangulace pupečníku, protrahovaný porod) je pro poporodní stav

novorozence neuspokojivý i přes veškeré úsilí anesteziologické péče. Syndrom tísně plodu je vyznačován narůstající hypoxií a acidózou. Při tomto stavu dochází ke zvýšenému pronikání anestetik přes placentární, fetální a hematoencefalickou bariéru. Velmi záleží na časovém vybavení plodu od chvíle začátku působení anestetik. Pokud je interval kratší, než 3 minuty, „vitalita“ novorozence je totožná s použitím subarachnoidální anestezie. Při prodlužování intervalu dochází ke zhoršování výsledků odběrů acidobazické rovnováhy a Apgar-skóre novorozence (Pařízek, 2002, s. 327).

2. 2. 2 Výhody a nevýhody celkové anestezie

Celková anestezie má rychlý úvod, je technicky jednoduchá, vytváří velmi dobré operační podmínky, dokonalou svalovou relaxaci, dovoluje zajištění dýchacích cest s dostatečnou ventilací a tím i dobrou okysličování matky i plodu. Může však přinést závažné problémy jako je neúspěšná intubace, regurgitace nebo zvracení s následnou aspirací, laryngospasmus, alergie na léky a děložní hypotonii. Přestup anestetik přes placentu může působit na plod depresivně a z psychologického hlediska je matka ochuzena o bezprostřední prožitek z porodu (Roztočil a et., 2008, s. 319, Pařízek, 2002, s. 327).

2. 3 Subarachnoidální blokáda (SAB)

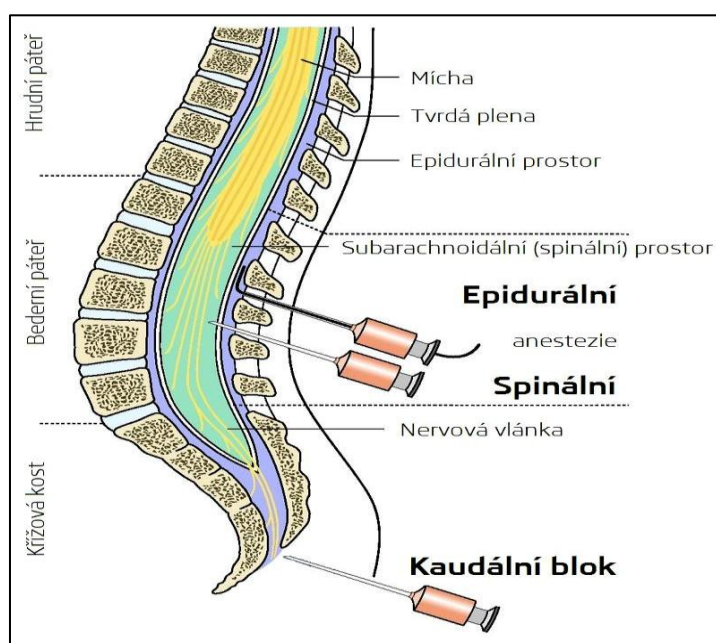
Subarachnoidální blokáda (SAB) patří do regionální anestezie. Regionální anestezie vyvolá přerušení všech nervových podnětů v určité oblasti jejich nervových drah nebo jejich zakončení (dotyk, bolest, teplo, vegetativní projevy, pohyb). Neovlivňuje vědomí ani ostatní nervovou činnost.

Vysoká koncentrace anestetika je podána jako jednorázová aplikace do subarachnoidálního prostoru a tím vzniká motorická, senzitivní, blokáda pod úrovní místa vpichu. Subarachnoidální prostor je vyplněn mozkomíšním mokem a nervy. Lokální anestetikum přestupuje difúzí do míchy.

SAB je používána v každodenní anesteziologické praxi pro svou vysokou úspěšnost, jednoduchost a přesvědčivou kontrolu polohy hrotu jehly. Užití spinální

anestezie je spojeno s relativním nižším rizikem, než celková anestezie (Adamus a et., 2010, s. 105).

Subarachnoidální prostor se nachází mezi pavoučnicí a pia mater (měkké pleny, naléhající přímo na mozek). Je v kontaktu s komorovým systémem mozku, obsahuje nervy, velké cévy, mozkomíšní mok a závěsný aparát pia mater k pavoučnici. Zhruba polovina celkového množství mozkomíšního moku je v páteřním kanálu, ostatní množství tj. asi 70 ml je uloženo nitrolebně. Subarachnoidální prostor je vyplněn mozkomíšním mokem a nervy. Lokální anestetikum přestupuje difúzí do míchy (Miloschewsky, 1998, s. 96) (obr. 1).



Obrázek 1 Subarachnoidální prostor

2. 3. 1 Indikace spinální anestezie

Spinální anestezie nemá žádnou specifickou indikaci. Volba této anestezie závisí na stavu pacientky a jejího upřednostnění, zkušenosti a náklonnosti anesteziologa k tomuto způsobu anestezii. Výhodou je rychlý nástup, menší dávka anestetik a lepší relaxace. Není ovlivněna hemodynamika v organismu ženy. K indikacím patří přání matky, kontraindikace celkové anestezie, rodička, která není lačná, u žen s přidruženým onemocněním např. u onemocnění srdečních chlopní a plicní hypertenzí (Bláha, 2012, s. 111).

2. 3. 2. Kontraindikace spinální anestezie

Dle Pařízka (2012. s. 317) se dělí kontraindikace ve spinální anestezii na:

- **Absolutní**, ke kterým patří nesouhlas rodičky, nedostatek času k aplikaci spinální anestezie, sepse, infekce v místě vpichu, alergie na lokální anestetika, koagulopatie matky, hypotenze, hypovolemie, aplikace LMWH během posledních 10 hodin, aplikace Heparinu během posledních 4 hodin.
- **Relativní**, ke kterým se řadí urgentní císařský řez, nesnadná spolupráce s rodičkou, těžké deformity páteře, bolesti zad a hlavy v anamnéze, výhřez ploténky.
- **Specifické** jsou stavy, kdy se očekává velká krevní ztráta v průběhu porodu nebo hrozí hypoxie plodu. Tedy stavy, které nesnesou časový odklad a je nutno ihned ukončit těhotenství císařským řezem (Pařízek, 2002, s. 263).

2. 3. 3 Komplikace spinální anestezie

Adamus (2010, s. 105) se zmiňuje o komplikacích a nežádoucích účincích, ke kterým patří nevolnost, zvracení a hypotenze. K závažným obtížím patří:

Postpunkční bolest hlavy – cefalea

Jedná se o jednu nejčastějších komplikací spinální anestezie. Cefalea vzniká jako následek protržením tvrdé pleny míšní a pavoučnice (jedna ze tří míšních plen). Ovlivňuje ji několik faktorů – věk, pohlaví, místo vpichu, průměr a tvar hrotu jehly, aplikované léky a roztoky. Příčinou těchto komplikací je změna tlaku v subarachnoidálním prostoru, který je způsoben unikáním mozkomíšního moku punkčním otvorem. Projevuje se bolestí hlavy v souvislosti s polohou nedělky, nejhorší bolest je ve vertikální poloze a úleva přichází až vleže na zádech. Bolest je tupého charakteru v oblasti záhlaví, která se rozšiřuje přes temeno hlavy, až do čela a očí. Tato bolest se zhoršuje při kašli i malých pohybech. Většina postižených popisuje intenzitu bolesti, jako bolest, kterou ještě nezažili. Bolest nevzniká hned, ale s odstupem času, během několika dnů po punkci, většinou do 48 hodin. Největší intenzita trvá v průměru 4 dny. Léčí se analgetiky, dostatečným podáváním tekutin perorálně nebo aplikací infuzních roztoků. Podává se kofein, který

působí na zúžení cév v mozku a tím dochází ke zvýšení krevního tlaku. Dále je doporučen klid na lůžku, pokud se všechny tato doporučení vyčerpají a bolest neustává. Posledním krokem je aplikace autologní krve (10 – 15 ml) do místa vpichu, do epidurálního prostoru - tzv. krevní záplata. Po tomto výkonu, zpravidla bolesti ustanou okamžitě nebo postupně odezní do 1 - 2 dnů. Do vyřešení problému nesmí být nedělka z nemocnice propuštěna.

Totální spinální anestezie

Příčinou totální spinální anestezie může být nevhodná poloha pacienta hlavou dolů při použití hyperbarického lokálního anestetika nebo překročení doporučené dávky. Projevuje se těžký poklesem pulsu (bradykardií), snížením tlaku, dechovou nedostatečností, až bezvědomím. V horším případě zástavou dechu, která je způsobena sníženým průtokem tekutiny řídících center pro dýchání v prodloužené míše. V takovém případě se u pacientky musí podpořit dýchání (tracheální intubací) a krevní oběh.

Technický problém

Technický problém spočívá v zalomení jehly, Tato závažná komplikace by mohla vyžadovat neurochirurgické řešení (Adamus, 2010, s. 105).

Hypotenze

Pokles krevního tlaku nastává vlivem dočasné blokády nervových vláken sympatiku, ve vyšší úrovni páteřního kanálu. Na hypotenzi mohou mít také vliv i jiné faktory, a to hypovolémie (snížená perfúze tekutin v oběhu) a aortokavální komprese ve III. trimestru těhotenství. Hypotenzi můžeme předejít včasnou infúzí ještě před podáním subarachnoidální anestezie K syndromu aortokavální komprese je nutno předejít polohováním rodičky na levý bok nebo při operaci sklonit operační stůl o 15 stupňů a ihned po vybavení plodu stůl dát do vodorovné polohy.

Alergie na lokální anestetika

Alergická reakce závisí na reakci alergenu s určitým imunoglobulinem za vzniku histaminu. Podle množství uvolněného histaminu hovoříme o klinických projevech lehkých (zarudnutí, lehká bronchokonstrikce) nebo těžkých, které

se mohou projevit až anafylaktickým šokem. Při tomto stavu může dojít až k ohrožení života. Léčba musí být rychlá a cílevědomá, je nutno zachovat časovou posloupnost léčebných úkonů.

K ostatním komplikacím patří **bolesti zad, poškození míšního kořene nebo páteřní míchy** a z vážnějších, ale vzácných **subarachnoidální absces** (Pařízek, 2002, s. 296).

2. 3. 4 Léky používané při subarachnoidální anestezii

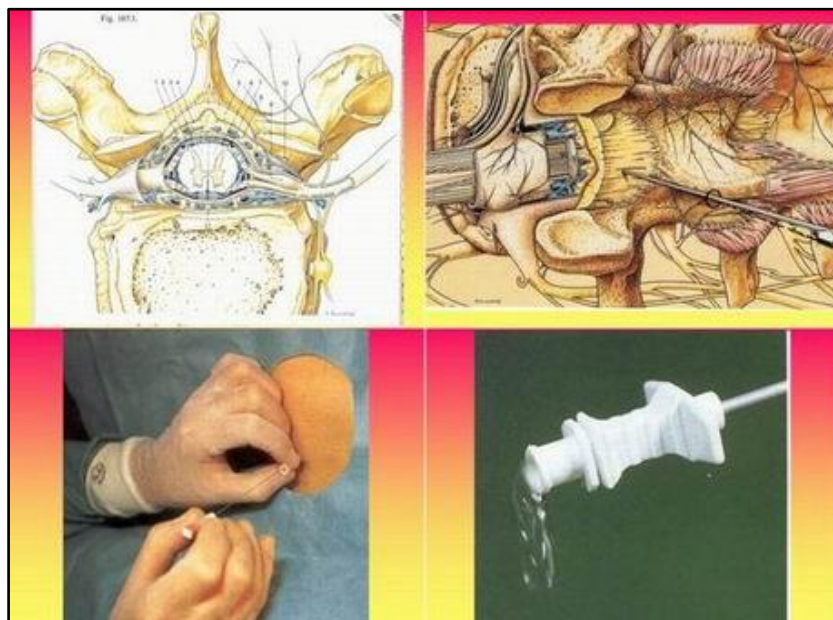
K docílení subarachnoidální anestezie je možné použít lokální anestetika, analgetika i opioidy. Lokální anestetika se aplikují do subarachnoidálního prostoru, kdy dochází k blokádě vedení nervového vzruchu a tím se vyvolá účinné znecitlivění vhodné pro operační výkony. Vysoká účinnost lokálních anestetik má velký vliv srdce a krevní oběh rodičky. Dále mohou ovlivňovat dýchání, trávicí trakt a nadledvinky (Pařízek, 2002, s. 309).

V subarachnoidálním prostoru šíření a chování anestetik ovlivňuje poměr hustoty podávaného anestetika s hustotou mozkomíšního moku. Lokální anestetika tedy dělíme na **izobarické**, které se z místa aplikace významně nešíří, nereagují na polohu postavy, jsou stejné hmotnosti jako likvor. **Hypobarické** látky jsou lehčí než likvor a v subarachnoidálním prostoru vzlínají. Roztoky **hyperbarické** se pohybují ve směru gravitace, jsou těžší jak likvor a vhodným polohováním lze řídit rozsah znecitlivění. Nejčastěji používané lokální anestetika při subarachnoidální anestezii u císařského řezu jsou hyperbarické a izobarické látky (Adamus a et., 2010, s. 105, Pařízek, 2002, s. 309).

Technika provedení

Punkce subarachnoidálního prostoru je technicky méně náročné, než zjišťování epidurálního prostoru. Tento způsob analgezie má rychlý nástup účinku, vyžaduje menší dávku analgetik / anestetik a je velmi malá pravděpodobnost lékové ovlivnění plodu a novorozence. V případě subarachnoidální blokády musí být velká obezřetnost a sledování těhotné. Před výkonem je nutno zajistit jeden žilní vstup, do kterého 20 minut před výkonem aplikujeme litr krystaloidů. Hydratace je velmi důležitá jako prevence hypotenze. Těhotnou si připravíme do správné

polohy, položíme ji na levý bok s flexí v bederní oblasti nebo posadíme na kraj stolu, nohy musí být pevně položeny na stoličce a opět musí být pacientka ohnutá v bederní oblasti do flexe. Proveďte se dezinfekce kůže, znečítliví se místo vpichu lokálními anestetiky a v oblasti L2 - L3 se zavede atraumatická subarachnoidální jehla přes míšní obaly do subarachnoidálního prostoru. Vyčká se, až se v jehle objeví mozkomíšní mok a teprve je možno aplikovat anestetikum do subarachnoidálního prostoru. Rozsah nervové blokády záleží na rozšíření anestetik / analgetik v prostoru. Šíření závisí na specifické hmotnosti podávané látky rychlosti podání roztoku a poloha rodičky. Subarachnoidální anestezii provádí zkušený anesteziolog (Pařízek, 2002, s. 311 - 312) (obr. 2).



Obrázek 2 Subarachnoidální anestezie

2. 3. 5 Vylučování lokálních anestetik do mateřského mléka

Lokální anestetika přecházejí do mateřského mléka při kontinuálním podávání do epidurálního katetru k analgetizaci po císařském řezu, kdy matka chce současně i kojít. Přejít látky závisí na vazbě na bílkoviny a na molekulové hmotnosti. Ke koncentracím lokálních anestetik, které novorozenec dosáhne přechodem přes placentu, musíme ještě připočítat koncentraci z mateřského mléka. V dosavadních studiích však nebyly prokázány nežádoucí účinky lokálních anestetik, které

by přestupovaly do mateřského mléka. Z toho vyplývá, že podávání lokálních anestetik ve vztahu ke kojení je bezpečné (Pařízek, 2002, s. 180).

2. 4 Vliv anestetik a analgetik na laktaci

Nejoptimálnější výživa kojence je mateřské mléko. Užívá-li matka léky, dá se předpokládat, že se v malé či větší koncentraci vyskytne i v mateřském mléce. Látky rozpustné v tucích se vyskytnou ve větší koncentraci v mateřském mléce a látky rozpustné ve vodě v kolostru. Většina léků prochází do mléka přes epitelie mamárních kapilár. Koncentrace léků v mléce bývá nižší, než v plazmě matky. Celková dávka přijímaná dítětem závisí na výši hladiny léků v mléce a dále na vstřebávání střevem. Analgetika a anestetika používaná během císařského řezu k navození anestezie a analgezie přecházejí přes placentární bariéru a mají bezprostřední tlumivý vliv na novorozence. Podávání barbiturátů a morfinu by se mělo během císařského řezu minimalizovat. Pro svůj krátkodobý efekt, mohou být běžně používána inhalační anestetika (Roztočil, 2012, s. 416 - 417).

2. 5 Anestezie a důsledky pro matku

Žena po císařském řezu je operantkou, ale současně matkou a šestinedělkou. Byla-li operace provedena v subarachnoidální anestezii, přináší to pro ženu spíše klady v porovnání s celkovou anestezí. Žena v subarachnoidální anestezii je při vědomí po celou dobu operace a první kontakt s dítětem je možné realizovat přímo na operačním sále. Na pooperačním oddělení je ženě novorozenec nošen a přikládán k prsu pravidelně dle potřeby. Jestliže císařský řez byl proveden v celkové anestezii, novorozenec je nejdříve přikládán do šesti hodin po porodu. Časová prodleva je u celkové anestezie důležitá z důvodů možného přestupu anestetik do mateřského mléka. Pro matku je tedy výhodnější subarachnoidální anestezie z důvodů okamžitého kontaktu s novorozencem a možného rychlejšího nástupu laktace (Pařízek, 2002, s. 327,337).

3 PÉČE O ŽENU PŘI CÍSAŘSKÉM ŘEZU

Císařský řez je abdominální operace, při které je nutno jako u všech jiných operací provést předoperační přípravu. Velmi důležitá je také péče o ženu během celého výkonu a následně i v pooperačním období. Ke každé pacientce by se mělo přistupovat individuálně a brát ohledy na její potřeby.

3. 1 Předoperační příprava

Předoperační příprava začíná ve chvíli, kdy lékař rozhodne o provedení císařského řezu, až do doby, kdy je rodička předána na operační sál. Hlavním cílem předoperační přípravy je vytvoření co nejlepších podmínek pro těhotnou. To znamená lepší zvládnutí zátěže a stresu a vede ke kvalitnějšímu zotavení (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 79).

Při předem známé indikaci je část císařských řezů plánovaná. V tomto případě je těhotná předoperačně komplexně vyšetřena. Základní hematologické a biochemické laboratorní výsledky, EKG a celkový zdravotní stav těhotné ženy zhodnotí internista. Na základě výsledků je nutno upravit anemii, kompenzovat diabetes mellitus, léčit celkovou nebo lokální infekci. Důležitá je léčba hypertenze a preeklampsie. Speciální přípravu vyžadují těhotné s onemocněním orgánů (srdce, játra, ledviny), ale také se závažným onemocněním např. myasthenia gravis nebo lupus erythematosus. V případě akutního císařského řezu jsou informace podávány ve spěchu, rodička ve stresu je nemusí vnímat plně a tím nastává komplikovanější situace (Čech a et., 2006, str. 518).

3. 2 Pooperační péče

Nejdůležitějším cílem perioperační a včasné pooperační péče po císařském řezu je snížení mateřské mortality a nejlépe jejího vyloučení. Za poslední léta přibývá počet těhotných žen ve vyšším věku, které vyžadují mezioborovou spolupráci. Důležitá je tedy prevence časných i pozdních komplikací, hlavně u žen s rizikem tromboembolické nemoci s respirační, kardiální a renální insuficiencí. Pacientkám

zajišťuje příznivou prognózu komplexní pooperační péče týkající se analgezie, náhrady krevních ztrát, sledování bilance tekutin, kontroly operační rány, prevence zánětlivých pooperačních komplikací, farmakoterapie a v neposlední řadě jsou důležitá režimová a dietní opatření. Velmi podstatná je také snaha o vylepšení subjektivního vnímání pooperačního stavu, hlavně nejvíce snížit vnímání bolesti, dále co nejrychleji a nejšetrněji dosáhnout plné mobility ženy. Důležitý je včasný kontakt matky s dítětem, časně přiložení, plné kojení a brzká péče o něj. (Feit a et. 2017, s. 185)

Bezprostředně po operaci jsou monitorovány životní funkce na jednotce intenzivní péče, ke kterým patří krevní tlak, puls, počet dechů, EKG křivka, tělesná teplota, SPO2 - množství kyslíku v krvi, a standardní odběr krve na krevní obraz. Při příjezdu z operačního sálu se sleduje stav vědomí, krvácení, výška děložního fundu, operační rána, popřípadě odpad do drénu, příjem a výdej tekutin a v neposlední řadě sledování intenzity bolesti dle VAS, dle kterého se podávají analgetika dle ordinací lékaře. Pokračuje se v podávání infuzní terapie, léků jako antibiotika, uterotonika, léků proti srážení krve, případně se aplikují krevní náhrady. Velmi důležitá je bandáž dolních končetin, jako prevence embolie až do mobilizace pacientky. Co nejdříve je umožněn rodičce kontakt s novorozencem. První pooperační den je velmi důležitá pooperační rehabilitace a pacientku mobilizujeme, převádí se z tekuté stravy na stravu vhodnou pro šestinedělky, aplikují se analgetika dle potřeby. Stehy se většinou vstřebávají samy, pokud byly použity svorky, odstraňují se 5. a 7. den po porodu. Pokud je šestinedělka i novorozenec v pořádku, je propuštěna do domácího prostředí třetí den po porodu (Hájek a et., 2014, s. 498).

Komplexní pooperační péče se skládá z několika na sebe navazujících nebo propojujících se postupů.

V pooperační péči by se mělo myslet hlavně na:

- profylaxi tromboembolické nemoci
- analgetickou léčbu
- infuzní terapii
- antiemetickou terapii
- v určitých situacích je potřeba antibiotická léčba
- hemoterapii

3. 2.1 Profylaxe tromboembolické nemoci

Prevence tromboembolické nemoci je jeden ze základních postupů v perioperační a v pooperační péči. Rizikovým faktorem pro vznik tromboembolické nemoci je císařský řez a to nejen u těhotných s patologií, ale i u fyziologicky těhotných. K profylaxi antikoagulační léčby se používá nízkomolekulární heparin LMWH, který se aplikuje podkožně. LMWH se podává v profylaktické nebo léčebné dávce. Léčebná dávka se používá u žen s vysokým rizikem tromboembolie (chlopenní náhrady, komplikacemi v tepenném, žilním řečišti). Množství, časové rozpětí a délku aplikace individuálně stanoví lékař. Pokud se jedná o těhotenství s přidruženým onemocněním je nutno konzultovat množství a četnost s lékařem specialistou např. hematologem. K dalším profylaktickým postupům patří včasná rehabilitace a časná vstávání, čímž se výrazně snižuje možnost vzniku akutní žilní trombózy. U ležících pacientek po operaci až do úplné mobilizace, jsou důležité kompresní punčochy po celé délce končetin, které urychlují průtok krve a redukují tak žilní návrat, čímž zabraňují vzniku trombu. K neposlední řadě patří k profylaxi dostatečná hydratace ženy.

3. 2. 2 Analgetická léčba

Léčba pooperační bolesti po císařském řezu je, podobně jako péče o pacienta po jakémkoliv chirurgickém výkonu, multidisciplinární týmový úkol, na kterém se podílejí hlavně ošetřující lékaři, operatér, anesteziolog a sestry na pooperačním oddělení.

Podle Mezinárodní organizace pro studium bolesti je popisována jako: *„Nepříjemný, smyslový a emocionální zážitek spojený s aktuálním nebo potenciálním poškozením, nebo se jako takový popisuje. Bolest je vždy subjektivní.“*

K léčbě pooperačních bolestí se užívají analgetika, která Světová zdravotnická organizace (WHO) dělí dle třístupňového žebříčku:

- I. **stupeň** – mírná bolest – používají se neopioidní analgetika,
- II. **stupeň** – středně silná bolest- kombinují se slabé opiody s neopioidním analgetikem,

III. stupeň - silná bolest - aplikují se opioidní analgetika s nebo bez neopioidních analgetik.

Intenzita bolesti se určuje dle vizuální analogové škály bolesti VAS (0-10), kdy 0 je stav bez bolesti, 10 je největší možná bolest.

Pooperační bolest má největší intenzitu bezprostředně po operaci. Nultý den po operaci v celkové i subarachnoidální anestezii podáváme silná opioidní analgetika v kombinaci s neopioidními analgetiky intravenózně nebo intramuskulárně, per.rectum. Při zavedení epidurálního katetru před císařským řezem se do něj analgetika aplikují kontinuálně 24 hodin, dle ordinací anesteziologa. První a druhý den postupně bolest odeznívá, pacientkám podáváme neopioidní analgetika perorálně. Kojícím matkám po dohodě s novorozeneckými lékaři podáváme analgetika, která nepřestupují do mateřského mléka a tím neovlivňují novorozence (Feit a et., 2017, s. 204 - 2010).

3. 2. 3 Infuzní terapie

V pooperační péči hraje velkou úlohu tekutinová resuscitace a parenterální výživa. Cílem tekutinové resuscitace je obnova kolujícího objemu, udržení orgánové perfuze a obnova rovnováhy mezi dodávkou kyslíku a jeho potřebou v tkáních. Po operaci se hodnotí - celkový stav pacientky, její hydratace, snížení tekutin v podobě elektrolytů a podávání diuretik. K tekutinové resuscitaci jsou vhodné elektrolytové roztoky jako koloidy a krystaloidy.

Parenterální výživa dodává organismu živiny přímo do krevního řečiště, mimo zažívací trakt, s cílem zajištění nutričního stavu a stavu vnitřního prostředí pacientky. Parenterální výživa zavodňuje pacientku, ale také poskytuje cukry, tuky, aminokyseliny, stopové prvky a vitamíny. (Feit a et., 2017, s. 200).

3. 2. 4 Antiemetická terapie

Jednou z nepříjemných komplikací celkové anestezie v peroperačním a pooperačním období je nevolnost a zvracení. Na jeho vzniku se podílí rizikové

faktory pacienta (anamnéza, věk pod 16 let, obezita, ženské pohlaví, zvracení v anamnéze, předoperační úzkost), vedení anestezie, délka operace.

V dnešní době není jednoznačně účinná antiemetická léčba, a proto se používá profylaktické podávání antiemetik dle vyhodnocení rizika dle PONV – (postoperative nausea and vomiting).

PONV – dělíme na **časné**, které se projeví 2 až 6 hodin po operaci, 6 - 24 hodin po operaci se označuje jako **pozdní**, po 24 hodinách mluvíme o **oddálené** nevolnosti a zvracení.

Prevence zvracení začíná zhodnocením rizikových faktorů a využitím profylaxe již v předoperačním období. Velmi důležitá je v tomto období komunikace s pacientem, čímž snížíme úzkost, která má veliký vliv na PONV. V prevenci je dále účinné podávání benzodiazepinů a také dobrá hydratace má pozitivní vliv na pooperační nevolnost a zvracení. Peroperačně je velmi podstatný výběr vhodných anestetik a začíná již v úvodu do anestezie nejlépe kombinací dvěma antiemetiky. Nepříznivě může ovlivnit peroperační i pooperační riziko PONV podávání opioidních analgetik. V dnešní době je snahou využití regionální anestezie všude tam, kde je to možné a tím odstranit peroperační a pooperační nevolnost (Feit a et., 2017, s. 210 - 212).

3. 2. 5 Antibiotická profylaktická léčba

Feit a et. (2017, s. 198) uvádí, že profylaktické podávání antibiotik, zásady asepse a antisepte mají velký vliv na snížení výskytu infekce u pacientek po operaci. Tím se snižují náklady na léčbu a zkracuje se délka hospitalizace pacientek.

I přes veškeré snahy profylaxe se může objevit infekce operační rány, na které se podílejí následující faktory:

- a) Faktory související s výskytem mikroorganismů. K nejvíce agresivním patří infekce způsobené klostridiemi a streptokoky skupiny A. Předcházíme tomu tím, že zkracujeme hospitalizaci před výkonem, léčíme vzdálené lokální infekce před operací, dodržujeme zásady asepse a antisepte a podáváme profylakticky antibiotika,
- b) Lokální chirurgické faktory jsou faktory související s operační ránou.

- c) Faktory na straně pacienta, mezi které patří věk, obezita, kouření, diabetes mellitus, polymorbidita.

3. 2. 6 Hemoterapie

Podávání krevních derivátů se jinými slovy nazývá hemoterapie. Řeší se tím velké krevní ztráty během komplikovaného operačního výkonu nebo raném i pozdním pooperačním období. Krevní ztráta během císařského řezu může být náhlá a také život ohrožující. V takovém případě je indikace a podávání krevních derivátů, krve a plazmy velmi důležitá, avšak se musí dbát na to, aby byla aplikace bezpečná, účelná a selektivní.

Účelná hemoterapie je podání krevní složky pacientce v nezbytně potřebném množství tak, aby nedošlo k poškození jejího zdraví.

Selektivní hemoterapie je aplikace jen těch krevních složek (červené krvinky, trombocyty, plasma) pacientce, které dle výsledků odběrů potřebuje nahradit.

Transfúzní přípravky jsou jednotlivé složky krve vyrábějící se separací plné krve.

Krevní deriváty se získávají z plazmy, jsou antivirově ošetřeny a jsou považovány za téměř bezpečné. Mezi ně patří albumin, koagulační faktory, antitrombin III. Vše je prováděno na transfúzním oddělení (Feit a et., 2017, s. 213-218).

4 PSYCHOLOGIE PORODU

Těhotenství je z psychologického pohledu chápáno jako období psychické nerovnováhy postihující somatickou i sociální úroveň. Těhotenství může způsobit změnu v partnerském i rodinném vztahu. Je nutno si uvědomit jak výrazná to je fyziologická změna, která s sebou nese i nestabilitu v psychickém stavu a hlavně zodpovědnost za nenarozené dítě. Pokud žena prožila neúspěch v předchozím těhotenství, vyvolá to u ní větší strach a úzkost. Mnohem hůře těhotenství prožívá a citlivěji vnímá působení okolních vlivů (Roztočil, 2008, s. 360).

I když žena má pozitivní postoj k těhotenství, je velmi časté, že se dostaví i negativní pocity. Těhotnou mohou přepadnout obavy z nových povinností a zodpovědnosti. Těhotná má v posledním trimestru strach z porodu, jestli dobře zvládne bolest, zda nebude při porodu křičet, zda ji nečeká císařský řez nebo jiná porodnická operace. K dalším obavám patří nová role matky, jestli zvládne péči o novorozence, jestli bude kojit. V období, kdy se žena má stát matkou, dochází k přehodnocování dosavadních hodnot, dochází ke změnám v rodinném životě, jiným starostem i obavám o narozené dítě.

4.1 Porod z psychologického hlediska

Porod je pro ženu jedna z nejvíce náročných a velmi intenzívně vnímaných situací v životě. Po celou dobu těhotenství se na ni připravuje. I když ženy již dříve porod prožily, stále mají z další této situace obavy a strach. Je to pro ně další neobvyklá zkušenost. Jak se s touto zkušeností vyrovnávají, závisí na osobnosti každé ženy, na životních zkušenostech, na aktuálním fyzickém i psychickém stavu. Zkušeností z porodu se formuje ženina osobnost. Prožitek z porodu může být zdrojem sebedůvěry získáním sebevědomí, hrdosti a projevem spokojenosti, že porod zvládla. Naopak pokud má žena pocit, že situaci a porod nezvládla, může dojít k rozporu ve víře v sama v sebe (Rastislavová, 2008, s. 58).

4. 2 Poporodní psychické poruchy

Pro ženy je poporodní období velmi rizikové a to v důsledku neurohormonálních změn již během těhotenství. Mohou také vzniknout nové psychické poruchy nebo může dojít k znovu obnovení chronických poruch, které byly již dříve diagnostikovány. Mezi nejčastější poruchy patří poporodní blues, poporodní deprese, úzkost, afektivní poruchy.

Nejzávažnější poruchy, které mohou ohrozit matku i dítě na životě jsou poporodní psychózy. Psychické stavy u žen jsou velmi ovlivňovány reprodukčním cyklem a reprodukčním stárnutím. Období, kdy žena může být nejvíce ohrožena je gravidita a šestinedělí. Duševní poruchy mohou vzhledem k užívání psychofarmak ovlivnit těhotenství, porod, péči a vztah k novorozenci. Psychofarmaka mají také dlouhodobý vliv na neurobehaviorální (některé změny chování a poruchy schopností spojených se získáváním, zpracováním a využitím znalostí a informací) vývoj dítěte. Všechny tyto léky se vylučují do mateřského mléka a to by mohlo mít negativní vliv na novorozence. Po konzultaci psychiatra a souhlasem matky je ve většině případů zastavena laktace.

4. 2. 1 Poporodní blues

Poporodní blues někdy nazýváno „baby blues“ se vyskytuje v raném šestinedělí a je popisováno jako mírný emoční problém krátkého trvání. Mezi hlavní příznaky patří zhoršení nálady projevující se podrážděností, kolísáním nálad, pláčem z nejasných důvodů. Psychiku ženy ovlivňují velké hormonální změny. Spouštěcím momentem bývají velmi často problémy s kojením a s tím spojené pocity nedostatečnosti v roli matky. Z důvodu tohoto pocitu může dojít u žen k sebeobviňování. Kolísavé nálady se projevují střídáním euforie s úzkostí a smutkem, vznětlivostí nebo podrážděností a to někdy ve velmi krátkých intervalech.

Příznaky se obvykle projevují mezi 3. – 4. dnem po porodu a většinou odeznívají do 10. - 12. dne po porodu. Ženy by měly být poučeny, pokud by se příznaky prohlubovaly a trvaly déle jak 14 dnů, je nutné vyhledat odborníka. Mohlo by to znamenat riziko vzniku vážnější poporodní deprese.

Příčina poporodního blues není známa, nesouvisí s průběhem porodu, nemá vliv, jestli žena kojí nebo nekojí. Nezáleží na tom, zda porod probíhal doma nebo v porodnici, nezávisí na psychiatrickém onemocnění v anamnéze ani v současnosti. Udávají se faktory biologické i psychosociální.

Na oddělení šestinedělí by mělo být samozřejmostí citlivé a empatické zacházení s matkou po porodu. Současně by měla být poskytnuta velká podpora při získávání zkušeností v péči o novorozence a dopomoc při kojení (Rastislavová, 2008, s. 22).

4. 2. 2 Poporodní deprese

Depresivní poruchy patří mezi poměrně časté duševní poruchy v poporodním období. V šestinedělí depresivní porucha zaujímá 10 - 19%. Bývá spojena s velkou morbiditou matky i novorozence, v nejhorších případech s možnými fatálními důsledky.

Pokud se jedná o depresi, může to být opětovné obnovení příznaků již dříve diagnostikované poruchy nebo se jedná o nové onemocnění. K rizikovým faktorům patří rodinná anamnéza deprese, manželský nesoulad, nedůvěra ve vztahu, neplánovaná gravidita, není-li podpora v partnerovi, sexuální zneužívání v dětství, více stresujících událostí během roku, porod víceročet. Příčinou vzniku depresí jsou jednak genetické faktory, ale také stres v souvislosti s porodem, ale také významnou roli hrají hormonální změny v těhotenství. Mezi ně patří měnící se hladiny estrogenů a progesteronů. Především estrogeny mají velký vliv na emoční změny (Takács, Sobotková, Šulová, 2015, s. 75 - 77).

Podle Roztočila (2017, s. 568) u většiny pacientek (60 %) dochází k rozvoji poporodní deprese v průběhu 6 týdnů po porodu. Období deprese mohou trvat od 3 – 14 měsíců, a to v různém stupni příznaků deprese.

Diagnostika

V těhotenství by měli na možnost vzniku deprese pomýšlet nejen lékaři, ale také porodní asistentky i dětské sestry. Ženy o svých problémech nerady mluví z obav, že budou označeny jako špatné matky. Proto je známo, že poporodní deprese jsou nedostatečně rozpoznány a léčeny. Nutné je si všimnout příznaků a velmi

důležitá je edukace ženy o příznacích deprese a úzkosti. To vede k porozumění a ke snížení obav. Deprese není jen špatná nálada nebo zármutek. K hlavním příznakům patří smutná nálada, pokles zájmů a ztráta radosti z prožitků. K tomu se mohou přidružit další příznaky jako nechutenství, porucha spánku, pocity viny, ztráta sebedůvěry, nerozhodnost, neklid, myšlenky na smrt nebo sebevraždu. Nebezpečí sebevražedného jednání je vyšší u žen, u kterých se projeví porodní komplikace a do 42 dnů po porodu (Takács, Sobotková, Šulová, 2015, s. 75 - 77).

Terapie

V léčbě depresivního onemocnění jsou využívány farmakologické i nefarmakologické přístupy. K nefarmakologické léčbě patří specifická psychoterapie, kterou poskytují specialisté a podpůrnou provádí lékař nebo zdravotnický personál. Velmi důležitá je empatie, milý a laskavý přístup, umět naslouchat, všímat si, umět povzbudit. Důležitá je podpora rodiny a blízkých.

Při volbě farmakologického přístupu patří medikace antidepresívy. V graviditě nezvyšují riziko vrozených vadu dítěte. Po porodu se však mohou vyskytnout abstinenční příznaky jako podrážděnost, neutišitelný pláč, nespavost, problémy s krmením. Léčba deprese se nesmí omezit jen na akutní stav, ale je velmi důležité pokračovat v léčbě až jeden rok. Dlouhodobá udržovací dávka je vhodná po několik let (Takács, Sobotková, Šulová, 2015, s. 75 - 77).

4. 2. 3 Úzkost

Vyšší úzkost v mateřské roli je nezbytná, protože máme zodpovědnost za malé dítě. Naše tělo je tak ostražité i vůči situacím, které jsou běžně vnímány jako neškodné. Když však samotná úzkost brání normálně fungovat, je potřeba vyhledat odbornou pomoc.

Pro ženy se může stát zdrojem úzkosti už samotná gravidita, která bývá spojena s prožíváním nepohody a úzkostných stavů. Na úzkost může mít vliv prožití negativních životních událostí, horší sociálně - ekonomické zajištění, nižší vzdělání. Úzkost je nejvýraznější na začátku těhotenství, uprostřed je období prožívání pocitů klidnější a na konci jsou projevy úzkosti opět výraznější. Mezi nejčastější důvody vzniku úzkosti těhotných žen je:

- Úzkost způsobená obavami o sebe (zvládnutí těhotenství a porodu), strach o dítě, jeho zdraví a osud.
- Úzkost z nezvládnutí rodičovské role. Zda žena obstojí jako matka, jestli sociální a ekonomické podmínky, do kterých dítě přivede, budou dost dobré pro jeho vývoj apod.
- Úzkost psychiatrická, která byla diagnostikována u žen, které mají sklony k psychiatrickému onemocnění, které se manifestuje stresem z gravidity nebo porodu (např. schizofrenie).

Dále můžeme pozorovat vyšší výskyt hypochondrických rysů a nosofobií (Čechová, Mellanyová, Rozsypalová, 2003, s. 113).

Takács, Sobotková, Šulová (2015, s. 84) popisují úzkostné poruchy jako nejčastěji se vyskytující u žen v průběhu těhotenství a bezprostředně po porodu. Úzkost je doprovázena nespavostí a poruchou usínání. Také intenzivní péče o novorozence má za následek časté poruchy spánku v šestinedělí. Pocit odpovědnosti za novorozence a péče o něj způsobuje matce nadměrnou úzkost a obavu. Ve většině případů hraje velkou roli podpora a pozitivní vliv rodiny a nejbližšího okolí. K dalším zdrojům úzkosti patří tělesné změny, které vedou u žen k obavám se svlékat před partnerem nebo se ukazovat na veřejnosti. Mezi další rizikové faktory poporodní úzkostné poruchy patří partnerský nesoulad, pozitivní rodinná anamnéza, duševní porucha partnera.

4. 2. 4 Poporodní psychóza

Kromě výše uvedených neurotických projevů emocionální lability se v období šestinedělí vyskytují vážnější duševní choroby, které nejsou neurotického, ale psychotického rázu, tzv. poporodní psychózy. Dřívější označení *laktační psychóza* bylo nesprávné, protože nemá s laktací nic společného.

K příznakům poporodní psychózy patří stavy noční úzkosti s poruchami spánku, nedodržování osobní hygieny, neklid, dochází k odmítání jídla. Maminky po porodu si stěžují na únavu, neschopnost citu k dítěti, nevykonnost, nerozhodnost. Přibývá sebeobviňování a nemluvnost, mohou se objevit paranoidní bludy, halucinace. Psychotické poruchy v puerperiu vyžadují speciální psychiatrickou léčbu.

Je důležité, aby bylo co nejdříve provedeno konsiliární vyšetření psychiatrem. Ve většině případů je terapie spojena s hospitalizací na psychiatrickém oddělení s podáváním antipsychotik (Takács, Sobotková, Šulová a et., 2015, s. 96 - 97).

4. 3 Psychika ženy při císařském řezu

Je-li rozhodnuto během porodu o ukončení císařským řezem, je velmi častou reakcí rodičky okamžitý pocit úlevy, který se však následně mění na strach z operace, strach o sebe, o dítě. Často ženy mohou dávat pocit viny zdravotnickému personálu, který za průběh porodu zodpovídá. Asi čtvrtina žen se obviňuje z neúspěšně postupujícího porodu. Tyto ženy mohou mít pocit viny nebo pocit osobního selhání.

Zpětně mohou rodičky vnímat ukončení porodu císařským řezem jako dlouhý, nelítostný.

Psychologická příprava na akutní císařský řez není možná. Pozitivní vliv na snížení strachu má podpora v partnerovi, kvalitní a dostatečná informovanost porodními asistentkami, ošetřujícím lékařem i anesteziologem. U plánovaných císařských řezů se strach před operací tolik neliší od jiných operací. Pokud je císařský řez veden v subarachnoidální anestezii, ženy vnímají méně negativních pocitů. U této anestezie má pozitivní vliv přítomnost partnera přímo na operačním sále. (Čepický, Líbalová, 2008, s. 81).

V České republice není poskytováno psychologické poradenství, ani neexistují svépomocná sdružení, která by nabídla pomoc ženám po císařském řezu. Žena, která se připravuje a těší na přirozený porod a pokud je její porod ukončen císařským řezem, bude více zklamaná. Mohou se dostavit pocity sníženého sebevědomí, mohou se objevit výčitky, že ona i dítě byli ochuzeni o zážitek z přirozeného porodu. Větší psychickou zátěží je císařský řez u prvorodičky, kdy hrozí možnost, že žena vstoupí do rodičovství s pocitem neschopnosti přivést na svět miminko sama svou vlastní silou. Situace je zhoršena přístupem jejího okolí, rodiny, ošetřujícím personálem, kteří vnímají císařský řez jako východisko úspěšného ukončení těhotenství, kdy matka i dítě jsou v pořádku a nestarají se o vnitřní pocity a emoce matky.

Jestliže se žena nedokáže s touto situací vyrovnat, může dojít až k narušení vztahu sama k sobě, partnerovi nebo dítěti. Může dojít k syndromu zapouzdřené bolesti a posléze až depresím. Každá žena se vyrovnává s nepřírozeným porodem individuálně a v různém časovém období. Akutní císařský řez znamená pro ženu nejen fyzicky nepříjemný zážitek, ale psychickou zátěž (Rastislavová, 2008, s. 36)

4. 3. 1 Akutní císařský řez z perspektivy prožívání rodiček

Plánovaný císařský řez je ze strany ženy velmi často dobře snášen a s tím souvisí i větší míra spokojenosti. U akutního císařského řezu platí opak. Většinou se setkáváme s nespokojeností s porodním zážitkem. Akutní operaci prožívají hůře ženy úzkostné a ženy, které měly veliký strach z porodu.

Některé studie popsaly čtyři typy reakcí žen před akutní operací a po ní. První reakce byla důvěra a jistota. Tak reagovaly ženy, které měly důvěru v sama v sebe i v ošetřující personál. Velmi dobře vnímaly akutní císařský řez ženy, které bezprostředně po porodu viděly své miminko. Druhou reakcí bylo pozitivní očekávání a následné zklamání. Ženám přineslo úlevu rozhodnutí o ukončení těhotenství císařským řezem, protože to přineslo řešení komplikovaného porodu. Některé však prožívaly zklamání až zlost, jelikož nebyly plně informovány o provedení SC a nebyly dostatečně přesvědčeny o jeho nezbytném provedení. Třetí typ reakce byl popsán jako strach a následná úleva. Strach se projevil u rodiček těsně před příjezdem do porodnice, ale jakmile byly informovány o nutnosti provedení císařského řezu, pocítily úlevu. Některé ženy si nezanechaly na porod žádné vzpomínky, avšak nejvíce jim utkvělo v mysli první spatření miminka. Tento stav byl zařazen jako čtvrtá reakce - zmatek a amnézie.

Novější studie ukázala sedm nejnovějších témat, která se objevují v hlavních vzpomínkách žen, které podstoupily akutní císařský řez. Ženy popsaly úlevu a domnívaly se, že císařský řez je ta nejlepší volba v dané situaci, neboť měly strach o zdraví dítěte. Další vzpomínka byla ztráta kontroly nad situací. Ženy se cítily bezmocné a nepotřebné, neboť nevěděly, jak mohou v situaci, která nastala, být nápomocny a musely čekat, až za ně rozhodnou lidé okolo nich. V tomto případě se musely ujistovat samy, že všechno dobře dopadne a to jim pomáhalo zmírnit stres. Častým tématem bylo zklamání z toho, že nebylo naplněno jejich očekávání

porodit přirozeným způsobem a bez medicínských zásahů. Některé ženy prožívaly strach a zděšení z obavy o sebe a o dítě, bály se nejistoty a bolesti. Z dalších reakcí bylo popření, neboť s tímto způsobem porodu nepočítaly a nechtěly si připustit, že císařský řez čeká právě na ně. Některé ženy pociťovaly pozitivní emoce, radost a úlevu, že budou bez bolesti, porod budou mít za sebou a těšily se na miminko (Takács, Sobotková, Šulová a et., 2015 s. 66).

Ženy delší dobu po porodu vzpomínají na akutní císařský řez s pocitem ztráty. Tento pocit souvisí z nemožností se podílet na vlastním porodu. Hlavně se to projevilo u žen s císařským řezem při celkové anestezii. Nejvíce to vnímaly tak, že nemají na prožitek z porodu žádnou vzpomínku. Ženy měly často pocit narušení vztahu s dítětem a odstup od něho. Po porodu se ženy obviňovaly ze selhání, že nezvládly to, co je pro ženu nejpřirozenějším úkolem. Více, než polovina žen, prožívala strach o svůj život a o život svého dítěte. Z dalších negativních pocitů pro ženy byl chirurgický zákrok, který mnohé ženy vnímaly jako násilí a zohavení jizvou. U žen, které nebyly přesvědčeny o tom, že byl zákrok nutný, přetrvával vztek a zlost na zdravotníky (Takács, Sobotková, Šulová a et., 2015 s. 66).

4. 3. 2 Bonding

Porod je neopakovatelný zážitek pro matku, která dává dítěti život, ale i pro novorozence, který přichází na svět. Způsob porodu má vliv nejen na pozdější vztah mezi dítětem a matkou, ale i na vážení si sama sebe. K porodu patří bolest, ale ta je nahrazována radostí a štěstím, kdy po narození miminka si ho žena – maminka přivine do náruče. Bolest je rychle zapomenuta.

K tomu napomáhá i tzv. bonding, který je stále více zaváděn do porodnických zařízení. Bonding je slovo anglického původu a v přeložení znamená připoutání, slepení nebo sepětí. Vytváří vztah mezi matkou a dítětem bezprostředně po porodu, kdy jsou v těsné blízkosti a kontaktu kůže na kůži. Po spontánním porodu, kdy je maminka i novorozenec v pořádku, není ve většině porodnic bonding problémem, naopak je trendem (Mrowetz, 2011, s. 10, 47, 159).

Bonding po císařském řezu, který je veden v celkové anestezii není možný. V takovém případě se novorozenec po vybavení z dutiny děložní ošetří a je přiložen otci na hrud'. V takovém případě je to druhá nejlepší možnost, jak novorozenci

zpříjemnit přechod z dělohy na svět. Je-li u císařského řezu provedena subarachnoidální anestezie, je novorozenec po vybavení a osušení položen na matčinu nahou hrud' (Skin – tu - skin). Tento postup napomáhá k upevňování citového pouta mezi matkou a dítětem. Při kontaktu kůže na kůži dojde u novorozence k osídlení bakteriemi od jeho maminky. Novorozenec by tak měl být takto uložen nejméně na hodinu, pokud se nevyskytnou u něj nějaké problémy nebo u matky nenastanou poporodní komplikace (Odent,2016, s. 13) (obr. 3).

I přes jakékoliv komplikace, které se mohou vyskytnout při porodu císařským řezem, je možné, aby si matka s dítětem vytvořila láskyplný vztah, ve kterém si budou vzájemně důvěřovat (Hájek et a, 2014, s. 179).



Obrázek 3 Bonding na operačním sále

4. 3. 3 Otec u porodu

Ještě v roce 1988 byla otázka přítomnosti otce u porodu velmi negativně diskutována. O čtyři roky později se už setkáváme s pozitivními reakcemi. Prováděly se studie zaměřené na organizační opatření, která by umožnila takto vedené porody na pracovišti, a také se analyzoval charakter rodičů, kteří by o takový porod měli zájem. Převažoval zájem rodin harmonických, u žen poprvé rodičích a s vyšším vzděláním (Štembera, 2004, s. 296).

Přítomnost otce u spontánního porodu nám již přijde samozřejmý a je umožněn ve všech porodnicích v naší zemi. Více diskutovaná je přítomnost otce při císařském řezu.

Pro většinu žen je císařský řez operace, se kterou vůbec nepočítaly. Cítí to do určité míry jako zklamání, i když jsou si vědomy, že nebyla jiná možnost, jak porodit zdravé miminko. Akutní císařský řez vnímají rodičky po psychické stránce hůře. Na jedné straně to přijímají jako osvobození od bolestí, a na druhé straně jako nenaplnění touhy přivést na svět dítě přirozenou cestou. Mohou se objevit pocity sebeobviňování a sociálního stažení. Některé matky se z těchto pocitů dostanou rychle a u jiných to jde obtížněji. Chce to čas, aby se novopečená maminka citově adaptovala, aby tuto situaci kladně přijala. Potřebuje si o tom s někým popovídat a o to více, čím více si přála porodit spontánně.

Partner, aby pomohl ženě se vyrovnat s touto situací, potřebuje spoustu trpělivosti. Záleží také na něm, jak se bude chovat ke své ženě v průběhu operace, ale i po ní. Jestliže žena byla již během těhotenství připravována k jeho ukončení císařským řezem, je více pravděpodobné, že tuto situaci zvládne po citové stránce lépe, avšak partner tu hraje také důležitou roli (Rastislavová, 2008, s. 72).

Ať už je císařský řez proveden v celkové anestezii nebo v subarachnoidální, je vždy přítomnost otce stejně důležitá jak u porodu spontánního, pro něj osobně, i pro novorozence a hlavně pro partnerku. Otec dítěte je seznámen s možností být fyzicky na operačním sále. Pokud s tím souhlasí oba partneři, podepíše informovaný souhlas (Příloha č. 5). Při subarachnoidální anestezii může sedět otec na operačním sále u hlavy své partnerky, uklidňovat ji, držet ji za ruku a tím ulehčit situaci. Žena slyší a vidí hned po porodu své miminko. Může ji být položeno na hrud' a spolu s partnerem mu věnují maximální pozornost. Pro otce to znamená příležitost přivítání svého děťátka na svět. Po prvním nezbytném ošetření si miminko chová, povídá mu, může si také miminko položit na hrudník a poskytnout mu tak teplo a bezpečí. (Rastislavová, 2008, s. 74) (obr. 4).

„Otcové, kteří se mohli osobně účastnit porodu svých dětí, si vytvořili zvláště blízký vztah ke svým potomkům a porod byl pro ně, stejně jako pro jejich partnerky, zvláštním a velmi hlubokým emocionálním zážitkem.“ (Gaskin, 2010, s. 202).



Obrázek 4 Otec u porodu císařským řezem

4. 3. 4 Laktace po císařském řezu

Včasné přiložení novorozence ke kojení po císařském řezu vede k posílení mateřského sebevědomí a dává možnost vytvořit pevnou vazbu s dítětem. Výrazně přispívá k psychické pohodě, která byla narušená tím, že porod neproběhl dle představ. Aby se začalo s kojením co nejdříve a úspěšně, je potřeba více péče ze strany zdravotnického personálu, než u maminek po spontánním porodu. Jestliže císařský řez je veden v subarachnoidální anestezii, maminka i dítě po porodu jsou bez komplikací, je možné provést první přiložení přímo na operačním sále (Rastislavová, 2008, s. 84).

Pro správný rozvoj laktace po císařském řezu je důležité první přiložení, k němuž by mělo dojít do třiceti minut po porodu, nejdéle ale do dvou hodin po porodu. K rozvoji laktace přispívají novorozenecké reflexy, jako je hledací reflex, sací reflex nebo polykací reflex. Během prvního dne by se měl novorozenec přikládat k prsu v pravidelných intervalech, a to přibližně po třech hodinách. Pokud chce novorozenec častěji, je možné jej přiložit i dříve. Tomuto systému se říká systém self - demand. Tvorba mléka je stejná po císařském řezu jako po vaginálním porodu. Rozdíl je v možnosti prvního přiložení, kdy žena po císařském řezu v celkové

anestezii obvykle přikládá dítě k prsu až po několika hodinách (Gregora, 2007, s. 126).

Na kojení je mléčná žláza hormonálně připravovaná během celého těhotenství. Kolem žláznatého tělesa prsu se ukládá tuk. Růst a počet mlékovodů je stimulován estrogény a progesteronem se zvyšuje počet alveolů. Vývoj alveolů stimuluje i placentární laktogen. Laktace je během těhotenství tlumena, i když hladina spouštěcího hormonu prolaktinu během těhotenství u žen vzrůstá. Příčinou jsou vysoké hladiny estrogenu, které zabraňují laktogenitě prolaktinu. Ke konci těhotenství je z prsů vylučováno kolostrum - hustá nažloutlá tekutina bohatá na protilátky. Tvorba kolostra se zvyšuje do porodu, pak je nahrazena produkcí mateřského mléka. Během 48 hodin po porodu se rychle snižuje hladina estrogenu. Stálý koloběh prolaktinu působí na alveolární buňky a vede ke spouštění a udržení laktace. Vlastní kojení je započato hypofyzárním prolaktinem, který je společně s oxytocinem vyplavován při stimulaci bradavek sáním kojence.

Avšak negativní emoce, obavy ze selhání kojení, mohou snižovat sekreci prolaktinu zvýšeným uvolňováním prolaktinu – inhibujícího faktoru- dopaminu z hypotalamu (Roztočil, 2008, s. 127 - 128).

4. 4 Sexualita po císařském řezu

Po císařském řezu se kvalita sexuálního života nemění. Není však ojedinělé, že žena pociťuje bolest při i po pohlavním styku. Ta bývá způsobena postupným hojením porušených svalů a stahováním dělohy. I po porodu císařským řezem je vhodné včasné posilování pánevního dna. Jediným viditelným důsledkem je jizva v dolní části břicha. Postupem času řez bledne, může i zmizet. U některých žen přetrvává citlivost v místě jizvy i v pozdějších letech. Sexualita neodmyslitelně patří k partnerskému životu a je potřeba o něm hovořit. Dítě ke svému vývoji potřebuje lásku matky i lásku otce, ale také potřebuje vidět a cítit jejich vzájemnou lásku (Richter, Schafer, 2007, s. 151 - 159).

Narození miminka některé maminky s partnery sblíží a určitým způsobem je to semkne. Oba jsou si citově blíží a mají pocit, že se jejich vztah prohloubil. Sexuální život je pro ně daleko intenzivnější. Není to však u všech. Někteří tatínkové cítí, že se mezi nimi a partnerkou otevírá propast a navzájem se vzdalují. Mají pocit,

že se jim jejich partnerka nevěnuje, jak po stránce tělesné, tak sexuální a začínají pochybovat o lásce k ní. Někdy přemýšlí o sexu s jinou ženou a někdy tak i učiní. Zničit vztah kvůli dítěti je pro ně však velmi složité. Mnozí cítí, že se to s partnerkou nedá vydržet a neví kudy kam. U mladých novopečených tatínků se stává, že začnou o vztahu pochybovat nebo vztah ukončí. Potřeba sexu během prvního roku po narození dítěte bývá neuspokojena. Velmi důležité je, aby si partneři tento problém uvědomili a začali ho včas řešit. Jeden z hlavních důvodů, proč je partner nespokojený, může být, že se cítí vedle dítěte odstrčený. Partnerka se více věnuje dítěti, než jemu. Stává se, že žena po porodu už pro něj není tak přitažlivá, neboť její tělo ochablo a postava je jiná, než před těhotenstvím. V některých případech muž začne pochybovat, jestli se chtěl skutečně otcem stát (Carr, 2012, s. 52).

Touha ženy po sexu v období po porodu může být menší. Ztráta libida po šestinedělí, také není ničím neobvyklá. Příčinou sníženého zájmu o sex většinou bývá zvýšenou psychickou, ale i fyzickou únavou způsobenou péčí o miminko, nedostatkem spánku i strachem z bolesti při pohlavním styku. Ženy po císařském řezu se bojí doteků, protože tkáň je ještě nezhojená a jizva bolestivá a to může trvat i několik měsíců. Příliš dlouhý nezájem ženy o pohlavní styk je pro muže velmi náročný a netrpělivým naléháním by ji mohl jen odradit. Za důležité a prospěšné se považuje komunikace partnerů o problému, najít společné řešení v jiném uspokojení a navázat tak na původní intimní život. Některé ženy mají obavy, že už se svému partnerovi nebudou líbit, nebudou atraktivní. Mohou se stydět za jizvu a odmítat sex i z hlediska estetického. Z tohoto důvodu mohou mít také obavy z intimního života (Richter, Schafer, 2007, s. 151-159).

Ženy, které nekojí, většinou začínají sexuální život dříve, než ženy kojící plně. Je to dáno sníženou hladinou estrogenů a androgenů, únavou při přerušovaném a nedostatečném spánku. Narození miminka může být spouštěčem sexuální nechuti. Kojící ženy si často stěžují na bolest při pohlavním styku, může s tím souviset nedostatečné zvlhčování pochvy způsobené právě nižší hladinou estrogenů. Pro ženu může být velmi obtížné fungovat jako kojící matka a současně sexuální partnerka. K nejčastějším příčinám sexuálních poruch v poporodním období patří z psychologického hlediska únava, deprese, nespokojenost se vzhledem vlastního těla, z hlediska vztahových příčin zde patří krize ve vztahu, nesoulad v partnerském životě, nesplněná očekávání od partnera. K situačním příčinám náleží nevhodné

bydlení, časté buzení miminka v noci. Mezi další příčiny patří zdravotní potíže, jako je jizva po císařském řezu a její špatné hojení. Žena se může před partnerem za jizvu stydět a to může mít vliv na intimní život. U partnera se může negativně projevit žárlivost na kojení a tím i na prsa své ženy (Rastislavová, 2008, s. 27).

4. 5 Dopady císařského řezu na ženu a její rodinu

Posttraumatické symptomy

Jeden z hlavních dopadů akutního císařského řezu na psychické zdraví matky jsou posttraumatické symptomy. Objevují se častěji u akutního, než u plánovaného SC. Může je vyvolat také i nekomplikovaný porod. Záleží na zdravotním hledisku matky. Velmi záleží na tom, jak rodička prožívala těhotenství, jak zvládala situaci před porodem, během něj a krátce po něm. Mezi ukazatele, které se podílejí na rozvoji posttraumatických symptomů, patří strach o zdraví, strach o vlastní život i život dítěte, nedostatek informací od zdravotního personálu, nedostatečná psychická podpora, silná bolest a její nedostatečné tlumení.

Častější výskyt posttraumatických symptomů je u akutních SC, než u plánovaných. Z toho důvodu je velmi důležitá větší psychická podpora. Rodičky mají méně času na to, aby se na operaci psychicky připravily a mířily se s ní. Okolnosti, které se tak rychle seběhnou, jsou pro ně hodně stresující.

U císařského řezu na přání je situace jednodušší. Ženy žádají právě z důvodu prevence duševního stresu a mohou se na něj psychicky připravit. Takto naplánovaný císařský řez u žen snižuje riziko psychického traumatu, protože SC bylo provedeno na základě jejich rozhodnutí.

Akutní císařský řez je pro mnoho rodiček velkým stresem a u některých můžeme vidět těžké psychické poruchy vlivem této operace. K rizikovým posttraumatických symptomů patří špatné vztahy rodičky se zdravotnickým personálem během porodu, manželský nesoulad, stresující události, nižší sebeúcta ženy a nedostatek sociální podpory. Akutní SC je více stresující pro ženy, které chtěly родit přirozeným způsobem a ženy s vyšším vzděláním (Takács, Sobotková, Šulová a et., 2015, s. 67).

Poporodní deprese

Císařský řez není rozhodujícím faktorem pro vznik poporodních depresí. Velkou roli hraje u rodičky vnímaná míra psychické zátěže při porodu. Vyšší riziko rozvoje poporodní deprese po akutním SC je ve větší míře u žen s depresí v anamnéze. SC může být spouštěčem psychiatrického onemocnění u žen, které mají k tomuto onemocnění rodinné predispozice (Takács, Sobotková, Šulová a et., 2015, s. 66 - 67).

5. KVALITATIVNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

5.1 Výzkumný problém a cíl výzkumu

Pro těhotnou ženu, která se celé těhotenství těší na přirozený porod (má možnost účastnit se předporodních kurzů), je oznámení o ukončení těhotenství per SC děsivé, až šokující. V takovém případě velmi záleží na tom, jde-li o plánovaný porod císařským řezem nebo o akutní, kdy porod je veden spontánně, ale náhle se zkomplikuje a je nutno jej ukončit operativně per SC. V takovém případě je velmi důležitý přístup lékaře porodníka, anesteziologa a v neménší míře porodní asistentky, která má možnost edukovat rodičku jak po stránce přípravy, tak po stránce psychické. V neposlední řadě, pokud to stav dovolí, je důležitá pro rodičku informovanost o způsobu a možnosti volby anestezie tak, aby byl její prožitek i z porodu císařským řezem pozitivní.

Cíle výzkumu:

1. Zjistit míru informovanosti žen o metodách anestezie při SC a jejich výběru.
2. Porovnat komfort, který přináší rodičkám SA a CA při SC.
3. Zjistit, zda metoda anestezie při SC ovlivňuje fyzický stav rodiček.
4. Zjistit, zda metoda anestezie při SC ovlivňuje psychický stav rodiček.

5.2 Metodika výzkumu

Pro vypracování vybraného tématu jsem zvolila metodu kvalitativního šetření. Hendl (2014, s. 207) popisuje kvalitativní výzkum jako nestatistické zpracování získaných údajů a informací, při kterém je možno nahlédnout hlouběji pod povrch zkoumaných faktorů.

Dle Vévodové a Ivanové (2015, s. 102) je předmětem kvalitativní metodologie studium běžného každodenního života lidí v jejich přirozených podmínkách. Charakteristika pro kvalitativní typ výzkumu je zaměření se na člověka jako na jednotlivce. Z toho vyplývá, že se nezkoumá početný výzkumný vzorek.

Kritéria výzkumu

Pro sběr dat v empirické části diplomové práce jsem použila polostrukturovaný rozhovor se ženami po porodu v období od šesti týdnů až do třech měsíců po porodu. Toto kritérium jsem si stanovila již před získáváním rozhovorů. Hlavním cílem této práce bylo zjistit spokojenost rodiček, které prožily císařský řez ve svodné i celkové anestezii. Oba císařské řezy jim byly provedeny v rozmezí tří let. Získané informace by mohly být použity při edukaci žen před císařským řezem a ke zkvalitnění psychického prožívání porodu per SC.

5.3 Charakteristika souboru

Výzkumný soubor je tvořen 12 ženami ve věku od 22 do 38 let. U žen byl proveden císařský řez jak v celkové, tak subarachnoidální anestezii. Ve většině případů bylo první těhotenství ukončeno císařským řezem z akutní indikace a druhé bylo plánované, kdy se rodička mohla v klidu rozhodnout o způsobu anestezie.

Na začátku rozhovoru byly položeny otázky týkající se zjištění osobních údajů, které byly následně zaznamenány:

- Věk,
- počet porodů,
- rodinný stav.

Tabulka 1 Charakteristika výzkumného souboru

Jméno	Věk	Počet porodů	Rodinný stav
Adéla	28	2	vdaná
Zuzana	32	3	rozvedená s partnerem
Barbora	22	2	svobodná bez partnera
Soňa	28	2	svobodná s partnerem
Lucie	31	2	vdaná
Aneta	36	2	svobodná s partnerem
Marie	38	2	vdaná
Petra	32	2	svobodná s partnerem
Valérie	27	2	vdaná
Sabina	35	2	rozvedená s partnerem
Mirka	30	2	vdaná
Jana	31	2	vdaná

Věková hranice respondentek byla od 22 - 40 let. U jedenácti z nich se jednalo o druhé těhotenství. Jedna z nich měla už jedno dítě po spontánním porodu doma. Šest respondentek bylo vdaných, jedna byla svobodná bez partnera, žije s maminkou. Tři byly svobodné, žijící s partnerem a dvě rozvedené, také žijící s partnerem.

Další otázky se týkaly císařského řezu:

- Pořadí císařských řezů ve vztahu k typu anestezie,
- příčina ukončení těhotenství.

Tabulka 2 Charakteristika celkové a spinální anestezie

Jméno	Celková anestezie	Příčina ukončení	Spinální anestezie	Příčina ukončení
<i>Adéla</i>	první SC	těžká preeklampsie,	druhý SC	konec pánevní
<i>Zuzana</i>	druhý SC	nepostupující porod	třetí SC	předchozí SC
<i>Barbora</i>	první SC	nepostupující porod	druhý SC	plánovaný
<i>Soňa</i>	první SC	hypoxie plodu	druhý SC	plánovaný
<i>Lucie</i>	první SC	konec pánevní	druhý SC	plánovaný
<i>Aneta</i>	první SC	konec pánevní	druhý SC	plánovaný - akutní
<i>Marie</i>	první SC	nepostupující porod	druhý SC	plánovaný
<i>Petra</i>	první SC	hypoxie plodu	druhý SC	plánovaný - akutní
<i>Valérie</i>	první SC	nepostupující porod	druhý SC	plánovaný
<i>Sabina</i>	první SC	nepostupující porod	druhý SC	plánovaný
<i>Mirka</i>	první SC	nepostupující porod	druhý SC	plánovaný
<i>Jana</i>	první SC	hypoxie plodu	druhý SC	plánovaný

U většiny respondentek byl první porod ukončen císařským řezem. U devíti byl proveden v celkové anestezii z důvodů akutního císařského řezu. U druhého císařského řezu šlo o předem plánovanou operaci. V tomto případě respondentky preferovaly spinální anestezii.

5.4 Sběr dat

Sběr dat v tomto výzkumném šetření bylo zjišťováno polostrukturovanými rozhovory. Samotné rozhovory proběhly od února do srpna 2018. Klientky měly možnost od rozhovoru, a tím i od účasti v šetření, odstoupit.

Na pooperačním oddělení IMJ Olomoucké Fakultní nemocnice, kde pracuji, jsem vybrala klientky, které splňovaly kritéria výběru. Tyto ženy jsem před propuštěním z oddělení šestinedělí oslovila a následně v období od šesti týdnů až do třech měsíců po porodu kontaktovala. Vzhledem k tak krátké době po porodu byly maminky ještě plné dojmů a zážitků z porodu, že mi ani jedna rozhovor neodmítla, ani žádná z oslovených mi rozhovor předčasně neukončila. Všechny s rozhovorem souhlasily a před jeho začátkem podepsaly informovaný souhlas. Každý rozhovor probíhal jednotlivě. K nahrávání jsem použila diktafon a následně autenticky přepsala do textového editoru MS Word. Nahrávky a texty rozhovorů jsem bezpečně uchovávala jen po nezbytně dlouhou dobu a pak využila pouze pro výzkumné šetření. V zájmu zachování anonymity byly respondentky při přepisu rozhovorů přejmenovány. Po přepisu jsem ihned rozhovor z diktafonu vymazala. Vzhledem k péči o kojené děti byly rozhovory uskutečněny v domácí prostředí tak, aby se matka i dítě cítily dobře a bezpečně. Musím podotknout, že toto prostředí si vybraly samy. U dvou, z celkového počtu dvanácti respondentek, byl rozhovor uskutečněn přes Skype z důvodů větší vzdálenosti bydliště. Mile mě překvapilo, s jakým zájmem se mnou ženy komunikovaly a sdílely své prožitky, i když někdy nebyly radostné.

Během rozhovoru jsem položila respondentkám otázky (Příloha 4), na které mi mohly ze široka a otevřeně odpovědět. Při rozhovoru jsem použila i doplňující otázky. Otázky byly kladeny tak, aby jim respondentka rozuměla a měla možnost v případě nesrozumitelnosti se eventuálně dotázat. Záměrem bylo zjistit konkrétní zkušenosti, zážitky, pocity, emoce, příčiny strachu a obav a také to, na co se těšily.

5.4 Zpracování dat

K analyzování získaných dat jsem použila některé techniky **zakotvené teorie**. Zakotvená teorie je metoda vycházející, stejně jako ostatní metody, z určitého výzkumného problému, který se zužuje prostřednictvím výzkumné otázky. Výzkumná otázka by měla být vyjádřena tak, aby nechala dostatek volnosti k pečlivému prozkoumání jevu. K rozboru textu se využívají různé typy kódování (axiální, otevřené, selektivní). V našem výzkumném šetření samotná teorie nebyla vytvořena. Jednalo se pouze o **otevřené a axiální kódování** s následným vytvořením kategorií a podkategorií (Tabulka 3).

Text jsem opakovaně pročítala a zpracovávala. Podstatné části, které se týkaly výzkumného problému, jsem si barevně označila (metoda barvení textu). Na základě toho vznikly jednotlivé kategorie. Při otevřeném kódování bylo stanoveno 8 kategorií, které byly následně pojmenovány. Při axiálním kódování jsem hledala vztahy mezi jednotlivými kategoriemi a definovala podkategorie.

Pro oblast zjišťující informovanost o typu anestezie uvádíme kategorie:

- Zdroj informací

Pro oblast zjišťující informovanost o celkové anestezii při SC uvádíme kategorie:

- Možnost volby anestezie
- Psychické prožívání před císařským řezem
- Psychické prožívání po SC

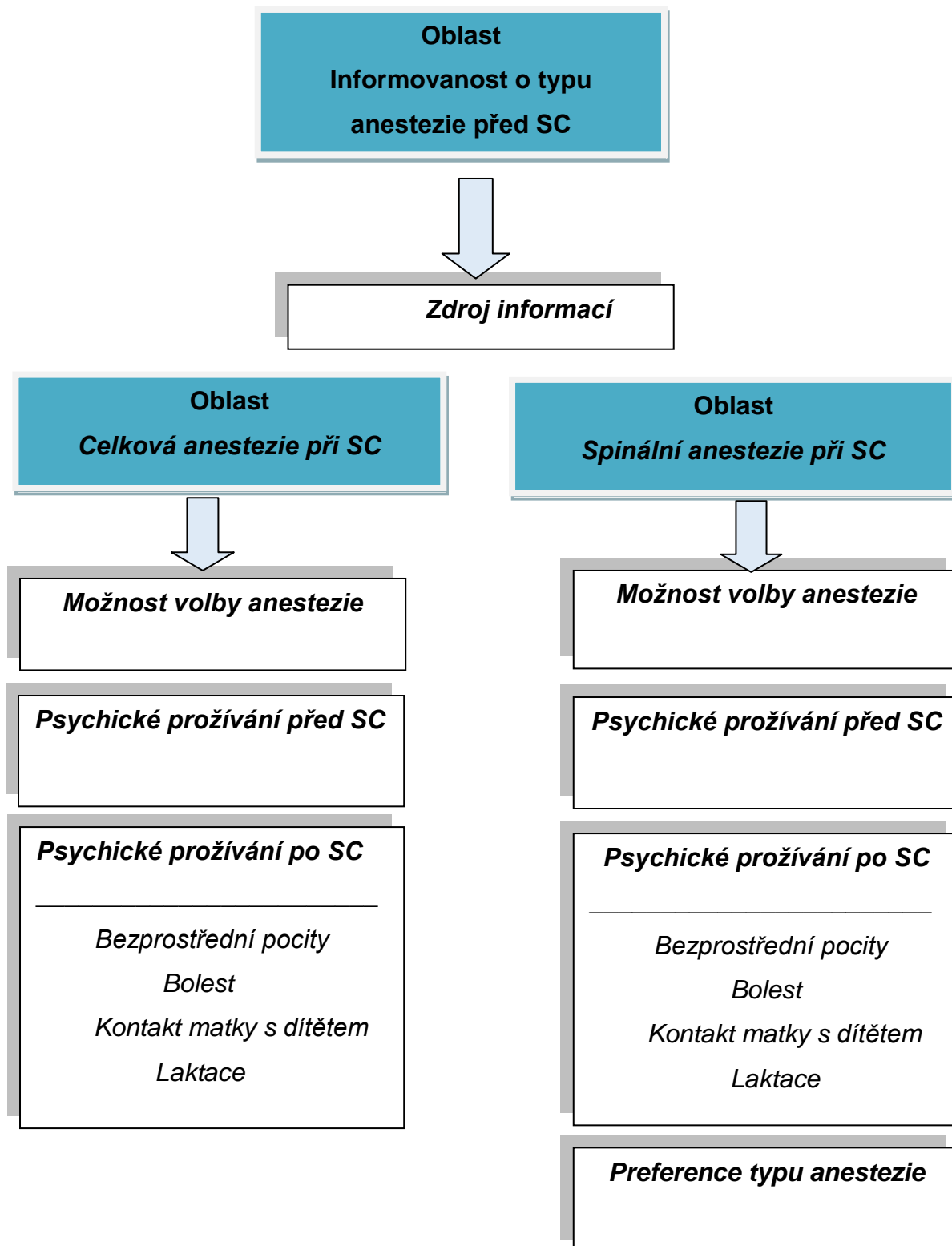
Pro oblast zjišťující informovanost o spinální anestezii při SC uvádíme kategorie:

- Možnost volby anestezie
- Psychické prožívání před SC a v jeho průběhu
- Psychické prožívání před SC
- Psychické prožívání po SC
- Preference typu anestezie

Některé kategorie byly rozděleny do několika podkategorií.

Vytvoření kategorií a podkategorií

Tabulka 3 Vytvoření kategorií a podkategorií



V kapitole Hodnocení výzkumného šetření jsou shodně pojmenovány jednotlivé tabulky s odpovídajícími kategoriemi. Analýza jednotlivých kategorií i souvisejících podkategorií je popsána pod tabulkami v textu. Citace respondentek jsou popsány kurzívou.

5.5 Hodnocení výzkumného šetření

Oblast: Informovanost o typu anestezie

1. Kategorie: Zdroj informací

Tabulka 3 Zdroj informací

Adéla	<i>„Lékař na Aru mi vysvětlil oba způsoby anestezie, další informace jsem si přečetla v informovaných souhlasech.“</i>
Zuzana	<i>„Nakonec jsem si vyslechla pana doktora a pochopila, že to bude nejlepší možnost.“</i>
Barbora	<i>„Dostala jsem letáček, sama si vyhledala informace na internetu a nejvíce informací mi podal pan doktor na ARu při předoperačním vyšetření.“</i>
Soňa	<i>„Od kamarádek jsem věděla, že můžu být uspaná nebo si můžu vybrat částečné umrtvení.“ „...byly mi pěkně vysvětleny výhody spinální anestezie (anesteziologem).“</i>
Lucie	<i>„U prvního porodu mě sestřičky nachystaly a vše vysvětlily, že se chvílku prospím a pak uvidím miminko. U druhého jsem věděla, co mě čeká a co mi budou dělat. Byla jsem rozhodnutá, že podstoupím znova celkové uspání. Sestřičky mi radily, ať zkusím jen spinální anestezii, ale já se moc bála, jehly mi nedělají dobře.“</i>
Aneta	<i>„Před samotnými porody jsem byla o obou variantách anestezie informována anesteziologem. Povídal mi o tom, jak bude účinkovat a jak se provádí. Mohla jsem se dotazovat na komplikace a výhody.“</i>
Marie	<i>„Už v těhotenství jsem věděla o dvou způsobech. Lokální a celková anestezie.“</i>
Petra	<i>„...lékař mi vše vysvětlil. Kamarádky mě podpořily ve spinální anestezii.“</i>
Valérie	<i>„...informace o anestezii jsem si zjistila přes internet. Co lékař, to jiný názor.“</i>
Sabina	<i>Na doporučení a pozitivních zkušenostích kamarádek.</i>
Mirka	<i>„U druhého císařského řezu jsem byla informována z papíru, který jsem dostala před porodem...“ „Kamarádka mě přemlouvala ke spinálu, manželova maminka mě zrazovala, byla jsem rozpačitá. Na porodním sále mi byla doporučena spinální anestezie, vše mi vysvětlili už na porodním sále.“</i>
Jana	<i>„Při prvním porodu mi lékař řekl něco o anestezii, ale stručně kvůli situaci“ (akutní SC).“ „Při druhém mi srozumitelně vysvětlil výhody,</i>

nevýhody i komplikace u obou druhů anestezie. Byla jsem informována i o tom, jak to bude probíhat po porodu.“

Dle výpovědí je patrna velmi dobrá informovanost o možnosti využití celkové i spinální anestezie. Ženy se dovídaly o možnostech anestezie z různých zdrojů. U většiny žen bylo první těhotenství ukončeno císařským řezem z akutní indikace a z tohoto důvodu jich bylo nejvíce informováno o způsobu anestezie od **lékaře porodníka i anesteziologa**. Valérie měla pro všechny případy informace z **internetu**: „Co lékař, to jiný názor.“ Sabina se Soňou byly poučeny **kamarádkami** o volbě anestezie a preferenci spinální anestezie. Lucii sdělila: „U prvního porodu mě sestřičky nachystaly a vše vysvětlily. Tvrdily, že se chvilku prospím a pak uvidím miminko. U druhého jsem věděla, co mě čeká a co mi budou dělat. Byla jsem rozhodnutá, že podstoupím znova celkové uspání. Sestřičky mi radily, ať zkusím jen spinální anestezii, ale já se moc bála, jehly mi nedělají dobře.“ Mirka byla u druhého těhotenství rozhodnuta o spinální anestezii, manželova maminka ji to rozmlouvala, ale na porodním sále jí bylo vše vysvětleno a doporučena SA, se kterou souhlasila.

Oblast: Celková anestezie

2. Kategorie: **Možnost volby anestezie**

Tabulka 4 Možnost volby anestezie

Adéla	„U obou porodů jsem si mohla říct, jakou bych chtěla anestezii.“
Zuzana	„...popravdě, u prvního dítěte jiná možnost nebyla, než celková narkóza.“
Barbora	„Snažila jsem se родit přirozeně. Porod byl vyvolávaný a trval tři dny. Nakonec to byl akutní císařský řez. Tam jsem si nemohla vybrat, jakou chci anestezii.“
Soňa	„První porod byl akutní císařský řez, tam jsem možnost výběru neměla.“
Lucie	„Doktor a sestřičky se mě zeptali, zda ještě budeme čekat čtyři hodiny nebo podstoupím císařský řez s celkovou narkózou. Tam jsem na výběr neměla. Raději jsem se rozhodla jít na císařský řez, hlavně kvůli obavám, zda je malý v pořádku....sestřičky mě nachystaly a vše vysvětlily, že se chvilku prospím a pak uvidím miminko.“
Aneta	„Mohla jsem si vybrat, jakou narkózu budu chtít, ale přiznám se, že jsem nechtěla být „vzhůru“, tak jsem si vybrala celkovou.“
Marie	„U prvního syna, nyní má 3 roky, byla zavedena celková anestezie pro nepostupující porod.“
Petra	„Do porodnice jsem přišla v odpoledních hodinách. Porod probíhal první čtyři hodiny zcela bez problémů. Vůbec mě nenapadlo, že skončím na operaci. Těšila jsem se na narození našeho prvního miminka. Když

	<i>se porod začal komplikovat, vše se seběhlo velice rychle. Miminku se přestalo dařit. Na operační sál jsem dojela během chvilky, ale zdálo se mi to nekonečné. Lékař mi oznámil, že mě rychle uspí, aby mohl gynekolog provést císařský řez. Bála jsem se o dítě.“</i>
Valérie	<i>„...anestezii jsem si mohla sama vybrat.“</i>
Sabina	<i>„V obou případech jsem byla srozuměna o dvou možnostech anestezie – spinální a celková.“</i>
Mirka	<i>„U prvního jsem byla na vyvolání porodu. Dva dny se to nedařilo porodit, proto bylo rozhodnuto o akutním císařském řezu. Měla jsem i epidurál, který mi zavedli při porodu. Anestezii jsem si nemohla vybrat, protože se velmi spěchalo na operační sál, miminko bylo v ohrožení. Byla jsem uspaná.“</i>
Jana	<i>„U prvního porodu jsem si vybrat nemohla. Byla to akutní sekce a probíhalo vše velmi rychle.“</i>

Z rozhovorů vyplynula dobrá informovanost respondentek o možnostech anestezie při císařském řezu. Třem z nich **byla dána možnost volby** mezi spinální a celkovou anestezii. Aneta ve své výpovědi uvedla: *„Mohla jsem si vybrat, jakou narkózu budu chtít, ale přiznávám se, že jsem nechtěla být vzhůru, tak jsem si vybrala celkovou.“* Ostatní si **nemohly zvolit** typ anestezie a to ze dvou důvodů. Jedním z nich byl původně plánovaný císařský řez, konec těhotenství se zkomplikovalo a muselo být ihned ukončeno per SC. Druhým důvodem byl spontánní porod, který nejprve probíhal bez potíží, později však nastaly komplikace. Vzhledem k ohrožení života plodu, musel být porod ukončen akutně císařským řezem. Petra si myslela, že porodí přirozenou cestou. Po stránce porodnické v počátku nic nenasvědčovalo, co by mohlo být překážkou. Během porodu nastaly komplikace a porod musel být ukončen císařským řezem. Sdělila mi: *„Porod probíhal první čtyři hodiny zcela bez problémů. Vůbec mě nenapadlo, že skončím na operaci. Těšila jsem se na narození našeho prvního miminka. Když se porod začal komplikovat, vše se seběhlo velice rychle. Miminku se přestalo dařit. Na operační sál jsem dojela během chvilky, ale zdálo se mi to nekonečné. Lékař mi oznámil, že mě rychle uspí, aby mohl gynekolog provést císařský řez. Bála jsem se o dítě.“*

3. Kategorie: **Psychické prožívání před císařským řezem**

Tabulka 5 Psychické prožívání před císařským řezem

Adéla	<i>„Porod byl ukončený kvůli preeklampsii. Měla jsem strach, byla jsem nervózní.“</i>
Zuzana	<i>„Prvním pocitem byl strach. Nevěděla jsem, do čeho jdu. Chvilku jsem přemýšlela, co udělat, ale popravdě, jiná možnost nebyla. ...A pocity to byly zvláštní. Měla jsem veliký strach o miminko, ale nakonec je všechno v pořádku.“</i>
Barbora	<i>„Psychicky už jsem moc nevnímala a fyzicky jsem byla vyčerpaná.“</i>
Soňa	-
Lucie	<i>„Raději jsem se rozhodla jít na císaře hlavně kvůli obavám, zda je malý v pořádku. ...poslední, co si pamatuji, byly usměvavé tváře operatérů a ostatních.“</i>
Aneta	<i>„...ale přiznám se, že jsem nechtěla být vzhůru, tak jsem si vybrala celkovou. Té jsem se také bála, protože to byla moje první narkóza, tak jsem měla strach, že se třeba nemusím probudit.“</i>
Marie	<i>„Byl to akutní císařský řez pro nepostupující porod, takže se rozhodlo během chvilky. Měla jsem strach o dítě.“</i>
Petra	<i>„Těšila jsem se na narození našeho prvního miminka. Když se porod začal komplikovat, vše se seběhlo velice rychle. Miminku se přestalo dařit. Na operační sál jsem dojela během chvilky, ale zdálo se mi to nekonečné. Lékař mi oznámil, že mě rychle uspí, aby mohl gynekolog provést císařský řez. Bála jsem se o dítě.“</i>
Valérie	<i>„Před císařským řezem jsem měla dost zajímavé pocity, bála jsem se, že to nestihnou. Porod byl už rozběhnutý, tak jsem měla kontrakce na operačním sále a byly čím dál silnější.“</i>
Sabina	<i>„Před celkovou narkózou jsem ve srovnání s tou lokální byla daleko víc nervózní. Přece jen člověka napadají různé věci - zda se vůbec probudí, co všechno se bude v jeho nevědomí dít a tak podobně. Vybavuji si chvíli před zákrokem tabletu, po které jsem se do značné míry uklidnila. Pak ty zvláštní pocity před tím, než sem se úplně „ztratila“. Ale to bylo podle mých vzpomínek hodně rychlé. Přece se jen jednalo o porod, tak jsem se těšila, až se probudím a spatřím své dítě.“</i>
Mirka	<i>„Rychle jsem něco podepsala, těšila jsem se, až to skončí a mám po bolesti. Hodně za mě řešil manžel, který se mnou byl u porodu a trpěl za mě. Bylo mu líto, že mi nemohl pomoci.“</i>
Jana	<i>„Měla jsem strach, co mě čeká, jestli se po anestezii probudím. Přemýšlela jsem i nad kojením po celkové anestezii, jestli nemůže kojení ovlivnit.“</i>

Po stránce psychické prožívaly ženy císařský řez **se strachem**. Nejvíce prožívaly **obavy o miminko**, aby se mu nic nestalo a narodilo se zdravé. Zuzana uvedla: *„Prvním pocitem byl strach. Nevěděla jsem, do čeho jdu. Chvilku jsem přemýšlela, co udělat, ale popravdě, jiná možnost nebyla. A pocity to byly zvláštní.*

Měla jsem veliký strach o miminko, ale nakonec je všechno v pořádku.“ Valérie měla obavy: „Před císařským řezem jsem měla dost zajímavé pocity. Bála jsem se, že to nestihnou. Porod byl už rozběhnutý, tak jsem měla kontrakce na operačním sále a byly čím dál silnější.“ Za Mirku hodně řešil manžel, něco rychle podepsala. Měla velké bolesti, které neměly konce. Byla ráda, že porod bude ukončen císařským řezem. Manžel s ní všechno prožíval a velmi trpěl, když jí nemohl pomoci. K druhému porodu už raději nešel. Janě se honilo hlavou, jestli se po celkové anestezii probudí a jak to vlastně bude s kojením. Co když to ovlivní laktaci.

4. Kategorie: **Psychické prožívání po SC**

Tabulka 6 Psychické prožívání po SC

Adéla	„Měla jsem bolesti, bylo mi na zvracení a veliká zima.“
Zuzana	„Po narkóze jsem žádné problémy neměla. Ale co mě hodně trápilo, že malého vidím až po šesti hodinách a to bylo hrozný. Nevěděla jsem, kde je.“
Barbora	„Po porodu jsem se dlouho budila, překvapila mě ta bolest břicha a hlavně následné snahy o pohyb, které moc nešly. Další dny mě bolela hlavně záda asi z toho ležení, neměla jsem moc sílu na dceru.“
Soňa	„Po celkové anestezii mi nebylo moc dobře a byla jsem hodně unavená. I po psychické stránce to bylo horší, byla mi veliká zima. Nevěděla jsem, jestli je malá v pořádku. Trvalo docela dlouho, než jsem ji viděla a řekli mi, jak to s ní vypadá. Taky jsem byla dlouho ospalá a rekonvalescence trvala déle.“
Lucie	„Po mém probuzení už jsem ležela na JIPce. Uvědomila si, že jsem sama. Měla jsem hodně sucho v krku a po každém zakašlání jsem cítila bolest a tlak v břiše.“
Aneta	„Potom jsem se probudila na JIPce. Víím, že jsem se ptala sestřičky na váhu miminka, ale potom jsem všechno zapoměla. Ptala jsem se asi třikrát. Potom víím, že mi bylo špatně na zvracení, ale to jenom chvíli. Bylo to nepříjemné.“ „...divný pocit, když nevííte, kde máte narozené dítě. Měla jsem o něho strach. Partner ho sice viděl hned po porodu a přinesl mi fotografie v mobilu, ale to vííte, chtěla jsem Tadeáška vidět naživo.“
Marie	„Po psychické stránce jsem byla smutná, že mi syn nešel porodit přirozeně.“
Petra	„Po probuzení jsem nevěděla, kde jsem. Víím, že na mě mluvilo hodně lidí, ale já se nemohla probrat. Břicho mě bolelo a nemohla jsem otevřít oči. Chtěla jsem vidět malého, ale řekli mi, ať spím, že mi potom všechno poví. To mi nejvíc vadilo.“
Valérie	„Po probuzení jsem byla zmatená, vyhukaná, měla jsem sucho v ústech.“
Sabina	„Ty chvíle, které nastaly po probuzení z narkózy, si vybavuji dost matně. Víím, že jsem měla takový lítostivý a plačtivý stav, ale to jen v prvních

	<i>minutách, než jsem si uvědomila, co se děje a dělo. Pak jsem se brzy přivítala s Emičkou a rázem bylo vše zapomenuto. Ještě teda asi v prvních hodinách po probuzení z narkózy si vzpomínám, že jsem volala s kamarádkou. Já měla pocit, že je vše v pořádku, a kamarádka mi zpětně říkala, že jsem ještě dost zvláště a zpomaleně mluvila... doufám tedy, že to bylo v důsledku té narkózy.“</i>
Mirka	<i>„Nebyla jsem převezena na JIPku, ale na porodní sál. Ten překlad z postele na postel byl hrozný. Takovou bolest jsem nezažila. Po lécách od bolesti jsem se trochu prospal. Byla jsem vyčerpaná, protože všechno probíhalo v noci.“</i>
Jana	<i>„Než zabraly léky od bolesti, byla jsem apatická, bez zájmu o dítě, partnera a byla mi veliká zima. Bylo mi tak zle, že v tu chvíli jsem myslela sama na sebe, za což se teď stydím.“</i>

Bezprostřední pocity po císařském řezu neprožívaly ženy s nadšením, uváděly **únavu, zmatenost, bolest a pocity na zvracení. Vyjadřovaly obavu o narozené dítě.** Zdravotnický personál jim požadované informace musel podávat opakovaně. Rodičky nevěděly, na kterém oddělení leží, kde je jejich dítě. Soňa nevzpomínala v dobrém na celkovou anestezii a se smutkem mi sdělila: *„Po celkové anestezii mi nebylo moc dobře a byla jsem hodně unavená. I po psychické stránce to bylo horší, byla mi veliká zima. Nevěděla jsem, jestli je malá v pořádku. Trvalo docela dlouho, než jsem ji viděla a řekli mi, jak to s ní vypadá. Taky jsem byla dlouho ospalá a rekonvalescence trvala déle.“* Lucie měla sucho v krku, nutilo jí to ke kašli, což způsobovalo velikou bolest. Aneta vzpomínala na příjezd z operačního sálu: *„Vím, že jsem se ptala sestřičky na váhu miminka, ale potom jsem všechno zapomněla. Ptala jsem se asi třikrát. Potom vím, že mi bylo špatně na zvracení, ale to jenom chvíli. Bylo to nepříjemné.“* „...divný pocit, když nevíte, kde máte narozené dítě. Měla jsem o něho strach. Partner ho sice viděl hned po porodu a přinesl mi fotografie v mobilu, ale to víte, chtěla jsem Tadeáška vidět naživo.“ Velmi ocenila možnost mít partnera po probuzení u sebe. Jana mi prozradila: *„Než zabraly léky od bolesti, byla jsem apatická, bez zájmu o dítě, partnera, byla mi veliká zima. Bylo mi tak zle, že v tu chvíli jsem myslela sama na sebe, za což se teď stydím, ale v tu chvíli jsem to tak cítila.“*

Podkategorie: **Bolest**

Tabulka 7 Bolest

Adéla	<i>„Měla jsem silné bolesti v oblasti břicha a podbříšku, a to i v klidu.“</i>
Zuzana	<i>„Po probuzení mě hodně bolelo břicho, bylo to nepříjemné.“</i>
Barbora	<i>„Překvapila mě ta bolest břicha a hlavně následné snahy o pohyb.“ „Další dny bolely hlavně záda ... ulevilo se mi až po vytažení svorek.“</i>
Soňa	<i>„Dost to bolelo a trvalo to delší dobu, než zabraly léky od bolesti.“</i>
Lucie	<i>„... po mém probuzení jsem cítila, bolest, tlak...“ „...malého přiložili k prsu a bolesti byly pryč.“</i>
Aneta	<i>„No, bolelo to hodně. Vůbec jsem se nemohla pohnout. Ale pak mi sestřičky něco daly od bolesti a bylo to lepší. Po přiložení Tadeáška k prsu jsem pociťovala bolest, podobnou stahům při porodu.“</i>
Marie	<i>„Při příjezdu na pooperační oddělení, si matně vzpomínám, jak říkají: „Dejte jí hned léky od bolesti.“ Nemohla jsem tu bolest vydržet. Dávali mi čípek a něco do infuze. Asi jsem to pak zaspala. Fyzicky je obojí anestezie náročná pro rekonvalescenci a věnování se miminku co nejdříve.“</i>
Petra	<i>„Bolest byla docela silná. Přijela jsem ze sálu už s bolestmi. Zdálo se mi to nekonečné, než mi zabraly léky. Několikrát jsem si zvonila na sestřičky, že mám bolesti. Utrzovaly mě, že musím vydržet, než léky zaberou.“</i>
Valérie	<i>„Bolest nebyla tak hrozná, probíhající porod byl horší, tak jsem byla ráda, že už to budu mít za sebou.“</i>
Sabina	<i>„Docela hodně to bolelo, ale dali mi něco od bolesti a docela brzo to zabralo.“</i>
Mirka	<i>„Malou jsem porodila ve 22.30 hod., měla jsem epidurál, do kterého mi dávali léky od bolesti, a to mi moc pomáhalo. Problém nastal až první den po operaci. Kolabovala jsem a měla jsem bolesti nesrovnatelné se spinální anestezí.“</i>
Jana	<i>„Po probuzení jsem cítila velkou bolest, se kterou jsem nepočítala. Trvalo to dlouho, než přestaly.“</i>

K bolesti po celkové anestezii se, až na dvě ženy, všechny vyjádřily negativně. **Bolest byla pro ně velmi nepříjemná a silná.** Po celkové anestezii je k navození té správné analgetizace potřeba delšího času. Ženy uváděly bolest silnou: „Hodně to bolelo, cítila jsem velkou bolest, se kterou jsem nepočítala. Hodně mě bolelo břicho...“. Lucie sdělila: „... po mém probuzení jsem cítila, bolest, tlak...“ „...malého přiložili k prsu a bolesti byly pryč.“ Pro Lucii byly emoce z přiložení miminka větší, než bolest. Nebo snad zabrala analgetika? Marie vyjádřila své zkušenosti: „Při příjezdu na pooperační oddělení si matně vzpomínám, jak říkají: „Dejte jí hned léky od bolesti.“ Nemohla jsem tu bolest vydržet. Dávali mi čípek a něco do infuze, asi jsem to pak zaspala.“ Mirka měla již při spontánním

porodu zavedený epidurální katetr, který byl využit i k pooperačnímu tlumení bolesti, s čímž byla velmi spokojena. Analgetika působila již při podání na operačním sále. Na JIP přijela téměř bez bolestí. V analgetizaci se dále pokračovalo až do přeložení na standardní oddělení: „Problém nastal až první den po operaci. Kolabovala jsem a měla jsem bolesti nesrovnatelné se spinální anestezíí.“

Podkategorie: **Kontakt s dítětem a partnerem**

Tabulka 8 Kontakt s dítětem a partnerem

Adéla	„Pusinku jsem viděla po 2 hodinách. Ale bylo to, jako bych o něco přišla. To brečení miminka, vidět ho hned po porodu. Bohužel to byl akutní císařský řez. S manželem jsem mluvila po dvou hodinách, co mě dovezli z operačního sálu. Byla jsem ráda, že jsme všichni spolu.“
Zuzana	„...ale co mě hrozně trápilo, že malého jsem viděla až po šesti hodinách a to bylo hrozné. Neudržel si teplotu a musel být v inkubátoru. Novorozenecký lékař mě přišel informovat o stavu Kubíka, ale strach přetrvával. ...partnera za mnou pustili na deset minut. Pořád jsme spolu nemohli být, protože nás bylo pět na JIPce a z provozních důvodů to nešlo.“
Barbora	„Dceru mi přinesli až ráno. Rodila jsem v noci a potom jsem spala. S otcem dítěte nežiji. Byla jsem ráda, když za mnou přišla maminka.“
Soňa	„Nevěděla jsem, jestli je malá v pořádku. Trvalo docela dlouho, než jsem ji viděla a řekli mi, jak to s ní vypadá. Přinesli ji až večer a zkusili přiložit k prsu. Partner přišel až druhý den ráno.“
Lucie	„...po chvíli (po probuzení) mi přinesli malého a to bylo poprvé, co jsem ho viděla. Přiložili k prsu a bolesti byly pryč.“
Aneta	„Tadeáška přinesli asi za čtyři hodiny. V ten den bylo hodně císařských řezů, tak jsem musela chvíli čekat. Myslím, že to bylo pozdě. Víte, já jsem byla na JIPce a vůbec nevím, kde byl Tadeášek. Je to divný pocit, když nevíte, kde máte narozené dítě. I když mi to opakovaně říkali, měla jsem o něho strach. Manžel ho sice viděl hned po porodu a přinesl mi fotografie, byl krásný, ale to víte, chtěla jsem ho vidět naživo. Byla jsem ráda, že mohl manžel za mnou přijít. Ale to, že ho viděl dřív než já, jsem vnímala jako nespravedlivé.“
Marie	„Chtěla jsem родit přirozeně. Bylo mi to líto a před partnerem jsem se rozplakala. Byla jsem moc ráda, že mi bylo umožněno mít ho po císařském řezu u sebe. Jeho přítomnost a uklidňování, hlazení mi moc pomohlo. Honzíčka mi donesly sestřičky brzy, ten pocit přivnutí a pusinkování byl pro mě nejúžasnější.“
Petra	„Nemohla jsem se dočkat. Ještě, že mi partner ukázal fotečky asi půl hodiny po porodu. Malého jsem viděla asi za dvě hodiny po porodu.“

Valérie	<i>„Neměla jsem vůbec pojem o čase. Ani nevím, za jak dlouho mi ji přinesli, ale byla jsem nesmírně šťastná.“</i>
Sabina	<i>„Pak jsem se brzy přivítala s dcerkou a rázem bylo vše zapomenuto.“ (lítostivý a plačtivý stav)</i>
Mirka	<i>„Verunku mi přinesli ukázat v noci. Nedali mi ji k přiložení, jen pro můj klid. Ani ji nerozbalovali. Ráno mi ji donesli do postele, ani mi ji nerozbalili a k prsu jsem přiložila až na šestinedělí. Tak mi to stačilo, byla jsem ráda, že jsem ráda. Byla jsem hotová.“ „Manžel čekal, až porodním císařským řezem. První jsem s ním mluvila, když mě převáželi z operačního sálu na porodní sál, ale na to si matně vzpomínám. Pak až ráno mi ho pustili na box porodního sálu. Manžel by celou dobu s Verunkou. Nebondoval, jen si ji choval, viděl ošetření a koupání.“</i>
Jana	<i>„Malého jsem viděla asi hodinu od porodu, ale neměla jsem zájem o přiložení z důvodu bolesti a zimnice. Přinesl mi ho manžel. Jeho přítomnost jsem moc nevnímala, byla mi spíše obtěžující.“</i>

Celková anestezie po stránce teoretické ani praktické **neumožňuje první kontakt s miminkem ani partnerem přímo na operačním sále**. To je pro maminky asi největší zklamání a psychická újma. Partnerovi je však umožněn kontakt, pokud to provoz dovolí, **s odstupem času**. Pacientky jsou přivezeny s bolestmi, třesem a únavou, což partneri většinou nezvládají, i když jim je vše vysvětleno. Je lépe, když tráví čas spolu s miminkem na novorozeneckém oddělení a společně se sestřičkou přijdou na první kojení.

Adéla vzpomínala takto: *„Pusinku jsem viděla po 2 hodinách. Ale bylo to, jako bych o něco přišla, to brečení miminka, vidět ho hned po porodu ... “*
„S manželem jsem mluvila po dvou hodinách, co mě dovezli z operačního sálu. Byla jsem ráda, že jsme všichni spolu.“

Aneta se rozpovídala takto: *„Tadeáška přinesli asi za čtyři hodiny. V ten den bylo hodně císařských řezů, tak jsem musela chvíli čekat. Myslím, že to bylo pozdě. Víte, já jsem byla na JIPce a vůbec nevím, kde byl Tadeášek, i když mi to opakovaně říkali. Je to divný pocit, když nevíte, kde máte narozené dítě. Měla jsem o něho strach. Manžel ho sice viděl hned po porodu a přinesl mi fotografie, byl krásný, ale to víte, chtěla jsem ho vidět naživo.“* *„Byla jsem ráda, že mohl manžel za mnou přijít. Ale to, že ho viděl dřív než já, jsem vnímala jako nespravedlivé.“*

Janě malého sice donesli hodinu po porodu, ale neměla moc zájem, necítila se dobře, měla veliké bolesti. Návštěva manžela i malého jí byla spíše na obtíž.

Podkategorie: **Laktace**

Tabulka 9 Laktace

Adéla	<i>„Laktace se objevila trochu po čtyřech dnech, pořádně jsem se rozkojila po týdnu. Jsem ráda, že jsem to nevzdala.“</i>
Zuzana	<i>„S kojením jsem měla problém, což mě ze začátku hodně trápilo. Chodila za mnou laktační sestřička, pomáhala mi s kojením, ale úplně jsem se nerozkojila. Stále se snažím kojit, i když musím přikrmovat, ale aspoň má trošku mléčka ode mě.“</i>
Barbora	<i>„Malou mi ráno sestřička přiložila k prsu a hned se přísála. S kojením jsem žádné problémy neměla, mléka jsme měla moc. Musela jsem odstříkávat už v porodnici.“</i>
Soňa	<i>„Na začátku jsme měli problém s přísátím. Chodila za mnou laktační sestřička a s její pomocí jsem vše zvládla. Asi třetí den jsem se rozkojila.“</i>
Lucie	<i>„Problémy jsem měla s kojením. Asi jsem špatně přikládala, úplně mi popraskala prsa. Pomohla mi sestřička, která za mnou pravidelně docházela. Jsem ráda, že jsem to nevzdala.“</i>
Aneta	<i>„Ze začátku jsem měla málo mléka, kojení mi vůbec nešlo. Ale chodila za mnou moc hodná laktační poradkyně, která se mi trpělivě věnovala. Zkoušeli jsme odstříkávat už druhý den po císařském řezu. Kojit plně jsem zašla asi třetí den.“</i>
Marie	<i>„Mrzí mě, že nekojím, ale nešlo to. Než bych trápila sebe i malého, tak jsme přešli na umělou stravu a jsme v pohodě oba.“</i>
Petra	<i>„Problémy byly spíš ze začátku, kdy jsem měla málo mléka. Třetí den nastoupila laktace a neměla jsem problémy. Nejhorší situace byla týden po porodu, kdy jsem měla „rozkousané“ bradavky od silného sacího reflexu Kryštůfka.“</i>
Valérie	<i>„Asi třetí, čtvrtý den, ale doma se to rozjelo. Měla jsem nalitá a zatvrdlá prsa, musela jsem volat porodní asistentce o pomoc. Vše jsme zvládli a teď si to nemůžu kojení vynachválit.“</i>
Sabina	<i>„S kojením jsem žádné problémy neměla.“</i>
Mirka	<i>„V porodnici byl přikrmován stříkačkou, jinak od třetího dne jsem plně kojila. Laktace ale byla bez problémů.“</i>
Jana	<i>„Neměla jsem zájem o první přiložení dítěte z důvodu bolesti a únavy. S laktací jsem během hospitalizace měla problémy, začala asi až 5. den.“</i>

O kojení je velmi velká osvěta a opravdu je v praxi vidět, že každá maminka se snaží pravidelně přikládat a kojit. Po císařském řezu, hlavně před termínem porodu, **laktace nastupuje později než po vaginálním porodu**. Pokud se kojit nedaří, je **nápomocna laktační poradkyně**, která se mamince i dítěti věnuje až do propuštění. Také je možnost využití různých pomůcek jako kloboučků,

odsávaček. Důležitá je v tomto období trpělivost. Většina maminek se bez problému rozkojila ať s laktační poradkyní nebo sama. Aneta se velmi pěkně vyjádřila o laktační poradkyni: *„Ze začátku jsem měla málo mléka, kojení mi vůbec nešlo. Ale chodila za mnou moc hodná laktační poradkyně, která se mi trpělivě věnovala. Zkoušeli jsme odstříkávat už druhý den po císařském řezu. Kojit plně jsem zašla asi třetí den.“* Marii přes veškerou snahu a úsilí se nepodařilo rozkojit. Velmi se mi líbil její přístup a své vlastní vysvětlení: *„Mrzí mě, že nekojím, ale nešlo to. Než bych trápila sebe i malého, tak jsme přešli na umělou stravu a jsme v pohodě oba.“* Jana z počátku nechtěla přikládat z důvodů únavy a bolesti. Rekonvalescence u ní trvala trochu déle, ale vše dobře s podporou zdravotníků a rodiny zvládla. Kojí plně a je za to velmi ráda.

Oblast: Spinální anestezie při SC

5. Kategorie: **Možnost volby anestezie**

Podkategorie: **Volba spinální anestezie**

Tabulka 10 Volba spinální anestezie

Adéla	<i>„U obou porodů jsem si mohla říct, jakou bych chtěla anestezii.“</i>
Zuzana	<i>„U druhého mimča jsem nechtěla celkovou narkózu, abych si užila mrňouska hned.“</i>
Barbora	<i>„Věděla jsem, že půjdu na císařský řez a byla jsem rozhodnutá pro spinál. Informace jsem si vyhledala na internetu, vyčetla z letáčku a pak i lékař na anesteziologické ambulanci. Probírala jsme to i s kamarádkami. Některé neměly dobrou zkušenost s bolestmi hlavy, ale šla jsem do toho, abych viděla Lucinku.“</i>
Soňa	<i>„U druhého porodu jsem dostala na výběr. Spinální jsem si vybrala, protože jsem chtěla našeho prcka hned vidět a vše vnímat, a také mi bylo řečeno, že to pro nás bude lepší.“</i>
Lucie	<i>„U druhého císaře jsem měla na výběr, ale ani mu jsem se nemohla vyhnout. Nevěděla jsem, co mě čeká a co mi budou dělat. Byla jsem rozhodnutá, že podstoupím znova celkové uspání. Sestřičky mi radily, ať zkusím jen spinální anestezii, ale já se moc bála, jehly mi nedělají dobře. Když už mě přivezli na sál, poslední zeptání sestřičky rozhodlo. Nechala jsem si píchnout do zad. Po zákroku už jsem jen slyšela křik malého a brečela jsem. Tenhle zážitek si budu navždy pamatovat. Takže mé rozhodnutí u třetího miminka bylo jasné.“</i>
Aneta	<i>„Chtěla jsem zkusit zase jinou narkózu, bála jsem</i>

	<i>se, že mi po celkové bude zase špatně. Tak mi paní doktorka nabídla možnost spinální. Všechno mi vysvětlila a slíbila mi, že mě uspí, když to nebudu zvládat.“</i>
Marie	<i>„U dcerky, ta se narodila 5 července, jsem volila plánovaný spinál“. „... u mě bylo rozhodující, že jsem se nechtěla připravit o první minuty s miminkem. Proto volba spinálu.“</i>
Petra	<i>„Druhý císařský řez byl plánovaný. Lékař mi navrhl spinální anestezii. Už jsem o tom slyšela, četla, i s kamarádkami probírala. Byla jsem ráda, že nemusím být uspaná a Vanesku hned po porodu uvidím na operačním sále. Volila jsem to i proto, že můj partner chtěl být se mnou na operačním sále. Chtěli jsme naši Valinku vidět a slyšet křičet společně.“</i>
Valérie	<i>„První byl císař, tak u druhého automaticky taky císař. Ale řekli, že bude lepší ve spinále. Mám astma a určitě je pro mě lepší spinální anestezie.“</i>
Sabina	<i>„V obou případech jsem byla srozuměna o dvou možnostech anestezie – spinální a celkové. Rozhodla jsem se pro spinální anestezii. Měla jsem pocit, že budu více přítomna porodu, než u celkové narkózy.“</i>
Mirka	<i>„Císařský řez byl naplánovaný na čtvrtek, porod se rozběhl v úterý. Mohla jsem se rozhodnout, jaký chci typ anestezie. Vybrala jsem si spinál na doporučení kamarádky.“</i>
Jana	<i>„Mohla jsem si vybrat, byl to plánovaný císařský řez, dvojčátka, velké děti.“</i>

U druhého císařského řezu, který byl proveden do tří let od prvního SC, si téměř všechny respondentky **mohly zvolit typ anestezie**. Vzhledem k již jednomu provedenému císařskému řezu v anamnéze, byl u druhého těhotenství indikován plánovaný iterativní císařský řez. Většina si vybrala spinální anestezii. Lucie váhala, ale nakonec se rozhodla takto: *„U druhého císaře jsem měla na výběr, ale ani mu jsem se nemohla vyhnout. Byla jsem rozhodnutá, že podstoupím znova celkové uspání. Sestřičky mi radily, ať zkusím jen spinální anestezii, ale já se moc bála, jehly mi nedělají dobře.na sále, poslední zeptání sestřičky rozhodlo. Nechala jsem se píchnout do zad.“* Aneta podstoupila spinální anestezii, jen pod tou podmínkou, že když ji nebude zvládat, tak ji anestezioložka uspí. Mirka se rozhodla takto: *„Císařský řez byl naplánovaný na čtvrtek.... Mohla jsem se rozhodnout, jaký chci typ anestezie. Vybrala jsem si spinál na doporučení kamarádky.“*

6. Kategorie: **Psychické prožívání před SC a v jeho průběhu**

Tabulka 11 Psychické prožívání před SC a v jeho průběhu

Adéla	„Druhý císařský řez byl kvůli rozestupu jizvy po předchozím porodu. Byla jsem už na to přípravená . Byla jsem klidná , věděla jsem, že je vše v pořádku i proto, že jsem byla celou dobu při vědomí.“
Zuzana	„Věděla jsem, že půjdu na císařský řez, protože jsem už byla po jednom císařském řezu. Chtěla jsem spinální anestezii, abych mohla naši berušku vidět. Z oddělení jsem jela v doprovodu manžela, který čekal před operačním sálem. Byl to nepříjemný pocit být vzhůru na operačním sále a poslouchat co se děje.“
Barbora	„Před porodem jsem byla naprosto v pořádku jak po psychické, tak fyzické stránce. Stres a „podivné pocity“ nastaly až během samotné operace. Byl to spíš nezvyk a zvláštní pocit.“
Soňa	„S plánovaným císařským řezem jsem byla dost klidnější ,... během operace mi bylo vše vysvětlováno, cítila jsem se dobře . Jen ty nohy nebyly moje, to nebylo moc příjemné....“
Lucie	„... já se moc bála, jehly mi nedělají dobře.“ „Říct, že to nebolí nebo že to necítím, lhala bych. Ale přežít se to dá. Po injekci mi nohy začaly hřát, až nakonec jsem je necítila a pomohli mi je přendat na stůl.“
Aneta	„Bála jsem se, že mi po celkové narkóze bude zase špatně.... Chtěla jsem zkusit jinou narkózu. Bála jsem se, že mi bude dělat zle, když uslyším, co si všichni na operačním sále povídají.“
Marie	„...nervozita z toho, jak to bude probíhat, jaké bude necítit polovinu těla a být při vědomí. Zda to bude během výkonu bolet.“
Petra	„Byla jsem ráda, že nemusím být uspaná. Ale bylo zvláštní, když došlo k účinku léků, jak rychle člověk necítí nohy, prostě nejsou jeho. Vůbec jsem je nemohla udržet. Vpich do páteře mě skoro nebolel.“
Valerie	„Na operačním sále mi všechno říkali, co mi budou dělat. Po vpichu do zad se mě několikrát ptali, jestli cítím nohy. Musím říct, že to byl pro mě velmi nepříjemný pocit. Bylo to pro mě poprvé (spinální anestezie) Takové zvláštní necítit nohy, všechno slyšet, ale vše se dá zvládnout.“
Sabina	„Injekci do páteře mi píchali asi natřikrát. Během samotného zákroku jsem zažívala nepříjemné pocity, protože jsem nevěděla, že ucítím hodně intenzivní orgánový tlak a pocit, že spadnu z operačního stolu. Jako by mi někdo vytahoval vnitřnosti. Myslela jsem, že se děje něco nepatřičného, že anestezie přestává působit. Kdybych byla informována o tom, že tohle všechno, ty pocity velkého tlaku jsou v normě, asi bych byla o dost klidnější. Na tuto část porodu nevzpomínám ráda. Pak, když byla malá venku, lékaři mi ji ukázali, už bylo vše v pořádku. Pan doktor mě asi trochu uspal, protože šití už jsem nijak nepocítovala.“
Mirka	„Přijela jsem se stahama. Měla jsem veliký strach. Den předem jsem to probírala s manželem. Kamarádka mě přemlouvala ke spinálu, manželova maminka mě zrazovala, byla jsem rozpačitá. Na porodním sále mi byla doporučena spinální anestezie, vše mi vysvětlili už na porodním sále.“

	<i>„Na operačním sále mi všechno vykládali. Co dělají, včetně aplikace analgezie do zad. Informovali mě o tom, jak vidí hlavičku, vlásy..“</i>
Jana	<i>„Měla jsem strach z vpichu do zad, ale na operačním sále mně všechno postupně popisovali, co mi budou dělat a tak jsem se uklidnila. Vše šlo jako po másle. Všichni byli moc milí a příjemní.“</i>

Spinální anestezii respondentky prožívaly s **obavami a strachem**, ale také byly o **mnohem klidnější a připravenější**. Bylo jim všechno vysvětleno a o spinální anestezii již byly dobře informovány. Shodují se na **nepříjemném pocitu, strachu**, udávaly, že nohy nebyly jejich. Barbora se cítila před císařským řezem dobře, ale změna nastala až během operace: *„Stres a „podivné pocity“ nastaly až během samotné operace. Byl to spíš nezvyk....“* Petra byla ráda, že nemusí být uspaná: *„Ale bylo zvláštní, když došlo k účinku léků, jak rychle člověk necítí nohy, prostě nejsou jeho.“* Sabina nevzpomíná ráda: *„...jsem zažívala nepříjemné pocity, protože jsem nevěděla, že ucítím hodně intenzivní orgánový tlak a pocit, že spadnu z operačního stolu. Jako by mi někdo vytahoval vnitřnosti. Myslela jsem, že se děje něco nepatřičného.“* Jana měla strach z aplikace anestetik do subarachnoidálního prostoru, ale: *„... na operačním sále mně všechno postupně popisovali, co mi budou dělat a tak jsem se uklidnila.“*

7. Kategorie: **Psychické prožívání po SC**

Podkategorie: **Bezprostřední pocity**

Tabulka 12 Bezprostřední pocity

Adéla	<i>„Nejkrásnější bylo vidět hned na sále miminko, byl to úžasný, nepopsatelný zážitek.“</i>
Zuzana	<i>„... ten pocit (vidět hned po porodu dítě) je nádherným. Popravdě, už bych si nikdy nedala celkovou narkózu.“ „Je to nepopsatelný zážitek. Pocit, který se ani slovy nedá popsat. Ten pocit, když máma slyší pláč dítěte jako první a když vám ho dají na hrud'. Nádhera a popravdě jsem i brečela.“</i>
Barbora	<i>„Po porodu jsem se cítila daleko lépe, než po celkovém uspání. Asi v tom hraje roli i to, že už vím, co čekat.“ „Krásné bylo slyšet najednou dítě a následně ho i vidět, moct ho pohlédit a políbit.“</i>
Soňa	<i>„...hlavně pooperační průběh je mnohem, mnohem lepší, jak po fyzické, tak po psychické stránce. Hlavně to, že jsem mohla miminko hned slyšet a vidět. Cítím se po fyzické stránce mnohem lépe.“</i>
Lucie	<i>„Tenhle zážitek si budu navždy pamatovat. Byla jsem šťastná.“ (slyšet křik miminka po porodu).</i>

Aneta	<i>„Hned potom, co se Terežka narodila, tak mi ji sestřička na chvíli ukázala. Byl to nádherný pocit, na který nikdy nezapomenu. Po operaci mě převezli také na JIPku, byla jsem hned vzhůru a bylo to moc fajn.“</i>
Marie	<i>„Byla jsem nadšená z toho, že jsem vůbec necítila bolest. První křik miminka byl tím nejkrásnějším zážitkem.“</i>
Petra	<i>„Bylo super, že jsem mohla malou ihned vidět. Byl to krásný a nepopsatelný zážitek.“</i>
Valérie	<i>„Na operačním sále mi všechno říkali, co mi budou dělat. Po vpichu do zad se mě několikrát ptali, jestli cítím nohy. Musím říct, že to byl pro mě velmi nepříjemný pocit, ale když mi ukázala sestřička Isabelku, úplně jsem na to, že necítím nohy, zapomněla. Byla celá od mázku, ale nádherná. Sestřička mi ji položila na prsa a mohla jsem si ji hladit. Úplně něco jiného než u prvního.“</i>
Sabina	<i>„Po zákroku jsem si ty první hodiny připadla celkem dobře. Člověk tu pravou reality pozná až dalšího dne poté, kdy se má vypravit do koupelny a už není takový oblíbený z analgetik.“</i>
Mirka	<i>„Všechno mi vykládali, co dělají..... nepopsatelný zážitek bylo slyšet křik mého dítěte. Bylo to nádherné, byla jsem šťastná.“ „Hůře se mi ale dýchalo, anestetikum nastoupalo nahoru, necítila jsem i ruku a museli mi dát kyslík, malého mi museli odnést.“</i>
Jana	<i>„Po operaci jsem si tentokrát bez bolesti mohla užívat první chvíli s dětmi a manželem.“</i>

Všechny dotazované respondentky se vyjádřily k prožívání pocitů na operačním sále slovy **nádherné, nepopsatelné, nedá se popsat, úžasné vidět miminko a hned ho slyšet, vidět**. Některé ženy popisovaly nejen pocit z prvního kontaktu s miminkem, ale také své zkušenosti se spinální anestezii při operaci. Zuzana popsala své pocity: *„...Je to nepopsatelný zážitek, pocit, který se ani slovy nedá popsat. Ten pocit, když máma slyší pláč dítěte jako první a když vám ho dají na hrud', nádherná a popravdě jsem i brečela.“* Podobné pocity měla i Adéla. Valérie se zmínila i o anestezii: *„...několikrát se ptali, jestli cítím nohy. Musím říct, že to byl pro mě velmi nepříjemný pocit, ale když mi sestřička ukázala Isabelku, úplně jsem na to, že necítím nohy, zapomněla. Byla ale nádherná.“* Mirka to prožívala takto: *„Hůře se mi ale dýchalo, anestetikum nastoupalo nahoru, necítila jsem i ruku a museli mi dát kyslík, malého mi museli odnést.“*

Podkategorie: **Bolest**

Tabulka 13 Bolest

Adéla	<i>„Také jsem měla bolesti břicha a podbřišku, ale o polovinu menší, než po celkové narkóze.“</i>
Zuzana	<i>„Ani to moc nebolelo. Rozhodně méně, než u prvního porodu. Jen jízva bolela druhý den, ale to tak asi je.“</i>
Barbora	<i>„...ale bolesti a zvládnání pohybů – vše rozhodně lepší.“</i>
Soňa	<i>„...hlavně pooperační průběh je mnohem, mnohem lepší, jak po fyzické, tak po psychické stránce Po operaci jsem necítila žádnou bolest, jen bylo nepříjemné, že jsem nemohla pohnout nohama.“</i>
Lucie	<i>„Další den to začalo. Velké bolesti hlavy, zad a za krkem. Musela jsem prosit o pomoc. Věděla jsem, co může být po spinálu, ale stálo to za to... pomůžou prášky na bolest, kapačka a pohyb stačí, aby bylo vše, jak má být a já mohla se postarat o miminko.“</i>
Aneta	<i>„Já si myslím, že to moc nebolelo, protože ještě působila ta injekce do zad. Ale určitě to úplně bez bolesti nebylo. Hlavně bylo nepříjemné stahování dělohy po operaci.“</i>
Marie	<i>„Vůbec jsem necítila bolest, nesrovnatelné s prvním porodem.“</i>
Petra	<i>„První hodinu po porodu byla slabší bolest, pak už jsem začínala pomalu cítit břicho, ale dostala jsem brzo léky na bolest a bylo to v pohodě.“</i>
Valérie	<i>„Bylo to dost nepříjemné, nejprve jsem necítila nohy a pak to postupně začínalo bolet, ale dalo se to zvládnout. Nebylo to nic hrozného, dávali mi léky.“</i>
Sabina	<i>„...že ucítím hodně intenzivní orgánový tlak a pocit, že spadnu z operačního stolu. Jako by mi někdo vytahoval vnitřnosti... ..Pak, když byla malá venku, lékaři mi ji ukázali, už bylo vše v pořádku. Šití už jsem nijak nepocítovala, paní doktorka mi dala něco do žíly a už jsem nic necítila.“</i>
Mirka	<i>„Při příjezdu jsem nic necítila, byla mi hned aplikována analgetika. Porod byl ráno, večer jsem se otáčela po analgeticích, je to nesrovnatelné s CA. První den jsem vstala bez problémů.“</i>
Jana	<i>„Bolest nebyla nijak obtěžující, mohla jsem si užívat první chvílky s dětma a manželem.“</i>

Bezprostředně po operaci u respondentek převažoval **pocit tělesného nepohodlí**. Pooperační **bolest nebyla až tak velká**, ale Valérie udávala: *„Bylo to dost nepříjemné, nejprve jsem necítila nohy a pak to postupně začínalo bolet, ale dalo se to zvládnout, nebylo to nic hrozného.“* Petra se zmínila: *„První hodinu po porodu byla slabší bolest, pak už jsem začínala pomalu cítit břicho, ale dostala jsem brzo léky na bolest a bylo to v pohodě.“* Sabina nevzpomínala s nadšením

na průběh operace: „...že ucítím hodně intenzivní orgánový tlak a pocit, že spadnu z operačního stolu. Jako by mi někdo vytahoval vnitřnosti.“ Lucie, hovořila o bolesti, kterou měla jako komplikaci po spinální anestezii (postpunkční bolest hlavy). Z jejího tónu hlasu bylo poznat, že i když si prošla touto komplikací, byla velmi ráda, že si miminko mohla užít už na operačním sále.

Podkategorie: **Kontakt s dítětem a partnerem**

Tabulka 14 Kontakt s dítětem a partnerem

Adéla	„Malou jsem viděla hned na sále. Byl to úžasný, nepopsatelný zážitek.“ „Také s manželem jsem mluvila hned po operaci, bylo to úžasný, spokojenost na obou stranách.“
Zuzana	„Krásné bylo slyšet najednou dítě a následně ho i vidět, moct ho pohladit a políbit.“ „Partner za mnou přišel hned po porodu. Do doby, než ukončili operaci, byl s malou na novorozeneckém oddělení.“
Barbora	„Viděla jsem jej hned na operačním sále.“ (dítě)
Soňa	„Malého mi ukázali hned na sále, na to nikdy nezapomenu. Potom ho dali manželovi, který mohl bondovat a asi za dvě hodinky s ním přišel za mnou na JIPku.“
Lucie	„Po chvílce, co mě začali operovat, už jsem jen slyšela křik malého a brečela jsem. Tenhle zážitek si budu navždy pamatovat. Manžel zůstal čekat před operačním sálem a pak byl po celou dobu s malým.“
Aneta	„Hned potom, co se Terežka narodila, tak mi ji sestřička na chvílunku ukázala. Byl to nádherný pocit, na který nikdy nezapomenu. Potom ji odnesli a byl s ní manžel. Potom za mnou manžel přišel asi za hodinu od doby, kdy mě přivezli na JIPku. Více si uvědomuji, že tam byl, protože jsem nebyla ospalá, jako při celkové anestezii. Dokonce jsem si hned zapamatovala váhu a míru dcerky.“
Marie	„První křik miminka byl tím nejkrásnějším zážitkem.“
Petra	„Bylo super, že jsem malou mohla vidět ihned po porodu. Manžel byl také na operačním sále. Byl to krásný zážitek“.
Valérie	„Malou jsem viděla hned, jak ji vytáhli. Je to krásný pocit. Věděla o sobě, o čase, tak hned, jak mě odvezli z operačního sálu na JIPku, tak jsem mohla zavolat partnerovi.“
Sabina	„Pak, když byla malá venku, lékaři mi ji ukázali a už bylo vše v pořádku.“
Mirka	„Dali mi syna k obličejí (na op. sále), hned mi ho ukázali a vzhledem k tomu, že jsem necítila ruku, tak ho odnesli. Manžel se mnou na operačním sále nebyl, čekal před operačním sálem a šel se synem na novorozenecké oddělení, kde byl s ním. Manžela jsme viděla hned po příjezdu na JIPku.“

Jana	<i>„Děti jsem viděla hned na operačním sále, sestřička mě vyzvala, ať jim dám pusku. Poté děti ošetřili, umyli a do půl hodiny od porodu mně je dovezli za mnou a manželem na pokoj. Manžel byl se mnou už před operací, pak mě odvezli na operační sál a poté na mě čekal na našem pokoji. Přítomnost manžela byla pro mě velmi důležitá.“</i>
------	---

Respondentky velmi kladně hodnotily spinální anestezii a **možnost kontaktu s dítětem přímo na operačním sále**. Také **přítomnost a podpora manžela (partnera) u porodu** nebo po porodu byla pro ně **velkou oporou**. Většina z nich to srovnávala s předchozím císařským řezem v celkové anestezii. Adéla popisovala své zkušenosti: *„Malou jsem viděla hned na sále, byl to úžasný, nepopsatelný zážitek.“* *„Také s manželem jsem mluvila hned po operaci, bylo to úžasný, spokojenost na obou stranách.“* Jana to cítila takto: *„Děti jsem viděla hned na operačním sále, sestřička mě vyzvala, ať jim dám pusku. Po porodu mně je dovezli za mnou a manželem na pokoj. Manžel byl se mnou už před operací, pak mě odvezli na operační sál a poté na mě čekal na našem pokoji. Přítomnost manžela byla pro mě velmi důležitá.“*

Podkategorie: **Laktace**

Tabulka 15 Laktace

Adéla	<i>„Asi třetí den jsem začala plně kojit, neměla jsem žádné problémy.“</i>
Zuzana	<i>„Musela jsem přikrmovat už v porodnici. Do druhého měsíce jsem to vydržela a pak jsem přešla na umělou výživu. Už to není takové pohodlí, ale hlavně že je malá spokojená.“</i>
Barbora	<i>„A s kojením to bylo podobné, jako u prvního porodu. Také bez problémů.“</i>
Soňa	<i>„Přiložili ho hned k prsu a zkusili jsme kojit. Ale tak nějak plně jsem kojila až třetí den.“</i>
Lucie	-
Aneta	<i>„S kojením to bylo lepší než u syna, šlo to už druhý den. Ale jen malinko. Zase mi pomáhala ta laktační sestřička. Problém jsem neměla žádný.“</i>
Marie	-
Petra	<i>„Hned po operaci jsem se snažila přikládat, všechno bylo v pořádku. Mléka jsem měla dostatek, ale Valinka dostala žloutenku, byla spavá, musela jsem jí budít na kojení. U kojení mi usínala., ale všechno jsme v porodnici za pomoci sestřiček zvládly.“</i>

Valérie	<i>„S nástupem laktace to bylo podobně, jak u celkové narkózy, problémy nebyly.“</i>
Sabina	<i>„Ještě v den porodu jsem zkoušela kojit, malá se přísála.“</i>
Mirka	<i>„Neměla jsem problém s kojením, laktace se rozběhla sama.“</i>
Jana	<i>„V porodnici jsem musela dávat příkrmy, ale pátý den jsem se rozkojila, tak, že oběma to stačí a zatím se nám daří plně kojit.“</i>

Dvě respondentky se mi o druhém průběhu laktace nezmínily. Ostatní ženy už zkušenosti s kojením měly a tak velké **problémy neudávaly**. Zuzana jako jediná přešla na umělou stravu a pověděla mi: *„Musela jsem přikrmovat už v porodnici. Do druhého měsíce jsem to vydržela a pak jsem přešla na umělou výživu. Už to není takové pohodlí, ale hlavně že je malá spokojená.* U Jany se mi velmi líbilo, že i když měla dvojčátka, tak se velmi snažila, aby plně kojila.

8. Kategorie: **Preference typu anestezie**

Tabulka 16 Preference typu anestezie

Adéla	<i>„Vybrala bych si spinální, protože hned vidím miminko, jsou menší bolesti, rychleji se člověk adaptuje.“</i>
Zuzana	<i>„Popravdě, už bych si nikdy nedala celkovou narkózu, už vím, co to obnáší. Chtěla bych si užít mrňouska hned. Dala bych si narkózu od pasu dolů, byl to nepopsatelný zážitek, který se ani slovy nedá popsat. Ani chvilku bych se nerozmýšlela. Ten pocit, když máma slyší pláč dítěte jako první a když vám ho dají na hrud', nádhera.“</i>
Barbora	<i>„Příště bych chtěla znova spinální anestezii, krásné bylo slyšet a vidět dítě.“</i>
Soňa	<i>„Se spinální anestezii jsem měla jen ty nejlepší zkušenosti a zkusila bych to znova. Hlavně kvůli tomu, že hned vidíte miminko a to je nepopsatelný zážitek.“</i>
Lucie	<i>„Kdybych si mohla příště vybrat znova spinální anestezii, ten zážitek po přiložení miminka ke mně stojí za případnou dvoudenní bolest (postpunkční bolest). Vše se dá snést, je to jen okamžik v životě.“</i>
Aneta	<i>„Kdybych měla ještě příště rodit císařem, tak už bych si vybrala spinální anestezii, protože jsem to nakonec zvládla. Mohla jsem hned po porodu vidět miminko a to bylo pro mě hodně důležité, také jsem měla menší bolesti a vůbec všechno to bylo lepší.“</i>
Marie	<i>„Určitě bych šla do spinální anestezie. První křik miminka byl tím</i>

	<i>NEJ zážitek.“</i>
Petra	<i>„Příště bych chtěla spinální anestezii. Bylo to po všech stránkách lepší. Důležitý byl okamžitý kontakt s dítětem a okolím, bylo to méně bolestivé a měla jsem větší komfort.“</i>
Valérie	<i>„Určitě pro lokální. Už pro ten pocit, že jste při vědomí, komunikují s vámi o všem dění na sále, všechno slyšíte, docela byla i sranda, spadne z vás takový ten strach, když vám o všem řeknou, co se bude dít, co s vámi budou dělat. Hlavně ten pocit, že své dítě uslyšíte a hned uvidíte. Je to nezapomenutelný okamžik.“</i>
Sabina	<i>„Nad otázkou, zda bych si do budoucna vybrala lokální či celkovou anestezii při případném císařském řezu v budoucnu, jsem několikrát uvažovala. Chvíli po porodu jsem si říkala, že určitě už lokální volit nebudu po tom nepříjemném zážitku, ale po čase jsem to přehodnotila. Myslím, že bych se pro ni znova rozhodla. Člověk má pocit, že má sebe a porod aspoň trošku pod kontrolou, a když už budu vědět, jakým způsobem bude vše probíhat a že i tedy ty nepříjemné velké tlaky jsou v normě, asi bych neváhala.“</i>
Mirka	<i>„Vybrala bych si spinální. Jsou menší bolesti, krásné je hned vidět malého a slyšet ho plakat.“</i>
Jana	<i>„Příště bych si vybrala spinální anestezii. Měla jsme menší bolesti, možnost být těsně po porodu dětí s nimi, možnost přítomnosti a sdílení pocitů s manželem. Měla jsem i menší problémy s laktací. Důležitá pro mě byla dřívější rehabilitace a pohyblivost.“</i>

V závěru jsem byla mile překvapena se spokojeností a volbou anestezie, popřípadě rozhodováním se u dalšího těhotenství. **Všechny by podstoupily spinální anestezii**, i když ne u všech byl průběh bez komplikací. Lucie si užila bolestí hlavy dva dny, ale přesto se vyjádřila takto: *„Kdybych si mohla příště vybrat, vybrala bych si znovu spinální anestezii, ten zážitek po přiložení miminka, mně stojí za případnou dvoudenní bolest (postpunkční bolest hlavy).“* Vše se dá snést, je to jen okamžik v životě.“ Sabina přehodnotila své zkušenosti takto: *„Chvíli po porodu jsem si říkala, že určitě už lokální volit nebudu po tom nepříjemném zážitku, ale po čase jsem to přehodnotila. Myslím, že bych se pro ni znova rozhodla. Člověk má pocit, že má sebe a porod aspoň trošku pod kontrolou, a když už budu vědět, jakým způsobem bude vše probíhat a že i tedy ty nepříjemné velké tlaky jsou v normě, asi bych neváhala.“*

6 DISKUZE

Hlavním cílem výzkumné části diplomové práce bylo zjištění spokojenosti rodiček s celkovou a spinální anestezií u císařského řezu. Rodičky na základě zkušeností popisovaly oba typy anestezie a uváděly důvody preference jednoho typu. Výzkum se zaměřoval i na informovanost žen ohledně této problematiky a vyhledával nejčastější zdroje, ze kterých rodičky informace čerpaly. Respondentky při výzkumu hovořily i o psychickém prožívání nejen v průběhu císařského řezu, ale i v pooperačním období. Jeden z dílčích cílů práce se také zaměřoval na jejich vnímání bolesti a fyzické prožívání.

Výzkumný soubor tvořilo dvanáct žen po porodu císařským řezem ve Fakultní nemocnici Olomouc na Porodnicko – gynekologické klinice. Podmínkou výběru respondentek bylo podstoupení obou typů anestezie při císařském řezu v rozmezí posledních tří let. Na podkladě kvalitativního výzkumu, formou rozhovorů, v období od února do srpna 2018 byly získávány odpovědi na stanovené cíle.

Prvním cílem bylo zjistit míru informovanosti žen o metodách anestezie při císařském řezu a možnosti jejich výběru. Dle výpovědí je patrna **velmi dobrá informovanost o možnosti volby celkové nebo spinální anestezie**. V dnešní době existuje mnoho zdrojů, ze kterých mohou ženy čerpat informace, a také je některé využily. U většiny z nich bylo první těhotenství ukončeno císařským řezem z akutní indikace. Z tohoto důvodu jich bylo nejvíce informováno o způsobu anestezie od lékaře porodníka, anesteziologa i porodní asistentky. Některé z nich věděly o možnostech anestezie z internetu a od kamarádek, které již měly zkušenosti s celkovou nebo spinální anestezií. Třem z nich **byla dána možnost volby** mezi spinální a celkovou anestezií. Ostatní si **nemohly zvolit** typ anestezie. Při spontánním porodu nastaly komplikace a vzhledem k možnosti ohrožení života plodu nebo matky, musel být porod ukončen akutním císařským řezem v celkové anestezii. Akutní císařský řez znamená pro ženu nejen fyzicky nepříjemný zážitek, ale také psychickou zátěž (Rastislavová, 2008, s. 36). Z výpovědí respondentek lze říci, že informovanost žen o metodách anestezie je vysoká.

Vzhledem k již jednomu provedenému císařskému řezu v anamnéze byl u druhého těhotenství všech respondentek indikován plánovaný iterativní císařský řez. U druhého císařského řezu, který byl proveden do tří let od prvního

SC, si téměř všechny respondentky mohly zvolit typ anestezie. Většina z nich si vybrala spinální anestezii.

Druhým cílem bylo porovnat komfort, který přináší rodičkám celková a spinální anestezie při císařském řezu. Protože první těhotenství skončilo u všech respondentek akutním císařským řezem v celkové anestezii, neměly ženy možnost výběru mezi spinální a celkovou anestezii. Proto bezprostřední chvíle po SC v celkové anestezii neprožívaly s nadšením. Uváděly **únavu, zmatenost, bolest a pocity na zvracení. Vyjadřovaly obavu o narozené dítě.** Rodičky nevěděly, na kterém oddělení leží, kde mají své dítě. Zdravotnický personál jim požadované informace musel podávat opakovaně. Nebyla možnost podpory partnera a jeho přítomnost u porodu. Partner v pooperačním období mohl být se svou ženou až s odstupem času a dle provozu oddělení, většinu času trávil s dítětem na novorozeneckém oddělení. Nemožnost být ihned se svým dítětem a nepřítomnost partnera byla ženami vnímána jako ochuzení.

Bezprostřední pocity při spinální anestezii respondentky prožívaly většinou s obavami a strachem, i když jim bylo všechno vysvětleno a o spinální anestezii již byly dobře informovány. Shodovaly se na **strachu** ze spinální anestezie (z vpichu do oblasti páteřního kanálu), udávaly **nepříjemný pocit** necitlivých nohou. Také nevěděly, jak dlouho tento stav bude trvat. Všechny nepříjemné pocity však kompenzovala možnost **bondingu** hned na operačním sále i **přítomnost partnera** u SC. Byl to pro ně **nepopsatelný, nádherný zážitek.**

Třetí cílem bylo zjistit, zda metoda anestezie při SC ovlivňuje fyzický stav rodiček. Z rozhovorů vyplynulo, že každý typ anestezie má svá úskalí. Ženy bezprostředně po SC v celkové anestezii **prožívají bolest** z důvodu operační rány. Další nepříjemné pocity zažívají při stahování dělohy a s tím úzce souvisí zhoršení schopnosti pohybu na lůžku. Při kontinuálním podávání intravenózních anestetik jsou ženy schopny vnímat okolí, své miminko i partnera.

Po porodu SC ve spinální anestezii ženy oceňovaly možnost okamžitého kontaktu s novorozeným dítětem. Negativně však vnímaly necitlivost dolních končetin, která pro mnohé z nich byla nekonečná. Bolesti nepocítovaly, neboť ihned po operaci dostávaly intravenózně analgetika.

Po obou typech anestezie ženy negativně vzpomínají na první ranní vstávání z důvodů bolesti a pálení rány, což je fyzicky omezovalo.

Následující cíl práce byl zaměřen na zjištění, zda metoda anestezie při SC ovlivňuje psychický stav rodiček. Celková anestezie po stránce teoretické ani praktické **neumožňuje první kontakt s miminkem ani partnerem přímo na operačním sále**. To je pro maminky asi největší zklamání a psychická újma. Pocity štěstí prožívají až dvě hodiny po operaci, kdy jim novorozenecká sestřička přinese ke kojení jejich vytoužené miminko a ještě více toto pozitivně prožívají, pokud v tuto chvíli mohou být i společně s partnerem.

Respondentky velmi kladně hodnotily spinální anestezii a **možnost kontaktu s dítětem přímo na operačním sále**. Prožívání pocitů vyjádřily slovy: „*nádherné, nepopsatelné, nedá se popsat, úžasné vidět miminko a hned ho slyšet*“. Také **přítomnost a podpora partnera u porodu** nebo po porodu byla pro ně velkou oporou. Většina rodiček měla možnost srovnání s předchozím císařským řezem v celkové anestezii.

Ženy hovořily i o **kojení**. Problémy se vyskytly spíše u žen po prvním porodu, ale spíše z důvodu jejich nezkušenosti s kojením. Byla jim proto nápomocná laktační poradkyně i novorozenecká sestřička po celou dobu hospitalizace, což velmi oceňovaly. Laktační poradkyně nabídla možnost využití pomůcek (kloboučků a odsávaček) a vedla maminku k trpělivosti, která je v tomto období velmi důležitá. U jedné maminky se vyskytly problémy až doma a tato žena využila pomoc soukromé porodní asistentky. Rozdíly v nástupu laktace a komplikacích v závislosti na typu anestezie zjištěny nebyly.

Z výzkumu vyplývá, že všechny respondentky, které podstoupily oba typy anestezie u SC, preferují spinální anestezie. Pro každou z nich byla možnost prvního kontaktu s dítětem (eventuálně s partnerem) a bondingu přímo na operačním sále tak velký emoční zážitek, že všechny problémy i komplikace tím byly vyváženy a zapomenuty.

Na základě výzkumu dojdeme k tvrzení, že pokud musí být z jakékoliv indikace porod ukončen císařským řezem, měla by být upřednostněna spinální anestezie. Porodník i anesteziolog (pokud to bude jen trochu možné) by měli brát ohled na psychiku a přání rodičky a umožnit jí spinální anestezii, jelikož je to pro ni i partnera velmi důležitý a nevratný okamžik.

Domnívám se, že jsem cíle ve své diplomové práci splnila. Na základě zjištěných výsledků a zkušeností z praxe je stále co vylepšovat v rámci komunikace

a této problematice by se mělo věnovat více pozornosti ku prospěchu spokojenosti rodiček.

7 ZÁVĚR

Porod je pro ženu jedna z nejvíce náročných a velmi vnímaných situací v životě. Po celou dobu těhotenství se na ni připravuje. I když ženy již porod prožily, stále mají z další této situace obavy a strach, je to pro ně další neobvyklá zkušenost. Jak se s touto zkušeností vyrovnávají, závisí na osobnosti každé ženy, na životních zkušenostech a na aktuálním psychickém i fyzickém stavu. Osobnost ženy se formuje i právě zkušeností z porodu. Prožitek z porodu může být spojen se sebedůvěrou, získáním sebevědomí, projevem spokojenosti, že porod zvládla. Žena ale může mít o pocit, že situaci nezvládla a tam je velmi důležitá podpora v partnerovi, rodině a jejího okolí.

Všechny porody nekončí spontánně, jak si mnohdy těhotné myslí a během těhotenství se na něj připravují. Je-li rozhodnuto o ukončení těhotenství císařským řezem, je nutné podat rodičce anestezii. Velmi důležitý je přístup porodníka, který indukoval císařský řez a anesteziologa, který vysvětloval možnost výběru anestezie při císařském řezu. V dnešní době se používají dva základní anesteziologické postupy a to celková a spinální anestezie. Anesteziolog i porodník by měl u každé maminky individuálně zvážit důvod k císařskému řezu, časovou naléhavost operace, ale i přání rodičky a jejího partnera.

Je-li rozhodnuto během porodu o ukončení císařským řezem, je velmi častou reakcí rodičky okamžitý pocit úlevy, který se mění na strach z operace, strach o sebe a o dítě. Psychologická příprava na akutní císařský řez není možná. Pozitivní vliv na snížení strachu má podpora v partnerovi, kvalitní a dostatečná informovanost porodními asistentkami, ošetřujícím lékařem a anesteziologem. U plánovaných císařských řezů se strach před operací mnoho neliší od ostatních operací. Pokud je císařský řez veden v subarachnoidální anestezii, ženy přitom vnímají méně negativních pocitů. U této anestezie má pozitivní vliv přítomnost partnera na operačním sále

Diplomová práce se zabývá problematikou a srovnáním celkové a spinální anestezie. Je rozvržena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části je popsán císařský řez, jeho historie, indikace, komplikace a jeho rozdělení. V další kapitole je popsána celková a spinální anestezie. Ve třetí kapitole je popisována péče o ženu při císařském řezu a nemalou kapitolou je psychologie porodu.

Ke zpracování teoretické části byly použity články z odborných periodik a knih. Vyhledávání důležitých zdrojů bylo vymezeno podle klíčových slov v databázi EBSCO, Medvik, Pubmed a elektronické zdroje Google scholar. Cílem bylo nalézt dostatečné množství článků, odborných textů a studií pro získání přehledu k danému výzkumu.

Praktická část je zaměřena na kvalitativní výzkum, kdy formou rozhovoru byla zjištěna spokojenost rodiček s celkovou a spinální anestezí při císařském řezu. Byly popsány pocity, bolesti žen jak u celkové, tak spinální anestezie. Z rozhovorů bylo vyhodnoceno, jaký typ anestezie by při příštím porodu císařským řezem žena preferovala a důvody této preference.

V této diplomové práci bych chtěla zdůraznit důležitost pocitů žen, které prožívají během porodu císařským řezem. U celkové anestezie je velmi podstatný přístup zdravotnického personálu, který by měl náležitě a dopodrobna vysvětlit rodičce vše, co se bude s ní dít během operace. Umožnit co nejdříve kontakt novorozence s maminkou a partnerem po porodu. U spinální anestezie je pacientka po celou dobu operace při vědomí a tam je také důležitá informovanost o aplikaci a účincích aplikovaných anestetik do subarachnoidálního prostoru. U spinální anestezie je bezprostředně po porodu dítě položeno matce na hrud'. Je to pro ni nepopsatelný zážitek, který pozitivně ovlivňuje psychiku ženy. Neméně důležitá je možnost přítomnosti otce u porodu. V literatuře se uvádí, že otcové, kteří se osobně účastnili porodu, si vytvoří velmi blízký vztah k dítěti a je to pro ně velmi velký emocionální zážitek.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Literatura

ADAMUS, M. *Základy anesteziologie, intenzivní medicíny a léčby bolesti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. ISBN: 978-80-244-2425-5.

ARENDET, K. W., SEGAL S. Současné a nastupující postupy ke snížení mateřské morbidity a mortality v souvislosti s anestezií. *Current opinion in anesthesiology*. Praha: Medical Tribune CZ, 2010, 1(1). ISSN 1804-204X.

BINDER, T, UNZEITIG, V., VELEBIL, P. Vedení prenatální péče a porodu donošeného plodu v poloze koncem pánevním – doporučený postup. *Česká gynekologie*. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 2013, 78, č. Supplementum, s. 22. ISSN: 1210-7832.

BINDER, Tomáš a kol. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2011. 297 s. ISBN 978-80-246-1907-1.

BLÁHA, J. Moderní způsoby porodní analgezie. *Postgraduální medicína*. Praha: Mladá fronta, 2006, 18(5), s. 480-486. ISSN 1212-4184.

BLÁHA, J. Porodnická anestezie - česká republika versus svět. *Praktická gynekologie*. Praha: Facta Medica, 2013, 17(4), s. 287-292. ISSN 1211-6645.

BLÁHA, J. a kol. Současné postupy v porodnické anestézii II.- Celková anestezie u císařského řezu. *Anesteziologie & intenzivní medicína*. 2013b, 24(3), 186-192. ISSN 1214-2158.

CARR, J. C. *Knižka pro tatínky: těhotenství, porod a první tři roky života dítěte*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012, 199 s. ISBN 978-80-262-0151-9.

ČECH, E. a kol. *Porodnictví*. 2. vyd. Praha: Grada, 2006. 546 s. ISBN 978-80-247-1303-8.

ČECH, E. a kol. *Porodnictví*. Praha: Grada, 1999, 434s. ISBN 80-7169-355-3.

ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M. *Speciální psychologie: [učební text]*. Vyd. 4. nezměn. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003, 173 s. ISBN 80-7013-386-4.

ČEPICKÝ, P. a LÍBALOVÁ, Z. Psychologické aspekty císařského řezu. *Moderní gynekologie a porodnictví*. Praha: Levret, 2008, 17 (1), s. 79-84. ISSN 1211-1058.

DIAMOND, K. A., BONNEY E. A, MYERS J.E. Caesarean section: techniques and complications. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine* [online]. 2014, vol. 24, issue 2, s. 39 - 44 [cit. 2014-11-5]. DOI: 10.1016/j.ogrm.2013.12.002.

DOLEŽAL, A. a kol. *Technika porodnických operací*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1998. 231 s. ISBN 80-7169-549-1.

DOLEŽAL, A. Císařský řez na živé v Čechách v roce 1789. *Čs. gynekologie*. Praha: Československá lékařská společnost J. E. Purkyně, 1982, 47 (6), s. 436-441. ISSN 0374-6852.

DOLEŽAL, A. *Porodnické operace*. Praha: Grada, 2007, 376 s. ISBN 8024708817.

FAIT, T., ZIKÁN, M., MAŠATA, J. *Moderní farmakoterapie v gynekologii a porodnictví*. 2. rozšířené vydání. Praha: Maxdorf, 2017. 624 stran. Jessenius. ISBN 978-80-7345-482-1.

GASKIN, M. *Zázrak porodu*. 1. vyd. Doubice: One Woman Press, 2010, 475 s. ISBN 978-80-86356-48-8.

GREGORA, M. Porod císařským řezem a jeho možná negativa pro novorozence. *Pediatric pro praxi*. Březsko: Solen, 2013, 14 (6), s. 404-406. ISSN: 1213-0494.

GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ M. *Čekáme dítětko*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007, 354 s. ISBN 978-80-247-1489-9.

HÁJEK, Z., ČECH, E., MARŠÁL, K. a kol. *Porodnictví*. 3. vyd. Praha: Grada, 2014, 579 s. ISBN 978-80-247-4529-9.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2. aktualizované vydání. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4.

HOFBERG, K. a M. R WARD. Fear of Childbirth, Tocophobia, and Mental Health in Mothers: The Obstetric–Psychiatric Interface. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. 2004, 47(3), 527-534. DOI: 10.1097/01.grf.0000132527.62504.ca. ISSN 0009-9201.

HOFMEYR, G. J., MATHAI, M., SHAH, A. N., NOVIKOVA, N. Techniques for caesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester: Wiley, 2008, 1. ISSN: 1469-493X.

HOREY, D., WEAVER, J., RUSSELL, H. Information for pregnant women about Caesarean birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester: Wiley, 2004, 1. ISSN: 1469-493X.

CHAILLET, N. a A.DUMONT. Evidence-Based Strategies for Reducing Cesarean Section Rates: A Meta-Analysis. *Birth*. 2007, 34(1), 53-64. DOI: 10.1111/j.1523536X.2006.00146.x. ISSN 0730-7659.

JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R.,. *Ošetrovatelská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 249 s. ISBN 97880-247-4412-4 33.

KŘEPELKA, P. Císařský řez – indikace, nebo volba? *Česká gynekologie*. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 2008, 73 (5), s. 303-307. ISSN: 1210-7832.

KŘEPELKA, P. Císařský řez. *Sanguis*. Praha: WALD Press. 2008, 8 (57), s. 84-87. ISSN 1212-6535.

KŘEPELKA, P. Historický vývoj indikací a techniky císařského řezu. *Gynekolog*. 2010, 20,(1), 7 - 15. ISSN 1210 - 1133.

KUDELA, M. *Základy gynekologie a porodnictví pro posluchače lékařské fakulty*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. ISBN 978-80-244-1975-6.

MARDEŠÍCOVÁ, N., VELEBIL, P. Epidemiologie císařských řezů. *Postgraduální medicína* [online]. Praha: Mladá fronta 2010, 12 (2), s. 171-174. ISSN: 1212-4184.

MILOSCHEWSKY, D. a kol. *Regionální anestezie*. 1. vyd. Praha: Astra Pharmaceuticals, 1998, 207 s. ISBN 80-902532-9-6.

MROWETZ, M, CHRASTILOVÁ, G., ANTALOVÁ I. *Bonding – porodní radost: podpora rodiny jako cesta k ozdravení porodnictví a společnosti?*. 1. vyd. Praha: DharmaGaia, 2011, ISBN 978-80-7436-014-5.

ODENT, M. *Císařský řez: co je dobré vědět o císařském řezu a jak souvisí se schopností milovat*. Přeložila Klára MEISSNEROVÁ. Praha: Maitrea, 2016. ISBN 9788075002273.

PAŘÍZEK, A. a kol.,. *Analgezie a anestezie v porodnictví*. Praha: MotherCare centrum Publishing. 2012, 425 s. ISBN 978-80-7262-893-3.

PAŘÍZEK, A. *Porodnická analgezie a anestezie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002, 535 s. ISBN 80-716-9969-1.

PAŘÍZEK, A. Program INKA - porodní analgezie „na míru“. *Česká gynekologie*. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 2014. 3/79(6). s. 198 - 204. ISSN 1210-7832.

PAŘÍZEK, A. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti. 2. díl, Porod.* 5. vydání. Praha: Galén, 2015, 397 stran. ISBN 978-80-7492-213-8.

PAŘÍZEK, A., DRŠKA, V., ŘÍHOVÁ, M. Prague 1337, the first successful caesarean section in which both mother and child survived may have occurred in the court of John of Luxembourg, King of Bohemia. *Česká gynekologie*. Praha: Česká lékařská společnost J.E. Purkyně, 2016, 81 (4), s. 321-330. ISSN 12107832.

PROCHÁZKA, M. a kol. *Porodnictví pro studenty všeobecného lékařství a porodní asistence*. Olomouc: AED - Olomouc s.r.o., 2016, 243 s.. ISBN 978-80-906280-0-7.

RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí: psychosomatická medicína: učební texty pro porodní asistentky]*. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area, 2008, 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.

RICHTER, R., SCHÄFER, E. *Kniha pro tatínky: vše, co potřebujete vědět o těhotenství, porodu a prvním roce života ve třech*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 173 s. ISBN 978-80-247-2083-8.

ROZTOČIL, A. a kol. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 405 s. ISBN 978-80-247-1941-2.

ROZTOČIL, A. Císařský řez na přání pacientky – ano či ne. *Interní medicína pro praxi*. 2003, roč. 5 (3), s. 13-15. ISSN 1212-7299.

ROZTOČIL, A. *Moderní porodnictví. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-247-5753-7.

ROZTOČIL, A. *Porodnictví*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. ISBN 80-7013-339-2.

SKUTILOVÁ, V. *Jak na strach a úzkost v těhotenství*. Vydání 1. Praha: Grada, 2016. 160 stran. ISBN 978-80-247-5469-7.

ŠTEMBERA, Z. *Historie české perinatologie*. Praha: Maxdorf, 2004, 403 s. ISBN 80-7345-021-6.

TAKÁCS, L., a kol. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2015, 208 s. ISBN 978-80-247-5127-6.

VELEBIL, P. Epidemiologie císařského řezu. *Moderní gynekologie a porodnictví*. Praha: Levret, 2008, 17(1), s. 12-18. ISSN: 1211-1058.

VÉVODOVÁ, Š., IVANOVÁ, K. a kol. *Základy metodologie výzkumu pro nelékařské zdravotnické profese*. Olomouc: UP v Olomouci, 2015, 212 s. ISBN 978-80-244-4770-4.

ZWINGER, A.. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004, 532 s. ISBN 80-7262257-9.

Elektronické zdroje:

AFOLABI, B.B. a kol, Regional versus general anaesthesia for caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev* [online]. Chichester: Wiley, 2006; 4. [cit. 2018-10-3]. ISSN: 1469-493X. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23076903>

ALGERT, C.S. a kol. Regional block versus general anaesthesia for caesarean section and neonatal outcomes: a population-based study. *BMC Med* [online]. 2009, 7 (20) [cit. 2018-02-23].

Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2683867>

BLÁHA, J. a kol. Současné postupy v porodnické anestézii III.- regionální anestézie u císařského řezu. *Anesteziologie & intenzivní medicína*. 2014, 25(1), 29-39. ISSN 12142158. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/anesteziologie-intenzivni-medicinaclanek/soucasne-postupy-v-porodnicke-anestezii-iii-regionalni-anestezie-u-cisarskehorezu-48123>

BLÁHA, J., KOLNÍKOVÁ, I., NOSKOVÁ, P. Císařský řez, ale jaká anestezie? *Praktická gynekologie* [online]. Praha: Ambit Media, 2011, 15 (3-4), s. 187-191. ISSN: 1211-6645. [cit. 2018-9-16]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticka-gynekologie/2011-3-4-1/cisarsky-rez-ale-jaka-anestezie-36362>

BUTWICK, A. B. a kol.. Retrospective analysis of anesthetic interventions for obese patients undergoing elective cesarean delivery. *Journal of Clinical Anesthesia*. 2010, 22(7), 519-526. DOI: 10.1016/j.jclinane.2010.01.005. ISSN 09528180. Dostupné také z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S095281801000231>

FENWICK, J L., a kol. S. Why do women request caesarean section in a normal, healthy first pregnancy?. *Midwifery*. 2010, 26(4), 394-400. DOI: 10.1016/j.midw.2008.10.011. ISSN 02666138. Dostupné také z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0266613808001046>

GIBBONS, L. a kol. Inequities in the use of cesarean section deliveries in the world. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2012, 206(4), 331.e1-331.e19. DOI: 10.1016/j.ajog.2012.02.026. ISSN 00029378. Dostupné také z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S000293781200258X>

HODNETT, E. D. a kol. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK, 1996, 2012-10-17. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub4. ISBN 80-860-1357-X. Dostupné také z: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003766.pub4>

CHEN, J. Development of intestinal bifidobacteria and lactobacilli in breast-fed neonates. *Clinical Nutrition*. 2007, 26(5), 559-566. DOI: 10.1016/j.clnu.2007.03.003. ISSN 02615614. Dostupné také z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0261561407000611>

KARLSTRÖM, A. a kol. Postoperative Pain After Cesarean Birth Affects Breastfeeding and Infant Care. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2007, 36(5), 430-440. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2007.00160.x. ISSN 08842175. Dostupné také z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0884217515336935>

KINSELLA, S. M. a M. J. L. SCRUTTON. Assessment of a modified four-category classification of urgency of caesarean section. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2009, 29(2), 110-113. DOI: 10.1080/01443610802585546. ISSN 0144-3615. Dostupné také z: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01443610802585546>

KŘEPELKA, P. Císařský řez – indikace, nebo volba? *Česká gynekologie* [online]. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 2008, 73 (5), s. 303-307. ISSN: 1210-7832. [cit. 2018-9-16]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2008-5/cisarsky-rez-indikace-nebo-volba-842>

LOMÍČKOVÁ, Taťána. 2009. Změnily se indikace k císařskému řezu? *Aktuální gynekologie a porodnictví online*. 2009, roč. 1, s. 42-44 cit. 2017-05-24. ISSN: 1803-9588. Dostupné také z: <http://www.actualgyn.com>

L'UBUŠKÝ, M. a kol. Vývoj incidence postpunkční cefalei po spinální anestezii pro císařský řez v Olomouci v letech 2003–2004. *Časopis lékařů českých* [online]. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 2006, 3. [cit. 2018-5-11]. Dostupné z: <http://www.lubusky.com/clanky/22.pdf>

MARDEŠÍČOVÁ, N, VELEBIL, P. Epidemiologie císařských řezů. *Postgraduální medicína* [online]. Praha: Mladá fronta, 2010, 12 (2), s. 171-174. [cit. 2018-11-2]. ISSN: 1212-4184. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/epidemiologie-cisarskych-rezu449539>

MODARRES, M. a kol. Prevalence and risk factors of childbirth-related post-traumatic stress symptoms. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2012, 12(1), -. DOI: 10.1186/14712393-12-88. ISSN 1471-2393. Dostupné také z:

<http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-12-88>

PAŘÍZEK, A., DRŠKA, V., ŘÍHOVÁ, M. Praha, místo, kde byl proveden první císařský řez, kdy přežila současně matka i dítě? *Česká gynekologie* [online]. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 2016, 81 (4), s. 304-313. ISSN: 1210-7832. [cit. 2018-9-15]. Dostupné z: <https://www.lf1.cuni.cz/document/66356/cg-0416304-313-parizek-final.pdf>

RATISLAVOVÁ, K. Psychologie časného poporodního období. *Moderní babičství* [online], Praha: Levret, 2008, č. 15. ISSN: 1214-5572. [cit. 2018-9-13]. Dostupné z: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2008-15>

REYNOLDS, F. a P. T. SEED. Anaesthesia for Caesarean section and neonatal acidbase status: a meta-analysis. *Anaesthesia*. 2005, 60(7), 636-653. DOI: 10.1111/j.13652044.2005.04223.x. ISSN 00032409. Dostupné také z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2044.2005.04223>

ROZTOČIL, A. Pooperační péče po císařském řezu. *Moderní babičství* [online], Praha: Levret, 2008, č. 15. ISSN: 1214-5572. [cit. 2018-9-18]. Dostupné z: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2008-15>

TITA, A.T.N. Timing of Elective Repeat Cesarean Delivery at Term and Neonatal Outcomes. *New England Journal of Medicine*. 2009, 360(2), 111-120. DOI: 10.1056/NEJMoa0803267. ISSN 0028-4793. Dostupné také z: <http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJMoa0803267>

TORLONI, M. R. Classifications for Cesarean Section: A Systematic Review. *PLoS ONE*. 2011, 6(1), e14566-. DOI: 10.1371/journal.pone.0014566. ISSN 1932-6203. Dostupné také z: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0014566>

Zlatá hodinka podle Michela Odenta, In: *Přirozený porod = normální porod* [online]. 10.5.2012 [cit. 2018-10-5]. Dostupné z: <http://www.prirozeny-porod.eu/zlata-hodinka/>

ZHANG, J. Contemporary cesarean delivery practice in the United States. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2010, 203(4), 326.e1-326.e10. DOI: 10.1016/j.ajog.2010.06.058. ISSN 00029378. Dostupné také z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002937810008380>

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ACOG	American College of Obstetrics Gynecology
CA	Celková anestezie
FNOL	Fakultní nemocnice Olomouc
IMJ	Intermediární jednotka
JIP	Jednotka intenzivní péče
PONV	Postoperative nauzea and vomiting
SA	Spinální anestezie
SAB	Subarachnoidální anestezie
SC	Sectio caesarea
VAS	Vizuální analogová škála bolesti
WHO	Světová zdravotnická organizace

SEZNAM TABULEK

- Tabulka 1** Charakteristika výzkumného souboru
- Tabulka 2** Charakteristika celkové a spinální anestezie
- Tabulka 3** Vytvoření kategorií a podkategorií
- Tabulka 4** Zdroj informací
- Tabulka 5** Možnost volby anestezie
- Tabulka 6** Psychické prožívání před císařským řezem
- Tabulka 7** Psychické prožívání po SC
- Tabulka 8** Bolest
- Tabulka 9** Kontakt s dítětem a partnerem
- Tabulka 10** Laktace
- Tabulka 11** Volba spinální anestezie
- Tabulka 12** Psychické prožívání před SC a v jeho průběhu
- Tabulka 13** Bezprostřední pocity
- Tabulka 14** Bolest
- Tabulka 14** Kontakt s dítětem a partnerem
- Tabulka 15** Laktace
- Tabulka 16** Preference typu anestezie

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Subarachnoidální prostor

http://www.detskaanestezie.cz/anestezie_podrobne.html

Obrázek 2 Subarachnoidální anestezie

<https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/anesteziologicka-problematika-onkologicko-gynekologicke-operativy-u-extremne-obe/>

Obrázek 3 Bonding na operačním sále

<http://www.nempi.cz/57-pomocne-clanky-pro-oddeleni/okb/osatni/725-zavedeni-bondingu-behem-a-po-porodu-cisarskym-rezem>

Obrázek 4 Otec u porodu císařským řezem

<http://annakohutova.cz/laskavy-cisarsky-rez/>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 - Vyjádření etické komise Fakulty zdravotnických věd
University Palackého v Olomouci

Příloha 2 - Průvodní list k sociologickému průzkumu

Příloha 3 – Informovaný souhlas Fakultní nemocnice Olomouc

Příloha 4 – Otázky k rozhovoru

Příloha 5 – Pokyny pro přítomnost doprovázející osoby u císařského řezu

**Příloha 1- Vyjádření etické komise Fakulty zdravotnických věd
University Palackého v Olomouci**



Fakulta
zdravotnických věd

UPOL-18177/1040-2018

**Vážená paní
Marta Čihalíková**

2018-09-02

Vyjádření Etické komise FZV UP


Vážená paní Čihalíková,

na základě Vaší Žádosti o stanovisko Etické komise FZV UP byla Vaše výzkumná část diplomové práce posouzena a po vyhodnocení všech zaslanych dokumentů Vám sdělujeme, že diplomové práci s názvem „**Spokojenost rodiček s celkovou a spinální anestézií při císařském řezu**“, jehož jste hlavní řešitelkou, bylo uděleno

souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP .

S pozdravem,

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
Fakulta zdravotnických věd
Etická komise
Hněvotínská 3, 775 15 Olomouc
T: 585 632 880


Mgr. Lenka Mazalová, Ph.D.
předsedkyně
Etické komise FZV UP

Příloha 2 – Průvodní list k sociologickému průzkumu



FAKULTNÍ NEMOCNICE
OLMOUC

I. P. Pavlova 1846, 779 00 Olomouc
Tel: 598 44 111, E-mail: info@fnol.cz
IČ: 00088882

ODBOR KVALITY

FN-MP-G015-05-PRLIST-001

verze 0. 2, str. 1/1

Průvodní list k sociologickému průzkumu

Název sociologického průzkumu:

Spokojenost rodiček s celkovou a spinální anestézií při císařském řezu.

Pracoviště FNOL dotčená průzkumem: Porodnicko – gynekologická klinika

Zadávatel: Marta Čihalíková

Datum realizace průzkumu: červenec – září 2018

Typ výzkumné strategie:

kvantitativní

kvalitativní

Stručný popis výzkumné strategie:

Jedná se o kvalitativní výzkum metodou polostrukturovaného rozhovoru s pacientkami, které jsou hospitalizované na Porodnicko – gynekologické klinice po císařském řezu. Cílem mé práce je zmapovat rozdíly ve spokojenosti rodiček, které měly císařský řez v celkové i spinální anestezii. Rozhovor bude proveden na základě souhlasu pacientky na místě, které si sama pacientka vybere tak, aby se cítila bezpečně při sdělování informací. Získané informace budou zpracovány se zachováním anonymity žen.

Mgr. Vladislava Maroňová
vedení kliniky
Porodnicko-gynekologická klinika

Ing. Andrea Drobilíková

Vypracoval: 30.5.2018, Čihalíková Marta

Schválil:
(podpis, datum)

Marek Hlaváček
Fakultní nemocnice Olomouc

Ukončení průzkumu:

Poznámky:

Příloha 3 – Informovaný souhlas

Pro výzkumný projekt: Diplomová práce

Období realizace: od února do srpna 2018

Řešitelé projektu: Bc. Marta Číhalíková pod vedením PhDr. Marie Dlabačové, Dis.

Vážená paní, slečno,

Vážená paní, slečno, obracíme se na Vás se žádostí o spolupráci na výzkumném projektu, jehož cílem je zjistit a popsat pocity žen po císařském řezu v celkové i spinální anestezii a zároveň zformulovat náměty a doporučení týkající se zkvalitnění péče o tyto ženy. Proto Vás prosíme o poskytnutí a souhlas s rozhovorem a dotazníkovým šetřením na dané téma. Rozhovor bude veden ve Vámi zvoleném prostředí a čase a bude trvat přibližně 60 minut. Rozhovor bude nahráván pomocí nahrávacího zařízení a následně přepsán do písemné formy elektronicky, pomocí programu Word. Okamžitě po přepisu bude rozhovor z nahrávacího zařízení vymazán. Přepisy rozhovoru budou použity pouze a výhradně k mé diplomové práci. Při zpracování práce bude respektován zákon č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů, nikde nebude zveřejněno Vaše jméno, ani další identifikační údaje o Vaší osobě. Od rozhovoru můžete kdykoli odstoupit bez udání důvodu. Po obhájení diplomové práce budou i elektronické přepisy z PC vymazány.

Z účasti na projektu pro Vás vyplývají výhody i rizika. Mám vzdělání porodní asistentky a pracuji na IMJ, kde se každodenně setkávám s ženami po císařském řezu. V rámci svých kompetencí (kurz diabetologický, kurz laktační poradkyně) Vám mohu být nápomocna v případném řešení vašich problémů. Nevýhodou může být pro vás časová zátěž cca 60 minut, podle Vašich potřeb je možné rozhovor přerušit a posléze pokračovat. Pokud s účastí na projektu souhlasíte, připojte podpis, kterým vyslovujete souhlas s níže uvedeným prohlášením.

Prohlášení: Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném projektu. Řešitelka projektu mne informovala o podstatě výzkumu a seznámila mne s cíli a metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, podobně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na projektu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány, použity jen pro účely výzkumu a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány. Měla jsem možnost vše si

řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měla jsem možnost se řešitelky zeptat na vše, co jsem považovala za podstatné a potřebné vědět. Na tyto mé dotazy jsem dostala jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem informována, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na projektu odstoupit, a to i bez udání důvodu. Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží moje osoba (nebo zákonný zástupce) a druhý řešitel projektu.

Jméno, příjmení a podpis řešitele projektu: Marta Číhalíková

V _____ dne: _____

Jméno, příjmení a podpis účastníka v projektu (zákonného zástupce):

V _____ dne: _____

Příloha 4 – Otázky k polostrukturovanému rozhovoru

1. Jaké byly vaše informace o možnostech anestezie, když jste se dozvěděla o ukončení vašeho těhotenství císařským řezem?
2. Popište, jak jste prožívala období před a po porodu císařským řezem u celkové anestezie (zaměřeno na fyzickou i psychickou spokojenost).
3. Popište, jak jste prožívala období před a po porodu císařským řezem u celkové anestezie (zaměřeno na fyzickou i psychickou spokojenost).
4. Jakou anestezii byste preferovala při příštím těhotenství a proč?

Příloha 5 – Pokyny pro přítomnost doprovázející osoby u císařského řezu

Pokyny pro přítomnost doprovázející osoby u císařského řezu

Vážená paní, vážený pane,

velmi si vážíme důvěry, kterou jste projevili Fakultní nemocnici Olomouc (dále FNOL). Pracoviště Porodnicko-gynekologické kliniky se souhlasem maminky a na Vaše přání umožňuje, při splnění dále uvedených podmínek, Vaši přítomnost jako doprovázející osoby u císařského řezu.

Během výkonu je nutné dodržovat následující pravidla a postupy vycházející z právních předpisů a Provozního řádu FNOL.

- 1) Přítomnost doprovázející osoby na operačním sále je umožněna pouze v případě souhlasu všech zúčastněných včetně všech členů operačního a anesteziologického týmu. Přítomnost doprovodu tedy není nárokovou službou.
- 2) Po předání maminky týmu zdravotnických pracovníků operačního sálu zůstává doprovázející osoba v prostoru filtru operačního sálu, kde vyčká příchodu sestry Novorozeneckého oddělení, která ji poučí o chování na operačním sále.
- 3) Doprovázející osoba se převleče do připraveného operačního prádla, operační obuvi, nasadí si operační masku a čepici. Oděv a osobní věci si uloží do skříňe a uzamkne. Provede hygienickou dezinfekci rukou dle pokynů sestry.
- 4) Po zajištění spinální anestezie maminky je příslušnou sestrou Novorozeneckého oddělení doprovázející osoba zavedena na určené místo na operačním sále a zdržuje se pouze v tomto určeném prostoru (u hlavy matky - v prostoru pro anestezii za operační rouškou).
- 5) Sestra Novorozeneckého oddělení obvyklým způsobem asistuje a přijímá novorozence od operačního týmu. Po jeho ošetření na novorozeneckém boxu a kontrole stavu neonatologem přinese dítě ukázat mamince a doprovázející osobě, případně zahájí bonding dle příslušných standardů. Sestra je trvale přítomná při prohlídce dítěte (bondingu).
- 6) Maximální doba pobytu doprovázející osoby na operačním sále je ohraničena délkou operačního výkonu.
- 7) Po ukončení operačního výkonu sestra dítě přebírá od matky a spolu s doprovázející osobou odváží k další, již standardní, péči na Novorozeneckém oddělení.
- 8) Doprovázející osoba je informována a srozuměna s tím, že pohybovat se po operačním sále může jen v doprovodu zdravotnického personálu (sestry Novorozeneckého oddělení event. sestry Kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny) a po celou dobu výkonu zůstává na předem určeném místě.
- 9) Pro doprovázející osobu platí striktní zákaz fotografování či natáčení videa v prostoru operačního sálu a v předsálí.
- 10) V případě vzniku neočekávaných komplikací nebo organizačních obtíží se doprovázející osoba řídí pokyny personálu a vyčká v prostorech mimo operační sál.

Byl/a jsem seznámen/a s pokyny pro přítomnost doprovázejících osob u císařského řezu.	ANO	NE
Souhlasím s podmínkami uvedenými v pokynech pro přítomnost doprovázejících osob u císařského řezu a budu se těmito pokyny řídit.	ANO	NE

Jméno a příjmení doprovázející osoby	Podpis doprovázející osoby

Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka	Podpis zdravotnického pracovníka

V Olomouci, dne: