



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Názory žen na císařský řez z retrospektivního pohledu

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

PORODNÍ ASISTENCE

Autor: Kristýna Kovářová

Vedoucí práce: PhDr. Drahomíra Filausová

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Názory žen na císařský řez z retrospektivního pohledu*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské/diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne

.....

podpis

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí práce PhDr. Drahomíře Filausové za trpělivost, cenné rady, podněty a připomínky při zpracovávání bakalářské práce. Děkuji celé své rodinně a blízkým, kteří přispěli k vytvoření ideálního zázemí nejen při psaní bakalářské práce, ale i během celého mého studia. Poděkování patří i respondentkám, díky nimž bylo možné zrealizovat výzkumnou část bakalářské práce.

Názory žen na císařský řez z retrospektivního pohledu

Abstrakt

Tato bakalářská práce se věnuje ženám po císařském řezu a jejich názorům na tento operační zákrok. V teoretické části byla objasněna problematika císařského řezu, jeho definice, historie, druhy řezů a indikace, možné komplikace a druhy anestezie, jež mohou být využity při této operaci. Nedílnou součástí teoretické práce je ošetrovatelská péče porodních asistentek o ženu před výkonem, po výkonu a v průběhu šestinedělí, dále se zabývá kojením a péčí o novorozence po císařském řezu.

Cílem pro výzkumnou část bylo zjistit názory žen na císařský řez z retrospektivního pohledu. Z tohoto cíle vyplynuly čtyři výzkumné otázky. První otázka zjišťovala, jak ženy rozuměly indikaci k císařskému řezu. Druhá otázka se věnovala spokojenosti žen s péčí porodní asistentky. Třetí otázka se zaměřila na první kontakt s novorozencem a čtvrtá na ovlivnění života žen po císařském řezu.

K provedení výzkumné části bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření. Výzkum probíhal během měsíce března 2017 se sedmi respondentkami, které byly jeden rok až pět let po císařském řezu a souhlasily s poskytnutím rozhovoru. V průběhu polostrukturovaného rozhovoru bylo ženám položeno 15 otázek. Poté co byly rozhovory doslovně přepsány, byla provedena jejich analýza metodou kódování v ruce, neboli tužka a papír. Odpovědi žen byly označeny jednotlivými kódy a zařazeny do kategorií.

Z výzkumného šetření vyplývá, že ženy mají pozitivní názor na císařský řez, považují ho za nejlepší volbu v dané situaci, která byla uskutečněna pro záchranu jejich dítěte. Přestože většina respondentek před operačním výkonem pociťovala strach, jejich souhlas k císařskému řezu by ani dnes neměnila. Pro více jak polovinu žen byly podané informace od lékaře dostačující a porozuměly jim.

Téměř všechny ženy z dotazovaných byly spokojené s ošetrovatelskou péčí a informovaností od porodních asistentek a také s prvním kontaktem s novorozencem, jenž nastal do dvou hodin po zákroku. Ovšem nespokojenost vyjádřily v přístupu ke kojení a v této oblasti většina žen popisovala potíže.

Ačkoliv více jak polovina žen odpověděla, že se necítily být omezeny operačním zákrokem, všechny dotazované využily během šestinedělí pomoci od rodinných

příslušníků. Téměř všechny respondentky uvedly zvýšenou citlivost v jizvě, kterou pociťovaly nejméně půl roku po porodu.

Bakalářská práce může sloužit porodním asistentkám pro inspiraci ke zlepšení ošetrovatelské péče. Dále může být přínosem studentkám porodní asistence pro jejich zlepšení v oblasti praxe. Výstupem z bakalářské práce je informační letáček o problematice císařského řezu určený pro těhotné ženy.

Klíčová slova

Porod; císařský řez; porod po císařském řezu; ošetrovatelská péče; porodní asistentka.

Women's opinions on caesarean section from a retrospective view

Abstract

This bachelor thesis focuses on women after the cesarean section and their opinions on this surgical procedure. In the theoretical part, there several points were clarified, such as the problems of caesarean section, its definition, history, types of incisions and indications, possible complications and types of anesthesia that can be used in this operation. An integral part of the theoretical work is midwives' nursing care of a woman before and after operation and during the puerperium. The thesis is also engaged in breastfeeding and care of the newborn after the caesarean section.

The aim of the research section was to find out the women's opinions on the caesarean section from a retrospective point of view. Four research questions have emerged from this objective. The first question was how women understood the caesarean delivery. The second one was about women's satisfaction with midwife care. The third question focused on the first contact with the newborn and the fourth one on influencing the life of women after the caesarean section.

A qualitative research survey was chosen for the research part. The survey was conducted during March 2017 with seven respondents who were, from one to five years, after the caesarean section and agreed to provide an interview. During the semi-structured interview, women were asked 15 questions. Then, the conversations were literally transcribed, their analysis was done by hand coding, or pen and paper method. Women's responses were identified by individual codes and categorized.

The research shows that women have a positive opinion on the C-section, They consider it the best choice in a situation that has been taken to save their child. Despite that most respondents were worried before surgery, their consent to the caesarean section would not change today. For more than half, the information provided by the doctor was sufficient and comprehended.

Almost all surveyed women were satisfied with nursing care and information from midwives and also with the first contact with the newborn, which occurred within two hours after the procedure. However, dissatisfaction was expressed in the approach to breastfeeding and in this area most women described the difficulties.

Although more than half of women responded that they did not feel limited by surgery, all respondents let family members help them during the puerperium.

Nearly all respondents reported increased sensitivity in the scar that they felt at least for half a year after delivery.

The bachelor's thesis may serve as an inspiration for midwives to improve their nursing care. In addition, midwifery students can benefit it in improving their practice experience.

Key words

Birth, caesarean section; birth after caesarean section; nursing care; midwif

Obsah

Úvod.....	10
1 Teoretická východiska.....	12
1.1 Definice a historie císařského řezu	12
1.2 Podmínky a indikace k císařskému řezu	14
1.3 Komplikace u císařského řezu	17
1.4 Anestezie u císařského řezu	18
1.4.1 Celková anestezie.....	19
1.4.2 Neuroaxiální (regionální) anestezie	20
1.5 Techniky císařského řezu.....	20
1.6 Role porodní asistentky v předoperační péči	21
1.6.1 Předoperační péče při plánovaném císařském řezu	22
1.6.2 Předoperační péče při akutním císařském řezu.....	24
1.7 Role porodní asistentky v pooperační péči o ženu po císařském řezu.....	24
1.8 Role porodní asistentky v péči o ženu po císařském řezu v průběhu šestinedělí 27	
1.8.1 Kojení po císařském řezu.....	29
1.9 Péče o jizvu po císařském řezu	31
1.10 Novorozenec po císařském řezu.....	32
2 Cíl práce a výzkumné otázky	35
2.1 Cíl práce	35
2.2 Výzkumné otázky.....	35
2.3 Operacionalizace pojmů.....	35
3 Metodika.....	36
3.1 Použité metody a techniky	36
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	37
4 Výsledky výzkumu.....	38
4.1 Identifikační údaje respondentek	38
4.2 Kategorizace dat.....	40
5 Diskuze.....	55

6	Závěr.....	60
7	Seznam zdrojů	62
8	Přílohy	66
8.1	Seznam příloh a obrázků.....	66
9	Seznam zkratk.....	70

Úvod

Císařský řez je nejstarší porodnická operace a jeho frekvence se nejen v České republice, ale i na celém světě neustále zvyšuje. Právě tento operační výkon zachránil a dál zachraňuje nespočetně životů matek i novorozenců. Přestože je to pro ženu velice náročná operace a nese s sebou řadu možných komplikací, v některých případech je nezbytná pro záchranu života matky či novorozence.

Ošetřovatelská péče o rodičku před císařským řezem i po něm je mnohem náročnější nežli u spontánního porodu, proto porodní asistentky mají nezastupitelnou roli v této problematice. Pro ženu jsou porodní asistentky v této oblasti fyzickou i psychickou oporou, zdrojem informací a svým kladným přístupem přispívají k psychické pohodě ženy, která je velice důležitá i pro spuštění laktace a lepší kojení novorozence po porodu. Porodní asistentky pečují o ženu po celou dobu pobytu v nemocnici (porodní sál či stanice rizikového těhotenství, stanice porodnické JIP a šestinedělí) a později se také žena setká s porodní asistentkou u svého gynekologa.

V současné době mají ženy na výběr ze dvou druhů anestezie a to z celkové či regionální, která s sebou nese výhodu brzkého kontaktu novorozence a matky již na operačním sále. Jelikož císařský řez není přirozený porod, nástup laktace bývá opožděn a ženy mají více potíží s kojením. Mírné následky zanechává i na novorozencích, jenž podle nejnovějších výzkumů trpí častěji alergiemi nebo jsou náchylnější k různým chorobám či závislostem, nežli jedinci po spontánním porodu. Matky si po této operaci odnášejí různá omezení a následek v podobě jizvy, která pro ně bývá často dlouhou dobu bolestivá.

Tato bakalářská práce se zabývá názory žen na císařský řez z retrospektivního pohledu. Teoretická část je zaměřena na císařský řez jako takový. V jednotlivých podkapitolách je popsána jeho historie, podmínky, za kterých se provádí a komplikace, jež mohou u této operace nastat. Dále se zaměřuje na péči porodní asistentky o ženu před císařským řezem, po operačním výkonu a v průběhu šestinedělí. Neopomíjí ani novorozence a kojení po císařském řezu. Výzkumná část byla vypracována pomocí kvalitativního výzkumného šetření. Ke sběru dat byl využit polostrukturovaný rozhovor se ženami, které byly 1 rok až 5 let po porodu. Rozhovory byly prováděny v domácím prostředí po předchozí domluvě a se souhlasem respondentek.

Profese porodní asistentky mě velice naplňuje, přinesla do mého života mnoho nových pohledů na svět. Největším poděkováním za mou práci jsou milá slova a spokojenost klientek na porodním sále nebo na jiných stanicích porodnického oddělení. Doufám, že toto tvrzení platí i pro ostatní porodní asistentky a proto bych chtěla, aby tato bakalářská práce byla využita pro inspiraci ve zlepšení ošetrovatelské péče. Vím, že studium tohoto oboru je zpočátku velice náročné a doufám, že tato práce bude prospěšná právě i studentkám porodní asistence.

1 Teoretická východiska

V průběhu těhotenství či porodu mohou nastat situace, kdy je velmi rizikové volit spontánní porod, jak pro matku, tak pro dítě a proto se stává, že profesionálové musí často přistoupit k rychlé volbě císařského řezu (Gregora, Velemínský, 2013). Tento výkon, by se měl provádět pouze za podmínky jasných indikací, jež určuje lékař a pomáhá tím zachránit zdraví matky či dítěte, tak jako tomu bylo dříve, avšak v dnešní době se setkáváme s novým fenoménem a to tzv. císařským řezem na přání (Pařízek, 2015). Kdy ženy, často ze strachu, by raději rodily císařským řezem, aniž by k tomu měly lékařskou indikaci, ale v České republice se tomuto přání nevyhovuje (Behinová, 2012). Mnohdy si tyto ženy neuvědomují, že se jedná o náročnou chirurgickou operaci, která v mnoha případech může přinést těžké komplikace (Field, Haloob, 2016). Císařský řez se vždy provádí v anestezii a v současnosti mají ženy na výběr ze tří druhů (celková, místní či kombinovaná) (Pařízek, 2015). Císařský řez je jedna z nejstarších porodnických operací, má také mnoho způsobů řezů, podle nichž rozeznáváme techniky císařského řezu (Gregora, Velemínský, 2013). Jelikož je císařský řez charakterizován jako operační výkon a nese s sebou dlouhodobé následky v podobě jizvy, musí žena podstoupit předoperační a pooperační péči (Hájek et al., 2014). Oproti samovolnému porodu je císařský řez spojen s větší poporodní bolestivostí a také se prodlužuje pobyt v nemocnici nejméně o dva dny (Pařízek, 2015). Příčinou může být problém s kojením, neboť po tom zákroku je tvorba mléka opožděna (Koudelková, 2013). Operační porod není náročný pouze pro rodičku, ale nejnovější výzkumy potvrzují, že následky nese i novorozenec, který je mnohem více ohrožen například alergií či astmatem (Odent, 2016).

1.1 Definice a historie císařského řezu

Císařský řez je dle Hájka et al. (2014) nejobvyklejší porodnická operace, jejímž cílem je ukončit těhotenství ve třetím trimestru nebo komplikovaný vaginální porod. Provedení tohoto výkonu je velmi náročné a právě z toho důvodu ho realizuje multidisciplinární tým, složený nejméně ze 7 odborníků (jako jsou anesteziologové, porodníci, porodní asistentky, všeobecné či dětské sestry a pediatři) (Radhakrishnan, 2013). Pařízek (2014) uvádí, že operace nese až šestkrát vyšší rizika

než u vaginálního porodu a to zejména pro matku. V současné době se frekvence tohoto výkonu zvyšuje, a to například v perinatologických centrech, kde se císařský řez provádí asi ve 30 % případů, to znamená asi každá 5 rodička v České republice podstoupí operační porod (Pařízek 2015). Hlavní příčinou nárůstu tohoto zákroku je dle Odenta (2016) nedostatečné porozumění ženám a jejich základním potřebám v době těhotenství a porodu, avšak Takács (2015) uvádí, že důvodem je zejména vyšší věk a špatný zdravotní stav rodiček.

Hájek et al. (2014) tvrdí, že původ císařského řezu vznikl již ve starověku, kdy končil úmrtím matky, a proto v té době nebyl rozšířen, ovšem dnes je považován za jeden z nejstarších operativních výkonů v porodnictví. V 8 st. př. n. l. římský panovník Numa Pompilius stanovil nařízení Lex Ceaserea (ceaserea z latinského původu – řezat), že pokud žena zemře během pokročilejšího těhotenství či porodu, musí být porod dokončen po její smrti a tento zákon později převzala i katolická církev, jež chtěla dítě před pohřbem pokřtít (Odent, 2016). První úspěšný císařský řez byl dle zdrojů proveden ve Švýcarsku v 16. století zvěrolékařem Jacquesem Nuferem, který chtěl zachránit svou ženu při komplikovaném porodu, a proto provedl řez v oblasti břicha (Pařízek, Doležal, 2014). Tím zachránil matku i dítě, poté ránu zažil podle jeho zvyklostí z veterinářské praxe a ta se zhojila (Pařízek, Doležal, 2014).

Již v 17. století pojednává chirurg Schultes ve své knize o nástrojích využívaných k provedení císařského řezu a dále v 18. století se objevil obrázek v knize od Völtera, na němž byl tento výkon prováděn (Fiala, 2011). Pařízek a Doležal (2014) uvádějí, že tyto zákroky probíhaly u žen ve stavech kritických či doslova smrtelných. Děloha ani břišní stěna se nešily, ostatní stehy byly hnisavé, sekret se rozšiřoval do okolí s následným vznikem peritonitidy a vše často končilo smrtí rodiček (Pařízek, Doležal, 2014). V 17. století byl také proveden první pokus o císařský řez i v Čechách, který provedl chirurg Staub u ženy s protahovaným porodem, dítě i žena zemřely (Fiala, 2011).

Velký zlom nastal v 19. stoletím, kdy zásluhou lékařů Semmelweise a Listera byla zavedena antisepse a dále se začala prosazovat a provádět sutura děložní stěny či šití stěny ve dvou vrstvách, jež doporučil Säger (Hájek et al., 2014). Fiala (2011), Pařízek a Doležal (2014) uvádějí, že další velký krok přispívající k rozvoji tohoto výkonu, bylo využití narkózy. První bezbolestný řez byl proveden v roce

1847 pomocí éteru, který využil skotský porodník James Simpson (Pařízek a Doležal, 2014). Významné období pro císařský řez a medicínu bylo i 20. století, kdy nastal velký průlom spočívající v používání antibiotické léčby, zejména penicilinu a dále ve využití krevní transfuze (Moreira, 2011). Hájek et al. (2014) tvrdí, že císařský řez v místě dolního děložního segmentu byl prováděn už od počátku 20. století, kdy se postupně s vývojem medicíny měnily podmínky císařského řezu i vlastní technika této operace (Hájek et al., 2014).

1.2 Podmínky a indikace k císařskému řezu

Dle Hájka et al. (2014) se podmínky pro císařský řez během let změnil (viz. výše), dnes se tato operace dokonce provádí i v případě přítomných příznaků infekce, jež je pro tento výkon kontraindikovaná a tedy obnáší větší rizika. V současnosti se jako hlavní důvod pro tento výkon považuje pouze stav, kdy je ohroženo zdraví matky či plodu (Pařízek, 2015). Hájek et al. (2014) uvádějí, že v dnešní době je výhradně jediná podmínka, která omezuje provedení císařského řezu a to stav, kdy velká část plodu vstupuje a je fixována v oblasti pánve. Ovšem pokud dosáhneme na horní zadní okraj spony, můžeme řez ještě provést (Hájek et al., 2014). V průběhu porodu lékař indikuje císařský řez, pouze v první době porodní a to v momentě, kdy se plod nalézá ještě nad oblastí pánve (Pařízek, 2015).

Hájek et al. (2014) i Pařízek (2015) rozdělují císařský řez do dvou skupin: plánovaný neboli primární (elektivní), prováděný před nástupem kontrakcí stěny děložní a jehož indikace je dopředu známa a dále pak na císařský řez akutní neboli sekundární (neplánovaný), při kterém se indikace objeví během první doby porodní. Dnešních indikací je hned několik, jak ze strany matky, plodu nebo jich společných (Hájek et al., 2014).

Z mateřské indikace je dle Hájka et al. (2014) nejčastěji prováděn císařský řez pro fetopelvický a kefalopelvicový nepoměr, jež jsou mnohdy způsobeny deformacemi či změnami v oblasti pánve. Jedná se o stav, kdy dochází k nepoměru mezi hlavičkou plodu a rozměry pánevního východu rodičky, kterým plod nemůže projít (Hanáková, et al., 2015). Hájek et al. (2014) kladou důraz na diagnostiku tohoto problému za účelem měření pánevní roviny a velikosti plodu, která by měla probíhat v těhotenské poradně.

Další indikací může být například jizva na děloze (často po předchozím císařském řezu), která je dle Odenta (2016) tématem diskuzí, jelikož v tomto případě je mnohdy nejasné, jaký typ porodu má lékař zvolit. Hájek et al. (2014) píše, že záleží na pocitech těhotné ženy, zda ji jizva bolí a dále pak na hojení či tloušťce jizvy, aby nedošlo k ruptuře dělohy. Podle Pařízka (2015) žena nemusí striktně родit opět operační metodou, ale pouze tehdy, je-li dítě menší než 4000 g a jedná-li se o druhý porod po císařském řezu. Spontánní porod po císařském řezu by měl vždy probíhat v dobře vybavené porodnici, kde je spousta možností jak včas diagnostikovat a předcházet případným komplikacím a tak snížit mateřskou a perinatální úmrtnost (Goel et al., 2013).

Roztočil (2008) zmiňuje také nefyziologické procesy v oblasti malé pánve, jako jsou například myomy na děloze a ovariích, jež se dle Hájka et al. (2014) stávají včestnou překážkou pro vaginální porod a jsou příčinou zúžených porodních cest. Pooperační stavy těchto patologií mohou být další indikací pro ukončení porodu císařským řezem (Roztočil, 2008).

Hánáková et al. (2015) uvádějí jako další důvod k provedení císařského řezu nesprávné uložení placenty (placenta praevia), nacházející se v oblasti porodních cest, kterou můžeme diagnostikovat již v těhotenství pomocí ultrazvuku. Další indikací v souvislosti s placentou je dle Hájka et al. (2014) předčasné odlučování lůžka, jež se projevuje velmi silným zevním či retroplacentárním krvácením a dle Odenta (2016) matka pociťuje silné, náhlé a nepřerušitelné bolesti břicha. Hanáková et al. (2015) upozorňují na velké ohrožení života matky i plodu a dle Odenta (2016) se jedná o jednu z nejčastějších příčin intrauterinního úmrtí plodu. Důvody jsou mnohdy neznámé, může se jednat o traumata nebo další následek preeklampsie (Odent, 2016).

Jednou z indikací k provedení císařského řezu může být dle autorů Hájka et al. (2014), Hanákové et al. (2015) i Roztočila et al. (2008) dlouho odteklá plodová voda. Po nezdařených pokusech o vyvolání porodu, při známkách distresu plodu nebo klinické chorioamnitidy se ukončuje těhotenství v jakékoliv fázi pomocí císařského řezu (Měchurová, 2013).

Celková onemocnění ženy mohou zkomplikovat vaginální porod a tudíž se často stávají akutní nebo plánovanou indikací k císařskému řezu (Hájek et al., 2014).

Do této skupiny můžeme řadit různé akutní či chronické stavy, infekce a psychické onemocnění ženy (Roztočil, 2008). Hájek et al. (2014) zde uvádějí například zhoršující se preeklampsii nebo eklampsii, diabetes mellitus, cévní a oční onemocnění nebo stavy po transplantaci orgánů. Odent (2016) udává onemocnění jako je HIV či herpes genitális, kdy se prováděním císařského řezu snažíme co nejvíce snížit riziko přenosu infekce z matky na novorozence.

Indikace ze strany plodu mohou být například nepříznivé či patologické polohy plodu, které vedou k císařskému řezu (Roztočil, 2008). Hájek et al. (2014) řadí do této skupiny polohy plodu příčné či šikmé, dále polohy čelní a obličejové, které jsou též důvodem k plánovanému výkonu a při nepostupujícím porodu poloha temenní, při níž se musí přistoupit k akutnímu císařskému řezu. Roztočil (2008) zmiňuje vysoký přímý stav a asynklitizmy, které vznikají v případě, že se šípový šev dostane blíže k promontoriu či symfýze. U polohy plodu koncem pánevním rozhoduje o způsobu porodu zejména velikost plodu, která by se pro spontánní porod měla pohybovat mezi 2500 g až 3500 g, dále pak nezralost plodu či věk rodičky (Hanáková et al., 2015). Císařský řez se v České republice neprovádí na přání rodičky, ovšem při poloze plodu koncem pánevním dostává rodička na výběr, jakou cestou bude chtít родit. Dle Odenta (2016) v současné době nenalezneme mnoho lékařů, kteří by se nebáli vést porod koncem pánevním vaginální cestou, mnohdy je lepší provést porod císařským řezem, nežli vystavit matku i plod nebezpečí.

Roztočil (2008) uvádí jako další indikace spojenou s plodem prolaps pupečníku, výhřez pupečníku nebo velký plod, který můžeme často pozorovat například u onemocnění diabetem mellitem. Jako další z důvodů pro císařský řez je vícečetné těhotenství a to zejména v situaci, kdy žena očekává více jak dva plody (Hanáková et al., 2015). Hájek et al. (2014) i Pařízek (2015) se této problematice věnují důkladněji a uvádí více příkladů jako je jiná poloha dvojčete jiná než podélná hlavičkou, nezralé plody, intrauterinní růstová retardace, oligohydramnion, monoamniální monochoriální dvojčata, chronický twin to twin transfusion syndrom či antepartální odumření jednoho plodu.

Pařízek (2015) píše, že nejčastější indikací k akutnímu císařskému řezu je zejména hrozící hypoxie plodu, při které plod trpí nedostatkem kyslíku. Dle Hájka et al. (2014) se jedná o nejčastější důvod perinatální nemoci a úmrtnosti.

K diagnostice je možné využít kardiokardigraf, který nám pouze znázorňuje změny fetální hemodynamiky pomocí frekvenčních jevů, dále pak ultrazvuk s flowmetrií a nebo tyto dvě metody kombinujeme (Hájek et al., 2014). Po porodu hodnotíme míru hypoxie u novorozence podle Apgar skóre a následuje vyšetření pupečnickové krve, její pH a hladina laktátu (Roztočil, 2008).

1.3 Komplikace u císařského řezu

Pro rodičku je císařský řez mnohem náročnější nežli přirozený porod, což potvrzuje až šestkrát vyšší riziko komplikací, které mohou císařský řez doprovázet (Hájek et al., 2014). V některých situacích je vyžadován rychlý a odborný zásah lékařů a také bezprostřední rozhodnutí rodičky (Gregora, Velemínský, 2013). Právě tyto důvody často nedovolí řádnou předoperační přípravu matky a mohou vést k vážným komplikacím (Gregora, Velemínský, 2013).

Odent (2016) uvádí rapidní snížení komplikací po druhé světové válce, kdy se začal provádět císařský řez v oblasti dolního děložního segmentu a došlo k objevení novějších a bezpečnějších metod anestezie. K léčbě se přistupovalo pomocí antibiotik, nastala změna v materiálu kanyl a také byla podána první transfuzní terapie (Odent, 2016).

Podle Hájka et al. (2014), Janíčkové a Křivánkové (2011) je nejčastější komplikací krvácení, které může nastat jak během výkonu, tak i v období po operaci. Musíme si uvědomit, že ať už se jedná o krvácení ze samotného řezu, z hypotonické dělohy či z důvodu poruchy placentace, může vždy ohrozit život klientky a nesmíme ho nikdy přehlížet (Komár, 2011). Hájek et al. (2014) upozorňují na poruchy hemokouagulace, kdy například rozvoj diseminované intravaskulární koagulopatie je pro ženu život ohrožující stav a včasné účinné řešení problému s rychlou náhradou krevní ztráty je život zachraňující výkon. V 1 % případů se vnitřní krvácení do dutiny břišní musí řešit pomocí relaparotomie (Field, Haloob, 2016).

Mezi další komplikace ohrožující život matky patří embolie plodové vody či embolie vzduchová (Hájek et al., 2014). V pooperačním období se můžeme setkat s trombembolickou nemocí, které se v dnešní době může preventivně předcházet (Field, Haloob, 2016).

Do operačních rizik dále řadíme poškození ostatních orgánů, kdy může dojít k narušení reprodukčních orgánů, močového měchýře, močovodu, nebo střev (Janíčková, Křivánková, 2011). Dle zahraničních zdrojů k poranění močového měchýře při tomto zákroku dochází zcela mimořádně (Field, Haloob, 2016). Hájek et al. (2014) klade důraz na včasnou diagnostiku poranění močového ústrojí a na jeho následné ošetření.

Jako další operační riziko můžeme uvést anesteziologickou komplikaci, při které může dojít k laryngospazmu, k aktivnímu zvracení nebo k pasivní regurgitaci žaludečního obsahu, což následně vede k jeho aspiraci (Hájek et al., 2014). Všechny tyto komplikace jsou způsobeny změnami, které nastávají během těhotenství jako například vysoký stav bránice (Komár, 2011). Hájek et al. (2014) dále uvádějí Mendeleonův syndrom, jež vzniká u rodičky s bronchospasmem a u níž se následně rozvíjí akutní dechová nedostatečnost, která může vést až k prudké hypoxii plodu.

Ranou pooperační komplikací může být infekce, která se často nachází přímo v operační ráně, nebo šíří do okolních orgánů, do oblasti adnexů, peritonea nebo do malé pánve (Hájek et al., 2014). Field a Haloob (2016) uvádějí, že při plánovaném císařském řezu je riziko infekce mnohem nižší oproti akutnímu operačnímu výkonu.

Do pozdních následků operačního výkonu můžeme řadit například chronickou pánevní bolest způsobenou zejména pooperačními srůsty a také postpunkční cefaleu, která se vyskytuje při epidurální či spinální anestezii (Komár, 2011). Hájek et al. (2014) zmiňují jako pozdní komplikaci kýlu v jizvě, jež častěji vzniká po hojení rány per secundam, drenáži či opakované laparotomii.

V mnoha případech se jedná o stresovou vypjatou a náročnou situaci pro zdravotnický personál z důvodu akutního provedení císařského řezu a proto hrozí riziko poranění plodu (Komár, 2011).

1.4 Anestezie u císařského řezu

Anestezie neboli znecitlivění má za úkol vyřadit veškeré vnímání (smyslové i vnímání bolesti), což vede k tomu, že je operační zákrok pro klientku nebolestivý a co nejméně nepříjemný (Brázda, 2015). V dnešní době je možné zvolit celkovou či lokální anestezii nebo využít kombinaci těchto dvou typů (Málek a kol., 2016).

Výběr správné anestezie záleží na mnoha faktorech (Brázda, 2015). Porodník i anesteziolog musí ke každé rodičce přistupovat odlišně, zároveň musí myslet na časovou naléhavost operace a také na individuální preference ženy (Málek a kol., 2016). Dle Bláhy (2011) porodníci určují časovou naléhavost operace a anesteziologové stanovují typ anestezie, samozřejmě po dohodě se samotnou rodičkou, kdy se jí ve většině případů navrhuje dvě metody anestezie, a to celková či regionální. Málek a kol. (2016) upozorňují na polohování rodičky před zahájením operace. Žena měla ležet na levém boku z důvodu aortokavální komprese zvětšenou dělohou, která vede k rapidnímu snížení krevního tlaku klientky (Málek a kol., 2016).

1.4.1 Celková anestezie

Celková anestezie neboli narkóza je stav, kdy je člověk uveden do umělého spánku a dochází k vyřazení všech podnětů, které vedou do centrálního nervového systému (Málek a kol., 2016). Pařízek (2015) jako výhody celkové anestezie uvádí její rychlý a spolehlivý efekt, dále pak udržení krevního tlaku v normotenzii a lepší kontrolu dýchání během operačního výkonu. Tento způsob anestezie je zcela nezbytný v případech, že se objeví regionální blokáda a nelze tak využít metodu neuroaxiální anestezie a dále v případě časové tísně (Barash Paul, 2015).

Bláha (2011) tvrdí, že důležitým faktorem je také vliv anestezie na plod, kdy při celkové anestezii rozhoduje zejména gestační stáří plodu. Jestliže je novorozenec v termínu porodu, vliv celkové anestezie se neprojevuje na jeho zdravotním stavu, ovšem pokud se jedná o dítě předčasně narozené, může dojít k horší poporodní adaptaci (Bláha, 2011). Zatímco Barash Paul et al. (2015) uvádějí, že stav novorozence nezáleží na použití celkové anestezie a v žádném případě se neliší od využití anestezie regionální.

Pařízek (2015) popisuje další nevýhody celkové anestezie, do kterých řadí zvýšené riziko vdechnutí tekutiny ze žaludku, potíže s intubací. Dále nemožnost bezprostředního kontaktu matky a novorozence těsně po porodu, jelikož při této anestezii matka vždy spí a tak se první přikládání novorozence k prsu provádí až při plném vědomí klientky na stanici porodnické JIP (Pařízek, 2015).

Bláha (2011) uvádí jako indikace k celkové anestezii masivní krvácení a s tím spojené snížení objemu obíhající krve, psychiatrické onemocnění rodičky,

odmítnutí či selhání neuroaxiální anestezie nebo použití v případě těžkého distresu plodu, kdy se může jednat například o prolaps pupečníku.

1.4.2 Neuroaxiální (regionální) anestezie

Neuroaxiální (regionální) anestezie se řadí do skupiny lokálních anestezií, při které se anestetická látka podává cíleně k nervovým strukturám (Málek a kol., 2016). Metoda neuroaxiální anestezie stále roste nejen u nás, ale i po celém světě, zejména z důvodu častějšího využití epidurální analgezie při porodu, kdy je zaveden epidurální katétr, z něhož se pak stává rychlý a snadný přístup k epidurální anestezii (Bláha, 2011). Stejně tak jako Barash Paul et al. (2015) i Málek et al. (2016) rozdělují tuto metodu do tří skupin, na epidurální, subarachnoidální, nebo na kombinovanou spinálně-epidurální anestezii.

Při operačním výkonu je žena po celou dobu v bdělém stavu, obranné reflexy jsou tedy zachovány a tím se velmi snižuje riziko vdechnutí žaludečních šťáv a dále se vyhneme riziku obtížné intubace (Málek et al., 2016). Další výhodou této anestezie je dle Pařízka (2015) bezprostřední kontakt rodičky s novorozencem, tudíž se dítě může okamžitě přikládat k prsu a zejména z tohoto důvodu zájem rodiček o epidurální anestezii stále stoupá.

1.5 Techniky císařského řezu

Ačkoliv se řada technik císařského řezu v současné době již nevyužívá, Hájek et al. (2014) jich uvádějí hned několik a to například korporální (klasický) císařský řez, konzervativní metody nebo cervikokorporální císařský řez. Odent (2016) popisuje významnou změnu v technikách tohoto výkonu, ke které došlo hlavně po druhé světové válce, kdy se objevila nová technika v podobě řezu v dolním děložním segmentu a operace se stala bezpečnější.

Korporální (klasický) císařský řez (*sectio caesarea corporalis classica*) je veden od shora dolů, tedy od fundu děložního ke stydké kosti, kdy je v tomto směru rozříznuta kůže, fascie i myometrium (Odent, 2016). Tento řez se stává kontraindikací pro další těhotenství z důvodu velkého rizika ruptury dělohy v době gravidity nebo porodu a následně vznikající adheze v děloze (Hájek et al., 2014). Odent (2016) uvádí mnoho rizik spojených s touto technikou jako například silné krvácení, riziko infekce,

pravděpodobnost různých srůstů nebo špatné hojení operační rány. Tato metoda se dnes využívá pouze ve výjimečných případech, k těm patří adheze, mnohočetná myomatóza či jiné operace nebo úrazy v oblasti dolního děložního segmentu (Hájek et al., 2014).

Extraperitoneální císařský řez (sectio caesarea extraperitonealis) se v současnosti téměř nevyužívá (Roztočil). Dříve se používal pouze v případě, kdy lékaři chtěli zamezit přenosu infekce z dutiny děložní na peritoneum, tedy zabránit vzniku zánětu pobřišnice (Roztočil a kol., 2008).

Nejvyužívanější typ císařského řezu v současnosti je dle Hájka et al. (2014) supracervikální transperitoneální císařský řez (sectio caesarea supracervicalis transperitonealis sec. Geppert), jenž může začínat střední dolní laparotomií (nevyužívá se jako primární řez) nebo příčnou suprapubickou laparotomií (Pfannenstielův řez), která je v současné době nejčastější. Dle Odenta (2016) byl Pfannenstielův řez popsán již v roce 1900 jako příčný řez, který se provádí těsně nad ochlupením genitálií, ale začal se aplikovat až v 60. letech 20. století. Dnes ho Hájek et al. (2014) popisují jako řez, jež se provádí poloobloukovitě nad sponou a příčně prořezává kůži, podkoží i fascii, dále pak podélně břišní svaly a peritoneální dutinu. Dle Odenta (2016) je výhodou tohoto řezu jeho drobná jizva a císařský řez se tímto stává mnohem akceptovatelnější. Dle Gregory a Velemínského (2013) je v tomto případě možné při dalším těhotenství uvažovat o spontánním porodu, avšak závisí to na mnoha dalších okolnostech.

Hájek et al. (2014) uvádějí další možnosti řezů na dolním děložním segmentu jako například U-řez, jenž se provádí zejména u předčasných porodů, kdy ještě není tak rozvinut dolní děložní segment. Dále pak longitudinální řez v dolním děložním segmentu, s nímž se setkáváme při přerušení menších gravidit nebo spirální řez, který připisován českému porodníku V. Chmelík.

1.6 Role porodní asistentky v předoperační péči

Předoperační péče má za úkol snížit rizika peroperačních a pooperačních komplikací (Behinová, et al., 2012). Toto období vymezujeme od jasného rozhodnutí k operaci až po přijetí klientky na operační sál a můžeme ji rozdělit na dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední předoperační přípravu (Janíková, Zeleníková, 2013). Je třeba zmínit, že předoperační péče u císařského řezu akutního a plánovaného se liší

(viz. níže) (Hájek et al., 2014). Porodní asistentka má za cíl provést kompletní přípravu rodičky nebo těhotné ženy před plánovaným či neodkladným císařským řezem (Koudelková, 2008). Kompetence porodní asistentky se dle zákona 96/2004 Sb. týkají poskytování péče a rad těhotným ženám, klientkám při porodu a v šestinedělí, pod podmínkou, že je vše fyziologické, dále mohou vést fyziologické porody, pečovat o novorozence a o klientky na stanici gynekologie.

V dlouhodobé přípravě lékař seznámí klientku s operací, která musí podstoupit všechna standardní vyšetření jako například gynekologickou prohlídku, rentgen srdce, EKG či screeningové vyšetření krve (Janíková, Zeleníková, 2013). V krátkodobé přípravě porodní asistentka přijímá klientku na oddělení, zpravidla 24 hodin před výkonem, podá jí všechny potřebné informace o operaci, poučí ji o lačnění a připraví operační pole (Nováková, 2011). Dle Janíkové a Zeleníkové (2013) se bezprostřední příprava vykonává v období dvou hodin před operací, kdy porodní asistentka zajistí invazivní vstupy, zavede permanentní močový katétr, provede bandáž dolních končetin a podá premedikaci. Jelikož císařský řez může být proveden plánovaně či v akutní situaci dělí se podle toho i předoperační péče o klientku (Hájek et al., 2014).

1.6.1 Předoperační péče při plánovaném císařském řezu

Je-li dopředu známa indikace k provedení operace, jedná se o plánovaný výkon a těhotná žena podstupuje komplexní vyšetření (Hájek et al., 2014). Dle Hanákové (2015) do tohoto vyšetření patří také konečné zhodnocení indikací k výkonu a vyšetření porodnického nálezu. Porodní asistentka odebere krev a moč na základní laboratorní vyšetření jako je biochemické, hematologické, antikoagulační (Hájek et al., 2014). Žena přichází s výsledky od internisty, který ji vyšetří srdce pomocí EKG a zhodnotí celkový zdravotní stav, pokud vyšetření nebylo uskutečněno, zajistí ho porodní asistentka (Hájek et al., 2014). Pro provedení operace je důležité, aby klientka měla kompenzovaná celková onemocnění jako například anemii, diabetes mellitus, hypertenzi, preeklampsii, či lokální (např. poševní záněť) nebo celkovou infekci a to zejména respirační či močovou (Hanáková, 2015).

Porodní asistentka si musí uvědomovat, že nástup do porodnice je pro ženy často velmi stresující situací, kdy mohou mnohdy trpět takzvanou předoperační úzkostí a zdravotnický personál má za úkol být klientce velkou psychickou oporou (Slezáková,

2011). Zejména je důležité ženě srozumitelně vysvětlit všechny souvislosti týkající se operačního výkonu (Koudelková, 2008). Klientka musí mít také dostatek informací o nutnosti a indikaci k provedení císařského řezu (Koudelková, 2008). Jelikož je první dojem dle Takács (2016) velice důležitý a zůstává v psychice rodičky po celou dobu hospitalizace, měla by porodní asistentka při příjmu rodiče podat ruku, představit se a uvést její kompetence, dále ji seznámit s ošetrovatelskou jednotkou a jejím režimem. V této době porodní asistentka plní roli edukátorky, kdy by měla plně seznámit klientku s ošetrovatelskou péčí, jak předoperační tak i pooperační, kde se zejména věnuje problematice bolesti a jejího tlumení (Slezáková, 2011). Hájek et al. (2014) kladou důraz na prevenci tromboembolické nemoci, kdy porodní asistentka provede bandáž dolních končetin a také aplikuje nízkomolekulární heparin u rizikových skupin žen dle ordinace lékaře. Porodní asistentka ženu poučí o nutnosti lačnění od půlnoci a také o tom, že by neměla ani kouřit (Koudelková, 2008). Další součástí předoperační péče je příprava operačního pole, tedy oholení pubického ochlupení a dezinfekce pupku, poté zavede porodní asistentka permanentní močový katétr (Slezáková, 2011). V neposlední řadě porodní asistentka poučí ženu o odložení všech šperků, dále by si žena měla odlakovat nehty a odlíčit se (Odent, 2016).

Porodní asistentka má také za úkol aplikovat premedikaci, jež určuje anesteziolog, který se na celé přípravě podílí a po domluvě s klientkou určuje typ anestezie (Hájek et al., 2014). Pokud žena zvolila svodnou anestezii, musíme ženu poučit o průběhu a klientka podepisuje informovaný souhlas o provedení svodné anestezie (Koudelková, 2008).

Porodní asistentka ženu poučí, že po operaci bude převezena na dospávající pokoj nebo na stanici JIP dle zvyklosti nemocnice, kde stráví asi 24 hodin a poté bude převezena na pokoj šestinedělí. (Koudelková, 2008). Porodní asistentka ženu doprovází na operační sál, kde operační týmu oznámí ozvy plodu a poté vše zaznamená do dokumentace (Koudelková, 2008).

1.6.2 Předoperační péče při akutním císařském řezu

Dle Hájka et al. (2014) se mnohdy může stát, že se lékař rozhodne neodkladně ukončit těhotenství či porod z důvodu akutní indikace k císařskému řezu a v tomto případě se provádí bezprostředně před výkonem pouze nezbytná opatření. Pro ženu je tato chvíle velmi náročnou životní situací, každá klientka tuto situaci vnímá jinak, některé pociťují bezmocnost, zklamání a také obavy a pro jiné to může znamenat úlevu, neboť se strachovaly o své dítě a císařský řez se jim zdá jako nejlepší volba pro záchranu novorozence (Takács, 2016). Klientka vnímá porodní asistentku jako osobu, jež by jí měla být oporou a často ji plně důvěřuje, proto je důležité, aby i v těchto chvílích nezapomínaly na komunikaci s rodičkou a podporovaly ji (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011).

Předoperační péče je dle Hájka et al. (2014) v tomto případě pozměněna, jelikož základní interní vyšetření si zabezpečuje anesteziolog, porodní asistentka má za úkol zajistit nitrožilní vstupy, odebrat vzorky krve (statim) na nejpodstatnější vyšetření jako je krevní obraz či krevní srážlivost, v některých případech zajišťuje akutní tokolýzu k utlumení kontrakcí a dále objednává krve, pokud žena krvácí. Dále porodní asistentka provede správným aseptickým způsobem permanentní katetrizaci močového měchýře, oholí operační pole a plní ordinace lékařů, například podávání antibiotik (Slezáková, 2011). Zajistí, aby si žena sundala všechny šperky, brýle či kontaktní čočky a obleče ji do čisté nemocniční košile (Koudelková, 2008).

Tato situace není náročná jen pro rodičky, ale i pro zdravotnický personál a to zejména pro lékaře, kteří jsou často pod velkým stresem, jelikož si uvědomují všechna rizika, proto je důležitá dobrá organizace a zkušený tým zdravotníků (Hájek et al., 2014).

1.7 Role porodní asistentky v pooperační péči o ženu po císařském řezu

Cíle pooperační péče spočívají zejména v tlumení bolesti, prevenci tombembolické nemoci, předcházení infekci v ráně, v péči o vyprazdňování, v péči o stravování v souvislosti s dietními opatřeními a také v péči o psychiku klientky (Podroužková, Mukšnáblová, 2014). Ošetrovatelská péče o ženu po císařském řezu probíhá nejprve na stanici JIP či dospávajícím pokoji, dle zvyklosti oddělení a později na stanici šestinedělí (Koudelková, 2013). Klientky po porodu císařským řezem pociťují

mnohem více bolesti, nežli po samovolném porodu a také se jim prodlužuje nejméně o dva dny pobyt v nemocnici (Pařízek, 2015). Nesmíme zapomínat ani na podání informací ženě o ošetrovatelské péči a lékař dále sděluje informace o jejím zdravotním stavu a o zdravotním stavu novorozence (Takács, 2016).

Porodní asistentka bezprostředně po operaci přebírá klientku od anesteziologa do pooperační péče na oddělení JIP, kde ženu umístí do mírně zvýšené polohy a pokračuje v monitorování základních životních funkcí pomocí svodů EKG, které přilepí na umístěné elektrody, dále pomocí saturačního čidla, jež upevní na prst levé horní končetiny pacientky a na pravou horní končetinu upevní manžetu na měření krevního tlaku (Koudelková, 2013). Dle Hájka et al. (2014) je dále důležité sledování stavu vědomí, krvácení a příjem a výdej tekutin. Porodní asistentka tedy vymění vložky a zároveň kontroluje krvácení z rodidel, sleduje zavedený močový permanentní katétr a množství odváděné moče ve sběrném sáčku (Koudelková, 2013). Ženy po císařském řezu mohou mít mnohdy zaveden také Redonův drén, tedy podtlakovou drenáž, kdy je důležité sledovat místo zavedení, množství a charakter tekutiny ve sběrné nádobě, dále pečovat o ránu a zajišťovat její převaz, jelikož se drén odstraňuje asi 1 - 2 dny po operaci (Podroužková, Muknšnáblova, 2014). Dále pak porodní asistentka provede odběr krve na vyšetření krevního obrazu a hemokoagulce dle ordinace lékaře (Koudelková, 2013).

Dle Hájka et al. (2014) je zásadní zmírňovat bolesti po takové náročné operaci, Koudelková (2013) zmiňuje nejprve nefarmakologické tlumení a to přiložení chladícího obkladu na místo rány, který má za úkol tišit bolest a zároveň tlumit nepříjemný palčivý pocit v místě operační rány, dále pak porodní asistentka aplikuje léky proti bolesti dle ordinace lékaře a to nejčastěji opiáty. Mezi další ordinované léky patří antibiotika, jež se podávají zejména u žen se zvýšeným rizikem infekce nebo antikoagulancia (Clexane, Fraxiparine) jako prevence trombotické nemoci (Podroužková, Muknšnáblova, 2014). Dle Hájka et al. (2014) se také podává parenterální výživa, infuzními roztoky jako náhrada tekutin a při potřebě se podává transfuze krve.

Po celou dobu má porodní asistentka za úkol intenzivně monitorovat celkový stav ženy, vědomí, odeznívání anestezie, krvácení, otoky, zavinování dělohy, účinky léků, bolesti a diurézu za 24 hodin (Koudelková, 2013).

Po celý pobyt na stanici JIP má žena ordinovanou dietu, nultý den po operaci dostává pouze čaj, poté tekutou stravu, kašovitou stravu a třetí den po operaci již racionální, tekutiny smí požívat již po dvou hodinách po výkonu, ale pouze v malých dávkách (Hájek et al., 2014).

Důležitá je brzká mobilizace a rehabilitace klientky z důvodu prevence tromboembolické nemoci a proto je žena mobilizována již první pooperační den (Podroužková, Muknšnáblová, 2014). V tomto okamžiku má porodní asistentka za úkol poučit ženu o správném vstávání a ulehání do lůžka, neboť má žena uvolněnou stěnu břišní a pociťuje velkou bolestivost rány, žena tedy musí ulehat a vstávat přes bok (Koudelková, 2013). Poté ji porodní asistentka vypomůže postavit se na nohy a doprovodí ji do sprchy, kde ji poučí o správné hygieně, žena si omyje rodidla vlažnou vodou, nejlépe nedráždivým intimním gelem a osuší se ručníkem (Koudelková, 2013). Je potřeba, aby byly klientky poučené o to, že si s sebou do porodnice mají přinést nejméně dva ručníky, jeden je na osušení rodidel, druhý na osušení dalších částí těla, jelikož hygienu budou provádět mnohem častěji a důkladněji (Koudelková, 2013).

Podroužková a Muknšnáblová (2014) upozorňují na význam psychické rehabilitace, jenž má za úkol snížit poporodní depresi, která se projevuje častým střídáním nálad, plačtivostí či podrážděností a objevuje se zpravidla 3. - 6. den po porodu, rehabilitace dále také přispívá k časné adaptaci s novorozencem a zvyšuje sebedůvěru ženy.

Nesmíme opomenout ani na brzký kontakt matky s novorozencem, který je velice důležitý pro psychickou pohodu ženy i pro novorozence a provádí se dle zvyklosti oddělení (Hájek et al., 2014).

Před operačním výkonem se rodičkám zavádí permanentní močový katétr, jenž jim zůstává až 24 hodin po operaci, poté ho porodní asistentka odstraní a dále poučí ženu o nutnosti vymočení se do 6 hodin po odebrání katétru, pokud by se tak nestalo, pak musíme ženu opět jednorázově vycévkovat a reziduum moči zaznamenat do dokumentace (Podroužková, Muknšnáblová, 2014). Dle Koudelkové (2013) musí porodní asistentka také sledovat vyprazdňování stolice a plynů, jelikož ženy pociťují kolem 2. dne po operaci časté potíže se střevní peristaltikou, napomoci jim mohou různé léky jako např. Espumisan a také dostatek pohybu.

Operační rána je nejprve sterilně krytá, po sejmutí sterilního krytí, ke kterému dochází dle zvyklosti oddělení nejčastěji 3. den po výkonu, ránu ošetřujeme pomocí dezinfekčního postřiku (Podroužková, Muknšnáblova, 2014). Po odlepení sterilního krytí, porodní asistentka edukuje klientku o péči o operační ránu, kdy je zejména důležité ji sprchovat, sušit a větrat (Koudelková, 2013). Porodní asistentka má za úkol po celou dobu pobytu ženy v nemocnici sledovat místo operační rány, jeho barvu, popřípadě sekret či jinou komplikaci hojení (Slezáková, 2011). Rána je ve většině případů sešita jedním pokračovacím stehem, který se nejčastěji odstraňuje (pokud nejsou komplikace s hojením rány) 7. - 8. den po operačním výkonu, dle zvyklosti nemocnice (Pařízek, 2015).

Po stabilizaci zdravotního stavu ženy a navrácení její soběstačnosti je klientka přeložena ze stanice JIP na stanici šestinedělí, kde porodní asistentka pokračuje s ošetrovatelskou péčí (Koudelková, 2013).

1.8 Role porodní asistentky v péči o ženu po císařském řezu v průběhu šestinedělí

Jelikož je žena v těhotenství a při porodu vystavena mnoha změnám, nastává po porodu období, které je právě vyhrazeno pro adaptaci organismu a hojení ran, k nimž došlo při porodu (Hájek et al., 2014). Toto období nazýváme šestinedelím neboli puerperiem, jež trvá od porodu placenty do 42. dne (šest týdnů) po porodu (Hanáková, 2015). Toto období je také důležité pro rozvoj laktace a dochází k anatomickým i funkčním změnám v organismu matky (Hájek et al., 2014). Gregora a Velemínský (2011) ve své knize poukazují rovněž na tvoření pouta mezi matkou a novorozencem, které se tvoří právě v tomto období a může k němu velmi přispět kojení. Puerperium lze rozdělit na časně (rané), jenž trvá prvních 7 dní po porodu a pozdní, které je od 8. dne až do 42. dne po porodu (Hájek et al., 2014).

Největší fyziologické změny v období šestinedělí nastávají na pohlavním ústrojí, zejména na děloze, která se začíná postupně zavínovat a zmenšovat, což se může projevit často bolestí břicha a to především při kojení (Hanáková, 2015). Po porodu placenty zůstává v děložní dutině souvislá poraněná plocha, kde se brzy začínají tvořit ochranné hojivé procesy, které se na venek projevují odchodem očištěk neboli lochií (Gregora, Velemínský, 2015). Ty během šestinedělí mění svůj charakter i množství, nejprve se projevují jako krvavé, poté jsou světlejší a po třech týdnech jsou šedobílé

a hlenovité (Hájek et al., 2014). Změny můžeme také pozorovat na psychice ženy, kdy je šestinedělka často plačtivá či neklidná, tento stav se nazývá poporodní blues a je zcela přirozeným odrazem na prožitý stres a seznamování se s novou rolí matky, zde je velice důležitá podpora celé rodiny a i porodní asistentky, která ženu musí povzbudit v péči o své dítě (Gregora, Velemínský, 2015).

Žena po porodu císařským řezem je nejprve uložena na stanici JIP (viz. výše) a po stabilizaci stavu se přesouvá na stanici šestinedělí, které v nynější době funguje v systému rooming-in (Gregora, Velemínský 2011). Tento systém se snaží umožnit nepřetržitý kontakt mezi matkou a novorozencem za podmínky, že je matka schopna se postarat o novorozence, který je zcela zdravý (Hájek et al., 2014). Pro ženy po císařském řezu je tato celodenní péče o dítě velmi náročná a tak je tu vždy možné domluvit se sestrami z dětského oddělení na pomoci v péči o novorozence (Gregora, Velemínský, 2013).

Porodní asistentka by si měla uvědomovat, že v tomto období je pro ženu velice důležitá podpora, musíme v ní vzbudit pocit důvěry v péči o své dítě, je také velmi podstatné, aby byla žena informována o správné životosprávě a o významu kojení, jelikož se dostává do nové role matky (Bašková, 2015). Porodní asistentka by měla ženu nejprve poučit o nácvičku vstávání či ulehání přes bok do lůžka, jelikož z důvodu operační rány je toto pro ženy mnohdy často obtížné (Koudelková, 2013). Dále by ženu měla edukovat o důležitosti správné hygieny, měla by ženě doporučit spíše sprchování nežli koupel a to nejlépe po každém kojení, jelikož v odcházejících očištěcích se často mohou tvořit bakterie, jež by mohly šestinedělí zkomplikovat (Gregora, Velemínský, 2013). Zejména po císařském řezu může u žen dojít k poruchám vyprazdňování stolice či odchodů plynů, v tomto případě musí porodní asistentka poučit ženu o důležitosti pohybu a o technikách pomáhajících k vyprázdnění, popřípadě ženě podat čípky či zavést rektální rourku (Bašková, 2015). Dále porodní asistentka pokračuje s ošetrovatelskou péčí, kdy má za úkol monitorovat celkový stav klientky, vyprazdňování, operační ránu, bolesti, odchod očištěků, zavinování dělohy, dále podává léky a provádí odběry biologického materiálu dle ordinace lékaře, ženě odpovídá na její dotazy a je jí neustálou oporou (Koudelková, 2013).

Propuštění z nemocnice po císařském řezu je zpravidla nejdříve 5. den po porodu (dle zvyklosti nemocnice) a to za podmínek, že je žena bez jakýchkoliv komplikací

(Gregora, Velemínský, 2013). Při propuštění by porodní asistentka měla ženu poučit o životosprávě při kojení, o hygienické péči, měla by ženě poradit, kam se obrátit v případě komplikací jako jsou například, bolestivá zarudlá prsa či bolesti v podbřišku doprovázené febrilií a dále by ženu měla informovat o abstinenci pohlavního styku v průběhu šestinedělí (Hanáková, 2015).

I pro propuštění do domácí péče, by žena měla dodržovat zásady šestinedělí, dbát o hygienu a vyprazdňování, neprochladnout, dodržovat vhodnou životosprávu s dostatečným příjmem vhodných tekutin, a pokud bude mít zájem, může se také věnovat lehké poporodní gymnastice, která napomáhá zpevnit břišní svalstvo či svaly pánevního dna, také je přínosná při zavínování dělohy a slouží jako prevence trombolické nemoci (Gregora, Velemínský, 2013). Po skončení šestinedělí je pro ženu již možný pohlavní styk, který pro ni ze začátku může být bolestivý, ale trpělivým způsobem a dostatkem času lze tento problém vyřešit (Gregora, Velemínský, 2011).

1.8.1 Kojení po císařském řezu

Období šestinedělí je plné změn v organismu a to platí i pro mléčnou žlázu a tvorbu mléka, jelikož před porodem se začíná tvořit kolostrum, které se během tří dnů po přirozeném porodu mění na mateřské mléko (Gregora, Velemínský, 2013). Neboť císařský řez není přirozeným porodem, tvorba laktace je opožděna asi o jeden den (Koudelková, 2013). Dle Gregory a Velemínského (2013) má kojení zásadní význam pro vytvoření pouta mezi matkou a novorozencem. Jak uvádí Hanákové (2015) je to naprosto jedinečný proces, jenž přináší velké výhody pro matku i pro dítě.

Pro tvorbu mateřského mléka je velice důležitý první kontakt s novorozencem ihned po narození, kdy je žena po spontánním porodu stále na porodním sále a první přiložení k prsu by mělo nastat nejlépe do dvou hodin (Hanáková, 2015). První přiložení k prsu v tomto časovém období od provedení císařského řezu v celkové anestezii je nemožné a matka novorozence mnohdy poprvé vidí až na pokoji stanice JIP, kde je po operaci uložena (Hanáková, 2015). Pokud žena využila spinální anestezii, je při vědomí a novorozenec je zdravý, může dětská sestra okamžitě provést bonding (novorozenec je rodičce přiložen na hrud', kůži na kůži), který je velice důležitý pro vytvoření vzájemného vztahu matky a dítěte a také pro vyplavení oxytocinu,

jenž velice napomáhá tvorbě laktace (Jirásková, 2012). Prvních 48 hodin po porodu (po císařském řezu se doba prodlužuje) je zásadních pro tvorbu mleziva pro novorozence velice důležitého, jelikož je dobře stravitelné a obsahuje mnoho bílkovin, vitamínů a ochranných látek (Koudelková, 2013). Poté se začíná tvořit samotné mateřské mléko a to dle potřeb dítěte s ideálním obsahem cukrů, tuků, bílkovin a zejména také imunitních protilátek (Hanáková, 2015).

Je důležité, aby porodní asistentka poučila ženu o správné péči o prsa, jejíž nedílnou součástí je pečlivá hygiena, kdy si žena prsy omývá teplou vodou a poté je důkladně osuší (Koudelková, 2013). Pokud jsou bradavky popraskané, je vhodné jejich ošetření krémem či přímo mateřským mlékem, které má hojivé účinky (Koudelková, 2013). Porodní asistentka by ženu měla také obeznámit s výhodami kojení pro dítě (chrání před průjmami, působí proti infekcím, snižuje riziko alergie, astmatu, či diabetu mellitu), ale i pro matku (rychlejší zavinování dělohy, menší krevní ztráty, ochrana před rakovinou prsu, podporuje citovou vazbu mezi matkou a dítětem, je ekonomicky výhodné), jelikož tyto klady častou mohou vést k rozhodnutí ženy své dítě kojít (Hanáková, 2015). V některých nemocnicích porodní asistentky pečují o kojící ženu podle postupů Baby friendly hospital (Nemocnice přátelská k dětem) a dle „Deset kroků k úspěšnému kojení“ (Koudelková, 2013). Po císařském řezu je novorozenec nejprve uložen na stanici fyziologických novorozenců a dětské sestry nebo porodní asistentky ho pravidelně nosí matce přikládat k prsu, čímž mohou napomáhat k tvorbě mateřského mléka (Jirásková, 2012).

Správnou techniku kojení by se žena měla naučit již v porodnici, kdy porodní asistentka či dětská sestra má za úkol ženu poučit o technikách kojení a najít tu správnou, která bude vyhovovat matce i dítěti (Gregora, Velemínský, 2013). Dle Jiráskové (2012) ženy po císařském řezu kojí často například v polosedě s podloženými koleny nebo na boku z důvodu nenapínání jizvy, jež by se měla překrývat polštářem, aby při kojení nedošlo k jejímu poranění. Porodní asistentka či dětská sestra si musí uvědomit, že žena po císařském řezu potřebuje více péče a pomoci při kojení od zdravotnického personálu, než žena po spontánním porodu (Jirásková, 2012).

1.9 Péče o jizvu po císařském řezu

Po bezmála každém chirurgickém výkonu, tedy i po císařském řezu, vzniká pooperační jizva a musíme jí věnovat patřičnou péči pro její správné zhojení (Dytr, 2012). Dle Neubergerové (2011) o vzhledu jizvy rozhoduje prvních pár měsíců po operaci a záleží zejména na správné péči o ní, ale i na místě jejího vzniku či genetických predispozicích. Musíme si uvědomit, že se nejedná pouze o kožní jizvu, nýbrž i o jizvu na vnitřním orgánu, v tomto případě na děloze (Dytr, 2012).

Dle Neubergerové (2011) je významné správné zhojení rány. Důležitými faktory pro správné hojení rány je věk klientky a její různá onemocnění jako například diabetes mellitus (Dytr, 2012). Podstatné pro zhojení per primam je udržovat operační ránu v čistotě a chránit ji před infekcemi (Mlčoch, 2012).

Při správném hojení se jizva nejprve jeví jako nápadná, růžovočervená a až po několika měsících dozrává, oplošťuje se a přechází v bělavou barvu (Mlčoch, 2012).

Podle Neubergerové (2012) můžeme vzhled jizvy ovlivnit v době, kdy je tzv. čerstvá, což je v období prvních 6-18 měsíců po operačním výkonu, avšak Dytr (2012) uvádí, že vzhled jizvy záleží již na samotném řezu. Jizvu můžeme začít lehce masírovat pomocí lehkých stisků v oblasti jizvy, ale i v místě, kde jizva přechází do okolí. Tato tlaková masáž má za úkol lépe prokrvit oblast jizvy a tak zlepšit její regeneraci (Neubergerové, 2011). Měla by se provádět asi 20x denně pomocí tlakem prstu na jizvu, který vyvíjíme dokud jizva nezbledne a poté vyčkáme, než se jizva opět začervení a opakovaně vyvíjíme tlak (Plasticare s.r.o., 2013). Jizvu můžeme promazávat mastnými krémy či nesoleným vepřovým sádlem (Mlčoch, 2012). Dále můžeme využít silikon v různých formách například plátků, gelu či krému (Smičková, 2011).

Mnohdy může dojít ke špatnému zhojení rány a vznikne tak například keloidní jizva, která vystupuje nad okolní povrch, je tlustá a zbytnělá, často svědí a má červenou až fialovou barvu (Dytr, 2012). Tento typ je charakterizován nadměrným množstvím vaziva a často způsobuje funkční potíže či jiné komplikace (Smičková, 2011). Dále pak může vzniknout jizva hypotrofická, která se vtahuje a vytváří důlek, nebo naopak jizva hypertrofická, jež vystupuje nad okolní tkáň (Dytr, 2012).

1.10 Novorozenec po císařském řezu

Novorozenecké období je doba mnoha změn, vyznačuje se od porodu do 28. dne života novorozence, jenž je vystaven novým životním podmínkám (Klíma et al., 2016). Do porodu je plod součástí mateřského organismu, je v klidném prostředí se stálou teplotou, je vyživován a chráněn pomocí matky (Vágnerová, 2012). Po porodu nastává zásadní zvrat, kdy je novorozenec vystaven zcela novým podmínkám, musí sám dýchat, udržovat tělesnou teplotu a sám přijímat stravu (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011). Hlavním úkolem tohoto období je správná adaptace neboli přizpůsobení novorozence na nové prostředí, která je klíčová zejména v prvních minutách po porodu (Klíma et al., 2016).

Jak se zmiňuje ve svém článku Gregora (2013), zatímco pro matku je to velká a zatěžující operace, pro mnoho novorozenců je císařský řez lehkým a šetrným krokem k začátku života a to platí především pro novorozence nezralé, hypotrofičké, hypertrofičké či novorozence s abnormální polohou, kteří by obtížně a s velkými riziky prošli či vůbec neprošli porodními cestami. I po tomto zákroku mohou nastat pro novorozence komplikace, mezi které řadíme zhoršenou adaptabilitu nebo novorozeneckou tachypnoe (Píhová, Kočí, 2016).

Často diskutovaným problémem je, že plod při císařském řezu není zcela připraven na porod a jelikož se novorozenec rodí do sterilního prostředí, přichází tak o přirozenou kolonizaci sliznic z poševní flory matky a to dle studií může mít vliv na budoucnost novorozence zejména v oblasti imunitního vývoje (Gregora, 2013). Podle nejnovějších výzkumů se lékaři snaží nahradit těmto novorozencům přirozený kontakt s bakteriemi matky tím, že je natírají gázou s předem odebraným vaginálním sekretem matky (Mihulka, 2016). Gázový tampón byl vložen do pochvy matek hodinu před provedením císařského řezu a tímto tampónem byl novorozenec do dvou minut otřen nejprve v okolí obličeje a úst a dále po celém těle (Petr, 2016). Výsledky prokázaly, že tyto děti měly velmi podobné složení mikrobů, jako novorozenci po spontánním porodu (Petr, 2016). Tato ze začátku pro mnoho žen děsivá představa se nyní velmi rozmohla v zámoří a vědci tvrdí, že je to pro novorozence a jeho imunitu nejlepší vklad do života (Dvořáková, 2016). Ovšem mnoho odborníků zdůrazňuje, že je velmi potřebné provést další a obsáhlejší výzkumy, aby tuto teorii mohli potvrdit (Petr, 2016)

Dále je dle epidemiologických studií, které zkoumají souvislost mezi vznikem alergií a porodem císařským řezem, prokázáno vyšší riziko vzniku rozvoje alergické rhinitis a astmatu u jedinců, jež přišli na svět pomocí této operace (Gregora, 2013). Dle Odenta (2016) se toto riziko ještě více zvyšuje u dětí, které se narodily císařským řezem a ten nebyl proveden během rozběhlého přirozeného porodu. Gregora (2013) upozorňuje, že je zde ale velmi důležitá genetická predispozice, kdy u rodičů trpící alergií je samozřejmě mnohem vyšší riziko vzniku alergie i u novorozence. Touto problematikou se zabývá například studie, která probíhala v Nemocnici Henryho Forda a jejíž výsledky byly předneseny na výroční konferenci American Academy of Allergy, kde vědci podle nejnovějších poznatků oznámili, že je až pětkrát vyšší riziko vzniku alergií u dětí po císařském řezu (Han, 2013). Jelikož na lidskou imunitu má zásadní vliv právě prostředí porodních cest, děti narozeny císařským řezem mají v trávicím traktu jiné mikroorganismy, jež jsou náchylnější pro tvorbu imunoglobuliny E, který je klíčový pro vznik alergií a potíže s dýcháním (Han, 2013). V současné době je velice těžké hodnotit, které faktory jsou kauzální, poněvadž nárůst alergií se objevuje v celé populaci a to i u dětí, jež přišly na svět přirozenou cestou (Píhová, Kočí, 2016).

Vědci z harvardské T.H. Chan School of Public Health po šestnáctiletém výzkumu prokázali souvislost mezi porodem císařským řezem a vznikem obezity u dětí, podle nichž je riziko až o 15 % vyšší než u dětí narozených přirozenou cestou (Changzheng et al., 2016). Největší rozdíl experti vidí u sourozenců narozených rozdílnou cestou, kdy dítě po císařském řezu má až o 64 % větší náchylnost k obezitě než jeho sourozenec, jenž se narodil cestou přirozenou (Changzheng et. al., 2016).

Podle Stanislava Grofa, který se zabývá zejména porodními traumaty a psychickým vývojem dítěte, je zřejmá změna chování u dětí rozených přirozenou cestou a císařským řezem (Parlamentní listy, 2013). Jelikož děti při císařském řezu měly svůj příchod na svět ulehčen a nemusely o něj bojovat, jsou v budoucím životě pasivnější a mají problémy se socializací či komunikací (Parlamentní listy, 2013). Podle dalších výzkumů dospělí jedinci narození císařským řezem prožívají hůře situace, kdy jsou osamoceni a opuštěni (Postránecká, 2015). Jane Englishová tvrdí, že tito lidé jsou často velmi laxní a neřeší potíže, jelikož vždy očekávají, že jim bude pomoci jako při porodu (Cihlářová, 2014). Česká psycholožka Pavla Koucká toto tvrzení spíše vyvrací a upozorňuje na nedostatek provedených odborných studií (Cihlářová, 2014).

Vědci popsali další řadu problémů vyskytujících se u jedince narozeného císařským řezem a to například nižší obranyschopnost, častější zápal plic, vyšší sklon k depresím či větší riziko infarktů nebo mozkových příhod (Česká televize, 2016).

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Zjistit názory žen na císařský řez v rozmezí od 1 roku až do 5 let po zákroku.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jak ženy rozuměly indikaci k císařskému řezu?
2. Jak byly ženy spokojeny s péčí porodní asistentky po zákroku?
3. Jakým způsobem byl ženám umožněn kontakt s novorozencem?
4. Jakým způsobem život žen ovlivnil porod císařským řezem?

2.3 Operacionalizace pojmů

V této podkapitole budou definovány základní použité pojmy pro upřesnění cílů a výzkumných otázek.

Císařský řez je nejčastější porodnická operace, při níž je plod vybaven z děložní dutiny chirurgickou cestou přes stěnu břišní (Hájek et al., 2014)

Retrospektivní pohled je pohled zpět či do minulosti. V této bakalářské práci je určeno rozmezí jeden rok až pět let od doby porodu.

Indikace neboli platný důvod k provedení císařského řezu můžeme rozdělit do třech skupin (Hájek et al., 2014). Důvody mohou pocházet ze strany matky, plodu či jimi společných (Hájek et al., 2014).

Porodní asistentka je vysokoškolsky vzdělaná osoba, která dle zákona 96/2004 Sb. může poskytovat péči a rady těhotným ženám, klientkám při porodu a v šestinedělí pod podmínkou, že je vše fyziologické a dále může vést fyziologické porody, pečovat o novorozence a o klientky na stanici gynekologie.

Novorozenecké období se vyznačuje od porodu do 28. dne života novorozence (Klíma et al., 2016).

3 Metodika

3.1 Použité metody a techniky

Výzkumná část byla vypracována pomocí kvalitativního výzkumného šetření. Ke sběru dat byl využit polostrukturovaný rozhovor (viz. Příloha 2) s ženami, které byly 1 rok až 5 let po porodu. Toto kritérium bylo stanoveno před zahájením výzkumného šetření a nakonec proběhly rozhovory s ženami, které byly jeden rok až dva a půl roku po porodu.

Rozhovory byly prováděny v domácím prostředí po předchozí domluvě a se souhlasem respondentek. Před zahájením rozhovoru byly ženy seznámeny s názvem bakalářské práce a byly ubezpečeny o využití dat pouze za účelem bakalářské práce a to vše za podmínek anonymity. Výzkum probíhal v průběhu měsíce března 2017 a každý rozhovor trval asi 30 minut. Všechny respondentky podstupovaly rozhovory dobrovolně a podepisovaly informované souhlasy (viz. Příloha 1), které jsou k dispozici u autorky.

Výzkum byl prováděn u žen, které byly jeden rok až dva a půl roku po porodu. Výzkumný soubor tvořilo celkem sedm žen a jelikož se jejich odpovědi shodovaly, došlo k nasycenosti vzorku a nebylo potřeba dalších šetření (Dismann, 2011). Pro zachování anonymity byly jednotlivé respondentky očíslovány a je na ně odkazováno v textu např. R1 (respondentka s číslem 1). Pořadí respondentek bylo vybráno náhodně.

Rozhovor byl složen celkem z 15 otevřených otázek, popřípadě byly položeny doplňující otázky. Při setkání byly rozhovory nahrávány na mobilní telefon a poté doslovně přepsány do písemné podoby. Rozhovor byl zpracován pomocí analýzy metodou kódování v ruce, tedy papír a tužka (Švaříček, Šedřová, 2010). Jednotlivé odpovědi respondentek byly označeny konkrétními kódy a ty byly poté přiřazeny ke kategoriím.

Jednotlivé kategorie a podkategorie jsou pro lepší orientaci zpracovány do přehledného schématu. Při popisu výsledku byly využity přímé odpovědi žen z rozhovorů a pro lepší přehlednost jsou v textu vyznačeny kurzívou.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor se skládal ze sedmi žen, které byly 1 rok až dva a půl roku po porodu (viz tabulka 1). Tyto oslovené ženy dobrovolně souhlasily s účastí ve výzkumu a podepsaly informovaný souhlas. Výzkum byl prováděn v průběhu měsíce března 2017 se ženami v jejich domácím prostředí. Respondentky pocházely z okresu Tábor. Ženy mají různé vzdělání od středoškolského až po vysokoškolské a jejich věk se pohybuje v rozmezí 23 - 41 let. Pět žen pocházelo z města a dvě ženy z vesnice. Všechny respondentky podstoupily akutní císařský řez a rodily poprvé. Císařské řezy byly u respondentek provedeny z různých indikací.

4 Výsledky výzkumu

4.1 Identifikační údaje respondentek

Tabulka 1 – Identifikační údaje respondentek

Respondentka	Věk	Vzdělání	SC Akutní /Plánovaný	Bydliště	Doba od porodu (měsíce)	Indikace k SC
R1	30	VŠ	Akutní	Vesnice	15	PROM (37.týden) PPKP
R2	37	VŠ	Akutní	Město	15	PROM (36.týden) PPKP
R3	30	SŠ	Akutní	Město	14	Hrozící hypoxie plodu
R4	41	SŠ	Akutní	Město	14	Nepostupující porod
R5	34	VŠ	Akutní	Město	14	Hrozící hypoxie plodu
R6	23	SŠ	Akutní	Město	30	Hrozící hypoxie plodu
R7	29	VŠ	Akutní	Vesnice	16	Nepostupující porod

Respondentce 1 je 30 let a pochází z vesnice. Má vysokoškolské vzdělání. Při prvním porodu, před 15 měsíci, podstoupila akutní císařský řez z důvodu předčasného odtoku plodové vody ve 37. týdnu s polohou plodu koncem pánevním.

Respondentce 2 je 37 let. Pro těhotenství se rozhodla v pozdějším věku, jelikož před tím dala přednost studiu a kariéře. Respondentka žije ve městě a má vysokoškolské vzdělání. Před 15 měsíci podstoupila akutní císařský řez z důvodu předčasného odtoku plodové vody ve 36. týdnu s polohou plodu koncem pánevním.

Respondentce 3 je 30 let a pochází z města. Má středoškolské vzdělání. Při jejím prvním porodu před 14 měsíci podstoupila akutní císařský řez z důvodu hrozící hypoxie plodu.

Respondentce 4 je 41 let a žije ve městě. Má středoškolské vzdělání. Pro dítě se rozhodli s přítelem až v pozdějším věku. Před 14 měsíci podstoupila jako prvorodička akutní císařský řez, který jí byl nabídnut z důvodu nepostupujícího porodu a jejímu vysokému věku.

Respondentce 5 je 34 let a pochází z města. Má vysokoškolské vzdělání. Před 14 měsíci podstoupila akutní císařský řez z důvodu hrozící hypoxie plodu.

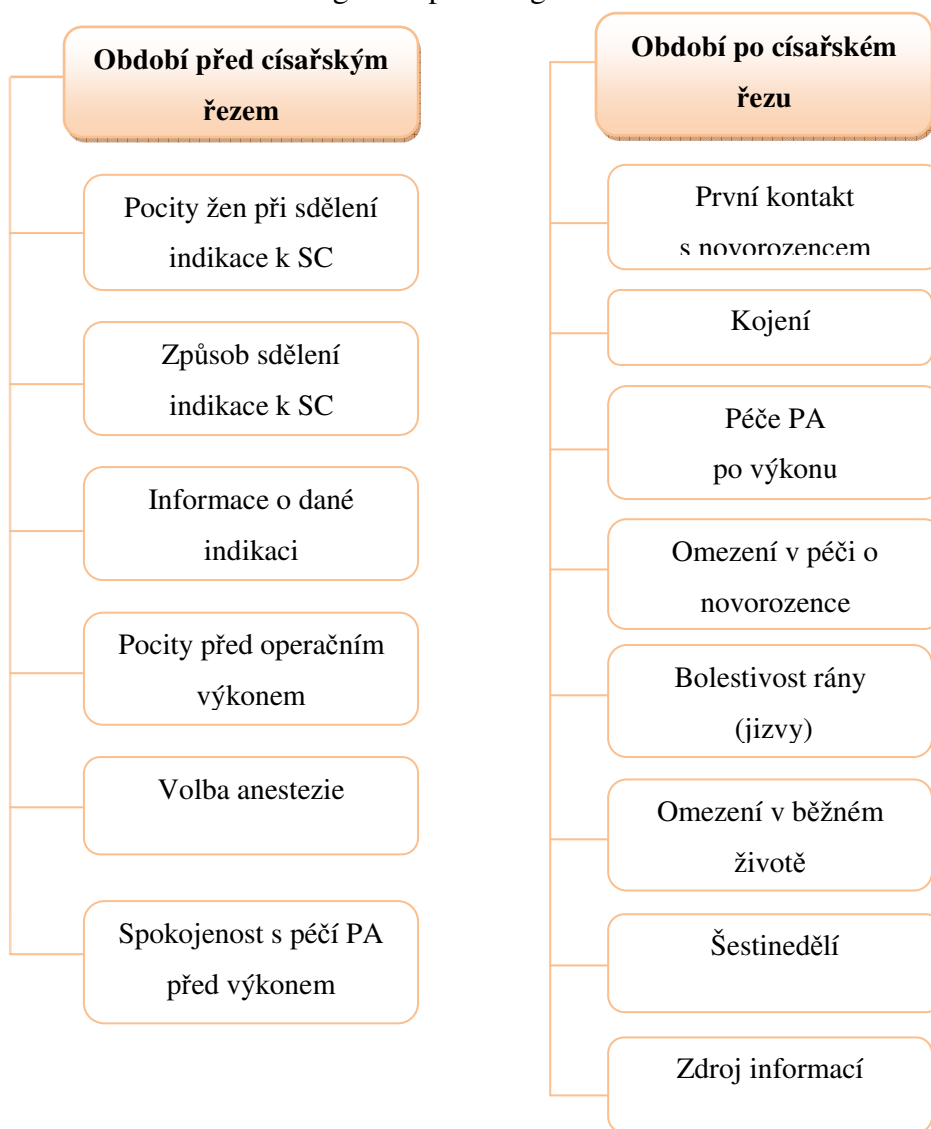
Respondentce 6 je 23 let a žije ve městě. Má středoškolské vzdělání. Před více než 2 lety podstoupila jako prvorodička akutní císařský řez z důvodu hrozící hypoxie plodu. Minulý rok porodila druhé dítě přirozeně.

Respondentce 7 je 29 let a pochází z vesnice. Má středoškolské vzdělání. Před 16 měsíci podstoupila akutní císařský řez z důvodu nepostupujícího porodu a následně hrozící hypoxii plodu.

4.2 Kategorizace dat

Na základě výsledků výzkumného šetření byly stanoveny dvě hlavní významové kategorie a jejich podkategorie (viz Schéma 1). Hlavní významová kategorie Období před císařským řezem má šest podkategorií – Pocity žen před císařským řezem, Způsob sdělení indikace k SC, Informace o dané indikaci, Pocity před operačním výkonem, Volba anestezie a Spokojenost s péčí PA před výkonem. Druhá významová kategorie Období po císařském řezu obsahuje osm podkategorií – První kontakt s novorozence, Kojení, Péče PA po výkonu, Omezení v péči o novorozence, Bolestivost rány (jizvy), Omezení v běžném životě, Šestinedělí a Zdroj informací.

Schéma 1- Hlavní kategorie a podkategorie

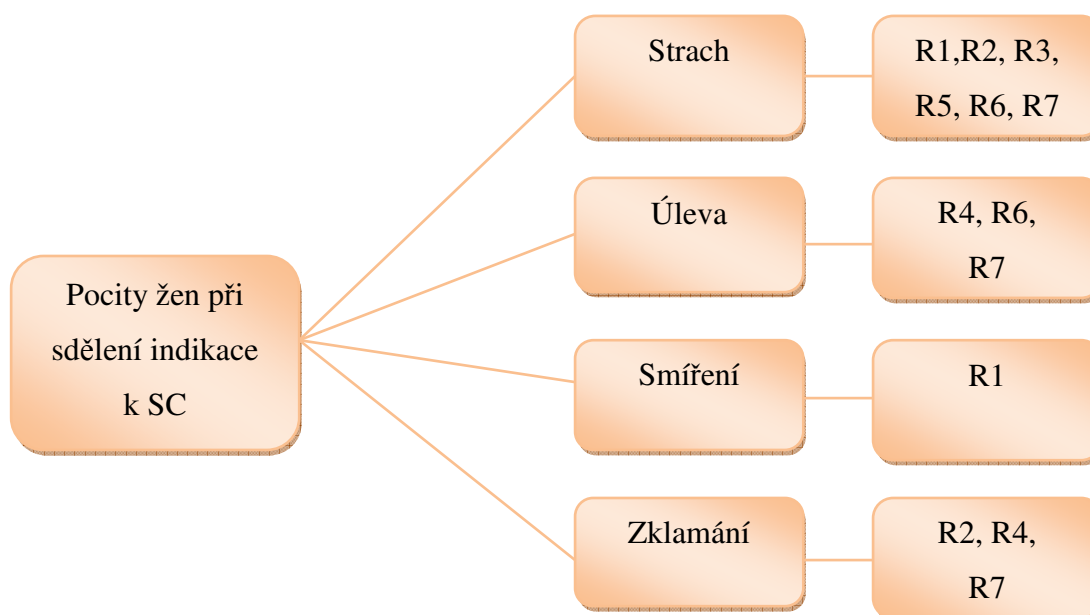


Kategorie 1 - Období před císařským řezem

Kategorie Období před císařským řezem je tvořena šesti podkategoriemi, které se zaměřují na pocity žen při sdělení indikace k císařskému řezu, před operačním výkonem, jejich informovanost o indikaci k císařskému řezu a spokojenost s péčí porodní asistentky. Dále také na výběr anestezie a jejich názorem na danou anestezii.

Podkategorie 1 - Pocity žen před císařským řezem

Schéma 2 - Pocity žen před císařským řezem

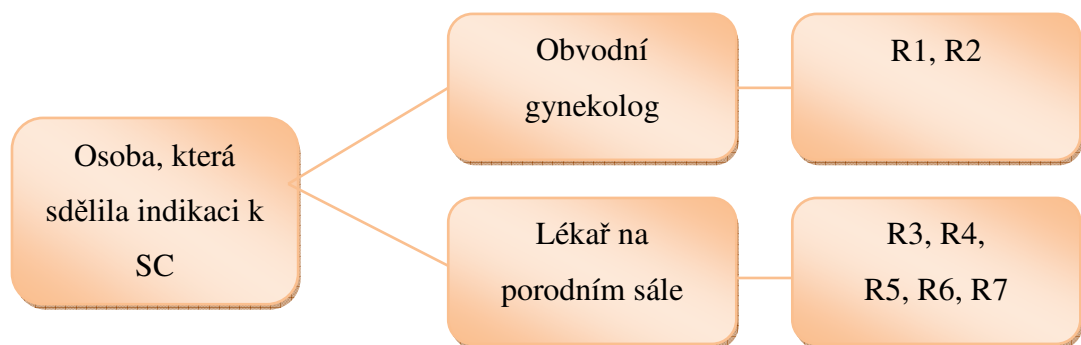


Šest respondentek (R1, R2, R3, R5, R6, R7) pociťovalo před císařským řezem strach, který se u nich projevoval různě. R1 popisovala třes a zimnici, naopak R6 cítila návaly horka. R5 odpověděla: „*Měla jsem strach, nikdy jsem na operaci nebyla a najednou mi bylo oznámeno, že mi rozříznou břicho.*“ R2 uvedla, že největší strach měla z anestezie, jelikož jí ještě nikdy nepodstoupila a slyšela od známých na tuto problematiku samá negativa. Tři respondentky (R4, R6, R7) uvedly, že pociťovaly úlevu, jelikož budou mít vše rychle za sebou. R7 sdělila: „*Měla jsem strach i radost, že bude konečně po všem.*“ Jedna respondentka (R1) uvedla, že byla s císařským řezem smířená, o indikaci věděla již dopředu od svého gynekologa, jelikož poloha plodu byla podélná koncem pánevní. Obě ženy chtěly vědět více

informací o této indikaci a o porodu císařským řezem, ovšem jejich gynekolog je odkázal na nemocnici, kde je se všemi informacemi obeznámí při plánování operace. K plánování operace ovšem nedošlo, jelikož se porod rozběhl předčasně. Respondentka (R1) uvedla, že po příjezdu do nemocnice s odteklou VP ve 37. týdnu v poloze plodu KP dostala od lékaře hodinu na rozmyšlenou, zda chce родit spontánně či císařským řezem. R1 odpověděla: „*Chtěla jsem si o tom s někým promluvit, ale nebyl čas. Bolesti už jsem nezvládala. S císařským řezem jsem byla smířená. Skoro celé těhotenství jsem žila s informací od mého gynekologa, že porod musí být císařským řezem. Mrzelo mě, že mi lékaři řekli, že mám hodinu na rozmyšlenou, zda chci родit spontánně nebo císařským řezem.*“ Tři ženy (R2, R4, R7) pociťovaly zklamání, jelikož chtěly родit přirozeně a nezvládly to. Všechny tři ženy (R2, R4, R7) si zklamání z porodu uvědomily během šestinedělí, kdy popisovaly myšlenky, že nezvládly porodit své dítě, přišly o první kontakt s novorozencem, o bonding a cítily zklamání samy ze sebe. R2 přiznala, že tyto dojmy má i dodnes, R4 a R7 se po šestinedělí s operačním porodem smířily. R4 odpověděla: „*I přesto, že mi byl císařský řez navrhován již od začátku těhotenství z důvodu vysokého věku, chtěla jsem být statečná a zvládnout přirozený porod, pak už to ale bohužel opravdu nešlo.*“

Podkategorie 2 - Způsob sdělení indikace k SC

Schéma 3 - Způsob sdělení indikace k SC

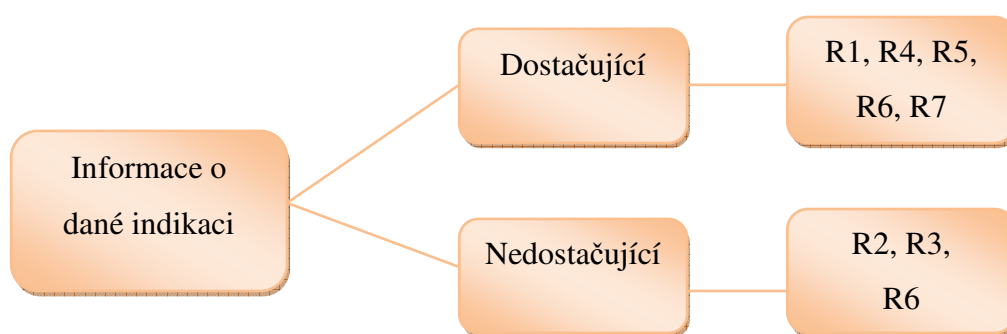


Všechny dotazované ženy se shodly, že jim indikaci oznámil lékař, který má k tomuto sdělení kompetence. Dvě respondentky (R1, R2) odpověděly, že indikaci jim sdělil jejich gynekolog, jelikož to byl původně plánovaný císařský řez. Obě ženy měly plod v poloze koncem pánevním a obě rodily předčasně. R2 uvedla: „*Indikaci mi sdělila má gynekoložka a nebylo to vůbec příjemné. Četla jsem, že se plod do porodu*

ještě může otočit, ale ona mi to rychle vymluvila. Oznámila mi, že se to prostě provede císařským řezem a více se o tom se mnou nechtěla bavit. Odcházela jsem domů s brekem.“ Ostatní respondentky (R3, R4, R5, R6, R7) uvedly, že indikace jim byla sdělena až na porodním sále ošetřujícím lékařem. R5 řekla: „Přišla za mnou lékařka na porodní sál, vyšetřila mě a oznámila mi, že pokud budu souhlasit, ukončila by porod císařským řezem, protože se miminku nedaří. Poté bylo vše velmi rychlé a syn byl do 15 minut na světě.“

Podkategorie 3 - Informace o dané indikaci

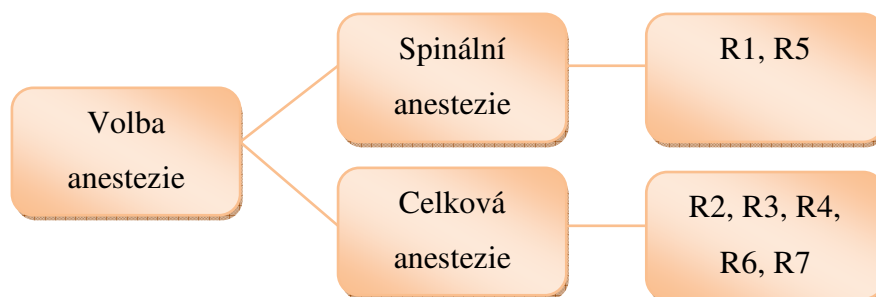
Schéma 4 - Informace o dané indikaci



Čtyři respondentky (R1, R4, R5, R6, R7) uvedly, že informace, které jim sdělil lékař, pro ně byly v danou chvíli dostačující. R4 odpověděla: „Myslím, že informace v tu chvíli pro mě byly dostačující. Byla jsem v rozběhlém porodu a unavená, více informací už bych ani nevnímala.“ Tři respondentky (R2, R3, R6) uvedly, že pro ně informace dostačující nebyly a ocenily by jich více. R6 sdělila: „Žádné informace jsem nedostala. Vše bylo velice rychlé, ani si to moc nepamatuji.“ R2 uvedla, že od své gynekoložky žádné informace nedostala, pouze ji sdělila indikaci (poloha koncem pánevním). Přestože se klientka zajímala o alternativní metody, které přispívají k otočení plodu do polohy podélné hlavičkou a měla zájem se dotazovat i na různá cvičení, žádné informace od své gynekoložky nedostala. Klientku striktní přístup lékařky neodradil, pravidelně dojížděla na akupunkturu do Prahy a sbírala informace z jiných zdrojů (internet, jiní odborníci).

Podkategorie 4 - Volba anestezie

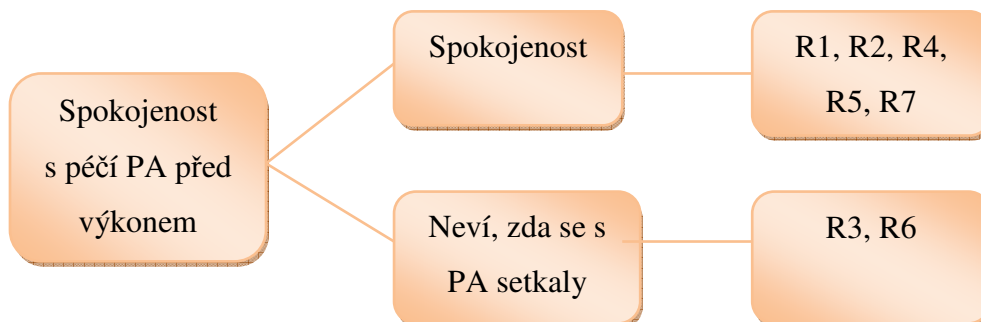
Schéma 5 - Volba anestezie



V této podkategorii je popsáno, jakou anestezii ženy podstoupily při operačním výkonu. Dvě respondentky (R1, R5) využily spinální anestezii. Tyto respondentky dostaly od anesteziologa na výběr ze dvou možností anestezie. R1 uvedla: „*Volila jsem anestezii spinální, jelikož mi ji doporučila anestezioložka s odůvodněním, že je to pro miminko lepší.*“ Pět (R2, R3, R4, R5, R6) respondentek podstoupilo anestezii celkovou, přestože tři ženy z nich chtěly anestezii spinální (R2, R3, R4). R2 uvedla, že ji anesteziolog rozmluvil spinální anestezii z důvodu tetování na zádech (v oblasti vpichu katétru) a R3, R4 anesteziolog uvedl, že není dostatek času na podávání této anestezie. R3 popsala: „*Volbu anestezie jsem neměla, chtěla jsem svodnou, abych alespoň viděla syna a věděla, že je vše v pořádku, ale anesteziolog mi okamžitě řekl, že na to není čas a už jsem spala.*“ Dvě respondentky (R6, R7) z dotazovaných uvedly, že chtěly celkovou anestezii, kterou také podstoupily. R6 sdělila: „*Volila jsem celkovou anestezii i kvůli synovi, aby vše proběhlo co nejrychleji.*“

Podkategorie 5 - Spokojenost s péčí PA před výkonem

Schéma 6 - Spokojenost s péčí PA před výkonem



Pět respondentek (R1, R2, R4, R5, R7) odpovědělo, že s péčí porodních asistentek byly spokojené. R1 i R5 těšilo, že jim porodní asistentky odpovídaly na všechny jejich dotazy, nenechávaly je na pokoji samotné a povzbuzovaly je. R2 měla obavy z cévkování, ale porodní asistentky jí vše vysvětlily a žádnou bolest při výkonu necítila. R4 uvedla: *„Byla jsem spokojená, porodní asistentky mě podporovaly. Svou práci dělaly dobře.“* A R6 popsala: *„Všechno bylo velice rychlé, ale porodní asistentky se mnou mluvily úplně normálně a v klidu, jako kdyby se nic nedělo, tak to mě trochu uklidnilo.“* Dvě ženy (R3, R6) z dotazovaných odpověděly, že neví, zda se s porodními asistentkami setkaly. Bylo okolo nich spoustu zdravotníků a nikdo z nich se jim nepředstavil. R3 odpověděla: *„Vůbec nevím, která to byla. Lítal tam asi osm lidí a byl to fofr...“*

Kategorie 2 - Období po císařském řezu

Kategorie Období po císařském řezu se skládá z osmi podkategorií, které se zabývají prvním kontaktem s novorozencem po porodu, kojením a péčí o novorozence. Dále pak jak jsou ženy spokojené s péčí porodní asistentky po operačním zákroku, zda a jak dlouho pociťovaly bolestivost v ráně nebo jizvě, zda je operační zákrok omezil v běžném životě, jak probíhalo šestinedělí a kde ženy získávaly informace.

Podkategorie 1 - První kontakt s novorozencem

Schéma 7 - První kontakt s novorozencem

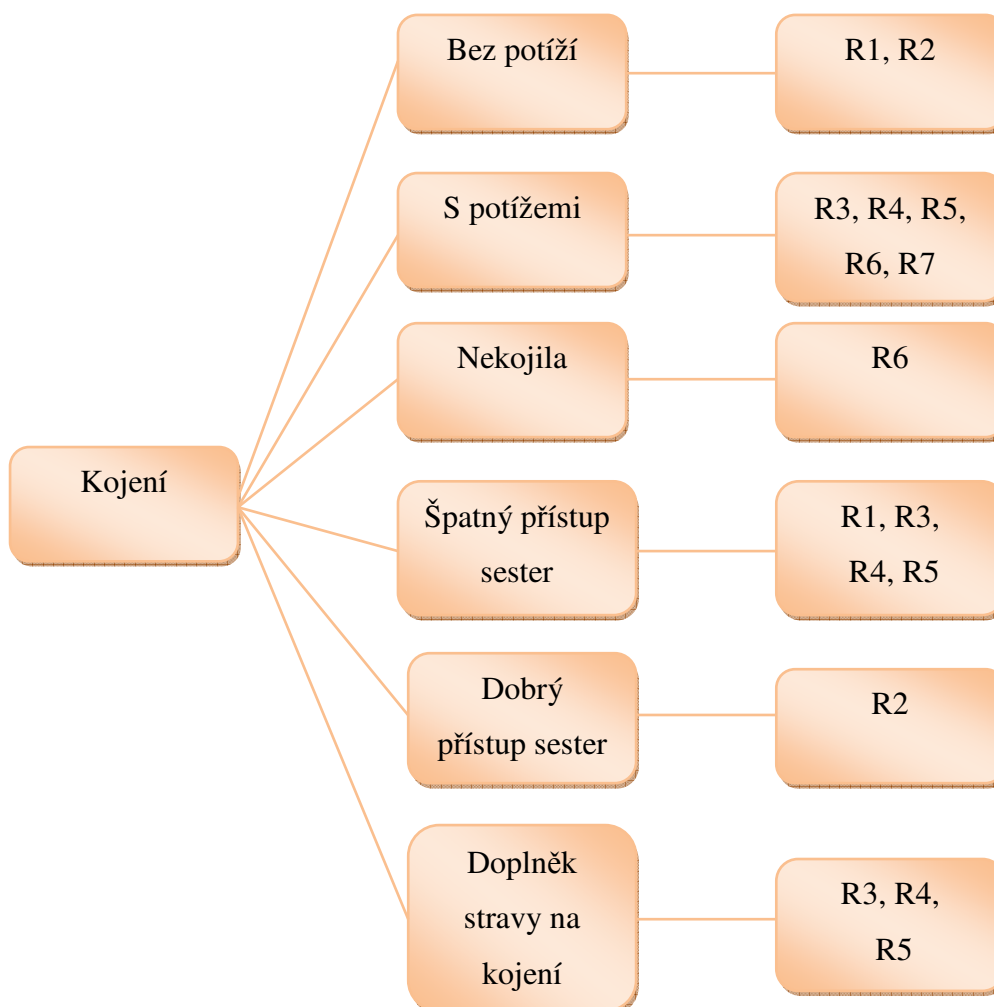


Tato podkategorie se zabývá prvním kontaktem novorozence s rodiči. Pět respondentek (R1, R3, R4, R6, R7) uvedlo, že okamžitě po porodu proběhl první kontakt s otcem dítěte. Bonding tedy probíhal u otce. Tyto ženy popisovaly, že pociťovaly klid, jelikož věděly, že novorozenec je u otce. R1 odpověděla: „*Po operaci jsem byla velice klidná, věděla jsem, že je dcerka u manžela a to mě ujišťovalo, že o ní nemusím mít strach.*“ Zatímco R3 uvedla: „*....před tím s ním byl manžel a přišlo mi, že ze začátku chtěl být syn spíše s manželem, což se pak změnilo po kojení. Obrečela jsem, že jsem syna neslyšela brečet hned po porodu....*“ Šest žen (R1, R2, R3, R4, R6, R7) z dotazovaných respondentek si pochvalovalo, že první kontakt s novorozencem proběhl do 2 hodin po porodu. R1 sdělila: „*Kontakt se mnou proběhl asi do 1 hodiny. Musím ocenit, že sestřičky velmi dbaly na kontakt matka a novorozenec.*“ R2 uvedla, že kontakt s novorozencem proběhl asi do 1 hodiny, ale tuto chvíli si vůbec nepamatuje. Jedna respondentka (R5) uvedla, že první kontakt byl proveden hned na operačním sále, jelikož měla anestezii spinální. R5 doslova opověděla: „*Viděla jsem ho ještě na operačním sále, ale pamatuji si jen, že jsem viděla rozmazanou hlavičku a nic více.*“ Novorozenec byl okamžitě po porodu převezen do nemocnice, která poskytuje intermediární péči, jelikož byl předčasně narozený a měl nízkou porodní hmotnost. Matka zůstala v té nemocnici, ve které proběhl porod. Další kontakt tedy proběhl až po 5 dnech, kdy matku propustily z nemocnice.

Tato respondentka (R5) uvedla, že odloučení od syna bylo nejhorší na celé operaci. Byla to pro ni velká psychická zátěž, kterou špatně nesla.

Podkategorie 2 - Kojení

Schéma 8 - Kojení



Podkategorie číslo dvě se zabývá kojením po císařském řezu a přístupem dětských sester ke kojení. Dvě respondentky (R1, R2) uvedly, že s kojením neměly žádné potíže. R1 odpověděla: „*Mléko se mi spustilo brzo, vůbec jsem s tím neměla problém.*“ Ostatní respondentky (R3, R4, R5, R6, R7) s kojením potíže měly. R4 sdělila: „*Mléko se mi pustilo až doma. Rozkojila jsem se pomalu, ale první týdny jsem musela přikrmovat.*“ R7 popsala, že s kojením měla potíže ještě dva týdny doma. Dcerka se jí špatně přichytávala k prsu a tvořilo se jí málo mléka. Jedna respondentka (R6) uvedla, že její potíže v podobě pozdního nástupu laktace a špatného přisávání

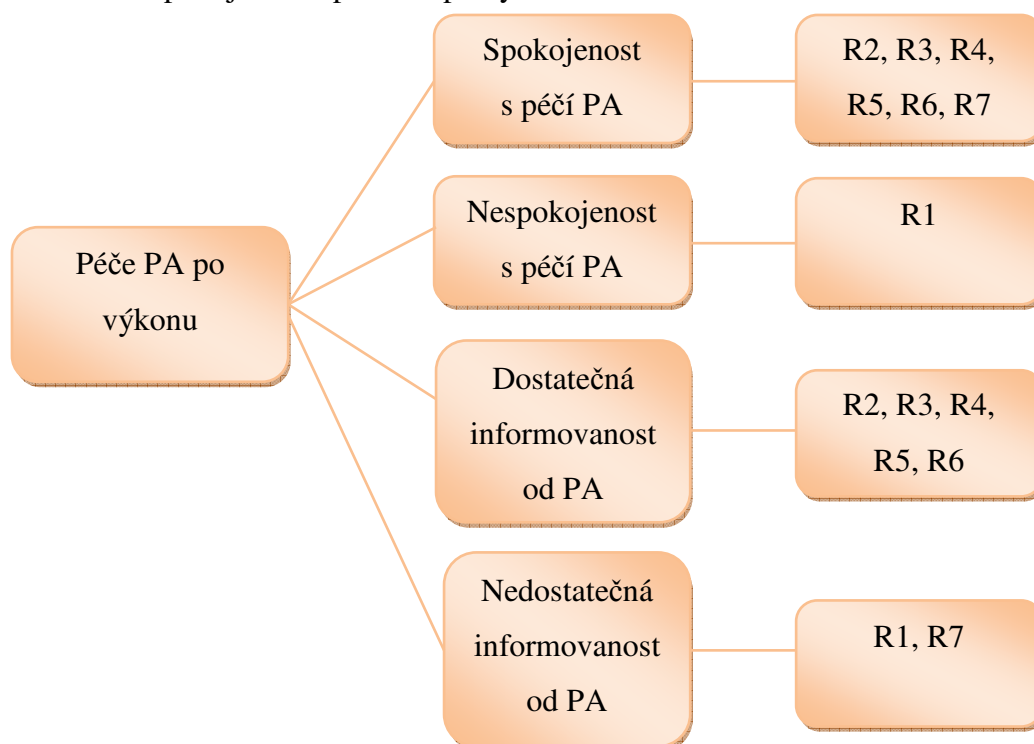
novorozence k prsu přetrvávaly a na konec tedy vůbec nekojila. R6 řekla: „*Snažila jsem se, ale nešlo to. Dostala jsem zánět do prsa.*“ Po těchto potížích respondentka kojení vzdala, léčila zánět prsu antibiotiky a více již nekojila.

Přístup a podávání informací od dětských sester hodnotily čtyři respondentky (R1, R3, R4, R5) negativně. R1 popsala přístup sestry takto: „*Neměla jsem svobodnou volbu, sestry mi okamžitě řekly, že mám vpáčené bradavky a musím nosit klobouček a více se o tom se mnou nebavily.*“ Dále uvedla, že žádné informace ohledně kojení nedostala, jelikož měly sestry spoustu práce. R3 uvedla: „*...ale když měly blázněc, tak mi dítě jen daly a nakojte ho.*“ Všechny respondentky (R1, R3, R4, R5) se shodly, že na ně dětské sestry neměly vůbec čas. Pouze jedna respondentka (R2) byla spokojená s péčí dětských sester. R2 odpověděla: „*Sestřička byla mladá a moc hodná, chovala se k synovi jako k vlastnímu a pomáhala mi s kojením.*“

Tři respondentky (R3, R4, R5) uvedly, že používaly doplněk stravy ke kojení. R3 řekla: „*Mléko se mi začalo dělat asi po 4 dnech, ale užívala jsem doplněk stravy, který mi doporučila laktační poradkyně.*“

Podkategorie 3 - Spokojenost s péčí PA po výkonu

Schéma 9 - Spokojenost s péčí PA po výkonu

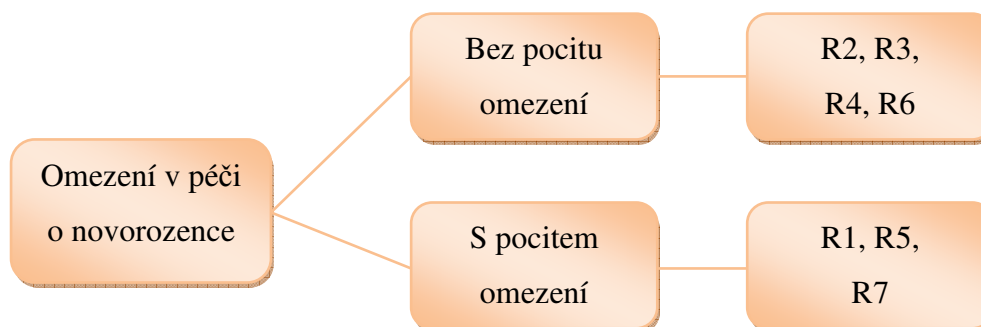


V podkategorii 3 je uvedeno, jak byly ženy spokojené s péčí porodní asistentky po operačním výkonu a zda pro ně byla informovanost v oblasti výživy, péče o jizvu, vstávání a cvičení po porodu od porodních asistentek dostatečná či nikoliv. Šest respondentek (R2, R3, R4, R5, R6, R7) odpovědělo, že byly s péčí porodních asistentek na stanici šestinedělí spokojeny. R4 sdělila: „*Byla jsem velice spokojená, porodní asistentky za mnou chodily, poučily mě, co a jak mám dělat. Byly milé a příjemné.*“ Zatímco jedna z respondentek (R1) uvedla, že s péčí porodních asistentek byla nespokojená. „*Vadilo mi, že mě v podstatě ten císařský řez nebolel a nechtěla jsem tedy žádné utlumovací léky, ale přesto jsem dostala infuzi s tím, že mi vůbec nikdo nevysvětlil, proč tu infuzi mám.*“

Pět respondentek (R2, R3, R4, R5, R6) řeklo, že pro ně informovanost od porodních asistentek ohledně výživy, péče o jizvu, vstávání a cvičení po porodu byla dostatečná. R3 uvedla: „*Porodní asistentky semnou nacvičily vstávání a za to jsem jim byla velice vděčná.*“ Dvě respondentky (R1, R7) byly nespokojené s informovaností od porodních asistentek. R7 odpověděla: „*V oblasti péče o jizvu mě v nemocnici nikdo neinformoval.*“

Podkategorie 4 - Omezení v péči o novorozence

Schéma 10 - Omezení v péči o novorozence



Tato podkategorie se zabývá tím, zda ženy pociťovaly omezení v péči o novorozence po císařském řezu. Čtyři respondentky (R2, R3, R4, R6) uvedly, že pocit omezení v péči o novorozence nepociťovaly. R3 řekla: „*Pocit omezení jsem neměla. Chtěla jsem mít syna hned první noc u sebe, ale bylo mi doporučeno, ať si ještě odpočinu.*“ Zatímco tři respondentky (R1, R5, R7) uvedly, že je operační zákrok omezil v péči o novorozence. Nejvíce si ženy stěžovaly na omezení v pohybu, kdy nebyly schopné

novorozence chovat či koupat. R7 sdělila: „Omezoval mě hlavně v pohybu, měla jsem problémy například dceru vykoupat.“

Podkategorie 5 - Bolestivost rány (jizvy)

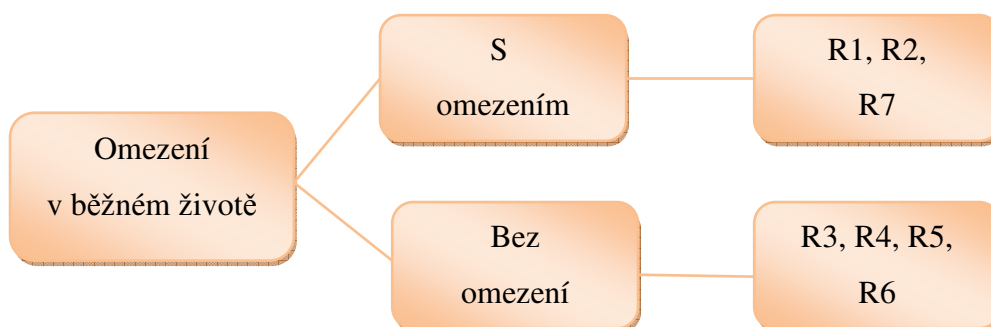
Schéma 11 - Bolestivost rány (jizvy)



Tři respondentky (R1, R2, R3) uvedly, že zvýšenou citlivost v ráně pociťují do dnes. R1 sdělila: „Na jizvu si do teď nemůžu sáhnout, je to jako kdybych se bouchla do brňavky. Jinak mě jizva stále bolí při menstruaci.“ R1 také zmínila, že se o jizvu pravidelně starala, kdy prováděla tlakovou masáž a jizvu mazala doporučenou masťou od soukromé porodní asistentky. Dvě respondentky (R5, R7) opověděly, že je jizva bolela nejvíce první dny a zvýšenou citlivost pociťovaly asi půl roku po porodu. Nyní je jizva nebolí. R7 odpověděla: „Jizva byla citlivá asi ještě půl roku po porodu.“ Ostatní ženy z dotazovaných uvedly, že v ráně ani v jizvě bolest nepociťovaly. R4 řekla: „Žádné bolesti nemám. V podstatě mě vůbec nebolela, ze začátku jsem pociťovala jen takové šimrání.“

Podkategorie 6 - Omezení v běžném životě

Schéma 12 - Omezení v běžném životě



Podkategorie 6 popisuje, zda si ženy myslí, že je zákrok omezil i v běžném životě či nikoliv. Tři respondentky (R1, R2, R7) si myslí, že je zákrok v běžném životě omezil. R2 uvedla: „*Asi spíše po psychické stránce..., vadilo mi, že jsem nerodila normálně.*“ R1 se svěřila, že jí operační zákrok omezil zejména v počtu dětí, jelikož s manželem plánovali více dětí a gynekolog jí doporučil, aby měla nejvíce tři děti. R7 uvedla, že jí zákrok nejvíce omezil v péči o své dítě, jelikož ho nezvládala vykoupat a přenášet z místa na místo. Ostatní respondentky (R3, R4, R5, R6) si nemyslí, že by je zákrok omezil v běžném životě. R6 odpověděla: „*Myslím, že mě to neomezilo, ale možná bych čekala větší péči v druhém těhotenství. Myslela jsem, že když první porod dopadl akutním císařem, budu mít alespoň více kontrol u gynekologa.*“

Podkategorie 7 - Průběh šestinedělí

Schéma 13 - Průběh šestinedělí

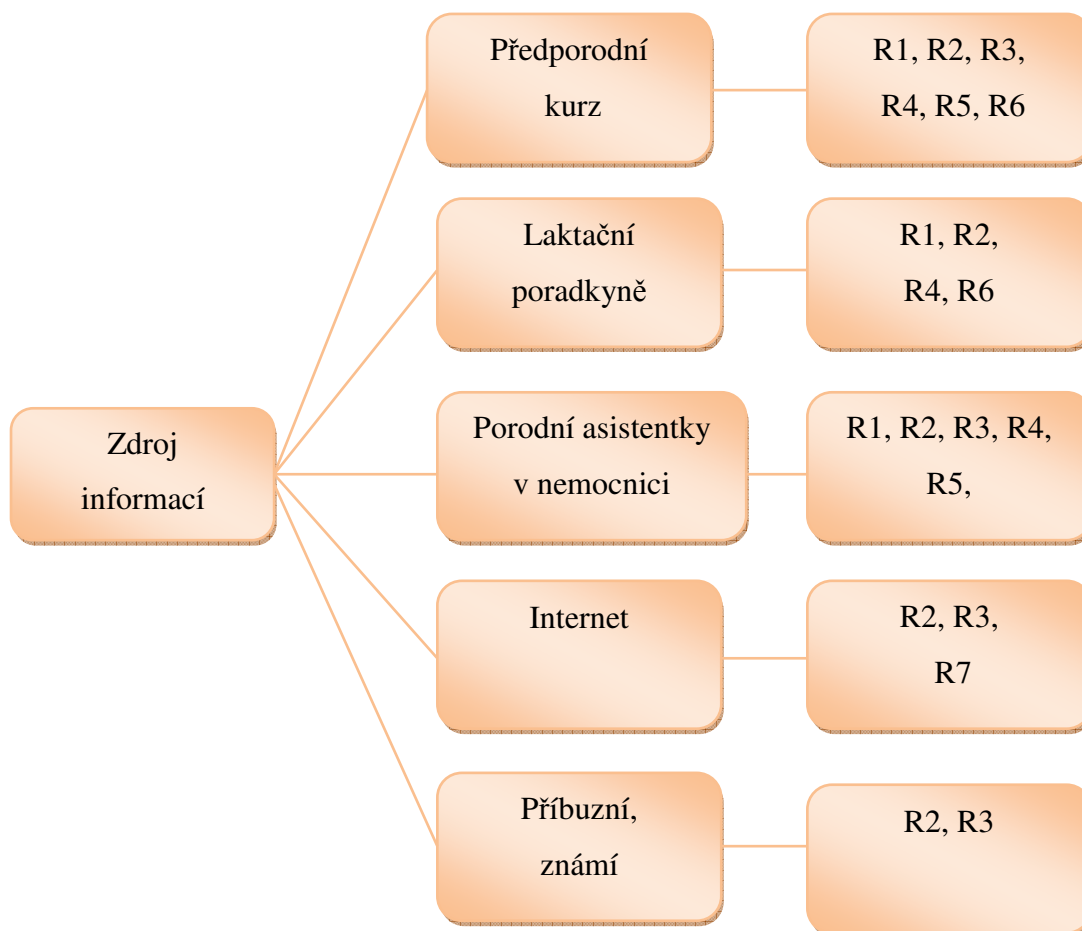


V podkategorii sedm je obsaženo, jak probíhalo šestinedělí, zda ženy zvládaly domácnost samy či nikoliv a zda potřebovaly rady od porodních asistentek. Pět respondentek (R1, R2, R3, R4, R6) odpovědělo, že byly doma spokojené a užívaly si dny s novorozencem R1 sdělila: „Přijela jsem domů, ničím se nestresovala a užívala jsem si to, že mohu být s dcerkou.“

Ovšem všechny respondentky (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7) uvedly, že uvítaly či potřebovaly pomoc s domácností od manžela nebo rodinných příslušníků. R3 odpověděla: *Manžel mi pomáhal například s převozem syna, jelikož jsem nemohla nosit těžké věci, tedy ani autosedačku.* R7 uvedla: *Šestinedělí bylo náročné, pomáhala mi hlavně mamka* R1, R2, R3, R4, R6 odpověděly, že pomoc potřebovaly zejména při zvedání těžkých věcí, ale domácnost zvládaly samostatně, zatímco pro R5 a R7 bylo velice náročné například vaření. Čtyři respondentky (R1, R2, R4, R6) využily pomoc od laktační poradkyně, jelikož pociťovaly, že potřebují rady ohledně kojení nebo v péči o novorozence. R2 řekla: *Byla za mnou třikrát laktační poradkyně. Nečekala jsem, že jí budu volat, ale na konec jsem za ní byla velice ráda.*

Podkategorie 8 - Zdroj informací

Schéma 14 - Zdroj informací



V podkategorii 8 je popsáno, kde ženy získávaly nejvíce informací ohledně porodu, císařského řezu, anestezii, kojení, o výživě v šestinedělí, o péči o operační ránu, jizvu a cvičení po porodu. Šest respondentek (R1, R2, R3, R4, R5, R6) získávalo informace o porodu na předporodním kurzu. R5 uvedla: „...jinak jsem chodila na předporodní kurz, ale tam se povídalo pouze o přirozeném porodu, což mě trochu mrzelo“. Čtyři respondentky (R1, R2, R4, R6) čerpaly informace ohledně kojení a výživy v šestinedělí od laktační poradkyně. Všechny ženy se shodly, že jim laktační poradkyně, která za nimi dojížděla do domácího prostředí, velmi pomohla. Pět respondentek (R1, R2, R3, R4, R5) uvedlo, že nejvíce informací ohledně péče o jizvu, péče o novorozence, vstávání a cvičení po porodu dostaly od porodních asistentek v nemocnici. R4 odpověděla: „Stačily mi informace, které jsem získala v nemocnici“ Tři ženy (R2, R3, R7) hledaly informace ohledně císařského řezu

na internetu. R2 uvedla: „...*pak jsem tedy čerpala pár informací na internetu...*“
Dvě ženy získávaly informace o porodu, výživě, kojení, cvičení po porodu zejména od známých či příbuzných. R3 sdělila: „...*a hlavně jsem čerpala informace od známých.*“

5 Diskuze

Tato bakalářská práce se zabývá názory žen na císařský řez z retrospektivního pohledu. Výzkumný soubor tedy tvořily ženy, které byly jeden rok až pět let po porodu císařským řezem. Respondentkám byly pokládány otázky ohledně péče porodní asistentky, informovanosti, pocitů rodiček před výkonem a po výkonu, prvního kontaktu s novorozence a celkového dopadu operačního výkonu na péči o novorozence a život žen.

Akutní císařský řez je pro ženu náročná situace a zpravidla není rodičkou dobře tolerována (Takács et al., 2015). Ženy po akutním císařském řezu jsou nespokojené s porodním zážitkem a jednou z jejich nejčastějších vzpomínek na porod je strach a zklamání, že porod nebyl dle jejich představ (Takács et al., 2015). Výsledky bakalářské práce se s tímto tvrzením shodují. Jelikož nejčastějším pocitem rodiček při sdělení lékaře, že porod bude ukončen císařským řezem, byl právě strach či stres. Některé ženy (R2, R4, R7) byly zklamané samy ze sebe, bylo pro ně těžké smířit se s pocitem, že dítě nedokázaly porodit a promeškaly tak první kontakt s ním. Takács et al. (2015) jako další velmi častý prožívaný pocit žen uvádějí úlevu. Při rozhovoru všechny ženy popisovaly právě tyto pocity, měly obavy o své dítě a během vyčerpávajícího porodu ztrácely důvěru samy v sebe, nevěřily, že by své dítě dokázaly porodit. Domnívaly se, že v dané situaci je císařský řez nejlepší volba.

Jednou ze stanovených výzkumných otázek bylo zjistit, jak ženy rozuměly indikaci k císařskému řezu. Kompetence kde sdělení indikace k císařskému řezu má pouze lékař a všechny ženy se shodly, že jim indikaci oznámil právě jejich ošetřující lékař. Dvěma ženám (R1, R2) indikaci oznámil jejich gynekolog, ale žádné informace o dané problematice již nepodal. Ženy si císařský řez měly naplánovat v nemocnici, ale obě rodily předčasně, tudíž setkání v nemocnici s lékařem neproběhlo a dostaly pouze základní informace před akutním císařským řezem. Obě ženy pociťovaly touhu o této problematice hovořit se zdravotníkem, ovšem nikde jim nebylo vyhověno. R1 dokonce uvedla, že v nemocnici dostala od lékaře hodinové ultimátum na rozmyšlení, zda chce родit spontánně či císařským řezem. Toto jednání ženu velice mrzelo, jelikož od svého gynekologa byla smířená s tím, že bude porod probíhat císařským řezem a tak o spontánním porodu plodu v poloze KP ani nepřemýšlela.

Ostatní ženy z dotazovaných odpověděly, že jim byla oznámena pouze indikace k císařskému řezu, ale této informaci ženy rozuměly a byla pro ně dostačující. Na věci, které je zajímaly, se doptaly až po operačním výkonu.

V současnosti dostávají ženy na výběr z celkové či svodné anestezie a ke každé ženě se přistupuje individuálně, jelikož výběr správné anestezie záleží na mnoha faktorech jako například časové naléhavosti či preferencích ženy (Málek a kol., 2016). Toto tvrzení se v bakalářské práci potvrdilo. Všechny ženy uvedly, že nejprve volbu anestezie dostaly, ale u některých se z časové naléhavosti musela nakonec aplikovat anestezie jiná, než ony samy chtěly. R2 odpověděla, že jí anesteziolog odmítl podat svodnou anestezii, z důvodu jejího tetování v oblasti zad, ale podal jí k tomu dostatek informací, tudíž s ním bez problému souhlasila. Dle Pařízka (2015) je největší výhodou svodné anestezie, že se žena dostává do bezprostředního kontaktu s novorozencem a dítě se může přikládat okamžitě k prsu. Tato teorie se ve výzkumné části nepotvrdila. Dvě ženy (R1, R5), které podstoupily svodnou anestezii, své dítě slyšely pouze křičet nebo jim bylo na okamžik ukázáno.

Ve výzkumném šetření bylo zjišťováno, jak byly ženy spokojené s péčí porodní asistentky před operačním výkonem. Dle Takács (2015) je první dojem velice důležitý, a proto by se při příjmu klientky měly porodní asistentky představit a uvést své kompetence. Klientka vnímá porodní asistentku jako osobu, jež by jí měla být oporou a plně jí důvěřuje, proto by porodní asistentka i při akutním císařském řezu neměla zapomínat na komunikaci s rodičkou (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011). Většina žen byla s péčí porodních asistentek spokojená, pouze dvě ženy (R3, R6) tvořily výjimku, neboť se jim porodní asistentky nepředstavily a ženy je od ostatního zdravotnického personálu nedokázaly rozeznat. Klientky nejvíce uklidňovala komunikace s porodní asistentkou, která ženy nestresovala, i když vše probíhalo velice rychle, komunikovala a odpovídala na jejich dotazy klidným tónem a to pro rodičky bylo příjemné.

Jedna z výzkumných otázek byla zaměřena na první kontakt matky a novorozence. Brzký první kontakt rodičky a novorozence, který by měl proběhnout do dvou hodin po porodu, je velice důležitý jak pro tvorbu mléka, tak i pro utváření vztahu mezi matkou a dítětem (Hanáková, 2015). Ve výzkumném šetření všechny ženy odpověděly, že první kontakt s novorozencem nastal do dvou hodin po porodu, kdy dětská sestra

ženám pomáhala poprvé přikládat k prsu. U některých novorozenců byl prováděn bonding okamžitě po porodu s otcem. První přiložení k prsu tedy proběhlo během prvních dvou hodin po porodu. Pouze jedné ženě byl novorozenec převezen do jiné nemocnice z důvodu předčasného narození. Tato žena popisovala úzkostné stavy, které prožívala v porodnici bez svého dítěte a nechápala důvod, proč nebyla převezena i ona s novorozencem.

Rozdíl mezi přirozeným porodem a císařským řezem se také projevuje v oblasti kojení, jelikož nástup laktace po císařském řezu je asi o jeden den opožděn (Koudelková, 2013). Pro tvorbu mateřského mléka je velice důležitý první kontakt s novorozencem ihned po porodu. První přiložení k prsu by mělo nastat nejlépe do dvou hodin po porodu, kdy je žena ještě na porodním sále, což právě po císařském řezu v celkové anestezii je dá se říci nemožné a matka novorozence mnohdy poprvé vidí až na pokoji stanice JIP, kde je po operaci uložena (Hanáková, 2015). Ženy se shodly, že své dítě poprvé viděly až na dospávacím pokoji či na pokoji stanice JIP, ovšem první přiložení novorozence k prsu u většiny dotázaných proběhlo do dvou hodin po porodu. Přesto pět respondentek (R3, R4, R5, R6, R7) uvedlo, že měly potíže s nástupem laktace a kojením, jedna z těchto žen dokonce své dítě vůbec nekojila. Respondentky (R3, R4, R5) uvedly, že s touto problematikou potřebovaly poradit, ale této pomoci se jim od dětských sester nedostalo. Respondentky také sdělily, že podle jejich názoru je to zejména z důvodu nedostatku personálu, jelikož když dětské sestry nebyly ve spěchu, rodičkám vše bez problému vysvětlily a ukázaly. Tři ženy (R3, R4, R5) užívaly doplněk stravy či homeopatika na podporu laktace a čtyři ženy také využily návštěvu laktační poradkyně po porodu v domácím prostředí. Tyto respondentky byly se službou laktační poradkyně velice spokojené a některé z nich uvedly, že právě díky této návštěvě své dítě dále kojily.

Další výzkumnou otázkou bakalářské práce je, jak byly ženy spokojené s péčí porodní asistentky po operačním zákroku. Cíle pooperační péče by měly spočívat zejména v tlumení bolesti a také v péči o psychiku klientky (Podroužková, Muknšnáblová, 2014). Nesmíme zapomínat ani na podání informací ženě o ošetřovatelské péči, edukaci ohledně vstávání a péči o ránu. Lékař dále sděluje informace o zdravotním stavu matky a novorozence (Takács, 2015). Respondentky (R1, R2, R3, R4, R6) často uváděly, že po operačním výkonu, nepotřebovaly

a ani nechtěly podávat opiáty či jiné léky proti bolesti, přesto je v některých případech dostaly a to bez jakýkoliv informací o podání. Bolest sice pociťovaly, ale mírnou a stačilo jim nefarmakologické tlumení. Většina klientek (R2-R7) dostala postačující informace od porodních asistentek a s ošetrovatelskou péčí byly spokojené. Přesto tyto ženy uvedly názor, že dle nich je porodních asistentek na směnu málo a neměly dostatek času se jim věnovat.

Dále se výzkumným šetřením zjišťovalo, zda a jak byly ženy ovlivněny císařským řezem v péči o novorozence. Systém rooming-in, který je zaveden ve většině českých nemocnic, se snaží umožnit nepřetržitý kontakt mezi matkou a novorozencem za podmínek, že je matka schopna se postarat o novorozence, který je zcela zdravý (Hájek et al., 2014). Dle Gregory a Velemínského (2013) je pro ženy po císařském řezu tato celodenní péče o dítě velmi náročná. V tomto ohledu se názory respondentek lišily. Některé dotazované ženy (R1, R3, R5, R6) odpověděly, že novorozence chtěly mít u sebe po celou dobu pobytu v nemocnici, avšak ostatní dotazované ženy sdělily, že byly rády, když mohly novorozence alespoň na noc odvést na stanici fyziologických novorozenců.

Bakalářská práce se také zaměřuje na průběh šestinedělí v domácím prostředí. Všechny dotazované ženy uvedly, že potřebovaly pomoc od svého manžela, přítele či jiných rodinných příslušníků. Pomoc se týkala spíše nošení těžkých věcí například i autosedačky, jelikož ženy po císařském řezu jsou v tomto indisponované. Ovšem dotazované respondentky (R1, R2, R3, R5, R6) uvedly, že si mateřství užívaly a běžný provoz domácnosti (úklid, vaření, praní) zvládaly bez potíží.

Při rozhovoru bylo také zjišťováno, zda a jakým způsobem císařský řez ovlivnil život žen. Méně než polovina dotazovaných žen uvedla, že jejich život po zákroku byl omezen. Jedna respondentka (R1) uvedla, že jí nejvíce omezil v počtu dětí, jelikož s manželem chtěli mít více dětí, než jim nyní doporučil gynekolog. Ostatní ženy (R2, R7) uváděly ovlivnění po psychické stránce. Více jak polovina respondentek odpověděla, že je operační zákroku neomezil. Přesto většina žen z dotazovaných udala, že zvýšenou citlivost v jizvě pociťovaly ještě půl roku po porodu a některé tuto citlivost pociťují do dnes.

Největším zdrojem informací ohledně porodu, péče o jizvu, vstávání po porodu, cvičení po porodu, péče o novorozence pro respondentky byly odborníci,

ať už se jednalo o předporodní kurz, laktační poradkyni či porodní asistentky na stanici šestinedělí. Některé ženy z dotazovaných čerpaly informace také na internetu nebo od příbuzných či lidí z okolí.

Podle zjištěných informací z výzkumného šetření, lze konstatovat, že jsou jisté rezervy, kde by se dala kvalita ošetrovatelské péče o rodičky a o ženy v šestinedělí zlepšit. Podle odpovědí respondentek mají ženy po porodu stále zájem o komunitní asistentky či laktační poradkyně, které dojíždějí do domácího prostředí. Přesto, že je císařský řez velmi náročná operace, všechny dotazované respondentky s operačním zákrokem souhlasily a tuto volbu by neměnily, jsou vděčné porodním asistentkám i lékařům za záchranu jejich dětí.

6 Závěr

Tato bakalářská práce se zabývá názory žen na císařský řez z retrospektivního pohledu. Teoretická část byla zaměřena na císařský řez jako takový, v jednotlivých podkapitolách je popsána jeho historie, podmínky, za kterých se provádí a komplikace, jež mohou u tohoto zákroku nastat. Dále se zaměřuje na péči porodní asistentky o ženu před císařským řezem, po operačním výkonu a v průběhu šestinedělí. Neopomíjí ani novorozence a kojení po císařském řezu.

Výzkumná část byla zaměřena na ženy po císařském řezu. Byl stanoven jeden cíl a to zjistit názor žen na císařský řez, který proběhl před více jak rokem a méně než před pěti lety. Ze stanoveného cíle vplynuly čtyři výzkumné otázky. Pro zpracování výzkumné části bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření pomocí polostrukturovaných rozhovorů.

V průběhu rozhovorů s dotazovanými ženami byly zodpovězeny všechny výzkumné otázky. Výzkumné šetření se zaměřuje zejména na spokojenost žen s ošetrovatelskou péčí porodních asistentek před a po císařském řezu, dále na informovanost rodiček a také na omezení žen v šestinedělí či v běžném životě po této operaci. Z výzkumného šetření vyplývá, že ženy mají pozitivní názor na císařský řez, považují ho za nejlepší volbu v dané situaci, která byla uskutečněna pro záchranu jejich novorozence. Přestože většina respondentek před operačním výkonem pociťovala strach, jejich souhlas k císařskému řezu by ani dnes neměnila.

Ačkoliv téměř všechny ženy chtěly zvolit anestezii svodnou, po dohodě s anesteziologem musela většina z nich podstoupit celkovou anestezii. Respondentky byly nakonec s touto anestézií spokojeny, ale zároveň pociťovaly zklamání, jelikož přišly o nenahraditelný okamžitý kontakt a pohled na novorozence.

Velmi uspokojivý výsledek byl zaznamenán v ošetrovatelské péči porodních asistentek o ženy před a po císařském řezu. Téměř všechny respondentky byly maximálně spokojené s péčí porodních asistentek na porodním sále či stanici šestinedělí. Ženy si chválily dostatečnou informovanost, odbornost a příjemnou komunikaci s porodními asistentkami. Toto tvrzení se ovšem nepotvrdilo u dětských sester a jejich přístupu ke kojení, jelikož více jak polovina respondentek s nimi měla špatné zkušenosti. Pouze dvě ženy z dotazovaných kojily svého novorozence bez potíží.

Tento problém, na který poukazují výsledky bakalářské práce, lze odstranit lepší komunikací dětských sester s rodičkami. Tento přístup napomáhá především k lepší psychické pohodě žen, jež úzce souvisí s nástupem laktace a kojením. Dále je důležitá volba správné techniky kojení a brzké první přiložení novorozence k prsu. Právě brzký první kontakt matky a novorozence byl ženami velmi kladně hodnocen, jelikož u všech respondentek první přiložení k prsu proběhlo do dvou hodin po operačním zákroku.

Z výzkumného šetření dále vyplývá, že oblast operační rány či jizvy, byla pro dotazované ženy velice citlivá nejméně půl roku po porodu a některé pociťují nepříjemné pocity v oblasti operační rány do současnosti. Nicméně většina respondentek potvrdila, že bezprostředně po operačním výkonu pociťovala bolest snesitelnou i bez aplikace analgetik.

Více jak polovina žen uvedla, že je operační zákrok v péči o novorozence a v běžném životě neomezil, ale všechny využily během šestinedělí pomoci od rodinných příslušníků. Informace získávaly i od laktační poradkyně, která za ženami dojížděla do domácího prostředí. Z výzkumu vyplývá, že největší zdroj informací pro rodičky byly zejména porodní asistentky v dané nemocnici.

Je zřejmé, že by ženy pro záchranu jejich novorozence císařský řez podstoupily znovu i s omezeními, které s sebou tento výkon přináší. Většina respondentek je v současné době s tímto zákrokem smířená.

Výsledky této bakalářské práce mohou posloužit porodním asistentkám či dětským sestram jako inspirace pro zlepšení ošetrovatelské péče o rodičku před císařským řezem, po operačním výkonu, ale i v době šestinedělí v domácí péči či v gynekologických ambulancích. Tato práce může být také přínosem pro studentky porodní asistence pro jejich zlepšení v oblasti praxe. Výstupem bakalářské práce je informační leták, který bude sloužit pro informovanost těhotných žen ohledně císařského řezu.

7 Seznam zdrojů

1. BARASH PAUL, G., et al., 2015. *Klinická anesteziologie*. Praha: Grada. 6. vyd. ISBN 978-80-247-4053-9
2. BAŠKOVÁ, M., 2015. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5361-4
3. BEHINOVÁ, M., et al., 2012. *Nová velká kniha o mateřství*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2816-5
4. BLÁHA, J. et al., 2011. Císařský řez, ale jaká anestezie? [online]. *Praktická gynekologie* [cit. 2016-11-25]. 15 (3-4). 187-191 Dostupné z <http://www.ijrcog.org/?mno=46287>
5. BRÁZDA, J., 2015. *Druhy anestezi a co byste o ní měli vědět?* [online]. [cit. 2017-01-25]. Dostupné z <http://120na80.vitalia.cz/clanky/druhy-anestezie-a-co-byste-o-ni-meli-vedet/>
6. CIHLÁŘOVÁ, M., 2014. *Psychika ‚císařátek‘* [online]. [cit. 2017-01-25]. Dostupné z <http://spolek-agera.cz/psychika-cisaratek/>
7. ČESKÁ TELEVIZE, 2016. *Porod císařským řezem zřejmě přispívá k obezitě* [online]. [cit. 2017-02-11]. Dostupné z <http://1url.cz/ctFPy>
8. DVOŘÁKOVÁ, A., 2016. *Vaginální osidlování: Nový neuvěřitelný trend při císařských řezích* [online]. [cit. 2017-02-17]. Dostupné z <http://1url.cz/BtF51>
9. DISMAN, M., 2011. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0139-7.
10. DYNTR, J., 2012. *Pooperační jizvy* [online]. [cit. 2016-12-17]. Dostupné z <http://cs.medixa.org/nemoci/pooperacni-jizvy>
11. FIALA, L., 2011. *Císařský řez – záchrana nebo komplikace? Z dějin porodnictví* [online]. [cit. 2016-11-11]. Dostupné z <http://1url.cz/Vt2vd>
12. FIELD, A., HALOON, R., 2016. Complications of caesarean section [online]. *The Obstetrician & Gynaecologist* [cit. 2016-11-11]. 18, 265–72. DOI: 10.1111/tog.12280 Dostupné z <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/tog.12280/epdf>
13. GREGORA, M., 2013. Porod císařským řezem a jeho možná negativa pro novorozence. *Pediatric pro praxi*. 14 (6), 404-406. ISSN 1213-0494
14. GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ, M., 2011. *Nová kniha o těhotenství a mateřství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3081-3
15. GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ, M., 2013. *Čekáme dítětko*. Praha: Grada. Vyd. 2. ISBN 978-80-247-3781-2
16. GOEL, S., et al., 2013. Outcome of post caesarean pregnancy and comparison of maternal and foetal outcome following vaginal birth versus repeat caesarean

- section in u rural hospital [online]. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology* [cit. 2016-11-11]. 2 (1), 16-22. DOI 10.5455/2320-1770.ijrcog20130203. ISSN 2320-1770. Dostupné z: <http://www.ijrcog.org/?mno=34187>
17. HÁJEK, Z., et al., 2014. *Porodnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247- 4529-9
 18. HAN., 2013. *Dětem narozeným císařským řezem hrozí častěji alergie* [online]. [cit. 2017-01-11]. Dostupné z http://www.tyden.cz/rubriky/zdravi/deti/detem-narozenym-cisarskym-rezem-hrozi-casteji-alergie_262342.html
 19. HANÁKOVÁ, T., et al., 2015. *Velká česká kniha o matce a dítěti*. Brno: CPress. 2. vyd. ISBN 978-80-264-0755-3
 20. CHANGZHENG, Y., et al., 2016. Association Between Cesarean Birth and Risk of Obesity in Offspring in Childhood, Adolescence, and Early Adulthood. *JAMA Pediatrics*. 170 (11). doi:10.1001/jamapediatrics.2016.2385
 21. JANÍČKOVÁ, D., KŘIVÁNKOVÁ, D., 2011. Císařský řez z pohledu perioperační sestry. *Sestra*. 21 (2), 44. ISSN 1210-0404
 22. JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R., 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4412-4
 23. JIRÁSKOVÁ, V., 2012. *Kojení po císařském řezu* [online]. [cit. 2017-01-11]. Dostupné z <http://www.porody.net/2012/08/12/kojeni-po-cisarskem-rezu/>
 24. KLÍMA, J., et al., 2016. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-5014-9
 25. KOMÁR, M., 2011. Umí ženy ještě rodit spontánně? *Sestra*. 21 (3), 32-33. ISSN 1210-0404
 26. KOUDELKOVÁ, V., 2014. *Ošetrovatelská péče o ženy v šestinedělí*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-624-1
 27. KOUDELKOVÁ, V., 2008. Standard ošetrovatelské péče pro porodní asistenci č. 320. Příprava rodičky nebo těhotné ženy před plánovaným nebo neodkladným císařským řezem. In: SÁK, P., et al., 2008. *Standardy ošetrovatelské péče v porodní asistenci*. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice, s. 100-105. ISBN 978-80-254-3744-2
 28. MÁLEK, J., a kol., 2016. *Praktická anesteziologie*. Praha: Grada. 2. vyd. ISBN 978-80-247-5632-5
 29. MĚCHUROVÁ, A., 2013. *Současné názory na management odtoku plodové vody* [online]. [cit. 2016-12-17]. Dostupné z <http://1url.cz//rtVNz>
 30. MIHULKA, S., 2016. *Vylepšení císařského řezu: Mikrobi z vagíny pomohou novorozencům* [online]. [cit. 2016-12-17]. Dostupné z <http://1url.cz/OtF5F>
 31. MLČOCH, Z., 2011. *Jak se zbavit jizvy po císařském řezu – masti, masáže, enzymy, léčba* [online]. [cit. 2016-12-17]. Dostupné z <http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/texty/zdravi/jak-se-zbavit-jizvy-po-cisarskem-rezu-masti-masaze-enzymy-lecba>

32. MUNTAU, A., C., 2011. *Pediatric*. Praha: Grada. Vyd. 6. ISBN: 978-80-247-4588-6
33. NEUBERGEROVÁ, B., 2011. *Jizvu po císařském řezu poctivě masírujte* [online]. [cit. 2016-12-17]. Dostupné z <http://www.ordinace.cz/clanek/jizvu-po-cisarskem-rezu-poctive-masirujte/>
34. NOVÁKOVÁ, I., 2011. *Ošetrovatelství ve vybraných oborech*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3422-4
35. ODENT, M., 2016. *Císařský řez*. Praha: Maitrea a.s. ISBN 978 – 80-7500-227-3
36. PARLAMENTNÍ LISTY, 2013. *Vliv porodu na psychický vývoj jedince* [online]. [cit. 2017-02-17]. Dostupné z <http://www.parlamentnilisty.cz/zpravy/Vliv-porodu-na-psychicky-vyvoj-jedince-310120>
37. PAŘÍZEK, A., 2015. *Kniha o těhotenství a dítěti: [český průvodce těhotenstvím, porodem a šestinedělím]- Porod, kniha druhá*. Praha: Galén. 5. vyd. ISBN 978-80-7492-215-2.
38. PAŘÍZEK, A., DOLEŽAL, A., 2014. *Historie císařského řezu* [online]. [cit. 2016-11-11]. Dostupné z <http://www.porodnice.cz/clanky/historie-cisarskeho-rezu>
39. PETR, J., 2016. *Obnova mikrobiomu novorozenců po porodu císařským řezem* [online]. [cit. 2017-02-11]. Dostupné z <http://www.tribune.cz/clanek/38930-obnova-mikrobiomu-novorozencu-po-porodu-cisarskym-rezem>
40. PÍHOVÁ, D., KOČÍ, P., 2016. *Data: v Česku se zdvojnásobil počet císařských řezů. Může za to stáří rodiček nebo přístup lékařů?* [online]. [cit. 2017-02-11]. Dostupné z <http://1url.cz/dtFP8>
41. PLASTICARE s.r.o., 2013. *O vzhledu jizvy po císařském řezu často rozhoduje prvních pár měsíců*. [online]. [cit. 2017-02-11]. Dostupné z <http://plastickachirurgie.info/nejnovejsi-clanky/odstraneni-jizvy-po-cisarskem-rezu>
42. PODROUŽKOVÁ, K., MUKNŠNÁBLOVÁ, M., 2014. Ošetrovatelská péče o ženu po císařském řezu. *Sestra*.19, 9-10. ISSN 1210-0404
43. POSTRÁNECKÁ, B., 2015. *„Císařským řezem prosím.‘Jak a proč rodí Češky?* [online]. [cit. 2017-01-11]. Dostupné z http://relax.lidovky.cz/cisarskym-rezem-prosim-jak-a-proc-rodí-cesky-fmn-/zdravi.aspx?c=A150216_154815_ln-zdravi_ape

44. RADHAKRISHNAN, G., et. al., 2013. *Factors affecting “decision to delivery interval” in emergency caesarean sections in a tertiary care hospital: a cross sectional observational study* [online]. International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology [cit. 2016-11-11]. s. 651- 656. ISSN 2320-1789.
45. ROZTOČIL, A., a kol., 2008. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1941-2
46. SLEZÁKOVÁ, L., 2011. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3373-9
47. SMIČKOVÁ, E., 2011. Péče o jizvy [online]. [cit. 2016-12-17]. *Medicína pro praxi*. 8 (1), 31-33. Dostupné z <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/01/09.pdf>
48. ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2010. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN: 978-80-262-0644-6.
49. TAKÁCS, L., et al., 2015. *Psychologie v perinatální péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5127-6
50. VÁGNEROVÁ, M., 2012. *Vývojová psychologie. Dětství a dospívání*. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum. Vyd. 2. ISBN: 978-80-246-2153-1
51. ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4062-1
52. Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů [online]. [cit. 2017-01-11]. Dostupné z <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>

8 Přílohy

8.1 Seznam příloh a obrázků

Příloha 1 – Informovaný souhlas ke spolupráci

Příloha 2 – Otázky rozhovoru s respondentkami

Příloha 3 – Seznam tabulek a schémat

Příloha 1 – Informovaný souhlas ke spolupráci

Zdroj: Vlastní

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Informovaný souhlas týkající se bakalářské práce na téma: „*Názory žen na císařský řez z retrospektivního pohledu*“.

Žádám Vás o souhlas s poskytováním výzkumného materiálu pro výzkumný projekt ve formě rozhovoru. Výzkum probíhá pro účely zpracování bakalářské práce vedené na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské Univerzity v Českých Budějovicích. Cílem bakalářské práce je zjistit názory žen na císařský řez z retrospektivního pohledu (1-5 let po porodu).

Vzhledem k citlivosti zkoumané problematiky je důraz kladen na:

- (1) Anonymitu informantů – v prepisech rozhovorů budou odstraněny (i potenciálně) identifikující údaje.**
- (2) Mlčenlivost výzkumnice ve vztahu k osobním údajům o účastnících výzkumu.**
- (3) Jako informantka máte právo kdykoli odstoupit od výzkumné aktivity.**

Děkuji za pozornost věnovanou těmto informacím a žádám Vás tímto o poskytnutí souhlasu s Vaší účastí ve výzkumu.

Kovářová Kristýna

.....

Podpis:

V dne Podpis:

Příloha 2 – Otázky rozhovoru s respondentkami

Zdroj: Vlastní

1. Jaké jste měla pocity, při sdělení lékaře, že porod bude ukončen císařským řezem?
2. Byl Vám sdělen důvod provedení císařského řezu? Jakým způsobem Vám byla indikace sdělena? Kdo vám indikaci sdělil?
3. Kolik jste dostala informací o této indikaci? Byly pro vás tyto informace dostačující?
4. Jaké jste měla pocity před operačním výkonem?
5. Jakou jste zvolila anestezii a dle čeho jste se rozhodla pro danou anestezii?
6. Jak jste byla spokojená s péčí porodní asistentky před výkonem (s komunikací, podporou)?
7. Po jak dlouhé době a jakým způsobem Vám byl umožněn první kontakt s novorozencem?
8. Jak Vám šlo kojení? Měla jste s tím potíže?
9. Jak jste byla spokojená s péčí porodní asistentky po operačním zákroku (edukace v oblasti péče o jizvu, cvičení po porodu) ?
10. Měla jste pocit, že vás v péči o novorozence operační zákrok omezuje? Jak?
11. Jak dlouho jste pociťovala bolesti v ráně (jizvě)?
12. Omezil Vás operační výkon v běžném životě? Jak?
13. Jak jste zvládala péči o dítě i domácnost během šestinedělí? Pomáhal Vám někdo?
14. Kde jste nejčastěji sbírala informace?
15. Uvažovala byste při dalším otěhotněním o možnosti vaginálního porodu či císařského řezu?

Příloha 3 – Seznam tabulek a schémat

Tabulka 1 – Identifikační údaje respondentek

Schéma 1- Hlavní kategorie a podkategorie

Schéma 2 - Pocity žen před císařským řezem

Schéma 3 - Způsob sdělení indikace k SC

Schéma 4 - Informace o dané indikaci

Schéma 5 - Volba anestezie

Schéma 6 - Spokojenost s péčí PA před výkonem

Schéma 7 - První kontakt s novorozencem

Schéma 8 - Kojení

Schéma 9 - Spokojenost s péčí PA po výkonu

Schéma 10 - Omezení v péči o novorozence

Schéma 11 - Bolestivost rány (jizvy)

Schéma 12 - Omezení v běžném životě

Schéma 13 - Průběh šestinedělí

Schéma 14 - Zdroj informací

9 Seznam zkratek

EKG – elektrokardiograf

g – gramy

HIV - Human Immunodeficiency Virus

JIP – jednotka intenzivní péče

PA – porodní asistentka

PPKP – poloha podélná koncem pánevním

př. n. l. – před naším letopočtem

SC – císařský řez

tzv. – takzvaně