

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Císařský řez – perioperační ošetrovatelská péče při regionální a
celkové anestezii**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

MUDr. Miloš Velemínský Ph.D.

2011

Autor:

Šárka Mašková

Abstract

Caesarea section - perioperative nursing care during regional and total anesthesia

In my thesis I focused on perioperative nursing care for women with a caesarean section in regional and general anesthesia. The thesis is divided into a theoretical and research part. In the theoretical part of my thesis history, conditions, indications and contraindications, and also complications during a caesarean section performance are described. Information about anesthesia which is used for a caesarean section is also given. Conditions for general, epidural and spinal anesthesia administration are described. Advantages, disadvantages, indications, contraindications and complications of different types of anesthesia are also mentioned. A substantial part of the theoretical part is devoted to perioperative nursing care. The preoperative nursing care is described, the preparation for it is divided according to the type of anesthesia. Nursing care during the intraoperative and mainly postoperative phases is mentioned in detail.

The aim of my thesis was to identify differences in perioperative nursing care for women with a cesarean section in regional and general anesthesia. My work was also focused on women's level of awareness about possibilities of anesthesia for caesarean section. Another goal of my work was to make up standards of perioperative nursing care for women during a caesarean section delivery in regional and general anesthesia, which is administered in the delivery room.

Two hypotheses were stated. The first hypothesis is the supposition that women after a caesarean section need a different nursing care, which depends on the type of anesthesia administered. The second hypothesis is the supposition that women are adequately informed about the possibilities of anesthesia for a caesarean section. Quantitative research conducted through questionnaires was chosen to conduct the survey. Questionnaires were distributed to women after a caesarean section at the confinement department. Research results are shown in graphs. The both hypotheses were confirmed by the research investigation.

The research has revealed a new finding that women need different nursing care not only after a caesarean section, but also during the intraoperative phase. I used this finding to develop a standard of perioperative nursing care for women during a caesarean section delivery in regional and general anesthesia. The standard is designed

for midwives and is intended to improve nursing care for women in the course of a caesarean section delivery during the intraoperative phase.

The research has proved that women with a cesarean section need a different perioperative nursing care, which depends on the type of anesthesia administered. It is therefore necessary to differentiate between the two groups and provide them with a different nursing care. The research has also shown that women feel sufficiently informed about anesthesia for a caesarean section. Women's awareness is a prerequisite for a good cooperation with the patient and successful nursing and medical care. The nursing care provision according to the perioperative care standard will ensure a quality professional nursing care for women before, during and after a caesarean section.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma „Císařský řez - perioperační ošetrovatelská péče o ženu při regionální a celkové anestezii“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou 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 kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích, dne.....

.....
Šárka Mašková

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucímu práce panu MUDr. Miloši Velemínskému Ph.D. za jeho čas, ochotu a cenné rady při zpracování bakalářské práce. Jeho vedení a pomoci si velice vážím.

Obsah

Úvod.....	3
1 Současný stav.....	4
1.1 Císařský řez a ošetrovatelská péče.....	4
1.2 Císařský řez.....	4
1.2.1 Definice.....	4
1.2.2 Historie.....	5
1.2.3 Podmínky k císařskému řezu.....	6
1.2.4 Indikace a kontraindikace k císařskému řezu.....	6
1.2.5 Přehled operačních metod.....	9
1.2.6 Volba laparotomie.....	9
1.2.7 Technika provedení při supracervikálním transperitoneálním císařském řezu.....	9
1.2.8 Komplikace císařského řezu.....	10
1.3 Anestezie k císařskému řezu.....	12
1.3.1 Celková anestezie u císařského řezu.....	12
1.3.1.1 Výhody a nevýhody celkové anestezie.....	12
1.3.2 Epidurální anestezie.....	13
1.3.2.1 Indikace, kontraindikace, podmínky.....	14
1.3.2.2 Příprava a provedení epidurální anestezie.....	14
1.3.2.3 Komplikace epidurální anestezie.....	15
1.3.3 Subarachnoidální anestezie.....	16
1.3.3.1 Indikace, kontraindikace.....	16
1.3.3.2 Technika aplikace lokálního anestetika.....	16
1.3.3.3 Komplikace subarachnoidální anestezie.....	17
1.4 Perioperační ošetrovatelská péče.....	17
1.4.1 Předoperační ošetrovatelská péče.....	18
1.4.1.1 Předoperační příprava u celkové anestezie.....	19
1.4.1.2 Předoperační příprava u regionální anestezie.....	22
1.4.2 Ošetrovatelská péče v průběhu intraoperační fáze.....	23
1.4.3 Ošetrovatelská péče o ženu po císařském řezu.....	24
1.4.3.1 Monitorování základních funkcí.....	25
1.4.3.2 Management bolesti.....	25
1.4.3.3 Péče o výživu.....	27

1.4.3.4	<i>Péče o vyprazdňování</i>	28
1.4.3.5	<i>Péče o laparotomickou ránu</i>	29
1.4.3.6	<i>Péče o spánek a odpočinek</i>	30
1.4.3.7	<i>Mobilizace, aktivizace, rehabilitační cvičení</i>	31
1.4.3.8	<i>Kojení po císařském řezu</i>	32
1.4.3.9	<i>Psychologická rehabilitace</i>	33
1.4.3.10	<i>Pooperační vyšetření</i>	34
1.4.3.11	<i>Vybrané ošetrovatelské diagnózy vztahující se k císařskému řezu</i>	34
2	Cíle práce a hypotézy	36
2.1	<i>Cíle práce</i>	36
2.2	<i>Hypotézy</i>	36
3	Metodika	37
3.1	<i>Metodika práce</i>	37
3.2	<i>Charakteristika zkoumaného souboru</i>	37
4	Výsledky	38
5	Diskuze	78
6	Závěr	84
7	Seznam použitých zdrojů	86
8	Klíčová slova	89
9	Přílohy	90

Úvod

Císařský řez je nejčastější porodnickou operací, která ukončuje těhotenství a umožňuje porození dítěte břišní cestou v případě, kdy neprobíhá spontánní porod. Je možností pro záchranu zdraví a života matky i dítěte. Problematika císařského řezu je jedním z nejdiskutovanějších témat v současném porodnictví. V dnešní době se císařským řezem narodí každé čtvrté dítě. Důvody vysvětlující rostoucí počet císařských řezů jsou jak medicínské, tak psychologické a sociální. Proto je toto téma velice aktuální a zaslouží si nemalou pozornost. Bakalářskou práci jsem se proto rozhodla věnovat této problematice.

V posledních letech z anesteziologických technik k císařskému řezu lze volit mezi anestezií celkovou a regionální. Volba druhu anestezie je závislá na preferenci a zdravotním stavu ženy, na indikaci k operaci, stupni naléhavosti a nepochybně na úsudku a zkušenosti anesteziologa. Rozhodnutí o volbě anestezie musí být vždy přísně individuální. Cílem anestezie je zajistit bezpečnost a komfort ženy, dále minimalizovat neonatální depresi a vytvořit optimální pracovní podmínky pro porodníka.

Informovanost žen o možnostech anestezie je předpokladem dobré spolupráce s ženou a efektivní ošetrovatelské péče. Daleko lépe zvládá pooperační péči po císařském řezu žena, která je informována o povaze císařského řezu, anestezii a pooperační péči. Informace získá jak v kurzech přípravy na porod, tak v osobním předoperačním informativním pohovoru s porodníkem, anesteziologem a porodní asistentkou.

Ošetrovatelská péče o ženu před a po císařském řezu má svá specifika. Jak přesně o ženu pečovat od přijetí k výkonu až do propuštění domů je dnes specifikováno ošetrovatelskými standardy. Ošetrovatelské standardy jsou zárukou kvalitně odvedené ošetrovatelské péče.

1 Současný stav

1.1 Císařský řez a ošetrovatelská péče

V současné době zaznamenáváme nárůst frekvence císařských řezů. U nás kolísá mezi 17 až 20%. Císařský řez je jednou z nejstarších operačních technik. V minulosti byl tento zákrok spojen s vysokou mortalitou žen, z tohoto důvodu nebyl moc často prováděn. S vývojem medicíny, medicínských materiálů a technik se stal císařský řez nejčastěji prováděnou porodnickou operací.

Přesto je výskyt komplikací po provedeném císařském řezu u nás relativně nízký. Důvodů je mnoho a patří mezi ně dobrá zdravotně sociální situace naší ženské populace, vysoká erudice našich porodníků v technice provedení císařského řezu, zajištění antibiotiky, uterotoniky, krevními deriváty, nové kvalitní šicí materiály a další méně významné faktory. Mezi další důležitý faktor patří preoperační a perioperační zajištění výkonu moderní analgezií a anestezií. Výsledek operace však závisí také na perioperační ošetrovatelské péči.

Pooperační péče po císařském řezu svoji kvalitou výrazně přispívá k prevenci a eliminaci pooperačních komplikací. Hlavním cílem pooperační péče je snížení a eliminace mateřské mortality a morbidity. Cíle pooperační péče však nejsou pouze medicínského charakteru. Musí zlepšovat subjektivní vnímání pooperačního stavu ženou. Mělo by být potlačeno vnímání bolesti ženou a co nejrychleji a nejpříjemněji dosaženo její plné mobility. Dalším cílem je bonding mezi matkou a novorozencem. Jeho logickým vyústěním je plné kojení a zvládnutí péče o novorozence. Správně zvolená pooperační péče vede k dobré fyzické i psychické kondici matky (7, 8, 10).

1.2 Císařský řez

1.2.1 Definice

„Císařský řez (sectio caesarea) je nejčastější operací, kterou se ukončuje těhotenství ve třetím trimestru a porod“ (2, s. 514). Je to porodnická operace, při níž je plod extrahován z dělohy cestou břišní (2, 19).

1.2.2 Historie

Císařský řez patří mezi nejstarší porodnické operace. Antická mytologie uvádí, že Apolon zavraždil nevěrnou Coronis a vyňal z jejího těla syna Asclepia. Avšak velcí představitelé antické medicíny Galen a Soranus z Efesu operaci nepopsali. Ani největší z antických porodníků Hippokrates, který znal a používal porodnické operace, se o císařském řezu nezmínil. Až Římský zákon císaře Pompilia 715 př. n. l. ukládal povinnost provést císařský řez na ženě umírající, nebo právě zemřelé ve snaze zachránit život nenarozeného plodu. Tato indikace byla jedinou uznávanou až do druhé poloviny 16. století.

Přelomový je rok 1581, kdy byla publikována kniha francouzského chirurga Rousseta. Ten popisuje svědectví čtrnácti císařských řezů na živých ženách, které neskončily smrtí rodičky. Kniha obsahuje popis spektra těžkých porodnických komplikací, jsou zde vysvětleny specifické techniky operace. Roussete žádnou z operací sám neprovedl, ale svým literárním počinem prezentoval císařský řez jako perspektivu, která nemusí skončit smrtí rodičky.

Prvním skutečně věrohodně dokumentovaným císařským řezem byla operace provedená Jeremiášem Trautmannem v roce 1610, rodička zemřela 25 den po operaci. V 17. století byla mateřská mortalita císařského řezu zdrcující, je dokumentováno pouze 33 případů, kdy rodička přežila.

Další vývoj technik operace byl zaměřen zejména na jejich řešení. Jedním z prvních obhájců myšlenky císařského řezu byl Andre Levret. Doporučoval ukončit porod císařským řezem, pokud byl nepoměr mezi rozměry pánve a hlavy plodu. V této možnosti porodu spatřoval novou perspektivu. Položil základ indikace, která byla respektována jako jediná až do začátku 20. století.

O zvýšení bezpečnosti a tím i teoretické přijatelnosti operace se zasloužily dva významné objevy. Jednak objev etherové anestezie v roce 1848, dále pak princip antiseptiky a aseptiky, uvedené Listerem v roce 1868.

V roce 1876 italský porodník Porro definoval zásady nového postupu s využitím anestezie i antiseptiky. Fakticky tak uzavírá epochu císařského řezu jako experimentu a otevírá cestu k moderní operační technice. Dalším krokem na cestě k moderní technice císařského řezu byla účinná sutura hysterotomie, která byla prováděna od konce 18. století.

Vývoj techniky vedl ve snaze omezit infekční morbiditu k extraperitoneálnímu přístupu. Při tomto řezu se ukázalo velmi užitečné provést hysterotomii v oblasti dolního děložního segmentu. Původně vertikální směr incize nahradil Martin Munro Kerr v roce 1926 hysterotomií transverzální. Nutno ho považovat za zakladatele současné techniky císařského řezu.

První úspěšný císařský řez v indikaci krvácení za porodu provedl se zachováním dělohy Target v roce 1905. V dalších letech jsou definovány další indikace k císařskému řezu a to např. vcestné lůžko, plod v poloze koncem pánevním u primipar, deflexní polohy. Po druhé světové válce je to objev antibiotik, který umožňuje rozšíření indikací k císařskému řezu. S rozvojem perinatální medicíny, dochází k výraznému nárůstu frekvence této operace (13, 19).

1.2.3 Podmínky k císařskému řezu

Původní řada podmínek, jako např. dobré děložní kontrakce, prostupnost děložního hrdla byla opuštěna. Operace se musí někdy provádět i při dříve kontraindikovaných projevech infekce, je to však i dnes komplikace závažná. Při vitálním ohrožení matky může být nerespektován dříve stanovený požadavek živého a životaschopného plodu a operace se provede i při plodu mrtvém. Jedinou zásadní podmínkou je, že velká část plodu nemá být svým velkým oddílem vstouplá a fixovaná hluboko v pánvi. „Pokud je horní, zadní okraj spony stydké dosažitelný, jsou podmínky splněny. Ve výjimečných případech lze plod vybavit i při hlavičce vstouplé velkým oddílem s vaginální elevací hlavičky, prsty dalšího porodníka“ (2, s. 516, 1, 4).

1.2.4 Indikace a kontraindikace k císařskému řezu

Současných indikací k císařskému řezu je celá řada, některé se týkají především porodních cest, u dalších je v popředí celkový stav rodičky či plodu. Matka i plod jsou však v těhotenství a při porodu ve vzájemné interakci, a proto velká část indikací je společná. Akutnost indikace závisí nejen na závažnosti povahy patologického stavu, ale také na jeho stupni, jimi především je určován časový faktor pro přípravu a provedení operace.

Podle povahy indikací se císařský řez dělí na dva druhy. Primární (plánovaný) císařský řez znamená, že jeho indikace je předem známa a již v těhotenství je

rozhodnuto o jeho provedení (např. onemocnění matky, pánevní indikace). U sekundárního (neplánovaného) císařského řezu se indikace vyvinula akutně, kdy je nepředpokládaně ohrožena matka nebo plod, či oba zároveň.

Kefalopelvický a fetopelvický nepoměr. Tato indikace se týká nejen dnes vzácných velkých pánevních zúžení a deformit, ale především pánevních změn (hraniční zúžení, změna sklonu pánevní osy). Důležité je zhodnocení všech pánevních rovin, jedině tak se diagnostikuje zúžení v pánevním východu. Také velikost plodu, především jeho hlavičky, je spolurozhodující faktor o možném nepoměru. Vzácně by se dnes mohla stát překážkou pozdě zjištěná malformace plodu, zvětšující objem některé jeho části.

Vcestné překážky pro vaginální ukončení porodu, které způsobují zúžení porodních cest. To mohou způsobit pánevní patologie (tumory, exostózy, svalek), ale také vcestné myomy, ovariální tumory, tumory rekta, ren migrans. Překážky a změny v měkkých porodních cestách vedou nejen k zástavě porodu, ale mohou také následně poškodit rodičku. Jsou to především stenózy děložního hrdla zjizveného po plastických úpravách, varixy pochvy a vulvy, septa a stenózy pochvy.

Pelveolýza, symfyzeolýza. Spontánní porod, zvláště většího plodu, při rozvolnění pánevního pletence většího stupně, by mohl více zhoršit toto těhotenské onemocnění.

Stavy po operacích dělohy a v malé pánvi jsou další indikací. Jizvy děložní stěny, vzniklé např. po enukleaci myomu, operacích vrozených vad dělohy, mohou mít za následek rupturu dělohy, při následném těhotenství a porodu. Poševní plastiky, úpravy močové inkontinence, operace různých píštělí a pánevních úrazů mohou spontánní porod ohrozit. Stav po předchozím císařském řezu z důvodu hrozící ruptury dělohy, bolestivost v jizvě po předchozím s. c., větší hmotnostní odhad plodu.

Placenta praevia, která je zjištěná na ultrazvuku je indikace plánovaná. Při opakovaném a zvláště náhlém silném krvácení má indikace akutní povahu, patří sem placenta praevia cervicalis. Předčasné odlučování lůžka je také závažnou indikací při opakovaném a velmi silném zevním, nebo retroplacentárním krvácení.

Prodloužené těhotenství, po nezdařených opakovaných indukcích porodu. Poruchy vypuzovacích sil, primární a sekundární hypo, hyper a dyskinetické poruchy, které nejdu zvládnout konzervativně, mohou ohrozit matku i plod.

Dlouho odteklá plodová voda po nezdařených opakovaných indukcích a při počínajících příznacích rozvíjející se intraovulární infekce.

Plánovanou či náhle vzniklou indikací mohou být celková onemocnění ženy. Těžší anebo zhoršující se onemocnění jako např. diabetes mellitus, hypertenze, anebo nemoci orgánů, jako jsou nemoci srdce, plic, ledvin. Také při onemocněních cévních (aneurysma, čerstvá hluboká trombóza velkých cév), očních (těžký stupeň myopie se změnami na sítnici, sítnicové krvácení). Preeklampsie a následně léčená eklampsie jsou indikacemi často jednoznačnými. Horečka za porodu, tato indikace vyžaduje individuální postup a celkové zajištění antibiotiky.

Nepravidelné uložení plodu, jsou vzhledem k častým neodstranitelným příčinám důležitou indikací. Polohy příčné, šikmé, z deflexních poloh je primární indikací poloha čelní a obličejová, při nepostupujícím porodu i temenní. Dalším důvodem jsou také naléhání a výhřez ručky u polohy podélné hlavičkou, přední a zadní asynklitismus a vysoký přímý stav. U poloh koncem pánevním rozhoduje o indikaci především velikost plodu, porušené držení plodu (s výjimkou neúplného řitního), vysoko naléhající pánevní konec bez známek progresu, příznaky hypoxie, oligohydramnion, dlouhodobě odteklá plodová voda. Vícečetná těhotenství jsou častou indikací k ukončení těhotenství v případě jiné polohy dvojčete A a B než podélná hlavičkou, u větších plodů, u malých nezralých plodů.

Akutní a chronická tíseň plodu, retardace růstu plodu, akutní a chronická hypoxie plodu jsou nejčastějšími indikacemi. Naléhání a výhřez pupečníku zvláště při poloze podélné hlavičkou je situace velmi akutní. Dále těžký stupeň anémie plodu při Rh- izoimunizaci, nebo při fetomaternální transfuzi.

V dnešní době se často objevují sdružené indikace. Na rozhodování o indikaci se podílí věk těhotné, parita, předčasný porod, léčená sterilita a infertilita.

Mezi nejvzácnější indikace patří žena umírající a mrtvá. Plod může v děloze přežít až 20 minut.

Kontraindikací císařského řezu existuje několik. Obvykle se neprovádí, jestliže je plod mrtvý nebo je příliš nezralý, aby přežil. Důležitou kontraindikací jsou patologické hodnoty koagulace matky (2, 19, 20).

1.2.5 Přehled operačních metod

Supracervikální transperitoneální císařský řez jsou dnes nejvíce používané metody. Cervikokorporální císařský řez je veden ve střední čáře, jeho kraniální část zasahuje do oblasti děložního těla, druhá je v oblasti dolního děložního segmentu. Provádí se při zcela nerozvinutém dolním děložním segmentu u předčasných porodů. Korporální císařský řez se v současnosti provádí výjimečně. Řez je veden ve střední čáře od fundu směrem na přední stěnu. Nevýhodou je kontraindikace dalšího těhotenství pro nebezpečí ruptury dělohy. Extraperitoneální císařský řez, indikují porodníci při intraovulární infekci, aby zabránili průniku infekce do dutiny břišní. Extraperitoneální přístup se získává odpreparováním močového měchýře od přední děložní stěny (příloha 1).

1.2.6 Volba laparotomie

Dolní střední laparotomie se provádí jen v případech akutní indikace u obrovského nebo malformovaného plodu, u velmi obézních pacientek a také v původní jizvě po předešlých operacích. Řez je veden v sagitální rovině mezi pupkem a sponou v délce 10-12 cm. V ostatních případech se provádí příčná suprapubická laparotomie-Pfannenstielův řez. Řez je vedený poloobloukovitě asi 2 cm nad sponou s konkavitou směrem kraniálním. Příčně protíná kůži, ale i podkoží a fascii, podélně pak rozpreparovává přímé břišní svaly a ve stejném směru otevírá peritoneální dutinu (příloha 2).

1.2.7. Technika provedení při supracervikálním transperitoneálním císařském řezu

Nejdříve se protne viscerální peritoneum v místě, kde plica vesicouterina je před jejím úponem na přední děložní stěnu pohyblivá. Potom se provádí sesunutí této řasy a močového měchýře směrem ke sponě. Tak dochází k obnažení přední stěny dolního děložního segmentu. Zde se příčně krátkým poloobloukovitým řezem pronikne myometrem do děložní dutiny tak, aby nedošlo k poranění plodu. Řez se pak oběma ukazováky jemně rozšíří v pokračujícím poloobloukovitém směru kraniálně k děložním hranám, které musí zůstat neporušeny. Tento způsob se nazývá podle Gepperta a je u nás nejvíce používán. Následuje porušení vaku blan a rukou se velmi šetrně vybaví naléhající část plodu a elevuje se před operační ránu. Pak se pomalu porodí z rány celý plod a po odsátí horních dýchacích cest a po podvázání a následném přerušení

pupečníku se novorozenec předá do neonatologické péče. Po vybavení plodu následuje aplikace uterotonik a při dobré děložní kontrakci se manuálně vybaví placenta. Pak se zreviduje děložní dutina a operační rána na děloze. Pokud je vnitřní branka uzavřená, šetrně ji zeshora prstem mírně dilatujeme. Sutura myometria se provádí většinou v jedné, nebo dvou vrstvách pokračujícími stehy vicrylem. Plica vesicouterina se dnes většinou ponechává volně. Pak se vysuší břišní dutina, zrevidují se oboje adnexa a apendix. Po sečtení roušek a nástrojů následuje postupně sešití všech vrstev břišní stěny. Kůže se dnes většinou šije intradermálním plastickým stehem.

Někdy se na dolním děložním segmentu provádějí z různých důvodů jiné druhy řezů. U-řez, kdy poloobloukovitý tvar řezu je hlubší se zakončením rovnoběžným s děložními hranami. Provádí se ostře při málo rozvinutém děložním segmentu, zvláště u nezralých plodů. Longitudální řez v dolním děložním segmentu podélně otevírá dutinu děložní ve velmi malém rozsahu. Provádí se při zcela nerozvinutém dolním děložním segmentu při přerušení menších těhotenství- tzv. sectio caesarea minor. Delší řez je vhodný u větších plodů tam, kde je předpoklad k jejich záchraně. Spirální řez, esovitý průběh řezu respektuje průběh vláken myometria. Je prostornější pro vybavení naléhající části než řez poloobloukovitý. Nevýhodou je možnost nežádoucího prodloužení rány distálním směrem. Autorem tohoto řezu je český porodník Chmelík (2, 3, 17).

1.2.8 Komplikace císařského řezu

Ukončení těhotenství a porodu císařským řezem je pro ženu většinou náročnější než spontánní porod. Ve většině případů se provádí z akutních indikací, které vyžadují co nejrychlejší provedení výkonu. Často také nedovolí předoperační přípravu ženy, z důvodu naléhavosti výkonu. Možných komplikací je tedy celá řada.

Krvácení je nejčastější a nejnebezpečnější intraoperační komplikace. Může být jednak arteriálního původu v oblasti řečiště a. uterinae, nebo z venózních plexů zvláště při pánevní varikozitě. Velmi nebezpečné jsou poruchy hemokoagulace. „Nutné je rychlé a cílené kauzální řešení a včasná dostatečná krevní náhrada“ (2, s. 522). Zvláště náročné na zvládnutí jsou také relaparotomie, které řeší opakované pooperační krvácení do dutiny břišní.

Embolie. V průběhu operace se může vyskytnout vzduchová embolie, nebo embolie plodovou vodou. V pooperačním období je nebezpečná embolie při tromboflebitidě. „Před zavedením mikroheparinizace byla akutní plicní tromboembolie hlavní příčinou mateřských úmrtí“ (2, s. 523).

Poškození orgánů vzniká při rychlém či komplikovaném operačním postupu. Může být poškozen močový měchýř či klička tenkého střeva. Při zástavě krvácení hluboko v pánvi anebo při následné hysterektomii může být poraněn či podvázán močovod. Ve všech těchto případech je velice důležitá včasná diagnóza a ošetření poškozeného orgánu.

Pooperační hematoma vzniká při krvácení do ohraničených prostorů, např. subfasciální hematoma, krvácení pod plica vesicouterina. Řešení této komplikace je ošetření zdroje krvácení a někdy také drenáž.

Infekce jako pooperační komplikace může mít celou řadu forem. Od lokálního infektu v operační ráně břišní stěny či dělohy až po přestup infekce na parametria, adnexa, peritoneum. Následně se mohou rozvíjet i celkové septické projevy. Častá je i infekce močových cest.

Anesteziologické komplikace. Na jejich možném vzniku se podílí celá řada nepříznivých okolností. Vysoký stav bránice v těhotenství, zvýšená hladina progesteronu, vyšší kyselost žaludečního obsahu, náplň zažívacího traktu u nepřipravených rodiček, některé léky. Při celkové anestezii je nebezpečí laryngospasmu, riziková je neúspěšná intubace. Aktivní zvracení či pasivní regurgitace žaludečního obsahu mohou vést k jeho aspiraci do dýchacích cest. Epidurální anestezie má také své nevýhody, jako je zvracení, bolesti hlavy. Zvláště závažný je průnik anestetik do subarachnoidálního prostoru. Mohou pak vzniknout závažné celkové stavy, vyžadující resuscitaci a speciální péči.

Kýla v jizvě patří mezi nepříliš časté pozdní komplikace. Častěji vzniká po střední dolní laparotomii než po příčné suprapubické, predilekcí vzniku může být hojení per secundam nebo opakovaná laparotomie.

Z neonatologických komplikací je nutno zmínit poranění novorozence, ke kterému může dojít incizí skalpelem, nebo při jeho extrakci a to zejména u nezralého plodu. Také neodvratný předčasný porod a sním narušené adaptační mechanismy, respirační potíže způsobené zpomaleným vstřebáváním tekutiny v plicích (2, 17, 21).

1.3 Anestezie k císařskému řezu

Císařský řez je nejčastější prováděnou porodnickou operací. Za provedení císařského řezu nesou společnou odpovědnost anesteziolog a porodník. Jejich spolupráce může být až dramaticky komplikovaná časovou naléhavostí operačního výkonu. Asi polovina císařských řezů je plánových, druhá polovina jsou akutní, které jsou spojeny s vysokým rizikem anestezie. Z anesteziologických technik lze volit k císařskému řezu anestezii celkovou a regionální (neuroaxiální). Volba druhu anestezie je závislá na preferenci a zdravotním stavu ženy, na indikaci k operačnímu řešení, stupni naléhavosti a i na úsudku a zkušenosti anesteziologa. Oba postupy mají své přednosti i nevýhody, které jsou třeba brát v úvahu (21).

1.3.1 Celková anestezie u císařského řezu

Celková anestezie k provedení císařského řezu má v porodnictví stále široké uplatnění. Je metodou volby u kritických stavů, ke kterým dochází při akutním ohrožení matky či plodu. V rozhodující míře může přispět k optimálnímu průběhu operačního porodu, a to i bez negativního ovlivnění novorozence. Studiemi je potvrzen poznatek, že útlum novorozence celkovou anestezii je více určován délkou operačního zákroku než samotnou metodou znecitlivění. Při celkové anestezii pro císařský řez jsou vždy sledovány základní cíle, a to dosáhnout optimálních podmínek pro vedení porodu při zachovalém komfortu matky. Dále zajistit bezpečnostní kritéria u matky (prevence aspirace, hypoxie, hypotenze), udržet přiměřenou uteroplacentární perfúzi, minimalizovat vliv znecitlivění na základní životní funkce novorozence. V neposlední řadě poskytnout operátorovi pohodlí a klid k provedení výkonu (17, 21).

1.3.1.1 Výhody a nevýhody celkové anestezie

Nevýhody a rizika spočívají v tom, že metodika celkové anestezie pro císařský řez není ideálním postupem a může přinést závažné problémy. Vysoké riziko je podmíněno možností neúspěšné intubace, komplikované regurgitací či zvracením a následnou aspirací žaludečního obsahu. Laryngospasmus může přivodit až život ohrožující hypoxickou příhodu spojenou s oběhovým selháním. Transplacentární

přestup anestetik může působit supresivně na plod a z psychologického hlediska je rodička ochuzena o bezprostřední požitky z narození dítěte.

Výhodou celkové anestezie je, že poskytuje rychlý úvod do anestezie. Dále je technicky jednoduchá a vytváří excelentní operační podmínky s dokonalou svalovou relaxací. Na rozdíl od neuroaxiálního znečítlivění bývá při celkové anestezii menší výskyt hypotenzí a destabilizací oběhu. Výhodou je rovněž zabezpečení dýchacích cest s možností přiměřené ventilační podpory, tj. oxygenace matky i plodu.

Vedení celkové anestezie pro císařský řez má specifická rizika a typické odlišnosti, které musí být pečlivě zváženy a respektovány. Délka anestezie musí být co nejkratší. Jednotlivé kroky metody musí mít přesné časování (vybavení plodu v rozmezí účinnosti úvodní dávky anestetik). Anestezie musí být účinná a bezpečná, jejím cílem musí být minimalizace útlumu novorozence. V úvodu anestezie musí být provedena všechna opatření k prevenci zvracení, regurgitace a aspirace žaludečního obsahu. Součástí této metody anestezie musí být plánovitý algoritmus pro užití nouzových postupů při neúspěšné intubaci, anestezie musí zajistit dobrou hemodynamickou stabilitu rodičky a uteroplacentární perfúzi. Před úvodem celkové anestezie i v jejím průběhu musí být dosaženo optimální oxygenace i ventilace rodičky. K celkové anestezii se dnes přistupuje v situacích, kdy není možno provést neuroaxiální znečítlivění. Mezi příčiny lze uvést syndrom tísně plodu, velké předporodní krvácení s hypotenzí, extrémní obezitu, koagulopatie, překážkou může být infekce, neurologické onemocnění, nebo léze bederní páteře (17).

1.3.2 Epidurální anestezie

„Epidurální anestezie je přechodné přerušení nervových vzruchů podáním anestetika, analgetika do epidurálního prostoru v oblasti páteře“. (7, s. 257) Je možné ji provést v kterémkoli úseku páteře, ale z porodnického hlediska přichází v úvahu dolní hrudní a zejména lumbální oblast (17).

1.3.2.1 Indikace, kontraindikace, podmínky

Epidurální anestezii lze indikovat u jakéhokoli císařského řezu, kde nebyla shledána kontraindikace k epidurální anestezii. Je zejména vhodná u rodiček náchylných k syndromu maligní hypertermie, s podezřením na myastenii, s preeklampsii, s chorobami plic a dýchacích cest, a všude tam kde spolehlivé zajištění dýchacích cest během celkové anestezie by bylo obtížné či nemožné. Dále je vhodná u rodiček HIV pozitivních, protože minimálně zatěžuje imunitní systém, a u rodiček závislých na psychotropních látkách, neboť jim ušetří toxickou zátěž.

Kontraindikací je časová naléhavost výkonu, neboť provedení epidurální punkce a latence nástupu účinku anestetika vyžaduje nejméně dvacet minut. Alternativou pak může být anestezie subarachnoidální. Při neuroaxiální anestezii je podmínkou pohotovost plně funkčního narkotizačního přístroje s možností měření krevního tlaku, endotracheální intubace a umělé plicní ventilace. Nezbytností je základní možnost elektronického monitorování (17).

1.3.2.2 Příprava a provedení epidurální anestezie

Základem je, že rodička musí být psychologicky připravena a řádně informována o průběhu výkonu a o způsobu znecitlivění. Je vhodné rodičku upozornit na krátké fáze operace provázené určitým nepohodlím, snad i mírnou bolestí. Je nutné ujistit rodičku o tom, že nabízený způsob znecitlivění je opravdu účinný a spolehlivý a že anesteziolog má kdykoli možnost anestezii doplnit, bude-li to nutné. Výsledkem účinné psychologické přípravy je souhlas rodičky se způsobem anestezie. Znalost anamnézy a dosavadního průběhu porodu směřuje ke zjištění stavů, které by navrhovanou anestezii znemožňovaly nebo třeba jen znesnadňovaly. Medikamentózní příprava není nutná, potřebná farmaka je lépe podat nitrožilně podle potřeby. Kanylace žíly a aktivace monitorovacího systému je proto samozřejmostí. Pozornost je třeba věnovat profylaxi poklesu krevního tlaku vlivem vazodilatace z blokády sympatiku a proto je namíste nitrožilní aplikace roztoku elektrolytů, a to zásadně dříve než se anestezie plně rozvine. V poloze na zádech je rodička vždy vystavena nebezpečí útlaku dolní duté žíly a aorty hmotností těhotné dělohy, jejímž důsledkem jsou oběhové poruchy. Přitom poloha rodičky je základní podmínkou pro zdařilou punkci. Usnadní se tak flexe sousedních obratlů a pouze tak se zpřístupní cesta intervertebrálním prostorem. Punkci epidurálního prostoru je možné provést, pokud žena leží na boku nebo pokud sedí. „ Po uložení

rodičky do správné polohy je vhodné oblast páteře, kudy se povede vpich, pečlivě a v klidu prohmatat“ (17, s. 282). Místo vpichu je vhodné předem označit, aby po dezinfekci a zarouškování byla usnadněna orientace. Pohodlná pozice anesteziologa je důležitým faktorem pro technicky bezchybnou práci. Pro klidné provedení punkce je výhodná spolupráce s porodní asistentkou, která rodičku pomáhá udržovat v klidové poloze. Dezinfekce kůže se provádí peánem s tampónem namočeným v antiseptiku vždy spirálovým pohybem. Po té se provádí znečistlivění kůže, podkoží a částečně i vazivového aparátu. Pro volný pohyb Tuohyo jehly provádíme perforaci a dilataci anatomických struktur. Před vynětím dilatační jehly a hlavně po něm je bezpodmínečně nutné fixovat kůži prsty, aby nedošlo k jejímu posunu. Speciální Tuoyho jehlou pronikáme postupně kůží, podkožím, skrze ligamentum supraspinosum, lig. infraspinosum, lig. flavum a epidurální prostor, kam umístíme katétr (příloha 3). Po zavedení katétru fixujeme náplastí (17).

1.3.2.3 Komplikace epidurální anestezie

Komplikace se rozdělují na časné a pozdní.

Intoxikace je stav, kdy anestetikum pronikne do oběhu operantky. Vždy je příčinou nepoznaná injekce do epidurální cévy. Někdy ani pečlivá aspirace nevede k úplné jistotě o poloze jehly, proto je možné udělat test malým množstvím adrenalinu. Je-li podán do oběhu, vyvolá tachykardii.

Totální subarachnoidální anestezie nastává, jestliže objem anestetika, přiměřený pro epidurální anestezii, pronikne do subarachnoidálního prostoru. V důsledku většího množství lokálního anestetika nastává ztráta vědomí, útlum dechu a pokles krevního tlaku rodičky. Prevencí je správná technika punkce epidurálního prostoru, frakcionovaná aplikace lokálního anestetika, opakovaná aspirace před aplikací lokálního anestetika. Léčba spočívá v okamžité umělé plicní ventilaci kyslíkem, doplnění obíhajícího objemu náhradními roztoky, udržení krevního tlaku vazopresory, při srdeční zástavě kardiopulmonální resuscitace.

Vysoká epidurální anestezie ze špatného odhadu nutné dávky. Má podobné příznaky jako totální subarachnoidální anestezie, jen méně prudké, léčba je stejná. Zvracení bývá průvodním a častým jevem poklesu krevního tlaku. Léčba spočívá v podání antiemetik. Nechtěná punkce subarachnoidálního prostoru, jeli-včas

rozpoznána, neznamená nebezpečí. V této situaci je řešením opětovná punkce, ale lepší je aplikace subarachnoidální anestezie (17).

1.3.3 Subarachnoidální anestezie

Subarachnoidální anestezie je podání lokálního anestetika do mozkomíšního moku, do subarachnoidálního prostoru. Lokální anestetikum pak působí na nervové struktury bezprostředně (17).

1.3.3.1 Indikace, kontraindikace

Punkce subarachnoidálního prostoru je technicky jednodušší než punkce epidurálního prostoru. Vyvolává vysoce kvalitní analgezii s rychlým nástupem účinku, který je téměř okamžitý, je tedy vhodná i při urgentních výkonech. Oproti epidurální anestezii vyžaduje menší dávku anestetika, je tedy nižší pravděpodobnost farmakologického ovlivnění plodu a novorozence. Pro subarachnoidální anestezii s použitím opioidů je charakteristické, že zůstane zachována motorika. Dále nepůsobí nežádoucí hemodynamické změny v organismu rodičky. Proto je vhodná u těhotných s přidruženou komplikací a i v případě, kde je epidurální anestezie kontraindikována, jako např. u plicní hypertenze a onemocnění srdečních chlopní. Naproti tomu je nevhodná u degenerativních míšních chorob (roztroušená skleróza), (17).

1.3.3.2 Technika aplikace lokálního anestetika

Pro rozsah znecitlivění má zásadní význam hustota látky vztažená k hustotě mozkomíšního moku, z tohoto hlediska rozeznáváme různé techniky aplikace. Při hyperbarické má anestetikum vyšší hustotu než mozkomíšní mok, takže při poloze na zádech stéká vlivem tíže do hrudní kyfózy, kde setrvává a váže se na nervové struktury. Při izobarické má přibližně stejnou hustotu jako mozkomíšní mok, takže setrvává na místě aplikace. Rozsah anestezie se změnou polohy nemění, šíření lokálního anestetika probíhá jen difúzí. Aplikace hypobarická se nehodí pro císařský řez, používá se dnes výjimečně. Technika punkce je velmi podobná punkci epidurální. Rozdíl je v tom, že jehla musí proniknout tvrdou plenou a pavučnicí, v níž zanechává otvor. Otvorem pak proniká mozkomíšní mok do epidurálního prostoru (příloha 4). Takže může vzniknout

pokles tlaku mozkomíšního moku, který může vyvolat bolesti hlavy. Proto jsou důležité parametry jehly, tloušťka a tvar jejího hrotu velikost úniku moku zásadně ovlivňují (17).

1.3.3.3 Komplikace subarachnoidální anestezie

Subarachnoidální anestezie se neliší od epidurální anestezie ovlivněním krevního oběhu, dechu a fyziologických funkcí. Léčba komplikací je tedy stejná. Důsledkem ztráty mozkomíšního moku bývají bolesti hlavy, avšak v případě tenkých jehel k nim dochází zcela výjimečně. Tím že punkční jehla proniká tvrdou plenou a pavučnicí, porušuje se anatomicky důležitá bariéra ohraničující mozkomíšní mok a CNS, a tak je usnadněn vstup infekčních agens do mozkomíšního moku. Vzácnou komplikací je zanesení živé tkáně, zejména kožních buněk do mozkomíšního moku. „Buňky tam mohou růst jako v živném roztoku a po letech se chovat jako pseudotumor“ (s. 343, 17). Prevencí je dokonalé jednorázové instrumentarium (17).

1.4 Perioperační ošetrovatelská péče

Perioperační období je období před, během a po operaci. Zahrnuje tři fáze a to předoperační, intraoperační a pooperační. Předoperační fáze začíná rozhodnutím pro operaci a končí převozem pacienta na operační sál. V tomto období se pacient připravuje psychicky a fyzicky na operační výkon. Intraoperační fáze začíná převozem pacienta na operační sál a končí jeho přijetím na pooperační jednotku. Hlavní úlohou porodní asistentky v tomto období je zachovat bezpečnost pacienta. Pooperační fáze je čas, který následuje po operaci. Začíná přijetím pacienta na jednotku intenzivní péče nebo pooperační pokoj a končí úplným zotavením z operace. V průběhu pooperační péče je úkolem porodní asistentky udržovat tělesný systém ženy, pomoc zotavit se z anestezie, předcházet pooperačním komplikacím, zmírňovat bolest a nepohodu.

Ošetrovatelská péče je odborná činnost zaměřená na zachování, upevňování a obnovu zdraví jednotlivců i skupin. V porodnické problematice tuto péči poskytuje porodní asistentka. Zajišťuje většinu předoperační, intraoperační i pooperační péče o ženu. Operativní zákrok je nefyziologickým zásahem do organismu ženy, který může reagovat různými obrannými mechanismy. Proto je důležité poskytovat kvalitní péči s

ohledem na individualitu ženy a s cílem uspokojit všechny její somatické, psychické i sociální potřeby (3, 4, 15, 18).

1.4.1 Předoperační ošetrovatelská péče

Předoperační období začíná rozhodnutím pro operaci a končí převozem na operační sál. Hlavním úkolem v předoperačním období je připravit ženu fyzicky i psychicky na operaci. Operačnímu zákroku předchází předoperační příprava, jejímž hlavním cílem je snížit riziko operace na minimum a zabránit komplikacím. Rozsah předoperační přípravy je závislý na nemoci, která vedla k indikaci operace, na klinickém a laboratorním nálezu, druhu operačního výkonu, přidružených chorob, dosavadní tělesné a duševní kondici pacienta. Účelem předoperační přípravy je posouzení celkového stavu pacienta, ustálení nebo úprava odchylek, vytvoření optimálních podmínek k operaci, příprava operačního pole.

Předoperační přípravu rozdělujeme na všeobecnou, která se týká všech nemocných bez zřetele k onemocnění nebo druhu operace a speciální, ta závisí na druhu operace, věku a stavu nemocného. Dále ji dělíme na vzdálenou, blízkou, bezprostřední. Vzdálená příprava začíná vyslovením k operaci a zahrnuje základní vyšetření, speciální vyšetření, léčbu před operací, duševní přípravu. Blízká příprava se týká posledního dne před operací a týká se psychické přípravy, poučení pacienta o průběhu a všech úkonech perioperační péče, nácviku některých prvků pooperačního režimu, fyzické přípravy k operaci, dietního režimu, získání souhlasu k operaci, informování anesteziologa o způsobu anestezie. Bezprostřední příprava zahrnuje úkony, které se provádějí hodinu před operací, jako je hygiena, vyprázdnění, bandáže dolních končetin, měření fyziologických funkcí, zavedení permanentního žilního katétru, premedikace, odložení šperků a protetických pomůcek, příprava operačního pole.

Předoperační vyšetření zahrnuje klinické vyšetření ženy, při kterém se určují rizikové faktory pro operaci a získávají se údaje potřebné na pooperační péči. Základní předoperační vyšetření indikuje lékař, někdy je prováděno praktickým lékařem a žena přináší výsledky a závěry všech vyšetření sebou v den přijetí. Základem je podrobná anamnéza, doplněná fyzikálním vyšetřením a pomocnými vyšetřeními. Cílem je shrnutí potřebných anamnestických dat, výsledku fyzikálního vyšetření, včetně dlouhodobé medikace a potřebných konziliárních vyšetření při přidružených onemocněních. Doba platnosti předoperačního vyšetření je obvykle 14 dní za předpokladu, že nedošlo ke

změně zdravotního stavu. Lékař provádí fyzikální vyšetření s popisem stavu onemocnění, které k indikaci operace vedlo a provádí definitivní zhodnocení operační indikace. Dále hodnotí patologické změny vztahující se na chronická onemocnění a dosavadní tělesnou a duševní kondici ženy. Součástí tohoto vyšetření je i aktuální porodnický nález. Lékař dále ordinuje laboratorní vyšetření krve hematologické (vyšetření KO, krevní skupiny, Rh faktoru, základní koagulace), biochemický screening krve a moče, dále EKG, měření fyziologických funkcí. Na základě těchto vyšetření provede internista zhodnocení celkového zdravotního stavu ženy. Při zjištění abnormalit se provádí příslušná léčba. Je nutné upravit anémii, kompenzovat diabetes mellitus, léčit příznaky celkové infekce a také infekce lokální. Nutná je i léčba hypertenze a preeklampsie, předem se také zajišťuje příprava u žen s onemocněním orgánů (srdce, játra, ledviny) a závažnými onemocněními (např. lupus erytomatodes). Porodní asistentka je zodpovědná za provedení ordinací lékaře a zabezpečení všech laboratorních výsledků a vyšetření před operací. Po přijetí ženy, během hospitalizace provede ošetřující lékař další doplňující vyšetření a zajistí potřebná konzilia. Na celé přípravě se podílí anesteziolog, který spolu s lékařem určuje nejvhodnější způsob anestezie. Musí však brát v úvahu názor a přání ženy (2, 11, 18, 24, 25).

1.4.1.1 Předoperační příprava u celkové anestezie

Část císařských řezů se i v dnešní době, kdy se všeobecně dává přednost anestezii regionální, provádí v anestezii celkové. Celková anestezie je metodou volby u akutních kritických stavů, při kterých je ohrožena matka či plod. K celkové anestezii je nutno přistoupit v situacích, kdy není možno provést regionální anestezii. A v neposlední řadě na přání matky.

Žena přichází k hospitalizaci den před plánovaným výkonem. Porodní asistentka vyžádá předložení těhotenské průkazky a všech výsledků a závěrů provedených předoperačních vyšetření spolu se všemi potřebnými dokumenty (průkaz pojištěnce, občanský průkaz). Na základě těchto dokumentů provádí administrativní příjem a identifikaci ženy. Podle těhotenské průkazky a rozhovoru s ženou provádí sepsání sesterské anamnézy a všech potřebných dokumentů. Po té je natočen vstupní CTG záznam, změřeny fyziologické funkce ženy a vyšetření moče na bílkovinu a cukr. Lékař provádí sepsání lékařské anamnézy, zevní a vnitřní porodnické vyšetření, UZ vyšetření. Na základě těchto vyšetření určuje rozsah předoperační přípravy, způsobu premedikace,

podání léků. Součástí příjmu ženy je zajištění právní dokumentace, a to získání souhlasu k hospitalizaci (příloha 5), souhlasu s operačním výkonem.(příloha 6). Žena je lékařem řádně poučena o výkonu, jeho účelu, nutnosti, možných komplikacích a jeho průběhu.

Den před operací je žena řádně edukována porodní asistentkou. Porodní asistentka objasní ženě všeobecný časový rozvrh perioperačních výkonů. Žena je informována o dietním režimu a to tak, že nesmí přijímat potravu a tekutiny 8 hodin před operací, což znamená jíst naposledy večeri a tekutiny přijímat do půlnoci. Dále je žena informována o způsobech tlumení bolesti, jde především o to ženu ujistit, že existují způsoby odstranění bolesti a tím ženu zbavit strachu z bolesti. U celkové anestezie se jedná o medikamentózní přípravky a o různé relaxační techniky tlumení bolesti. Následují informace o pohybovém režimu a o způsobu vyprazdňování. Důležité jsou informace týkající se způsobu pomoci rodiny a přítomnosti partnera u porodu císařským řezem. V případě celkové anestezie musíme ženu upozornit na to, že přítomnost partnera na operačním sále není účelná, ale je možná jeho přítomnost u prvního ošetření novorozence. Dále ženě vysvětlíme, že z důvodu celkové anestezie není možnost prvního kontaktu s miminkem již na operačním sále.

Důležitý je nácvik některých prvků pooperačního režimu. Vzhledem k tomu, že ženy po celkové anestezii brzy pociťují bolest, porodní asistentka ukáže ženě způsoby, jak vstávat z postele a obracet se na posteli. Seznámí ženu s různými relaxačními technikami a předvede úlevové polohy na zmírnění bolesti. V rámci prevence TEN naučí ženu cviky s dolními končetinami. Nácvik hlubokého dýchání probíhá tak, že porodní asistentka nejdříve provede názornou ukázkou, a pak ženě pomůže při nácviku dýchání a odkašlávání. Po té ukáže ženě, jak chránit incizi, jestliže při odkašlání pociťuje bolest. Na závěr informuje ženu o častosti vykonávání uvedených cvičení.

Po celou dobu probíhá pravidelná kontrola fyziologických funkcí. Večer před operací provede žena celkovou hygienu a hygienu genitálu s použitím přípravku s antimikrobiálním účinkem. Pozornost věnuje mytí vlasů, odličení, odlakování a ostříhání nehtů. Odloží všechny šperky a protetické pomůcky. V rámci prevence TEN aplikuje porodní asistentka dle ordinace lékaře nízkomolekulární heparin.

Anesteziologické vyšetření probíhá konziliární návštěvou u lůžka ženy odpoledne před plánovaným výkonem. Anesteziolog seznámí ženu s předpokládaným způsobem anestezie. Dále získává co největší množství informací od ženy formou

předoperačního anesteziologického dotazníku (příloha 7). Žena ho vyplní a po té je předložen anesteziologovi v dostatečném předstihu. Součástí tohoto vyšetření je podepsání souhlasu s poučením a anesteziologickým výkonem (příloha 8). Po komplementaci vyšetření je anesteziologem ordinována premedikace. K premedikaci u celkové anestezie jsou užívány látky se sedativním, antiemetickým a vagolytickým účinkem.

Na závěr psychické i fyzické přípravy porodní asistentka seznámí ženu s dalšími postupy, které budou provedeny v den operace a po operaci. Zajistí ženě duševní klid a nerušený spánek. Po celou dobu vede porodní asistentka ošetrovatelskou dokumentaci a zaznamenává všechny provedené intervence.

V den operace zahajuje porodní asistentka bezprostřední přípravu k operaci kontrolou fyziologických funkcí (TK, P, TT, D) a provede zápis do dokumentace. Následuje monitorace stavu plodu. Po natočení CTG záznamu je zahájena příprava operačního pole. Operační oblast je oholena a dezinfikována podle zvyklostí pracoviště. Po té následuje vyprázdnění střev, porodní asistentka aplikuje ženě očistné klyzma a zdůrazní ženě nutnost tohoto výkonu. Až když je žena zcela vyprázdněná, provede hygienu osprchováním.

Porodní asistentka nesmí opomenout kontrolu předoperační přípravy jako je lačnění, odložení šperků a protetických pomůcek. Následně aplikuje ženě 30 minut před výkonem premedikaci dle ordinace ARO. Po aplikaci premedikace jsou změřeny fyziologické funkce a žena již nesmí vstávat z lůžka. V rámci prevence TEN provádí bandáže dolních končetin. Vyprazdňování močového měchýře se zajišťuje zavedením permanentního močového katétru. Vzhledem k nepříjemnosti tohoto výkonu se provádí až těsně před předáním na operační sál.

Všechny ordinace je nutné zaznamenávat do dokumentace i s časem jejich provedení. Porodní asistentka kontroluje a kompletuje potřebnou dokumentaci k výkonu a předává ji operačnímu týmu. Žena je na operační sál transportována nahá, zabalená do prostěradla, vlasy má kryté operační čapkou. Transport na operační sál se děje přes vstupní filtr pro pacienta a ženu převezme sálový personál a anesteziolog (9, 11, 17, 18, 24).

1.4.1.2 Předoperační příprava u regionální anestezie

Metody regionální anestezie doznaly v posledních letech v porodnictví značného rozšíření i při anestezii u operačního ukončení těhotenství císařským řezem. Výhody této anestezie jsou vyšší bezpečnost pro matku i novorozence. Ten je čilejší, což umožňuje rychlejší kontakt s matkou a nástup kojení. Podává se celkově méně léků, zajišťuje lepší pooperační analgézi a dovoluje časnou mobilizaci. Doprovod ženy může být přítomen u porodu.

Předoperační příprava v den před výkonem i při této anestezii začíná řádnou edukací porodní asistentkou a objasněním časového rozvrhu perioperačních výkonů. Informace o dietním režimu jsou shodné s celkovou anestezí. Dále je žena seznámena se způsoby tlumení bolesti, které se liší od anestezie celkové. Žena je poučena, že v případě subarachnoidální anestezie ucítí bolest až po uplynutí doby účinku anestetika. A v případě anestezie epidurální je možnost využití katétru pro pooperační analgézi.

Následují informace o pohybovém režimu, kde ženu poučíme o prvním vstávání. U žen s regionální anestezí je mobilizace časnější a snadnější. Poučíme o způsobu vyprazdňování, který je shodný s přípravou u celkové anestezie.

Důležité a povzbudivé jsou informace týkající se způsobu pomoci rodiny a přítomnosti partnera u porodu. Na přání ženy a po domluvě s lékaři a s anesteziologem může být partner přítomen u porodu císařským řezem. Ihned po vybavení fyziologického novorozence může být proveden bonding na operačním sále. Další kontakt s novorozencem je ženě umožněn po jeho prvním nejnnutnějším ošetření. Partner může být přítomen po celou dobu operace a bezprostředně po ní, je umožněn kontakt se ženou.

Nácvik prvků pooperačního režimu je stejný jako u anestezie celkové, s výjimkou prvního vstávání po operaci, to je pro ženu s regionální anestezí snadnější.

Kontrola fyziologických funkcí, hygienická péče a anesteziologické vyšetření je stejné jako u anestezie celkové, rovněž seznámení ženy s dalšími postupy, které budou provedeny v den operace a po operaci. Zajištění duševního klidu a nerušeného spánku je též důležité, stejnou pozornost věnuje porodní asistentka dokumentaci.

V den operace zahajuje porodní asistentka přípravu k operaci též kontrolou fyziologických funkcí a monitorováním stavu plodu. Vše zaznamenává do

dokumentace. Příprava operačního pole, vyprázdnění, hygiena před operací je stejná jako u anestezie celkové.

Premedikace s vagolitickým účinkem se většinou v případě regionální anestezie neaplikuje. U této anestezie je důležitá prehydratace ženy jako prevence poklesu TK. Porodní asistentka zavádí permanentní žilní katétr a aplikuje ženě infuzní roztok dle ordinace lékaře nejméně 30 minut před výkonem. Jsou změřeny fyziologické funkce, provedena monitorace ozev plodu, zabandážovány DK, zaveden permanentní močový katétr. Vše je zaznamenáno do dokumentace i s časem provedení. Dokumentace a transport ženy na operační sál je stejný jako u celkové anestezie.

Porodní asistentka po celou dobu ženu emocionálně podporuje. Vlídným a vstřícným přístupem může zmírnit strach a úzkost z operačního výkonu. Důležité je navázání vztahu důvěry mezi ženou a porodní asistentkou, který žena potřebuje, aby mohla vyjádřit obavy z operačního výkonu. Rozhovorem a průběžným podáváním informací o jednotlivých výkonech zajistíme spolupráci ženy a zmírníme pocit nejistoty z neznámého (9, 11, 18, 24).

1.4.2 Ošetrovatelská péče v průběhu intraoperační fáze

Intraoperační fáze začíná předáním ženy na operační sál a končí převozem na pooperační jednotku. Transport na operační sál se děje přes vstupní filtr pro pacienta. Ženu spolu s potřebnou dokumentací převezme sálový personál a anesteziolog. Probíhá kontrola identifikace ženy, kontrola ozev plodu a poučení týmu o přáních ženy.

Během operace asistují na operačním sále dva typy sester. Sterilní sestra (instrumentářka) a „cirkulující“ obíhající sestra. Úkolem instrumentářky během operace je včasné podávání potřebných nástrojů a ostatních pomůcek. V případě potřeby se podílí na asistování např. držení háků, odsávání.

Obíhající a anesteziologická sestra nejdříve provedou kontrolu předoperační přípravy ženy. Žena je pak uložena na operační stůl do správné polohy, to znamená poloha na boku jako prevence útlaku dolní duté žíly. K operačnímu stolu je žena řádně upoutána. Po celou dobu probíhá kontrola ozev plodu. Za sledování fyziologických funkcí je zodpovědný anesteziolog. Porodní asistentka však sleduje ženu a ozvy plodu při aplikaci regionální anestezie.

Po konečné úpravě polohy se dezinfikuje a sterilně zarouškuje operační pole. Cirkulující sestra pomáhá při rouškování a oblékání operační skupiny a v průběhu celé operace asistuje operační skupině podle potřeby. Spolu s anesteziologickou sestrou sleduje stav klientky.

Při regionální anestezii porodní asistentka udržuje s ženou slovní kontakt a sleduje celkový stav ženy. Po vybavení novorozence zajistí ženě podle jejího přání bonding nebo kontakt s dítětem. Na přání ženy může být přítomen na operačním sále i partner ženy.

V průběhu celého intaoperačního období pečuje porodní asistentka o psychiku ženy, do procesu péče o psychiku by měli být zapojeni všichni členové týmu. Měli by být schopni odpovídat na všechny dotazy, aby žena získala pocit důvěry. Žena je seznámena se všemi úkony již při předoperační přípravě, avšak nesmíme opomínat včas informovat ženu o dalších postupech, které budou následovat. Žena by měla být též seznámena se členy týmu a prostředím operačního sálu, minimalizuje se tak strach ženy a nejistota z neznámého (4, 7, 8).

1.4.3 Ošetrovatelská péče o ženu po císařském řezu

Pooperační fáze začíná přijetím ženy na jednotku intenzivní péče nebo pooperační pokoj a končí úplným zotavením z operace. V této fázi operace se všechny funkce organismu ženy vracejí k původnímu stavu. Hlavním úkolem porodní asistentky je udržovat tělesný systém ženy, pomoc zotavit se z anestezie, předcházet pooperačním komplikacím, zmírňovat bolest a nepohodu. Předání probíhá v předsáli operačního sálu, kde operační tým předá ženu i spolu s dokumentací porodní asistentce, která ověří stabilizaci stavu ženy. Pooperační péče se rozděluje na dvě fáze a to na bezprostřední pooperační péči a dlouhodobou pooperační péči.

Bezprostřední pooperační fáze se týká 1 až 2 dnů po operaci. V této fázi porodní asistentka monitoruje fyziologické funkce, sleduje stav vědomí, reakce na bolest, intravenózní vstupy a rychlost infuze, výdej moči permanentním močovým katétrem. Provádí kontrolu krvácení z rodidel, sleduje tuhost a výšku děložního fundu, odchod lochií (očistků), prosakování krytí rány. Pečuje o zaživací systém, poučí o dietním režimu a hygieně. Aplikuje léky, infuzní roztoky, transfuzní přípravky dle ordinace lékaře, provádí odběry laboratorních vzorků. Pečuje o spánek a odpočinek ženy. Důležitá je včasná mobilizace ženy, na kterou navazuje pooperační rehabilitace. Porodní

asistentka umožní ženě kontakt s dítětem a rodinou a po celou dobu ženu psychicky povzbuzuje.

Dlouhodobá pooperační péče navazuje na bezprostřední, je poskytována na oddělení šestinedělí a končí propuštěním ženy do domácího prostředí. V této fázi péče porodní asistentka zajišťuje měření fyziologických funkcí, hygienickou péči, kontrolu celkového stavu ženy, operační rány, vyprazdňování. Sleduje zahájení pooperační perorální výživy, řeší bolest a nespavost po vymizení účinku opiátů. Délka pobytu je závislá na celkovém zdravotním stavu ženy a na případných pooperačních komplikacích, běžně trvá 6. až 7. dní.

Cílem pooperační péče je snížit reakci pacienta na operační zátěž. Vhodnou ošetrovatelskou péčí je zajištěna maximální péče o ženu, dosažení jejího pohodlí. Hlavním smyslem cílené ošetrovatelské péče je navrácení schopnosti sebezpěče, uspokojení všech somatických a psychosociálních potřeb ženy (7, 11,18,21).

1.4.3.1 Monitorování základních funkcí

Bezprostředně po operaci jsou monitorovány fyziologické funkce. Krevní tlak, tepová frekvence jsou monitorovány centrálně a to po 15 až 30 minutách, po té po 1 hodině, následně po 3 hodinách, dále podle zvyklostí oddělení do stabilizace stavu. Tep je ještě sledován palpačně a to jeho pravidelnost a náplň, u dechové aktivity je sledována frekvence, pravidelnost, práce pomocných dýchacích svalů a bránice. Žena je ihned po převozu napojena na pulzní oxymetr. Posuzuje se stav kůže a sliznic, jejich barva a teplota je indikátorem tkáňové perfuze.

Důležité je sledování stavu vědomí. Hodnotí se stav zornic, orientace v čase, místě. Po celkové anestezii se žena probouzí tak, že nejdříve reaguje na stimuly, je ospalá, pak je již probuzená, ale dezorientovaná a potom teprve dochází k celkovému probuzení a orientaci (2,11,15, 21).

1.4.3.2 Management bolesti

Bolest je ryze subjektivní zážitek, na který každý reaguje odlišným způsobem a existuje vždy, kdykoli nemocný říká, že bolest má. Bolest je účelná jako varovný signál. Základem bolestivého vjemu je nocicepce, jsou to veškeré procesy, vyvolané aktivací nociceptorů. Výsledkem je uvědomění si bolesti jako sensorického vjemu. Dalším

stupněm modelu bolesti je psychická reakce na bolest. Posledním stupněm modelu je bolestivé chování, to je jediný objektivně pozorovatelný projev bolesti.

Při hodnocení bolesti musí porodní asistentka získat anamnézu bolesti a udělat fyzikální vyšetření, které je u ženy zaměřeno na fyziologické a behaviorální odpovědi na bolest. Při anamnéze bolesti je nutné získat údaje o lokalizaci, intenzitě, kvalitě a typu bolesti, faktory, které ji vyvolávají, doprovodné symptomy. Při zjišťování anamnézy bolesti musí porodní asistentka poskytnout ženě příležitost ke slovnímu vyjádření a vnímání bolesti. K hodnocení intenzity bolest používá různé vizuální analogové škály (příloha 9).

K programu zvládnutí bolesti patří snížení, nebo odstranění faktorů, které ji vyvolávají, anebo zesilují. Cílem je prevence, eliminace bolesti. Do léčby bolesti porodní asistentkou patří samostatné i kooperativní činnosti. Mezi neinvazivní metody se zařazují odpoutávací a relaxační techniky, regulované představy a určité techniky na stimulaci kůže. Neinvazivní techniky můžou porodní asistentky poskytovat samostatně, hlavní kooperativní činností je podívání analgetik. Základní úlohou porodní asistentky je vzít na vědomí bolest ženy, uvěřit jí, že bolest má, pomáhat osobám, které ženu podporují a odstranit, nebo poopravit nesprávné názory na bolest. Vyhodnocení léčby bolesti zahrnuje odpovědi ženy, změny bolesti a vnímání efektivnosti terapie bolesti. Součástí tohoto procesu je zpětná vazba ženy a její rodiny.

V souvislosti s císařským řezem bývá bolest největší po 12 až 16 hodinách po operaci a 2. až 3. den ustupuje. Při léčbě bolesti u žen po císařském řezu lze použít farmakologické i nefarmakologické postupy k jejímu odstranění nebo zmírnění. Z farmakologických metod se celkově podávají analgetika, opiáty (Dipidolor, Novalgin) 0. a 1. pooperační den. Aplikace může být intramuskulární, tak intravenózní. Po té je možno přejít na perorální analgetika, anebo již není analgetická léčba nutná. Dnes je velká většina císařských řezů prováděna v regionální analgézii. Výhodou je pooperačně ponechat zavedený epidurální katétr s kontinuální aplikací analgetik 24 hodin po operaci.

Žena by měla mít možnost vyjádřit se, zda si aplikaci analgetik přeje. Při odmítání léků na bolest ženou, by měla porodní asistentka ověřit, jestli původ jejího odmítání není strach z ovlivnění kvality mateřského mléka. V takovém případě je nutno

ženu poučit o účincích a bezpečnosti léků, které se používají v pooperační péči u žen po císařském řezu.

Z nefarmakologických metod je velmi účinná psychická aktivita ženy ve smyslu vnímání nové situace při narození dítěte. Posilujeme ji pravidelným kontaktem s novorozencem, rozhovorem se členy rodiny. Bolest je někdy i psychosomatický jev, proto je velmi důležitá psychická podpora ženy porodní asistentkou a rodinou (18, 21, 25, 26).

1.4.3.3 Péče o výživu

Výživa je biologickou, primární potřebou člověka, je nezbytným předpokladem udržování biologické homeostázy organismu. Pro život a zdraví je nezbytný příjem přiměřeného množství pevné a tekuté stravy.

Pooperační příjem potravy se řídí typem anestezie a pooperačním stavem ženy. Je nutné postupné zatěžování trávicího traktu. Současně se zohledňuje příjem kalorií pro potřeby regenerace ženy a nastupující laktace. Ta vyžaduje zvýšený přísun bílkovin a minerálů. Při volbě potravin je nutno myslet na střevní pasáž a podávat jídla nenadýmavá a nedráždivá. V operační den se podává pouze dieta 0S (čajová), první pooperační den dieta 0 (tekutá). Druhý pooperační den se podává dieta 1 (kašovitá), od třetího dne přechází žena na pevnou stravu, nejprve dieta 2P (šetřící, porodnická), poté dieta 3 (racionální).

Příjem tekutin je zajištěn od 0 dne po operaci aplikací 1500 až 2000 ml. infuzního roztoku. Po celkové anestezii žena nepřijímá 4 hodiny žádné tekutiny perorálně, pouze jsou jí otírány rty vlhkým mulem, nebo kousky ledu. Až když je žena při vědomí a má obnoven polykací reflex, může přijímat čaj po lžičkách. Při fyziologickém pooperačním průběhu nepotřebuje žena již první den po operaci aplikaci infuzní terapie. Hydratace organismu může probíhat per os, vypitím odpovídajícího množství tekutin. Příklad přísun tekutin nelze řešit paušálně, ale individuálně a dle stavu ženy, rozsahu výkonu a krevní ztráty. Porodní asistentka sleduje a zaznamenává příjem a výdej tekutin 24 hodin po operaci. Zaznamenává bilanci tekutin do dokumentace. V dalších dnech by měla mít přehled o příjmu tekutin a nabádat ženu k dostatečnému příjmu tekutin z důvodu kojení.

Výživa ovlivňuje nejen duševní pohodu a zdraví, způsob stravování se významně podílí na celkovém zdravotním stavu ženy a některých onemocněních (15, 21, 26).

1.4.3.4 Péče o vyprazdňování

Vyprazdňování je fyziologickou funkcí organismu a základní biologickou potřebou člověka. Z hlediska fyziologického zajišťuje pravidelné uspokojování potřeby vyprazdňování rovnováhu v organismu. Způsob uspokojování potřeby vyprazdňování je individuální. Kromě biologického hlediska vyprazdňování je nutné myslet na aspekty psychosociální. Psychická odezva neuspokojení potřeby vyprazdňování se může projevit různými negativními emocionálními stavy, jako např. napětím, nervozitou, úzkostí, strachem.

Při posuzování vyprazdňování v rámci ošetrovatelské anamnézy musí porodní asistentka přistupovat k ženě diskrétně, citlivě a s respektem. Vedení rozhovoru na toto téma vyžaduje vysokou profesionální úroveň, dostatečné komunikační znalosti. Porodní asistentka musí získat důvěru ženy, přistupovat ke každé ženě individuálně, volit vhodné otázky, projevit dostatek empatie.

Po císařském řezu je žena 12 až 24 hodin upoutána na lůžko. Proto má zavedený permanentní močový katétr po celou dobu imobilizace. Porodní asistentka pečuje o katétr, sleduje příjem a výdej tekutin, měří specifickou váhu moči. Po kompletní mobilizaci ženy se katetrizace ruší. Po odstranění katétru by se měla žena do 6 hodin spontánně vymočit. Pokud se tak nestane, může porodní asistentka pomocí aplikací tepla na podbřišek, zvukovými impulsy (proud vody), ponořením rukou do teplé vody. Pakliže jsou tato opatření neúspěšná, provede se jednorázová katetrizace močového měchýře. V dalších dnech je kontrolována frekvence močení, příměsi v moči, hlavně v prvních hodinách po odstranění katétru a celkové projevy infekce.

Po císařském řezu bývá snížena střevní motilita, ta má za následek oblenění střevní činnosti a vznik plynatosti. Jako prevence těchto stavů může lékař naordinovat první pooperační den parasympatomimetika. K první pooperační stolici by mělo dojít nejpozději 4. pooperační den. Častým problémem je zácpa, která vzniká z důvodu strachu z bolesti při zatlačení. Prevencí je časná rehabilitace, dietetická opatření, nenadýmavá strava, dostatek tekutin. Je důležité poučit ženu o časnou mobilizaci, konzumaci pestré stravy s obsahem vlákniny, potravin s projímavým účinkem,

dostatečném množství tekutin, dostatku pohybu, event. náviku defekačního reflexu. V ojedinělých případech je nutno přistoupit ke klyzmatu a projímavým lékům (15, 21, 26).

1.4.3.5 Péče o laparotomickou ránu

Cílem hojení laparotomické rány po císařském řezu, je hojení per primam. Primární hojení má tři stádia a to defenzivní, rekonstrukční a stadium dozrávání. Rána se hojí sekundárně, když má velký rozsah a vyskytuje se značná ztráta tkáně. Odlišuje se od primárního delším hojením, větším zjizvením a větší náchylností k infekci.

Inhed po ukončení operace je rána laparotomie kryta na 12 hodin sterilním krytím. Kromě krycí funkce má funkci komprese, sniží se tím tvorba podkožních sufuzí nebo vznik hematomu. Sterilní krytí je ponecháno na laparotomii 24 hodin, výměna se uskutečňuje nejčastěji při vizitě, kdy probíhá posouzení stavu laparotomie. Sleduje se celkový vzhled rány, zda nedochází k dehiscenci, sekrece z rány, otok, zčervenání, bolest. Od 1. pooperačního dne se rána ošetřuje otevřeně. Laparotomii žena sprchuje a umývá nedráždivým toaletním mýdlem a osuší ručníkem. Po té je rána ošetřena dezinfekčním roztokem. Na některých pracovištích je aplikována léčba hojení biolampou. Ženu porodní asistentka řádně poučí o použití biolampy a ošetřování laparotomické rány. Po každé sprše a dezinfekci žena aplikuje z 10 cm vzdálenosti po dobu 10 minut. Laparotomii neustále udržuje v suchu. Problém vzniká u obézních žen. V těchto případech se do kožního laloku s laparotomií vládá sterilní longeta. Intradermální steh se odstraňuje 6. pooperační den, u jednotlivých stehů se polovina odstraňuje 5. den, zbytek stehů pak 7. pooperační den.

Někdy je po císařském řezu zaveden chirurgický drén, který umožňuje odtok nadměrného množství tekutiny na podporu hojení tkání. Drény jsou nejčastěji zavedeny a přišity několik centimetrů od incize. U císařského řezu bývá nejčastěji použita Redonova drenáž. Okraje drénu jsou sterilně kryty, porodní asistentka sleduje prosakování sterilního krytí a pečuje o okolí drénu. Provádí výměnu krytí, tak že po odstranění použitých obvazů dezinfikuje okolí, posoudí celkový stav okolí drénu a přiloží nové sterilní krytí. Dále sleduje množství, barvu, charakter tekutiny v Redonově lahvi a kontroluje správnou funkci drénu. Provede záznam do dokumentace. Drény se extrahují většinou 3-4 den po operaci.

Po odstranění stehů začíná žena s péčí o jizvu. Je poučena o provádění jemné tlakové masáže k urychlení vstřebávání infiltrátu, protahování operační rány, které zabraňuje svrašťování jizvy. Ránu je nutné promašťovat krémem. Ženu poučíme o vhodných kosmetických přípravcích, které jsou určené k tomuto účelu, a zajistíme ženě vhodné edukační materiály (8, 11, 15, 21).

1.4.3.6 Péče o spánek a odpočinek

Spánek a odpočinek jsou nezbytné předpoklady pro zachování a udržení tělesného i duševního zdraví a mají pro organismus ochranný a regenerační význam. Pravidelný, dostatečný spánek pomáhá udržovat normální funkci CNS a je obranným mechanismem proti vyčerpání. Potřeba spánku a odpočinku jsou u každého individuální, závisí na denní aktivitě, na fyziologickém stavu organismu, na věku a dalších faktorech.

Po operaci je větší potřeba spánku a odpočinku než v běžném režimu. Je třeba více energie na zvládnutí denních aktivit, týkajících se sebepečce, na návrat k normálnímu zdravotnímu stavu. Zvýšené nároky je nutné respektovat. Hospitalizace, změna prostředí, nedostatek soukromí, intimity, klidu narušují spánek. Psychologické faktory jako jsou obavy, nejistota, stres, úzkost narušují pohodu ženy a vedou k nedostatečnému uspokojení potřeby spánku.

Ošetrovatelská anamnéza, kterou získává porodní asistentka, zahrnuje informace o spánku, pozorování ženy. Fyzikální vyšetření zahrnuje pozorování výrazu tváře, podrážděné chování, nepozornost, nedostatek energie, slabost. Porodní asistentka musí vhodně volit otázky na posouzení spánku a odpočinku. Obecné zásady pro zajištění kvalitního spánku a dostatečného odpočinku jsou vytvoření prostředí pro odpočinek a spánek. V systému roaming-in je zajištění klidného prostředí náročné. Porodní asistentka věnuje pozornost kooperaci s režimem dne neonatologického oddělení. Sama musí svoje aktivity rozvrhnout tak, aby nerušila odpočinek ženy. Ke zmírnění rušivého působení napomáhá zatmění pomocí žaluzií, zabezpečení příjemné tiché hudby, ztlumení světla, zhasnutí. Porodní asistentka se snaží podporovat spánkové návyky ženy. Důležité je zabezpečení pohody a relaxace upraveným lůžkem, masáží, polohou ženy.

U většiny žen po císařském řezu s dobrým pooperačním průběhem není nutné podávat hypnotika ani anxiolytika. Ve většině případů je možné, vyhnout se aplikaci

hypnotik vhodně zvolenými ošetrovatelskými intervencemi. Ženy na pooperačním pokoji jsou z důvodu monitorování a častého sledování ošetrojícím personálem rušeny v odpočinku a spánku. Ošetrovatelské výkony jsou prováděny s maximální šetrností a rychlostí. Při vyčerpání ženy a častých potřebách novorozence je možné uložit novorozence na observační box (15, 21, 26).

1.4.3.7 Mobilizace, aktivizace, rehabilitační cvičení

Časná tělesná aktivita po císařském řezu je základní činností k dosažení dobrého psychického a tělesného stavu. Pozvolná tělesná aktivita stimuluje cévní cirkulaci, zvyšuje činnost ledvin, vyprazdňování močového měchýře a motilitu gastrointestinálního traktu, zlepšuje hojení rány a napomáhá vylučování anestetik z organismu. Cílem rehabilitačních cvičení po císařském řezu je včasná mobilizace a tím zabránění vzniku pooperačních komplikací. Poporodní rehabilitační program ženy zahrnuje pooperační dýchání jak hrudní tak břišní, cvičební jednotky, speciální opatření k zabezpečení pohodlí a relaxace.

Bezprostředně po operaci je žena uložena v poloze na zádech s mírně pokrčenými dolními končetinami. V průběhu prvních několika hodin je lůžko opatřeno vhodnými pomůckami pro usnadnění pohybu na lůžku. Ihned vedle lůžka je umístěn stolek, na kterém by měla mít žena k dispozici flexibilní plastickou slámku k příjmu tekutin. Všechny další předměty by měly být ženě snadno na dosah. Udržení abdominálního svalstva v relaxaci s podporou ramen a hlavy na polštáři zvyšuje komfort ženy ihned po operaci, tato poloha je však po aplikaci regionální anestezie kontraindikovaná.

V den operace je třeba ženu polohovat každé dvě hodiny. V případě regionální anestezie leží žena na rovině 8 hodin. Ženu je třeba nabádat k cvičení s dolními končetinami také každé dvě hodiny (příloha 10). Svalové kontrakce zabraňují městnání krve v žilách, což je příčinou vzniku trombu a následně tromboflebitidy a embolie. Pohyb podporuje také proudění krve v cévách. Rovněž každou hodinu, nebo alespoň po dvou hodinách procvičuje hluboké dýchání a odkašlávání s fixací břišní stěny. Žena položí dlaně obou rukou vedle, nebo nad operační ránu a při zakašlání tlačí dlaněmi mírně dolů, aby zabránila zdvihání břišní stěny. Hluboké dýchání pomáhá odstraňovat hleny, které mohou zůstat v plicích, účinkem anestetik a analgetik. Protože jsou ženy v prvních hodinách spavé, je lepší nezatěžovat je dlouhým cvičením, ale cvičit krátce a

často. Je dobré, pokud jsou ženy poučeny o významu cvičení již z předoperačního období, kdy je vhodnou edukací proveden i názorný nácvik prvků pooperačního režimu.

Než začne žena chodit, je zapotřebí rehabilitace pánevního dna. Tato cvičení vyvolají u ženy dobrý tělesný i psychický stav, zlepšují pohyblivost a napomáhají znovuzískání dobrého držení těla. Časné a šetrné cvičení ubezpečuje ženu o dobré činnosti jejího svalstva a pevnosti sutury. V průběhu prvního a druhého pooperačního dne by měly být pohyby na lůžku a vstávání z lůžka pomalé. Zabrání se tak napětí břišní stěny s následným vznikem bolesti. Žena by si při vstávání měla podírat oblast laparotomie rukama nebo polštářem. Před vstáváním z lůžka je výhodné mít horní polovinu těla ve vertikální poloze. Ke zlepšení pohyblivosti na lůžku a k přemísťování mohou použít hrazdu nad hlavou. Při vstávání bude mít žena tendenci k předklonu, aby chránila svoji bolestivou přední stěnu břišní (příloha 11).

Žena po císařském řezu je snáze unavitelná. Může prožívat různé stupně emoční labilitu včetně negativních postojů vůči sobě a novorozenci. V tomto období potřebuje žena dostatek informací a psychologickou podporu, aby byla schopna realizovat svůj cvičební program. Potřebuje být také zabezpečena fyzioterapeutem, nebo porodní asistentkou, že bolestivost ustoupí a tělesná pohyblivost selepší s postupně se zvyšující tělesnou aktivitou a časnou zátěží. V neposlední míře musí být žena poučena o relaxačních technikách, které napomáhají k získání tělesné a duševní pohody. Pravidelná období relaxace napomáhají ženě vyrovnání se s negativními zážitky z těhotenství, porodu a časného šestinedělí (23, 26).

1.4.3.8 Kojení po císařském řezu

V prvních měsících života je kojení obzvláště důležité. Mateřské mléko obsahuje ve správném poměru všechny živiny. Kojení posiluje přirozenou imunitu, protože mlékem se přenášejí mateřské protilátky, kolostrum je také bohaté na protilátky. Mateřské mléko nezpůsobuje alergické reakce a vyvíjející se trávicí soustava novorozence mateřské mléko lépe tráví. Kojení má velmi důležitou funkci a to, že posiluje vztah matky a dítěte.

Za největší problém kojení po císařském řezu je považováno odloučení novorozence od matky. K tomu, aby se kojení rozběhlo je zapotřebí začít s kojením ihned, jakmile to situace dovolí. Důležitým předpokladem úspěšného kojení zůstává přiložení novorozence k prsu ihned po porodu. V případě regionální anestezie se první

přiložení provádí ještě na operačním sále, v případě celkové anestezie by měl být novorozenec přiložen ihned, jakmile se žena probere z narkózy.

Další problém při rozbíhání laktace je nemožnost mít novorozence u sebe na pokoji. Stav odloučení trvá různě dlouhou dobu. Všeobecně platí, žena po císařském řezu by měla vstávat z lůžka za 12 hodin. Většina žen první den po operaci leží na pooperačním pokoji a novorozenec je za ní přinášán v pravidelných intervalech. V dalších dnech pak žena leží na oddělení šestinedělí, některé porodnice mají ženu a novorozence u sebe na společném pokoji ihned, jiné dávají dítě k matce 3. až 4. den při úplné mobilitě ženy.

Poloha při kojení se volí vždy taková, aby ženě co nejvíce vyhovovala. Žena může kojit vleže, v polosedě, na boku či boční fotbalové poloze (příloha 12). Aby novorozenec netlačil ženu na jizvu, dává se na břicho ženy polštář, na kterém pak dítě leží, při poloze v polosedě se polštářem podkládají i kolena ženy. Císařský řez není v žádném případě překážkou kojení. Záleží však na pomoci a trpělivosti zdravotnického personálu, podstatné je i rozhodnutí ženy kojit. Někdy se kojení hned nedaří, proto by žena měla vědět, že střídání úspěchu a neúspěchu je zcela přirozené (6,16, 22).

1.4.3.9 Psychologická rehabilitace

Cílem psychologické rehabilitace ženy po císařském řezu je eliminace poporodního blues, zvýšení pocitu sebedůvěry a dosažení pocitu štěstí. Žena je v psychickém kontaktu s mnoha jedinci, jde o rodinné příslušníky, přátelé, známí, spolupacientky. Dále ovlivňují psychický stav ženy zaměstnanci zdravotnického zařízení. Ženy, které podstoupily porod císařským řezem, vyžadují často ještě větší emocionální podporu než ženy rodící vaginálně. Mají sice radost z narození dítěte, ale mohou cítit hněv nebo vinu za to, že se porod neodehrál přirozeným způsobem. Zcela normální je pocit úzkosti z neznámé, nebo nečekané události. Toto prožívání může být zmírněno včasným poučením ženy o procedurách v průběhu operace a o pooperačním režimu. Klidné a vlídné jednání, mírný tón hlasu a klidné prostředí ženu uvolní.

Důležitou součástí péče je péče o partnera a rodinu. Podle přání ženy je můžeme zapojit do edukace operačního výkonu a pooperační péče. Porodní asistentka si všímá i partnera a snaží se o co nejlepší psychický stav jak ženy, tak partnera. Partner je přítomen u většiny porodů císařským řezem, prováděným v regionální anestezii. V případě celkové anestezie je partner přítomen pouze u prvního ošetření novorozence.

Po porodu císařským řezem necháváme ženu, partnera a novorozence co nejdéle spolu a ihned, jak to situace dovolí. Povzbuzujeme ženu i partnera, aby mluvili o císařském řezu a snáze se mohli s touto situací vyrovnat. Porodní asistentka trpělivě naslouchá a odpovídá na otázky týkající se událostí spojené s porodem císařským řezem (15, 21, 23).

1.4.3.10 Pooperační vyšetření

Pooperační vyšetření ženy po císařském řezu se provádějí dle stavu ženy eventuelně dle závažnosti operačního výkonu a při vzniku komplikací. Patří mezi ně krevní obraz, biochemická, hematologická a mikrobiologická vyšetření. K zobrazovacím metodám je přistupováno pouze při vzniku komplikací. Denně je ošetřujícím lékařem a porodní asistentkou kontrolován psychický a tělesný stav ženy. Porodní asistentka dále sleduje krvácení z rodidel, výšku děložního fundu, tonus myometria a průběh děložní involuce, kvalitu lochií. Dále sleduje stav laktace, změny na dolních končetinách, edukuje ženu o hygieně. Aplikuje léky dle ordinace lékaře. Při současném způsobu provedení císařského řezu a vhodně zvolené ošetrovatelské pooperační péči je propuštění ženy s fyziologickým novorozencem ve většině případů možné již 5. pooperační den (15, 21).

1.4.3.11 Vybrané ošetrovatelské diagnózy vztahující se k císařskému řezu

00132 Akutní bolest je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka, který prožívá nepříjemnou bolest, jenž má intenzitu od střední k prudké a má náhlý nebo pozvolný nástup a je u ní předpoklad vymizení do 6 měsíců.

00146 Úzkost je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka s nejasným pocitem vnitřního nepokoje a s obavami, u kterých může být zdroj nespecifický nebo neznámý.

00095 Porušený spánek je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka s časem omezenou poruchou délky a kvality spánku přirozeného, periodického a dočasného přerušování vědomí.

00004 Riziko infekce je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka, který je zvýšeně ohrožen vstupem patogenních organizmů do těla.

00015 Riziko zácpy je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka ohroženého méně častou defekací, která je provázena obtížným nebo nekompletním vyprázdněním nadměrně tuhé a suché stolice.

00011 Zácpa je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka s méně častou defekací, která je provázena obtížným, nebo nekompletním vyprázdněním nadměrně tuhé stolice.

00104 Neefektivní kojení je standardizovaný název ošetrovatelského problému matky a dítěte s nespokojeností, anebo obtížemi při kojení.

00100 Opožděné pooperační zotavení je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka se zvýšeným počtem pooperačních dnů, které potřebuje k obnovení činnosti zdravého života, pohody.

00031 Neefektivní průchodnost dýchacích cest je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka, který trpí neschopností odstraňovat sekrety nebo překážky z dýchacího traktu za účelem udržení volných dýchacích cest.

2 Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cíl 1

Zjistit rozdíly v perioperační ošetrovatelské péči u žen s císařským řezem při regionální a celkové anestezii.

Cíl 2

Zjistit míru informovanosti žen o možnostech anestezie při císařském řezu.

Cíl 3

Vytvořit standard perioperační ošetrovatelské péče o ženu při porodu císařským řezem při regionální a celkové anestezii.

2.2 Hypotézy

Hypotéza 1

Ženy po císařském řezu potřebují rozdílnou ošetrovatelskou péči, která se odvíjí od typu podané anestezie.

Hypotéza 2

Ženy jsou dostatečně informovány o možnostech anestezie při císařském řezu.

3 Metodika

3.1 Metodika práce

K výzkumu rozdílů v perioperační ošetrovatelské péči u žen s císařským řezem při regionální a celkové anestezii a míry informovanosti žen o možnostech anestezie při císařském řezu byl použit kvantitativní výzkum, prováděný pomocí dotazníků. Dotazník obsahoval 24 otázek a byl rozdáván ženám po císařském řezu na oddělení šestinedělí. Metoda prováděná pomocí dotazníků byla vybrána, protože poskytuje velké množství dat za poměrně krátkou dobu a je zachována anonymita žen.

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

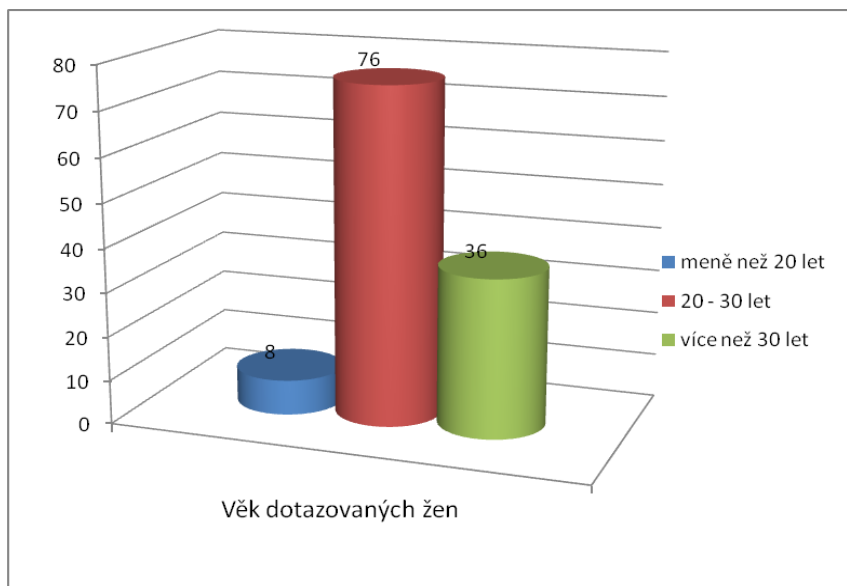
Základní soubor tvoří ženy po císařském řezu. Dotazníky byly rozdávány na oddělení šestinedělí v nemocnici Příbram a. s. v období od měsíce prosince do měsíce dubna roku 2011.

Celkem bylo rozdáno 150 dotazníků, vrátilo se 144 dotazníků a 8 dotazníků bylo nedostatečně vyplněno. Z konečného počtu 136 dotazníků, byl vybrán stejný počet žen, které podstoupily regionální a celkovou anestézii, k výzkumu byl tedy použit konečný soubor 120 dotazníků. Úvodní otázky jsou identifikační (věk, vzdělání). Další se týkají rozdělení podle typu anestezie, údajů ohledně typu císařského řezu a situací, které mohly ovlivnit ošetrovatelskou péči a informovanost žen (návštěvy těhotenské poradny, kurzů). Následují otázky, které jsou zaměřeny na míru informovanosti žen o anestezii při císařském řezu a jejich subjektivní pocity dostatečné informovanosti. Podstatná část otázek se týká ošetrovatelské péče o ženy po císařském řezu.

Výsledky výzkumu jsou znázorněny v grafech. Grafy ukazují vždy počet žen odpovídajících na danou otázku. Pod grafem jsou popsány získané údaje v absolutních i relativních hodnotách. U grafických znázornění odpovědí na otázky, kde měly ženy možnost zvolit více odpovědí, relativní hodnoty uvedeny nejsou.

4 Výsledky

Graf 1



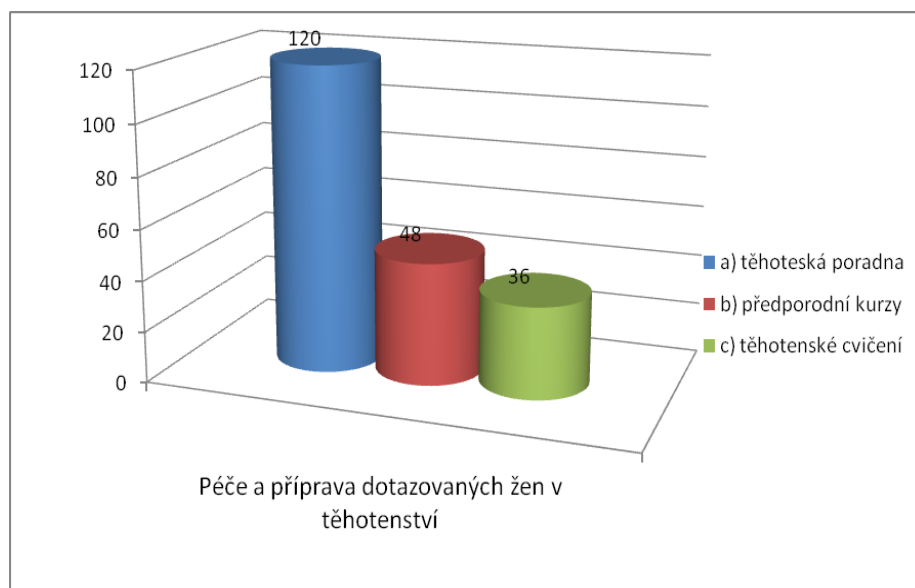
Graf 1 znázorňuje odpovědi na 1 otázku dotazníku, kde bylo zjišťováno, do jaké věkové kategorie ženy patří. Pouze 8 ženám bylo méně než 20 let (7%), 20-30 let bylo 76 ženám (63%) a 36 ženám (30%) bylo nad 30 let.

Graf 2



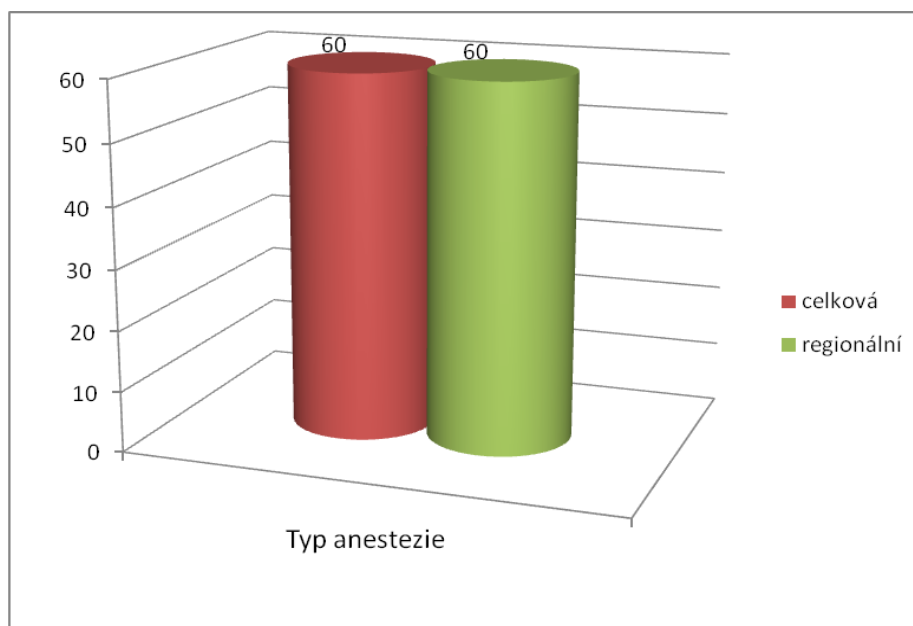
Graf 2 je zaměřen na vzdělání dotazovaných žen. 12 žen (10%) uvedlo jako své nejvyšší ukončené vzdělání základní, 28 žen (23%) má střední vzdělání bez maturity, 44 žen (37%) má střední vzdělání s maturitou a 36 žen (30%) má vysokoškolské vzdělání.

Graf 3



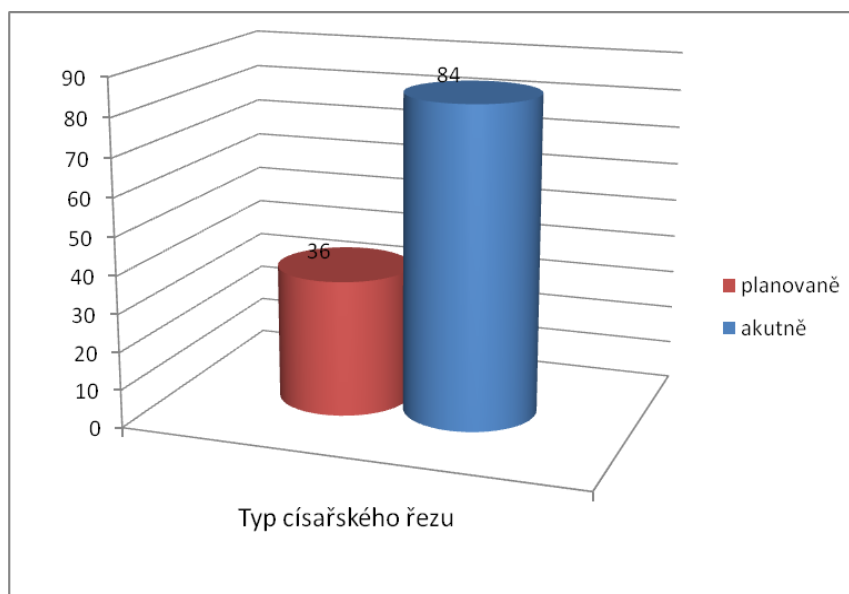
Graf 3 popisuje, zda ženy pravidelně navštěvovaly těhotenskou poradnu, předporodní kurzy, těhotenské cvičení. Ženy měly možnost v otázce volit více odpovědí. 120 žen pravidelně nevěštvovalo těhotenskou poradnu, 48 žen chodilo na předporodní kurzy a 36 žen na hodiny těhotenského cvičení.

Graf 4



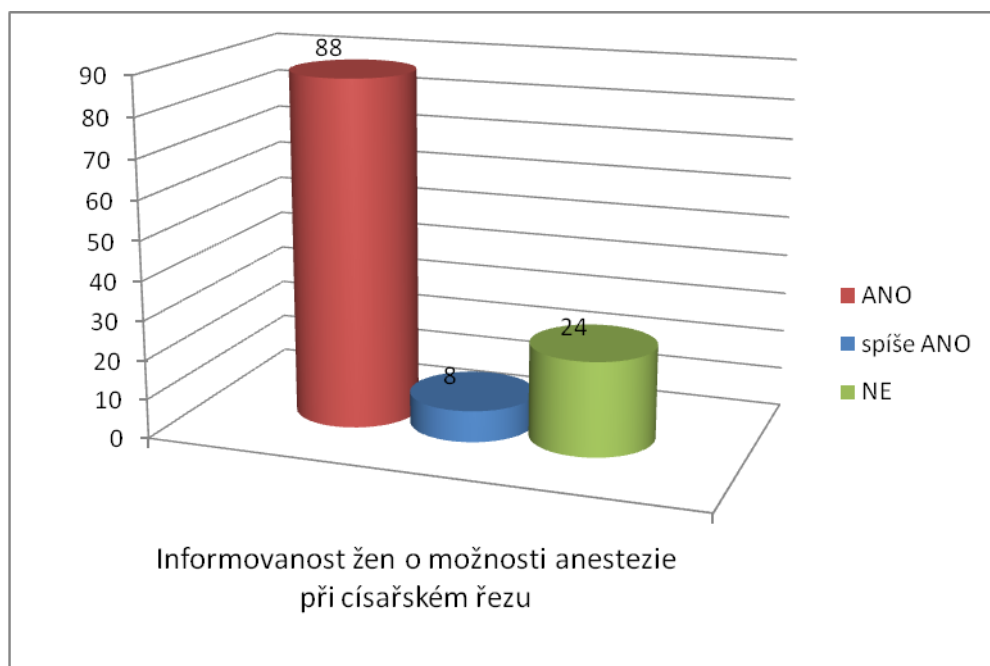
Graf 4 znázorňuje odpovědi na otázku 4 dotazníku, kde bylo zjišťováno, jaký typ anestezie ženy při operaci podstoupily. 60 žen (50%) uvedlo, že podstoupilo celkovou anestezií a 60 žen (50%) regionální anestezií.

Graf 5



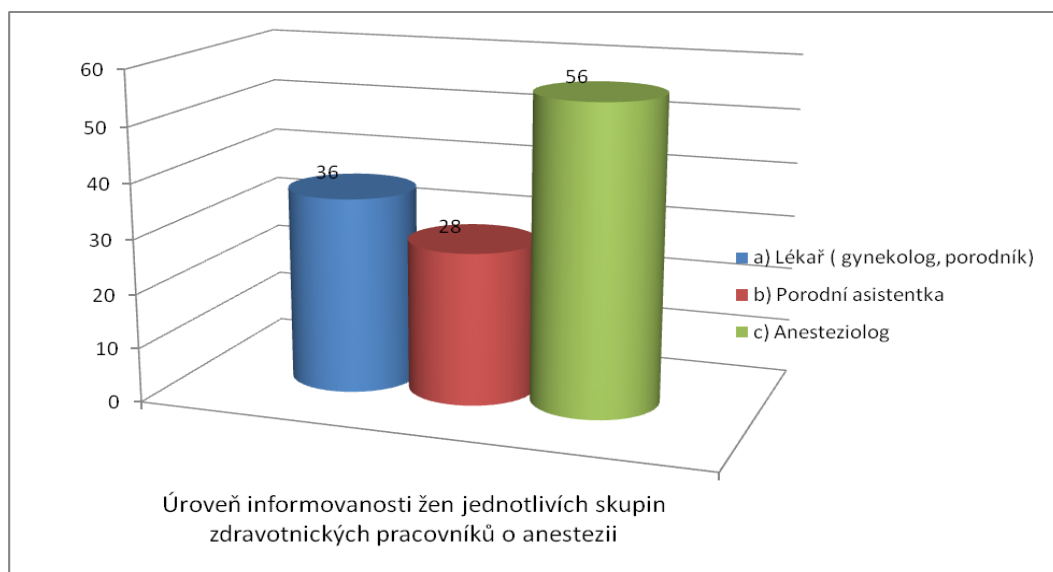
Graf 5 popisuje, jaký typ císařského řezu podle indikace ženy podstoupily. U 36 žen (30%) byl císařský řez proveden plánovaně, 84 žen (70%) podstoupilo císařský řez z akutní indikace.

Graf 6



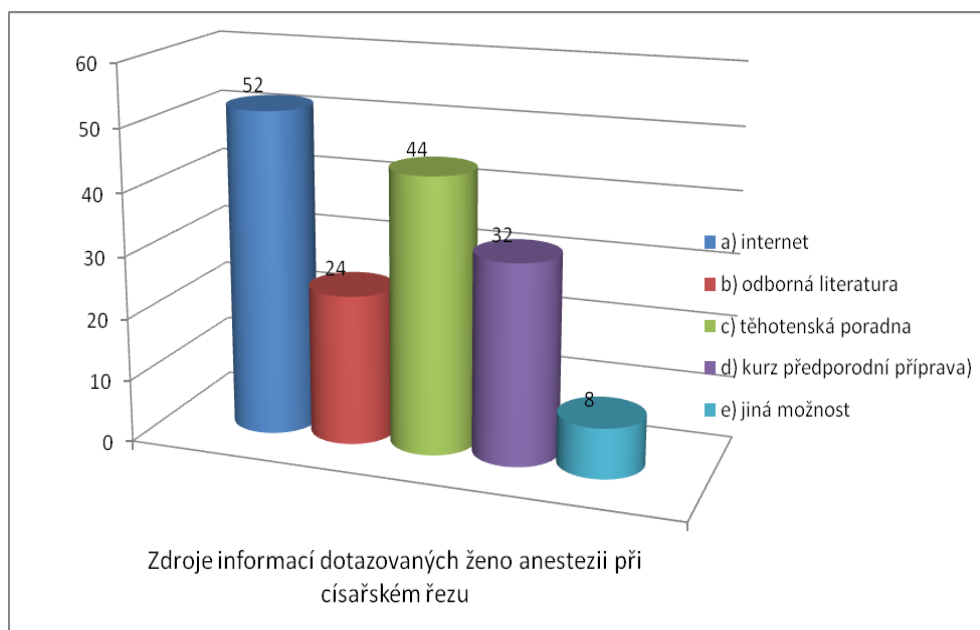
Grafem 6 je popisována situace, zda byly ženy dostatečně informovány o možnostech anestezie při císařském řezu. 88 žen (73%) odpovědělo ano, 8 žen odpovědělo spíše ano (7%) a 24 žen odpovědělo ne (20%).

Graf 7



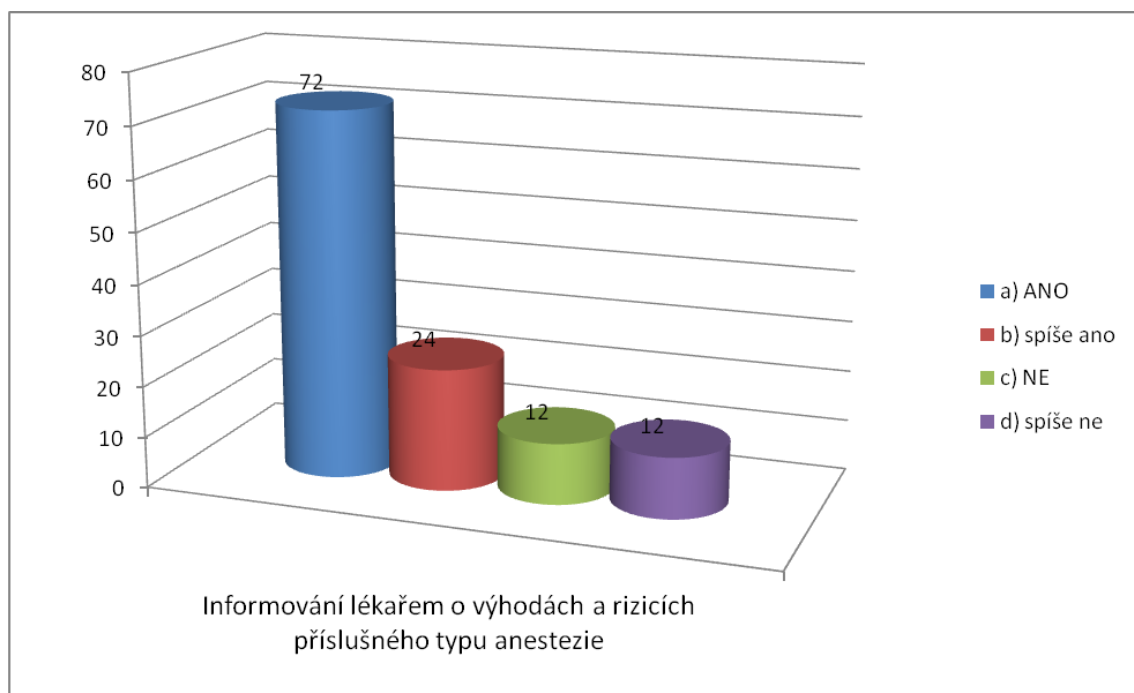
Graf 7 popisuje skutečnost, která z jednotlivých skupin zdravotníků nejlépe informovala ženy o anestezii při císařském řezu. 36 žen (30%) se cítilo nejlépe informováno lékařem gynekologem, 28 žen (23%) porodní asistentkou a 56 žen (47%) anesteziologem.

Graf 8



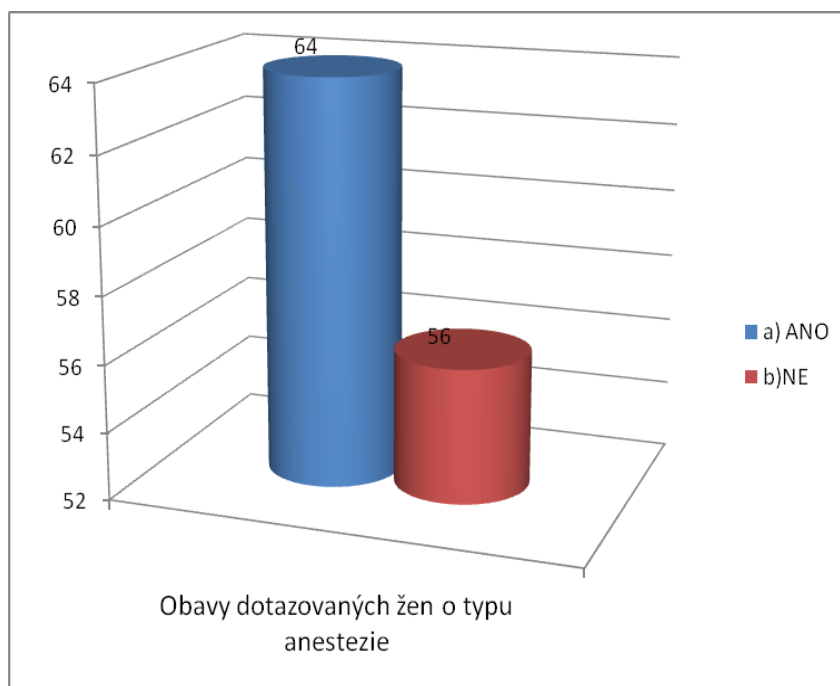
Graf 8 znázorňuje, jakým způsobem ženy samy získávaly informace o anestezií při císařském řezu. Ženy měly opět možnost zvolit více odpovědí. 52 žen se o anestezií při císařském řezu informovalo na internetu, 24 v odborné literatuře, 44 v prenatální poradně, 32 v kurzu předporodní přípravy a 8 žen uvedlo, že se o anestezií neinformovaly.

Graf 9



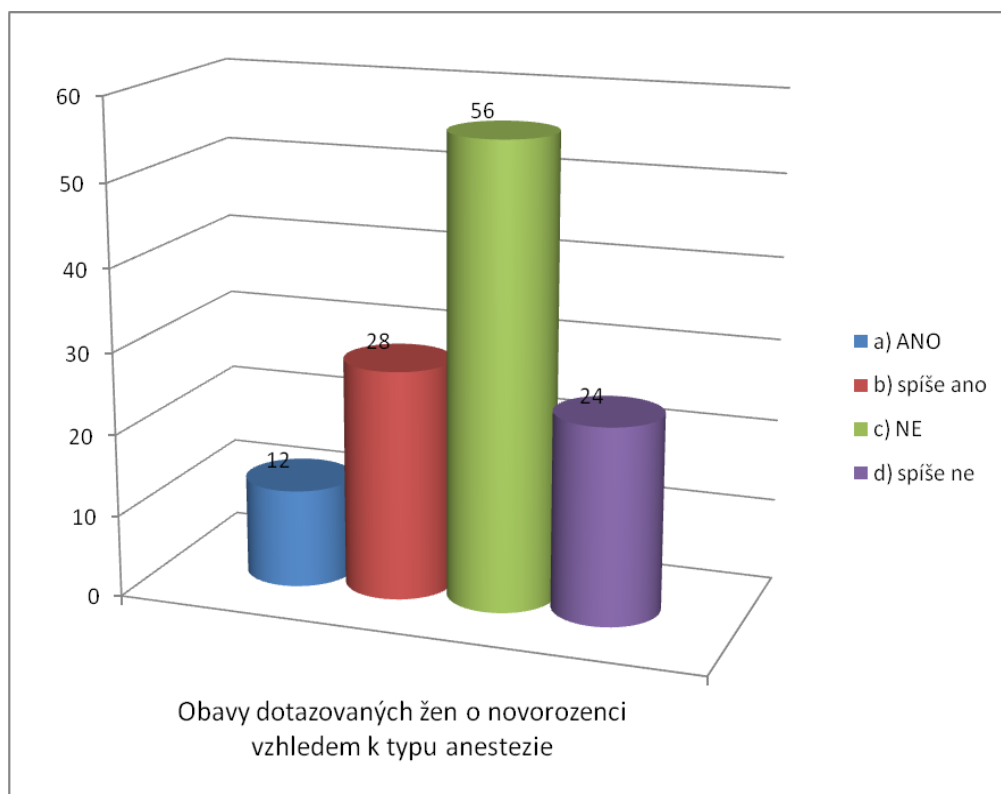
Graf 9 znázorňuje poučení o výhodách a rizicích jednotlivých typů anestezie lékařem. 72 žen (60%) odpovědělo, že bylo dostatečně poučeno lékařem o výhodách a rizicích anestezie, 24 žen (20%) odpovědělo spíše ano, 12 žen (10%) odpovědělo ne a 12 žen (10%) spíše ne.

Graf 10



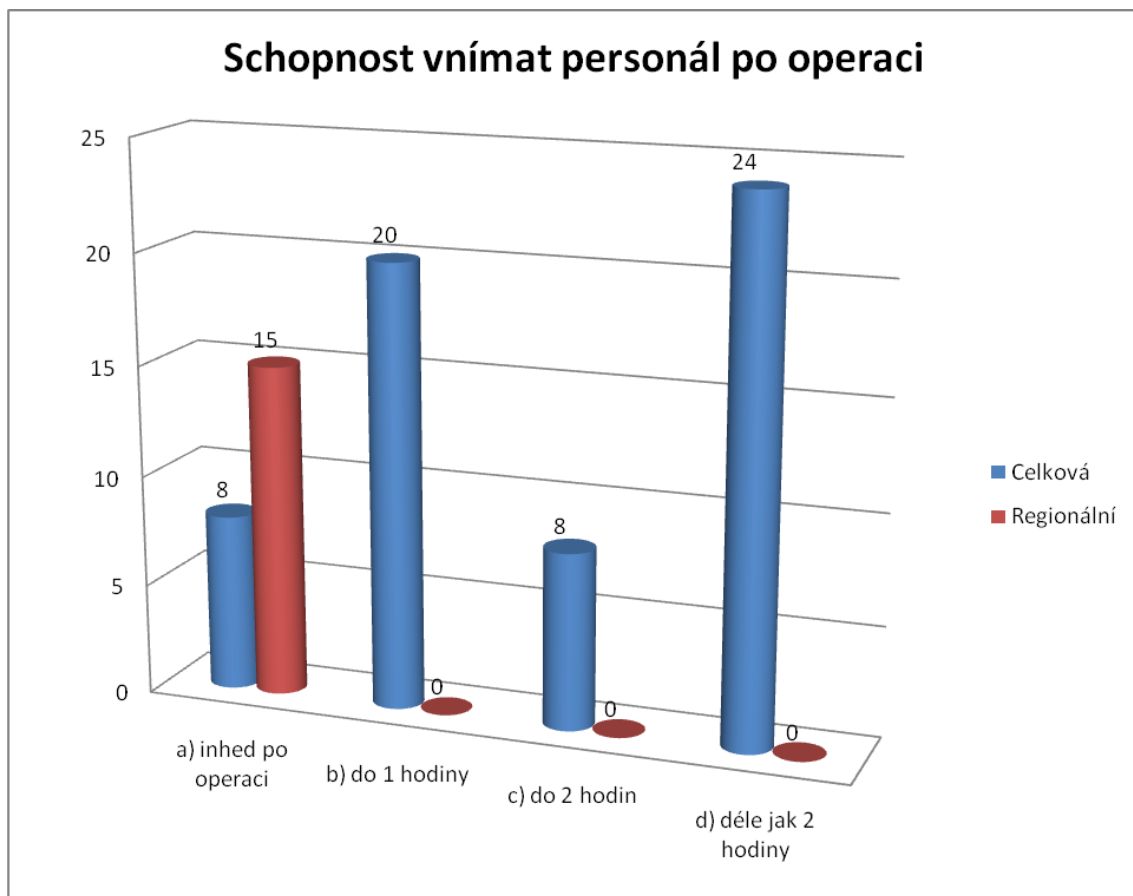
Graf 10 znázorňuje obavy dotazovaných žien ze zvoleného typu anestezie. 64 žien (53%) mělo obavy ze zvoleného typu anestezie, 56 žien (47%) ne.

Graf 11



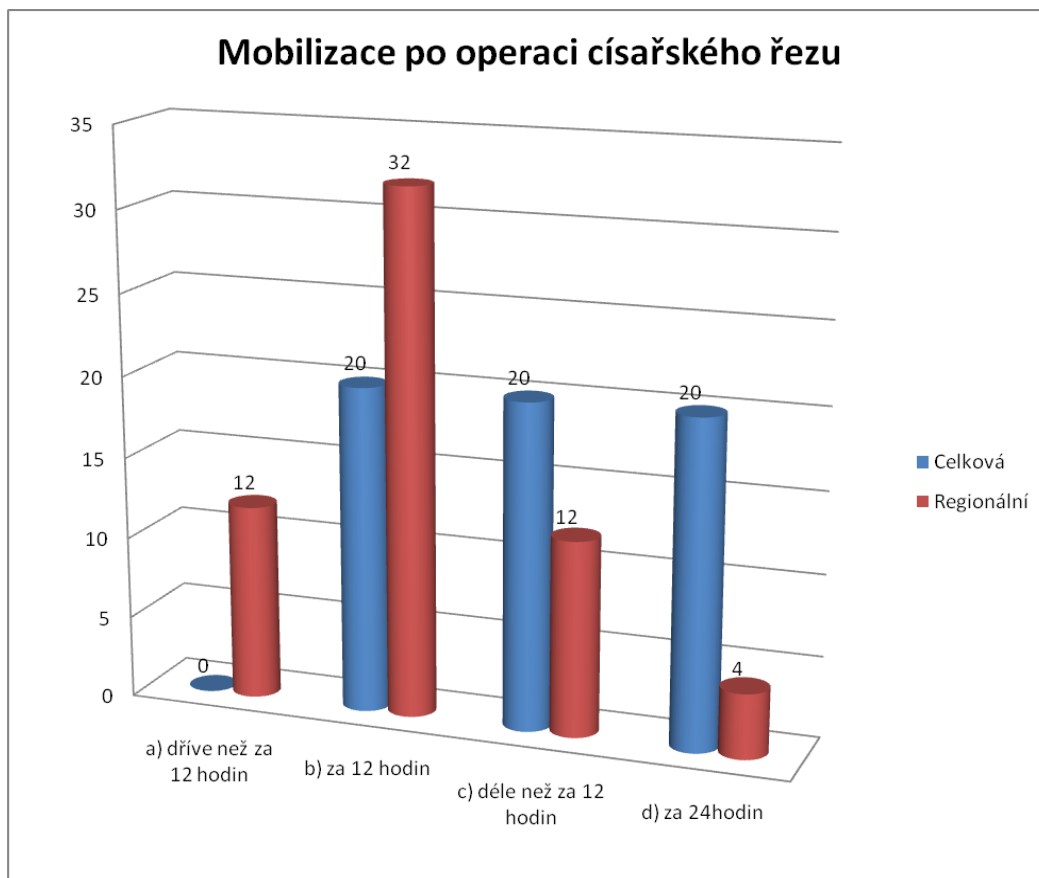
Graf 11 popisuje obavy dotazovaných žen o novorozence vzhledem k typu anestezie. 12 žen (10%) mělo obavy o novorozence vzhledem k typu anestezie, 28 žen (23%) spíše ano, 56 žen (47%) nemělo obavy o novorozence a 24 žen (20%) spíše ne.

Graf 12



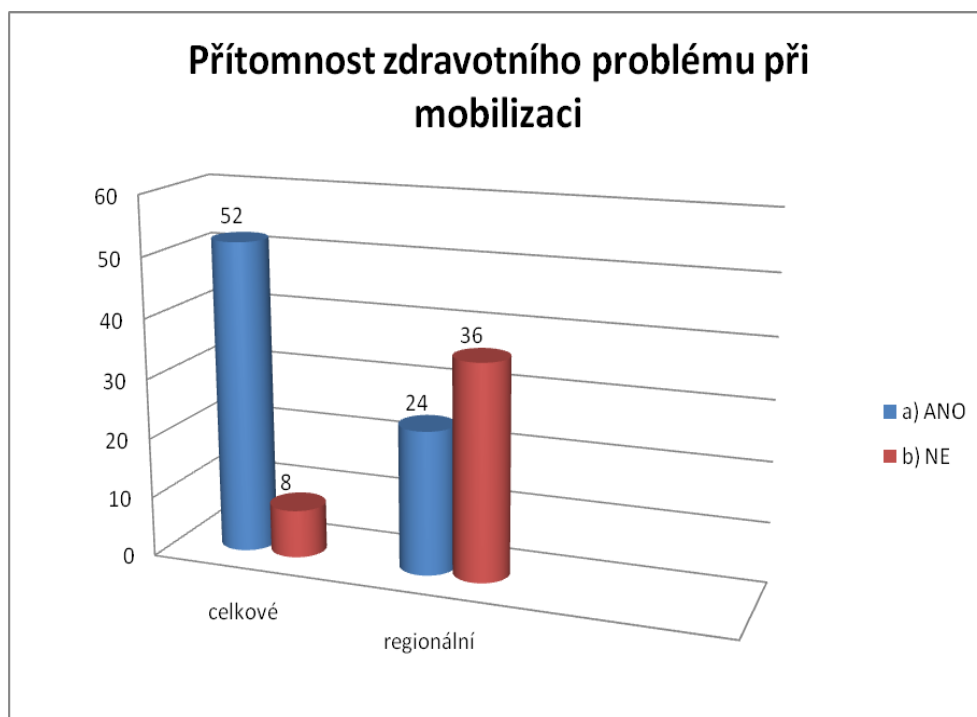
Graf 12 ukazuje čas, ze který byly dotazované ženy schopny vnímat ošetřující personál a okolí po operaci císařského řezu. Z celkového počtu 60 žen, které podstoupily celkovou anestezii uvedlo 8 žen (6%) ihned po operaci, 20 žen (17%) do 1 hodiny po operaci, 8 žen (7%) do 2 hodin a 24 žen (20%) déle jak 2 hodiny. Po regionální anestezii uvedly všechny ženy z celkového počtu 60 žen (50%) ihned po operaci.

Graf 13



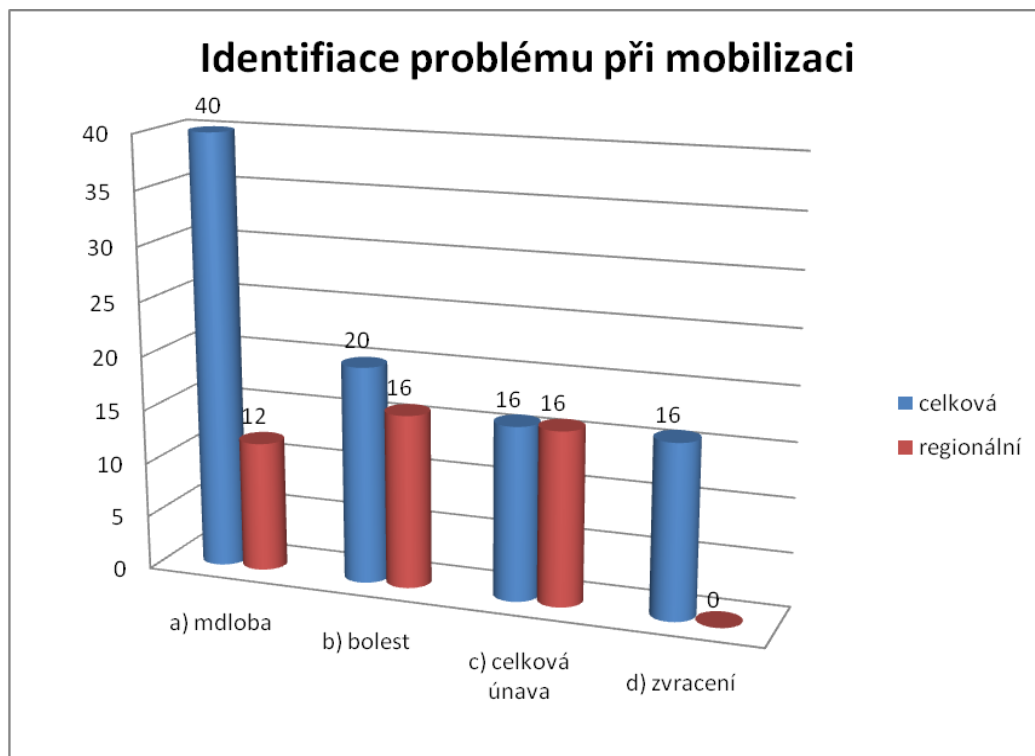
Graf 13 ukazuje dobu, za kterou dotazované ženy vstávaly z lůžka po operaci císařského řezu. Z 60 žen po celkové anestezii nevstávala žádná žena dříve než za 12 hodin (0%), 20 žen (17%) vstávalo za 12 hodin, 20 žen (17%) déle než za 12 hodin, a 19 žen (16%) za 24 hodin. Po regionální anestezii z počtu 60 žen vstávalo 12 žen (10%) dříve než za 12 hodin, 32 žen (27%) za 12 hodin, 12 žen (10%) déle než za 12 hodin a 4 ženy (3%) za 24 hodin.

Graf 14



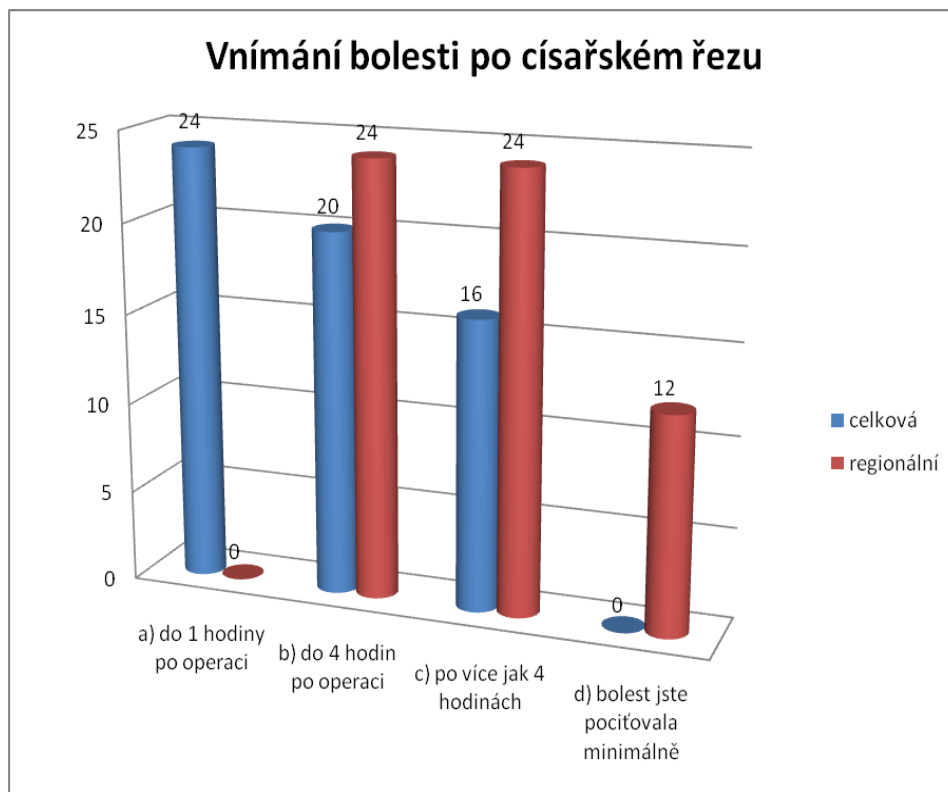
Graf 14 popisuje sudečnost, zda ženám po císařském řezu dělalo první vstávání problém. Ze 60 žen po celkové anestezii odpovědělo 52 žen (43%) ano, 8 žen (7%) ne. Po regionální anestezii uvedlo 24 žen (20%) ano a 36 žen (30%) ne.

Graf 15



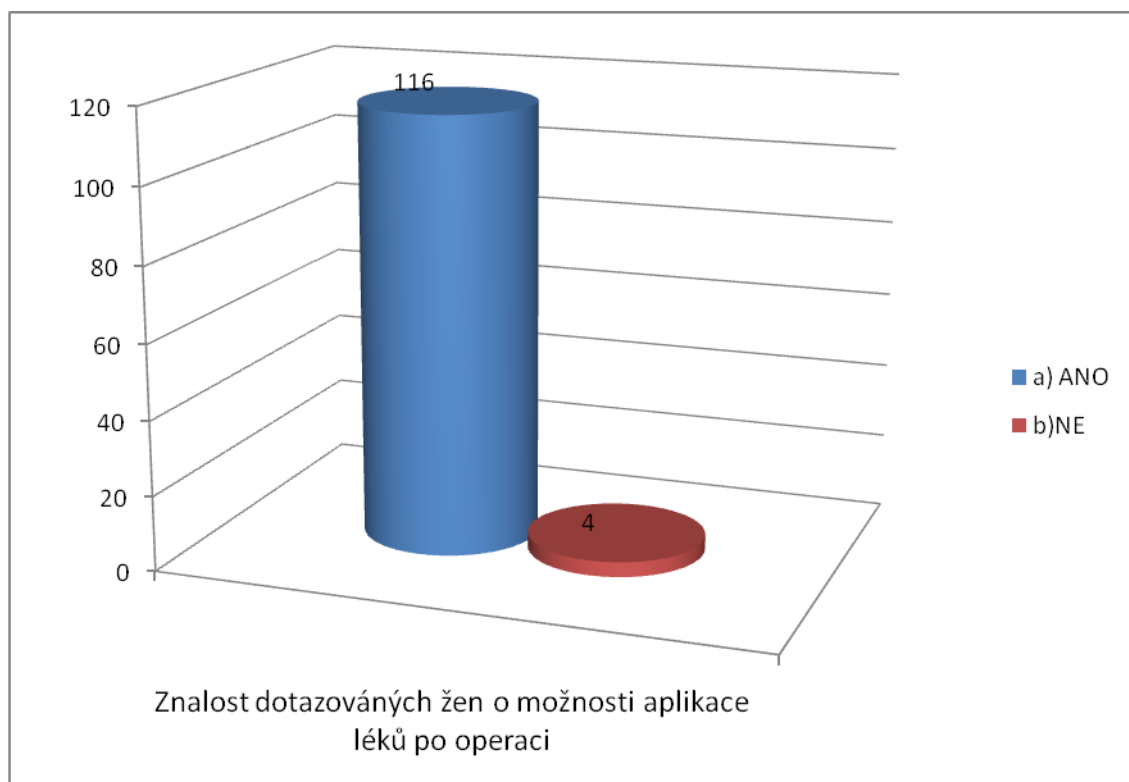
Graf 15 specifikuje problém, který ženám komplikoval vstávání po operaci císařského řezu. V této otázce měly ženy více možností odpovědí. Po celkové anestezii 40 ženám komplikovalo vstávání mdloba, 20 ženám bolest, 16 ženám celková únava a 16 ženám zvracení. Po regionální anestezii komplikovalo 12 ženám vstávání mdloba, 16 bolest, 16 celová únava a žádná z žen nevedla zvracení.

Graf 16



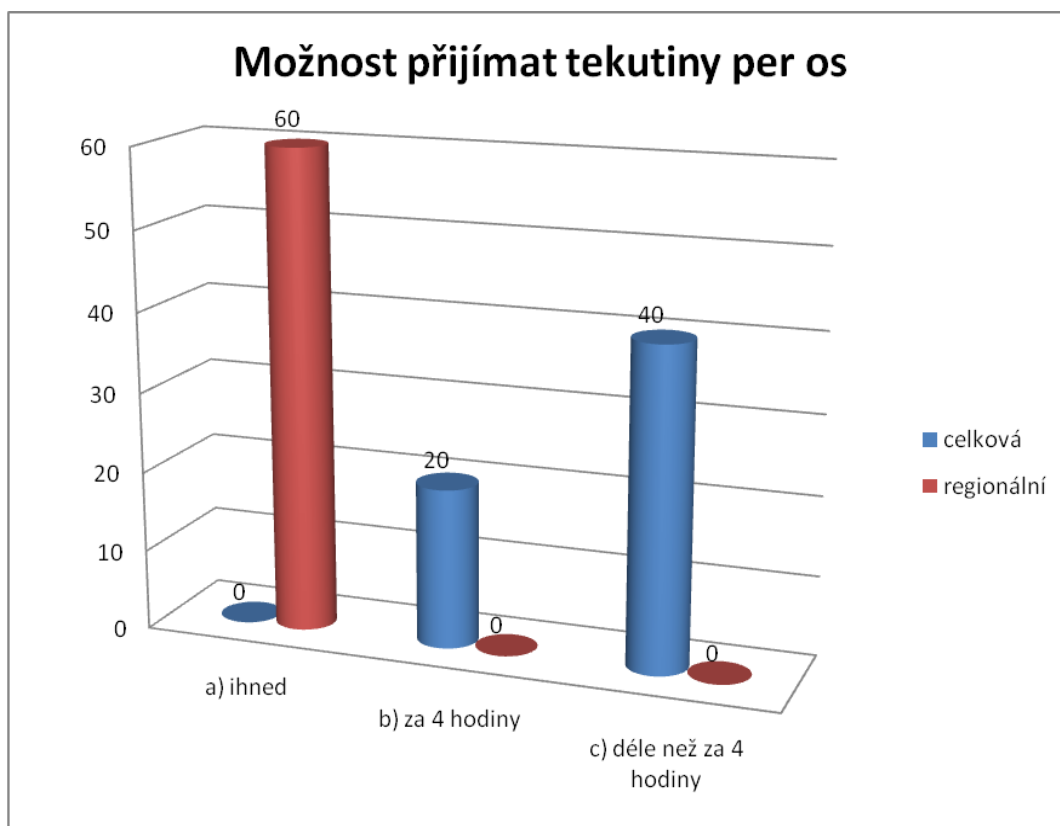
Graf 16 znázorňuje dobu, za kterou ženy po císařském řezu pociťovaly bolest. Z celkového počtu 60 žen po celkové anestezii uvedlo 24 žen (20%) do 1 hodiny po operaci, 20 žen (17%) do 4 hodin po operaci, 16 žen (13%) po více jak 4 hodinách a žádná žena (0%) neuvedla, že bolest pociťovala minimálně. Po regionální anestezii z celkového počtu 60 žen neuvedla žádná žena (0%) možnost do 1 hodiny po operaci, 24 žen (20%) uvedlo do 4 hodin, 24 žen (20%) uvedlo po více jak 4 hodinách a 12 žen (10%) uvedlo, že bolest pociťovaly minimálně.

Graf 17



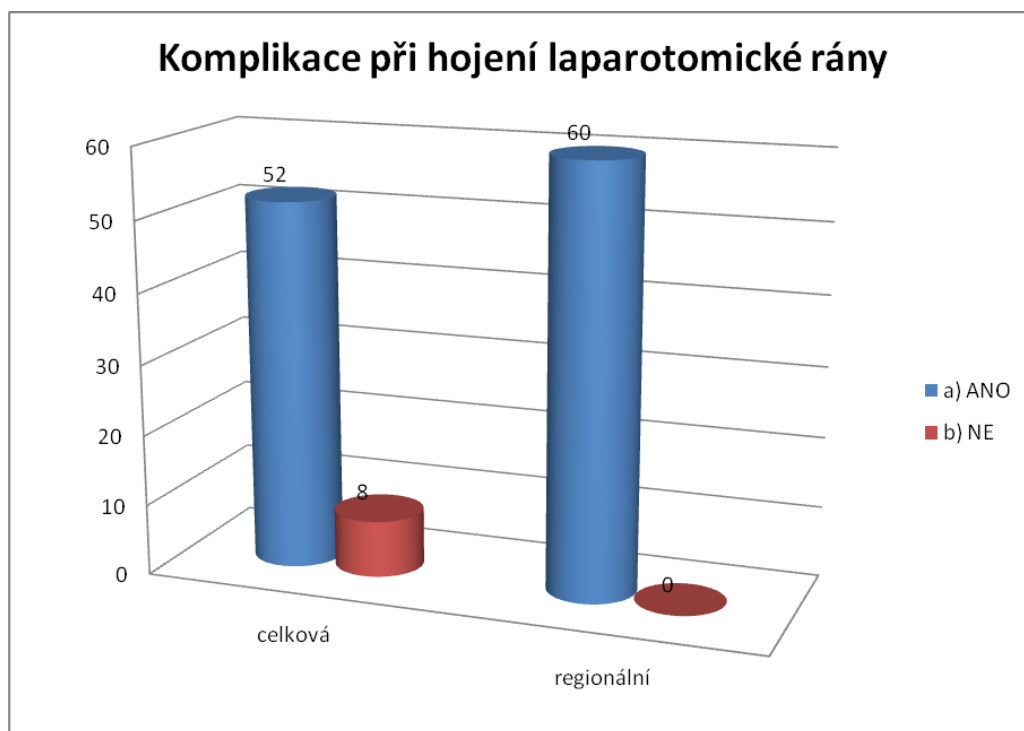
Graf 17 znázorňuje skutečnost, zda byly ženy dostatečně informovány lékařem, porodní asistentkou o možnostech aplikace léků na bolest po operaci. 116 žen (97%) uvedlo ano a 4 ženy (3%) uvedly ne.

Graf 18



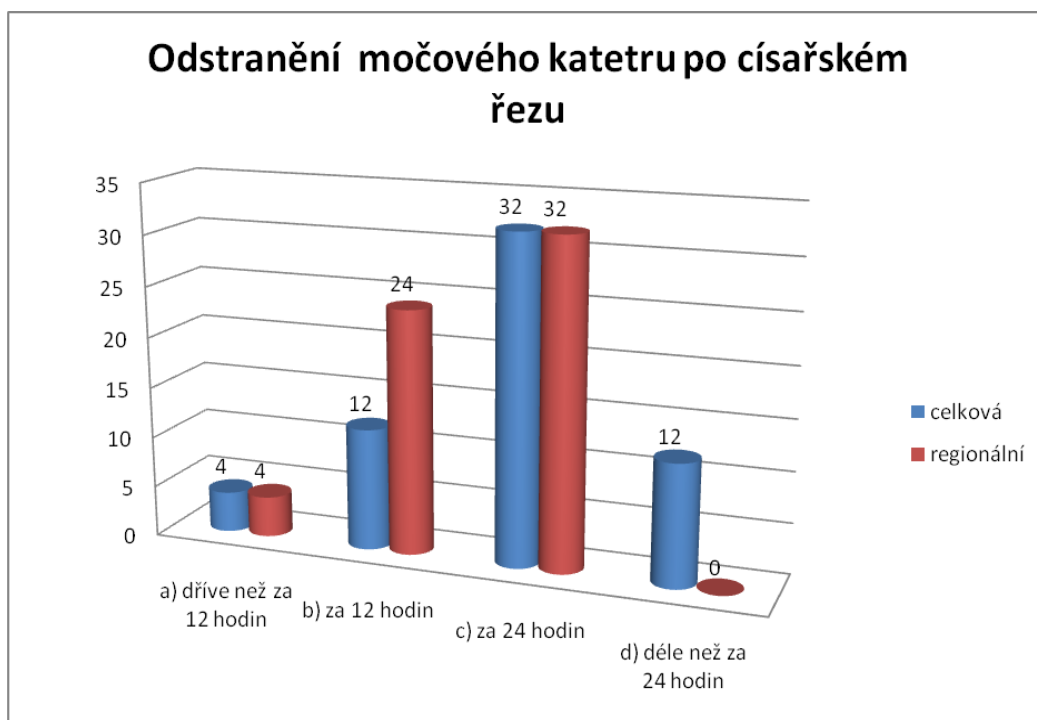
Graf 18 popisuje dobu, za kterou mohly ženy po operaci císařského řezu přijímat tekutiny per os. Žádná žena (0%) z celkového počtu 60 žen po celkové anestezii nevedla ihned po operaci, 20 žen (17%) uvedlo za 4 hodiny, 40 žen (33%) déle než za 4 hodiny. Po regionální anestezii uvedly všechny ženy z celkového počtu 60 žen (50%) ihned po operaci.

Graf 19



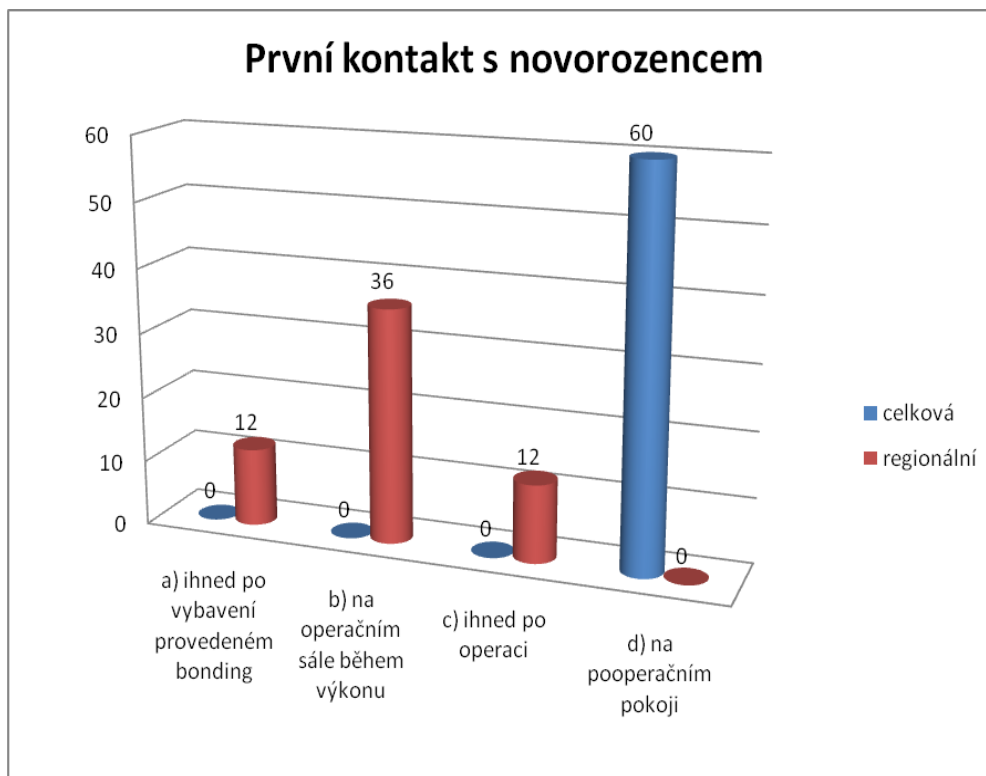
Graf 19 ukazuje skutečnost, zda nedošlo během hospitalizace ke komplikacím hojení laparotomické rány a zda se dotazovaným ženám zhojila rána po operaci bez komplikací. Po celkové anestezii z počtu 60 žen odpovědělo 52 žen (43%) ano a 8 žen (7) ne. Po regionální anestezii odpověděly všechny ženy (50%) ano.

Graf 20



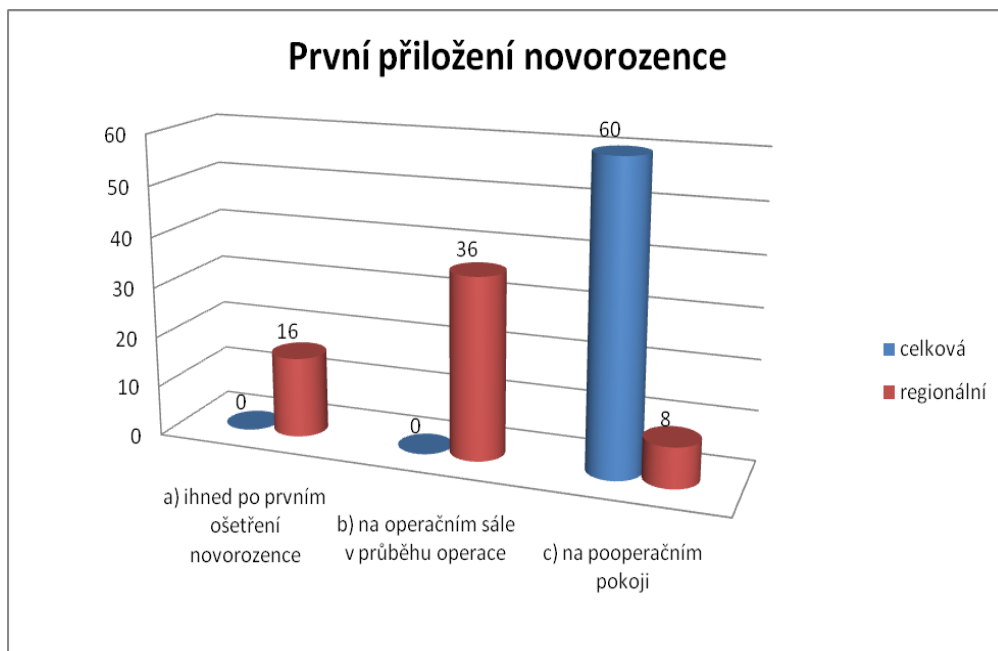
Graf 20 odpovídá na dotaz, za jakou dobu po operaci císařského řezu byla ženám odstraněna močová cévka. Po celkové anestezii z počtu 60 žen odpověděly 4 ženy (3%) dříve než za 12 hodin, 12 žen (10%) za 12 hodin, 32 žen (27%) za 24 hodin a 12 žen (10%) déle než za 24 hodin. Po regionální anestezii z počtu 60 žen odpověděly 4 ženy (3%) dříve než za 12 hodin, 24 žen (20%) za 12 hodin, 32 žen (27%) za 24 hodin a žádná žena (0%) neodpověděla déle než za 24 hodin.

Graf 21



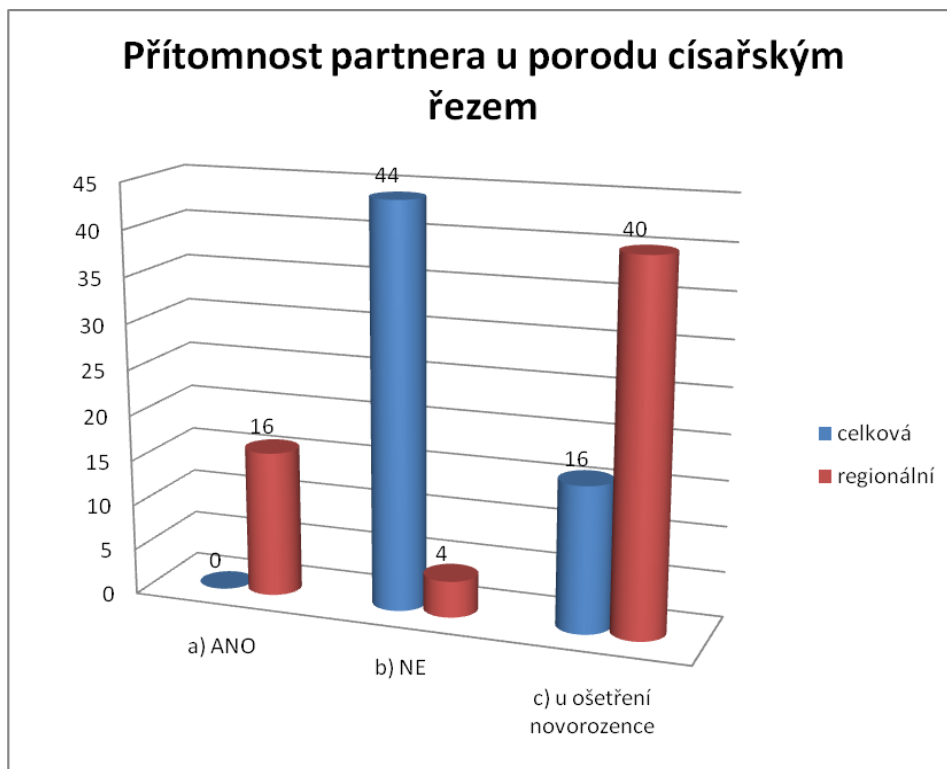
Graf 21 je ukazuje dobu, kdy byl umožněn dotazovaným ženám první kontakt s novorozencem. Z celkového počtu 60 žen po celkové anestezii nevedla ani jedna žena možnost ihned po vybavení (0%), taktéž nevedla ani jedna žena možnost na operačním sále (0%) a rovněž ani jedna žena ihned po operaci (0%) a 60 žen (50%) uvedlo na pooperačním pokoji. Z celkového počtu 60 žen po regionální anestezii byl u 12 žen (10%) proveden bonding, 36 žen (30%) uvedlo první kontakt na operačním sále, 12 žen (10%) ihned po operaci a žádná žena (0%) nevedla možnost na pooperačním pokoji.

Graf 22



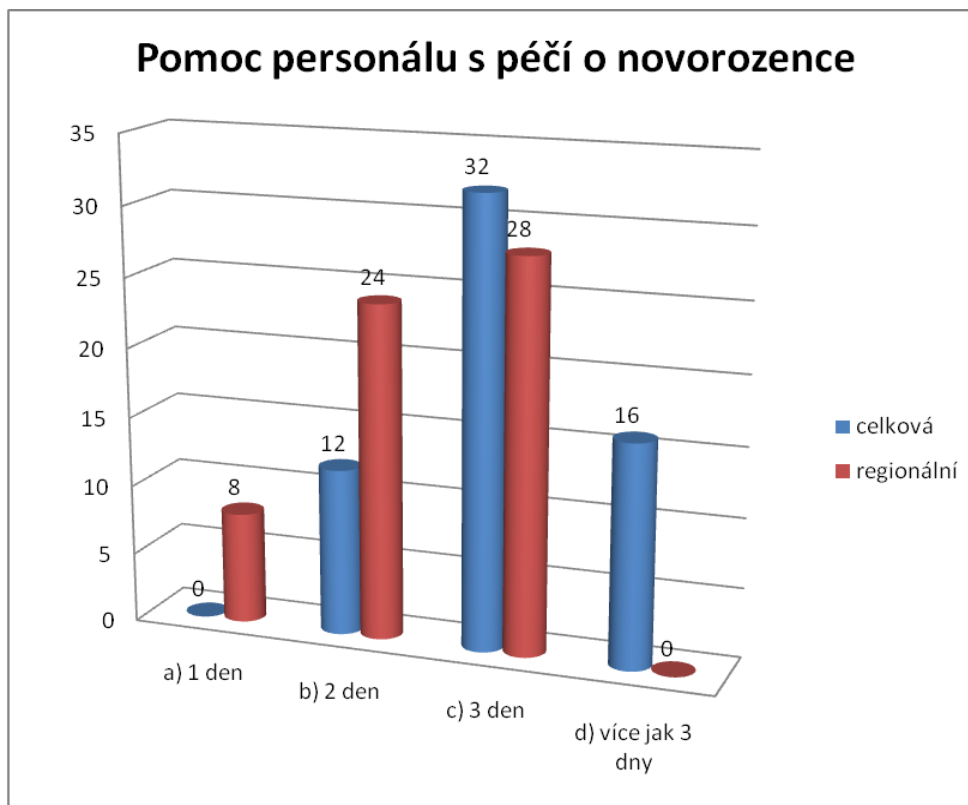
Graf 22 znázorňuje dobu, kdy bylo provedeno první přisátí novorozence po operaci císařského řezu. Po celkové anestezii z celkového počtu 60 žen nevedla ani jedna žena (0%) možnost ihned po prvním ošetření novorozence, rovněž ani jedna žena (0%) nevedla možnost na operačním sále a všech 60 žen(50%) uvedlo na pooperačním pokoji. Po regionální anestezii z celkového počtu 60 žen uvedlo 16 žen (13%) možnost ihned po prvním ošetření novorozence, 36 žen (30%) na operačním sále a 8 žen (7%) na pooperačním pokoji.

Graf 23



Graf 23 popisuje přítomnost partnera u porodu císařským řezem. Po celkové anestezii z celkového počtu 60 žen neodpověděla ani jedna žena (0%) kladně ohledně přítomnosti partnera u porodu, 44 žen (37%) odpovědělo záporně a 16 žen (13%) uvedlo, že byl partner přítomen u prvního ošetření novorozence. Po regionální anestezii odpovědělo 16 žen (14%) ano ohledně přítomnosti partnera u porodu, 4 ženy (3%) záporně a 40 žen (33%) uvedlo přítomnost partnera u prvního ošetření novorozence.

Graf 24



Graf 24 je zaměřen na dobu, kterou dotazované ženy potřebovaly pomoc personálu a péčí o novorozence. Po celkové anestezii z počtu 60 žen nevedla žádná žena (0%) 1 den, 12 žen (10%) uvedlo 2 dny, 32 žen (27%) uvedlo 3 dny a 16 žen (13%) uvedlo více jak 3 dny. Po regionální anestezii z počtu 60 žen uvedlo 8 žen (7%) 1 den, 24 žen (20%) 2 dny, 28 žen (23%) 3 dny a žádná žena (0%) nevedla více jak 3 dny.

OBOROVÝ STANDARD OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE
NÁZEV STANDARDU:

Perioperační ošetrovatelská péče o ženu při porodu císařským řezem v celkové anestezii

- **Ošetrovatelský postup**
 - předoperační fáze
 - intraoperační fáze
 - pooperační fáze

<i>Perioperační ošetrovatelská péče o ženu při porodu císařským řezem v celkové anestezii</i>	
<i>Charakteristika standardu</i>	Oborový ošetrovatelský standard
<i>Cíl standardu</i>	Zajistit klientce odbornou perioperační ošetrovatelskou péči před, během i po porodu císařským řezem
<i>Skupina péče</i>	Těhotné klientky s indikací císařského řezu
<i>Cílová skupina</i>	Gynekologicko-porodnická oddělení
<i>Poskytovatelé péče</i>	Všeobecné sestry, které získaly kvalifikaci dle zákona č.96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Všeobecné sestry specialistky v rozsahu získané specializace, Porodní asistentky, které získaly kvalifikaci dle zákona č. 96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Porodní asistentky specialistky v rozsahu získané specializace, Zdravotnický asistent dle zákona č. 96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů
<i>Odpovědnost za realizaci</i>	Vedoucí pracovníci na úseku ošetrovatelské péče
<i>Platnost standardu</i>	2 roky
<i>Frekvence kontroly</i>	1x za 2 roky
<i>Kontrola výkonů</i>	Manažer/ka ošetrovatelství (manažer/ka kvality ošetrovatelské péče, hlavní sestra, vrchní sestra, staniční sestra)

Úvod

Císařský řez je nejčastější operací, kterou se ukončuje těhotenství ve třetím trimestru a porod. Je to porodnická operace, při níž je plod extrahován z dělohy cestou břišní. K císařskému řezu lze použít anestezii celkovou a regionální. Dříve se používala výhradně anestezie celková, v dnešní době se častěji používá anestezie regionální. Z metod regionální anestezie u císařského řezu přichází v úvahu anestezie epidurální a subarachnoidální.

Celková anestezie k provedení císařského řezu má v porodnictví stále široké uplatnění. Celková anestezie je ztráta všech vjemů a vědomí. Působí tak, že v mozku zablokuje centra vědomí, čímž nastává amnézie, analgezie, hypnóza a relaxace.

Indikace:

Současných indikací k císařskému řezu je celá řada. Indikace mohou být ze strany matky, plodu, kombinované, samostatné, sdružené, jasné, problematické.

Kontraindikace:

Císařský řez se obvykle neprovádí, jestliže je plod mrtvý nebo příliš nezralý, aby přežil, anebo když má matka patologické hodnoty koagulace.

Definice standardu

Perioperační ošetrovatelská péče o ženu při porodu císařským řezem je proces, který zahrnuje jak předoperační přípravu klientky, péči v průběhu operace, tak i pooperační péči.

KRITÉRIA STRUKTURY

S1 Kompetentní osoby k výkonu

Lékař- gynekolog, porodník

Porodní asistentka (střední zdravotnická škola, vyšší zdravotnická škola- diplomovaný specialista, bakalářské studium, porodní asistentky specialistky v rozsahu specializace)

Všeobecná sestra (střední zdravotnická škola, vyšší zdravotnická škola- diplomovaný specialista, bakalářské studium, všeobecná sestra v rozsahu specializace)

S2 Prostředí

Vyčleněný samostatný porodní box, operační sál, pooperační dšpávací pokoj

S3 Pomůcky

Pomůcky a materiál, který slouží k vykonání perioperační péče v rozsahu kompetencí porodní asistentky

S4 Dokumentace

Zdravotnická/ošetrovatelská dokumentace- dekurz/porodní křivka, souhlas s operačním výkonem, souhlas s anestezií, pooperační záznam.

KRITÉRIA PROCESU

Ošetrovatelský postup

➤ **Před operací**

- P1 porodní asistentka objasní klientce časový rozvrh perioperačních úkonů
- P2 porodní asistentka zjistí, zda byla klientka řádně edukována o perioperační péči
- P3 porodní asistentka změří fyziologické funkce a zaznamená do dokumentace
- P4 porodní asistentka provede Ctg záznam
- P5 porodní asistentka provede přípravu operačního pole- oholení
- P6 porodní asistentka aplikuje klyzma a poučí ženu o vyprazdňování
- P7 porodní asistentka poučí ženu o použití sprchy před operací
- P8 porodní asistentka provede kontrolní Ctg záznam
- P9 porodní asistentka aplikuje premedikaci dle ordinace lékaře
- P10 porodní asistentka zavede permanentní močový katétr
- P11 porodní asistentka provede bandáže dolních končetin
- P12 porodní asistentka zdůvodní nutnost odstranění šperků, kosmetických přípravků, protetických pomůcek
- P13 porodní asistentka potvrdí klientce čas operace
- P14 porodní asistentka poučí o procedurách a rolích jednotlivých pracovníků na operačním sále
- P15 porodní asistentka po celou dobu klientku emocionálně podporuje
- P16 porodní asistentka umožní klientce přítomnost partnera u ošetření novorozence
- P17 porodní asistentka předá klientku na operační sál, transportuje se nahá zabalená do prostěradla, vlasy má zakryté ochrannou čapkou, čas zaznamená do dokumentace

➤ **Během operace**

- P18 porodní asistentka uloží klientku na operační stůl do správné polohy- poloha na zádech
- P19 porodní asistentka spolu s anesteziologickou sestrou sleduje fyz.fce a stav klientky
- P20 porodní asistentka sleduje ozvy plodu
- P21 porodní asistentka zajistí, aby byla klientka řádně upoutána k operačnímu stolu
- P22 porodní asistentka v průběhu výkonu asistuje operační skupině
- P23 porodní asistentka spolu s anesteziologem sleduje stav klientky
- P24 porodní asistentka pečuje o partnera a rodinu a zajistí kontakt s novorozencem

➤ **Po operaci**

- P25 porodní asistentka zajistí transport na pooperační pokoj
- P26 porodní asistentka zajistí vhodnou polohu- na zádech (Fowlerova poloha)
- P27 porodní asistentka sleduje celkový stav a stav vědomí
- P28 porodní asistentka zajistí monitoraci fyziologických funkcí
- P29 porodní asistentka kontroluje zvracení a snaží se zabránit aspiraci
- P30 porodní asistentka aplikuje infuzní roztoky dle ordinace lékaře
- P31 porodní asistentka sleduje probouzení z narkózy
- P32 porodní asistentka sleduje: krvácení z rodidel, výšku fundu a jeho tuhost, bolest, intravenózní vstupy a rychlost infuze, prosakování krytí rány, výdej moči permanentním katétre

P33 porodní asistentka kontroluje Redonův drén a zaznamenává množství do dokumentace
P34 porodní asistentka pečuje o GIT-(nauzea, zvracení, větry)
P35 porodní asistentka aplikuje léky dle ordinace lékaře
P36 porodní asistentka provádí odběry laboratorních vzorků
P37 porodní asistentka sleduje příjem a výdej tekutin a zapisuje množství do bilance tekutin
P38 porodní asistentka se snaží aktivizovat klientku- prevence TEN
P39 porodní asistentka neustále klientku povzbuzuje
P40 porodní asistentka vše zaznamenává do dokumentace

Komplikace

Klientka nespolupracuje s porodní asistentkou dostatečně v takovém rozsahu, aby byla zajištěna řádná perioperační ošetrovatelská péče.

Zvláštní upozornění

Výsledek operace císařského řezu závisí nejen na technickém provedení a anestezii, ale i na předoperační přípravě a pooperační péči. Ženy podstupující porod císařským řezem vyžadují často ještě větší emocionální podporu než ženy rodící vaginálně. Správně provedená perioperační péče vede k celkovému výbornému výsledku operace, ale také k dobré psychické kondici ženy a co nejrychlejší její plné mobilitě.

KRITÉRIA VÝSLEDKU

V1 Klientka je řádně edukována porodní asistentkou o průběhu a činnostech perioperační péče

V2 Při ošetřování klientky byla zajištěna odborná perioperační ošetrovatelská péče před, během i po operaci.

Literatura

1. ČECH, Evžen a kol. *Porodnictví*. 2. přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. 544s. ISBN 978-80-247-1303-8

2. DOLEŽAL, Antonín a kol. *Porodnické operace*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2007. 376 s. ISBN 978-80-247- 0881-2

3. KADLECOVÁ, Miloslava. Manuál ošetrovatelské péče u plánovaného císařského řezu. *Sestra*. 2010. roč. 20, č. 3, ISSN 1210-0404

Zpracoval

Šárka Mašková

OŠETŘOVATELSKÝ AUDIT

Vyhodnocení Oborového standardu Perioperační ošetrovatelské péče o ženu při porodu císařským řezem v celkové anestezii

Pracoviště:

Datum

Auditoři:

Metody auditu:

- Dotaz/otázky pro sestru
- Dotaz/otázky pro klienta, rodinu
- Dotaz/otázky na zaměstnavatele
- Pozorování klienta, sestry
- Kvalifikační požadavky sestry – v osobním spise
- Kontrola pomůcek – pohledem, inventář
- Kontrola prostředí
- Kontrola ošetrovatelské/zdravotnické dokumentace - pohledem

Kód	Kontrolní kritéria	Metoda hodnocení	Ano	Ne
KRITÉRIA STRUKTURY				
S1	Splnila porodní asistentka požadavky na specializované vzdělání?	Kvalifikační požadavky sestry – v osobním spise		
S2	Na jakém pracovišti je perioperační ošetrovatelská péče o ženy s indikací císařského řezu poskytována?	Kontrola prostředí		
S3	Má porodní asistentka k péči připravené všechny potřebné pomůcky?	Kontrola pomůcek		
S4	Vede porodní asistentka ošetrovatelskou/ zdravotnickou dokumentaci?	Kontrola ošetrovatelské/zdravotnické dokumentace		
KRITÉRIA PROCESU				
P1	Objasnila porodní asistentka klientce časový rozvrh perioperačních úkonů?	Dotazem na porodní asistentku, klientku		
P2	Zjistila porodní asistentka, zda byla klientka řádně edukována o perioperační péči?	Dotazem na klientku, porodní asistentku Kontrola ošetrovatelské/zdravotnické dokumentace		
P3	Změřila porodní asistentka klientce fyziologické funkce a provedla záznam do dokumentace?	Dotazem na klientku, porodní asistentku Kontrola ošetrovatelské/zdravotnické dokumentace		
P4	Provedla porodní asistentka ctg	Otázky pro porodní asistentku,		

	záznam?	klientku Kontrola ošetřovatelské/zdravotnické dokumentace		
P5	Provedla porodní asistentka přípravu operačního pole?	Pozorování klientky, porodní asistentky Otázky pro sestru, klientku		
P6	Aplikovala porodní asistentka klyzma a poučila klientku o vyprazdňování?	Pozorování klientky, porodní asistentky Otázky pro klientku, porodní asistentku		
P7	Informovala porodní asistentka klientku o požití sprchy?	Otázky pro porodní asistentku Otázky pro klientku		
P8	Provedla porodní asistentka kontrolní ctg záznam?	Dotazem na klientku, porodní asistentku Kontrola ošetřovatelské/zdravotnické dokumentace		
P9	Aplikovala porodní asistentka premedikaci dle ordinace lékaře?	Kontrola ošetřovatelské/zdravotnické dokumentace Dotaz na porodní asistentku		
P10	Zavedla porodní asistentka močový katétr?	Kontrola ošetřovatelské/zdravotnické dokumentace Dotaz na porodní asistentku Pozorování klientky		
P11	Provedla porodní asistentka bandáž dolních končetin?	Otázky pro porodní asistentku Pozorování klientky Kontrola ošetřovatelské/zdravotnické dokumentace		
P12	Zdůvodnila porodní asistentka nutnost odstranění šperků, kosmetických přípravků, protetických pomůcek?	Otázky pro klientku, porodní asistentku Pozorováním klientky		
P13	Potvrdila porodní asistentka klientce čas operace?	Otázky pro porodní asistentku, klientku		
P14	Poučila porodní asistentka klientku o procedurách a rolích jednotlivých pracovníků na operačním sále?	Otázky pro porodní asistentku Otázky pro klientku		
P15	Podporovala porodní asistentka klientku po celou dobu?	Dotazem na klientku, porodní asistentku		
P16	Umožnila porodní asistentka klientce přítomnost partnera u ošetření novorozence?	Otázky pro porodní asistentku		

P17	Byla klientka řádně transportována na sál?	Otázky pro porodní asistentku Pozorování klientky, porodní asistentky		
P18	Uložila porodní asistentka klientku do správné polohy?	Otázky pro porodní asistentku Pozorováním klientky		
P19	Sledovala porodní asistentka fyziologické funkce a stav klientky?	Otázky pro porodní asistentku Kontrola ošetrovatelské/zdravotnické dokumentace		
P20	Sledovala porodní asistentka ozvy plodu?	Otázky pro porodní asistentku Kontrola ošetrovatelské/zdravotnické dokumentace		
P21	Zajistila porodní asistentka, aby byla klientka řádně připoutána k operačnímu stolu?	Otázky pro porodní asistentku Pozorováním klientky		
P22	Asistovala porodní asistentka operační skupině v průběhu operace?	Otázky pro porodní asistentku Pozorováním porodní asistentky		
P23	Sledovala porodní asistentka stav klientky?	Otázky pro porodní asistentku		
P24	Pečovala porodní asistentka o partnera a rodinu?	Dotaz na porodní asistentku		
P25	Zajistila porodní asistentka transport na pooperační pokoj?	Dotaz na porodní asistentku		
P26	Zajistila porodní asistentka vhodnou polohu po operaci?	Dotaz na porodní asistentku		
P27	Sledovala porodní asistentka celkový stav klientky a vědomí?	Dotaz na porodní asistentku, Kontrola ošetrovatelské/zdravotnické dokumentace		
P28	Zajistila porodní asistentka monitoraci fyziologických funkcí?	Dotaz na porodní asistentku, Kontrola ošetrovatelské/zdravotnické dokumentace		
P29	Kontrolovala porodní asistentka zvracení?	Dotaz na porodní asistentku Kontrola ošetrovatelské/zdravotnické dokumentace		
P30	Aplikovala porodní asistentka infuzní roztoky dle ordinace lékaře?	Dotaz na porodní asistentku, Kontrola ošetrovatelské/zdravotnické dokumentace		
P31	Sledovala porodní asistentka	Dotaz na porodní asistentku,		

	probouzení z narkózy?	Kontrola ošetrovatelské/zdravotnické dokumentace		
P32	Sledovala porodní asistentka: krvácení, výšku a tuhost fundu, bolest, intravenózní vstupy a rychlost infuze, prosakování krytí rány, výdej moči permanentním katétrem?	Dotaz na porodní asistentku, Kontrola ošetrovatelské/zdravotnické dokumentace		
P33	Kontrolovala porodní asistentka Redonův drén a zaznamenávala množství do dokumentace?	Dotaz na porodní asistentku, Kontrola ošetrovatelské/zdravotnické dokumentace		
P34	Pečovala porodní asistentka o GIT?	Dotaz na porodní asistentku		
P35	Aplikovala porodní asistentka léky dle ordinace lékaře?	Dotaz na porodní asistentku, Kontrola ošetrovatelské/zdravotnické dokumentace		
P36	Prováděla porodní asistentka odběry laboratorních vzorků?	Dotaz na porodní asistentku, Kontrola ošetrovatelské/zdravotnické dokumentace		
P37	Sledovala porodní asistentka příjem a výdej tekutin?	Dotaz na porodní asistentku Kontrola zdravotnické/ošetrovatelské dokumentace		
P38	Snažila se porodní asistentka klientku aktivizovat?	Dotaz na porodní asistentku		
P39	Povzbuzovala porodní asistentka klientku?	Dotaz na porodní asistentku, klientku		
P40	Zaznamenávala porodní asistentka vše do dokumentace?	Dotaz na porodní asistentku, Kontrola ošetrovatelské/zdravotnické dokumentace		

		KRITÉRIA VÝSLEDKU		
V1	Je klientka řádně edukována porodní asistentkou o perioperační péči?	Otázky pro klientku, partnera		
V2	Je klientka řádně ošetrována před, během a po operaci?	Otázky pro porodní asistentku Otázky pro klientku Kontrola ošetrovatelské/zdravotnické dokumentace		

OBOROVÝ STANDARD OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE
NÁZEV STANDARDU:

Perioperační ošetrovatelská péče o ženu při porodu císařským řezem v regionální anestezii

- **Ošetrovatelský postup**
 - předoperační fáze
 - intraoperační fáze
 - pooperační fáze

<i>Perioperační ošetrovatelská péče o ženu při porodu císařským řezem v regionální anestezii</i>	
<i>Charakteristika standardu</i>	Oborový ošetrovatelský standard
<i>Cíl standardu</i>	Zajistit klientce odbornou perioperační ošetrovatelskou péčí před, během i po porodu císařským řezem
<i>Skupina péče</i>	Těhotné klientky s indikací císařského řezu
<i>Cílová skupina</i>	Gynekologicko-porodnická oddělení Všeobecné sestry, které získaly kvalifikaci dle zákona č.96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Všeobecné sestry specialistky v rozsahu získané specializace,
<i>Poskytovatelé péče</i>	Porodní asistentky, které získaly kvalifikaci dle zákona č. 96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Porodní asistentky specialistky v rozsahu získané specializace, Zdravotnický asistent dle zákona č. 96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů
<i>Odpovědnost za realizaci</i>	Vedoucí pracovníci na úseku ošetrovatelské péče
<i>Platnost standardu</i>	2 roky
<i>Frekvence kontroly</i>	1x za 2 roky
<i>Kontrola výkonů</i>	Manažer/ka ošetrovatelství (manažer/ka kvality ošetrovatelské péče, hlavní sestra, vrchní sestra, staniční sestra)

Úvod

Císařský řez je nejčastější operací, kterou se ukončuje těhotenství ve třetím trimestru a porod. Je to porodnická operace, při níž je plod extrahován z dělohy cestou břišní. K císařskému řezu lze použít anestezii celkovou a regionální. Dříve se používala výhradně anestezie celková, v dnešní době se častěji používá anestezie regionální. Z metod regionální anestezie u císařského řezu přichází v úvahu anestezie epidurální a subarachnoidální.

Epidurální anestezie je přechodné přerušení nervových vzruchů podáním anestetika, analgetika do epidurálního prostoru v oblasti páteře.

Subarachnoidální anestezie spočívá v aplikaci vhodného lokálního anestetika do subarachnoidálního prostoru.

Indikace:

Současných indikací k císařskému řezu je celá řada. Indikace mohou být ze strany matky, plodu, kombinované, samostatné, sdružené, jasné, problematické.

Kontraindikace:

Císařský řez se obvykle neprovádí, jestliže je plod mrtvý nebo příliš nezralý, aby přežil, anebo když má matka patologické hodnoty koagulace.

Definice standardu

Perioperační ošetrovatelská péče o ženu při porodu císařským řezem je proces, který zahrnuje jak předoperační přípravu klientky, péči v průběhu operace, tak i pooperační péči.

KRITÉRIA STRUKTURY

S1 Kompetentní osoby k výkonu

Lékař- gynekolog, porodník

Porodní asistentka (střední zdravotnická škola, vyšší zdravotnická škola- diplomovaný specialista, bakalářské studium, porodní asistentky specialistky v rozsahu specializace)

Všeobecná sestra (střední zdravotnická škola, vyšší zdravotnická škola- diplomovaný specialista, bakalářské studium, všeobecná sestra v rozsahu specializace)

S2 Prostředí

Vyčleněný samostatný porodní box, operační sál, pooperační dšpávací pokoj

S3 Pomůcky

Pomůcky a materiál, který slouží k vykonání perioperační péče v rozsahu kompetencí porodní asistentky

S4 Dokumentace

Zdravotnická/ošetrovatelská dokumentace- dekurz/porodní křivka, souhlas s operačním výkonem, souhlas s anestézií, pooperační záznam.

KRITÉRIA PROCESU

Ošetrovatelský postup

➤ Před operací

- P1 porodní asistentka objasní klientce časový rozvrh perioperačních úkonů
- P2 porodní asistentka zjistí, zda byla klientka řádně edukována o perioperační péči
- P3 porodní asistentka změří fyziologické funkce a zaznamená do dokumentace
- P4 porodní asistentka provede Ctg záznam
- P5 porodní asistentka provede přípravu operačního pole- oholení
- P6 porodní asistentka aplikuje klyzma a poučí ženu o vyprazdňování
- P7 porodní asistentka poučí ženu o použití sprchy před operací
- P8 porodní asistentka provede kontrolní Ctg záznam
- P9 porodní asistentka zavede permanentní žilní katétr a aplikuje roztok dle ordinace lékaře
- P10 porodní asistentka zavede permanentní močový katétr
- P11 porodní asistentka provede bandáže dolních končetin
- P12 porodní asistentka zdůvodní nutnost odstranění šperků, kosmetických přípravků, protetických pomůcek
- P13 porodní asistentka potvrdí klientce čas operace
- P14 porodní asistentka poučí o procedurách a rolích jednotlivých pracovníků na operačním sále
- P15 porodní asistentka po celou dobu klientku emocionálně podporuje
- P16 porodní asistentka umožní klientce přítomnost partnera u porodu
- P17 porodní asistentka předá klientku na operační sál, transportuje se nahá zabalená do prostěradla, vlasy má zakryté ochrannou čapkou, čas zaznamená do dokumentace

➤ Během operace

- P18 porodní asistentka uloží klientku na operační stůl do správné polohy- poloha na boku
- P19 porodní asistentka spolu s anesteziologickou sestrou sleduje fyz.fce a stav klientky
- P20 porodní asistentka sleduje ozvy plodu
- P21 porodní asistentka asistuje při podání regionální anestezie
- P22 porodní asistentka zajistí, aby byla klientka řádně upoutána k operačnímu stolu
- P23 porodní asistentka v průběhu výkonu asistuje operační skupině
- P24 porodní asistentka spolu a anesteziologem sleduje stav klientky
- P25 porodní asistentka zajistí klientce kontakt s novorozencem

➤ Po operaci

- P26 porodní asistentka zajistí transport na pooperační pokoj
- P27 porodní asistentka sleduje celkový stav ženy
- P28 porodní asistentka uloží ženu do vodorovné polohy a sleduje citlivost dolních končetin, problémy s hybností a bolesti hlavy
- P29 porodní asistentka zajistí monitoraci fyziologických funkcí
- P30 porodní asistentka seznámí klientku s běžným postupem na pooperačním pokoji
- P31 porodní asistentka umožní kontakt s partnerem

- P32 porodní asistentka aplikuje infuzní roztoky dle ordinace lékaře
- P33 porodní asistentka sleduje: krvácení z rodidel, výšku fundu a jeho tuhost, bolest, intravenózní vstupy a rychlost infuze, prosakování krytí rány, výdej moči permanentním katétre.
- P34 porodní asistentka kontroluje Redonův drén a zapisuje odvedené množství
- P35 porodní asistentka pečuje o GIT-(nauzea, zvracení, větry)
- P36 porodní asistentka aplikuje léky dle ordinace lékaře
- P37 porodní asistentka provádí odběry laboratorních vzorků
- P38 porodní asistentka sleduje příjem a výdej tekutin a zapisuje množství do bilance tekutin
- P39 porodní asistentka se snaží mobilizovat klientku- prevence TEN
- P40 porodní asistentka spolupracuje s ARO v případě ponechaného katétru pro neuroaxiální analgézii
- P41 porodní asistentka neustále klientku povzbuzuje
- P42 porodní asistentka vše zaznamenává do ošetrovatelské dokumentace

Komplikace

Klientka nespolupracuje s porodní asistentkou dostatečně v takovém rozsahu, aby byla zajištěna řádná perioperační ošetrovatelská péče.

Zvláštní upozornění

Výsledek operace císařského řezu závisí nejen na technickém provedení a anestezii, ale i na předoperační přípravě a pooperační péči. Ženy podstupující porod císařským řezem vyžadují často ještě větší emocionální podporu než ženy rodící vaginálně. Správně provedená perioperační péče vede k celkovému výbornému výsledku operace, ale také k dobré psychické kondici ženy a co nejrychlejší její plné mobilitě.

KRITÉRIA VÝSLEDKU

- V1 Klientka je řádně edukována porodní asistentkou o průběhu a činnostech perioperační péče
- V2 Při ošetřování klientky byla zajištěna odborná perioperační péče před, během i po operaci.

Literatura

1. ČECH, Evžen a kol. *Porodnictví*. 2. přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. 544s. ISBN 978-80-247-1303-8
2. DOLEŽAL, Antonín a kol. *Porodnické operace*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2007. 376 s. ISBN 978-80-247- 0881-2
3. KADLECOVÁ, Miloslava. Manuál ošetrovatelské péče u plánovaného císařského řezu. *Sestra*. 2010. roč. 20, č. 3, ISSN 1210-0404

Zpracoval

Šárka Mašková

OŠETŘOVATELSKÝ AUDIT

Vyhodnocení Oborového standardu Perioperační ošetrovatelské péče o ženu při porodu císařským řezem v regionální anestezii

Pracoviště:

Datum

Auditoři:

Metody auditu:

- Dotaz/otázky pro sestru
- Dotaz/otázky pro klienta, rodinu
- Dotaz/otázky na zaměstnavatele
- Pozorování klienta, sestry
- Kvalifikační požadavky sestry – v osobním spise
- Kontrola pomůcek – pohledem, inventář
- Kontrola prostředí
- Kontrola ošetrovatelské/zdravotnické dokumentace - pohledem

Kód	Kontrolní kritéria	Metoda hodnocení	Ano	Ne
KRITÉRIA STRUKTURY				
S1	Splnila porodní asistentka požadavky na specializované vzdělání?	Kvalifikační požadavky sestry – v osobním spise		
S2	Na jakém pracovišti je perioperační ošetrovatelská péče o ženy s indikací císařského řezu poskytována?	Kontrola prostředí		
S3	Má porodní asistentka k péči připravené všechny potřebné pomůcky?	Kontrola pomůcek		
S4	Vede porodní asistentka ošetrovatelskou/ zdravotnickou dokumentaci?	Kontrola ošetrovatelské/zdravotnické dokumentace		
KRITÉRIA PROCESU				
P1	Objasnila porodní asistentka klientce časový rozvrh perioperačních úkonů?	Dotazem na porodní asistentku, klientku		
P2	Zjistila porodní asistentka, zda byla klientka řádně edukována o perioperační péči?	Dotazem na klientku, porodní asistentku Kontrola ošetrovatelské/zdravotnické dokumentace		
P3	Změřila porodní asistentka klientce fyziologické funkce a provedla záznam do dokumentace?	Dotazem na klientku, porodní asistentku Kontrola ošetrovatelské/zdravotnické dokumentace		
P4	Provedla porodní asistentka ctg záznam?	Otázky pro porodní asistentku, klientku		

		Kontrola ošetrovateľské/zdravotníckej dokumentácie		
P5	Provedla porodní asistentka prípravu operačného pole?	Pozorovanie klientky, porodní asistentky Otázky pro porodní asistentku, klientku		
P6	Aplikovala porodní asistentka klyzma a poučila klientku o vyprazdňovaní?	Pozorovanie klientky, porodní asistentky Otázky pro klientku, porodní asistentku		
P7	Informovala porodní asistentka klientku o požití sprchy?	Otázky pro porodní asistentku Otázky pro klientku		
P8	Provedla porodní asistentka kontrolní ctg záznam?	Dotazem na klientku, porodní asistentku Kontrola ošetrovateľské/zdravotníckej dokumentácie		
P9	Zavedla porodní asistentka permanentní žilní katétr a aplikovala roztok dle ordinace lékaře?	Kontrola ošetrovateľské/zdravotníckej dokumentácie Dotaz na porodní asistentku		
P10	Zavedla porodní asistentka močový katétr?	Kontrola ošetrovateľské/zdravotníckej dokumentácie Dotaz na porodní asistentku Pozorovanie klientky		
P11	Provedla porodní asistentka bandáž dolných končetín?	Otázky pro porodní asistentku Pozorovanie klientky Kontrola ošetrovateľské/zdravotníckej dokumentácie		
P12	Zdůvodnila porodní asistentka nutnost odstranění šperků, kosmetických přípravků, protetických pomůcek?	Otázky pro klientku, porodní asistentku Pozorovaním klientky		
P13	Potvrdila porodní asistentka klientce čas operace?	Otázky pro porodní asistentku, klientku		
P14	Poučila porodní asistentka klientku o procedurách a rolích jednotlivých pracovníků na operačním sále?	Otázky pro porodní asistentku Otázky pro klientku		
P15	Podporovala porodní asistentka klientku po celou dobu?	Dotazem na klientku, porodní asistentku		
P16	Umožnila porodní asistentka klientce přítomnost partnera u porodu?	Otázky pro klientku, porodní asistentku		

P17	Byla klientka řádně transportována na sál?	Otázky pro porodní asistentku Pozorování klientky, porodní asistentky		
P18	Uložila porodní asistentka klientku do správné polohy?	Otázky pro porodní asistentku Pozorováním klientky		
P19	Sledovala porodní asistentka fyziologické funkce a stav klientky?	Otázky pro porodní asistentku Kontrola ošetrovatelské/zdravotnické dokumentace		
P20	Sledovala porodní asistentka ozvy plodu?	Otázky pro porodní asistentku Kontrola ošetrovatelské/zdravotnické dokumentace		
P21	Asistovala porodní asistentka při podání regionální anestezie?	Otázky pro porodní asistentku		
P22	Zajistila porodní asistentka, aby byla klientka řádně připoutána k operačnímu stolu?	Otázky pro porodní asistentku Pozorováním klientky		
P23	Asistovala porodní asistentka operační skupině v průběhu operace?	Otázky pro porodní asistentku Pozorováním porodní asistentky		
P24	Sledovala porodní asistentka stav klientky?	Dotaz na porodní asistentku		
P25	Zajistila porodní asistentka klientce kontakt s novorozencem?	Dotaz na porodní asistentku, klientku		
P26	Zajistila porodní asistentka transport na pooperační pokoj?	Dotaz na porodní asistentku		
P27	Sledovala porodní asistentka celkový stav klientky?	Dotaz na porodní asistentku, Kontrola ošetrovatelské/zdravotnické dokumentace		
P28	Uložila porodní asistentka klientku do vodorovné polohy, sledovala citlivost dolních končetin, problémy s hybností a bolesti hlavy?	Dotaz na porodní asistentku, Kontrola ošetrovatelské/zdravotnické dokumentace		
P29	Zajistila porodní asistentka monitoraci fyziologických funkcí?	Dotaz na porodní asistentku, Kontrola ošetrovatelské/zdravotnické dokumentace		
P30	Seznámila porodní asistentka klientku s postupem na pooperačním pokoji?	Dotaz na porodní asistentku		
P31	Umožnila porodní asistentka klientce kontakt s partnerem?	Dotaz na porodní asistentku		

P32	Aplikovala porodní asistentka infuzní roztoky dle ordinace lékaře?	Dotaz na porodní asistentku, Kontrola ošetrovatelské/zdravotnické dokumentace		
P33	Sledovala porodní asistentka: krvácení, výšku a tuhost fundu, bolest, intravenózní vstupy a rychlost infuze, prosakování krytí rány, výdej moči permanentním katétre?	Dotaz na porodní asistentku, Kontrola ošetrovatelské/zdravotnické dokumentace		
P34	Kontrolovala porodní asistentka Redonův drén a zapisovala odvedené množství?	Dotaz na porodní asistentku, Kontrola ošetrovatelské/zdravotnické dokumentace		
P35	Pečovala porodní asistentka o GIT?	Dotaz na porodní asistentku, Kontrola ošetrovatelské/zdravotnické dokumentace		
P36	Aplikovala porodní asistentka léky dle ordinace lékaře?	Dotaz na porodní asistentku, Kontrola ošetrovatelské/zdravotnické dokumentace		
P37	Prováděla porodní asistentka odběry laboratorních vzorků?	Dotaz na porodní asistentku, Kontrola ošetrovatelské/zdravotnické dokumentace		
P38	Sledovala porodní asistentka příjem a výdej tekutin a zapisovala množství do dokumentace?	Dotaz na porodní asistentku, Kontrola ošetrovatelské/zdravotnické dokumentace		
P39	Snažila se porodní asistentka klientku mobilizovat?	Dotaz na porodní asistentku		
P40	Spolupracovala porodní asistentka s ARO v případě ponechání epidurálního katétru?	Dotaz na porodní asistentku, Kontrola ošetrovatelské/zdravotnické dokumentace		
P41	Povzbuzovala porodní asistentka klientku?	Dotaz na porodní asistentku, klientku		
P42	Zaznamenávala porodní asistentka vše do dokumentace?	Dotaz na porodní asistentku, Kontrola ošetrovatelské/zdravotnické dokumentace		

KRITÉRIA VÝSLEDKU				
V1	Je klientka řádně edukována porodní asistentkou o perioperační péči?	Otázky pro klientku, partnera		
V2	Je klientka řádně ošetřována před, během a po operaci?	Otázky pro porodní asistentku Otázky pro klientku Kontrola ošetrovatelské/zdravotnické dokumentace		

5 Diskuse

Výzkum v mé bakalářské práci s názvem „Císařský řez - perioperační ošetrovatelská péče při regionální a celkové anestezii“ byl prováděn pomocí dotazníků, které byly rozdány ženám po císařském řezu na oddělení šestinedělí v Oblastní nemocnici Příbram a.s. Pomocí dotazníků byly zjišťovány rozdíly v perioperační ošetrovatelské péči u žen s císařským řezem v regionální a celkové anestezii. Dále byla zjišťována úroveň informovanosti žen o možnostech anestezie při císařském řezu.

V období od měsíce prosince roku 2010 do měsíce dubna roku 2011 bylo rozdáno celkem 150 dotazníků. Vrátilo se 144 dotazníků, což je 96% návratnost. 8 dotazníků bylo nedostatečně vyplněno a bylo ze souboru vyřazeno. Celkový soubor, který se stal základem pro další výzkum, tedy tvořilo 120 dotazníků (100%). Aby byly získány, co nejpřesnější informace, v konečném souboru 120 dotazníků byl zastoupen stejný počet žen po celkové a regionální anestezii. Dotazník obsahoval 24 otázek a skládal se z otázek uzavřených, polootevřených, filtračních.

Úvodní otázky v dotazníku byly identifikační. V první otázce byl zjišťován věk dotazovaných žen. Největší zastoupení měly ženy mezi 20-30 lety (63%), druhé v pořadí byly ženy nad 30 let (30%) a nejmenší zastoupení tvořily ženy mladší 20 let (7%). V posledních letech se dostává plodnost do vyšších věkových skupin. Už v porovnání s bakalářskou prací, která se týkala problematiky císařského řezu, z roku 2007 bylo zastoupení věkové skupiny 20-30 let nejvyšší, ovšem počet žen nad 30 let se zvýšil a zvýšil se i počet žen mladších 20 let. Z porodních knih vyplynulo, že nárůst věkové kategorie do 20 let je zaznamenáván během posledních 2 let. Stále převažující vyšší věk rodiček má podíl na rostoucí počet porodů ukončených císařským řezem. Důvodem je nefyziologický stav matky, který je charakteristický pro skupiny žen ve vyšším věku.

Druhou otázkou bylo zjišťováno vzdělání žen. Největší zastoupení měly ženy se středním vzděláním s maturitou (37%), jen o něco méně měly zastoupení ženy s vysokoškolským vzděláním (30%) a nejmenší zastoupení měly ženy se základním vzděláním (10%). Myslím si, že vzdělání žen nemá vliv na způsob ukončení porodu císařským řezem, snad jen lze říci, že úroveň vzdělanosti v naší populaci je vyšší.

Otázka 3 zkoumá péči a přípravu dotazovaných žen v těhotenství. V této otázce měly ženy více možností odpovědí, relativní hodnoty tedy vychází z celkového počtu žen. Všechny ženy (100%) navštěvovaly těhotenskou poradnu, 48 žen navštěvovalo předporodní kurzy a 36 žen chodilo na těhotenské cvičení. Tato otázka vypovídá o tom, že ženy dnes zodpovědně navštěvují těhotenskou poradnu a mají zájem o co nejvíce informací, týkající se těhotenství a porodu, což dokazuje početná návštěvnost předporodních kurzů a těhotenského cvičení.

Otázka 4 týkající se typu anestezie měla rozlišit ženy na dvě skupiny a to na ženy, které podstoupily regionální anestezii a ženy, které podstoupily anestezii celkovou. Vzhledem k velkému počtu dotazníků se podařilo získat stejný počet žen, které podstoupily regionální (50%) a celkovou (50%) anestezii. Informace, které se týkají rozdílů v ošetrovatelské péči podle typu anestezie, budou tak přesnější.

Otázka 5 je zaměřena na typ císařského řezu podle indikace. Akutních císařských řezů je větší počet (70%), plánovaných (30%). V bakalářské práci ZSF JCU z roku 2007, která se týká problematiky císařského řezu, je počet akutních a plánovaných císařských řezů téměř vyrovnaný. Z toho lze usoudit, že zvýšený počet císařských řezů není uspokojivý a je zde snaha zdravotnického personálu snižovat tento počet oproti spontánním porodům.

Další otázky se týkaly informovanosti o různých skutečnostech, týkajících se anestezie. Otázka 6 zjišťuje, zda byly ženy dostatečně informovány o možnostech anestezie při císařském řezu. Výsledky vypovídají o tom, že se ženy subjektivně cítí dostatečně informované o anestezii. Další otázka zjišťuje úroveň informovanosti o anestezii, kterou poskytují jednotlivé skupiny zdravotnických pracovníků ženám. Ženy se nejlépe cítí informované anesteziologem (47%), dále lékařem gynekologem (30%) a po té porodní asistentkou (23%). Mezi jednotlivými skupinami není příliš velký rozdíl, z toho lze usoudit, že všechny skupiny zdravotníků zajišťují kvalitní informovanost žen nejen o anestezii.

Otázka 8 zkoumá způsob získávání informací o anestezii ze strany žen. V této otázce měly ženy také více možností odpovědí, relativní hodnoty vychází z celkového počtu žen. Nejvíce žen (52%) získalo informace na internetu, což je pochopitelné vzhledem k velkému množství informací, které internet poskytuje a k jeho stále větší dostupnosti. Jen o něco méně žen získalo informace v prenatální poradně (37%) a

v kurzech předporodní přípravy (27%). Pouze (7%) žen se neinformovalo vůbec. Je velmi potěšující, že naprostá většina žen má základní informace o císařském řezu a anestezii, a že se samy informují už v průběhu těhotenství. Snadněji se potom vyrovnávají a smiřují s faktem ukončení těhotenství císařským řezem.

Otázka 9 zkoumá, zda byly ženy informovány lékařem o výhodách a rizicích příslušného typu anestezie. Výsledky zkoumání jsou potěšující, naprostá většina žen uvedla ano (60%). Vysvětlení je možné v tom, že ze strany lékařů dochází ke zlepšování úrovně komunikace a uvědomování si důležitosti podávání informací.

Další otázka řeší obavy dotazovaných žen ze zvoleného typu anestezie. Odpovědi byly téměř vyrovnané. Přes velice dobrou úroveň informovanosti mají ženy obavy z anestezie (53%). Následující otázka je související a zkoumala obavy dotazovaných žen o novorozence vzhledem k typu anestezie. Z odpovědí vyplynulo, že ženy spíše nemají obavy o novorozence vzhledem k typu anestezie (47%). Z těchto dvou otázek se lze domnívat, že je ženám spíše nepříjemný výkon, který aplikaci anestezie doprovází, než nedůvěra k typu anestezie.

Druhá část výzkumu je zaměřena na pooperační péči. Otázka 12 řeší, kdy byly ženy po operaci císařského řezu schopny vnímat ošetřující personál a okolí. Výzkum ukázal, že všechny ženy, které podstoupily regionální anestezii, byly schopny vnímat ošetřující personál ihned po operaci, zatím co ženy po celkové anestezii uvedly pouze v (6%) ihned po operaci. Je zde velice patrný pokrok oproti minulým letům, kdy téměř všechny ženy nebyly schopny vnímat ošetřující personál ihned po operaci.

Další 3 otázky týkající se pooperační péče jsou zaměřeny na mobilizaci ženy po operaci císařského řezu. Otázka 13 sleduje, za jakou dobu ženy po operaci císařského řezu vstávaly z lůžka. Po celkové anestezii neuvedla ani jedna žena (0%) dříve než za 12 hodin, oproti regionální, kde (10%) žen uvedlo dříve než za 12 hodin. Po celkové anestezii jsou počty žen, které vstávaly z lůžka za 12 hodin, déle než za 12 hodin a za 24 hodin téměř vyrovnané. Zatím co většina žen po regionální anestezii vstávala z lůžka za 12 hodin. Zde je velmi patrná včasná mobilizace žen po regionální anestezii oproti celkové. Myslím si, že je to velký pokrok vzhledem ke komplikacím, které mohou nastat po operaci při imobilizaci ženy. Tato skutečnost určitě hraje roli při snižování pooperačních komplikací po císařském řezu v posledních letech.

Otázka 14 se ptá na přítomnost zdravotního problému při mobilizaci žen po císařském řezu. Většina žen po celkové anestezii (43%) odpověděla ano na dotaz, zda měla problém při prvním vstávání po operaci po císařském řezu. Po regionální anestezii však více než polovina žen (30%) odpověděla ne. Myslím si, že přítomnost zdravotního problému při prvním vstávání hraje také velkou roli při mobilizaci ženy a jeho eliminace přispívá k rychlejší aktivizaci ženy po operaci císařského řezu.

Otázka 15 identifikuje zdravotní problém při prvním vstávání po operaci císařského řezu. V této otázce měly ženy více možností odpovědí, relativní hodnoty vycházejí z celkového počtu žen. Ženám po celkové anestezii nejvíce komplikovala vstávání mdloba (33%) a bolest (17%). Zatím co ženám po regionální anestezii nejvíce komplikovala vstávání celková únava (13%) a bolest (13%). Po celkové anestezii uvedly ženy v počtu (13%) jako komplikaci prvního vstávání zvracení, oproti ženám po regionální anestezii, kde neuvedla žádná žena (0%) zvracení jako problém při vstávání. Výsledky výzkumu otázky 15 dokazují, že poskytovaná ošetrovatelská péče po operaci císařského řezu není jednotná, ale odvíjí se od konkrétních problémů ženy.

Otázka 16 řeší vnímání bolesti ženou po operaci císařského řezu. Srovnání obou typů anestezie je opět rozdílné. Zatím co po celkové anestezii (20%) žen vnímalo bolest do 1 hodiny, po regionální anestezii žádná žena (0%) neuvedla vnímání bolesti do 1 hodiny. Obě skupiny téměř vyrovnaně odpověděly, že pociťovaly bolest do 4 hodin po operaci. Po celkové anestezii neuvedla ani jedna žena (0%), že bolest pociťovala minimálně, ale po regionální anestezii uvedlo (10%) žen, že bolest pociťovaly minimálně. Vnímání bolesti je ryze subjektivní pocit, který má vliv na celkový stav ženy a časnou mobilizaci. Myslím si, že je proto nutné znát vnímání bolesti ženou, abychom mohli zahájit opatření k odstranění tohoto diskomfortu.

Informace o možnosti podání analgetik po operaci císařského řezu sleduje otázka 17. O tom, že byly ženy informovány o možnostech podání analgetik, odpovědělo (97%) kladně. Tato otázka opět vypovídá o kvalitně poskytované informovanosti zdravotnickým personálem. Otázka 18 zjišťuje, za jakou dobu po operaci císařského řezu mohly ženy přijímat tekutiny per os. Po celkové anestezii žádná žena (0%) neuvedla možnost ihned po operaci, oproti ženám po regionální anestezii, které všechny (50%) uvedly možnost ihned po operaci. Možnost přijímat tekutiny per os ihned po operaci císařského řezu opět přispívá ke snižování diskomfortu žen.

Otázka 19 se ptá na skutečnost, zda se ženám po císařském řezu zhojila operační rána bez komplikací a zda nedošlo během hospitalizace ke komplikacím hojení laparotomické rány. Po regionální anestezii odpověděly všechny ženy (50%) kladně a po celkové anestezii téměř všechny kladně (43%) a pouze (8%) záporně. Z toho lze usoudit, že při dosažení časnější mobilizace a snížení vnímání bolesti po operaci se rána lépe hojí. Otázka 20 se ptá, kdy byl odstraněn močový katétr ženám po operaci císařského řezu. Dříve než za 12 hodin uvedly obě skupiny ve stejném počtu (3%). Za 12 hodin je již rozdíl v počtu žen (20%) s regionální anestézií a celkovou (10%). Za 24 hodin je počet žen shodný (27%) a déle než za 24 hodin neuvedla žádná žena (0%) po regionální anestezii a malý počet žen (10%) po anestezii celkové.

Další otázky se týkají kontaktu s novorozencem a přítomnosti partnera u porodu císařským řezem. Otázka 21 se zabývá prvním kontaktem žen s novorozencem. Výsledky výzkumu jsou jednoznačné. Po celkové anestezii uvedly všechny ženy (50%) první kontakt s novorozencem až na pooperačním pokoji. Po regionální anestezii byl u (10%) žen proveden bonding, u další části žen (30%) byl uskutečněn první kontrakt na operačním sále během operace a u malé části žen (10%) ihned po operaci. První kontakt mezi matkou a novorozencem je velice důležitý a má vliv na budoucí společný vztah. Proto je velice prospěšné uskutečnit první kontakt mezi matkou a novorozencem co nejdříve. Považuji za správné a logické umožnit první kontakt, co nejdříve i ženám při porodu vedeném císařským řezem. V dnešní době je snaha zdravotníků o bonding mezi matkou a novorozencem v takzvané „vlídné čtvrté době porodní“. Bonding můžeme z angličtiny přeložit jako „lepení, připoutání“, jedná se o proces budování emočních vazeb mezi matkou a novorozencem, budování láskyplného vztahu. Podpora bondingu je důležitá i po porodu císařským řezem, protože léčí trauma způsobené porodem.

Otázka 22 zkoumá, kdy bylo provedeno první přiložení novorozence. Všechny ženy (5%) po celkové anestezii uvedly, že první přisátí novorozence bylo provedeno až na pooperačním pokoji. U většiny žen (43%) po regionální anestezii bylo provedeno první přiložení na operačním sále ještě během operace. Je dnes již samozřejmostí provádět první přiložení novorozence ihned, jakmile to situace dovolí, na rozdíl od minulosti, kdy bylo prováděno první přiložení novorozence až po 2 až 3 hodinách po porodu.

Otázka 23 se zabývá přítomností partnera u porodu císařským řezem. Na dotaz zda byl partner přítomen u porodu císařským řezem, odpověděla velká většina žen

(37%) v celkové anestezii ne. Zatím co v regionální anestezii jen malá část (3%) odpověděla ne. Přítomnost partnera přímo na operačním sále potvrdilo (14%) žen v regionální anestezii, v celkové žádná žena (0%). Přítomnost partnera u ošetření novorozence udávala velká část žen (33%) v regionální anestezii, u celkové anestezie byl počet nižší (13%). Přítomnost partnera u porodu umocňuje emocionální zážitek z narození dítěte pro oba rodiče. Partner též působí emocionální podporu ženy v nelehkých situacích, je tedy dnes samozřejmostí jeho přítomnost u porodu. V posledních letech je snaha zachovat přítomnost partnera i u porodu císařským řezem. Přítomnost přímo na operačním sále není ještě zcela vítána z důvodu sterilního prostředí, obav lékařů z možných komplikací, ale záleží na konkrétní domluvě s personálem operačního sálu. To vyplynulo i z výzkumu, kde přítomnost partnera přímo u porodu, uváděla malá část žen (14%). Z výzkumu též vyplynulo, že je zcela samozřejmostí přítomnost partnera u ošetření novorozence.

Otázka poslední sledovala dobu, jakou ženy potřebovaly pomoc personálu s péčí o novorozence. Po celkové anestezii neuvedla ani jedna žena (0%) 1 den, nejvíce žen uvedlo 3 dny (27%) a více jak 3 dny uvedla malá část žen (13%). Po regionální anestezii uvedla malá část žen (7%) 1 den, podstatná část žen (23%) 3 dny a více jak 3 dny neuvedla žádná (0%) z žen. V této otázce byly vyrovnané počty obou typů anestezie v případě pomoci personálu trvajících 3 dny. Myslím si, že rozdíly v pomoci péči o novorozence jsou logické, protože souvisí s mobilizací ženy, která je, jak ukázal výzkum také rozdílná.

6 Závěr

Má práce byla zaměřena na perioperační ošetrovatelskou péči o ženy s císařským řezem v regionální a celkové anestezii. Cílem mé práce bylo zjistit rozdíly v perioperační ošetrovatelské péči u žen s císařským řezem v regionální a celkové anestezii. Bylo nutné odlišit ženy, které podstoupily regionální a celkovou anestezii. Má práce byla též zaměřena na míru informovanosti žen o možnostech anestezie při císařském řezu. Další cíl mé práce bylo vytvořit standard perioperační ošetrovatelské péče o ženy při porodu císařským řezem v regionální a celkové anestezii. Byly stanoveny dvě hypotézy.

V hypotéze 1 předpokládám, že ženy po císařském řezu potřebují rozdílnou ošetrovatelskou péči, která se odvíjí od typu podané anestezie. Tato hypotéza byla potvrzena. K hodnocení této hypotézy jsem vycházela z celé druhé části dotazníku, kde byly otázky zaměřené na pooperační péči o ženu po císařském řezu. Potvrzení hypotézy vyplynulo ze všech otázek, výsledky však byly nejvíce patrné z otázek 12, 14, 18 týkající se bezprostřední pooperační péče po císařském řezu a z otázek 21, 22, 23, které se týkaly kontaktu s novorozencem a přítomnosti partnera u porodu císařským řezem.

Hypotéza 2, kde předpokládám, že ženy jsou dostatečně informované o možnostech anestezie při císařském řezu, se také potvrdila. K vyhodnocení této hypotézy jsem zpracovala data z první části dotazníku a to z otázek 6, 7, 8, 9. Z otázky 6 vyplývá, že 73% žen se cítí subjektivně dobře informované o anestezii při císařském řezu. Z dalších dvou otázek vznikl závěr, že zdravotnickým personálem je zajištěna kvalitní úroveň informovanosti.

Z výsledku výzkumu je jasné, že ženy po císařském řezu potřebují rozdílnou ošetrovatelskou péči, která se odvíjí od typu podané anestezie. Je proto nutné, obě skupiny rozlišit a poskytnout jim rozdílnou ošetrovatelskou péči. Dále z výzkumu vyplývá, že ženy se cítí dostatečně informované o anestezii při císařském řezu. Informovanost žen je předpokladem dobré spolupráce se ženou a úspěšné ošetrovatelské a lékařské péče. Za nedostatek výzkumu považuji otázku 10 a 11, kde se dotazují na obavy žen ze zvoleného typu anestezie. Po zpracování údajů z těchto otázek, můžeme nabýt dojmu, že ženy mají obavy o svůj zdravotní stav, vzhledem k typu anestezie, ale o novorozence již obavy nemají. Domnívám se však, že ženy mají spíše obavy z výkonu, který aplikaci anestezie doprovází.

Z výzkumu vyplynul i nový poznatek a to, že ženy potřebují rozdílnou ošetrovatelskou péči nejen po operaci císařského řezu, ale i v průběhu intraoperační fáze. Tento poznatek jsem využila při vytvoření standardu perioperační ošetrovatelské péče o ženu při porodu císařským řezem v regionální a celkové anestezii. Standard je určen pro porodní asistentky a má sloužit ke zkvalitnění ošetrovatelské péče o ženy při porodu císařským řezem v průběhu intraoperační fáze. Standard bude používán v ON Příbram na gynekologicko-porodnickém oddělení na úseku porodního a operačního sálu. Dále bych doporučila kolegyním vytvoření ošetrovatelského standardu pooperační péče o ženu po císařském řezu na oddělení šestinedělí, který by respektoval zjištěné rozdíly v ošetrovatelské péči v pooperačním období při hospitalizaci na oddělení šestinedělí.

7 Seznam použitých zdrojů

1. BÁRTLOVÁ, Sylva- SADÍLEK, Petr- TÓTHOVÁ, Valerie. *Výzkum v ošetrovatelství*. 2. přepracované vydání. Brno: NCO NZO, 2009. 158 s. ISBN 978-80-7013-467-2
2. ČECH, Evžen a kol. *Porodnictví*. 2. přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. 544 s. ISBN 978-80-247-1303-8
3. DOLEŽAL, Antonín a kol. *Porodnické operace*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2007. 376 s. ISBN 978-80-247-0881-2
4. DUDA, Miloslav a spol. *Práce sestry na operačním sále*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2000. 392 s. ISBN 80-7169-642-0
5. HÁJEK, Zdeněk a kol. *Rizikové a patologické těhotenství*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2004. 444 s. ISBN 80-247-0418-8
6. HINOVÁ, Jitka- KOPČÍKOVÁ, Mária. Kojení po císařském řezu. *Máma a já*. 2009. <http://www.mamaaja.cz/ActiveWeb/kojenipocisars.html>.
7. JANÍKOVÁ, Daniela- KŘIVÁNKOVÁ, Dana. Císařský řez z pohledu perioperační sestry. *Sestra*. 2011. roč. 21, č. 2, ISSN 1210-0404
8. KADLECOVÁ, Miloslava. Manuál ošetrovatelské péče u plánovaného císařského řezu. *Sestra*. 2010. roč. 20, č. 3, ISSN 1210-0404
9. KOBYLKOVÁ, Jitka a kol. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vydání, Praha: Galén, 2005. ISBN 80-1262-315-X
10. KOMÁR, Matej. Umí ženy ještě rodit spontánně? *Sestra*. 2011. roč. 21, č. 3, ISSN 1210- 0404

11. KOZIEROVÁ, Barbara a kol. *Ošetrovatelstvo 2*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0
12. KOZLOVÁ, Lucie- KUBELKOVÁ, Veronika. *Jak psát bakalářskou a diplomovou práci*. 2. vydání. České Budějovice: JU ZSF, 2009. 55s. ISBN 978-80-7394-155-0
13. KŘEPELKA, Petr. *Historický vývoj indikací a techniky císařského řezu*. <http://www.gyn.cz/články/2010/119c112.htm>
14. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4
15. LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0668-7
16. MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1399-3
17. *Mimi-mimi. o mateřství v souladu s přírodou*. Kojení po císařském řezu. <http://mimi-mimi.blogz.cz/materstvi/kojeni/kojeni-po-cisarskem-rezu/>
18. PAŘÍZEK, Antonín a kol. *Porodnická analgezie a anestezie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2002. 536 s. ISBN 80- 7169-969-1
19. PRSKAVCOVÁ, Hana. *Informovanost pacientek před a po operaci o provedeném výkonu*. Bakalářská práce. České Budějovice: JCU ZSF, 2007. 87 s.
20. ROZTOČIL, Aleš a kol. *Porodnictví*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 333 s. ISBN 80-7013-339-2
21. ROZTOČIL, Aleš a kol. *Moderní porodnictví*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2008. 408 s. ISBN 978-80-247-1941-2

22. ROZTOČIL, Aleš. Císařský řez. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2008. č. 1. vol. 17. ISSN 1211-1058
23. ROZTOČIL, Aleš. Komplikace šestinedělí a laktace. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2009. č. 2. vol. 18. ISSN 1211-1058
24. ROZTOČILOVÁ, Simona. Rehabilitace a císařský řez. *Moderní babičtví*. 2009. č. 17. ISSN 1214-5572
25. SKALICKÁ, Hana a kol. *Předoperační vyšetření*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1079-2
26. SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2011. 272 s. ISBN 978-80-247-3373-9
27. TRACHTOVÁ, Eva a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. 186 s. ISBN 80-70-13-285-X

8 Klíčová slova

anestézie

císařský řez

informovanost

operační výkon

ošetřovatelská péče

ošetřovatelský standard

porodní asistentka

9 Přílohy

Příloha 1 *Způsoby vedení řezů na děloze při císařském řezu*

Příloha 2 *Způsoby vedení řezů při laparotomii*

Příloha 3 *Způsoby zavádění Tuohyho jehly při epidurální anestézii*

Příloha 4 *Punkce jehlou pro subarachnoidální anestezii*

Příloha 5 *Informovaný souhlas a poučení s hospitalizací*

Příloha 6 *Informovaný souhlas pacienta s operačním výkonem*

Příloha 7 *Anesteziologický dotazník*

Příloha 8 *Informovaný souhlas pacienta s podáním anestezie*

Příloha 9 *Vizuální analogová škála pro měření bolesti VAS*

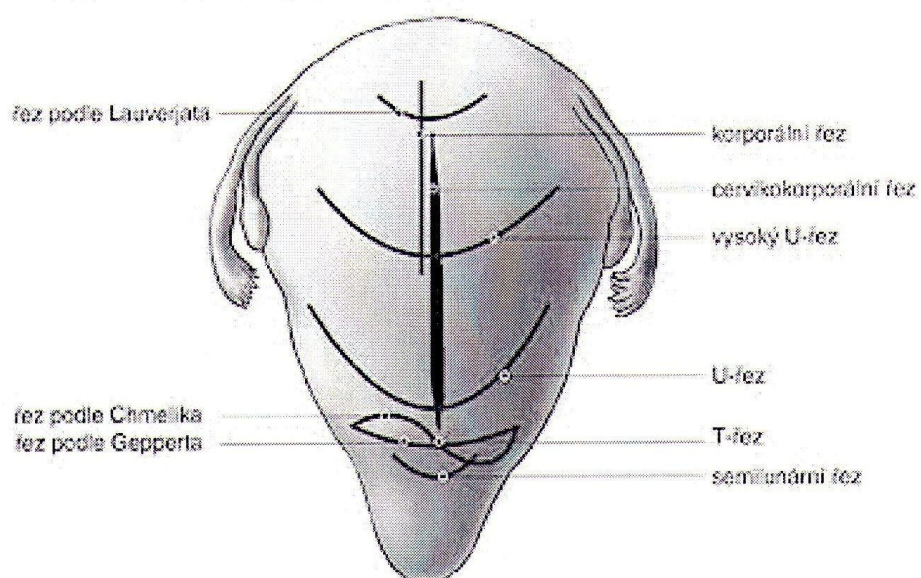
Příloha 10 *Rehabilitace dolních končetin*

Příloha 11 *Vstávání z lůžka (vertikalizace)*

Příloha 12 *Polohy při kojení vhodné po porodu císařským řezem*

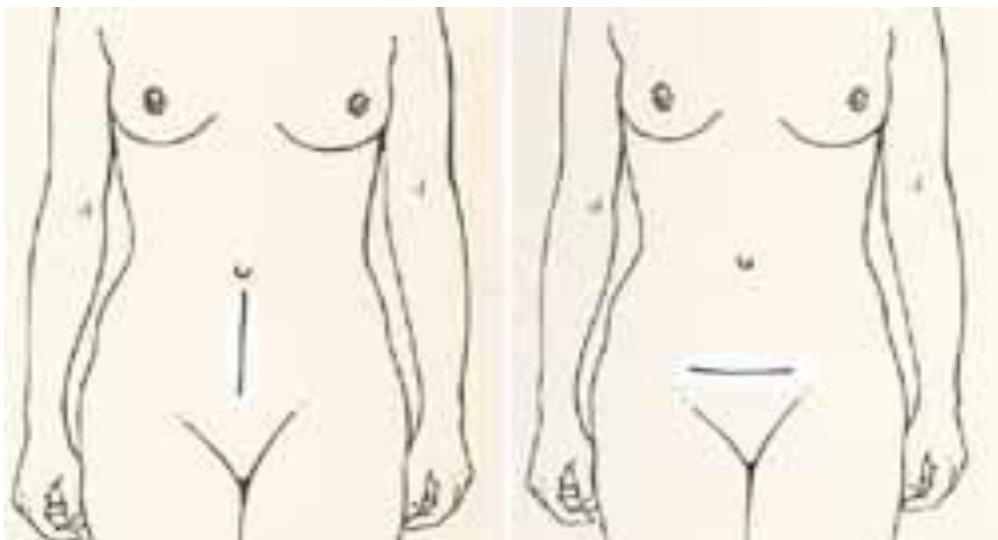
Příloha 13 *Dotazník*

Příloha 1 Způsoby vedení řezů na děloze při císařském řezu



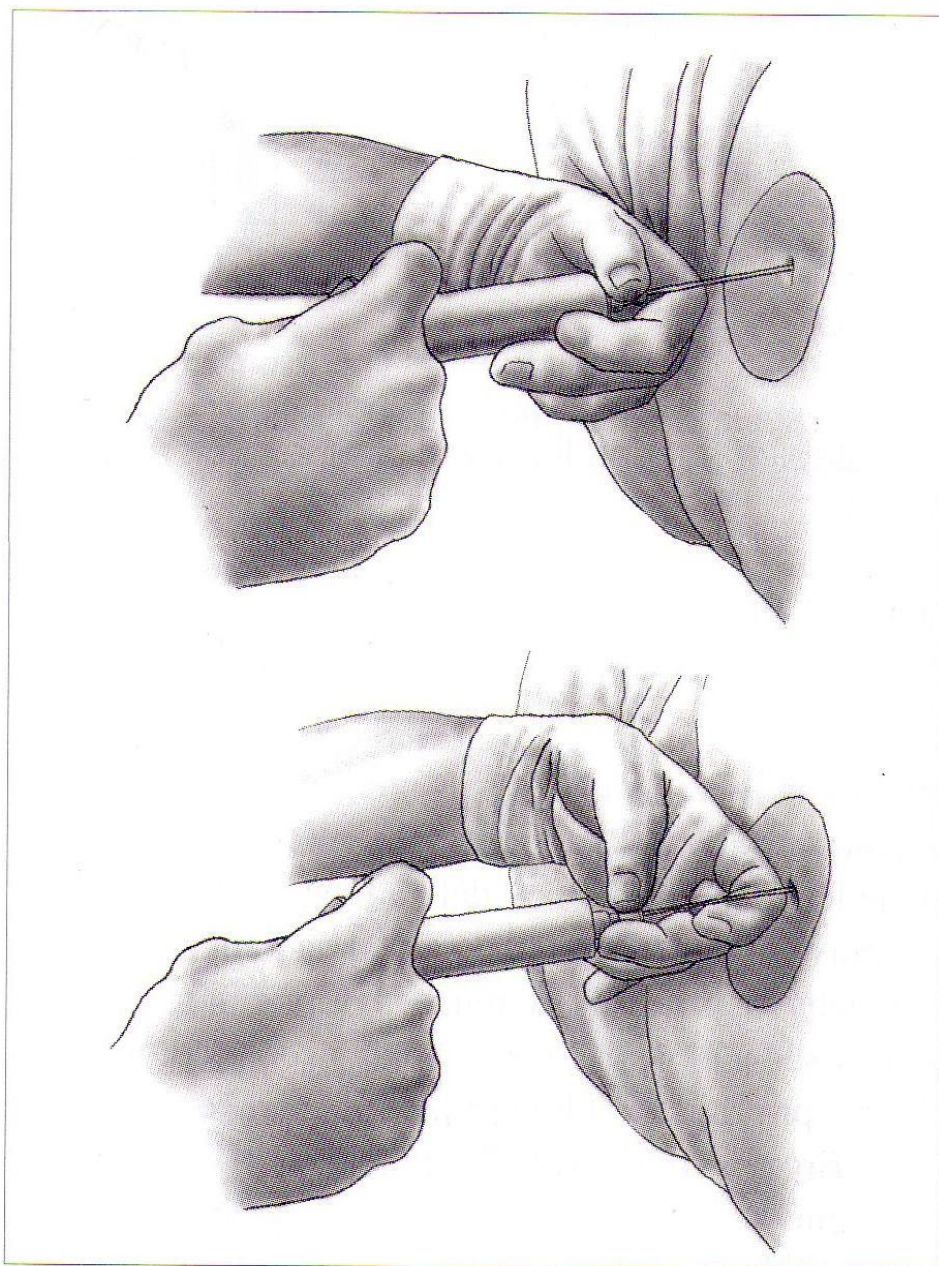
Zdroj: <http://www.porodnice.cz/default.asp?rubrika=3&podrubrika=701>, 12.2.2011

Příloha 2 Způsoby vedení řezů při laparotomii



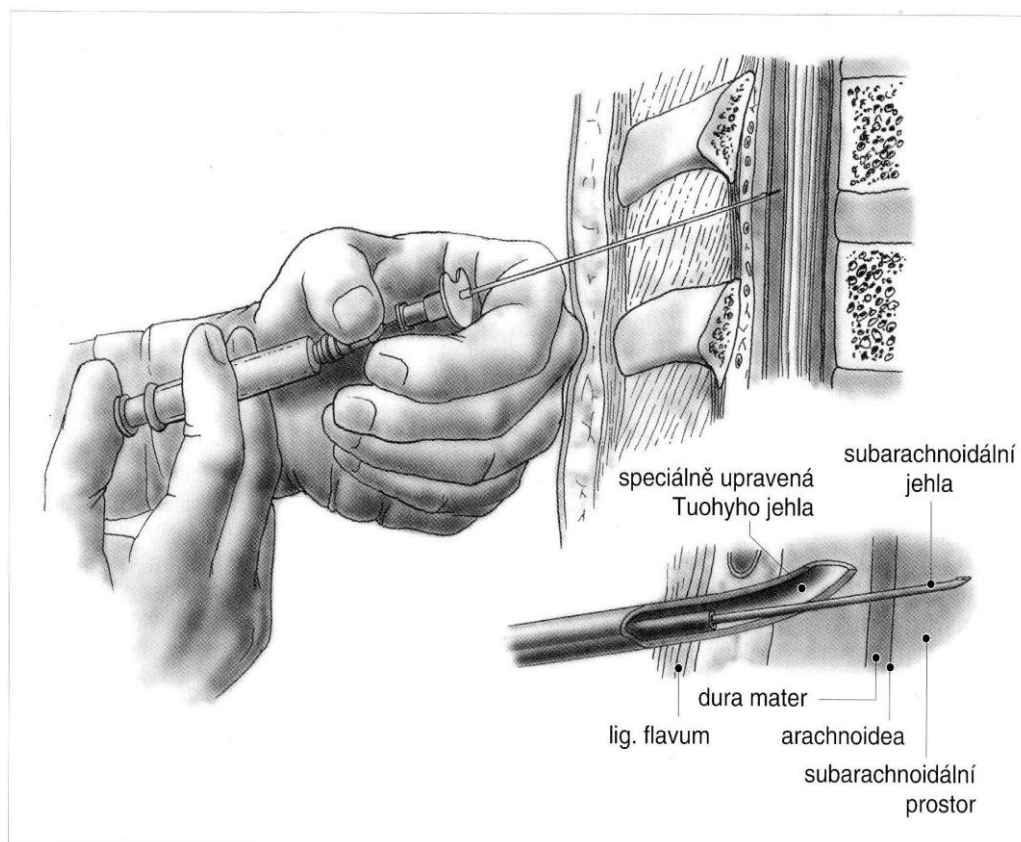
Zdroj: ROZTOČIL, Aleš. Císařský řez. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2008. č. 1. vol. 17. ISSN 1211- 1058

Příloha 3 Způsoby zavádění Tuohyho jehly při epidurální anestezii



Zdroj: PAŘÍZEK, Antonín a kol. *Porodnická analgezie a anestezie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2002. 536 s. ISBN 80- 7169- 969- 1

Příloha 4 Punkce jehlou pro subarachnoidální anestezii



Zdroj: PAŘÍZEK, Antonín a kol. *Porodnická analgezie a anestezie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2002. 536 s. ISBN 80- 7169- 969- 1

Příloha 5 Informovaný souhlas a poučení s hospitalizací



**OBLASTNÍ NEMOCNICE
PŘÍBRAM, a. s.**

Oblastní nemocnice Příbram, a.s.
Podbrdská 269, 261 95 Příbram V
IČO: 27085031, telefon: 318 641 111

Informovaný souhlas a poučení s hospitalizací (část 1)

Oddělení:

Jméno a příjmení pacienta:

Datum narození:

Jméno a příjmení zákonného zástupce:

Datum narození:

Já níže podepsaný pacient / zák. zástupce tímto prohlašuji,

že mě lékař dne čas náležitě a srozumitelně informoval o důvodu mé hospitalizace a způsobu léčby, a to takovým způsobem, který je podle mého soudu pro mě srozumitelný. Vysvětlení jsem plně pochopil/a a vzal/a na vědomí. Zároveň stvrzuji, že jsem podal/a pravdivé informace o svém zdravotním stavu. Nezamlčel/a jsem žádné skutečnosti, které by mohly mít vliv na mou léčbu.

Měl/a jsem možnost klást lékařům doplňující dotazy a pokud tomu tak bylo, veškeré dotazy mi byly zodpovězeny a nemám další otázky. Rozumím informacím, které mi lékař vysvětlil a **souhlasím s navrženou hospitalizací.**

Souhlasím s tím, že bez souhlasu ošetřujícího lékaře nebudu užívat žádné léky.

Souhlasím s tím, aby v rámci výuky studenti zdravotnických škol a studenti lékařských fakult nahlíželi do mé zdravotnické dokumentace a byli přítomni při vyšetření.

Souhlasím s označením lůžka svým jménem a příjmením.

Souhlasím s tím, aby se vnitřní auditoři, kteří jsou zavázáni povinnou mlčenlivostí, seznamovali s údaji o mém zdravotním stavu v rozsahu nezbytně nutném.

Souhlasím s tím, že mi bude umístěn identifikační štítek na horní, případně dolní končetinu.

Souhlasím s tím, že budou provedeny všechny kroky vedoucí k záchraně mého života a zdraví.

Na základě tohoto poučení dávám **svůj plný informovaný souhlas** s navrženou hospitalizací, což stvrzuji svým vlastnoručním podpisem.

Podpis pacienta / zák. zástupce pacienta: Datum:

Prohlašuji, že jsem pacienta / zákonného zástupce osobně informoval/a, poučil/a a podal/a mu náležité vysvětlení o skutečnostech uvedených v tomto písemném informovaném souhlasu a pacient / zákonný zástupce vyslovil svůj informovaný souhlas.

Jmenovka lékaře, datum a podpis: Čas:



Informovaný souhlas a poučení s hospitalizací (část 2)

Oddělení:

Jméno a příjmení pacienta:

Datum narození:

Jméno a příjmení zákonného zástupce:

Datum narození:

Pro podávání informací o mém zdravotním stavu a nahlížení do mé zdravotnické dokumentace určuji tyto osoby:

Jméno, příjmení	Bydliště	Telefon

Poučení

Domácí řád oddělení a práva pacientů (charta práv dětí) jsou viditelně umístěny ve společných prostorách oddělení (pokoje, chodba) a jsou Vám k dispozici.

Za finanční obnos a cennosti, které neuložíte do úschovy personálu na oddělení nebo do centrálního trezoru, nemocnice neodpovídá.

Používání soukromých elektrických spotřebičů je na vlastní nebezpečí, nemocnice nenes odpovědnost za vznik úrazu při používání soukromých spotřebičů.

Povinnosti pacientů

Zákaz kouření ve vnitřních prostorách nemocnice. Zákaz požívání alkoholu nebo jiných návykových látek

Zákon číslo 379/2005 Sb. o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholismem a jinými návykovými látkami (§ 8 zakazuje se kouřit ve vnitřních prostorách zdravotnických zařízení všech typů, s výjimkou uzavřených psychiatrických oddělení nebo jiných zařízení pro léčbu závislostí).

V případě porušení těchto předpisů může být případná vystavená pracovní neschopnost ihned lékařem ukončena a informovány příslušné úřady.

Podpis pacienta / zák. zástupce pacienta: Datum:

Jmenovka sestry, datum a podpis:

Zdroj: Oblastní nemocnice Příbram a.s.

Příloha 6 Informovaný souhlas pacienta s operačním výkonem

Podbrdská 269, 261 95 Příbram V



**OBLASTNÍ NEMOCNICE
PŘÍBRAM, a. s.**

IS 005_IS pacienta se zdravotním výkonem/1.10.2010

Podbrdská 269, 261 95 Příbram V

Informovaný souhlas pacienta / zákonného zástupce se zdravotním výkonem

(OPERAČNÍM VÝKONEM, LÉČEBNÝM ČI DIAGNOSTICKÝ POSTUPEM – VIZ DÁLE)

Oddělení: gynekologicko porodnické oddělení..

Jméno a příjmení pacienta:

Datum narození:

Název zdravotního výkonu, který má být proveden:

Císařský řez

Diagnóza, která vede k provedení zdravotního výkonu:

Popis zdravotního výkonu:

*chirurgický výkon, při kterém se řezem ve stěně břišní a na děloze vybaví plod z dutiny děložní
Výkon se provádí ve spinální, epidurální nebo celkové anestezii.*

Možná rizika doporučeného zdravotního výkonu:

komplikace související se samotným výkonem – nadměrná krevní ztráta s nutností podání krevní transfuze, poškození močového měchýře s nutností dočasného ponechání močového katétru, poranění močovodů, poranění střeva, a komplikace v pooperačním období – infekční komplikace s nutností dočasné antibiotické léčby, krvácení -komplikace s nutností opakovaného chirurgického výkonu s cílem nalézt a zastavit zdroj krvácení, v krajním případě až odstranění dělohy (ve spojitosti s nezastavitelným krvácením, obtížným odlučováním placenty, velkým poraněním dělohy), špatné hojení kožní jizvy, poranění plodu při vybavování z dělohy. Další komplikace mohou být v souvislosti s anestezii, též mohou nastat interní komplikace jako plicní embolie, srdeční selhání a další.

Předpokládaná doba hospitalizace:

Při nekomplikovaném průběhu operačního výkonu a pooperačního období asi 1 týden

Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného výkonu, lze-li takové předpokládat:

Při nekomplikovaném průběhu operačního výkonu a pooperačního období může přetrvávat pobolívání v oblasti řezu ve stěně břišní a dočasné omezení v pohybu s nutností fyzického šetření po dobu 2-3 týdnů

Odpovědi na doplňující otázky pacienta (zákonného zástupce):

V případě, že nejsou položeny doplňující otázky je nutné vepsat nejsou nebo proškrtnout (nesmí zůstat prázdné-nevyplněné)

Podbrdská 269, 261 95 Příbram V

Já níže podepsaný pacient / zák. zástupce tímto prohlašuji,

že mě lékař dne24.4.2011 v hod. ...01:52... náležitě a srozumitelně informoval a vysvětlil důvod lékařského výkonu, informoval mě o mé diagnóze a způsobu léčby a to takovým způsobem, který je podle mého soudu pro mě srozumitelný. Vysvětlení jsem plně pochopil/a a vzal/a na vědomí. Zároveň stvrzuji, že jsem podal/a pravdivé informace o svém zdravotním stavu. Nezamlčel/a jsem žádné skutečnosti, které by mohly mít vliv na léčbu.

Informující lékař mě seznámil s možnými alternativami. Byl/a jsem též informován/a o možných rizicích a komplikacích tohoto výkonu. Dále mne informující lékař seznámil s předpokládanou úspěšností výkonu a byl/a jsem informován/a o možných problémech během uzdravování, i jaký vliv bude mít výkon na moji schopnost či další způsob života. **Rozumím informacím, které mi lékař vysvětlil.** Měl/a jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy a pokud tomu tak bylo, veškeré dotazy mi byly zodpovězeny a nemám další otázky.

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví, souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví.

Na základě tohoto poučení dávám **svůj plný informovaný souhlas** s uvedeným lékařským výkonem, což stvrzuji svým vlastnoručním podpisem.

Podpis pacienta / zák. zástupce pacienta: Datum: 24.4.2011

Prohlašuji, že jsem pacienta/zákonného zástupce osobně informoval/a, poučil/a a podal/a mu náležité vysvětlení o skutečnostech uvedených v tomto písemném informovaném souhlasu a pacient/zákonný zástupce vyslovil svůj informovaný souhlas.

Jmenovka lékaře a podpis: Datum, čas: ...24.4.2011 1:52 hod

Zdroj: Oblastí nemocnice Příbram a.s.

Příloha 7 Anesteziologický dotazník

Anesteziologický dotazník (zaškrtněte dle pravdy)

– Nacházel(a) jste se v poslední době v lékařské péči? Pokud ano, uveďte pro jaké obtíže:

- | | | |
|--|-----|----|
| – Jste těhotná? | Ano | Ne |
| – Které léky užíváte? _____ | | |
| – Dostal(a) jste někdy transfusi (krevní)? | Ano | Ne |
| – Kdy jste měla poslední menses? | | |

Trpíte nebo jste trpěl(a) některým z těchto onemocnění:

- | | | |
|--|-----|----|
| – Onemocnění svalů nebo svalová slabost | Ano | Ne |
| – Onemocnění srdce (srdeční infarkt, angina pectoris, srdeční vada, porucha srdečního rytmu aj.) | Ano | Ne |
| – Oběhové a cévní onemocnění | Ano | Ne |
| – Onemocnění plic nebo dýchacích cest | Ano | Ne |
| – Onemocnění jater (žloutenka, tvrdnutí jater) | Ano | Ne |
| – Onemocnění ledvin (záněty, kameny) | Ano | Ne |
| – Poruchy látkové přeměny (cukrovka, dna) | Ano | Ne |
| – Onemocnění štítné žlázy (struma, vole) | Ano | Ne |
| – Onemocnění očí (šedý nebo zelený zákal) | Ano | Ne |
| – Nervové onemocnění (epilepsie, obrny, mozkové příhody) | Ano | Ne |
| – Bolesti hlavy nebo migrény | Ano | Ne |
| – Psychické poruchy (deprese aj.) | Ano | Ne |
| – Onemocnění pohybového aparátu | Ano | Ne |
| – Krevní onemocnění, poruchy krevní srážlivosti | Ano | Ne |
| – Alergie (vyjmenujte prosím) _____ | | |
| – Máte pocit tuhnutí čelisti při pití zrnkové kávy? | Ano | Ne |

Děti: (vyplní rodiče)

- | | | |
|--|-----|----|
| – Stáří dítěte _____, porodní hmotnost _____ | | |
| – Bylo dítě po porodu kříšeno? | Ano | Ne |
| – Choroby, s nimiž se dítě léčí (vyjmenujte) | | |

– Léky, které pravidelně užívá:

– Kdy dítě naposledy jedlo, pilo? (udejte, prosím datum a hodinu)

– Nemá dítě příznaky akutního nachlazení?

Ano Ne

Životní zvyklosti: – kouříte pravidelně?

Ano Ne

– pijete denně alkohol?

Ano Ne

Uveďte množství a druh alkoholu a cigaret za den:

Před výkonem jsem naposledy jedl(a), pil(a) v _____ hodin

Váha _____ Výška _____

Podepište, prosím následující prohlášení a předejte je anesteziologovi, který se Vám bude v den výkonu věnovat.

Souhlasím s provedením plánovaného výkonu v celkové anestezii jako ambulantní pacient. Pročetl(a) jsem informace a všechna doporučení a porozuměl(a) jsem jim. Zajistím si doprovod a odvoz domů a dohled přes noc s tím, že pokud tak neučiním, budu hospitalizován(a) na dobu nutnou k zotavení. Jsem ochoten(ochotna) a schopen(schopna) dostát uvedeným doporučením. V den výkonu a přes noc se budu zdržovat v takové vzdálenosti od nejbližšího zdravotnického zařízení, aby jeho dosažení jakýmkoliv dopravním prostředkem netrvalo déle, než jednu hodinu. Souhlasím dále výslovně s anesteziologickou péčí před, během i po výkonu v takovém rozsahu, jaký uzná anesteziolog za vhodný.

Jméno, příjmení: _____

Rodné číslo: _____

Osoba zajišťující doprovod: _____

V Příbrami, dne _____

Podpis klienta (u dítěte zákonný zástupce):

30	Oblastní nemocnice Příbram, a.s.	č.
531	Oddělení anesteziologie	odb.
571	ambulace	708
	prim. MUDr. Petr Bilina	
	261 26 Příbram 1, U Nemocnice 84	
	Tel.: 318 641 591	

Zdroj: Oblastní nemocnice Příbram a.s.

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S PODÁNÍM ANESTEZIE

Vážená paní, vážený pane!

V současné době se většina operací a bolestivých vyšetření provádí při znecitlivění, které zajišťuje odborný lékař - anesteziolog. Podle stavu pacienta a druhu operace se může provést zákrok buď v celkové anestezii nebo v místním znecitlivění.

Celková anestezie (narkóza) znamená, že operace je prováděna v řízeném bezvědomí. Místní znecitlivění znamená, že operovaná oblast je nebolestivá a pacient je při vědomí a nebo, bude-li si to přát, pouze v lehkém spánku. Bezbolestnost při místním znecitlivění je zajištěna podáním léku (místního anestetika) do určitého místa těla. Místo vpichu může být různě vzdáleno od operačního pole.

Před plánovaným výkonem Vás navštíví anesteziolog, který s Vámi podrobně projedná a navrhne nejvhodnější postup anestezie pro Váš výkon. Budete seznámeni s výhodami a nevýhodami navrženého typu anestezie a budete informováni o případných možných komplikacích a jejich četnosti. Rovněž Vám velmi rádi odpovíme na všechny dotazy, týkající se anestezie, operace a pooperačního období.

1. Já,, souhlasím s poskytnutím anestezie pro plánovaný léčebný / diagnostický výkon.
2. Byl(a) jsem informován(a) lékařem o typu anestezie, která mi bude poskytnuta a souhlasím s navrženým typem anestézie.
3. Byl(a) jsem informován(a) a poučen(a), že bez ohledu na použitý typ anestezie je řada obecných rizik a následků, které se mohou vyskytnout (např. bolest v krku a chrapot, nevolnost a zvracení, bolesti svalů).
4. Byl(a) jsem informován(a) a poučen(a), že léky či jiné látky, které užívám, mohou způsobit komplikace během anestezie a chirurgického výkonu. Jsem si vědom(a), že je v mém zájmu informovat lékaře před plánovaným výkonem.
5. Byl(a) jsem informován(a) a poučen(a), že během anestezie může dojít k náhlé změně zdravotního stavu, která bude vyžadovat překročení tohoto oprávnění. V těchto případech opravňuji lékaře na základě jeho profesionálního rozhodnutí k provedení všech postupů k záchraně zdraví nebo života.
6. Souhlasím s podáním krve a/nebo krevních derivátů, jestliže vznikne důvod během výkonu nebo bezprostředně po něm. Byl(a) jsem informován(a) a poučen(a), že ve výjimečných případech může dojít k možným komplikacím v důsledku transfuze krve a/nebo krevních derivátů (např. horečka, alergická reakce, přenos některých infekčních chorob).
7. Byl(a) jsem informován(a) a poučen(a) o možnosti vzniku výjimečně se vyskytujících, závažných a naprosto ojediněle i život ohrožujících komplikací (včetně úmrtí) v průběhu anestézie.

PROHLÁŠENÍ PACIENTA

Podpisem tohoto dokumentu prohlašuji, že jsem porozuměl(a) jeho obsahu, jsem si vědom(a) všech rizik uvedených v souvislosti s podáváním anestezie a souhlasím s navrženým typem anestezie:

- Celková anestezie Spinální anestezie Epidurální anestezie
 Jiná svodná anestezie Monitorovaná sedace - analgezie

Plně rozumím textu, který podepisuji a činím tak vážně, ze své vlastní svobodné vůle.

Datum:

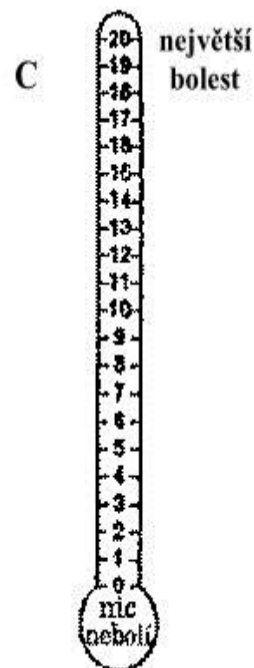
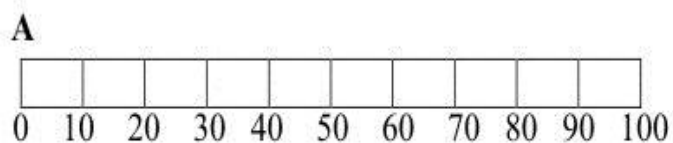
Podpis:

PROHLÁŠENÍ LÉKAŘE

Já, MUDr. potvrzuji, že pacient nebo jeho zákonný zástupce byl seznámen s navrhovaným typem anestezie a byl informován o možných komplikacích spojených s podáním anestezie.

.....	30	Oblastní nemocnice Příbram, a.s.
Datum	531	Jméno a podpis lékaře	odb.
	571	261 28 Příbram 1 U Nemocnice 84	708
		Tel.: 318 641 591	

Příloha 9 Vizuální analogová škála pro měření bolesti VAS



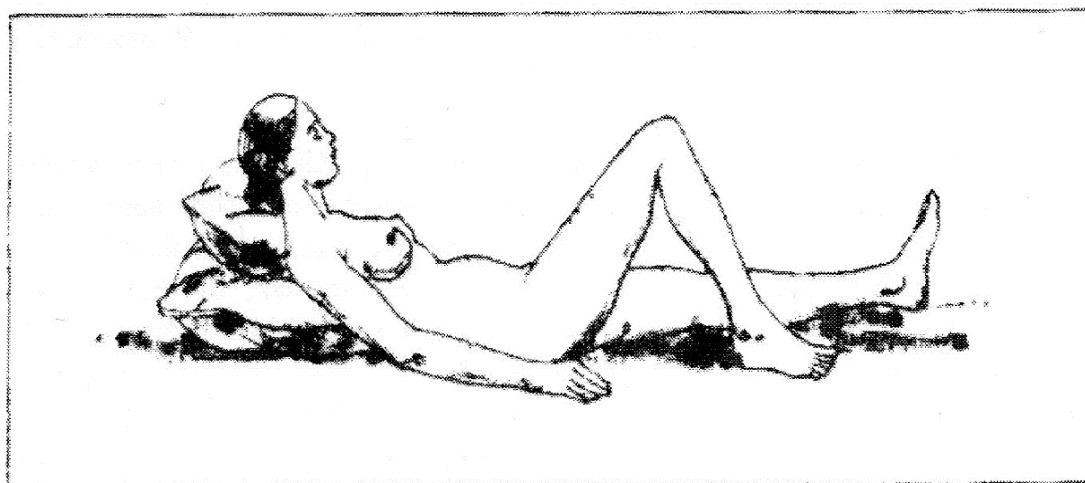
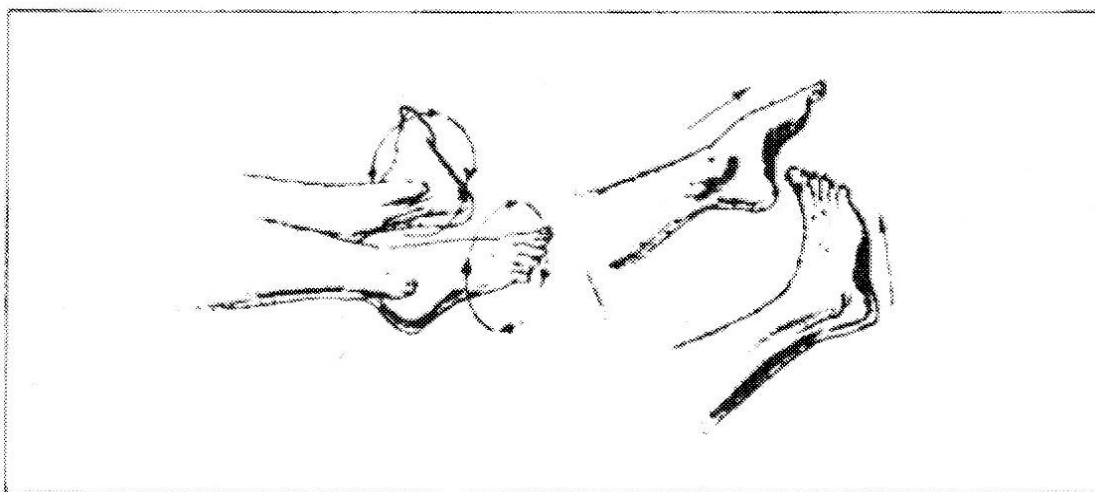
A. [10-20](#), [30-40](#), [50-60](#), [70-80](#), [90-100](#)

B. [0-1](#), [2-3](#), [4-5](#)

C. [0](#), [1-3](#), [4-6](#), [7-11](#), [12-14](#), [15-17](#), [18-20](#)

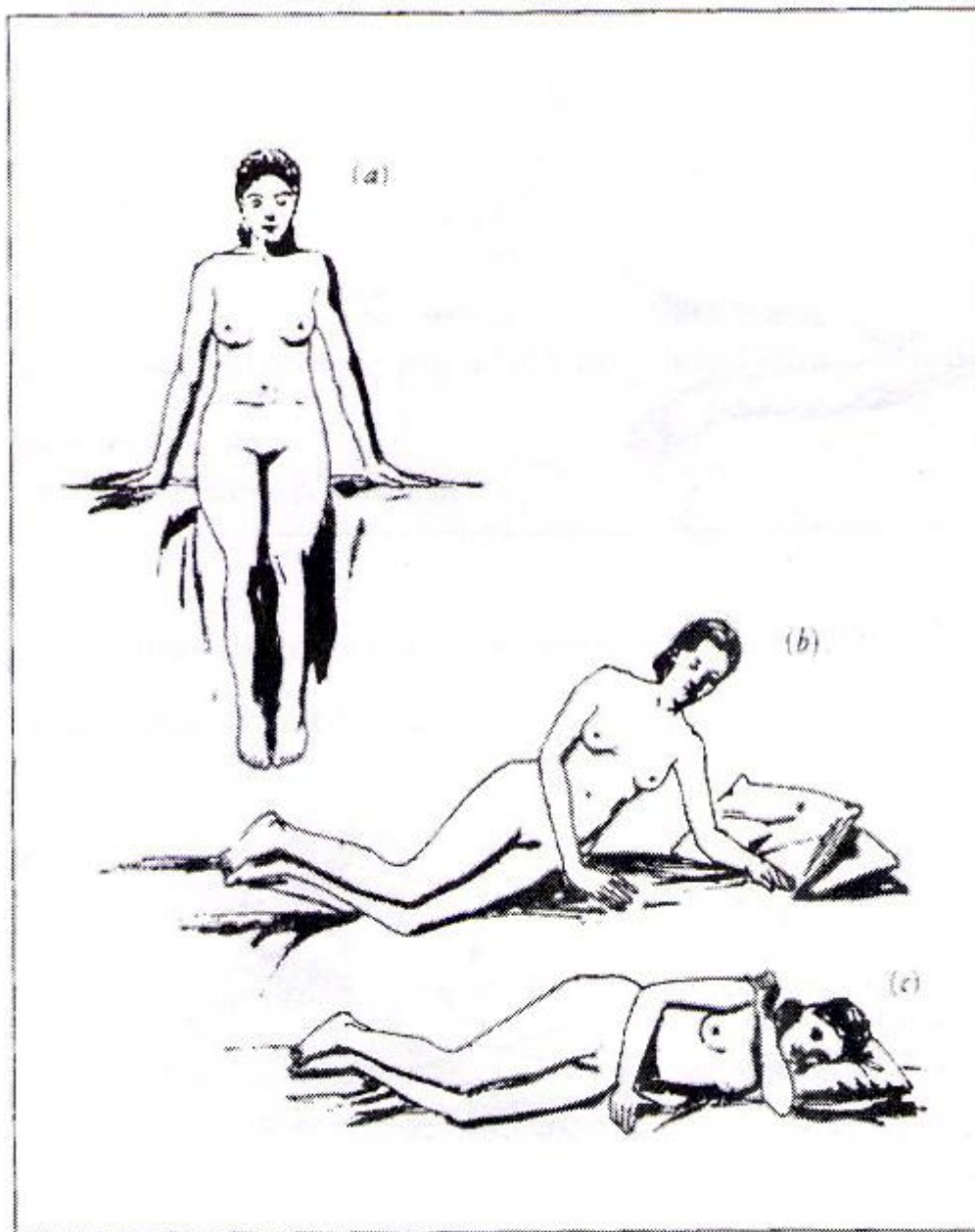
Zdroj: TRACHTOVÁ, Eva a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. 186 s. ISBN 80- 70- 13- 285- X

Příloha 10 Rehabilitace dolních končetin



Zdroj: ROZTOČILOVÁ, Simona. Rehabilitace a císařský řez. *Moderní babičtví*. 2009. č. 17. ISSN 1214- 5572

Příloha 11 Vstávání z lůžka



Zdroj: ROZTOČILOVÁ, Simona. Rehabilitace a císařský řez. *Moderní babictví*. 2009. č. 17. ISSN 1214- 5572

Příloha 12 Polohy při kojení vhodné po porodu císařským řezem

Příloha 3 Polohy při kojení vhodné po porodu císařským řezem

FOTBALOVÉ BOČNÍ DRŽENÍ

- je vhodné pro ženy s velkými prsy nebo plochými bradavkami či po císařském řezu
- dítě leží na předloktí matky, která rukou podpírá ramínka dítěte
- prsty matky spočívají na hýždích nebo stehně výše umístěné dolní konč. dítěte
- prsty podpírají hlavičku dítěte
- nožky dítěte jsou podél matčina boku
- chodidla dítěte se nesmí o nic opírat
- předloktí matky je podepřeno polštářem



KOJENÍ V POLOSEDĚ S PODLOŽENÝMA NOHAMA

- vhodné zejména pro matky po císařském řezu
- dítě leží v ohbí paže nebo na předloktí paže matky
- polštář na břichu matky brání tlaku dítěte na jizvu
- polštář pod kolena podpírá dolní končetiny matky



KOJENÍ VLEŽE NA ZÁDECH

- vhodné pro ženy po císařském řezu a děti, které se špatně přisávají
- matka může dítě k prsu přesouvat bez většího úsilí a tlaku na jizvu



Zdroj: <http://www.kojeni.cz/texty.php?id=18#1>, 12.2.2007

Příloha 13 **Dotazník**

Dotazník pro ženy po císařském řezu na oddělení šestinedělí

Milá maminko,

Jmenuji se Šárka Mašková a jsem studentkou 3. ročníku oboru Porodní asistentka na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské Univerzity. Dotazník, který Vám předkládám je základem mé bakalářské práce na téma „Císařský řez- perioperační ošetrovatelská péče při regionální a celkové anestezii“. Práce by měla sloužit ke zkvalitnění ošetrovatelské péče o maminky s indikací císařského řezu. K vyplnění postačí pouhé zakroužkování dané odpovědi. Dotazník je zcela anonymní a získaná data budou sloužit výhradně ke zpracování mé práce.

1. Kolik je Vám let?
 - a, méně než 20 let
 - b, 20- 30 let
 - c, více než 30 let

2. Jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?
 - a, základní
 - b, střední bez maturity
 - c, střední s maturitou
 - d, vysokoškolské

3. Navštěvovala jste pravidelně... (můžete označit více odpovědí)
 - a, těhotenskou poradnu
 - b, předporodní kurzy
 - c, těhotenské cvičení

4. Jaký typ anestezie jste při císařském řezu podstoupila?
 - a, celkovou
 - b, regionální (epidurální, spinální)

5. Císařský řez Vám byl proveden...

- a, plánovaně
- b, akutně (rozhodnuto bylo až na porodním sále)

6. Byla jste dostatečně informována o možnostech anestezie při císařském řezu?

- a, ano
- b, spíše ano
- c, ne

7. Která z uvedených skupin zdravotníků Vás nejlépe informovala o anestezii při císařském řezu?

- a, lékař (gynekolog, porodník)
- b, porodní asistentka
- c, anesteziolog

8. Jakým způsobem jste se sama informovala o možnostech anestezie při císařském řezu?(můžete označit více odpovědí, eventuálně doplnit jinou možnost)

- a, na internetu
- b, v odborné literatuře
- c, v prenatální poradně
- d, v kurzu předporodní přípravy
- e, -----

9. Byly Vám lékařem dostatečně vysvětleny výhody a rizika příslušného typu anestezie?

- a, ano
- b, spíše ano
- c, ne
- d, spíše ne

10. Měla jste obavy ze zvoleného typu anestezie?

- a, ano
- b, ne

11. Měla jste obavy o miminko vzhledem k typu anestezie?

- a, ano
- b, spíše ano
- c, ne
- d, spíše ne

12. Kdy jste byla schopná po operaci vnímat ošetřující personál a okolí?

- a, ihned po operaci
- b, do 1 hodiny
- c, do 2 hodin
- d, déle jak 2 hodiny

13. Za jakou dobu po operaci jste vstávala z lůžka?

- a, dříve než za 12 hodin
- b, za 12 hodin
- c, déle než za 12 hodin
- d, za 24 hodin

14. Dělal Vám první vstávání problém?

- a, ano
- b, ne

15. Pokud ano, jaký problém vstávání komplikovalo? (můžete označit více odpovědí)

- a, mdloba
- b, bolest
- c, celková únava
- d, zvracení

16. Za jakou dobu po operaci jste pocítovala bolest?

- a, do 1 hodiny po operaci
- b, do 4 hodin po operaci
- c, po více jak 4 hodinách
- d, bolest jste pocítovala minimálně

17. Byla jste dostatečně informována lékařem, nebo porodní asistentkou o možnostech aplikace léků po operaci?
- a, ano
 - b, ne
18. Za jakou dobu po operaci jste mohla přijímat tekutiny per os (ústý)?
- a, ihned
 - b, za 4 hodiny
 - c, déle než za 4 hodiny
19. Zhojila se Vám operační rána bez komplikací?
- a, ano
 - b, ne
20. Kdy Vám byla po operaci odstraněna močová cévka?
- a, dříve než za 12 hodin
 - b, za 12 hodin
 - c, za 24 hodin
 - d, déle než za 24 hodin
21. Kdy Vám byl umožněn první kontakt s miminkem?
- a, ihned po vybavení proveden bonding
 - b, ještě na operačním sále během výkonu
 - c, ihned po operaci
 - d, na pooperačním pokoji
22. Kdy bylo provedeno první přiložení miminka?
- a, ihned po prvním ošetření miminka
 - b, ještě na operačním sále v průběhu operace
 - c, na pooperačním pokoji
23. Byl partner přítomen u porodu císařským řezem?
- a, ano
 - b, ne

c, pouze u ošetření miminka

24. Jak dlouho jste potřebovala pomoc personálu s péčí o miminko?

a, 1 den

b, 2 dny

c, 3 dny

d, více jak 3 dny

Děkuji Vám za spolupráci a za zodpovězení otázek.

