



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Prevence pooperačních komplikací u ženy po císařském řezu

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **PORODNÍ ASISTENCE**

Autor: Eliška Munková

Vedoucí práce: Mgr. Romana Belešová

České Budějovice 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem *Prevence pooperačních komplikací u ženy po císařském řezu* jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 4.5.2023

.....

Eliška Munková

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat paní Mgr. Romaně Belešové za odborné vedení bakalářské práce, a především za projevenou trpělivost a ochotu při jejím zpracování. Poděkování patří i mým nejbližším, kteří mi nejen po celou dobu studia byli nezbytnou oporou. V neposlední řadě děkuji i všem informantkám, které se účastnily mého výzkumného šetření.

Prevence pooperačních komplikací u ženy po císařském řezu

Abstrakt

Bakalářská práce se věnuje prevenci pooperačních komplikací u ženy po císařském řezu. Práce byla rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části bakalářské práce je objasněna problematika císařského řezu a jeho definice, historie, indikace, operační techniky a druhy anestezie, jež mohly být využity při této operaci. V neposlední řadě se práce zaměřuje na možné pooperační komplikace spojené s císařským řezem a na preventivní kroky pooperačních komplikací. Současně se teoretická část zabývá poskytovanou péčí porodní asistentky o ženu před, během a po výkonu.

Cílem kvalitativní výzkumné části bylo zjistit, jaká je prevence pooperačních komplikací u ženy po císařském řezu. Byla stanovena jedna výzkumná otázka a to: Jakou péčí poskytují porodní asistentky ženám po císařském řezu v rámci prevence pooperačních komplikací. Sběr dat probíhal během měsíce února a března roku 2023. Výzkumné soubory byly stanoveny dva. Prvním výzkumným souborem byly porodní asistentky pracující na ošetrovací jednotce šestinedělí, poskytující péči ženám po císařském řezu. Druhým výzkumným souborem se staly ženy, které měly v anamnéze vykonaný alespoň jeden císařský řez. Porodní asistentky PA1-PA9 a ženy I1-I8 souhlasily s poskytnutím polostrukturovaného rozhovoru. V polostrukturovaném rozhovoru bylo porodním asistentkám položeno celkem 10 otázek, které se týkaly preventivních opatření, které ženám v rámci pooperační péče poskytují. Ženám bylo položeno 15 otázek a zajímaly jsme se o to, jaké měly zkušenosti s poskytovanou pooperační péčí. Poté, co byly rozhovory doslovně přepsány, byla provedena jejich analýza barvením textu. Odpovědi porodních asistentek i žen byly okódovány a na základě analýzy dat vznikly hlavní kategorie a jejich podkategorie. Kategorie dat porodních asistentek nesly název: Péče o ženu po SC a Pooperační komplikace. Kategorie dat žen se nazývaly: Předoperační fáze, Pooperační fáze a Poskytovaná péče.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že porodní asistentky, které pracují na ošetrovací jednotce šestinedělí, pečují o ženu po operačním výkonu tak, že sledují její zdravotní stav a

předcházejí tím společně s edukací vzniku pooperačních komplikací. V rámci celoživotního vzdělávání se pravidelně zdokonalují na seminářích o oblasti předcházení pooperačních komplikací a o péči, kterou je nutno ženě poskytovat po císařském řezu.

Bakalářská práce by mohla poskytnout porodním asistentkám a studentkám porodní asistence inspiraci pro zlepšení kvality poskytované péče ženě. I přes významná pozitiva získaných výsledků, z výzkumné části vyplynuly i nedostatky v poskytované péči po císařském řezu. Nedostatky se zejména nacházely v neefektivní komunikaci mezi porodní asistentkou a ženou, dále pak v nedostačující edukaci.

Klíčová slova

Císařský řez; indikace; komplikace; plod; porodní asistentka; prevence; žena

Prevention of postoperative complications in woman after caesarean section

Abstract

The bachelor thesis deals with the prevention of postoperative complications in women after caesarean section. The thesis was divided into theoretical and practical parts. The theoretical part of the bachelor thesis explains the problems of caesarean section and its definition, history, indications, surgical techniques and types of anaesthesia that could be used during this operation. Last but not least, the thesis focuses on possible postoperative complications associated with caesarean section and on preventive steps for postoperative complications. At the same time, the theoretical part deals with the care provided by the midwife to the woman before, during and after the procedure.

The aim of the qualitative research part was to find out what is the prevention of postoperative complications in a woman after caesarean section. One research question was set and that was: what care midwives provide to women after caesarean section in the prevention of post-operative complications. The data collection was done during the month of February and March 2023. Two research sets were set. The first research set was midwives working in the six-week care unit, providing care to women after caesarean section. The second research set was women who had a history of but-at least one caesarean section. Midwives PA1-PA9 and women I1-I8 agreed to provide a semi-structured interview. In the semi-structured interview, midwives were asked a total of 10 questions regarding the preventive measures they provide to women in their post-operative care. Women were asked 15 questions and were asked about their experiences of the post-operative care provided. After the interviews were transcribed verbatim, they were analysed by colouring the text. The midwives' and women's responses were coded and the main categories and their sub-categories emerged from the data analysis. The categories of midwives' data were titled: Care of the woman after SC and Postoperative complications. The women's data categories were called: Pre-operative phase, Post-operative phase, and Care provided.

The research findings revealed that midwives working in the six-week care unit care for the woman after surgery by monitoring her health status to prevent postoperative complications along with education. As part of their continuing education, they regularly

attend seminars on the prevention of post-operative complications and the care to be given to women after a caesarean section.

This bachelor thesis could provide midwifery students with inspiration to improve the quality of care provided to the woman. Despite the significant positives of the results obtained, the research part also revealed shortcomings in the care provided after caesarean section. The shortcomings were mainly found in ineffective communication between the midwife and the woman, as well as inadequate education.

Key words

Caesarea section; complications; fetus; indications; midwife; woman; prevention

Obsah

1	Současný stav	10
1.1	Porod	10
1.2	Historie císařského řezu	11
1.3	Císařský řez v současnosti	12
1.3.1	Podmínky a indikace k císařskému řezu	13
1.3.2	Anestezie u císařského řezu	15
1.3.3	Operační techniky při císařském řezu	16
1.4	Komplikace po císařském řezu	17
1.5	Prevence	20
1.5.1	Prevence pooperačních komplikací	20
1.5.2	Prevence komplikací v předoperační fázi	21
1.5.3	Prevence komplikací v intraoperační fázi	23
1.5.4	Prevence komplikací v pooperační fázi	24
2	Cíle práce a výzkumné otázky	27
3	Metodika	28
3.1	Metodika a technika výzkumu	28
3.2	Charakteristika výzkumného souboru	28
4	Výsledky výzkumu	30
4.1	Identifikační údaje porodních asistentek z ošetrovací jednotky šestinedělí	30
4.2	Kategorizace dat z výzkumného souboru porodních asistentek	31
4.3	Identifikační údaje žen po císařském řezu	39
4.4	Kategorizace dat z výzkumného souboru žen po císařském řezu	41
5	Diskuse	49
6	Závěr	55
	Seznam použitých zdrojů	56
	Seznam příloh	63
	Seznam zkratk	71

Úvod

Císařský řez je velkou abdominální operací, jejíž kořeny zasahují hluboko do historie. Během tohoto zákroku je plod vybaven z dělohy břišní cestou. Císařský řez je jednou z nejčastějších porodnických operací v České republice, frekvence vykonaných císařských řezů dosahuje až k 24 % všech porodů. Je indikován v případě, kdy by vaginální porod byl rizikem poškození zdraví nebo až smrti pro ženu či plod. Operace je sice v některých případech život zachraňujícím výkonem, nicméně i přes to s sebou může přinášet mnohé komplikace.

Porodní asistentka je zdravotnickým pracovníkem, který má kompetence pečovat o ženu před, během i po císařském řezu. Péče porodních asistentek je důležitou součástí prevence pooperačních komplikací.

Pooperační komplikace se rozdělují na bezprostřední, časné a pozdní, také mohou být dle příčiny infekční, embolické, hemoragické, respirační, urologické či spojené s gastroenterologickým traktem. V případě vzniku jakýchkoli pooperačních komplikací je důležité, aby porodní asistentka uměla problém rozpoznat a zareagovat na každou situaci poskytnutím vhodné péče. Vzhledem k tomu, že pooperační komplikace mohou být různorodé, je důležité, aby porodní asistentka měla dostatečné znalosti.

Porodní asistence je náročný obor, ale je také obohacující podporovat ženu a její rodinu během jedné z nejvýznamnějších událostí v jejich životě. Důvodem, proč jsem si toto téma bakalářské práce zvolila je, že péče o ženu před i po císařském řezu je značně obtížnější než u ženy po spontánním porodu, chtěla jsem si v této aktuální problematice rozšířit znalosti. Porodní asistentky hrají klíčovou roli v péči o ženu po této operaci a poskytují ženě všestrannou péči i podporu, aby zajistily co nejlepší výsledky.

1 Současný stav

Homer et al. (2022) uvádějí, že celosvětové množství vykonaných císařských řezů se za posledních 15 let téměř zdvojnásobilo. Zatímco císařský řez může být život zachraňující operací, může mít také krátkodobé a dlouhodobé dopady na zdraví ženy (Homer et al., 2022). Porodní asistentka má kompetence pečovat o ženu před, během i po císařském řezu (Procházka, 2020). Dle vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, jsou stanoveny činnosti porodní asistentky, které může v souvislosti v poskytování zdravotní péče vykonávat (MZČR, 2019). Porodní asistentka je plně zodpovědný zdravotnický pracovník, který pracuje v partnerství se ženou, poskytuje ženě podporu, péči a rady během těhotenství, porodu, a to až do šestého týdne po porodu prostřednictvím ošetrovatelského procesu (MZČR, 2019).

1.1 Porod

Porod je fyziologický proces skládající se ze třech dob porodních, během kterých dochází k vypuzení plodu porodními cestami ženy (Procházka, 2020).

Pokud novorozenec po porodu projevuje alespoň jednu ze známek života (má zachovalou tepovou frekvenci, zjevnou pulzaci pupečníku, anebo prokázaný pohyb svalů), znamená to, že jde o porod živého novorozence (Roztočil, 2020). V případě, že se plod narodí bez jakýchkoliv známek života, jeho porodní hmotnost je vyšší než 500 g nebo byl dokončený 22. týden těhotenství, jedná se o porod mrtvého plodu (Národní zdravotnický informační portál, 2023). Potrat nastává tehdy, když plod vyjde z těla ženy a nejeví žádnou ze známek života, zároveň je hmotnost plodu nižší než 500 g nebo je stáří plodu nižší než 22 týdnů (Binder et al., 2015).

Z hlediska délky těhotenství se porod rozděluje do tří skupin (Roztočil, 2020). Je to porod předčasný, včasný a potermínový (Roztočil, 2017). Předčasným porodem se rozumí narození plodu před 36. týdnem těhotenství (Národní zdravotnický informační portál, 2023). Včasný je porod v rozmezí mezi 37. až 41. týdnem těhotenství. Potermínový porod je definován jako porod plodu, který proběhne po 42. týdnu těhotenství (Roztočil, 2017).

Porod lze také klasifikovat dle spouštěcích mechanismů a způsobu provedení jako spontánní, medikamentózní, indukovaný, fyziologický, patologický či operativní (Hudáková a Kopáčiková, 2017). Právě císařský řez je porodem operativním (Procházka,

2020). Znárodnjuje nefyziologický proces ukončení těhotenství, k němuž vede selhání přirozených porodních mechanismů ženy nebo adaptačních mechanismů plodu (Štourač et al., 2014). Dříve v minulosti se užíval výrok, že je císařský řez známkou neschopnosti porodníka ukončit porod vaginálně, dnes je tento názor zcela tabu (Marešová a Fiala, 2018).

1.2 Historie císařského řezu

Císařský řez (sectio caesarea) pochází z latinského pojmenování „caesones“ označující „vyříznutí“ (Procházka, 2020). Velká abdominální operace je porodem plodu a placenty incizí v oblasti přední břišní a děložní stěny (Procházka, 2020).

Ukončení porodu tímto způsobem patří mezi nejstarší porodnické operace, jejíž kořeny zasahují hluboko do historie a mají svůj velmi dlouhý a dramatický vývoj (Česká gynekologie, 2016).

Odent (2016) uvádí, že císařský řez znali lidé již v mytologii. V Codex juris civilis je zmíněno, že žena nemůže být pochována, nachází-li se v její děloze plod. V Mezopotámii byli lidé seznámeni s císařským řezem v Eposu o Gilgamešovi a v Egyptě je zaznamenán v Erbsově papyru (Odent, 2016). Nejdříve se císařský řez prováděl na ženách mrtvých, později na ženách umírajících, teprve posléze mohl být vykonán na ženách živých (Odent, 2016).

Roztočil (2017) zmiňuje, že první císařský řez byl v České republice proveden v roce 1786 Josefem Staubem, nicméně dítě se narodilo mrtvé a žena zemřela po dvou dnech na vyčerpání. Přibližně do počátku 19. století představoval tento způsob porodu pro ženu zcela jistou smrt (Česká gynekologie, 2016). Jednalo se především o tragické podmínky, ve kterých byla operace vedena (Odent, 2016). V těchto dobách neexistovala anestezie ani povědomí o aseptice (o souboru opatření bránících vniknutí mikrobů do rány), nebyla známá technika ošetření rány a nebyl k dispozici materiál na účinné stavění krvácení (Česká gynekologie, 2016). Ženy umíraly především na puerperální sepsi a vykrvácení z rány, která nebyla často ani šita (Roztočil, 2017).

Pokrok byl zaznamenán ve 2. polovině 19. století, kdy došlo k zavedení principu asepse (Roztočil, 2017). Také se rozvíjela anestezie, farmakologie, transfuzní služby a byla objevena antibiotika (Roztočil, 2017). S vývojem medicíny se rozšiřovaly i indikace

k císařskému řezu, ze kterého se tak později stala nejběžnější porodnická operace (Roztočil, 2020).

Po druhé světové válce došlo k rozvoji nové techniky u operace (Roztočil, 2017). Byla vedena pomocí transverzálního řezu (podélně vedeného řezu nad pupkem) v oblasti dolního děložního segmentu (Odent, 2016) (Příloha 1). Takto byl nahrazen dosud používaný řez vertikální (řez protínající vertikálně celou vrstvu hladké svaloviny děložní stěny), u něhož bylo riziko silného krváčení, infekce a protržení jizvy během následujícího těhotenství (Odent, 2016) (Příloha 2). Novou technikou se stal i transverzální řez na břišní stěně na hranici pubického ochlupení. Tomuto způsobu porodníci dlouho nevěřili, jelikož si nedokázali představit, že by tímto řezem mělo dojít k vynětí plodu z dělohy ženy během krátké chvíle tak, aby se drogy podávané v celkové anestezii nedostaly do oběhu dítěte (Odent, 2016). Rizika vzniku komplikací se rapidně snížila s rozvojem nové techniky, která se v dnešní době zásadně neliší od té používané v 50. letech 20. století (Odent, 2016).

1.3 Císařský řez v současnosti

Císařský řez, jako každá operace, s sebou může nést mnoho rizik, někdy i život ohrožujících (Procházka, 2020). Roztočil (2020) ale uvádí, že se zvyšujícím se počtem provedených císařských řezů frekvence komplikací klesá. Provedení operace má svá jasná pravidla (Gregora a Velemínský, 2017) a používají se při ní stále novější a bezpečnější postupy (Roztočil, 2017). Základem je kvalitní pre-, intra – a postoperační péče provedená kvalifikovaným personálem (Procházka, 2020). Na realizaci císařského řezu se podílí multidisciplinární tým složený z odborníků, těmi jsou porodníci, anesteziologové, pediatři, porodní asistentky, dětské sestry a anesteziologické sestry (Pařízek, 2015).

Císařský řez se zpravidla neprovádí před 39. týdnem těhotenství, důvodem je nedokončený vývoj plodu v děloze (Krans, 2018). Nastanou-li však komplikace, které ohrožují ženu či plod, provádí se okamžitě bez ohledu na fázi těhotenství ženy (Krans, 2018).

V roce 2018 bylo v České republice provedeno 24 % porodů císařským řezem (Procházka, 2020). Každý z nich musí být v tuzemsku zdůvodněn porodnickými či neporodnickými indikacemi (Procházka, 2020). Narozdíl od jiných států není možné

v České republice vykonat tento způsob porodu na přání ženy (Gregora a Velemínský, 2017). Nejčastějšími příčinami bývá hypoxie plodu (nedostatek kyslíku v těle nebo jednotlivých tkáních), opakovaný císařský řez, poloha plodu koncem pánevním a také cervikokorporální dystokie (patologicky probíhající kontrakce děložní) (Profese, 2019). Procházka (2020) uvádí, že v České republice incidence císařských řezů vzrůstá, ale ve srovnání s ostatními zeměmi je počet stále poměrně nízký. Například v Brazílii, Francii a ve Španělsku roste incidence porodů císařským řezem k 50 % (Odent, 2016). Dle WHO by se měla jejich míra provedení pohybovat okolo 15 % (Profese, 2019). S vyššími procenty císařských řezů se v tuzemsku můžeme setkat v perinatologických centrech (až 35 %), neboť do těchto specializovaných center jsou směřovány ženy se závažnějšími komplikacemi (Gregora a Velemínský, 2017). V České republice se nachází celkem 12 těchto perinatologických center, jsou jimi Fakultní nemocnice v Motole, Fakultní nemocnice Plzeň, Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Ústav pro péči o matku a dítě, Fakultní nemocnice Ostrava, Krajská nemocnice T. Bati, Fakultní nemocnice Brno, Masarykova nemocnice Ústí nad Labem, Fakultní nemocnice Hradec Králové, Fakultní nemocnice Olomouc, Nemocnice České Budějovice a Nemocnice Most (Věstník, 2019).

1.3.1 Podmínky a indikace k císařskému řezu

Podmínky pro provedení císařského řezu se během let měnily, nicméně hlavní zůstala stejná (Hájek et al., 2014), základní podmínkou pro jeho vykonání je, aby hlavička plodu nebyla sestouplá a fixovaná v pánvi ženy (Odent, 2016). Avšak Roztočil (2017) zmiňuje, že tento předpoklad neplatí zcela absolutně, pokud lze hlavičku plodu vytlačit nad úroveň pánevního vchodu. Pařízek (2015) dodává, že porodník má možnost císařský řez indikovat pouze během první doby porodní v momentě, kdy se plod nachází stále nad oblastí pánve.

Indikace k císařskému řezu se rozdělují do dvou skupin, jsou to indikace absolutní a relativní (Odent, 2016). Absolutní jsou takové indikace, při kterých by neuskutečnění císařského řezu znamenalo fatální důsledky pro ženu či plod (Procházka, 2020). Relativní jsou indikace v případě, kdy je možné pokračovat ve vaginálním porodu se zvýšeným rizikem komplikací pro ženu a plod (Procházka, 2020). K rozhodnutí, jak bude porod veden, dochází dle různých faktorů (jsou to např. zkušenosti lékaře, typ osobnosti ženy nebo postup dané nemocnice v konkrétních situacích) (Odent, 2016).

Mezi porodnické indikace k ukončení porodu císařským řezem se řadí např. hypoxie plodu, kefalopelvický nepoměr, cervikokorporální dystokie, stav po předchozím císařském řezu, abrupce placenty, placenta praevia a další (Marešová a Fiala, 2018).

Hypoxie je stav, který značí nedostačující přísun kyslíku k plodu a může ho významně poznamenat (Klíma, 2016). Diagnostickou metodou pro tento stav je kardiokografie, jejímž úkolem je monitorovat srdeční frekvenci plodu a identifikovat rozvíjející se hypoxii (Měchurová, 2014). Může se jednat o stav akutní či chronický (Čepický et al., 2018). Klinickými projevy akutní hypoxie mohou být změny frekvence srdečních ozev plodu, zatímco odchod stolice plodu nebo oligohydramnion (snížení množství vody plodové) jsou projevy chronické hypoxie (Čepický et al., 2018).

Kefalopelvický nepoměr značí nepřiměřenou velikost hlavičky plodu k rozměrům pánevního východu ženy, důvodem může být její úzká pánev nebo velký obvod naléhající části hlavy plodu (Odent, 2016). Porodní asistentka v prenatální poradně poskytuje ženě péči v rámci prevence vzniku této komplikace a pomocí pelvimetru měří pánevní rozměry ženy pro nadcházející porod (Wilhelmová et al., © 2021).

Pokud pravidelná děložní činnost nemá efekt na děložní hrdlo a nevede k progresi vaginálního nálezu, probíhá patologicky a označuje se jako stav cervikokorporální dystokie (Odent, 2016). Příčinou této komplikace může být abnormální uložení plodu i patologie pánve ženy (Odent, 2016).

Žena je ohrožena rupturou dělohy ve 12 % v případě, má-li v anamnéze ukončený jeden porod císařským řezem, indikace pro jeho vykonání zde není zcela absolutní (Odent, 2016). Pokud má však žena v anamnéze dva a více porodů ukončené císařským řezem, je indikace k provedení operace absolutní (Pařízek, 2015). V místě operačního zákroku na děloze a malé pánvi vznikají jizvy na děložní stěně a mohou být během těhotenství či porodu příčinou ruptury dělohy (Hájek et al., 2014). Typickým příznakem je prudká bolest a následné vymizení kontrakcí (Procházka, 2020). Žena udává palpační bolestivost, krvácí a upadá do hemoragického (krvácivého) a traumatického šoku (Procházka, 2020).

Pokud je placenta nesprávně umístěná v dutině děložní a zasahuje tak k vnitřní brance děložního hrdla, označuje se jako placenta praevia (Odent, 2016). Takto uložená placenta znepřístupňuje plodu vstup do porodních cest ženy (Procházka, 2020).

Jestliže se placenta oddělí od děložní stěny dříve, než dojde k vypuzení plodu z porodních cest ženy, pojmenovává se tato situace jako abrupce placenty (Odent, 2016). Klinickým příznakem jsou velmi silné bolesti břicha, které žena pociťuje a tyto bolesti doprovází skryté či zjevné krvácení (Hourová a Galambošová, 2015).

Při naléhání a výhřezu pupečníku, ke kterému může dojít při protržení plodových obalů, dochází k omezení přísunu krve k plodu (Odent, 2016). Příčinou je utlačení pupečníku v oblasti vagíny až vulvy (Odent, 2016).

Mezi další indikace k ukončení porodu císařským řezem se řadí vícečetné těhotenství, nepravidelné polohy plodu, horečka při porodu, psychosociální indikace ženy, neúspěšná indukce porodu, medikamentózně nekorigovatelná preeklampsie, překážky v porodních cestách, celkové onemocnění ženy, RH izoimunizace, herpes genitalis, HIV pozitivní žena, žena umírající a mrtvá (Marešová a Fiala, 2018).

1.3.2 Anestezie u císařského řezu

Anestezie neboli znecitlivění způsobuje ztrátu smyslového i bolestivého vnímání ženy během operačního výkonu (Larsen et al., 2023). Úkolem anestezie je, aby byla operace pro ženu co nejméně nepříjemná, zatěžující a v co největší míře bezbolestná (Brázda, 2015).

V dnešní době se při císařském řezu používají dva základní anesteziologické postupy, místní anestezie a celková anestezie (Procházka, 2020). Oba způsoby mají své klady i zápory (Procházka, 2020). O druhu znecitlivění rozhoduje anesteziolog a porodník, kteří pečlivě zvažují anamnézu ženy a další okolnosti (jde např. o indikaci, časovou naléhavost či o samotné přání ženy) (Procházka, 2020).

Místní anestezie zahrnuje způsob epidurální a spinální (Procházka, 2020). Léky jsou ženě aplikovány do epidurálního nebo spinálního prostoru (Procházka, 2020). Anestetická látka je podávána k nervovým strukturám ženy (Málek et al., 2016). V případě epidurální anestezie je pomalejší nástup účinku, naopak v případě spinální anestezie je možno operovat během několika málo minut, žena však v průběhu zákroku může cítit bolestivé podněty a po ukončení operace může mít znecitlivělé dolní končetiny až po několik hodin (Procházka, 2020). Pokud je žena znecitlivěna místní anestezií, je během operačního výkonu bdělá, může komunikovat s ošetřujícím personálem, a přesto necítí žádnou bolest (Procházka, 2020). Ženu není nutno intubovat, jelikož při této zvolené anestezii má

zachované obranné reflexy a je zde minimální riziko aspirace (Procházka, 2020). Barash et al. (2015) uvádějí, že výhodou je možnost kontaktu ženy s novorozencem ihned po jeho vybavení. Dle Pařízka (2015) je právě toto důvod, proč zájem o tento typ anestezie u žen roste (Procházka, 2020). Nevýhodou místní anestezie je možnost rychlého hlubokého poklesu tlaku, čímž může být porušen přísun okysličené krve k plodu (Procházka, 2020). Dalšími nevýhodami jsou pocity na omdlení, únava, nevolnost a bolesti hlavy (Hájek et al., 2014).

Celková anestezie je stav, kdy je žena uvedena do umělého spánku a jsou u ní vyřazeny podněty vedoucí do jejího centrálního nervového systému (Málek et al., 2016). Během operace žena necítí bolest a není schopna vnímat žádné podněty (Larsen et al., 2023). Při celkovém znecitlivění jsou léky podávány intravenózně a inhalačně (Larsen et al., 2023). Výhodou celkové anestezie je rychlý a spolehlivý nástup účinku a nedochází k výrazným výkyvům tlaku (Procházka, 2020). Z tohoto důvodu se využívá v případech s časovou naléhavostí (Barash et al., 2015). Nevýhodou je však nutnost zaintubování ženy, čímž se předchází eventuálnímu vdechnutí tekutiny ze žaludku (Barash et al., 2015). Procházka (2020) uvádí jako další nevýhodu riziko silného útlumu novorozence a dále upozorňuje na to, že přiložení novorozence k prsu je možné až po znovunabytí vědomí ženy.

1.3.3 Operační techniky při císařském řezu

Císařský řez je druh chirurgického zákroku, který ovlivňuje zdraví nejméně dvou organismů (Procházka, 2020). V současné době se nejčastěji využívá děložní řez cervikokorporální transperitoneální (Roztočil 2017). Jako další uvádí Roztočil (2020) řez klasický korporální, extraperitoneální a radikální. Tyto způsoby se užívají pouze v mimořádných případech (Roztočil 2017).

Nejběžněji využívaným je kožní řez dle Pfannenstiela (Roztočil, 2020) (Příloha 3). Je veden poloobloukovitě nad horním okrajem stydké spony v délce 15–20 cm (Šálková, 2021). Výhodou je lepší kosmetický efekt, menší bolestivost a méně komplikací s následným hojením (Šálková, 2021). V ojedinělých případech u extrémně obézních žen či u žen, které se s tímto postupem již setkaly, se volí řez z dolní střední laparotomie (Roztočil, 2017). Jedná se o podélný řez vedený ve střední čáře od pupku k symfýze (sponě stydké) (Roztočil, 2017).

Řez cervikokorporální transperitoneální je nejčastěji volená technika při císařském řezu (Procházka, 2020). Na děloze je řez veden po protěti vezikouterinní pliky příčně do oblasti dolního děložního segmentu v pasivní děložní části mezi transverzálně vedenými myometrálními svalovými vlákny (Binder, 2015) (Příloha 4). Poté dochází k tupému rozšíření hysterotomie (chirurgickému otevření dělohy) (Příloha 5). Operatér následně dlaní opatrně vyjme plod za pomoci jemného tlaku na děložní fundus (horní okraj dělohy) a současně aplikuje uterotonikum (lék užívaný k posílení činnosti děložního svalstva) do myometria (prostřední vrstvy dělohy, která je tvořena děložní svalovinou) (Procházka, 2020) (Příloha 6). Poté dojde k vyjmutí placenty, plodových obalů a v ideálním případě proběhne digitální revize dutiny děložní tupou kyretou (Roztočil, 2017). Nakonec se provádí sutura děložní vstřebatelným materiálem ve dvou vrstvách, břišní stěna se šije v jednotlivých anatomických vrstvách (Roztočil, 2020). U této zvolené operační techniky je pak následně možné ukončit další těhotenství vaginálním porodem (Gregora a Velemínský, 2017).

Řez klasický korporální je veden od fundu děložního k děložnímu isthmu (úseku dělohy mezi tělem a hrdlem) při protnutí svalových vláken myometria (Roztočil, 2020). Porodníci využívají tuto metodu v případě provedení následné hysterektomie (odstranění dělohy), dále na základě tohoto řezu v anamnéze a při hrozící ruptuře dělohy či u ženy umírající a mrtvé (Roztočil, 2017). Důvodem, proč tuto metodu porodníci využívají jen v určitých situacích, je riziko velké krevní ztráty, nedokonalého hojení děložní rány a hrozící ruptura dělohy v dalším těhotenství a při následném porodu (Roztočil, 2017).

Řez radikální je operační metoda císařského řezu, při které se po vynětí plodu odstraňuje děloha ženy, nejčastějším důvodem je karcinom děložního čípku ženy (Roztočil, 2017).

1.4 Komplikace po císařském řezu

Císařský řez je jednou z největších a nejčastějších porodnických operací (Procházka, 2020). Šálková (2021) uvádí, že pooperační komplikace jsou při plánovaném císařském řezu srovnatelné s porodem vaginálním. Roztočil (2017) tvrdí, že důvodem je připravenost a nastavení ideálních podmínek ze strany ženy i operačního týmu. Naopak při akutním císařském řezu s nedostatkem času na komplexní předoperační přípravu se riziko pooperačních komplikací zvyšuje až pětkrát (Roztočil, 2017).

Pooperační komplikace se rozdělují na bezprostřední, časné a pozdní, také mohou být dle příčiny infekční, embolické, hemoragické, respirační, urologické a obtíže spojené s gastroenterologickým traktem (Roztočil, 2020).

Často se ženy setkávají s infekcí močových cest i s retencí moči právě po katetrizaci permanentním močovým katetrem (Roztočil, 2020). Poprzeczny et al. (2020) uvádějí, že další infekce spojená s císařským řezem se může objevovat v sutuře rány s následnou dehiscencí (rozpadem rány). V operační ráně se infekce projeví až několik dnů po zákroku (Schneiderová, 2014). Příčinou může být nedodržení asepse během operace nebo chyby v následné léčbě (Schneiderová, 2014). Porodní asistentka sleduje typické příznaky, kterými jsou bolesti a palpační bolestivost v ráně, edém kůže, napětí stehů, zarudnutí a sekrece z rány (Šedý, 2016). Procházka (2020) tvrdí, že nejzávažnější infekční komplikací je septický stav, ten se ale objevuje při současných metodách vedení operace velmi vzácně.

Oproti vaginálnímu porodu je žena po císařském řezu více ohrožena tromboembolickými stavy a plicní embolií (Procházka, 2020). Tromboembolické stavy jsou způsobeny krevní sraženinou v cévách vznikající nejčastěji v hlubokém žilním systému bérce, stehna a malé pánve (Šedý, 2016). Klinickými příznaky je zvýšená teplota, bolestivost a edém končetiny (Šedý, 2016). Když se trombus odtrhne od žíly a následně přemístí do plicnice, jedná se o plicní embolii, která může rychle vést ke smrti ženy (WoundSource, 2020). Prevencí tromboembolických stavů je nácvik dechového cvičení před operací, aplikace nízkomolekulárního heparinu, časná mobilizace anebo bandáže dolních končetin (Slezáková et al., 2019).

K obávaným krvácivým komplikacím se řadí děložní hypotonie (snížený svalový tonus) až atonie (úplná ztráta napětí tonu svalů) (Šálková, 2021). Ženy jsou po císařském řezu k hypotonii více náchylné, krvácení se často řeší podáním uterotonik (Procházka, 2020). Při neúspěchu může dojít až k výkonu zvanému hysterektomie, ten se však využívá pouze v případě selhání všech možných chirurgických metod (Procházka, 2020). K dalším obtížím tohoto typu patří rozvoj subfasciálních či břišních hematomů nebo rozvoj hemoperitonea (přítomnost volné krve v dutině břišní) (Šálková, 2021).

Ženy, u kterých při celkové anestezii došlo k obtížné intubaci, mohou trpět laryngotracheitidou (zánětem hrtanu a průdušnice) z důvodu podráždění sliznice hrtanu a průdušnice tracheální kanylou (Slezáková et al., 2019). Při odeznívání anestezie může

dojít k zástavě dýchání při přetrvání účinku myorelaxačních (svalu uvolňujících) látek, obvykle tato situace nastává do dvou hodin od operace (Slezáková et al., 2019).

Ileus je rovněž možnou pooperační obtíží, nicméně v současné době při časně mobilizaci ženy a perorálnímu příjmu brzy po zákroku je riziko vzniku ileu nízké (Procházka, 2020). Ileus označuje střevní neprůchodnost způsobenou překážkou ve střevě, jeho uskřinutím nebo narušením cévního či nervového zásobení střevní kličky (Slováková, 2022). Neřešení takové situace může ženu poznamenat narušenou střevní nepropustností pro bakterie a život ohrožujícím zánětem pobřišnice až sepsí (Slováková, 2022).

Šedý (2016) uvádí, že častou pooperační komplikací prvního pooperačního dne bývá nauzea a zvracení. Obvykle je to následek premedikace, anestezie a podávání analgetik (Slezáková et al., 2017). V časném pooperačním období může být žena ohrožena aspirací žaludečního obsahu, porodní asistentka proto podává ženě v rámci prevence antiemetika (Šedý, 2016).

Mezi další komplikace se řadí pooperační bolest (Šedý, 2016). Kacmaz et al., (2020) uvádějí, že bolest je hlavním zdrojem obav u žen podstupující císařský řez. Velká část z nich má v prvních 24 hodinách po zákroku vysokou intenzitu bolesti a potřebu opioidů (Bjørnstad a Ræder, 2020). Patříčná úleva od bolesti přispívá k rozvoji vazby mezi ženou a novorozencem, také k časně chůzi, brzkému propuštění z nemocnice a ke snížení rizika hluboké žilní trombózy (Kaçmaz et al., 2020).

Další pooperační obtíží může být bolest hlavy ženy, která je spojená se stavem po spinální anestezii (Procházka, 2020). Porodní asistentka zajistí ženě dostatečný pitný režim (Procházka, 2020). Těžké stavy se, popřípadě řeší aplikací malého množství vlastní krve ženy do místa vpichu spinální anestezie (Procházka, 2020).

K dlouhodobým následkům po porodu císařským řezem se řadí dehiscence rány nebo ruptura děložní stěny v místě jizvy (Hájek et al., 2014). Dále sterilita objevující se zejména u žen, které měly pooperační infekční obtíže (Procházka, 2020). Také se může vyskytnout dlouhodobý břišní diskomfort a ileus (Procházka, 2020). Některé komplikace se mohou projevit v následující graviditě, příkladem je vznik dystokické děložní činnosti a porucha placentace (Roztočil, 2020).

1.5 Prevence

Prevenčí se rozumí soubor opatření, jejichž cílem je zabránit vzniku a rozvoji onemocnění, výskytu zdravotních komplikací, nepříznivým následkům nemoci a předčasnému úmrtí (Program Health Plus, © 2023)

Prevence směřuje obzvláště k prodloužení aktivní délky života. Východiskem prevence je identifikace, redukce, případně eliminace rizikových faktorů, které se mohou podílet na vzniku onemocnění, či poškození zdraví ženy (Šulcová, 2018).

Druhy zdravotní prevence je možno rozdělit na primární prevenci, sekundární, terciární, kvarterní (MZČR, 2014). Primární prevence se věnuje předcházení vzniku onemocnění a ovlivňování determinantů, které působí na zdraví ženy a snižuje zdravotní rizika. Cílem sekundární prevence je vyhledávat časná stádia poruch zdraví za pomoci preventivních prohlídek a screeningových programů. Terciární prevence se zajímá o znovunastolení zdraví, pokud již nemoc propukla. Kvartérní prevence se zabývá činnostmi zdravotní péče, které jsou zaměřené na zmírnění následků nepotřebných či nadměrných léčebných intervencí (MZČR, 2014)

1.5.1 Prevence pooperačních komplikací

Z důvodu možného vzniku pooperačních komplikací, je prevence pooperačních komplikací proces, jehož cílem je zabránit vzniku nepříznivých komplikací, nežádoucímu průběhu, chybám nebo následkům, které vznikají v důsledku procesu zdravotní péče (Rodziewicz et al., 2022).

Tato prevence začíná již ve fázi předoperační, kdy se žena připravuje k zákroku (Schneiderová, 2014). Důležitým faktorem je dodržování algoritmů v diagnostice a rozhodnutí o vhodném terapeutickém plánu (Šedý, 2016). Pokračuje v průběhu anestezie, vlastního operačního výkonu a v neposlední řadě v období pooperačním (Šedý, 2016).

Důležitá je nejen znalost příznaků v rámci rozpoznání hrozících či rozvinutých komplikací, ale i správné terapie a poskytované péče (Šedý, 2016). Pooperační obtíže postihnou každý rok mnoho žen, zhoršují jejich zdravotní stav a ve výjimečných případech mohou vést až k smrti (WoundSource, 2020).

1.5.2 Prevence komplikací v předoperační fázi

Předoperační období je fáze začínající rozhodnutím pro operaci a končící převozem ženy na operační sál (Libová et al., 2019). Hlavním cílem této přípravy je stabilizace stavu ženy, snížení rizika operace, zabránění vzniku komplikací po výkonu a v neposlední řadě edukace ženy o režimu po zákroku (Libová et al., 2019). Důsledné provedení této fáze může vést k výraznému zabránění vzniku pooperačních obtíží (Slezáková et al., 2017).

Císařský řez se rozděluje na výkon plánovaný a neodkladný (Roztočil, 2020). Pokud se indikace k císařskému řezu stanoví již před nástupem pravidelných kontrakcí s efektem na děložní hrdlo, mluvíme o císařském řezu plánovaném (Procházka, 2020). V tomto případě je nutné, aby měla žena zajištěnou dlouhodobou předoperační přípravu, která začíná seznámením ženy o rozhodnutí k operačnímu výkonu (Slezáková et al., 2017). Lékař zajistí předoperační interní vyšetření, jehož výsledky nesmí být starší 14 dnů před plánovaným výkonem (Páral, 2020). Toto vyšetření zahrnuje fyzikální vyšetření, kontrolu fyziologických funkcí, screeningové vyšetření moči a krve, EKG, rentgenové vyšetření srdce a plic, popřípadě speciální vyšetření dle indikace lékaře (Slezáková et al., 2017). Pokud se ve zdravotním stavu ženy objevují odchylky, měly by být před operací kompenzovány (Procházka, 2020).

V průběhu krátkodobé přípravy, která začíná 24 hodin před samotným výkonem, je důležitá fyzická, anesteziologická a zpravidla psychická průprava (Slezáková et al., 2017). Žena se dostaví se všemi požadovanými vyšetřeními na porodní sál, kde je lékařem přijata k hospitalizaci (Páral, 2020). Příjem obsahuje důkladný sběr anamnézy ženy, včetně alergií, aktuální medikace a současných onemocnění (Páral, 2020). Také zahrnuje vyšetření porodníkem, natočení kardiokografického záznamu, sepsání indikace k císařskému řezu, změření fyziologických funkcí a sepsání ošetrovatelské dokumentace porodní asistentkou (Dušová et al., 2019). Jedná se o soubor informací o ženě, jejím zdravotním stavu a ošetrovatelské péči, která je ženě poskytována (Páral, 2020). Žena je lékařem edukována o operačním výkonu, možných pooperačních komplikacích, předpokládané době hospitalizace, pooperačním průběhu, o výživě i následné rehabilitaci (Páral, 2020). Žena poté podepíše informovaný souhlas, ve kterém stvrdí svým podpisem informovanost o operačním výkonu (Schneiderová, 2014). Porodní asistentka ji poučí o následném režimu (Slezáková et al., 2017). V rámci psychické přípravy porodní asistentka minimalizuje strach a stres z operačního výkonu klidným, empatickým

chováním a podporou (Libová et al., 2019). Během fyzické přípravy porodní asistentka zajistí, aby žena byla před operačním výkonem alespoň 6-8 hodin lačná, jejím lačněním je vyloučeno riziko aspirace (Libová et al., 2019). Dle zvyklosti ošetrovací jednotky realizuje porodní asistentka vyprázdnění tlustého střeva ženy, dále jí též zavede permanentní močový katetr, jenž umožňuje perioperačně sledovat hodinovou diurézu (vyučování moči) (Libová et al., 2019). Žena je porodní asistentkou poučena o hygienické péči před operací, dále zajistí přípravu operačního pole a prevenci tromboembolické nemoci podáním nízkomolekulárního heparinu. Páral (2020) uvádí, že příprava operačního pole, respektive jeho oholení se preferuje ráno v den výkonu s cílem snížení rizika ranné infekce. Porodní asistentka dbá na psychickou pohodu a potřebu spánku, pro klidný spánek může ženě v případě potřeby podat hypnotika ordinované lékařem (Slezáková et al., 2017).

Bezprostřední předoperační fáze je realizována v den operace, začíná dvě hodiny před plánovaným výkonem (Libová et al., 2019). Porodní asistentka v této fázi monitoruje a zaznamenává fyziologické funkce ženy a aplikuje jí medikamentózní přípravu dle ordinace lékaře (Libová et al., 2019). Dále kontroluje hygienický stav ženy. Porodní asistentka provádí ženě bandáž dolních končetin dle zvyklosti ošetrovací jednotky, tímto výkonem zajistí prevenci tromboembolické nemoci (Slezáková et al., 2017). Žena se převleče do operační košile (Páral, 2020). Porodní asistentka také u ženy zkontroluje absenci protetických pomůcek, šperků, očních čoček či brýlí i make-upu (Slezáková et al., 2017). Dále nesmí opomenout zavést ženě periferní žilní katetr, tím umožní přístup do periferního řečiště pro anesteziologický tým v průběhu operace (Zemanová a Mezenská, 2021). Jestliže je žena diabetička, v den operace jí porodní asistentka podá i infuzi glukózy s dávkou inzulínu dle ordinace lékaře (Procházka, 2020). Všechny ošetrovatelské postupy řádně zapíše do dokumentace a stvrdí svým podpisem (Slezáková et al., 2017). Předoperační příprava končí převozem ženy na operační sál (Libová et al., 2019).

V případě neodkladného císařského řezu se postup liší (Slezáková et al., 2017). Příčinou akutního zákroku je zhoršení stavu ženy či plodu v průběhu porodu, které vyžaduje rychlé ukončení těhotenství (Procházka, 2020). Z důvodu časové tísně provádí porodní asistentka pouze nezbytné intervence (Páral, 2020). Nejprve ženě zavede permanentní močový katetr a zajistí žilní vstup (Slezáková et al., 2017). Dále odebere krev na vyšetření STATIM (dle ordinace lékaře) a popřípadě dle ordinace lékaře aplikuje potřebnou

medikaci (Dušová et al., 2019). Rezervuje krevní deriváty na transfuzní stanici pro případ, že žena utrpí velkou krevní ztrátu (Dušová et al., 2019). Porodní asistentka také nesmí zapomenout zaopatřit hygienu v rámci operačního pole a vyzvat ženu k vyjmutí zubních či očních náhrad a šperků (Libová et al., 2019).

1.5.3 Prevence komplikací v intraoperační fázi

Intraoperační fáze začíná předáním ženy na operační sál, respektive předsálí operačního sálu, a končí převzetím ženy na příslušnou ošetrovací jednotku po operaci (Libová et al., 2019).

Intraoperační péči zajišťuje operační tým na operačním sále (Jedličková, 2021). Tento sál se skládá z operačního stolu, operačních lamp, instrumentačních stolů, resuscitačních pomůcek a potřebných přístrojů (Páral, 2020). Součástí operačního týmu je lékař operatér, asistent operatéra, anesteziolog, pediatr, porodní asistentka, novorozenecká sestra, anesteziologická sestra, sestra specialista (instrumentující a pomocná) a sanitář (Pařízek, 2015). Přítomni mohou být i další specialisté (Pařízek, 2015). Každý člen tohoto týmu má svou určitou roli při operačním zákroku, kterou musí dobře znát a spolehlivě ji plnit (Libová et al., 2019). Po celou dobu operace je přítomný anesteziolog s anesteziologickou sestrou, kteří sledují základní životní funkce ženy, aplikují medikaci a probouzí ženu z anestezie po ukončení operace (Páral, 2020). Operatér zodpovídá za průběh a výsledek operace, určuje její postup, provádí řezy a šije operační ránu, lékař asistent aktivně pomáhá operatérovi (Jedličková, 2019). Sestra instrumentářka připravuje instrumentárium a potřebný materiál pro operaci, rouškují sterilní stolky, obléká operatéry, asistuje při dezinfekci operačního pole, při rouškování, dále instrumentuje a kontroluje dodržování sterility a použité pomůcky při operaci (Jedličková, 2019). Obíhající sestra polohuje ženu na operačním stole, doplňuje potřebné pomůcky během operace, obsluhuje přístroje, má na starost ošetrovatelskou dokumentaci, zajišťuje biologický materiál a perioperační vyšetření a konzilia (Jedličková, 2019). Role se však můžou lišit dle situace a zvyklostí pracoviště (Jedličková, 2019).

Sálový personál převezme od porodní asistentky ženu spolu s dokumentací a zkontroluje identifikaci, uloží ji na operační stůl do vhodné polohy pro uvedení do příslušné anestezie a aplikuje podložení pro elektrokoagulaci, poté fixuje dolní končetiny popruhy a upaží zvolenou horní končetinu pro potřeby anesteziologa (Libová et al., 2019). Následně je žena při císařském řezu uložena do polohy na záda s mírným náklonem na levý bok, tato

pozice se volí z důvodu redukce tlaku na dolní dutou žílu (Procházka, 2020). Anesteziologická sestra napojí ženu na monitor, který soustavně sleduje její vitální funkce v průběhu celého operačního výkonu (Libová et al., 2019). Anesteziolog podá léky a v případě zvolené celkové anestezie zaintubuje ženu a napojí ji na ventilátor (Libová et al., 2019). Mezitím poslechne porodní asistentka srdeční akci plodu (Caesarean Section (CS) – Pre, Peri & Post-Op Care, 2015). Následuje dezinfekce a zarouškování operačního pole, rozmístění operačního týmu a operace (Páral, 2020). Pokud během zákroku nenastanou žádné komplikace, je zpravidla ukončena do 45 minut (Gregora a Velemínský, 2017). Po ukončení lékař vypíše dokumentaci a žena je předána do péče porodní asistentky na příslušnou pooperační ošetrovací jednotku (Jedličková, 2021).

1.5.4 Prevence komplikací v pooperační fázi

Cílem pooperační péče, která je ženám poskytována, je prevence, časná diagnostika a rychlá léčba možných pooperačních komplikací (Páral, 2020).

Posléze co anesteziolog vyvede ženu z anestezie, je dána na příslušnou ošetrovací jednotku dle zvyklosti pracoviště (Schneiderová, 2014). Porodní asistentka při předání kontroluje identifikaci ženy, stav vědomí, dokumentaci a získává informace o průběhu výkonu a eventuálních komplikacích (Páral, 2020). Na ošetrovací jednotce uloží ženu do vodorovné polohy a za pomoci přilepených elektrod upevní svody EKG, na prst ženě přiloží saturační čidlo a připevní manžetu na měření krevního tlaku, do místa aplikované kanyly na levé horní končetině jí spustí naordinovanou infuzi (Šálková, 2021). V pravidelných intervalech monitoruje krevní tlak ženy, pulz, dech, oxygenaci, tělesnou teplotu, stav vědomí, bolest, bilanci tekutin a reakci zornic (Páral, 2020). Sleduje také nauzeu a zvracení, které se může objevit jako následek premedikace nebo anestezie (Slezáková et al., 2019). Také monitoruje rozvoj eventuální infekce (Slezáková et al., 2019)

Další povinností porodní asistentky je kontrola krytí operační rány ženy, podobně dohlíží na krvácení z rány, barvu kůže a sliznice, případně odpady z rány, (Slezáková et al., 2017). U ženy také sleduje zavinování dělohy, které by mělo probíhat stejně jako při porodu vaginálním (Procházka, 2020).

Porodní asistentka nesmí opomínat na časný kontakt ženy s novorozencem, dbá na časté přikládání novorozence k prsu již od prvních hodin po operaci (Hájek et al., 2014).

Také kontroluje odeznívání anestezie a monitoruje pooperační bolest (Šálková, 2021). Pařízek (2015) uvádí, že žena po císařském řezu pocítuje bolest ve větší míře, než žena po porodu vaginálním. Zhodnocení bolesti probíhá dle vizuální analogové škály (Dušová et al., 2019). Na přání ženy porodní asistentka aplikuje analgetika dle ordinace lékaře (Šálková, 2021).

Další součástí pooperační péče porodní asistentky o ženu je provedení odběru biologického materiálu první den po zákroku dle ordinace lékaře a podání terapeutické ordinace lékaře (Páral, 2020). Jedná se o infuzní roztoky, uterotonika, miniheparinizaci a případně specifickou léčbu (Hájek et al., 2014). Účinky léků porodní asistentka sleduje, zaznamenává do dokumentace a oznamuje lékaři (Páral, 2020).

Nepostradatelnou součástí této péče je včasná vertikalizace ženy (Nemocniční zpravodaj, 2020). Jedná se o jedno ze základních preventivních opatření snižující riziko trombózy a následné embolie (Nemocniční zpravodaj, 2020). Lékař ordinuje první vstávání ženy po odstranění permanentního močového katetru (Dušová et al., 2019). Po jeho vyjmutí by se měla žena samovolně vymočit do 6-8 hodin (Dušová et al., 2019). Porodní asistentka edukuje ženu o správném vstávání přes bok pro ulehčení ráně, následně odchází se ženou do sprchy, kde ji poučí o řádné hygieně rodidel (Dušová et al., 2019).

Ženě je zajištěna vhodná dieta (prevence vzniku komplikací gastrointestinálního traktu) od nultého dne – čaj (Dušová et al., 2019). Tato tekutá dieta se postupně mění první den v dietu kašovitou, druhý pooperační den se mění v dietu šetřící, poté se mění v dietu porodnickou (Dušová et al., 2019).

Po stabilizaci stavu a nabytí částečné samostatnosti se žena předává do péče na ošetrovací jednotku (Slezáková et al., 2019). Porodní asistentka uloží rodičku do čistého lůžka s přístupnou signalizací a edukuje ji o následném režimu (Slezáková et al., 2019).

Porodní asistentka na ošetrovací jednotce šestinedělí u ženy sleduje tlak, pulz a teplotu, dle ordinace lékaře podává léky a odebírá biologický materiál, monitoruje odchod očístků a zavinování dělohy, sleduje příjem a výdej tekutin, odchod stolice a plynů, kontroluje celkový stav ženy a její psychiku (Šálková, 2021).

Porodní asistentka komunikuje efektivně se vzájemným porozuměním a empatií, neboť žena je ovlivněna silnými emocemi (Šálková, 2021). Afaya et al., (2020) uvádějí, že porod a období po něm je jedinečnou životní zkušeností. Postoj porodní asistentky ženu

ovlivňuje z psychosociálních a emocionálních aspektů a vytváří vzpomínky (Afaya et al., 2020). Právě špatné zkušenosti a nenaplněná očekávání v ní zanechávají stopy na celý život a mohou ovlivnit postoj k budoucímu těhotenství a porodu (Afaya et al., 2020).

Před propuštěním je žena vyšetřena lékařem. Pokud se nevyskytnou žádné komplikace, je po císařském řezu obvykle pátý až šestý den propuštěna domů (Pařízek, 2015).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit, jaká je prevence pooperačních komplikací u žen po císařském řezu.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jakou péči poskytují porodní asistentky ženám po císařském řezu v rámci prevence pooperačních komplikací?

3 Metodika

3.1 Metodika a technika výzkumu

Pro zpracování výzkumné části bakalářské práce s názvem *Prevence pooperačních komplikací u ženy po císařském řezu* bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření pomocí polostrukturovaných individuálních rozhovorů. Sběr dat pro tuto práci probíhal od února do března roku 2023.

Výzkumné šetření se uskutečnilo u dvou výzkumných souborů. První z nich formovaly porodní asistentky z ošetrovací jednotky šestinedělí. Druhý reprezentovaly ženy po císařském řezu. Ve výzkumném šetření ve formě individuálních rozhovorů byly pro každý soubor vytvořeny jiné počty otázek. Úvodní otázky v obou případech sloužily jako identifikující. Následující otázky v prvním výzkumném souboru byly zaměřeny na péči, kterou porodní asistentky poskytují ženám po císařském řezu. Otázky druhého souboru byly namířeny na péči poskytnutou ženám po císařském řezu a na jejich zkušenosti s porodními asistentkami. Pro zachování anonymity jsou informantky prvního výzkumného souboru označovány jako PA1 až PA9. Informantky druhého výzkumného souboru jsou označovány jako I1 až I8.

Rozhovory probíhaly individuálně, a to v domácím nebo pracovním prostředí informanek. Některé byly vedeny i online formou přes mobilní aplikaci WhatsApp. Před zahájením byly informantky seznámeny s tématem bakalářské práce, s průběhem rozhovoru a také s tím, že získaná data z poskytnutých rozhovorů budou použita pro výzkumnou část bakalářské práce s využitím principů GDPR. Informantky vyjádřily slovní souhlas se zpracováním dat v bakalářské práci. S nahráváním na diktafon nesouhlasily převážně porodní asistentky, souhlasila pouze PA1 a PA6, z druhého výzkumného souboru nesouhlasila s nahráváním na diktafon pouze I8. V těchto případech byl pořizován písemný zápis při setkání v papírové verzi. Hovory trvaly v rozmezí 10 až 30 minut a následně byly všechny přepsány a analyzovány pomocí kódování a barvení textu.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumné soubory byly stanoveny dva. První tvořily porodní asistentky PA1-PA9 z Jihočeského kraje, pro jejich výběr byl určující předpoklad – výkon profese na ošetrovací jednotce šestinedělí. Druhý soubor představovaly ženy I1-I8. Kritériem byl

provedený císařský řez v anamnéze ženy. Důležitou podmínkou pro oba výzkumné soubory byl souhlas s poskytnutím rozhovoru.

4 Výsledky výzkumu

4.1 Identifikační údaje porodních asistentek z ošetrovací jednotky šestinedělí

V Tabulce 1 jsou uvedeny základní identifikační údaje porodních asistentek. Polostrukturované rozhovory byly vedeny po souhlasu s poskytnutím získaných informací pro účely výzkumu této bakalářské práce. Délka trvání byla v rozmezí 10 až 15 minut. Všechny rozhovory byly přepsány a analyzovány pomocí kódování a barvení textu.

Tabulka 1 – Identifikační údaje porodních asistentek z ošetrovací jednotky šestinedělí

	Věk	Nejvyšší dosažené vzdělání	Délka působení v praxi	Pracoviště v rámci oddělení
PA1	42 let	VŠ (Bc.)	15 let	dospávací pokoj
PA2	55 let	SŠ	37 let	šestinedělí
PA3	70 let	SŠ	45 let	šestinedělí
PA4	22 let	VŠ (Bc.)	1 rok	šestinedělí
PA5	26 let	VŠ (Bc.)	3 roky	šestinedělí
PA6	22 let	VŠ (Bc.)	1 rok	šestinedělí
PA7	49 let	VŠ (Bc.)	30 let	dospávací pokoj
PA8	54 let	SŠ	27 let	šestinedělí
PA9	50 let	VŠ (Mgr.)	8 let	šestinedělí

Legenda tabulky: PA = porodní asistentka, VŠ = vysoká škola, SŠ = střední škola, Bc. = bakalářské, Mgr. = magisterské. Zdroj: vlastní výzkumné šetření

Porodní asistentce PA1 bylo 42 let, vystudovala vysokou školu a získala bakalářský titul. V praxi působila 15. rokem. Na gynekologicko-porodnickém oddělení pracovala na dospávacím pokoji stanice šestinedělí.

Porodní asistentce PA2 bylo 55 let, vystudovala střední školu s maturitou. V praxi na gynekologicko-porodnickém oddělení pracovala 37. rokem na stanici šestinedělí.

Porodní asistentce PA3 bylo 70 let. V praxi působila 45. rokem na gynekologicko-porodnickém oddělení, na stanici šestinedělí pracovala 8. rokem. Vystudovala střední zdravotnickou školu.

Porodní asistentka PA4 měla vysokoškolské vzdělání a získala bakalářský titul. Bylo jí 22 let a prvním rokem působila v praxi na gynekologicko-porodnickém oddělení na stanici šestinedělí.

Porodní asistentce PA5 bylo 26 let a získala bakalářský titul vystudováním vysoké školy. V praxi působila 3,5 roku na gynekologicko-porodnickém oddělení na stanici šestinedělí.

Porodní asistentce PA6 bylo 22 let, vystudovala vysokou školu a získala bakalářský titul. V praxi působila prvním rokem. Na gynekologicko-porodnickém oddělení pracovala na stanici šestinedělí.

Porodní asistentce PA7 bylo 49 let, v praxi působila 30. rokem na gynekologicko-porodnickém oddělení na dospávacím pokoji oddělení šestinedělí. Měla ukončené vysokoškolské vzdělání, získala bakalářský titul.

Porodní asistentce PA8 bylo 54 let a vystudovala střední školu s maturitou. V praxi pracovala na gynekologicko-porodnickém oddělení 27. rokem, na stanici šestinedělí působila 13. rokem.

Porodní asistentce PA9 bylo 50 let, vystudovala vysokou školu a získala magisterský titul. V praxi působila na stanici šestinedělí 5. rokem a na gynekologicko-porodnickém oddělení 8. rokem.

4.2 Kategorizace dat z výzkumného souboru porodních asistentek

Na základě analýzy získaných dat byly vytvořeny dvě hlavní kategorie, které byly následně rozděleny na podkategorie. Tyto skupiny představuje Tabulka 2. Získané výsledky z rozhovorů jsou popsány v jednotlivých podkategoriích. Části textů zapisované kurzivou představují přímo citované věty informantek.

Tabulka 2 – Přehled kategorií a podkategorií

Kategorie	Podkategorie
Preventivní opatření	Poskytovaná péče
	Rozdíly v péči
Pooperační komplikace	Edukace ženy
	Nejčastější komplikace
	Ovlivňující faktory

Kategorie 1 Preventivní opatření

Tato kategorie analyzuje data ohledně pooperační péče, kterou porodní asistentky na stanici šestinedělí poskytují ženě po císařském řezu v rámci preventivních opatření. Dále zpracovává informace o tom, jakým způsobem se porodní asistentky v tomto směru vzdělávají. Také se zabývá edukací ženy a rozdíly v rámci poskytování péče po císařském řezu v průběhu let.

Podkategorie 1 Poskytovaná péče

V této podkategorii se data o poskytované péči lišila dle toho, na jakém pracovišti porodní asistentky pracovaly. Pracovištěm asistentek PA 1 a PA7 byl dospávací pokoj na ošetrovací jednotce šestinedělí, pokoj sloužil pro ženy, které podstoupily císařský řez. Porodní asistentky PA1 a PA7 se vyjádřily tak, že poskytování pooperační péče začínalo přebráním ženy od lékařů na operačním sále, také zde získaly informace o průběhu operace a příslušnou dokumentaci. Tímto krokem preventivně předcházely zanedbání důležitých informací o zdravotním stavu ženy. Následně ženu převezly na dospávací pokoj, kde vykonávaly intervence dle ordinace lékaře. Jednotlivé ordinace se týkaly sledování fyziologických funkcí. Porodní asistentka PA1 uvedla, že monitorací fyziologických funkcí hodnotila, jak se žena zotavuje a reaguje na operaci, a případným vhodným a časným zásahem mohla předejít komplikacím. Porodní asistentka PA7 dodala, že nultý pooperační den žena bývala napojena na monitor fyziologických funkcí po dobu 12 hodin. Mezi fyziologické funkce, které obvykle kontrolovaly porodní asistentky PA1 a PA7, patřil krevní tlak, puls, dýchání, tělesná teplota, saturace krve kyslíkem a stav vědomí. V rámci pooperační péče monitorovaly hodnotu bolesti u ženy a popřípadě ji tlumily vhodnými analgetiky dle ordinace lékaře. Porodní asistentka PA7 zmínila, že důvodem vykonávání této intervence je, že bolest bývá pro ženu nepříjemná a může mít

negativní dopad na její celkové zotavení z operace a může narušit vztah matka-dítě. Porodní asistentky PA1 a PA7 dále v rámci pooperační péče dohlížely v rámci prevence na krvácení z operační rány a z rodidel. Shodly se na tom, že tuto intervenci dělají z důvodu preventivního zajištění, že je krvácení v optimální míře, a pro případné včasné odhalení větší krevní ztráty. Dále podávaly léky dle ordinace lékaře a stavu ženy. Uvedly, že zpravidla podávaly ženě antikoagulantia, tímto lékem se snižuje srážlivost krve. Porodní asistentka PA1 řekla, že tento lék se podával jako prevence vzniku trombózy. Porodní asistentka PA7 dodala, že: „*Těhotenství je hyperkoagulační stav a po císařském řezu může být riziko vzniku trombů zvýšeno kvůli omezené mobilitě.*“ Další součástí pooperační péče porodních asistentek PA1 a PA7 bylo v rámci prevence stanovení vhodné diety pro ženu. Porodní asistentka PA7 upřesnila, že nultý pooperační den byla zajištěna dieta tekutá – pouze čaj (0S), první pooperační den tekutá (0) a druhý pooperační den byla podávána dieta kašovitá (1P), následující pooperační dny byla zvolena dieta racionální (3P). U ženy s gestačním diabetem mellitem byla vybrána dieta diabetická (9P). Dalším výkonem, které tyto porodní asistentky vykonávaly bylo odstranění permanentního močového katetru (PMK). Porodní asistentka PA1 dále dodala, že zpravidla po 12 hodinách od operace, umožňuje-li to zdravotní stav ženy, následuje mobilizace - cesta ženy směřuje do koupelny, kde provede základní hygienu. „*První pooperační den jdou ženy po odstranění cévky do sprchy, kde se vymočí a opláchnou rodidla s tím, že nesmí namočit jizvu ... druhý pooperační den se zpravidla odstraňuje náplast a žena ve sprše provede hygienu celého těla, včetně jizvy,*“ dodává porodní asistentka PA7. Včasnou mobilizací ženy předcházely porodní asistentky PA1 a PA7 komplikacím, především vzniku trombózy. Porodní asistentka PA7 dále dodala, že časná mobilizace podporuje hojení rány a zlepšuje trávení ženy, což je prevencí vzniku zácpy až ileu. Porodní asistentka PA7 se dále vyjádřila, že v rámci prevence u ženy sledovala příjem a výdej tekutin, pozorovala množství a barvu moče, aby zajistila, že močový systém po operaci funguje bez komplikací. Dále zmínila: „*Ženy dostávají list o tom, co se s ní bude dít 1. a 2. pooperační den.*“ Edukována byla žena mimo jiné každý den i slovně, dodala porodní asistentka PA1. Přeložení ženy z dospávacího pokoje na standardní stanicí šestinedělí preventivně až po stabilizaci jejího zdravotního stavu bylo další nutnou činností, kterou porodní asistentky PA1 a PA7 v rámci péče vykonávaly. Porodní asistentka PA7 na závěr dodala, že jednou z nejdůležitějších a mnohdy opomíjenou věcí je ujištění ženy, které často může ovlivnit celkový pooperační průběh.

Porodní asistentky PA2, PA3, PA4, PA5 a PA6, jejichž pracovištěm byla standardní ošetrovací jednotka šestinedělí, se vyslovily, že žena po císařském řezu byla přeložena na stanici šestinedělí první až druhý pooperační den (z dospávacího pokoje). Žena je na této stanici již ve stabilizovaném stavu, řekla PA2. Dále dodala, že stabilizovaný stav ženy po zákroku je důležitý, jelikož se snižuje riziko rozvoje pooperačních komplikací. Porodní asistentky PA2, PA3, PA4, PA5 a PA6 na stanici šestinedělí stále plnily ordinace lékaře a v případě změny zdravotního stavu ženy lékaře kontaktovaly. Porodní asistentky PA2, PA3, PA4, PA5 a PA6 se shodly na tom, že je v rámci prevence důležité, aby byla žena časně mobilizována s postupným zvyšováním intenzity. Porodní asistentka PA2 dodala, že při mobilizaci je právě důležitá podpora žen porodními asistentkami, zvláště po císařském řezu. Rizika, která souvisela s imobilizací, porodní asistentky PA2-PA6 vnímaly stejně jako porodní asistentky PA1 a PA7. Mobilizaci tedy předcházely poruchám trávení a riziku vzniku trombózy. Porodní asistentka PA3 zmínila v této souvislosti i prevenci bolestí zad. Další důležitou skutečností v rámci prevence, kterou PA2-PA6 zmiňovaly, byla monitorace bolesti ženy a její případné tlumení. Porodní asistentka PA5 se domnívala, že se žena musí cítit „v *maximální možné pohodě*“, tlumení bolesti tak probíhalo dle ordinace lékaře a potřeb ženy. I tlumení bolesti napomáhá výše zmíněné mobilizaci, zmínila PA3. Porodní asistentky PA2-PA6 v rámci prevence pečovaly i o to, aby měla žena zajištěnou peristaltiku. Dle PA6 bývala po operaci u žen peristaltika narušena a často trpěly zácpou. Porodní asistentka PA6 řekla, že dle ordinace lékaře pak podávala ženám laxativa, dále byla vhodná dostatečná hydratace a dieta bohatá na vlákninu. Porodní asistentky PA2-PA6 sledovaly odchod očístků, jejich množství i kvalitu. V souvislosti s odchodem očístků PA4 dodala, že je důležité preventivně dbát dodržování velmi potřebné hygieny u ženy. Porodní asistentka PA5 s ní souhlasila a řekla, že touto důkladnou hygienou předcházejí vzniku infekce. Informantky PA2-PA6 monitorovaly fyziologické funkce ženy dle ordinace lékaře. Informantky PA2, PA3 a PA5 důkladně pozorovaly i psychický stav ženy, čímž dle PA3 dodržovaly prevenci vzniku vzácné a závažné komplikace jako je poporodní psychóza. Porodní asistentky PA2-PA6 zajišťovaly ženě vhodnou dietu, ta postupně přecházela z tekuté na kašovitou až na dietu racionální, popřípadě diabetickou. Po celou dobu hospitalizace kontrovaly porodní asistentky PA2-PA6 operační ránu ženy. Informantka PA6 dodala, že bylo nutno v rámci prevence sledovat hojení rány a případné známky infekce projevující se například bolestivostí a zarudnutím. Porodní asistentky PA5 a PA6 monitorovaly u ženy po císařském řezu příjem a výdej tekutin. Informantky PA2-PA6 podávaly léky

a popřípadě infuzní roztoky dle ordinace lékaře. Porodní asistentka PA6 dodala, že v ojedinělých případech podávala oxygenoterapii. Důvodem bylo, že některé ženy měly potíže s dýcháním a předcházela tím tak možným komplikacím. Dále zajišťovala cvičení s fyzioterapeutem. Jednalo se o edukaci ženy o základních cvicích vedoucích právě k rychlejší regeneraci.

Porodní asistentky PA8 a PA9 pracovaly taktéž na stanici šestinedělí. Pečovaly však o ženu již od převzetí z operačního sálu až do jejího propuštění do domácí péče. O ženu se staraly shodně jako předešlé porodní asistentky PA1-PA7. *„Maminku si přivezeme a začneme měřit vitální funkce, jak často, to záleží na anesteziologovi. Sledujeme stav vědomí, kvalitu dýchání, bolest, tělesnou teplotu. Můžeme měřit i oxymetrii, pokud je psaná. Sledujeme hybnost končetin, pokud byla ve spinální anestezii. Sledujeme moč, tím myslím, její barvu a množství. Sledujeme i krvácení z rodidel i z jizvy. Plus dáváme kapat infuzi, ta se podává podle akutní karty, kde je všechno napsané. Dávám léky na bolest, sleduji její bdělost, popřípadě i léky na ředění krve. Vložky kontroluji dost často, dost to krvácení hlídám, protože se mi stává, že maminky časně po operaci hodně zakrvácí. Konzultuji a informuji lékaře. 24 hodin leží maminky na pooperačním pokoji, který je hned vedle sesterny ... protože se nám často stává, že nám tu maminky kolabují, když vstávají dřívě, je to často po spinální anestezii ... a následně jí po vstávání do sprchy, prvním vyčurání a vyndání kanyly přeložíme na jiný pokoj, kde o ni pečujeme s dalšími šestinedělkami ...“* popsala svou péči o ženu po císařském řezu porodní asistentka PA9.

Důležitým faktorem v rámci předcházení vzniku pooperačních komplikací u ženy po císařském řezu bylo vzdělávání porodních asistentek. Porodní asistentky PA1-PA9 sdělily, že v oblasti této prevence se vzdělávaly na seminářích organizovaných nemocnicí, ve které pracovaly. Porodní asistentky PA5 a PA6 zmínily, že se kromě seminářů vzdělávaly v této oblasti i samostudiem. Porodní asistentka PA7 ke vzdělávání využívala edukační materiály. Porodní asistentka PA3 uvedla dále ošetrovatelské standardy a ve vlastním zájmu vyhledávala vhodnou literaturu.

Podkategorie 2 Rozdíly v péči

Porodní asistentky PA4, PA5, PA6, PA7, PA9 se shodly na tom, že žádné rozdíly v péči o ženu po císařském řezu za dobu jejich působení v praxi nevnímaly. Porodní asistentka PA6 uvedla: *„Jsem v praxi pouze prvním rokem a toto zatím nemohu posoudit.“* Porodní asistentka PA1 za dobu svého působení v praxi uváděla změnu v oblasti péče o jizvu

u obézních žen, u nichž bylo v rámci prevence doporučováno přikládání léčebných roztoků na operační ránu, které podporovaly její hojení. O těchto roztocích se zmínily i porodní asistentky PA2 a PA3. Na časnější vertikalizaci a s tím spojené zkrácení doby péče se shodly porodní asistentky PA2 a PA8. Porodní asistentka PA3 na tuto otázku odpověděla: „*Dneska je to všechno úplně jiný,*“ zaznamenala, že byla ženě poskytována péče větších kvalit s menší úspěšností a existovaly nové možnosti léčby. Porodní asistentka PA9 také výrazně nevnímala rozdíly, pouze ve způsobu podání léku Dipidolor, který dříve podávala intramuskulárně, a to bylo nahrazeno podáním subkutánním.

Kategorie 2 Pooperační komplikace

Tato kategorie analyzuje data o pooperačních komplikacích. Především o tom, jakým způsobem porodní asistentky edukují ženu po císařském řezu v rámci prevence vzniku pooperačních komplikací. Dále jsou zde sepsány ty nejčastější potíže po zákroku a také faktory jejich vzniku, se kterými se porodní asistentky na stanici šestinedělí setkávají.

Podkategorie 1 Edukace ženy

Porodní asistentky PA1-PA9 se v této podkategorii ve větší míře shodovaly o oblastech, o kterých ženu po císařském řezu edukovaly. Ženu informovaly každý den ve verbální, popřípadě i písemné formě. V rámci prevence po císařském řezu se věnovaly porodní asistentky PA1-PA9 především oblasti hygieny. Porodní asistentka PA7 ženu edukovala o udržování rány čisté a suché, o mytí rány čistou a teplou vodou a o opatrném osušení vyhrazeným ručníkem přímo na ránu. Dle porodní asistentky PA8 se předchází správnou hygienou vzniku infekce. Porodní asistentka PA7 zmiňovala i nutnost nosit volné spodní prádlo a oblečení, které nebude zasahovat do rány a nebude ji dráždit. Porodní asistentka PA8 edukovala ženu v této oblasti také o potřebné hygieně rodidel, vhodné po každé toaletě a nezbytné výměně vložek, aby byla žena vždy v suchu a v čistotě. Také o nutné hygieně rukou po každé toaletě, a především před kontaktem s novorozencem, čímž žena předchází přenosu infekce na dítě. Další oblast, o které porodní asistentky PA1-PA9 edukovaly ženu byla péče o jizvu. Porodní asistentka PA7 zmínila, že vhodnou péčí o jizvu bude žena předcházet taktéž riziku vzniku infekce, rána se bude hojit per primam. Další oblast, o které porodní asistentky PA1-PA9 ženu informovaly, bylo dodržování vhodné diety. Porodní asistentka PA4 řekla, že vhodná strava by měla obsahovat živiny bohaté na vitamíny a minerály. Správně zvolená potrava schopnost pomoci tělu ženy se zotavit po takto náročné operaci, zmínila jako prevenci informantka PA6. Porodní

asistentka PA7 doporučovala ženám zahrnout do stravy ovoce, zeleninu, luštěniny, ořechy, mléčné výrobky a maso, naopak vynechat potraviny tučné, smažené, solené či naopak příliš sladké, které proces hojení mohou zpomalit. Porodní asistentky PA1-PA9 neopomínaly edukovat ženu o pohybu po císařském řezu – o dechových cvičení, tlakových masážích i o posilování pánevního dna a předcházení nitrobřišního tlaku. Porodní asistentka PA6 doporučovala ženám preventivní vyhledání péče fyzioterapeuta, který jí pomůže s péčí o jizvu, se cviky na obnovu svalů pánevního dna či celkovým zotavením po těhotenství. Porodní asistentky PA2, PA7, PA8, PA9 zmínily, že seznamovaly ženu s prostředím ošetrovací jednotky a časovým harmonogramem stanice šestinedělí. Porodní asistentky PA1, PA3 a PA7 neopomínaly ženu seznámit s péčí o prsy a popřípadě s kojením. Porodní asistentka PA3 dále ženě sdělila, jakým způsobem předejít otokům a flebitidě končetin, prevenci viděla v dostatečné hydrataci, výživě, pohybu nebo v používání kompresních pomůcek.

Podkategorie 2 Nejčastější komplikace

V této podkategorii se analyzovala data dle nejčastějších pooperačních komplikací, se kterými se porodní asistentky na stanici šestinedělí setkávaly. Nejčastější zmíněnou pooperační komplikací u ženy po císařském řezu byly kolapsové stavy, tuto obtíž uvedly porodní asistentky PA4, PA5, PA6, PA8, PA9. Porodní asistentka PA5 popsala, že kolapsové stavy byly často spojeny s nízkým krevním tlakem. Porodní asistentka PA9 zmínila, že se s touto komplikací setkávala převážně u žen, které byly operovány ve spinální anestezii. Druhou nejčastější pooperační potíží u ženy byla uvedena porodními asistentkami PA2, PA3, PA5 a PA6 dehiscence rány. Porodní asistentka PA6 zmínila, že žena by měla mít znalosti, jak se tato komplikace projevuje a vyhledat lékaře, aby předešla například infekci. Porodní asistentka PA2 zmínila, že toto může nastat v souvislosti s nevhodnou fyzickou zátěží a infekcí v ráně. Porodní asistentky PA2, PA3, PA5 a PA6 uvedly spolu s kolapsovémi stavy i hypotenzi. Další častou komplikací zmíněnou porodními asistentkami PA1, PA4, PA5 a PA9, bylo krvácení a následně nadýmání od informantek PA4, PA7, PA8, PA9. Jako prevence nadýmání slouží dle porodní asistentky PA7 vhodná strava, pohyb a zvolená medikace dle ordinace lékaře, dále uvedla, že pro ženu je tato situace často velmi nepříjemná. Infekce rány jako pooperační komplikace byla řečena porodními asistentkami PA3, PA8, PA9, žena měla preventivně dodržovat vhodnou péči o ránu. Následující komplikace, kterými byla teplota, flebitida a hematom, zmínila porodní asistentka PA2. Porodní asistentka PA5

vedla tachykardii. Porodní asistentka PA6 uvedla hypotonii, hypertenzi a arytmiie. Porodní asistentka PA7 uvedla zarudnutí rány a psychické komplikace. V rámci předcházení vzniku psychických komplikací popsala, že je nutno ženě věnovat svůj čas a podporovat jí v této ne vždy lehké situaci. Porodní asistentka PA9 dále zmínila postpunkční cefaleu, se kterou se setkávala u žen po spinální anestezii. Postpunkční cefalea se dle ní projevovala nejčastěji bolestí hlavy a nevolností, ženu edukovala o dostatečné hydrataci a dle ordinace lékaře podávala analgetika.

Podkategorie 3 Ovlivňující faktory

Porodní asistentky PA1-PA9 se shodly na tom, že faktorem, který se dle nich podílel na vzniku pooperačních komplikací, byla obezita. Tuto příčinu nezmínila pouze informantka PA1. Porodní asistentky PA7 a PA4 uvedly, že s obezitou vzniká riziko obtíží s hojením rány a vzniku trombózy či poruchy dýchání. Porodní asistentka PA1 se domnívala, že mají vliv přidružená onemocnění: „*Diabetičky, astmatičky, hypertoničky a alergie*“. Porodní asistentky PA2-PA9 s tímto názorem PA1 souhlasily. Zejména diabetes mellitus narušoval hojení rány u ženy po operaci, domnívaly se PA3, PA6, PA7, PA9. Porodní asistentky PA2, PA3, PA4, PA5, PA6, PA8, PA9 jako další faktor, který zvyšuje pravděpodobnost vzniku pooperačních komplikací uvedly věk. „*S rostoucím věkem rostou komplikace,*“ sdělila porodní asistentka PA5. Jelikož je císařský řez velká operace, je pro starší ženy těžší se zotavit a zároveň jsou vystaveny vyššímu riziku, řekla informantka PA8. Včasnou mobilizaci uvedly porodní asistentky PA2 a PA7. Porodní asistentka PA7 také zmínila psychický stav ženy, především tím myslela riziko nedostatečné sebepečce a neřešení případných obtíží, v tomto s ní souhlasila porodní asistentka PA3. Porodní asistentky PA4, PA7 a PA9 pověděly, že na vzniku komplikací se dle nich podílí i sociální podmínky a životní styl ženy, uvedly: „*Kuřačky, drogově závislý a alkoholičky*“. Porodní asistentka PA5 vnímala délku operace jako příčinu ovlivňující možné pooperační komplikace. Tuto situaci zdůvodňuje delším setrváním v anestezii. Dle porodní asistentky PA6 byly dalšími faktory krevní ztráta, intraoperační komplikace a naléhavost operace. Porodní asistentka PA7 jediná uvedla jako důvod vzniku obtíží po zákroku to, jakým způsobem žena pečuje o ránu.

4.3 Identifikační údaje žen po císařském řezu

Polostrukturované rozhovory s ženami po císařském řezu byly vedeny po souhlasu s poskytnutím rozhovoru k bakalářské práci. Trvaly v rozmezí 20 až 30 minut a byly nahrávány na diktafon. S nahráváním nesouhlasila pouze informantka I8, rozhovor byl přepisován ihned při setkání formou tužka-papír. Následně byly všechny zvukové záznamy přepsány a analyzovány pomocí kódování a barvení textu. Tabulka 3 zobrazuje identifikační údaje informantek.

Tabulka 3 – Identifikační údaje žen po císařském řezu

	Věk	Věk v době porodu	Nejvyšší dosažené vzdělání	Rodinný stav	Počet porodů celkem	Počet porodů ukončených císařským řezem	Ukončení těhotenství císařským řezem
I1	33 let	26 let	SŠ	Vdaná	1	1	Plánované
I2	51 let	22, 32, 47 let	SŠ	Vdaná	3	3	1.Akutní 2.Plánované 3.Plánované
I3	51 let	19, 23, 29 let	SŠ	Vdaná	3	1	Akutní
I4	43 let	18, 20, 29 let	SŠ	Vdaná	3	3	1.Akutní 2.Plánované 3.Akutní
I5	49 let	23, 29 let	SŠ	Vdaná	2	2	1.Plánované 2.Akutní
I6	39 let	39 let	SŠ	Svo- bodná	1	1	Akutní
I7	29 let	29 let	VŠ	Vdaná	1	1	Akutní
I8	30 let	27 let	VOŠ	Svo- bodná	1	1	Akutní

Legenda tabulky: I = informantka, VŠ = vysoká škola, SŠ = střední škola, VOŠ = vyšší odborná škola.
Zdroj: vlastní výzkumné šetření

Informantce I1 bylo 33 let, byla vdaná, jako své nejvyšší dosažené vzdělání uváděla středoškolské bez maturity. Informantka rodila jednou a toto těhotenství bylo ukončeno

císařským řezem, v době porodu jí bylo 26 let. Ukončení těhotenství císařským řezem bylo plánované, důvodem byla příčná poloha plodu.

Informantce I2 bylo 51 let, jako své nejvyšší dosažené vzdělání uvádí středoškolské s maturitou, byla vdaná. Informantka rodila třikrát a všechny porody byly ukončeny císařským řezem. V době prvního porodu bylo informantce 22 let a ukončení těhotenství císařským řezem bylo akutní, důvodem byl nepostupující porod a hrozící hypoxie plodu. V době druhého porodu bylo informantce 32 let a ukončení těhotenství císařským řezem bylo plánované, důvodem byl gestační diabetes mellitus společně s hypertenzí. V době třetího porodu ve 47 letech byla důvodem nepříznivá porodnická anamnéza.

Informantky I3 nejvyšší dosažené vzdělání bylo středoškolské bez maturity, byla vdaná a bylo jí 51 let. Její poslední těhotenství bylo ukončeno akutním císařským řezem, bylo jí 29 let. Příčinou byla neúplná poloha plodu koncem pánevním.

Informantce I4 bylo 43 let a byla vdaná, své nejvyšší dosažené vzdělání uváděla středoškolské bez maturitní zkoušky. Byla třikrát těhotná a všechna těhotenství byla ukončena císařským řezem. První císařský řez byl proveden akutně, důvodem byla hrozící hypoxie plodu, v době prvního porodu bylo informantce 18 let. V době druhého porodu bylo informantce 20 let a ukončení porodu císařským řezem bylo plánované, důvodem bylo přidružené onemocnění – trombofilie. Třetí těhotenství bylo ukončeno akutně císařským řezem ve 29 letech, příčinou byla ruptura dělohy, která vznikla při práci na zahradě.

Informantce I5 bylo 49 let, úspěšně dokončené měla střední vzdělání s maturitou, byla vdaná. Informantka měla v porodnické anamnéze dvě těhotenství ukončená císařským řezem. První císařský řez byl proveden plánovaně, následující byl akutní. V době prvního porodu bylo informantce 23 let, důvodem bylo přidružené onemocnění informantky – hypertenze. V době druhého porodu byla ve věku 29 let a císařský řez byl proveden z důvodu nepostupujícího porodu.

Informantka I6 byla ve věku 39 let svobodná, s nejvyšším dosaženým středoškolským vzděláním s maturitou. Informantka rodila jednou a toto těhotenství bylo ukončeno císařským řezem, v době porodu bylo informantce 39 let. Ukončení těhotenství císařským řezem bylo akutní, důvodem byl předčasný odtok plodové vody trvající déle než 24 hodin a naléhající pupečník.

Informantka I7 vystudovala vysokou školu a získala bakalářský titul, bylo jí 29 let a byla vdaná. Informantce bylo ve věku 29 let akutně ukončeno první těhotenství císařským řezem z důvodu cervikokorporálního nepoměru navazující na suspektní kardiokografický záznam (CTG).

Informantce I8 bylo 30 let a byla svobodná. Nejvyšší dosažené vzdělání uváděla vyšší odborné vzdělání se získaným titulem diplomovaný specialista. Informantka byla poprvé těhotná a toto těhotenství bylo ukončeno akutně císařským řezem z důvodu hrozící hypoxie plodu ve věku 27 let.

4.4 Kategorizace dat z výzkumného souboru žen po císařském řezu

Na základě analýzy získaných dat byly vytvořeny tři hlavní kategorie a následně byly rozděleny na jednotlivé podkategorie. Toto dělení zobrazuje Tabulka 4. Získané výsledky z rozhovorů jsou popsány v jednotlivých kategoriích a podkategoriích. Části textů zapsané kurzivou představují přímo citované věty informantek.

Tabulka 4 – Přehled kategorií a podkategorií

Kategorie	Podkategorie
Předoperační fáze	Péče PA
	Edukace PA
Pooperační fáze	Péče PA
	Pooperační komplikace
Poskytovaná péče	Spokojenost s péčí

Kategorie 1 Předoperační fáze

Kategorie analyzuje data o zkušenostech žen vzhledem k péči, která jim byla poskytnuta porodní asistentkou před operačním výkonem. Jsou zde analyzována data i o tom, jakým způsobem porodní asistentka edukovala ženy před císařským řezem.

Podkategorie 1 Péče PA

V této podkategorii se data vzhledem k poskytnuté předoperační péči shodovala dle toho, zda bylo u informantek provedení císařského řezu akutní či plánované. Informantky I1, I2, I4, I5 mají v anamnéze alespoň jeden vykonaný plánovaný císařský řez. Informantky I2, I3, I4, I5, I6, I7, I8 mají v anamnéze vykonaný alespoň jeden akutní císařský řez.

Informantky I1, I2, I4, I5 s plánovaným ukončením těhotenství se shodly na tom, v čem péče porodní asistentky před operací spočívala. Porodní asistentka získala anamnézu informantek I1, I2, I4, I5, od informantek I1, I2, I4, I5 vyžadovala podepsat souhlas s hospitalizací i souhlas s poskytováním informací. Porodní asistentka změřila ženám I1, I2, I4, I5 fyziologické funkce, zajistila natočení CTG zobrazující děložní činnost ženy a frekvenci srdeční plodu. Dále zavedla informantkám I1, I2, I4, I5 v rámci prevence periferní žilní katetr a zajistila odběr krve, zavedla i permanentní močový katetr, připravila operační pole a převlékla je do operační košile. Následně ženy I1, I2, I4, I5 vyprovodila společně se sanitářem na operační sál, kde již byla v péči lékařů a sester operačního sálu. Informantce I1 porodní asistentka provedla bandáže dolních končetin, zvažila hmotnost, a především si pro ni vyhradila čas a byla pro informantku I1, která se potýkala s psychickými komplikacemi, oporou po celou dobu předoperační fáze, I1 dodala: *„Držela mě za ruku, říkala mi, ať nepláču, ať se těším na miminko, ať myslím jenom na to dobrý. Byla moc příjemná.“* Kdežto informantka I5 měla s psychickou podporou ze strany porodní asistentky negativní zkušenost, neuvědomovala si, že by jí porodní asistentky poskytovaly psychickou podporu: *„Nepamatuju si, že by tam byla nějaká psychická podpora, jako maminko buďte v klidu, bude všechno v pořádku, to si nepamatuju, že by mi někdo řekl.“* Informantky I4 a I5 se domnívají, že jim před operačním výkonem bylo podáno klyzma.

U informantek I2, I3, I4, I5, I6, I7, I8, které byly po výkonu akutního císařského řezu, byla péče porodních asistentek rozdílná. Informantky I2-I8 uvádějí, že jim porodní asistentka zavedla periferní žilní katetr (pokud nebyl zavedený) a odebrala jim krev. Dále těmto ženám porodní asistentka zavedla permanentní močový katetr a oholením místa budoucího kožního řezu připravila operační pole. Také informantkám dala k podpisu informovaný souhlas. *„Na koleni jsem tam rychle něco podepisovala, ale opravdu nevím ani co,“* zmínila I6. Informantky I5 a I7 se domnívají, že jim byla na základě ordinace lékaře porodní asistentkou podána tokolytika, která sloužila ke snížení až zastavení

děložní činnosti. U informantky I4 předcházela císařskému řezu hospitalizace v perinatologickém centru. Důvodem byla ruptura dělohy, kterou informantka utrpěla při zahradních pracích. Během čtyřdenní hospitalizace, jak informantka I4 uvedla, lékaři a porodní asistentky sledovali její zdravotní stav a aplikací kortikosteroidů nechali dozrát plíce plodu. Také zmínila, že byla preventivně uložena v Trendelenburgově poloze, která spočívala v tom, že informantka ležela na zádech a její pánev byla zvednuta nad úroveň hlavy, tato protišoková poloha byla využita pro zlepšení krevního návratu do důležitých orgánů. Informantka uvádí, že po celou dobu hospitalizace byla nepřetržitě napojena na CTG, kde byla sledována její děložní činnost a frekvence srdeční plodu a v případě rozvíjejících komplikací se mohlo vhodně zakročit. Nicméně I4 řekla, že v tuto pro ni nesnadnou chvíli, psychickou podporu od porodních asistentek nevnímala.

Po rozhodnutí lékaře k indikaci akutního císařského řezu byly informantky I2, I3, I4, I5, I6, I8 operovány v celkové anestezii. Žádná ze zmíněných žen neuváděla, že by měla možnost výběru anestezie před provedením zákroku. Výjimkou byla informantka I7, která byla operována v epidurální anestezii, důvodem bylo zavedení epidurálního katetru v průběhu 1. doby porodní, který sloužil ke zmírnění porodních bolestí po podání směsi anestetik a narkotik. Informantky I1 a I2 se v případě plánovaného císařského řezu rozhodly pro operaci ve spinální anestezii, která je alternativou celkové anestezie, při které jsou znecitlivěny nervy zásobující dolní část těla a ženy tak zůstávají při vědomí. Jako důvod, proč si tuto anestezii vybraly, uváděly možnost kontaktu s novorozencem ihned po porodu. Informantky I4 a I5 byly operovány i při plánovaném císařském řezu v celkové anestezii, I4 sdělila, že „*se tý poloviční bála*“.

Podkategorie 2 Edukace PA

Tato podkategorie pojednává o tom, jakým způsobem porodní asistentka edukovala ženy před císařským řezem. Informantky I1 a I7 byly spokojeny s edukací, kterou jim poskytla porodní asistentka před operačním výkonem. Porodní asistentka odpovídala na dotazy, které jí ženy I1 a I7 podávaly. Informantka I7 uvedla: „*Já jsem se hodně ptala, nevím, kdo byl první, jestli já jsem se zeptala, nebo ony mi to řekly. Na všechno, na co jsem se zeptala mi bylo zodpovězený.*“ Porodní asistentka informantky I1 a I7 edukovala, jakou mohou očekávat péči v rámci přípravy k operačnímu výkonu a následnou péči po operaci na ošetrovací jednotce šestinedělí. Edukace se zabývala zavedením permanentního močového katetru pro měření bilance tekutin, zavedením periferního žilního katetru pro

zajištění žilního vstupu pro operaci, oholením operačního pole v místě řezu a podepsáním souhlasů k zákroku. Dále porodní asistentka edukovala ženy I1 a I7 o pooperačním pokoji, na kterém budou uloženy. Také o kontaktu s novorozencem, který bude zajištěný od doby stabilizování jejich zdravotního stavu. Také o nepřetržité pooperační péči, kterou jim budou na stanici šestinedělí poskytovat. Informantka I1, která byla přijata pro plánovaný císařský řez, byla edukována i o tom, jakým způsobem bude porodními asistentkami připravena ke zvolené spinální anestezii.

Data ukazují, že informantkám I2, I3, I6, I8 porodní asistentka před operačním výkonem neposkytla žádné informace. Tento postup zdůvodnily tím, že ukončení těhotenství císařským řezem bylo v jejich případě akutní a nebyl prostor k edukaci. Informantka I6 se k této situaci vyjádřila: „*Nebyla jsem edukována, nebyl čas, bylo to všechno za pochodu. Řekly mi, že je to akutní, že mi zavedou cévku a uvedou mě do spánku, a to bylo všechno, co jsme stihly.*“ I2 sdělila, že edukována nebyla ani v případě plánovaného císařského řezu, nicméně měla již vlastní zkušenost, a tudíž edukaci nevnímala jako potřebnou.

Informantky I4 a I5 se shodně vyjádřily, že byly edukovány porodní asistentkou velice stručně i v případě plánovaného operativního zákroku. Obsahem byly pouze intervence, které jsou v předoperační fázi nutné vykonat. Tudíž ženy I4 a I5 částečně zastávají názor žen I2, I3 a I6. Intervence, které byly řečeny informantkám I4 a I5 se shodovaly s těmi, které byly poskytnuty ženám I1 a I7.

Kategorie 2 Pooperační péče

Tato kategorie vypovídá o tom, jaký byl u informantek průběh období po operaci a jaká pooperační péče se jim dostala ze strany porodní asistentky. Zpracovává také, jaké pooperační obtíže se u žen vyskytly během hospitalizace a následně v domácí péči.

Podkategorie 1 Péče PA

V této podkategorii jsou analyzována data ohledně péče, která byla ženám po operačním výkonu poskytnuta. Informantky I1-I8 byly bezprostředně po operaci v rámci prevence uloženy na jednotce intenzivní péče (JIP), dospávacím pokoji nebo na ošetrovací jednotce šestinedělí. Informantky I1 a I4 uvádí, že byly bezprostředně po operaci uloženy JIP a během druhého pooperačního dne přeloženy na standardní ošetrovací jednotku šestinedělí. Ženy I6, I7, I8 byly v době po operaci uloženy na dospávacím pokoji a první

pooperační den byly porodními asistentkami přeloženy na standardní ošetrovací jednotku šestinedělí. Informantky I2, I3 a I5 uváděly, že byly po zákroku uloženy na pooperačním pokoji. Ženy I1-I8 se shodovaly, že byly na standardní jednotku přeloženy při stabilizaci jejich zdravotního stavu, o svém zdravotním stavu byly informovány lékařem při vizitě.

Odpovědi informantek I1-I8 souhlasily v tom, že porodní asistentky po operačním výkonu sledovaly jejich fyziologické funkce. Informantky I1-I8 byly napojeny na monitor fyziologických funkcí a byl jim v pravidelných intervalech měřen krevní tlak, puls, tělesná teplota, saturace krve a dýchání. Informantce I4 porodní asistentka podala oxygenoterapii. Porodní asistentky po výkonu kontrolovaly celkový stav žen I1-I8 a jejich vědomí. Informantky I1-I8 sdělily, že jim porodní asistentka monitorovala postupné zavínování dělohy a krvácení z rodidel za pomoci prokrvácených vložek a vyměnila za vložky čisté. Žena I4 byla edukována porodní asistentkou o podpoře zavínování dělohy, které dosáhne ležením na břicho. Informantky I6 a I7 byly o tomto informovány také, nikoliv ale porodní asistentkou, nýbrž fyzioterapeutem. Informantky I1-I8 sdělily, že jim porodní asistentka v rámci prevence kontrolovala stav operační rány a případné krvácení, také sledovala odchod moče. Nejprve hodnotila porodní asistentka množství a barvu ve sběrném sáčku zavedeného močového katetru, po extrakci permanentního močového katetru sledovala spontánní vymočení a případné nepříjemné pocity s močením spojené (řezání, pálení). Odchod plynů a stolice byl také preventivně sledován u informantek I1-I8. Také jim byla zajištěna vhodná dieta po celou dobu hospitalizace. Nultý pooperační den byla zvolena dieta tekutá – pouze čaj (0S), první pooperační den tekutá (0) a druhý pooperační den byla podávána dieta kašovitá (1P), následující třetí pooperační den dieta racionální (3P). V případě informantek I2, I5 a I8 s gestačním diabetem mellitem, byla zajištěna dieta diabetická (9P), „*Nejprve jsem měla tekutý, pak jsem dostávala kaše a pak už nějaký normální jídlo,*“ uvádí informantka I3. Dále se data žen I1-I8 shodují v tom, že jim porodní asistentka monitorovala bolest a podávala, dle ordinace lékaře, vhodná analgetika. Způsob podání byl per os, intramuskulárně, intravenózně a u I7 bylo podání i intraepidurálně. Dle ordinace lékaře byly ženám I1-I8 podány i infuze a odebírán biologický materiál. Informantkám I2 a I4 byla zavedena v průběhu operace preventivně Redonova drenáž a porodní asistentka sledovala sekreci z drénu, který byl první pooperační den dle ordinace lékaře extrahován. Ženy I1-I8 udávaly, že porodní asistentky sledovaly i výdej z permanentního močového katetru, který následně i první pooperační den extrahovaly. S informantkami I1-I8 byla porodní

asistentka preventivně u prvního vstávání po operaci, první kroky vedly do sprchy a ženy zde provedly hygienu celého těla. Odpovědi informantek se rozdělují v tom, o čem asistentka edukovala ženy I1-I8 po operaci. Porodní asistentka je edukovala v oblasti dodržování důkladné hygieny celého těla, především rodidel a o časté výměně vložek, péče o operační ránu zahrnovala důslednou hygienu čistou vodou, dále také o chodu stanice a pooperačním režimu. U informantek I6, I7 a I8 byla zajištěna fyzioterapeutka, která je edukovala o rehabilitaci, o technice vstávání z postele a o péči o jizvu, o vhodných tlakových masážích. Fyzioterapeutka prováděla s informantkami I6, I7, I8 dechová cvičení. Žena I7 ocenila psychickou podporu, která se jí od porodních asistentek dostávala. Ženám I1, I2, I3, I4, I5, I6, I7, I8 porodní asistentky podávaly léky dle ordinace lékaře a dle jejich individuálního zdravotního stavu, např. informantka I1 dostávala v rámci prevence antianemika pro zvýšení krvetvorby. Informantky I2, I3 a I5 dostávaly antihypertenziva ke snížení hodnoty krevního tlaku. U informantek I2, I5 a I8 byla porodní asistentkou sledována hodnota glykémie v krvi, tento úkon prováděla dle ordinace lékaře.

Podkategorie 2 Pooperační komplikace

Tato podkategorie vznikla na základě dat a kódování o pooperačních komplikacích. Pojednává i o tom jaké pooperační obtíže se u žen vyskytly a jakým způsobem byly řešeny a zda měly informantky před operací povědomí o císařském řezu a jeho možných komplikacích. U informantek I1-I8 se vyskytla nejméně jedna pooperační komplikace. Informantky I1-I8 jako pooperační komplikaci uvedly pooperační bolest. U žen I1, I2, I5 se nerozvinula laktace. Hypotenze se jako obtíž po zákroku vyskytla u informantek I1 a I2. Infekce operační rány se objevila u žen I2, I4 a I5 projevující se především bolestivostí, zarudnutím a otokem. S nauzeou po císařském řezu se setkala informantka I2. S nadýmáním se potýkala žena I8. S hypertenzí se léčily ženy I2, I3 a I5. Krvácení ve větší míře zaznamenala žena I4, která dodává: „*Neměli tu krev mojí, tak poslali sanitku pro ni ... dali mi zatím tu plazmu a pak mi dali tu krev.*“ Informantka I5 jako jediná zařadila do pooperačních komplikací zvýšenou teplotu a rupturu dělohy. Ženy I4 a I5 jako jediné sdělily, že se v souvislosti s operací potýkají s dlouhodobými potížemi. Informantka I5 uvedla, že často pociťovala bolestivost jizvy. Informantka I4 zmínila jako svou dlouhodobou komplikaci bolestivost břicha způsobenou přichycením dělohy k břišní stěně, sama řekla: „*Mám dělohu přišitou k břichu a mám tam plno srůstů, to mi řekli, když jsem si chtěla nechat vyndat dělohu, protože mě často bolí břicho*“.

Informantka I8 prozradila: „*Komplikace jako takové jsem neměla, беру jako komplikaci celý císař a stav po něm.*“

Informantky I1-I8 uvedly, že na pooperační bolest byla podána analgetika porodní asistentkou dle ordinace lékaře, a to v různých formách – per os, intramuskulárně a v případě rodičky I7 i epidurálně. Infekce operační rány, která se objevila u I2, I4 a I5 byla řešena antibiotickou terapií, kterou předepsal lékař. Důvodem bylo zabránění šíření infekce a eliminace bakterií. Následně byla rána ošetřena lokálně. Strach a úzkost, se kterými se potýkala informantka I1, byly řešeny podáním anxiolytik dle ordinace lékaře a vyhledáním specialisty při propuštění do domácí péče. Ženám I2, I3 a I5 byla porodní asistentkou podána dle ordinace lékaře antihypertenziva, která sloužila ke snížení krevního tlaku v období po zákroku. K pooperačnímu krvácení, se kterým se setkala informantka I4, bylo nutné ihned vyhledat lékaře, změřit fyziologické funkce, podat oxygenoterapii; k zastavení krvácení byla ordinována lékařem hemostatika a ke krevnímu doplnění bylo indikováno podání infuzních roztoků a následně transfúze. Aplikována byla nejprve plazma, poté erytrocytový transfuzní přípravek, pro který byla poslána zdravotnická služba do nejbližší nemocnice, jelikož vhodná krevní skupina nebyla k dispozici.

Pouze ženy I2 a I7 neměly před prvním císařským řezem žádné vědomosti o operaci a možných komplikacích. Informantky I1 a I3 byly s touto problematikou seznámeny u gynekologa během těhotenství. Byly obeznámeny s tím, kdy je císařský řez indikován, jak se provádí a jaká jsou rizika; také byly informovány o výhodách a nevýhodách tohoto typu porodu. Ženy I5 a I6 získaly povědomí o císařském řezu od přátel. Informantka I8 měla vědomosti o tomto zákroku, jelikož byla zdravotní sestrou. Pouze ženě I4 poskytla informace porodní asistentka v prenatální poradně. Jednalo se o poznatky týkající se různých možností porodu, včetně císařského řezu, a informace ohledně zotavení po této porodnické operaci.

Kategorie 3 Poskytovaná péče

Tato kategorie vznikla na základě dat a kódování o spokojenosti informantek. Ženy byly dotazovány na spokojenost s péčí a edukací porodních asistentek před a po operačním výkonu.

Podkategorie 1 Spokojenost s péčí PA

Informantky I3, I4, I6, I7 byly spokojeny s péčí porodních asistentek. Žena I6 byla velice mile překvapena péčí, která jí byla poskytnuta, a také ochotným chováním porodních asistentek v každé situaci. Informantka I3 byla vděčná za milý přístup porodních asistentek a za rady, které jí poskytly především ohledně péče o jizvu. Předchozí dva porody u ní proběhly spontánně a toto byla první zkušenost s císařským řezem.

Ženy I1 a I2 hodnotily péči porodních asistentek také kladně ač v ní vnímaly nedostatky. Informantka I1 hodnotila péči porodních asistentek příznivě, nicméně se potýkala s psychickými problémy a v době, kdy potřebovala oporu, si musela zajistit kontakt s rodinou. Péči ocenila i žena I2, která při prvním porodu nebyla spokojena s péčí, porodní asistentky hodnotila jako „*nervózní*“ a péče působila „*chaoticky*“, velmi negativně hodnotila prostředí nemocnice, především úklid a domnívala se, že tato nedostatečná hygiena způsobila právě pooperační komplikaci, se kterou se potýkala, řekla: „*Ta hygiena, ten úklid, protože když jsme přišly do sprchy, tak tam byl pytel s vložkami třeba tři dny, velkéj obrovskej pytel, to si myslím, že možná i proto ta rána hnisala.*“ V případě druhého a třetího porodu zvolila jinou porodnici a byla již spokojena.

Informantky I5 a I8 zhodnotily práci porodních asistentek spíše nedostatečně. Žena I5 řekla: „*Čekala bych, že budou více informovat ... nikdo se se mnou moc nevybavoval ... až když pak viděly, že se něco děje, že je něco špatně, tak se něco dělo, ale do té doby ne.*“ Dále se žena I5 zmínila: „*Vždyť já jsem nakonec nekojila ani jednoho, protože mi řekly, že mám velký prsa, že to děti dusí a že to nemá cenu.*“ Informantka I8, která pracovala jako zdravotní sestra, se také přiklonila k tomuto názoru, negativně hodnotila především informovanost. Předkládané informace pro ni jako pro prvoročičku nebyly dostatečné a byly podávány v nepřizpůsobené formě vzhledem k jejímu zdravotnímu stavu. Dále dodala: „*Já jsem nebyla spokojená celkově s ničím.*“

5 Diskuse

Bakalářská práce se zabývala prevencí pooperačních komplikací u ženy po císařském řezu.

Císařský řez je porodnická operace, jejíž kořeny zasahují hluboko do historie. Je zákrokem, při kterém je plod extrahován z dělohy ženy v případě, kdy by vaginální porod představoval riziko poškození zdraví pro ženu či plod (Roztočil, 2020). Prevence pooperačních komplikací značí soubor opatření před, během a po chirurgickém zákroku, jejichž cílem je zabránit vzniku a rozvoji onemocnění, výskytu zdravotních komplikací, nepříznivým následkům operace a předčasnému úmrtí (Program Health Plus, © 2023). Přestože je císařský řez nejčastější porodnickou operací, riziko výskytu pooperačních komplikací u ženy po císařském řezu bylo až šestkrát vyšší než při vaginálním porodu, uvádí Procházka (2020), Šálková (2021) v tomto tvrzení s Procházkou nesouhlasí a tvrdí, že pooperační komplikace jsou při plánovaném císařském řezu srovnatelné s porodem vaginálním.

Prevence, jak již bylo zmíněno, je soubor opatření, jejichž cílem je zabránit vzniku a nepříznivých následků operace (Program Health Plus, © 2023). Tato opatření je nutno dodržovat v průběhu celé perioperační péče. Porodní asistentka je dle vyhlášky č. 55/2011 Sb., plně zodpovědný zdravotnický pracovník, který pracuje v partnerství se ženou prostřednictvím ošetrovatelského procesu během celého těhotenství, porodu až do šestého týdne po porodu (MZČR, 2019).

Prevence pooperačních komplikací, dle mého názoru spočívá v mnoha ohledech. Tyto obtíže nejsou vázány pouze na pooperační péči, nicméně mohou vzniknout nesprávnou předoperační přípravou, chybami v průběhu operačního zákroku nebo se na příčině může podílet celkový stav ženy. Každý operační výkon s sebou přináší riziko komplikací a žena by o tom měla být vždy před porodem obeznámena. My jsme se v naší práci zaměřily především na péči pooperační. Avšak i předoperační péče je významnou součástí prevence pooperačních komplikací a z tohoto důvodu jsme zjišťovaly zkušenosti žen také s poskytovanou péčí před operací (ze strany porodní asistentky). O indikaci k císařskému řezu vždy rozhodoval a ženě oznamoval lékař. Před plánovaným zákrokem byly ženy I1, I2, I4, I5 poučené o důvodu operace a rozuměly tomuto řešení. Nicméně u akutních operací informantky I2-I8 hodnotily, že měly nedostatek informací. Vysvětlením může být fakt, že při takto časově naléhavé situaci, může být velmi náročné ženám dokonale

vysvětlit důvod operace. Ty, které podstoupily akutní výkon, vyjadřovaly nižší míru spokojenosti než ženy, které měly plánovanou operaci (Ryan et al., 2017). Myslím si, že v průběhu indikace k akutnímu císařskému řezu procházejí ženy silnými emocemi. To může být důvod, který ztěžuje přijímání a uchování informací, které jsou jim poskytnuty. Akutní operace jsou dle Turegana (2022) často spojeny s vyšším rizikem vzniku pooperačních komplikací, z důvodu zhoršených zdravotních podmínek nebo nutnosti rychlého zásahu bez předchozí důkladné přípravy. Kvůli časové tísni prováděla porodní asistentka dle Libové et al. (2019) pouze nezbytné intervence – ženě zavede permanentní močový katetr, zajistí žilní vstup, odebere krev na vyšetření STATIM, aplikuje potřebnou medikaci, zaopatří hygienu v rámci operačního pole, vyzve ženu k vyjmutí zubních či očních náhrad a šperků. Dle Dušové et al. (2019) by porodní asistentka měla dále rezervovat krevní deriváty pro případ, že by žena utrpěla velkou krevní ztrátu. Informantky I1-I8 uvedly, že porodní asistentka vykonávala uvedené intervence dle Libové et al. (2019).

Ve výzkumné části bakalářské práce jsme se snažily určit, jakým způsobem porodní asistentky na stanici šestinedělí pečovaly o ženu po císařském řezu v rámci prevence pooperačních komplikací. Porodní asistentky vykonávaly všechny preventivní intervence dle ordinace lékaře. Péče porodních asistentek PA1, PA7, PA8, PA9 dle výzkumného šetření začínala převzetím ženy na operačním sále a následně jí převezly na příslušnou jednotku pro ženy po císařském řezu. Porodní asistentky PA1-PA9 v rámci prevence monitorovaly fyziologické funkce ženy, v případě potřeby tlumily její bolest, kontrolovaly krvácení z rodidel a z operační rány. Dále sledovaly hojení operační rány, zavinování dělohy a odchod plynů, stolice a moči, zajišťovaly ženě vhodnou dietu a bilanci tekutin, také podávaly naordinované léky. Správná hydratace byla podstatná pro hojení ran, neboť dehydratace by mohla přispět k nedostatečné perfuzi kyslíku tkáněmi a zabránit tomu, aby se do rány dostaly základní živiny, uvedl WoundSource (2020). Dále dodali, že dostatečná hydratace předcházela vzniku komplikací, příkladem byla uvedena hluboká žilní trombóza či plicní embolie. S odstupem času porodní asistentky PA1-PA9 mobilizovaly ženu, dle Bergman et al. (2014) byly s časnou mobilizací prokázány nižší počty pooperačních komplikací. Huang et al. (2018) sdělili, že k lepšímu zotavení ženy po operaci sloužilo podání pooperační analgezie, zajištění prevence ileu a provedení časně mobilizace. Všechny tyto intervence, které byly v literatuře uvedeny se shodovaly s výsledky naší výzkumné části. Mými zkušenostmi

z praktické výuky mohu vyjádřit, že péče poskytovaná ženě po císařském řezu je v souladu s výše zmíněným. Dle Wilson et al. (2018) sloužilo k lepšímu zotavení ženy po císařském řezu řízení tekutin, které sloužilo k prevenci nevolnosti a zvracení, použití antiemetik a analgezie. Dále zajištění pravidelné diety, a to do dvou hodin od ukončení operace, dále použití kompresní punčochy k prevenci profylaxi žilního tromboembolismu a následně okamžité odstranění močového katetru ženě po zákroku (Wilson et al., 2018). Porodní asistentky PA1-PA9 v naší výzkumné části zmínily, že výše uvedené intervence prováděly, nicméně permanentní močový katetr odstraňovaly minimálně po 12 hodinách od operace a kompresní punčochy k profylaxi žilního tromboembolismu dostávaly ženy pouze v ojedinělých případech, a to pokud se vyskytoval rizikový faktor v anamnéze ženy. Wilson et al. (2018) uvedli jako důvod k okamžitému odstranění močového katetru ihned po operaci, že zavedené permanentní močové katetry mohly u žen zvýšit výskyt infekce močových cest, bolesti močové trubice a obtížného vyprazdňování a tyto komplikace měly za následek pozdější schopnost mobilizace. Nicméně NICE (2019) uvedli, že odstranění PMK by mělo být provedeno, jakmile bude žena po operaci mobilní, ne však dříve než po dvanácti hodinách. Dle mého názoru je pooperační péče poskytovaná porodními asistentkami ženě po císařském řezu velmi důležitá. Pokud tuto péči poskytují porodní asistentky ženám správně, pomáhají tím minimalizovat vznik rizik, která jsou spojena se stavem po operaci. Pokud již komplikace nastaly, porodní asistentky je vhodnou péčí odhalí a pokud jsou potíže řešeny včas, mohou tak předejít vážnějším zdravotním problémům. Během poskytování péče by dle mého názoru neměly porodní asistentky zapomínat na individuální přístup ke každé ženě a péči poskytovat mimo jiné shodně s jejími potřebami.

Porodní asistentka PA7 zmínila, že velice důležitá byla psychická podpora a ujištění ženy. Podpora a ujištění dle porodní asistentky PA7 velice úzce souviselo s rozvojem komplikací. Špatné psychické rozpoložení ženy mělo velký vliv na udržení sebepéče, pokud ji žena zanedbávala, vznikala rizika pro rozvoj komplikací. Zheng et al. (2022) prohlašovali, že kontakt kůže na kůži po císařském řezu by mohl u ženy zmírnit rozvoj poporodních psychických komplikací. Dále porodní asistentka PA7 dodala, že byla psychická podpora často zanedbávaná, přičemž další porodní asistentka psychickou podporu neuvedla. Šálková (2021) řekla, že by porodní asistentka měla komunikovat se ženou se vzájemným porozuměním a empatií, neboť žena je ovlivněna silnými emocemi. Afaya et al. (2020) uváděli, že porod a období po něm bylo jedinečnou životní

zkušeností. Právě postoj porodní asistentky ženu ovlivňoval a pokud měla špatné zkušenosti a nenaplněná očekávání, zanechalo to v ní stopy na celý život, které by mohly ovlivnit postoj k budoucímu těhotenství a porodu (Afaya et al., 2020). Informantky I2, I3, I4, I5, I8 z výzkumného vzorku uvedly, že se jim žádné psychické podpory od porodních asistentek nedostalo. Naopak psychickou podporu zmiňovaly informantky I6 a I7.

Ve výzkumném šetření bylo zjišťováno, o čem porodní asistentky PA1-PA9 edukovaly ženu v pooperační fázi v rámci předcházení komplikací. Stejnou otázku dostaly i ženy I1-I9. Dle výzkumného šetření porodní asistentky PA1-PA9 sdělily, že ženu edukovaly každý den ve verbální, popřípadě i v písemné formě. Edukace, která byla v rámci prevence poskytována ženám se zabývala oblastí hygieny, péčí o jizvu, dodržování diety, oblastí pohybu po císařském řezu (dechová cvičení, tlakové masáže, posilování pánevního dna, předcházení nitrobřišního tlaku, vyhledání fyzioterapeuta), režimem stanice šestinedělí, péčí o prsy a kojením. Vybrané ženy I1, I2, I3, I4, I5, I8 nicméně s tímto tvrzením nesouhlasily, jelikož v těchto směrech edukovány nebyly. Informantky I2, I3, I4, I5, I8 prohlásily, že je porodní asistentka edukovala pouze o dodržování hygieny a v péči o jizvu. „*Informace podávaly rychle, stručně*“, řekla informantka I8. Informantka I5 pronesla: „*Čekala bych, že budou více informovat... nikdo se se mnou moc nevybavoval... vždyť já jsem nakonec nekojila ani jednoho, protože mi řekly, že mám velký prsa, že to děti dusí a že to nemá cenu.*“ Nicméně I6 a I7, které podstoupily císařský řez v tomto roce 2023, sdělily, že je porodní asistentka o těchto oblastech edukovala a vnímaly to velmi pozitivně. Já osobně si myslím, že edukace žen ze strany porodních asistentek je často nedostatečná a ženám by se mělo dostat edukace, kterou si zaslouží. Za zmínění, si myslím, stojí i to, že žádná z porodních asistentek nevedla, že by edukovala ženu po císařském řezu při propuštění do domácí péče v rámci prevence pooperačních komplikací. Žádná z žen také nevedla, že by jí byla tato edukace poskytnuta. Důležité dle mého názoru je, aby byla žena po císařském řezu informována o tom, co se s ní bude dít a jaká péče jí bude poskytována. Edukace důležitá pro to, aby se žena cítila dostatečně informovaná a měla pocit jistoty. Dle mého názoru žena nejvíce ocení poznatky z oblasti péče o novorozence. Nicméně správná edukace předchází vzniku různých komplikací například s hojením rány, s rozvojem infekce, vzniku ileu či trombózy. Myslím si, že by se žena měla dozvědět, jaké příznaky (například s hojením rány) jsou v normě a jaké jsou pro ni již potenciálně nebezpečné. Dále by měla v rámci prevence získat vědomosti ohledně vhodného stravování a cvičení pro obnovu těla po operaci. Studie s názvem Effect of a

postoperative education program on quality of life of mothers after caesarean delivery (2020) zjistila, že edukace žen po císařském řezu byla spojena s významným zlepšením kvality života. V této studii byly ženy po císařském řezu rozděleny do dvou skupin. Z nichž jen první skupina byla edukována a druhá nikoliv. První skupina, které byla poskytnuta edukace, měla výrazně lepší výsledky v oblastech, jako je fyzická a emoční zátěž a větší spokojenost se zdravotním stavem. V NICE (2019) informovali o tom, že by měly porodní asistentky ženy edukovat i o tom, že jim nehrozí zvýšené riziko potíží s kojením, deprese, symptomy posttraumatického stresu, dyspareunie (bolestivý pohlavní styk) či fekální inkontinence.

Zjišťovaly jsme, zda ženy měly před operací o císařském řezu a jeho možných komplikacích povědomí. V České republice je ročně až 24 % porodů ukončeno císařským řezem (Procházka, 2020). Informantka I2 měla císařský řez proveden v roce 1993 a neměla o něm a jeho možných komplikacích žádné informace, ale podle údajů sahala v roce 1990 frekvence císařských řezů k 10 % (Hamplová, 2016). Se znalostmi na tom byla stejně i informantka I7, která ale informace účelně nevyhledávala. Ženy I1, I3, I4, I5, I6, I8 měly povědomí o císařském řezu a jeho možných komplikacích. Informantky I1, I3 informoval ošetřující lékař a pouze informantka I4 získala znalosti od porodní asistentky. Domnívám se, že v dnešní době existuje nespočet zdrojů, ze kterých může žena čerpat poznatky ohledně císařského řezu. Informace může získat ze zkušeností od svých známých, od lékařů, od porodních asistentek, z předporodních kurzů, dále z různých knih, časopisů a internetových stránek. Dle mého názoru je důležité, aby žena měla k dispozici aktuální informace a věděla, co může od operace očekávat.

Ve výzkumné části jsme zjišťovaly, s jakými pooperačními komplikacemi se ženy po císařském řezu nejčastěji potýkaly. Také jsme zkoumaly, s jakými komplikacemi se nejčastěji setkávaly porodní asistentky na stanici šestinedělí. Dle výzkumu se každá žena po císařském řezu potýkala s bolestí. Každá žena ji vnímá subjektivně. Bolest je dle WHO definovaná jako nepříjemná sensorická i emocionální zkušenost ve spojitosti s akutním nebo potencionálním poškozením tkání (Rokyta, 2018). Tato komplikace byla u žen řešena analgetiky, která porodní asistentky podávaly dle ordinace lékaře. Velká část žen měla v prvních 24 hodinách po zákroku vysokou intenzitu bolesti a potřebu opioidů (Bjørnstad et al., 2020). Neléčená či neadekvátně léčená bolest vedla ke stresu a dyskomfortu ženy a nepříznivě mohla bolestivým chováním narušit vztah matka–dítě a přispět například k předčasnému ukončení kojení. Jako druhá nejčastější komplikace byla ženami

uváděna infekce operační rány. Projevovala se zarudnutím, zvýšenou teplotou okolí rány, otokem, sekrecí z rány nebo bolestivostí (IKEM, 2020). Carbonnel (2021) uvedla, že infekce operační rány patřila mezi časté komplikace, která mohla vyžadovat prodlouženou ošetrovatelskou péči a v některých případech i prodlouženou hospitalizaci ženy až reoperaci rány. Tyto komplikace mohly vést k úzkostem a potenciálnímu negativnímu dopadu na vztah matka–dítě v poporodním období (Carbonnel, 2021). Komplikace s hojením rány se dle Carbonnel (2021) vyskytovaly až v 15 % případů, v naší výzkumné části se s infekcí rány setkaly informantky I2, I4 a I5. Z dlouhodobých potíží, pouze informantky I4 a I5 odpověděly kladně, uvedly bolestivost jizvy a břicha. Porodní asistentky PA1-PA9 prozradily, že se nejčastěji setkávaly u žen s kolapsovými stavy, krvácením, nadýmáním a dehiscencí rány. Zastávám názor, že je důležité, aby porodní asistentky poskytovaly ženám po císařském řezu takové informace, kterými zajistí, aby ženy přežily nebo alespoň předcházely vzniku komplikací.

Dále jsme ve výzkumné části zjišťovaly, jakým způsobem se porodní asistentky vzdělávaly v oblasti prevence pooperačních komplikací a zda se jejich působením v praxi péče nějakým způsobem změnila. Dle mého názoru, je vzdělávání součástí prevence a péči by měly poskytovat pouze vzdělané porodní asistentky, které se orientují v aktuální problematice. Porodní asistentky PA1-PA9 uvedly, že se vzdělávaly formou seminářů pořádaných nemocnicí, ve které pracovaly. Porodní asistentky PA3, PA5, PA6, PA7 dále odpověděly, že se vzdělávaly i formou samostudia. Vzdělávání je proces, při kterém porodní asistentka získává vědomosti ve formě poznatků i určitých schopností a dovedností (Nešpor, 2018). „*Povinnost celoživotního vzdělávání zůstává v zákoně zachována v souladu se směrnicí EU 2005/36/ES. Čl. 22 písm. b) praví, že členský stát EU v souladu se specifickými postupy každého členského státu zajistí další vzdělávání a odbornou přípravu, aby osoby, které ukončily vzdělávání, byly s to držet krok s vývojem v daném povolání v rozsahu, který je nezbytný pro zachování bezpečného a účinného výkonu tohoto povolání. Vzdělávání by tedy mělo být zajištěno prostřednictvím státu, resp. zaměstnavatele.*“ (EUNI, 2022). Porodních asistentek PA1-PA9 jsme se ve výzkumné části dotazovaly, jaké faktory dle nich ovlivňovaly vznik pooperačních komplikací. V nejvyšší frekvenci odpovědi byla obezita, přidružená onemocnění (nejčastěji diabetes mellitus) a rostoucí věk. Těmto ženám bylo dle porodních asistentek nutno věnovat více pozornosti. Kariyyar a Pereira (2020) uváděli, že přítomnost obezity u ženy zvyšovala riziko výskytu pooperačních komplikací.

6 Závěr

Bakalářská práce byla zaměřena na prevenci pooperačních komplikací u ženy po císařském řezu. V teoretické části byl definován císařský řez, jeho možné komplikace a péče poskytovaná porodní asistentkou v rámci prevence vzniku komplikací. Cílem této práce bylo zjistit, jaká je prevence pooperačních komplikací u ženy po císařském řezu.

Z výzkumné části vyplývá, že porodní asistentky sledovaly ženy po císařském řezu na ošetrovací jednotce šestinedělí, případně na specializovaných pooperačních pokojích. Monitorovaly jejich zdravotní stav a dle ordinací lékaře poskytovaly pooperační péči. Společně s edukací tak předcházely vzniku komplikací po zákroku. Péči, kterou ženám porodní asistentky poskytovaly, byla v souladu s nejnovější literaturou. Tyto porodní asistentky na ošetrovací jednotce šestinedělí se pravidelně vzdělávaly formou seminářů realizovaných nemocnicí, ve které pracovaly. Školily se v oblasti péče, kterou bylo nutno poskytovat ženám po císařském řezu a předcházet tak vzniku pooperačních obtíží. I přes formu celoživotního vzdělávání, které se porodní asistentky podrobovaly, ženy vnímaly péči v některých oblastech nedostatečně.

Odpovědi porodních asistentek o poskytované péči se ne vždy shodovaly s odpověďmi žen dle jejich zkušeností. Z výzkumné části vyplývá, že ženy cítily v poskytované péči nedostatky. Způsoby, kterými by se mohly tyto mezery v péči o ženy po císařském řezu vylepšit, jsou v komunikaci mezi porodní asistentkou a ženou. Ženy postrádaly větší míru informací, zvláště pak vnímaly potřebu podrobnější edukace. Zlepšení komunikace mezi porodní asistentkou a ženou je klíčovým faktorem, který může přispět k lepší pooperační péči, a především k prevenci vzniku komplikací. Je důležité, aby porodní asistentky poskytovaly ženám dostatek informací o současném stavu a ženy tak získaly odpovědi na otázky, které si kladou a kterými předejdou dalším obtížím. Porodní asistentky by měly být schopny poskytovat informace srozumitelným způsobem.

Bakalářská práce by mohla být pro porodní asistentky a studentky tohoto oboru inspirací pro zlepšení kvality poskytované péče ženám. Tuto zpětnou vazbu lze využít ke zdokonalení poskytované péče a zaručit tak, aby každá žena novou etapou svého života procházela s co nejméně komplikacemi.

Seznam použitých zdrojů

1. AFAYA, A., DZOMEKU, V.M., BAKUE, A., AFAYA, R.A., OFORI, M., AGYEIBI, S., BOARENG, F., GAMOR, R.O., GYASI-KWOFIE, E., NYALEDZIGBOR, P.P.M., 2020. *Women's experiences of midwifery care immediately before and after caesarean section deliveries at a public Hospital in the Western Region of Ghana*. 20(1), doi: 10.1186/s12884-019-2698-4
2. Atlas of Pelvic Surgery, © 2023. *Pfannenstiel Incision*. [online]. AtlasofPelvicSurgery. [cit. 2023-04-25]. Dostupné z: <https://atlasofpelvicsurgery.org/9AbdominalWall/1PfannenstielIncision/cha9sec1.html>
3. BARASH, G. P., CULLEN, F. B., STOELTING, K. R., 2015. *Klinická anesteziologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4053-9.
4. BERGMAN, S., DEBAN, M., MARTELLI, V., HOLCROFT, CH., ZAKRZEWSKI, H., FRASER, S., 2014. *Association between quality of care and complications after abdominal surgery*. 156(3), doi: 10.1016/j.surg.2013.12.031
5. BINDER, T., 2015. *Porodnictví*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1907-1.
6. BJØRNSTAD, J., RÆDER, J., 2020. *Post-operative pain after caesarean section*. 140(7), doi: 10.4045/tidsskr.19.0506
7. BRÁZDA, J., 2015. *Druhy anestezie a co byste o ní měli vědět?*. [online]. [cit. 2022-09-18]. Dostupné z: <https://1url.cz/wty50>
8. *Caesarean Section (CS): Pre, Peri & Post-Op Care*, 2015.[online]. [cit. 2022-11-20]. Dostupné z: <http://nationalwomenshealth.adhb.govt.nz/assets/Womenshealth/Documents/Policies-and-guidelines/Caesarean-Section-CS-Pre-Peri-andPost-Op-Care-.pdf>
9. CARBONNEL, M., BROT, D., BENEDETTI, CH., KENNEL, T., MURTADA, R., REVAUX, A., AYOUBI, J., 2021. *Risks factors FOR wound complications after cesarean section*. 50(7), doi: 10.1016/j.jogoh.2020.101987
10. Česká gynekologie, 2016. *Praha, místo, kde byl proveden první císařský řez, kdy přežila současně matka i dítě?* [online]. [cit. 2022-11-5]. Dostupné z:

<https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2016-4-12/praha-misto-kde-byl-proveden-prvni-cisarsky-rez-kdy-prezila-soucasne-matka-i-dite-59629/download?hl=cs>

11. ČEPICKÝ, P., 2018. *Kapitoly z diferenciální diagnostiky v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-5604-2.
12. DUŠOVÁ, B., 2019. *Edukace v porodní asistenci*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0836.
13. EUNI., 2022. *Celoživotní vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků*. [online]. Praha: Pears Health Cyber Europe, s.r.o. [cit. 2023-4-10]. Dostupné z: <https://www.euni.cz/clanek/2214-celozivotni-vzdelavani-nelekarських-zdravotnickych-pracovniku?bid=2>
14. GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ, M., 2017. *Těhotenství a mateřství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247.5579-3.
15. HAMPLOVÁ, L., 2016. *Nárůst císařských řezů ovlivňuje evoluci lidstva. Máme ale jinou možnost?* [online]. [cit. 2023-4-10]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2016/12/narust-cisarskych-rezu-ovlivnuje-evoluci-lidstva-mame-ale-jinou-moznost/>
16. HÁJEK, Z., ČECH, E., MARŠÁL, K., 2014. *Porodnictví*. 3., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.
17. HOMER, C., DAVIS, D., MOLLART, L., TURKMANI, S., SMITH, M., BULLARD, M., LEISER, B., FOUREUR, M., 2022. *Midwifery continuity of care and vaginal birth after caesarean section*. 35(3), doi: 10.1016/j.wombi.2021.05.010
18. HOMPOTH, E, A., PETO, Z., BALOGH, V, F., TOREKI, A., 2020. *Associations Between Depression Symptoms, Psychological Intervention and Perinatal Complications*. 27(1), 10.1007/s10880-019-09632-4
19. HOUROVÁ, M., GALAMBOŠOVÁ, V., 2015. *Slovníček pro těhotné*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3666-2.

20. HUANG, J., CAO, C., NELSON G., WILSON, D, R., 2019. *A Review of Enhanced Recovery After Surgery Principles Used for Scheduled Caesarean Delivery*. 41(12), doi: 10.1016/j.jogc.2018.05.043
21. HUDÁKOVÁ, Z., KOPÁČIKOVÁ M., 2017. *Příprava na porod: fyzická i psychická profylaxe*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-9747-7.
22. JEDLIČKOVÁ, J., SVOBODA, T., WICHSOVÁ, J., 2021. *Perioperační zásady v kostce*. [online]. Praha: Grada. [cit. 2022-11-19]. ISBN 978-80-271-4335-1. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/perioperacni-zasady-v-kostce-10204/>
23. JEDLIČKOVÁ, J., 2019. *Ošetrovatelská perioperační péče*. 2. rozšířené vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-598-3.
24. KAÇMAZ,O., GÜLHAŞ N., KAYHAN E.G., DURMUŞ,M., 2020. *Effects of different epidural initiation volumes on postoperative analgesia in cesarean section*. 50(8), doi: 10.3906/sag-1905-44
25. KARIMYAR, T., PEREIRA, L., 2020. *Surgery in the Obese Pregnant Patient*. 63(2), doi: 10.1097/GRF.0000000000000530
26. KLÍMA, J., 2016. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5014-9.
27. KRANS, B., 2018. *C-Section (Caesarean Section)*. [online]. Healthline. San Francisco: Healthline Media a Red Ventures Company. [cit. 2022-10-28]. Dostupné z: https://www.healthline.com/health/c-section?fbclid=IwAR2GqStPU9_bE8pWJyJlgUz3jtyUrCKOpsQOxVXMPqYx3rub9W
28. LARSEN, R., 2023. *Anesteziologie*. Překlad 11. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2217-7.
29. LIBOVÁ, L., BALÍKOVÁ, H., JANKECHOVÁ, M., 2019. *Ošetrovatelský proces v chirurgii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2466-4.

30. MÁLEK, J., 2016. *Praktická anesteziologie*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5632-5.
31. MAREŠOVÁ, P., FIALA, L., 2018. *Moderní postupy v gynekologii a porodnictví*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-204-4852-1.
32. MĚCHUROVÁ, A., 2014. *Kardiotokografie*. Druhé rozšířené vydání. Praha: Maxdorf. ISBN 987-80-7345-388-6.
33. MZČR, 2014. *Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*. [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky. [cit. 2023-02-09]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/8690/20840/Zdrav%C3%AD%202020_N%C3%A1rodn%C3%AD%20strategie%20ochrany%20a%20podpory%20zdrav%C3%AD%20a%20prevence%20nemoc%C3%AD....pdf
34. MZČR, 2019. *Kdo je porodní asistentka a jak se stát porodní asistentkou*. [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 2023-2-10]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/kdo-je-porodni-asistentka-a-jak-se-stat-porodni-asistentkou/>
35. Národní zdravotnický informační portál, 2023. *Těhotenství a porod*. [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. [cit. 2023-04-22]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/kategorie/79-tehotenstvi-a-porod>
36. Nemocniční zpravodaj, 2020. *Představujeme: Gynekologicko-porodnické oddělení*. [online]. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice. [cit. 2023-02-09]. Dostupné z: https://www.nemcb.cz/upload/files/nemocnicni_zpravodaj_2020_c8_web.pdf
37. NEŠPOR, Z., 2018. *Sociologická encyklopedie*. [online]. Praha. [cit. 2023-4-10]. Dostupné z: <https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Vzd%C4%9BI%C3%A1v%C3%A1n%C3%A1D>

38. NICE, 2019. *Caesarean section*. [online]. London: National Institute for Health and Care Excellence. [cit. 2023-04-28]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK552671/>
39. ODENT, M., 2016. *Císařský řez*. Praha: Maitrea a.s. ISBN 978–80-7500-227-3.
40. IKEM, © 2023. *Operační rány – hojení, možné komplikace*. [online]. Praha. [cit. 2023-4-10]. Dostupné z: <https://www.ikem.cz/cs/kardiocentrum/klinika-kardi-ovaskularni-chirurgie/pro-pacienty/poradna/operacni-rany-hojeni-mozne-komplikace/a-840/>
41. PÁRAL, J., 2020. *Chirurgická propedeutika: Základy chirurgie pro studenty lékařských fakult*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-4071-8.
42. PAŘÍZEK, A., 2015. *Porod*. 5. vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-215-2.
43. POPRZECZNY, A.J., GRIVELL, R.M., LOUISE, J., DEUSSEN, A.R., DODD, J.M., 2020. *Skin and subcutaneous fascia closure at caesarean section to reduce wound complications: the closure randomised trial.*, doi: 10.1186/s12884-020-03305-z
44. Profese, 2019. *Císařský řez a jeho rizika pro matku*. [online]. Olomouc [cit. 2022-10-30]. Dostupné z: <https://www.profeseonline.upol.cz/pdfs/pol/2019/02/01.pdf>
45. Program Health Plus, © 2023. *Proč nezanedbávat pravidelnou prevenci*. [online]. Praha: Program Health plus. [cit. 2023-02-09]. Dostupné z: <https://programhplus.cz/co-radi-nasi-lekari/proc-nezanedbavat-pravidelnou-prevenci>
46. PROCHÁZKA, M., 2020. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-618-4.
47. RODZIEWICZ, T.L., HOUSEMAN, B., HIPSKIND, J.E., 2022. *Medical Error Reduction and Prevention*. [online]. StatPearls: StatPearls Publishing. [cit. 2022-12-26]. ISBN NBK499956. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499956/>
48. ROKYTA, R., 2018. *Léčba bolesti v primární péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0312-6.

49. ROZTOČIL, A., 2017. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-9757-6.
50. ROZTOČIL, A., 2020. *Porodnictví v kostce*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2098-7.
51. SHAHOEI, R., NIA, H., BAHRAMI, N., AHMADI, A., 2020. *Effect of a postoperative education program on quality of life of mothers after caesarean delivery: a randomized controlled clinical trial*. 20(1), doi: 10.1186/s12884-020-03005-0
52. SCHNEIDEROVÁ, M., 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4414-8.
53. SLEZÁKOVÁ, L., a kolektiv, 2017. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0214-3.
54. SLEZÁKOVÁ, L., a kolektiv, 2019. *Ošetrovatelství v chirurgii I. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2900-8.
55. SLOVÁKOVÁ, P., 2022. *Ileus (střevní neprůchodnost)*. [online]. Multimediální podpora výuky klinických a zdravotnických oborů: Portál Lékařské fakulty Masarykovy univerzity. [cit. 2022-11-28]. Dostupné z: <https://portal.med.muni.cz/clanek-750-ileus-strevni-nepruchodnost.html>
56. ŠÁLKOVÁ, J., 2021. *Intenzivní péče v porodní asistenci*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0844-2.
57. ŠEDÝ, J., 2016. *Komplikace chirurgických operací*. [online]. Medi profi: Databáze odborných textů pro zdravotnictví. Praha: Verlag Dashöfer. [cit. 2022-10-28]. Dostupné z: https://www.mediprofi.cz/33/komplikace-chirurgicky-ch-operaci-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4ElMAVc_29gcm80Go3HSj2zQrO3VA8YZLZA/
58. Stay Well, © 2023. *Cesarean Section*. [online]. The StayWell Company. [cit. 2023-04-25]. Dostupné z: <https://demo.staywellhealthlibrary.com/Content/healthsheets-v1/cesarean-birth-c-section/>

59. ŠTOURAC, P., KORBIČKA, T., MATUŠČINOVÁ, G., POLOCHOVÁ, P., SVOBODOVÁ, K., 2014. AKUTNĚ.CZ: *Císařský řez*. [online]. Brno. [cit. 2022-11-17]. Dostupné z: <https://www.akutne.cz/algorithm/cs/178--/>
60. ŠULCOVÁ, M., 2018. *Veřejné zdravotnictví: učební texty pro zdravotnické obory*. Vydání druhé přepracované. Ústí nad Labem: Univerzita Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem, Fakulta zdravotnických studií. ISBN 978-80-7561-115-4
61. Věstník MZ ČR č. 7/2019 Sb., *Seznam poskytovatelů intenzivní péče v perinatologii*, 2019. [online]. [cit. 2022-12-26]. Dostupné z: <https://www.perinatologie.eu/wp-content/uploads/2019/09/Vestnik-MZ-CR.pdf>
63. WILHELMOVÁ, R. a kolektiv autorů, © 2021. *Vybrané kapitoly z porodní asistence I a II*. [online]. Brno: MUNI. [cit. 2022-10-28]. Dostupné z: https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps20/porodni_asistence/web/pages/04_prenatalni_pece.html
64. WILSON, D, R., CAUGHEY, B, A., WOOD, S, L., MACONES A, G., WRENCH, I, J., HUANG, J., NORMAN, M., PETTERSSON, K., FAWCETT J. W., SHALABI M, M., METCALFE A., GRAMLICH L., NELSON G., 2018. *Guidelines for Antenatal and Preoperative care in Cesarean Delivery: Enhanced Recovery After Surgery Society Recommendations (Part 1)*. 219(6), doi: 10.1016/j.ajog.2018.09.015
65. WoundSource, 2020. *Preventing Post-Operative Complications* [online]. Florida: WoundSource Practice Accelerator. [cit. 2022-11-20]. Dostupné z: <https://www.woundsource.com/blog/preventing-post-operative-complications>
66. ZEMANOVÁ, J., MEZENSKÁ, M., 2021. *Perioperační anesteziologická péče v kostce*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-1740-6.
67. ZHENG, Y., XIA, Y., YE, W., ZHENG, C., 2022. *The Effect of Skin-to-Skin Contact on Postoperative Depression and Physical Recovery of Parturients after Cesarean Section in Obstetrics and Gynecology Department*. doi: 10.1155/2022/9927805

Seznam příloh

Příloha 1 Transverzální řez na děloze

Příloha 2 Vertikální řez na děloze

Příloha 3 Řez dle Pfannenstiela

Příloha 4 Řez cervikokorporální transperitoneální – provedení hysterotomie

Příloha 5 Řez cervikokorporální transperitoneální – tupé rozšíření hysterotomie

Příloha 6 Řez cervikokorporální transperitoneální – vybavení hlavičky plodu

Příloha 7 Otázky pro rozhovor s porodními asistentkami

Příloha 8 Otázky pro rozhovor se ženami po císařském řezu

Příloha 9 Vzor žádosti o provedení výzkumu v rámci zpracování bakalářské práce

Příloha 1 Transverzální řez na děloze



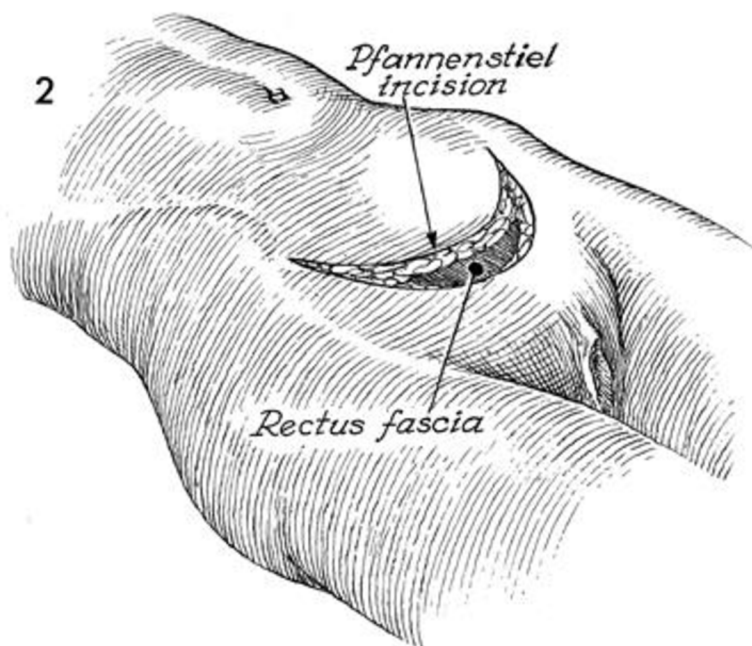
Zdroj: Stay Well (© 2023)

Příloha 2 Vertikální řez na děloze



Zdroj: Stay Well (© 2023)

Příloha 3 Řez dle Pfannenstiela



Zdroj: Atlas of Pelvic Surgery (© 2023)

Příloha 4 Řez cervikokorporální transperitoneální – provedení hysterotomie



Zdroj: Roztočil (2020)

Příloha 5 Řez cervikokorporální transperitoneální – tupé rozšíření hysterotomie



Zdroj: Roztočil (2020)

Příloha 6 Řez cervikokorporální transperitoneální – vybavení hlavičky plodu



Zdroj: Roztočil (2020)

Příloha 7 Otázky pro rozhovor s porodními asistentkami

1. Kolik je Vám let?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Kolik let působíte v praxi?
4. Na jakém pracovišti v rámci Vašeho oddělení působíte?
5. Jakým způsobem probíhá péče o ženu po císařském řezu?
6. Jaké faktory ovlivňují vznik pooperačních komplikací?
7. Jak edukujete ženy po císařském řezu o předcházení pooperačních komplikací?
8. S jakými nejčastějšími pooperačními komplikacemi po císařském řezu se setkáváte v praxi?
9. Jaké vnímáte rozdíly v rámci pooperační péče o ženu po císařském řezu za dobu Vašeho působení v praxi?
10. Jakými způsoby se vzděláváte ohledně prevence vzniku pooperačních komplikací?

Zdroj: vlastní

Příloha 8 Otázky pro rozhovor se ženami po císařském řezu

1. Kolik je Vám let?
2. Kolik Vám bylo let v době porodu?
3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
4. Jaký je Váš rodinný stav?
5. Kolikrát jste rodila, kolikrát byl Váš porod ukončen císařským řezem?
6. Pokud jste se setkala během těhotenství s nějakým přidruženým onemocněním, jaké to bylo?
7. Jaký byl důvod k ukončení porodu císařským řezem?
8. O čem jste byla porodní asistentkou edukována před operačním výkonem?
9. Jak probíhala předoperační péče ze strany porodní asistentky?
10. Jak probíhalo období po operaci, kde jste byla bezprostředně po operaci?
11. Z čeho se skládala péče poskytovaná porodními asistentkami po operaci?
12. Jaké povědomí jste měla před operací o císařském řezu a jeho možných komplikacích?
13. Pokud jste se potýkala s nějakými pooperačními komplikacemi, které to byly?
14. Jakým způsobem porodní asistentky postupovaly v řešení pooperačních komplikací, jaké informace Vám byly podávány ohledně následné péče?
15. Jak jste byla spokojena s pooperační péčí porodních asistentek?

Zdroj: vlastní

Příloha 9 Vzor žádosti o provedení výzkumu v rámci zpracování bakalářské práce

Žádost o provedení výzkumu v rámci zpracování bakalářské práce

Fakulta: Zdravotně sociální fakulta (Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích)

Studijní program/obor: Porodní asistence

Jméno a příjmení: Eliška Munková

Kontaktní údaje (e-mail, tel.): munkoe00@zsf.jcu.cz, tel. 722 076 244

Název zdravotnického zařízení: Gynekologicko-porodnické oddělení

Název práce: Prevence pooperačních komplikací u ženy po císařském řezu

Hypotézy, výzkumné otázky: Výzkumná otázka 1: Jakou péči poskytují porodní asistentky ženám po císařském řezu v rámci prevence pooperačních komplikací?

Metodologický popis výzkumu včetně rozsahu výzkumného vzorku: Pro výzkumnou část bakalářské práce bude použit kvalitativní sběr dat, cílem je zjistit, jaká je prevence pooperačních komplikací u ženy po císařském řezu a přispět tak k dosavadním poznatkům v oblasti pooperační péče o ženy po císařském řezu a poskytnout poznatky využitelné ke zlepšení preventivních opatření pooperačních komplikací. Sběr dat bude probíhat pomocí polostrukturovaných individuálních rozhovorů, které budou nahrávány na diktafon a po celou dobu výzkumu bude zachována důvěrnost a anonymita zúčastněných. Výzkumné soubory budou dva. První výzkumný soubor budou tvořit porodní asistentky z ošetrovací jednotky šestinedělí v nemocnici v Českých Budějovicích, které pečují o ženy po císařském řezu. Otázky se zaměří na zkušenosti, postoje a znalosti porodních asistentek. Druhým výzkumným souborem budou ženy, které podstoupily císařský řez a jsou hospitalizovány na ošetrovací jednotce šestinedělí výše uvedené nemocnice.

Předpokládané výstupy: Výsledky, které vzniknou z výzkumného šetření mohou být prezentovány na odborných seminářích, také by mohly být uplatněné při výuce porodních asistentek. Závěry výzkumu budou prezentovány jasným způsobem s důrazem na klíčová témata a jejich důsledky pro prevenci pooperačních komplikací u žen po císařském řezu.

Vyjádření vedoucího práce:

Jméno:

Podpis:

Vyjádření kompetentní osoby zdravotnického zařízení:

S provedením výše uvedeného výzkumu souhlasím/nesouhlasím.

Jméno:

Podpis:

Zdroj: vlastní

Seznam zkratk

CTG	kardiotokograf
EU	Evropská unie
EKG	elektrokardiografie
Et al.	Kolektiv autorů
GDM	gestační diabetes mellitus
I	informantka
JIP	jednotka intenzivní péče
např.	například
PA	porodní asistentka
PMK	permanentní močový katetr
SC	císařský řez
WHO	Světová zdravotnická organizace