

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

**Specifika péče o ženu po císařském řezu v raném
šestinedělí**

bakalářská práce

Autor práce: Lucie Kvačková

Vedoucí práce: PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.

Jihlava 2021

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Lucie Kvačková
Studijní program:	Porodní asistence
Obor:	Porodní asistentka
Název práce:	Specifika péče o ženu po císařském řezu v raném šestinedělí
Cíl práce:	Cílem práce je zhodnotit specifickou péči o ženy po císařském řezu v období raného šestinedělí.

PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí bakalářské práce

PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Bakalářská práce se zaměřuje na specifickou péči o ženu po císařském řezu v raném šestinedělí. Práce je rozdělena na současný stav problematiky, který se zabývá historií císařského řezu, indikacemi, kvůli kterým k císařským řezům dochází. Dále je zmíněna předoperační péče, druhy anestezií, samotnou techniku provedení řezu a jaký je úkol sestry a porodní asistentky na jednotce intenzivní péče a následně na oddělení šestinedělí. Bakalářská práce zjišťuje schopnosti ženy v péči o novorozence, rozvíjení laktace a následné kojení, jeho techniky a polohy. V neposlední řadě se věnuje psychickému stavu ženy v šestinedělí. V praktické části bakalářské práce jsou představeny výsledky, které byly zjištěny pomocí dotazníkového šetření. V závěru práce jsou také zpracovány do grafů a tabulek.

Klíčová slova

Císařský řez, šestinedělí, bolest, kojení, novorozenec.

Abstract

The bachelor thesis focuses on specific care for woman after a caesarean section in the early puerperium. The bachelor thesis is divided into the current state of affairs which deals with history of caesarean section and indications. Preoperative care, types of anesthesia and what is the role of the nurse and midwife in the intensive care unit and the puerperium ward are also mentioned. The bachelor thesis examines a woman's ability to care for newborn, developing lactation and breastfeeding, techniques and position. Last but not least deals with the mental state of woman in puerperium.

In the practical part of the bachelor thesis are introduced results obtained by means of a survey. At the end of the work are also processed into graphs and tables.

Key words

Caesarean section, puerperium, pain, breast feeding, newborn.

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou mé bakalářské práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 6. 5. 2021

.....
Podpis studenta/ky

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala své vedoucí práce, PhDr. Vlastě Dvořákové, PhD., za její cenné rady, pomoc a čas, který mi věnovala. Dále děkuji své rodině za podporu po celou dobu mého studia. V neposlední řadě také děkuji všem maminkám za ochotu při vyplňování dotazníků.

Obsah

Úvod	8
Motivace	9
Cíl práce.....	9
1 Současný stav problematiky	10
1.1 Císařský řez	10
1.2 Historie	10
1.3 Indikace císařského řezu	11
1.4 Předoperační péče a příprava k císařskému řezu	13
1.5 Anestezie u císařských řezů	13
1.5.1 Neuroaxiální anestezie	14
1.5.2 Celková anestezie	15
1.6 Technika a provedení řezu	15
1.6.1 Supracervikální transperitoneální císařský řez	15
1.6.2 Technika Misgava-Ladacha.....	16
1.6.3 Typy řezů na děloze	17
1.7 Komplikace	17
1.7.1 Peroperační komplikace.....	17
1.7.2 Pooperační komplikace.....	18
1.7.3 Dlouhodobé komplikace	18
1.8 Ošetrovatelská péče na JIP a oddělení šestinedělí	19
1.8.1 Péče o vyprazdňování	19
1.8.2 Sledování bolesti.....	20
1.8.3 Péče o jizvu	20
1.8.4 Psychické změny.....	20
1.8.5 Bonding po císařském řezu.....	21
1.9 Kojení po císařském řezu	21
1.9.1 Fyziologie kojení	21

1.9.2	Technika kojení.....	22
1.9.3	Polohy při kojení.....	23
1.10	Cvičení po císařském řezu.....	23
2	Výzkumná část.....	26
2.1	Cíl výzkumu a výzkumné otázky	26
2.2	Metodika výzkumu práce	26
2.3	Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí	26
2.4	Průběh a popis výzkumu	26
2.5	Zpracování získaných dat.....	27
2.6	Výsledky dotazníkového šetření	27
2.7	Vyhodnocení výzkumných otázek	42
3	Diskuze	46
4	Návrh a doporučení pro praxi	49
5	Závěr	50
	Seznam použité literatury	51
	Seznam grafů	53
	Seznam tabulek.....	54
	Přílohy	55

Úvod

V současné době dochází k velkému nárustu císařských řezů. Tato frekvence se zvyšuje zejména kvůli indikacím, které se u žen vyskytují. V tomto případě je důležitá komunikace mezi ženou a lékařem. V některých případech je možnost volby, kdy se žena může rozhodnout a porodní asistentka by ji měla poskytnout kvalitní informace na všechny její otázky. Pokud se jedná o absolutní indikaci k císařskému řezu, možnost volby žena bohužel nemá. Tato bakalářská práce se zabývá zejména specifickou péčí, která je po císařském řezu nezbytná.

V současném stavu problematiky bakalářské práce je úvodní obecná definice císařského řezu, historie, indikace, předoperační příprava, možnosti anestezie, technika a provedení císařského řezu a komplikace, které úzce souvisí s operací. V kapitole je uvedena ošetrovatelská péče na jednotce intenzivní péče a následně péče porodní asistentky na oddělení šestinedělí. Dále se práce věnuje psychickým změnám, které jsou v šestinedělí náročné pro většinu žen. Na závěr se práce zabývá péčí o jizvu, kojením a správnými technikami, které jsou důležité pro budoucí úspěch a v neposlední řadě rehabilitačním cvičením.

Ve druhé části bakalářské práce, tedy ve výzkumné části je uveden cíl a výzkumné otázky, metodika výzkumu, charakteristika respondentů. Získaná data jsou zpracována do grafů a dále porovnány v diskuzi. Závěr práce je věnován doporučení pro praxi.

Motivace

Zpracovat téma císařského řezu jsem se rozhodla, protože jsem se chtěla dozvědět, zda je pro ženy náročné zvládání úkonů v raném poporodním období, jako je péče o sebe, ale také péče o miminko. Dále jak celou situaci vnímají po psychické stránce a zda jim bylo líto, že partner nemohl být po celou dobu s nimi. Zajímá mě také, zda ženy nahlíží na císařský řez jako na věc, která zapříčiní problémy spojené s kojením.

Cíl práce

Zhodnotit specifickou péči o ženy po císařském řezu v období raného šestinedělí. K tomuto cíli jsou zvolené 3 výzkumné otázky.

V1: Jak žena vnímá císařský řez po psychické stránce?

V2: Jak bylo pro ženy náročné kojení v raném šestinedělí?

V3: Jak žena vnímá bolest operační rány?

1 Současný stav problematiky

1.1 Císařský řez

Pojem císařský řez označuje porod plodu a placenty incizí v přední břišní a děložní stěně. V současné době, kdy operační techniky dosahují dokonalosti, metody asepsy jsou také dodržovány a je široká dostupnost antibiotik, ať už pro zahájení profylaktické léčby předoperačně nebo pro léčbu infekčních komplikací se z operace stal relativně bezpečný výkon (Procházka, 2020).

Císařský řez je nejstarší a zároveň nejčastější porodnickou operací, kterou se plánovaně nebo akutně ukončuje těhotenství ve třetím trimestru nebo až v průběhu přirozeného porodu (Hanáková, 2015).

Jedná se o operaci jednoduchou, ale má svá úskalí, které porodník musí znát a respektovat. Od indikace, přípravy, od prvního řezu do posledního stehu myslí na to, že výsledkem operace má být zdravá žena a novorozenec (Doležal, 2007).

Tato operace je v některých situacích jediným potřebným zákrokem, který zachrání život matky a dítěte, nicméně je důležité zmínit, že v současné době je frekvence tohoto zákroku extrémně vysoká (Buckley, 2016).

Je prováděn s rozdílnou četností v různých koutech světa. Frekvence císařských řezů na 24 %. Ve srovnání s ostatními evropskými zeměmi je však jeho výskyt v ČR stále nízký. V rozvojových zemích je tento zákrok spojen s vysokou mateřskou mortalitou a morbiditou. To je zapříčiněno nedostatkem kvalifikovaného personálu. Výkon je většinou prováděn na naprosto vyčerpané, dehydratované rodičce, která je v septickém či jiném šoku (Procházka, 2020).

1.2 Historie

O operaci existují první zmínky už z období starověku, kdy se prováděli vzácně na mrtvých a moribundních. První zmínka o císařském řezu, který byl proveden na živé rodičce a měl velmi dobrý výsledný efekt údajně provedl zvěroklestit Jakub Nufer v roce 1500. Naopak jiní soudí, že jako první se o úspěšnou sekci zasloužil německý chirurg

Jeremias Trautmann v roce 1610, kdy operace proběhla na ženě s velkou poúrazovou diastázou břišních svalů. Přežila pouhých 25 dní (Roztočil, 2017).

Operace byli prováděny s anatomickými znalostmi, avšak zcela nesterilními nástroji a bez narkózy na vyčerpaných ženách. V takových podmínkách byla úmrtnost téměř 100 %. Řezy na břišní dutině se prováděly různě: podélně vedle linea alba, v linea alba, příčně a šikmo kvůli obavě z krvácení. Řezy podélné se většinou ani nešily, což zapříčinilo, že ženy umíraly na vykrvácení (Doležal, 2007).

Později, v roce 1876 provedl Eduardo Porro úspěšný císařský řez, kde krvácení z dělohy zabránil tím, že do výše vnitřní branky na děložní hrdlo nasadil měděné oko. Zabránil infekci supracervikální amputací. Z prvních sta operovaných žen, přežila necelá polovina. Autor se dále zmiňuje, že k mytí a dezinfekci rukou používali roztok kyseliny karbonové, k narkóze byl využit chloroform a jako šití měli k dispozici stříbrná vlákna (Doležal, 2007).

Postupně docházelo k zdokonalování technik a většina operatérů se přikláněla k šití dělohy ve dvou vrstvách. V roce 1882 byl Kehrer první, kdo udělal transversální řez v dolním segmentu. V roce 1897 se opět používá, již známý příčný fundální řez. Frank v roce 1906 zavedl řez na dolním segmentu, a to transperitoneální příčný řez, který poté překrýval vezikouterinní plikou. Nejpodstatnější změny představuje metoda Misqav Ladach, při které se nešije peritoneum (Doležal, 2007).

1.3 Indikace císařského řezu

Císařský řez je indikován v případech, kdy přirozený porod plodu není bezpečný pro dítě nebo matku. Indikace dělíme na absolutní, což znamená, že je indikace jednoznačná (poloha plodu v příčné poloze), nebo na relativní, kdy je možný vaginální porod, ale má zvýšené riziko (porod koncem pánevním). Indikaci k císařskému řezu dále dělíme na akutní nebo plánované ze strany matky nebo plodu (Procházka, 2020).

V určitých klinických stavech jako je placenta praevia nebo ruptura děložní je císařský řez pevně stanoven jako nejbezpečnější způsob porodu. Obecně u většiny těhotenství s nízkým rizikem představuje císařský řez větší riziko morbidit a mortality matky než vaginální porod (autor neuveden, 2014).

Roztočil (2017) definuje následující indikace:

- Nepoměr mezi vstupující hlavičkou plodu a porodními cestami.
- Patologie naléhání plodu, mluvíme zejména o asynklitismu, naléhání hlavičky čelem nebo obličejem, šikmá nebo příčná poloha a poloha koncem pánevním, kdy plod naléhá kolénky, nožkami a velikost plodu je menší než 1500 g a větší než 3500 g.
- Patologické nálezy v malé pánvi.
- Vrozené nebo získané vývojové vady dělohy.
- Nepostupující porod, 3 hodiny nemění se nález při pravidelných děložních kontrakcích.

Dle Procházky (2020):

- Akutní ohrožení plodu při porodu (hypoxie plodu), které diagnostikuje patologická křivka na CTG záznamu.
- Abnormálně uložená placenta (placenta praevia centralis a marginalis).
- Krvácení v těhotenství či za porodu, mluvíme zejména o prepartálním a antepartálním krvácení (abrupce placenty a vasa praevia).
- Zdravotní komplikace u matky – těžká preeklampsie, eklampsie, HELLP syndrom, kardiovaskulární a respirační nemoci, genitální herpes, závažná epilepsie. Psychický stav, kdy žena zásadně odmítá vaginální porod.

Čech (2006) zmiňuje následující indikace:

- Vícečetné těhotenství, kdy jsou plody v kolizním postavení.
- Neúspěšná indukce porodu.
- Naléhání a výhřez pupečníku, zvláště při poloze plodu podélné hlavičkou je tato indikace velmi akutní.

1.4 Předoperační péče a příprava k císařskému řezu

V úvodu je důležité zmínit, že na výsledku operace se podílí nejen samotná technika, kterým je operace provedena, ale také předoperační příprava a následná pooperační péče (Procházka, 2020).

Předoperační interní vyšetření, včetně vyšetření anesteziologem je povinné u všech plánovaných operací. Je doporučeno i těhotným ženám, které nemají jasnou indikaci, ale je zde větší pravděpodobnost, že porod bude ukončen císařským řezem, například pokus o VBAC (Pařízek, 2012).

V případě plánovaného císařského řezu se předoperační příprava neliší od ostatních operací. Každá žena přichází k hospitalizaci den před operací, dvanáct hodin před porodem je zahájeno profylaktické podání nízkomolekulárního heparinu jako prevence tromboembolie a nejméně šest hodin před výkonem žena lační.

Pacientky by měly vždy podstoupit zhodnocení stavu a laboratorních výsledků u anesteziologa a předoperační vyšetření praktickým lékařem. Pokud má žena jiné obtíže, vždy se musí poradit se specialistou (interní, neurologické, hematologické). Jedná-li se o diabetes mellitus či anémii, měla by žena být plně kompenzována (Procházka, 2020).

V krátkodobé přípravě se provede vaginální vyšetření, aby se zhodnotil nález a potvrdila se tak indikace. Velmi důležité je oholení operačního pole v místě provedení řezu. Velký význam má také bandáž dolních končetin jako prevence TEN, rané vstávání a časné zahájení pooperační rehabilitace. Předoperačně se zavede permanentní močový katetr, který slouží k zajištění prázdného močového měchýře během operace, aby netvořil překážku pro operátora. Na celé přípravě se podílí anesteziolog, který určuje nejvhodnější premedikaci a anestezii (Hájek, 2014).

1.5 Anestezie u císařských řezů

Volba anestezie závisí obvykle na více faktorech. Mezi nejdůležitější se řadí časová naléhavost operace, indikace, přání matky a také celkový stav plodu i matky. V současnosti se k císařskému řezu používají dvě základní anesteziologické metody: neuroaxiální nebo celková anestezie (Barash, 2015).

Pokud se jedná o urgentní situaci, kdy si operátor nemůže dovolit velké časové prodlevy, bývá velice často anesteziolog požádán o celkovou anestezii. Hlavní obava je velká časová prodleva a v mnoha případech i neúspěch při subarachnoidální punkci, tyto komplikace mohou nastat například u obézních žen. Dle autora ale tento argument nelze považovat za relevantní, neboť komplikace mohou nastat i při celkové anestezii (Roztočil, 2017).

Pokud je předpoklad nebo je v anamnéze popsána předchozí obtížná intubace anesteziolog to považuje za indikaci k neuroaxiální anestezii. Mezi další indikace řadíme preeklampsie, hypertenzi, astma bronchiale, ischemii nebo jiné onemocnění kardiovaskulární soustavy, výrazná obezita, neurologické onemocnění nebo přání matky (Jindrová, 2016).

1.5.1 Neuroaxiální anestezie

K dispozici jsou tři techniky – epidurální, spinální a kombinovaná. Epidurální se využívá v případě, že už ji žena měla zavedenou při porodu. Spinální anestezie se řadí mezi nejoblíbenější a některé pracoviště zase upřednostňují kombinovanou spinální/epidurální (Doležal, 2007).

Obecně se preferuje hlavně z důvodu vyhnutí se tlumivého účinku léků na plod, splnění přání matky zůstat při vědomí a díky tomu je možné bezprostředně přiložit dítě k prsu a umožnit jim první důležitý kontakt. Jako další výhoda se uvádí, že má žena zachovány reflexy a tím je sníženo riziko plicní aspirace žaludečním obsahem (Barash, 2015).

Nevýhodou místní anestezie je hypotenze, která zejména u spinální anestezie může nastat velice náhle. Tento stav doprovází nauzea, mdloby, únava a zvýšená spavost. V případě epidurální anestezie je hlavní nevýhodou pomalý nástup účinku, naopak u spinální anestezie je možné operovat do několika minut.

Nutnost je informovat ženu, že během výkonu může cítit nepříjemné a bolestivé stavy v operační ráně, důležité je také zmínit, že po anestezii se vrací citlivost dolních končetin v rozmezí desítek minut až hodin (Procházka, 2020).

Pro ženu je velice příznivá přítomnost partnera na operačním sále, je pro ni psychická podpora. Důležité ovšem je, aby tam muž byl ze svého vlastního přesvědčení, pokud by to tak nebylo, jednalo by se spíše o negativní vliv (Jindrová, 2016).

1.5.2 Celková anestezie

U celkové anestezie je úvod o několik minut kratší než u subarachnoidální. Jejím užitím lze také dosáhnout širší svalové relaxace. Neovlivňuje oběh, tudíž se velmi vzácně objevuje již zmiňovaný náhlý pokles krevního tlaku (Roztočil, 2017).

U celkové anestezie je větší riziko útlumu novorozence použitými léky, které se aplikují ženě nitrožilně. Pokud je uspaná první kontakt s novorozencem se odkládá, dokud nebude žena plně při vědomí (Procházka, 2020).

Mnohdy může také nastat nepovedená intubace, což je způsobeno regurgitací, nauzeou, zvracením a aspirací obsahu žaludku. Aby se této situaci předešlo, anesteziolog provádí vyšetření tzv. Mallampatiho skóre, kde se hodnotí klenutí patrových oblouků a pokud je čípek přehledný, intubace by neměla být komplikovaná (Roztočil, 2017).

1.6 Technika a provedení řezu

Císařský řez je speciální chirurgický výkon, neboť jde o zdraví nejméně dvou organismů zároveň. Přesto je řazen do poměrně jednoduchých zákroků (anatomie, přehledné cévní a nervové zásobení, podmínky). Dle autora je nejdůležitější správné období, ve kterém se operace provádí. Nejlepší výsledky se objevují u žen termínových. V tuto dobu totiž bývá dolní děložní segment tenký, operátor bez problému vybaví plod a nehrozí velká krevní ztráta. Operace trvá 30-45 minut (Pařízek, 2012).

1.6.1 Supracervikální transperitoneální císařský řez

Tento typ je nejvíce využíván v porodnictví. Operace se zahajuje laparotomií, přičemž jsou používány dva různé druhy:

Dolní střední laparotomie – je veden mezi pupkem a sponou stydkou, v délce 10-12 cm. Provádí se velmi zřídka u akutní indikace, u malformovaného plodu a u žen, kde už byla jizva z předchozí sekce.

Suprapubický Pfannenstielův řez –jedná se o nejčastěji užívaný řez. Operatér tento řez vede poloobloukovitě asi 2 cm nad symfýzou. Jeho největší výhodou je jeho kosmetický vzhled a také ojedinělý výskyt pooperačních hernií. Jako více častá komplikace se objevuje subfasciální hematoma. Další problém nastává, pokud je potřeba řez rozšířit (Hájek, 2014).

Hájek popisuje způsob řezu podle Gepperta takto: „*Při vlastní operaci se nejdříve protne viscerální peritoneum v místě, kde plica vesicouterina je před jejím úponem na přední děložní stěně pohyblivá. Pokračuje sesunutí této řasy a močového měchýře směrem ke sponě. Tak se obnaží subperitoneálně uložená přední stěna DDS. Zde se příčně krátkým poloobloukovitým řezem (cca 4 cm) opatrně pronikne myometriem do děložní dutiny tak, aby se neporanil plod. Rána se pak oběma ukazováky jemně rozšíří v pokračujícím poloobloukovitém směru s konkavitou kraniálně k děložním hranám, které se však nesmějí porušit*“ (Hájek, 2014, st. 520).

Operace pokračuje porušením plodových obalů a vybavením naléhající části plodu, kde je důležitý šetrný přístup lékaře. Poté se porodí celý plod. Když je podvázán a přerušen pupečník, novorozenec se předává do péče dětské lékařky. Aplikuje se uterotonikum a operatér při silné děložní kontrakci manuálně vybaví placentu a provede revizi děložní dutiny. Myometrium se zašívá zpravidla ve dvou vrstvách a plica vesicouterina se šije pokračujícím stehem. Zkontrolují se vaječníky a appendix. Instrumentující sestra sečte roušky a zkontroluje nástroje a lékař poté začne šít postupně vrstvy břišní stěny (Hájek, 2014).

1.6.2 Technika Misgava-Ladacha

Tato technika má hlavní podstatu minimalizovat činnosti ve snaze operaci časově zrychlit, zjednodušit a zefektivnit, a to technikou tupé disekce tkání pomocí prstů lékaře. Kůže a podkožní tkáň je naříznuta skalpelem v délce asi 3 cm v centrální části. Břišní stěna a peritoneum je poté tupě rozevřeno. Řez na děloze je veden nad plikou močového měchýře. Po vybavení plodu i placenty je incize děložní zašitá v jedné vrstvě. Jako poslední se šijí fascie a kůže (Procházka, 2020).

1.6.3 Typy řezů na děloze

Široký U řez – je zvolen hlavně u nedonošených dětí, kdy dolní děložní segment není dostatečně tenký.

Obrácený T řez – většinou se k němu přistupuje až v průběhu operace, kdy není možné plod vybavit klasickým příčným řezem (objevuje se při balotující hlavičce nebo spastickém DDS).

Klasická incize – typ, který se v současnosti využívá jen velice vzácně, a to z důvodu, že je pro rodičku velice nevhodný. Incize se nachází v kontrakčně aktivní části dělohy a je zde vysoké riziko děložní ruptury v následujícím těhotenství. Pokud se tento řez vyskytuje v anamnéze automaticky se přistupuje k plánovanému císařskému řezu. Ovšem i přes tyto skutečnosti jsou komplikace jako placenta praevia, anhydramnion a myomy u kterých je korporální řez nevyhnutelný (Procházka, 2020).

1.7 Komplikace

Každá operace přináší určitá rizika a komplikace a jinak tomu není ani u císařského řezu. Komplikace můžeme rozdělit na peroperační, pooperační a dlouhodobé.

1.7.1 Peroperační komplikace

Jako nejčastější se objevují anesteziologické komplikace – nauzea a zvracení po anestezii, aspirace obsahu žaludku a nízký krevní tlak.

Život ohrožující komplikace je krvácení, které může nastat jak z řezu na děloze, tak z místa inserce placenty při hypotonii dělohy. V souvislosti s placentou je nejvážnější krvácení při placenta praevia. Dále se může rozvinout DIC.

Embolie plodovou vodou – mluvíme o vzácné komplikaci, ale bohužel ji nikdo nemůže předvídat, tudíž se pro ženu velmi často stává smrtelnou. Jedná se o stav, kdy otevřené děložní žíly absorbují plodovou vodu (Procházka, 2020).

Komplikace z chirurgické strany je poranění okolních orgánů – poranění močového měchýře, ureteru, dělohy, vaječníků, vejcovodu, poranění střev a břišní stěny (Doležal, 2007).

1.7.2 Pooperační komplikace

Žena po císařském řezu je více ohrožena hypotonií a subinvolucí dělohy, než žena po přirozeném porodu. Proto ji rané šestinedělí může zkomplikovat krvácení z dělohy. Ve většině případů je léčba konzervativní, ovšem pokud jsou už vyčerpány všechny metody musí se přistoupit k hysterektomii (Procházka, 2020).

Infekce může postihnout jakoukoliv vrstvu (kůže, podkoží, dutinu, děložní nebo břišní), projeví se teplotou přetrvávající 4-5 dní, citlivostí a začervenaním rány, může vzniknout i absces. Porodní asistentka provede stěr z rány na kultivaci a citlivost a podle výsledku podává antibiotika dle ordinace ošetřujícího lékaře. Relativně často se objevuje akutní cystitida jako důsledek katetrizace močového měchýře (Koudelková, 2013).

Postpunkční cefalea je komplikace po spinální nebo epidurální analgezi. Žena pociťuje první až druhý pooperační den tupou bolest v zátylku, a to vsedě i vestoje, dále se objevují poruchy zrakového a sluchového centra. Terapie je polohování, kdy žena musí ležet na rovné posteli a také mít dostatečný pitný režim. Pokud se jedná o obzvláště těžký případ je ženě aplikováno 15 ml autologní krve do místa předchozího vpichu (Koudelková, 2013).

Po císařském řezu je větší riziko tromboembolické nemoci zapříčiněno dlouhou imobilizací. Proto je důležitá část předoperační péče profylaktická aplikace nízkomolekulárního heparinu (Procházka, 2020).

1.7.3 Dlouhodobé komplikace

S každým dalším císařským řezem přicházejí komplikace pro další těhotenství. Všechny břišní operace zanechávají na těle jizvy, které mohou zapříčinit trvalé abdominální bolesti a ve vzácných případech i ileus. Další riziko je patologická nidace placenty (placenta accreta, increta nebo percreta), což může mít důsledek krvácení končící až hysterektomií. Jako poslední komplikaci zmíním rozpad jizvy a rupturu děložní. Jizva je místo, kde je porušená kvalita tkáně a ve většině případů následující porody proběhnou v pořádku, pokud se však objeví bolest v jizvě a podbřišku, nepostupující porod nebo ruptura děložní je to pro ženu i plod život ohrožující komplikace (Procházka, 2020).

1.8 Ošetřovatelská péče na JIP a oddělení šestinedělí

Žena je na jednotce intenzivní péče uložena do mírně zvýšené polohy, jsou ji na hrudník umístěny svody na měření EKG, na prstu levé ruky se měří saturace pomocí saturačního čidla a také je nastaven monitor na pravidelné měření krevní tlaku. Personál kontroluje krvácení, mění vložky a omývá rodidla. V pravidelných intervalech je sledováno a do dokumentace zaznamenáváno množství moče ve sběrném sáčku a pokud je zaveden Redonův drén, kontroluje se množství a vzhled tekutiny. Sestra aktivně sleduje celkový stav ženy, zda je při vědomí, hodnotí bolest a aplikuje vhodná analgetika dle ordinace lékaře, zkontroluje zavinování dělohy a krvácení, otoky a možné následky anestezie. Po zhruba dvou hodinách je převezena na oddělení šestinedělí (Koudelková, 2013).

Po převezení na oddělení šestinedělí porodní asistentka zajistí bilanci tekutin, provádí pravidelné měření fyziologických funkcí (TK, P, TT) a sleduje odcházení lochií. Po dvanácti hodinách žena vstává do sprchy, aby se zajistila časná mobilizace. Porodní asistentka ženu edukuje, jak vstát z lůžka a poté do něj i ulehat přes bok, tímto si žena zbytečně nenapíná břišní svaly a uleví si částečně od bolesti. Žena se v první chvíli posadí a pár minut odpočívá, poté se s pomocí postaví a přechází do sprchy, kde je jí vysvětlena hygiena jizvy a rodidel, je edukována o časté hygieně, a to po každém kojení, močení a stolici (Koudelková, 2013).

1.8.1 Péče o vyprazdňování

Pokud žena vstala bez větších problémů, porodní asistentka provede extrakci permanentního močové katetru a poučí ženu, že je nutné, aby se do 6. hodin spontánně vymočila. Poskytne ji rady a způsoby, jak tomu pomoci, jako je dostatečný pitný režim, puštění vody z kohoutku nebo močení ve sprše. Pokud se to ani tak ženě nepodaří, porodní asistentka provede jednorázové vycévkování močového měchýře a u moči hodnotí množství, barvu a příměsi. Poté opět provádí všechny alternativy, které vedou ke spontánnímu močení. Dále sleduje správnou střevní peristaltiku, se kterou mají zhruba 2. den problémy. Porodní asistentka informuje lékaře, který naordinuje například Espumisan a ženě je doporučen dostatek pohybu a cvičení (Koudelková, 2013).

1.8.2 Sledování bolesti

Jako další porodní asistentka hodnotí bolest dle stupnice VAS a podle toho poté aplikuje analgetika dle ordinace lékaře. Podání analgetik v prvních 24 hodinách po operaci probíhá intravenózně, intramuskulárně nebo pokud je zaveden epidurální katétr je možné ho využít i v tomto případě. Pacientka je edukována, že léky v krátkodobém užívání nemají vliv na dítě ani kojení (Procházka, 2020).

1.8.3 Péče o jizvu

Pro léčbu jizvy je nejdůležitější, aby byla udržována v suchu a čistotě. Proto je žena poučena, aby jizvu větrala a pečovala o ni častou hygienou. Jizva se léčí intenzivní masáží, díky které se zmenšuje a postupně přichází i znecitlivění poškozené tkáně, jizva se změkčí a uvolní možné srůsty. K takové masáži se využívá ricinový olej na přírodní bázi, který pomáhá zjizvené tkáni zregenerovat se, dále také oleje nebo krémy s přidaným vitamínem E. Je vhodné, aby se s jizvou začalo pracovat co nejdříve po terapeutické stránce, neboť císařský řez je velká břišní operace a jizva může způsobit traumata na několik dalších měsíců (Behenská, 2018).

1.8.4 Psychické změny

Mnoho žen po porodu prožívá radost a štěstí z miminka, které se jim právě narodilo, ale mohou se objevit i emoce negativní. Nejčastěji je to zapříčiněno výraznými hormonálními změnami nebo může jít o skryté psychické poruchy, které se porodem a celou situací kolem něj rozvinou, což se může projevit únavou a fyzickým vyčerpáním. Dále je velice časté, že se maminka pár dní po porodu rozpláče naprosto bez důvodu, objevuje se podrážděnost a přílišná citlivost na jednání okolí a personálu nebo naopak lhostejnost a depresivní nálada. Jedná se o stav normální a velice častý a přesně toto je vhodné mamince opakovat, aby nenabyla pocitu, že je to známka špatného vztahu k novorozenci (Čermáková, 2010).

U většiny žen poporodní deprese po několika dnech odejdou sami, a to díky komunikaci s partnerem, kterému se svěří a promluví s ním o svých pocitech. Pokud ovšem problémy přetrvávají a neustále narůstají nové, jako je porucha spánku, noční děsy a špatné přijetí miminka je důležité neodkladně vyhledat odbornou pomoc. Lékař s problémy začne

pracovat, a to například psychoterapií nebo poskytnutím antidepresiv (Čermáková, 2010, st. 137).

1.8.5 Bonding po císařském řezu

Jedná se o poporodní radost, která ovlivní budoucí vztah mezi dítětem a matkou, vytvoří spojení během prvních hodin a dnů po porodu. Novorozenec se položí na nahou kůži matce, tak aby hlavičku mělo na jejích prsou, je přikryto dekou a čistou plenou. Tento kontakt způsobí, že je miminko naprosto v klidu, nepláče a poznává vůni a chuť matky. V prvních minutách upřeně hledí matce do očí, začíná si olizovat prsty a poté směřuje k bradavce se kterou se tulí, olizuje a očichává ji. Celý tento proces se nazývá samopřísátí a je velice důležité, aby jim bylo umožněno, co největší soukromí a klid (Hanáková, 2015).

1.9 Kojení po císařském řezu

Základem úspěšného kojení je, aby první přisátí novorozence mohlo proběhnout co nejdříve, nejlépe bezprostředně po operaci, pokud to zdravotní stav umožní. Ženy bývají po operaci velice vyčerpané a rána je bolavá. Maminky jsou odloučeny od svého dítěte, prožívají strach a přicházejí obavy, kde miminko je a co se s ním děje. Tato situace je natolik stresující, že ovlivňuje budoucí tvorbu mléka. Dětská sestra má za povinnost pravidelně a často nosit novorozence na kojení, rozhodně by neměla být použita jakákoliv forma umělého mléka bez souhlasu rodičů (Hanáková, 2015).

První dny kojení mohou být pro ženu náročné, a to většinou kvůli bolesti a volbě správné polohy kvůli omezenému pohybu. Opravdu nejdůležitější je časté přikládání k prsu, nepoužívání šidítek, klást důraz na správnou techniku kojení a zajistit klid a pohodlí, aby si žena s prvním kojením nespojovala nepříjemné pocity a bolest. Pokud je vše dodrženo, tvorba mléka je srovnatelná s přirozeným porodem (Hanáková, 2015).

1.9.1 Fyziologie kojení

V průběhu těhotenství dochází ke změnám ve vývoji mléčné žlázy, a to díky vlivu progesteronu a estrogeneru. Dochází k růstu žlázových lalůčků, vývodný systém se stává mohutnější a další změnou je také větší poměr žlázové tkáně oproti tukové. Na začátku druhého trimestru se začíná tvořit a současně uvolňovat hormon prolaktin, díky kterému

se spouští mlezivo neboli colostrum. Prolaktin postupně stoupá a největší hladiny dosahuje první týden po porodu. K hodnotám před otěhotněním se vrací zhruba po třech měsících, což nemá vliv na tvorbu mléka a laktace pokračuje dále. Po porodu se produkce mléka odvíjí na frekvenci a intenzitě kojení. Dalším zásadním hormonem je oxytocin, který má za úkol uvolnit mléko do vývodného systému. V prvních dnech po porodu se podílí na rychlejšímu zavínování dělohy, díky stahům, které se dějí právě při kojení. V šestinedělí se potom stává uvolňování oxytocinu podmíněným reflexem, u které postačí pouhý pohled na dítě nebo pláč. Důležité je zmínit, že tvorbu mléka ovlivňuje mnoho faktorů, jako je například psychické rozpoložení matky nebo správná technika kojení (Slezáková, 2011).

1.9.2 Technika kojení

Pařízek (2008) definuje techniku kojení ve čtyřech bodech takto:

- A. Držení prsu – tato podmínka je důležitá hlavně pro to, aby byla dítěti nabídnuta, co největší část dvorce, pouze bradavka nestačí. Prs je uchopen prsty, které se nesmějí dotýkat dvorce, ale je zespodu podpírám. Palec je nad dvorcem a tlačí na tkáň, aby došlo k narovnání bradavky.
- B. Správná vzájemná poloha – pohodlná poloha je hlavní zásada pro správné kojení. Matka si zvolí polohu, která jí je pohodlná a vždy přikládá dítě k prsu. Mezi tělem matky a miminka by se neměla nacházet žádná překážka (zavinovačka, peřina, ruka). Brada dítěte je hluboce zabořená v prsu a obličej, břicho a kolena směřují k matčinu tělu. Hlavičky a obličej dítěte by se matka neměla zbytečně dotýkat, aby nebyl narušen ejekční reflex, pokud si ho chce přitáhnout vždy za záda. Miminko musí být vždy nasměrované tak, aby ústa a nos byly směrem k bradavce.
- C. Správná technika přísátí – na začátku je vhodné vyvolat hledací reflex, a to drážděním úst bradavkou, pokud miminko otevře ústa do široka je to jistá známka správného podráždění. Pokud je dítě ve správné poloze, může dýchat. Ke správnému přísátí je potřeba, aby byla bradavka správně vytažitelná, dvorec nebyl přeplněn mlékem a prs by neměl být oteklý. Další známky správného přísátí jsou, když se pohybují spánky a uši miminka, dolní ret je ohrnutý směrem ven a tváře by neměly být propadlé.

- D. Správná technika sání – jazyk se zformuje do pohárku a uchopí celou bradavku i s dvorcem, dásně tlačí na dvorec a bradavka se protahuje směrem dozadu a tímto tlakem je mléko posunuto k bradavce. Pohyb jazyka posouvá bradavku i dvorec na patro dítěte a postupně jsou mléčné žlázy vyprázdněny. V prvních chvílích dítě pije rychlými doušky, které poté nahradí pomalými.

1.9.3 Polohy při kojení

Dle Hanákové (2015) je vhodně zvolená poloha při kojení klíčem k úspěchu a ovlivňuje, jak dlouho bude kojení probíhat. Každé miminko s maminkou si najdou svoji polohu, která právě jim vyhovuje nejvíce v závislosti na tvaru prsu, jeho velikosti a schopnost dítěte přisát se. Hanáková popisuje následující polohy:

- Poloha na boku – tato poloha je nenáročná a vhodná pro noční kojení nebo když je žena unavená. Miminko má žena těsně přitisknuté k tělu, kdy je velice důležité, aby mezi nimi nebyla žádná překážka, například zavinovačka nebo ručička. Miminko leží pusinkou proti bradavce a žena ho jemně přidržuje za záda.
- Poloha na zádech – jedná se o polohu, kterou využívají zejména ženy po císařském řezu, neboť matka u kojení může zároveň odpočívat a jizva je v klidu. Dítě leží na matčině břichu nebo hrudníku, jedna ruka drží miminko a druhá nabízí prs tak, že všechny prsty kromě palce tvoří oporu a palec je položen nad dvorcem.
- Poloha tanečnicka – děťátko je šikmo na těle matky, kde leží na předloktí, které je vzdálenější od prsu, ze kterého saje. Prs zespodu je podpírán druhou rukou. Tato poloha je vhodná zejména pro nedonošené děti nebo při problémovém kojení.
- Boční fotbalové držení – nejvíce ho využívají ženy s velkými prsy nebo po císařském řezu. Matka si dítě položí na předloktí, které si podloží polštářem. Nožičky dítěte směřují podél matčina boku a hlavičku podpírá prsty na které se nesmí v žádném případě tlačit.

1.10 Cvičení po císařském řezu

Po císařském řezu je obvykle cvičení zahájeno do 24 hodin po porodu. První cvičení probíhá za přítomnosti fyzioterapeuta, který cviky popisuje, hlídá správnou techniku a edukuje tak, aby byla žena schopná další cvičení provádět sama nejlépe třikrát denně.

První den je optimálně zaměřen na dechové cvičení a pohyby v kloubech. Následující den se přidává aktivizace svalů pánevního dna. Třetí den se zvyšuje intenzita cviků a je vhodné, aby se žena začala přetáčet na břicho. Tato poloha je vhodná na protažení jizvy, k prevenci srůstů a ke zlepšení střevní peristaltiky. Žena je poučena, aby takto cvičila i následující dny po porodu (Procházka, 2020).

1. Vstávání z postele

Žena leží na zádech s nataženými dolními končetinami a začíná pomalu jednu nohu po druhé ohýbat v koleně a přitahovat chodidla směrem k tělu. Poté se jedním tahem přetočí na kraj postele, tento pohyb začíná od ramen. Když je žena na boku, začne si přitahovat kolena směrem k břichu a pomocí rukou si začíná sedat, nohy nechává spadnout z postele. Poté se narovná v zádech a z předklonu se začíná narovnávat. Pro zmírnění bolestí žena pomalu vydechuje při každém pohybu (Dumoulin, 2006).

2. Ulehání na lůžko

Žena si stoupne k posteli zády a s pomalým výdechem se překlání a současně se pokrčuje v kolenou. Poté se opře rukama o postel a pomalu si začíná sedat, pomalu ulehá na bok, kdy stále využívá oporu v rukou. Nohy jsou pokrčené a žena je pokládá na okraj postele. Dále žena opět použije ramena a jedním tahem se přetočí na záda. Opět je důležité dýchání (Dumoulin, 2006).

3. Dechová cvičení

Žena leží na zádech s pokrčenými koleny. Pomalu vydechuje ústy a současně vtahuje břicho, jako kdyby chtěla vytlačit vzduch z plic pomocí břišních svalů. Výdech by měl trvat tak dlouho, aby žena cítila práci břišních svalů, a to konkrétně stažením podbřišku. K nádechu dojde přirozeně samo. Toto cvičení žena opakuje desetkrát, každé 2-3 hodiny (Dumoulin, 2006).

4. Kroužení

Po císařském řezu žena tráví mnoho hodin upoutaná na lůžku, proto je důležité začít s cvičením hned první den po porodu. Kroužení zajistí zmenšení otoku a pomáhá k aktivaci krevního oběhu (Dumoulin, 2006).

Kroužení kotníky a zápěstím žena provádí v poloze na zádech, kdy jsou nohy nebo ruce výš, než je srdce. Pokud krouží v kotníkách, zároveň u toho pohybuje prsty. Když žena krouží v zápěstí, střídavě u toho zavírá a otvírá pěst. Tato cvičení probíhají 2 minuty a žena je opakuje v intervalu 2 až 3 hodin (Dumoulin, 2006).

5. Cvičení na pánevní dno

Svaly pánevního dna mají velkou úlohu při udržení moči, podporují močový měchýř a dělohu, vyprazdňování a střevní peristaltice. Toto cvičení má po porodu tedy největší roli při předcházení nebo řešení inkontinence. Další výhoda je zlepšení sexuálního života ženy i partnera. S cvičením je vhodné začít dva týdny po porodu nebo v době, kdy žena nebude cítit bolest v oblasti pánevních svalů (Dumoulin, 2006).

Jako příklad uvádím cvičení nazvané maximální kontrakce, kdy žena leží na zádech a provádí břišní cvičení. Zatahuje břicho a s tím i svaly pánevního dna, přitom vydechuje ústy. Tento stav žena vydrží 5 vteřin a poté opakuje tři rychlé vtažení. Žena myslí na to, aby uvolnila ostatní svaly, zejména vnitřní svaly stehien a svaly hýžděové. Tento cvik se provádí ve třech sériích, kdy po každé přijde minuta odpočinku. Cvik je vhodné provádět jednou až dvakrát za den, po dobu pěti dní (Dumoulin, 2006).

6. Cviky k povzbuzení břišní peristaltiky

Břišní dýchání a pohyby nohama do stran má za hlavní cíl uvolnění břišních plynů, které se po operaci hromadí ve střevech. Žena se cítí nafouklá a může pociťovat nepříjemné až bolestivé pocity. Toto cvičení uvolňuje obě strany břicha. Provádí se v leže na zádech s pokrčenými koleny. Žena vydechuje ústy a zároveň stahuje břicho. U tohoto střídavě pokládá nohy na levou a pravou stranu. Cvičení je vhodné opakovat pětkrát na každou stranu každé 2 hodiny (Dumoulin, 2006).

2 Výzkumná část

2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cílem bakalářské práce je zhodnotit specifickou péči o ženy po císařském řezu v období raného šestinedělí. Z cíle práce vyplývají následující výzkumné otázky.

V1: Jak žena vnímá císařský řez po psychické stránce?

V2: Jak bylo pro ženy náročné kojení v raném šestinedělí?

V3: Jak žena vnímá bolest operační rány?

2.2 Metodika výzkumu práce

Pro výzkumnou část bakalářské práce byl použit kvantitativní výzkum pomocí dotazníkového šetření. Dotazník obsahoval 15 otázek a byl distribuován v tištěné podobě v nemocničním zařízení. Dotazník se skládá z pěti polouzavřených a z deseti uzavřených otázek. Viz. Příloha č. 1

2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí

Vzorek respondentů tvořily pouze ženy, které byly po císařském řezu a nacházely se na oddělení šestinedělí.

Výzkum probíhal v nemocničním zařízení v Nemocnici Havlíčkův Brod, konkrétně na oddělení šestinedělí. Dotazníky byly rozdány v průběhu mé praxe. Celkem jsem posbírala 130 dotazníků. Některé nebyly vyplněny správně, proto bylo pro dotazníkové šetření použito celkem 108 dotazníků.

2.4 Průběh a popis výzkumu

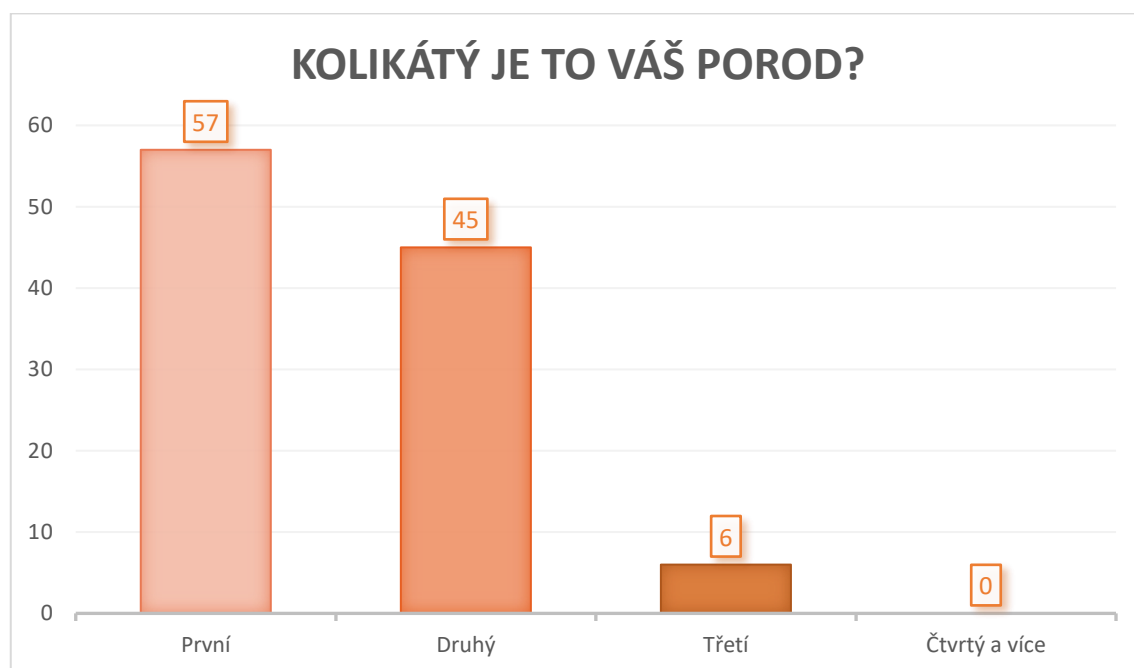
Výzkumné šetření probíhalo zcela anonymně a dobrovolně pomocí tištěných dotazníků, sestavených pro tuto bakalářskou práci. Dotazník se skládal z patnácti otázek a je přiložen v mé bakalářské práci viz. Příloha č. 1. Výzkum probíhal od ledna 2021 do dubna téhož roku.

2.5 Zpracování získaných dat

Získaná data z dotazníkového šetření jsem přepsala do programu Microsoft Excel, který jsem si vybrala pro jednodušší zpracování takového množství dat. Výsledky jsem následně zpracovala do grafů pro přehlednější orientaci v datech.

2.6 Výsledky dotazníkového šetření

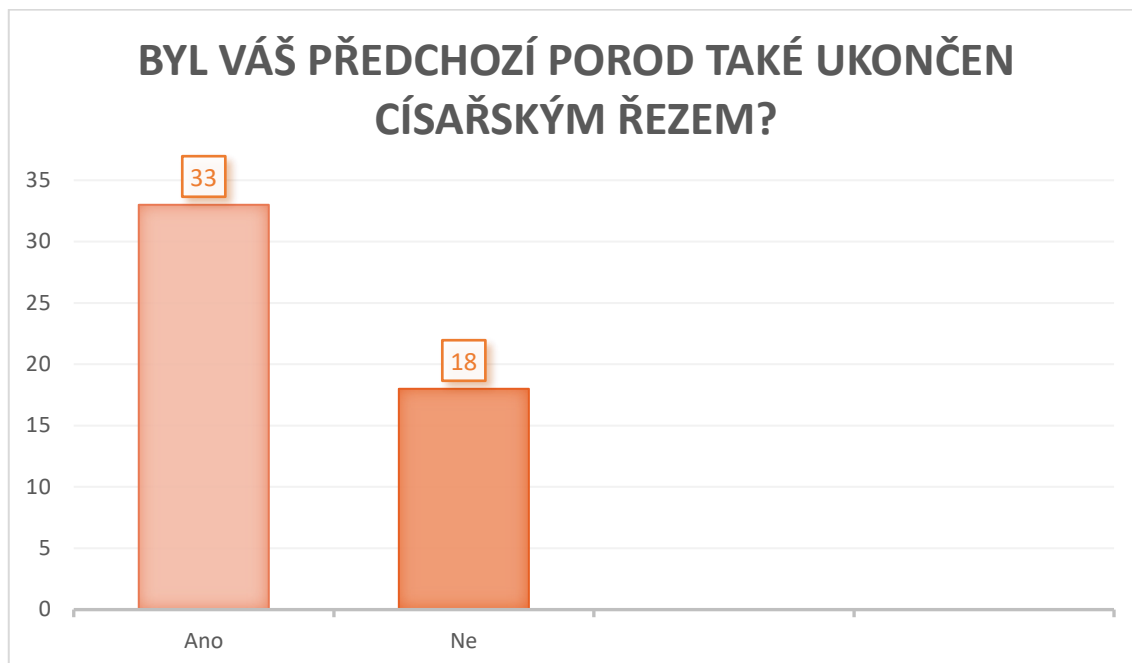
Otázka č. 1: Kolikátý je to Váš porod?



Graf 1: Parita žen

Na prvním grafu je znázorněno, po kolikáté ženy rodily. Největší zastoupení dotazovaných žen rodilo poprvé, a to celkem 57 (53 %). 45 (42 %) respondentů rodilo po druhé. Pouze 6 (5 %) žen uvedlo, že rodily po třetí. Poslední možnost odpovědi a to, že se jedná o čtvrtý porod nebo více ne zvolil nikdo.

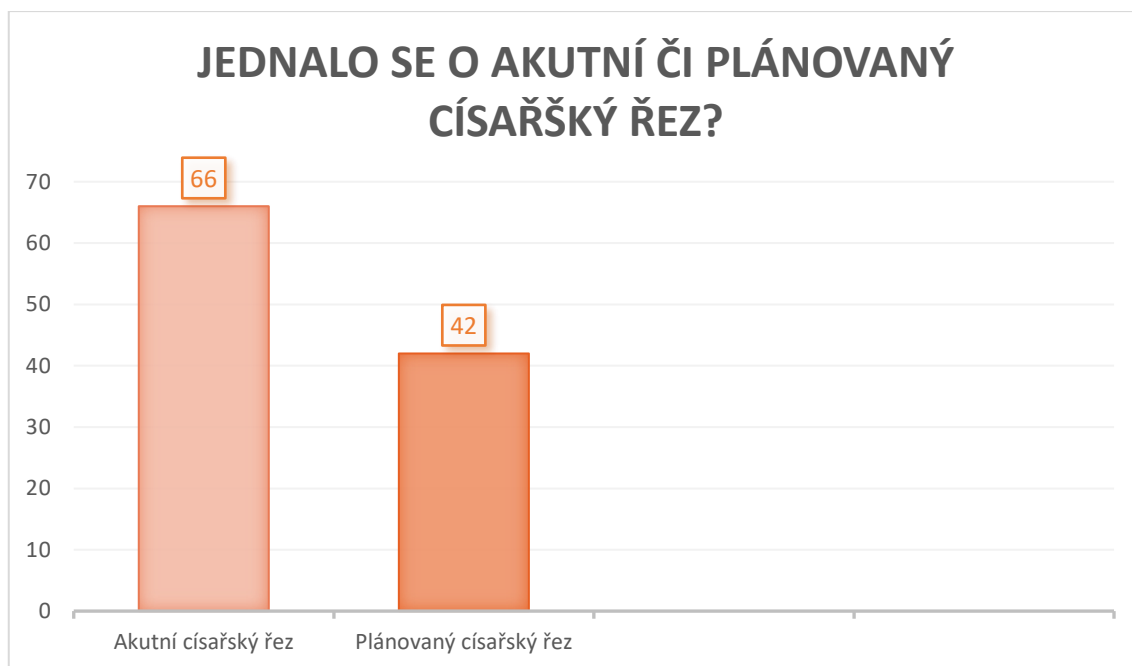
Otázka č. 2: Byl Váš předchozí porod také ukončen císařským řezem? (Odpovídejte pouze pokud jste již v minulosti rodila)



Graf 2: Způsob vedení předchozího porodu

Na otázku, zda u respondentek, které již v minulosti rodily císařským řezem byl proveden opakovaně nejvíce odpovědí získala možnost, že ano. Tuto odpověď zvolilo 33 (65 %) respondentů. Možnost ne využilo celkem 18 (35 %) respondentů.

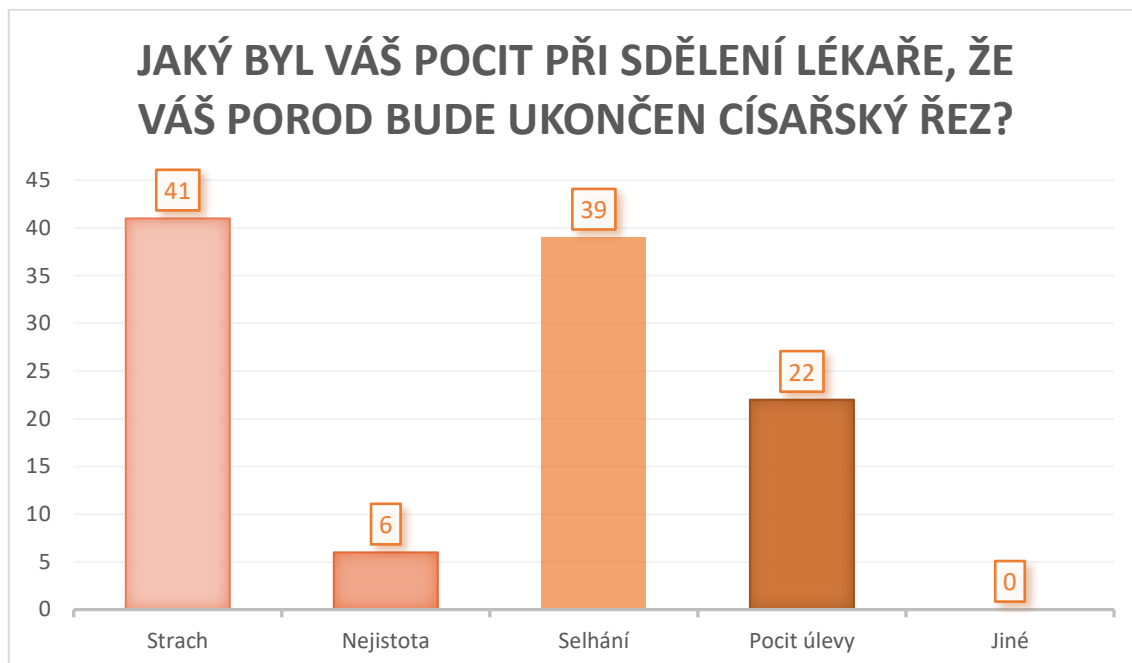
Otázka č. 3: Jednalo se o akutní či plánovaný císařský řez?



Graf 3: Typ císařského řezu

Tento graf znázorňuje odpovědi na otázku, zda se jednalo o plánovaný či akutní císařský řez. Zde měli respondenti na výběr pouze ze dvou možností. Celkem 66 (61 %) respondentů zvolilo první možnost, tedy že se jednalo o akutní císařský řez. Možnost plánovaného císařského řezu zvolilo celkem 42 (39 %) respondentů.

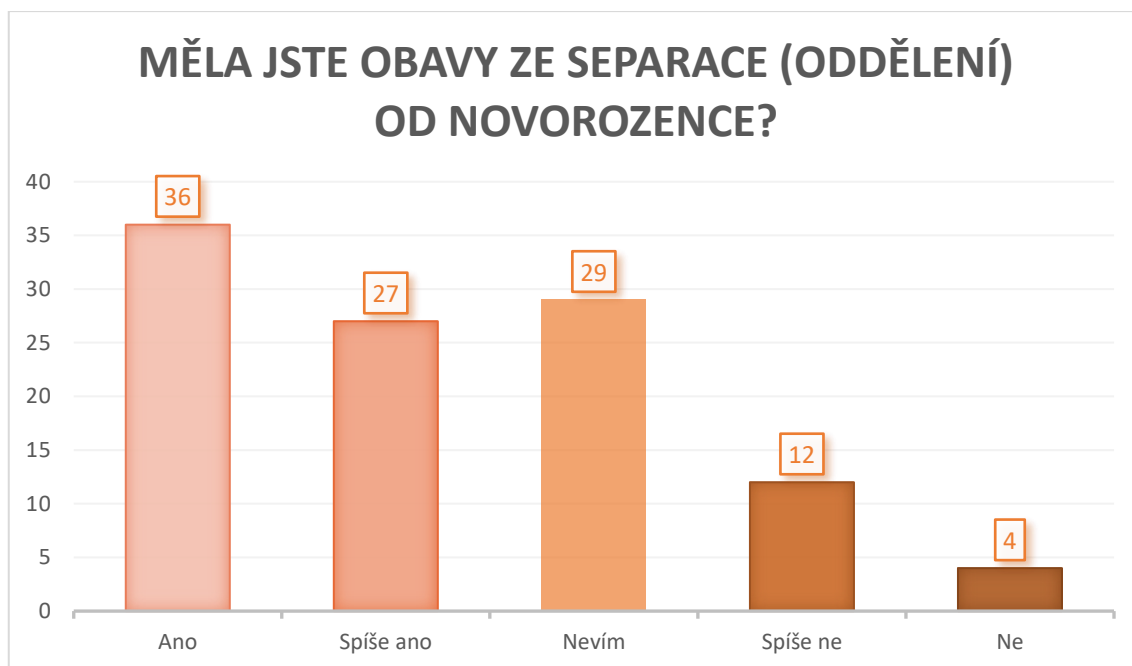
Otázka č. 4: Jaký byl Váš pocit při sdělení lékaře, že Váš porod bude ukončen císařským řezem?



Graf 4: Psychické vnímání

Z tohoto grafu lze vyčíst, že nejčastější pocit při zjištění, že porod bude ukončen císařským řezem byl pocit selhání, tuto odpověď zvolilo celkem 41 (38 %) respondentek. Druhá nejčastější odpověď byla pocit strachu. Takto odpovědělo celkem 39 (36 %) žen. Možnost pocit úlevy zvolilo 22 (20 %) respondentů. Celkem 6 (6 %) respondentů odpovědělo, že cítili pocit nejistoty. Volnou odpověď nevyužil nikdo.

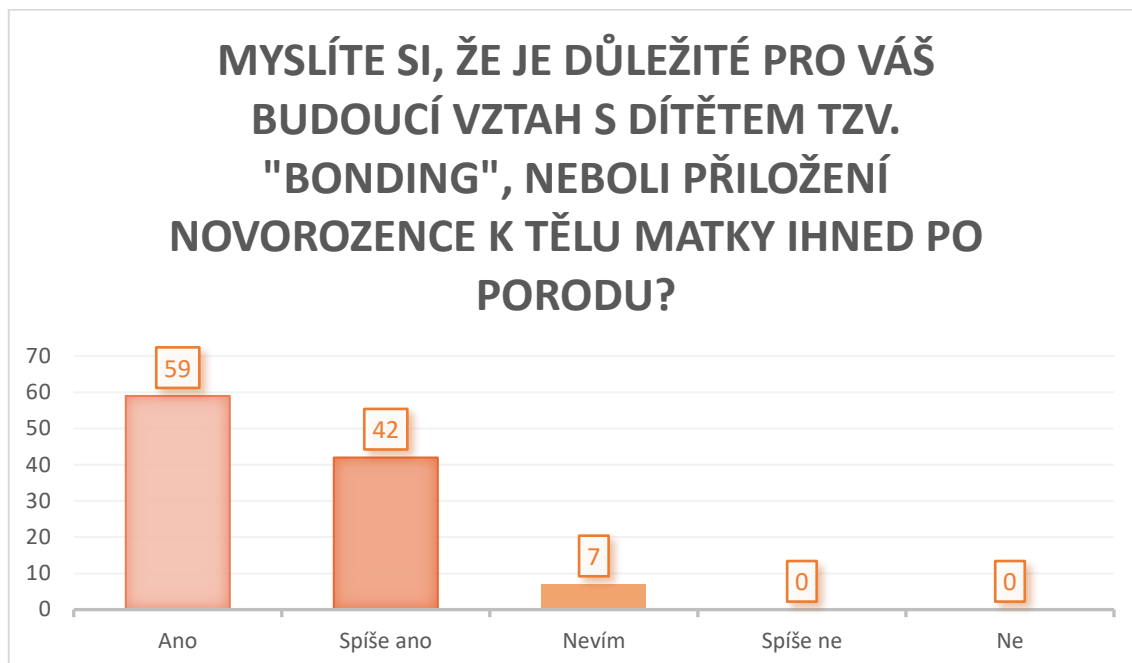
Otázka č. 5: Měla jste obavy ze separace (oddělení) od novorozence?



Graf 5: Separace

Z dalšího grafu lze vyčíst, že 36 (33 %) respondentů mělo obavy se separace od novorozence. Celkem 27 (25 %) respondentů zvolilo možnost spíše ano. Na možnost nevím odpovědělo 29 (27 %) respondentů. Odpověď, že spíše ne využilo 12 (11 %) respondentů. Jako nejméně zvolená odpověď byla, že ne 4 (4 %), že respondenti neměli žádné obavy z oddělení od miminka.

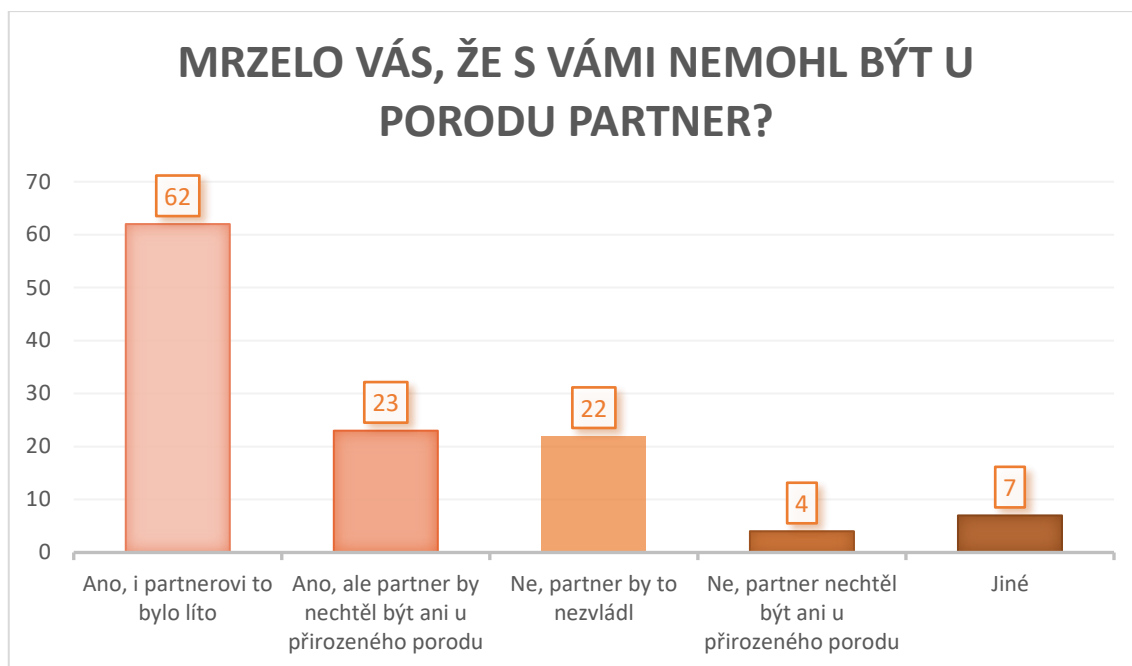
Otázka č. 6: Myslíte si, že je důležité pro Váš budoucí vztah s dítětem tzv. „bonding“, neboli přiložení novorozence k tělu matky ihned po porodu?



Graf 6: Bonding

Na otázku, zda je pro respondenty důležitý bonding, neboli přiložení novorozence ihned k tělu matky nejvíce odpovědí získala možnost, že ano. Takto odpovědělo celkem 59 (55 %) žen. Možnost spíše ano využilo celkem 42 (39 %) respondentů. Odpověď nevím zvolilo pouze 7 (6 %) žen. Odpověď spíše ne a ne nezvolil žádný respondent.

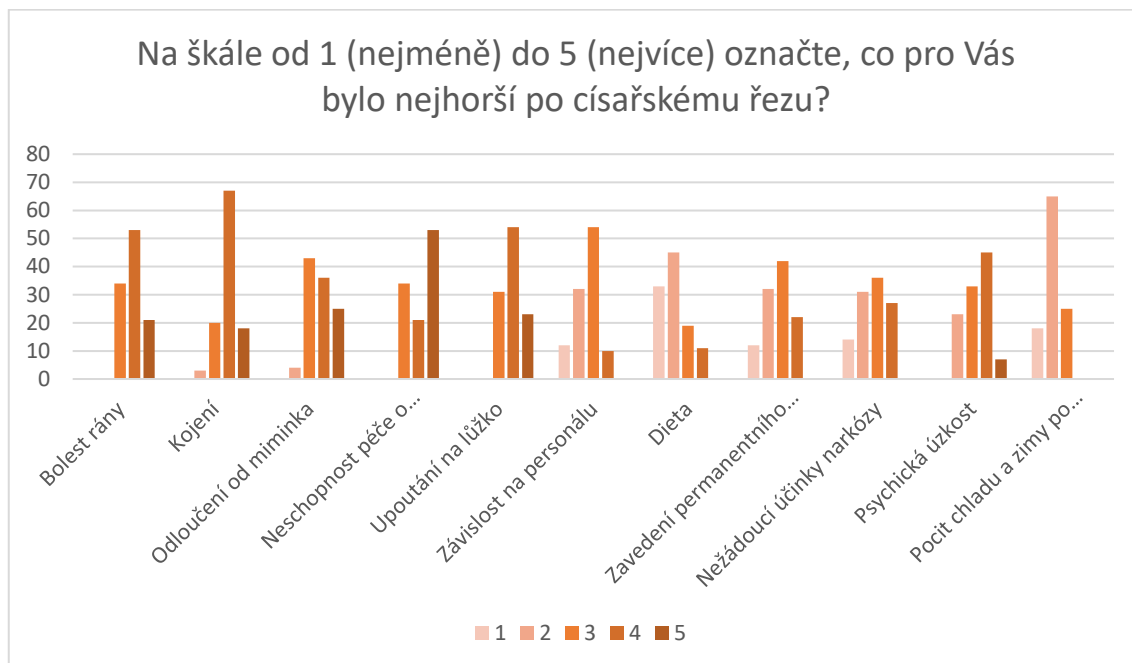
Otázka č. 7: Mrzelo Vás, že s Vámi nemohl být u porodu partner?



Graf 7: Přítomnost partnera u operace

Tento graf znázorňuje odpovědi na otázku, zda ženy mrzelo, že s nimi nemohl být partner u porodu. Nejvíce respondentů zvolilo odpověď, že ano, že to bylo líto i partnerovi a to celkem 62 (53 %). Druhá nejčastější odpověď byla, že ano, ale že jejich partner nechtěl být ani u přirozeného porodu. Celkem na tuto možnost odpovědělo 23 (19 %) respondentů. Jako další možnost respondenti zvolili, že jim to líto nebylo, protože by to partner nezvládl. Celkem tuto možnost zvolilo 22 (19 %) respondentů. Jako druhou nejméně zvolenou odpovědí byla možnost jiné odpovědi. Takto odpovědělo celkem 7 (6 %) respondentů. Jako nejméně zvolená odpověď byla, že to ženám nebylo líto, protože partner nechtěl být ani u přirozeného porodu. Tuto možnost využili celkem 4 (3 %) respondenti.

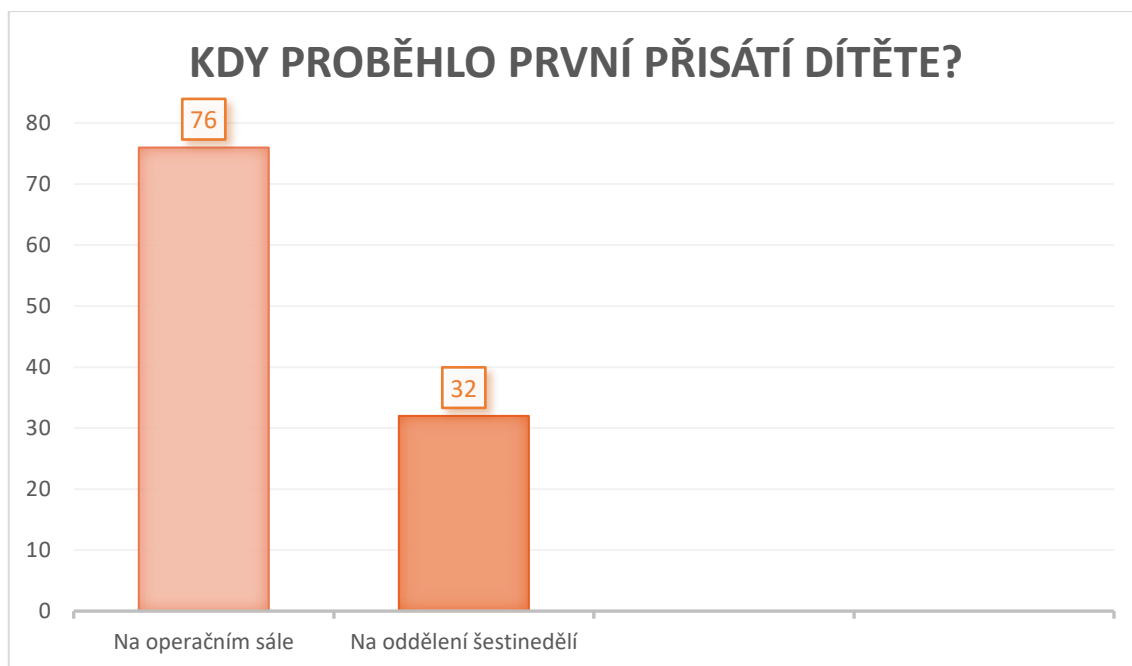
Otázka č. 8: Na škále od 1 (nejméně) do 5 (nejvíce) označte, co pro Vás bylo nejhorší po císařském řezu?



Graf 8: Hodnocení komplikací

Z následujícího grafu vyplývá, že bolest rány respondenti nejčastěji označovali na škále 4 a to celkem 53 (57 %) respondentů. Oblast kojení zvolilo nejvíce respondentů na škále 3. Takto odpovědělo celkem 67 (72 %) žen. Odloučení od miminka bylo hodnoceno na škále 3, celkem tuto odpověď vybralo 43 (46 %) žen. Neschopnost péče o miminko zhodnotilo nejvíce žen na škále 5 a to celkem 53 (57 %). Upoutání na lůžko bylo hodnoceno na škále 4. Tuto odpověď vybralo celkem 54 (58 %) respondentů. Závislost na personálu označilo nejvíce žen na škále 3 a to celkem 54 (58 %). Dieta byla nejčastěji hodnocena na škále 2. Takto odpovědělo 45 (49 %) žen. Zavedení permanentního močového katetru hodnotilo nejvíce žen na škále 3. Tuto odpověď vybralo 42 (45 %) respondentů. Nežádoucí účinky narkózy byly označeny na škále 3. Takto odpovědělo celkem 36 (39 %) žen. Psychická úzkost byla hodnocena nejvíce na škále 4, takto odpovědělo celkem 45 (49 %) respondentů. Celkem 65 (70 %) respondentů zhodnotilo pocit chladu a zimy na škále 2.

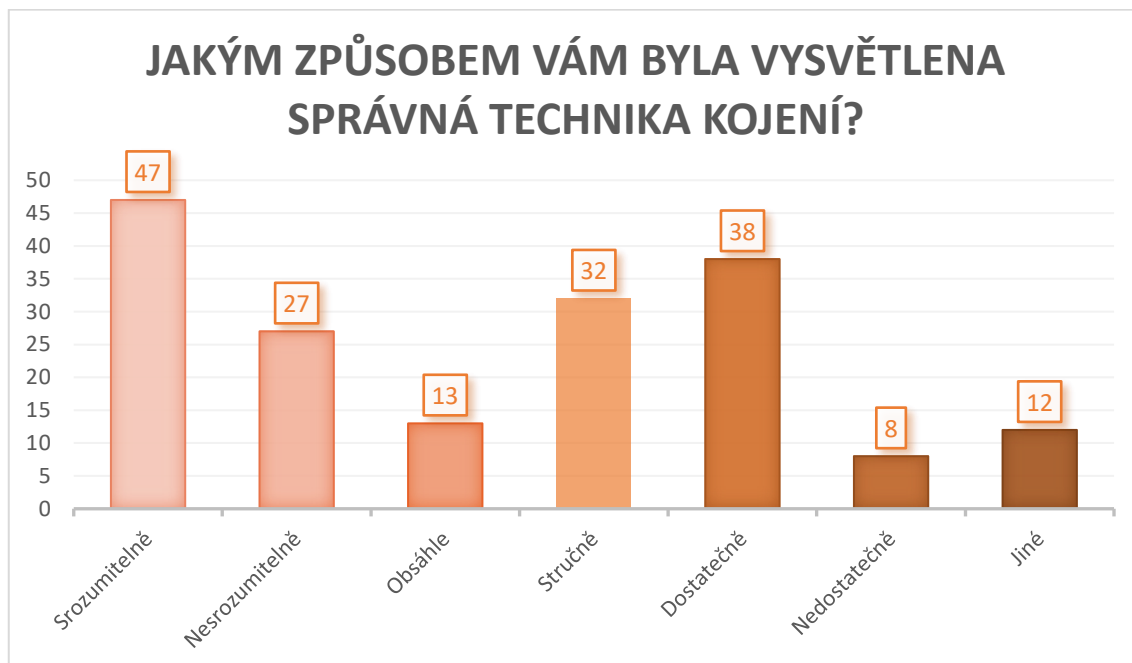
Otázka č. 9: Kdy proběhlo první přisátí dítěte?



Graf 9: První přiložení miminka

Tento graf znázorňuje odpovědi na otázku, kdy proběhlo první přisátí dítěte. Zde měli respondenti na výběr pouze ze dvou možností, a to na operačním sále nebo na oddělení šestinedělí. Celkem 76 (70 %) respondentů zvolilo první možnost, tedy na operačním sále. Možnost, že k prvnímu přiložení došlo až na oddělení šestinedělí zvolilo 32 (30 %) respondentů.

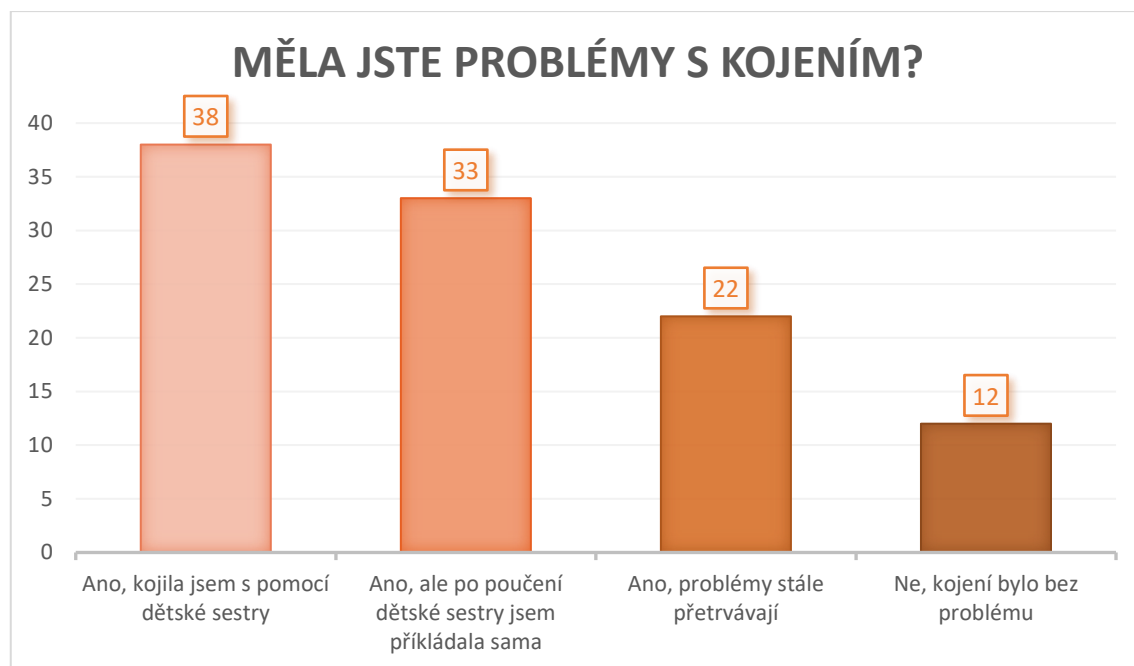
Otázka č. 10: Jakým způsobem Vám byla vysvětlena správná technika kojení? (Můžete označit i více možností)



Graf 10: Edukace kojení

V této otázce mohly ženy zvolit více odpovědí. Ze 177 odpovědí respondenti nejvíce volili možnost, že jim kojení bylo vysvětleno srozumitelně. Takto odpovědělo celkem 47 (27 %) respondentů. Druhá nejčastěji zvolená odpověď byla, že jim kojení bylo vysvětleno dostatečně. Tuto odpověď zvolilo celkem 38 (21 %) respondentů. Odpověď, že edukace proběhla stručně zvolilo celkem 32 (18 %) respondentů. 27 (15 %) respondentů uvedlo, že jim kojení bylo vysvětleno nesrozumitelně. Oproti tomu pouze 13 (7 %) respondentů vybralo odpověď, že edukace byla obsáhlá. Jako druhá nejméně zvolená odpověď byla možnost jiné odpovědi. 12 (7 %) respondentů, kteří využili tuto možnost nejčastěji uváděli, že dětské sestry byly trpělivé a ke kojení přistupovaly velice empaticky a trávily s nimi spoustu času. Nejméně zvolená odpověď byla, že jim kojení bylo vysvětleno nedostatečně. Takto odpovědělo celkem 8 (5 %) respondentů.

Otázka č. 11: Měla jste problémy s kojením?



Graf 11: Problémy s kojením

Z dalšího grafu lze vyčíst, že 38 (35 %) respondentů mělo během raného šestinedělí problémy s kojením a přikládali s pomocí dětské sestry. Celkem 33 (31 %) respondentů odpovědělo ano, ale že po poučení dětské sestry přikládali sami. Možnost ano, problémy stále přetrvávají odpovědělo celkem 22 (20 %) respondentů. Naopak 12 (11 %) respondentů odpovědělo, že kojení bylo bez problému. Možnost jiné odpovědi využili pouze 3 respondenti (3 %), ti nejvíce odpovídali, že se jim kojení nedařilo, a proto nyní nekojí vůbec.

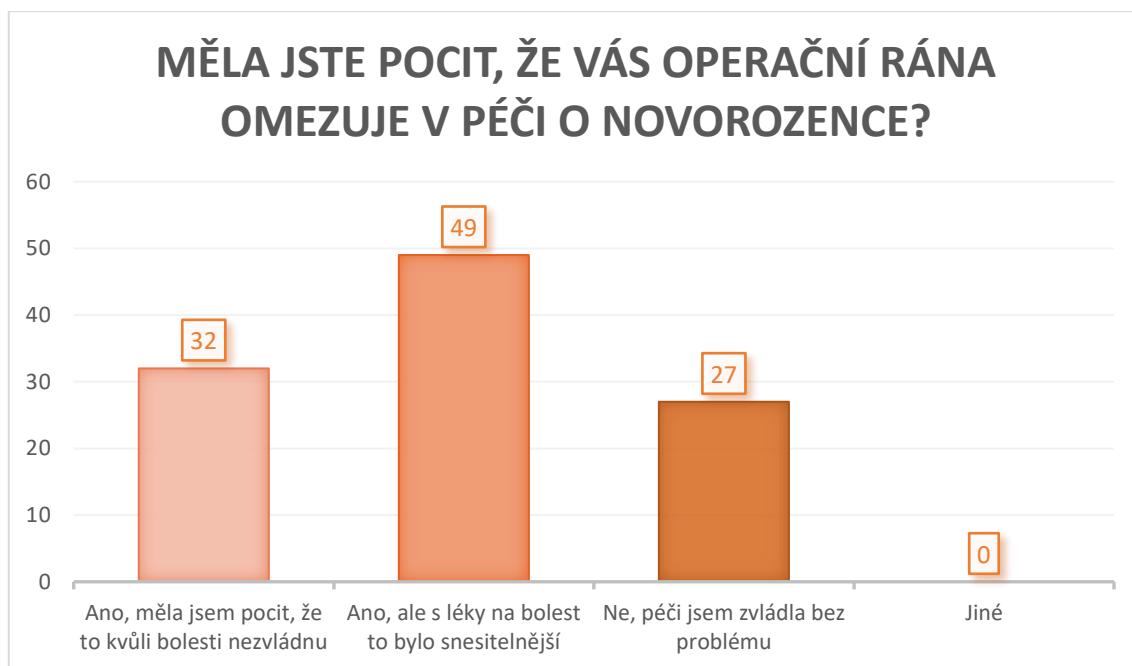
Otázka č. 12: Využívala jste možnost podání léků na bolest?



Graf 12: Analgetika

Na otázku, zda respondenti využívali možnost podání léků na bolest, nejvíce odpovědi získala možnost, že spíše ano. Takto celkem odpovědělo 46 (43 %) respondentů. Možnost ano, využilo celkem 39 (36 %) respondentů. Odpověď spíše ne využilo celkem 23 (21 %) respondentů. Možnost nevím a spíše ne nezvolil žádný respondent.

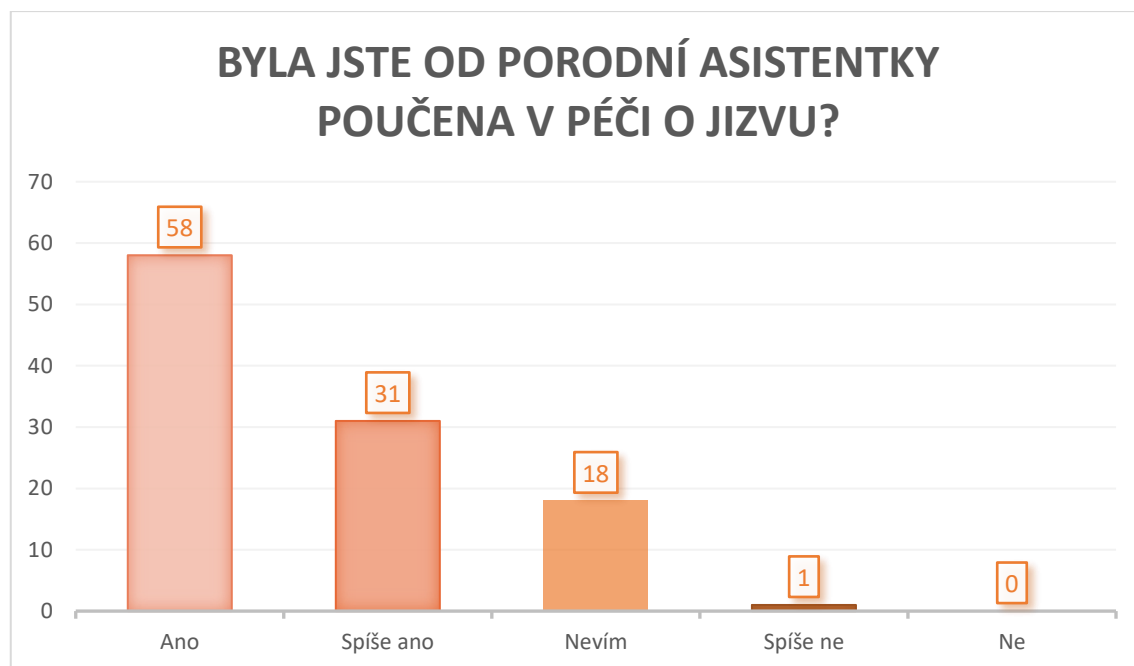
Otázka č. 13: Měla jste pocit, že Vás operační rána omezuje v péči o novorozence?



Graf 13: Péče o miminko

Tento graf zobrazuje odpovědi na otázku, zda respondenty omezovala operační rána v péči o novorozence. Nejvíce respondentů uvedlo, že ano, ale s léky na bolest to bylo snesitelnější a to celkem 49 (45 %). Jako druhou nejčastější odpovědí byla možnost ano, měla jsem pocit, že to kvůli bolesti nezvládnu. Takto odpovědělo celkem 32 (30 %) respondentů. Nejméně odpovědí získala možnost ne, péči jsem zvládla bez problému a to celkem 27 (25 %) respondentů. Možnost volné odpovědi nikdo nevyužil.

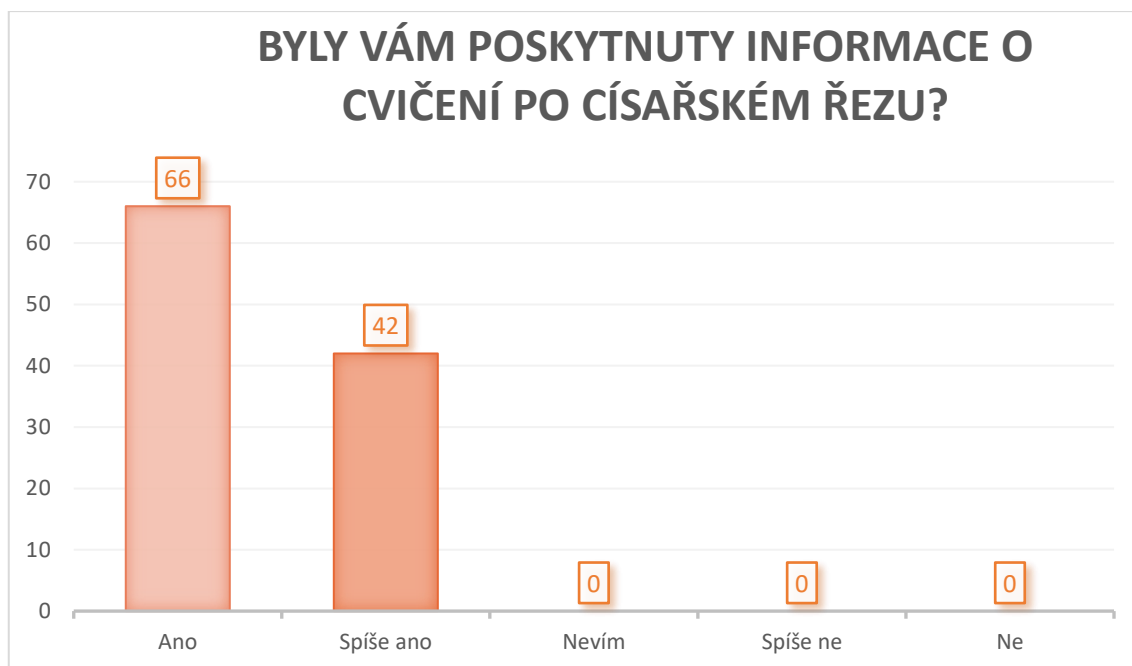
Otázka č. 14: Byla jste od porodní asistentky poučena v péči o jizvu?



Graf 14: Péče o jizvu

Předposlední graf zobrazuje odpovědi na otázku, zda byly respondentky poučeny v péči o jizvu. Nejvíce respondentů odpovědělo, že ano 58 (54 %). Dále volilo možnost, že spíše ano a to celkem 31 (29 %) respondentů. Na možnost nevím odpovědělo celkem 18 (16 %) respondentů. Odpověď spíše ne, zvolil pouze 1 (1 %) respondent a možnost ne nevyužil nikdo.

Otázka č. 15: Byly Vám poskytnuty informace o cvičení po císařském řezu?



Graf 15: Rehabilitace

Poslední graf zobrazuje odpovědi na otázku, zda byly respondentům poskytnuty informace o cvičení po císařském řezu. Nejvíce respondentů zvolilo první možnost, tedy ano. Takto odpovědělo celkem 66 (61 %) respondentů. Jako druhou možnost nejčastější odpověď zvolili respondenti, že spíše ano. Tuto možnost vybralo 42 (39 %) respondentů. Možnosti nevím, spíše ne, ne nezvolil žádný z respondentů.

2.7 Vyhodnocení výzkumných otázek

Výzkumná otázka č. 1: Jak žena vnímá císařský řez po psychické stránce?

Otázka č. 4: Jaký byl Váš pocit při sdělení, že porod bude ukončen císařským řezem?

Strach	39	36 %
Nejistota	6	6 %
Selhání	41	38 %
Pocit úlevy	22	20 %
Jiné	0	0 %

Tabulka 1: Pocit ženy

Otázka č. 7: Mrzelo Vás, že s Vámi nemohl být u porodu partner?

Ano, i partnerovi to bylo líto	62	53 %
Ano, ale partner by nechtěl být ani u přirozeného porodu	23	19 %
Ne, partner by to nezvládl	22	19 %
Ne, partner nechtěl být ani u přirozeného porodu	4	3 %
Jiné	7	6 %

Tabulka 2: Přítomnost otce u porodu

K výzkumné otázce č. 1, která se zabývala psychikou ženy po císařském řezu, se vztahují otázky z dotazníku č. 4, 5, 7 a 8. Tyto otázky se zaměřovaly na první pocit při zjištění, že porod proběhne císařským řezem, na obavy ze separace po operaci, na nepřítomnost partnera či manžela na operačním sále a také na úzkosti, které mohou při císařských řezech nastat. Z otázky č. 4 vyplývá, že nejvíce žen mělo pocit selhání a to celkem 38 %.

36 % žen mělo pocit strachu a pocit nejistoty mělo celkem 6 % žen. Naopak pocit úlevy zažívalo celkem 20 % žen. Na volnou možnost odpovědi žádná z žen neodpověděla.

Výzkumná otázka č. 2: Jak bylo pro ženy náročné kojení v raném šestinedělí?

Otázka č. 10: Jakým způsobem vám byla vysvětlena správná technika kojení?		
Srozumitelně	29	27 %
Nesrozumitelně	15	14 %
Obsáhle	10	9 %
Stručně	18	17 %
Dostatečně	23	21 %
Nedostatečně	4	4 %
Jiné	9	8 %

Tabulka 3: Edukace kojení

Otázka č. 11: Měla jste problémy s kojením?		
Ano, kojila jsem s pomocí dětské sestry	38	35 %
Ano, ale po poučení dětské sestry jsem přikládala sama	33	31 %
Ano, problémy stále přetrvávají	22	20 %
Ne, kojení bylo bez problému	12	11 %
Jiné	3	3 %

Tabulka 4: Komplikace při kojení

K výzkumné otázce číslo 2, kde jsem zjišťovala, jak bylo pro rodičku náročné kojení v prvních dnech po operaci, se vztahují otázky 6, 9, 10 a 11. Otázky se týkaly prvního přisátí dítěte, poučení o správné technice kojení a zejména pak pocitu bolesti při kojení.

Z otázky č. 11 vyplývá, že 35 % žen mělo problémy a kojily s pomocí dětské sestry, 31 % žen mělo také problémy, ale po poučení dětské sestry přikládaly samy a u 20 % žen problémy stále přetrvávají. U 11 % žen kojení proběhlo bez problému a 3 % žen nekojí vůbec.

Výzkumná otázka č. 3: Jak žena vnímá bolest operační rány?

Otázka č. 12: Využívala jste možnost podání léků na bolest?

Ano	39	36 %
Spíše ano	46	43 %
Nevím	0	0 %
Spíše ne	23	21 %
Ne	0	0 %

Tabulka 5: Analgetika po císařském řezu

Otázka č. 13: Měla jste pocit, že Vás operační rána omezuje v péči o novorozence?

Ano, měla jsem pocit, že kvůli bolesti to nezvládnou	32	30 %
Ano, ale s léky na bolest to bylo snesitelnější	49	45 %
Ne, péči jsem zvládla bez problému	27	25 %
Jiné	0	0 %

Tabulka 6: Bolest rány

Ve výzkumné otázce č. 3 mě zajímalo, jak žena vnímá bolest operační rány po císařském řezu. K výzkumné otázce se vztahují otázky z dotazníku číslo 8, 12 a 13, kde jsem zjišťovala, zda ženy využily možnost léků na bolest, jak celkově hodnotily bolest rány a také jak je bolest operační rány omezovala v péči o miminko. Z otázky č. 13

vyplývá, že 30 % měly pocit, že kvůli bolesti péči nezvládnou, 45 % žen uvedlo, že s léky na bolest byla péče snadnější a 25 % žen zvládlo péči bez problému. Možnost volné odpovědi zde nevyužila žádná respondentka.

3 Diskuze

Ve výzkumné části byl stanoven jeden cíl a tři výzkumné otázky. Cílem bakalářské práce bylo zhodnotit specifickou péči o ženy po císařském řezu v raném šestinedělí. Dále jak byl císařský řez náročný po psychické stránce ženy. Zda se u respondentek objevovaly problémy spojené s kojením v raném šestinedělí. V neposlední řadě bylo zjišťováno vnímání bolesti u žen po císařském řezu.

Výzkumná otázka č. 1: Jak žena vnímá císařský řez po psychické stránce?

K výzkumné otázce se vztahují dotazníkové otázky: *Jaký byl Váš pocit při sdělení lékaře, že Váš porod bude ukončen císařským řezem? Měla jste obavy ze separace (oddělení) od novorozence? Mrzelo Vás, že s Vámi nemohl být u porodu partner? Co pro Vás bylo nejhorší po císařském řezu?*

V tabulce č. 1 jsou zmapována data ze kterých vyplývá, že strach pocíťovalo 36 % žen, pocit nejistoty 6 %, pocit selhání 38 % a pocit úlevy 20 % žen. Dle Weisové (2018, s. 89), která se ve svém výzkumu také zabývala psychickou stránkou ženy po císařském řezu uvádí, že nejtěžší psychickou zátěží je pro ně pocit selhání: *„Ženy mají pocit, že pokud neprošly vaginálním porodem, o dítě se nijak nezasloužily“*. Během své praxe jsem měla možnost si tuto situaci několikrát ověřit, kdy ženy potřebovaly mnohem větší empatii a péči ze strany porodních asistentek.

Obavy ze separace mělo 33 % respondentů. Celkem 25 % respondentů zvolilo možnost spíše ano. Na možnost nevím odpovědělo 27 % respondentů. Odpověď, že spíše ne využilo 11 % respondentů. Jako nejméně zvolená odpověď byla, že ne 4 %, že respondenti neměli žádné obavy z oddělení od miminka. Dle Takács a kol. (2011) 78 % rodiček uvedlo, že byly od svých dětí po porodu separovány, přičemž 44 % rodiček zmínilo separaci delší než 4 hodiny. Ve 26 % případů dostávali novorozenci náhražky sání a téměř 27 % žen uvedlo, že jim byly jejich děti během separace donášeny ke kojení nikoliv podle jejich potřeb, nýbrž podle pravidelných intervalů stanovených personálem porodnice.

Výzkumná otázka č. 2: Jak bylo pro ženy náročné kojení v raném šestinedělí?

K výzkumné otázce číslo 2 se vztahují dotazníkové otázky: *Myslíte si, že je důležité pro Váš budoucí vztah s dítětem tzv. bonding, neboli přiložení novorozence k tělu matky ihned po porodu? Kdy proběhlo první přisátí dítěte? Jakým způsobem Vám byla vysvětlena správná technika kojení? Měla jste problémy s kojením?*

V tabulce č. 4 jsou zobrazena data, ze kterých vyplývá, že 35 % žen mělo problémy a kojily s pomocí dětské sestry, 31 % žen mělo také problémy, ale po poučení dětské sestry přikládaly samy a u 20 % žen problémy stále přetrvávají. U 11 % žen kojení proběhlo bez problému a 3 % žen nekojí vůbec. Dle výzkumu Kovářové (2017) celkem 5 ze 7 respondentek uvedlo, že měly problémy s kojením a jedna respondentka své dítě vůbec nekojila. Z celkového počtu respondentek, 3 ženy uvedly, že si nevěděly rady s kojením a pomoci od dětských sester se jim nedostalo. Výsledky tohoto výzkumu se s mými zjištěnými daty neshodují. Naopak pomoc dětských sester byla využita u více než poloviny respondentek.

První přisátí dítěte proběhlo u většiny respondentek na operačním sále, a to celkem u 70 % žen. U zbývajících 30 % žen proběhlo první přisátí až na oddělení šestinedělí. Dle výzkumu Kiliánové (2017) proběhlo u 60 % žen první přisátí po déle než třech hodinách a u 47 % bylo první přisátí úspěšné. Toto zjištění pro mě bylo překvapivé, jelikož během své praxe a z vlastního provedeného výzkumu jsem se setkala s tendencí přikládat miminko ihned na operačním sále, což předchází mnoha problémům spojené s kojením.

Výzkumná otázka č. 3: Jak žena vnímá bolest operační rány?

K výzkumné otázce č. 3 se vztahují dotazníkové otázky: *Co pro Vás bylo nejhorší po císařském řezu? Využívala jste možnost podání léku na bolest? Měla jste pocit, že Vás operační rána omezuje v péči o novorozence?* V tabulce č. 6 jsou zobrazeny data, ze kterých vyplývá, že 30 % respondentek měly pocit, že kvůli bolesti péči o miminko nezvládnou, 45 % žen uvedlo, že s léky na bolest byla péče snadnější a 25 % žen zvládlo péči bez problému. Možnost volné odpovědi zde nevyužila žádná respondentka. Dle výzkumu Nováčkové (2018) vyplývá, že 38,62 % žen cítily bolest intenzivně, 23,45 % žen cítily bolest, která byla nepříjemná a 17,93 % žen hodnotilo bolest jako krutou.

Celkem 7,59 % vnímalo bolest až nesnesitelně. Mírnou bolest uvedlo 11,72 % a žádnou bolest 0,69 % respondentek. Naše výsledky se téměř shodují. Nejvíce žen uvedlo, že se jednalo o bolest intenzivní, ale s léky na tlumení bolesti byla snesitelnější.

4 Návrh a doporučení pro praxi

Z výsledků bakalářské práce je patrné, že ženy po operaci cítí pocit selhání, mají úzkostné stavy a rané šestinedělí je pro ně po psychické stránce velice náročným obdobím. V práci porodní asistentky je důležité se ženou komunikovat, vysvětlovat kvalitními informacemi a také ženu podpořit, pokud bude mít dojem, že je její chyba, že nedokázala přivést své miminko na svět přirozenou cestou a že jako žena selhala. Ženám v některých situacích chybí od zdravotníků trpělivost a empatie, což se na pracovištích může objevovat z důvodu nedostatku personálu a příliš mnoho práce na jednu porodní asistentku.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že se většina žen setkala s dostatečnou podporou při kojení a bonding jim byl poskytnut ihned na operačním sále. Tento výsledek mě mile překvapil, jelikož pro maminku po císařském řezu není nic lepšího, než těsný kontakt skin-to-skin se svým miminkem. Později na oddělení šestinedělí, kdy je žena upoutána na lůžko a má stále omezený pohyb, je důležitá podpora ze strany sestry, která pomůže přiložit miminko, bude trpělivá a ochotně provede edukaci o správných technikách kojení a nejvhodnějších polohách při kojení, které nebudou pro ženu bolestivé a nepříjemné.

5 Závěr

Císařský řez je velká operace, která má v současné době opravdu dobře vypracovanou techniku, proto je snížena mortalita i morbidita matky a plodu. Přesto sebou přináší spoustu možných komplikací, jak v průběhu operace, tak v poporodním období. V části současný stav problematiky se práce zaměřuje na historii, indikace, anestezii a techniku provedení řezu. V oblasti šestinedělí je zahrnuta ošetrovatelská péče, komplikace, podpora kojení, péče o jizvu a rehabilitace po císařském řezu.

Výzkumná část obsahuje výsledky, které byly zjištěny z dotazníkového šetření. Dotazník byl rozdán v tištěné formě v Nemocnici Havlíčkův Brod. Celkem se výzkumu účastnilo 130 žen na oddělení šestinedělí, některé dotazníky bohužel nebyly správně vyplněné, tudíž pro výzkum bylo použito 108 dotazníků. Cílem bakalářské práce bylo zhodnotit specifickou péči o ženy po císařském řezu v raném šestinedělí, dále jak žena vnímá císařský řez po psychické stránce, jak bylo pro ženy náročné kojení a také jak žena vnímá bolest operační rány. Z dotazníkového šetření bylo zjištěno, že celkem 43 % žen spíše využívalo možnost podání analgetik a 36 % žen uvedlo, že ano, že možnost podání léku na bolest využívaly na plno. Toto je velice dobrý výsledek, neboť dobré tlumení bolesti je v raném šestinedělí důležité. Dále z šetření vyplynulo, že u 70 % žen proběhlo první přiložení, již na operačním sále u zbylých 30 % žen proběhl bonding až později. Tento výsledek je velice příznivý. S tím souvisí také otázka, zda ženy měly problémy s kojením, kdy 35 % žen uvedlo, že kojily s pomocí dětské sestry a dalších 31 % zvolilo odpověď, že problémy měly, ale po poučení dětské sestry již přikládaly samy bez problémů. Výsledek hodnotím jako pozitivní, neboť spoustu žen kojení trápí a přiložení ihned po porodu je trend, který by se měl dostat do všech porodnic.

Cíl bakalářské práce byl splněn a vyplývá z něj, že péče zdravotníků na oddělení šestinedělí je správně zajištěna a poskytnuta. Z tohoto důvodu si ženy odnášejí většinou dobré vzpomínky.

Seznam použité literatury

- BARASH, Paul G., CULLEN Bruce F., STOELTING Robert K. a kol. *Klinická anesteziologie*. Překlad 6. vydání. Praha: Grada Publishing a.s. 2015. ISBN 978-80-247-4053-9.
- BEHENSKÁ, Eva. *Jsem po porodu*. Česko: nakladatelství není známe. 2018. ISBN 978-80-270-3304-1.
- BUCKLEY, Sarah J. *Jemný porod, jemné mateřství*. Praha: Maitrea. 2016. ISBN 978-80-7500-164-1.
- ČECH, Evžen. *Porodnictví*. Praha: Grada. 2006. ISBN 80-247-1313-9.
- ČERMÁKOVÁ, Blanka. *K porodu bez obav*. 2. aktualizované vydání. Vážany nad Litavou: JoshuaCreative. 2010. ISBN 978-80-904414-3-9.
- DOLEŽAL, Antonín a kolektiv. *Porodnické operace*. Praha: Grada Publishing a.s. 2007. ISBN 978-80-247-0881-2.
- DUMOULIN, Chantale. *Ve formě po porodu – cvičení a praktické rady*. 2. aktualizované vydání. Praha: Portál. 2006. ISBN 80-7367-080-1.
- HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví*. 3., zcela přepracované a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.
- HANÁKOVÁ, Taťána, CHVÍLOVÁ-WEBEROVÁ Magdalena a VOLNÁ Pavla. *Velká česká kniha o matce a dítěti*. 2. aktualizované vydání. Brno: CPress. 2015. ISBN 978-80-264-0755-3.
- JINDROVÁ, Barbora, STŘÍTESKÝ Martin, KUNSTÝŘ Jan a kolektiv. *Praktické postupy v anestezii*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing a.s. 2016. ISBN 978-80-247-5612-7.
- KOUDELKOVÁ, Vlasta. *Ošetrovatelská péče o ženy v šestinedělí*. Praha: TRITON. 2013. ISBN 978-80-7387-624-1.
- PAŘÍZEK, Antonín a kolektiv. *Kritické stavy v porodnictví*. Praha: Galén. 2012. ISBN 978-80-7262949-7.

PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství a dítěti*. Praha: Galén. 2008. ISBN 978-80-7262-594-9.

PROCHÁZKA, Martin. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf s.r.o. 2020. ISBN 978-80-7345-618-4.

ROZTOČIL, Aleš a kolektiv. *Moderní porodnictví*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. 2017. ISBN: 978-80-5753-7.

SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada, Publishing a.s. 2011. ISBN 978-80-247-3373-9.

Online zdroje:

KILIÁNOVÁ, Žaneta. *Vliv císařského řezu na kojení v raném šestinedělí*. Brno, 2017. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, lékařská fakulta, katedra porodní asistence a zdravotnických záchranářů.

KOVÁŘOVÁ, Kristýna. *Názory žen na císařský řez z retrospektivního pohledu*. České Budějovice, 2017. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, zdravotně sociální fakulta, studijní program porodní asistence.

NOVÁČKOVÁ, Klára. *Období šestinedělí z pohledu žen*. Jihlava, 2018. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava, katedra zdravotnických studií, obor porodní asistentka.

TAKÁCS, L., KODYŠOVÁ, E., KEJŘOVÁ, K., BARTOŠOVÁ, M. (2011). *Zahájení kojení z hlediska psychosociálních faktorů perinatální péče*. E-psychologie [online], [cit. 21.4.2021]. Dostupný z www: <http://e-psycholog.eu/pdf/takacs-etal.pdf>. ISSN 1802-8853.

WEISOVA, Jiřina. *Subjektivní prožívání žen po akutním císařském řezu*. Olomouc, 2018. Diplomová práce. Univerzita palackého v Olomouci, fakulta zdravotnických věd, ústav porodní asistence.

Safe Prevention of the Primary Cesarean Delivery | ACOG. Home | ACOG [online]. Dostupné z: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/obstetric-care-consensus/articles/2014/03/safe-prevention-of-the-primary-cesarean-delivery>.

Seznam grafů

Graf 1: Parita žen	27
Graf 2: Způsob vedení předchozího porodu	28
Graf 3: Typ císařského řezu	29
Graf 4: Psychické vnímání	30
Graf 5: Separace	31
Graf 6: Bonding	32
Graf 7: Přítomnost partnera u operace	33
Graf 8: Hodnocení komplikací	34
Graf 9: První přiložení miminka	35
Graf 10: Edukace kojení	36
Graf 11: Problémy s kojením	37
Graf 12: Analgetika	38
Graf 13: Péče o miminko	39
Graf 14: Péče o jizvu	40
Graf 15: Rehabilitace	41

Seznam tabulek

Tabulka 1: Pocit ženy.....	42
Tabulka 2: Přítomnost otce u porodu.....	42
Tabulka 3: Edukace kojení.....	43
Tabulka 4: Komplikace při kojení	43
Tabulka 5: Analgetika po císařském řezu	44
Tabulka 6: Bolest rány	44

Přílohy

Příloha č.1

Dobrý den,

V prvé řadě bych Vám ráda vyjádřila srdečnou gratulaci k narození Vašeho miminka. Jmenuji se Lucie Kvačková a jsem studentkou třetího ročníku oboru Porodní asistentka na Vysoké škole polytechnické Jihlava. Ráda bych Vás touto cestou požádala o vyplnění dotazníku, který mi pomůže ke zpracování výzkumné části mé bakalářské práce na téma **Specifická péče o ženu po císařském řezu v raném šestinedělí**. Dotazník je anonymní a je určen pouze ženám po císařském řezu. Vyplnění dotazníku Vám nezabere více než 10 minut Vašeho času. Předem Vám děkuji za Vaše odpovědi.

1. Kolikátý je to Váš porod?
 - a. První
 - b. Druhý
 - c. Třetí
 - d. Čtvrtý a více

2. Byl Váš předchozí porod také ukončen císařským řezem? *(Odpovídejte pouze pokud jste již v minulosti rodila)*
 - a. Ano
 - b. Ne

3. Jednalo se o akutní či plánovaný císařský řez?
 - a. Akutní císařský řez
 - b. Plánovaný císařský řez

4. Jaký byl Váš pocit při sdělení lékaře, že Váš porod bude ukončen císařským řezem?
 - a. Strach
 - b. Nejistota
 - c. Selhání
 - d. Pocit úlevy
 - e. Jiné.....

5. Měla jste obavy ze separace (oddělení) od novorozence?

- a. Ano b. Spíše ano c. Nevím d. Spíše ne e. Ne

6. Myslíte si, že je důležité pro váš budoucí vztah s dítětem tzv. „bonding“, neboli přiložení novorozence k tělu matky ihned po porodu?

- a. Ano b. Spíše ano c. Nevím d. Spíše ne e. Ne

7. Mrzelo Vás, že s Vámi nemohl být u porodu partner?

- a. Ano, i partnerovi to bylo líto
b. Ano, ale partner by nechtěl být ani u přirozeného porodu
c. Ne, partner by to nezvládl
d. Ne, partner nechtěl být ani u přirozeného porodu
e. Jiné.....
...

8. Na škále od 1 (nejméně) do 5 (nejvíce) označte, co pro Vás bylo nejhorší po císařském řezu?

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| a. Bolest rány | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b. Kojení | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c. Odloučení od miminka | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d. Neschopnost péče o miminko | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| e. Upoutání na lůžko | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| f. Závislost na personálu | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| g. Dieta | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| h. Zavedení permanentního močového katetru (cévka) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| i. Nežádoucí účinky narkózy (zvracení, motání hlavy, únava,...) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| j. Psychická úzkost (z neznámé situace) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| k. Pocit chladu a zimy po císařském řezu (hypotermie) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

9. Kdy proběhlo první přisátí dítěte?

- a. Na operačním sále
b. Na oddělení šestinedělí

10. Jakým způsobem Vám byla vysvětlena správná technika kojení? (*Můžete označit i více možností*)

- a. Srozumitelně
- b. Nesrozumitelně
- c. Obsáhle
- d. Stručně
- e. Dostatečně
- f. Nedostatečně
- g. Jiné.....

11. Měla jste problémy s kojením?

- a. Ano, kojila jsem s pomocí dětské sestry
- b. Ano, ale po poučení dětské sestry jsem přikládala sama
- c. Ano, problémy stále přetrvávají
- d. Ne, kojení bylo bez problému
- e. Jiné.....

12. Využívala jste možnost podání léků na bolest?

- a. Ano
- b. Spíše ano
- c. Nevím
- d. Spíše ne
- e. Ne

13. Měla jste pocit, že Vás operační rána omezuje v péči o novorozence?

- a. Ano, měla jsem pocit, že kvůli bolesti to nezvládnou
- b. Ano, ale s léky na bolest to bylo snesitelnější
- c. Ne, péči jsem zvládla bez problému
- d. Jiné.....

14. Byla jste od porodní asistentky poučena v péči o jizvu?

- a. Ano
- b. Spíše ano
- c. Nevím
- d. Spíše ne
- e. Ne

15. Byly Vám poskytnuty informace o cvičení po císařském řezu?

- a. Ano
- b. Spíše ano
- c. Nevím
- d. Spíše ne
- e. Ne

Příloha č. 2

PhDr. Lada Nováková, Ph.D.
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Nemocnice Havlíčkův Brod
Husova 2624
580 22 Havlíčkův Brod

Věc: Žádost o povolení dotazníkového šetření

Vážená paní doktorko,

Dovoluji si Vás požádat o povolení uskutečnit ve Vašem zařízení dotazníkové šetření v rámci mé bakalářské práce na téma: **Specifická péče o ženy po císařském řezu v raném šestinedělí.**

Jsem studentkou třetího ročníku Vysoké školy polytechnické Jihlava, obor Porodní asistentka. Vedoucím bakalářské práce je PhDr. Vlasta Dvořáková, Ph.D., se kterou mám dotazník zkontrolováný a schválený.

Jedná se o krátký dotazník určený ženám po císařském řezu na oddělení šestinedělí (15 otázek). Dotazník předám ženám osobně během vykonávání své praxe v rámci studia v období od ledna do března tohoto roku.

Předem Vám děkuji za pomoc a případné schválení.

Souhlasím s dotazníkovým šetřením: ANO – NE

V dne 14.1.2021

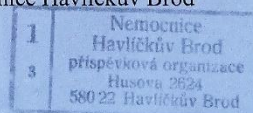
PhDr. Lada Nováková, Ph.D.

Razítko a podpis

PhDr. Lada Nováková, Ph.D.

Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči

Nemocnice Havlíčkův Brod



S pozdravem,

Lucie Kvačková

Dobkov 13

583 01 Chotěboř

Telefonní kontakt: 606 096 030

V Dobkově, dne 14.1.2021

Lucie Kvačková

Lucie Kvačková