

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Porodní asistence

EDUKACE ŽEN PO CÍSAŘSKÉM ŘEZU V PÉČI O JIZVU

Bakalářská práce

Autor práce: Karolína Suchanová

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Görnerové, Ph.D.

Jihlava 2026

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Karolína Suchanová
Studijní program:	Porodní asistence
Garant studijního programu:	doc. MUDr. Tomáš Fait, Ph.D.
Název práce:	Edukace žen po císařském řezu v péči o jizvu
Vedoucí práce:	PhDr. Lenka Görnerová, PhD.
Konzultant práce:	PhDr. Lenka Görnerová, PhD.
Cíl práce:	Zjistit úroveň edukace žen o péči o jizvu po císařském řezu a identifikovat nejčastější nedostatky v edukaci.

Abstrakt

Tato bakalářská práce se věnuje problematice edukace žen po císařském řezu se zaměřením na následnou péči o jizvu. Hlavním cílem práce je zmapovat současné doporučené postupy v péči o pooperační ránu a prostřednictvím kvantitativního výzkumu zhodnotit úroveň a efektivitu edukace, kterou ženy obdrží během hospitalizace v porodnici.

Teoretická část práce popisuje proces fyziologického hojení ran, rizika vzniku komplikací (zejména infekcí) a specifické metody ošetřování jizvy po sekci. Praktická část vychází z dotazníkového šetření provedeného u žen s odstupem 2 až 3 měsíců po porodu. Výzkum se zaměřuje na vzájemný vztah mezi informacemi poskytnutými zdravotnickým personálem a jejich reálným využitím v domácím prostředí, včetně subjektivního hodnocení procesu hojení samotnými respondentkami.

Výsledky práce mohou sloužit jako podklad pro zkvalitnění ošetrovatelské péče a zvýšení informovanosti žen, což je klíčové pro prevenci dlouhodobých komplikací a podporu celkové rekonvalescence po operačním porodu.

Klíčová slova

Edukace pacientky; péče o jizvu; hojení ran; šestinedělí; ošetrovatelská péče; rekonvalescence

Abstract

This bachelor's thesis deals with the issue of education of women after caesarean section with a focus on subsequent scar care. The main objective of the thesis is to map the current recommended practices in postoperative wound care and, through quantitative research, to evaluate the level and effectiveness of education that woman receive during hospitalization in a maternity hospital.

The theoretical part of the thesis describes the process of physiological wound healing, the risk of complications (especially infections) and specific methods of scar care after section. The practical part is based on a questionnaire survey conducted among women 2 to 3 months after childbirth. The research focuses on relationship between the information provided by medical personnel and its real use in the home environment, including the subjective assessment of the subjective process by the respondents themselves.

The results of the thesis can serve as a basis for improving the quality of nursing care and increasing women's awareness, which is key to preventing long-term complications and supporting overall recovery after surgical delivery.

Keywords

Patient education; scar care; healing; postpartum period; nursing care; convalescence

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“).

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

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejněním své práce podle Směrnice pro vedení, vypracování a zveřejňování závěrečných prací na VŠPJ, a to bez ohledu na výsledek obhajoby.

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

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

V Jihlavě dne 30. dubna 2026

.....

Podpis studenta/ky

Poděkování

Ráda bych vyjádřila poděkování paní PhDr. Lence Görnerové, PhD., za její odborné vedení, věcné připomínky a trpělivý přístup, který mi během psaní bakalářské práce poskytla. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentkám za jejich čas a ochotu sdílet své prožitky. V neposlední řadě patří velký dík mé rodině za jejich nekonečnou podporu a zázemí, které mi během celého studia vytvořili.

Obsah

Seznam grafů	7
Seznam tabulek	8
Seznam zkratk.....	9
Úvod	10
1 Současný stav problematiky.....	11
1.1 Historie císařského řezu	11
1.2 Indikace k císařskému řezu.....	11
1.3 Volba laparotomie	12
1.4 Role porodní asistentky v pooperační péči	13
1.5 Péče o operační ránu a rehabilitace	16
1.6 Komplikace hojení operační rány po SC a jejich prevence.....	17
1.7 Formy hojení ran	18
1.8 Fáze hojení rány	18
1.9 Edukace	18
2 Výzkumná část	19
2.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky	19
2.2 Metodika výzkumu	19
2.3 Charakteristika vzorku respondentek a výzkumného prostředí	19
2.4 Průběh výzkumu	20
2.5 Zpracování získaných dat.....	20
2.6 Výsledky výzkumného šetření	21
2.7 Vyhodnocení výzkumných otázek	40
3 Diskuse	46
4 Návrh a doporučení pro praxi	50
Závěr	51
Seznam použité literatury	52
Přílohy.....	54

Seznam grafů

Graf 1: Věk	21
Graf 2: Doba od posledního císařského řezu	22
Graf 3: Typ císařského řezu	23
Graf 4: Poučení v péči o jizvu	24
Graf 5: Kdo poskytl informace?	25
Graf 6: Kdy proběhla hlavní edukace?	26
Graf 7: Forma předání informací	27
Graf 8: Srozumitelnost edukace	28
Graf 9: Užitečnost edukace pro domácí péči	29
Graf 10: Poskytnuté informace v péči o jizvu	30
Graf 11: Péče o jizvu po propuštění	31
Graf 12: Pocit informovanosti	32
Graf 13: Vyhledávání dalších informací v péči o jizvu	33
Graf 14: Způsob vyhledávání informací	34
Graf 15: Výskyt komplikací během hojení a po něm	35
Graf 16: Komplikace, které se vyskytly	36
Graf 17: Míra vlivu edukace na péči	37
Graf 18: Celková kvalita edukace v porodnici	38
Graf 19: Nedostatky edukace	39

Seznam tabulek

Tabulka 1: Forma, jakou edukace proběhla.....	40
Tabulka 2: Informace, které byly ženám v péči o jizvu poskytnuty	40
Tabulka 3: Míra, do jaké ženy považují poskytnuté informace za srozumitelné.....	42
Tabulka 4: Míra, do které ženy považují poskytnuté informace za dostačující.....	42
Tabulka 5: Četnost péče o jizvu v domácím prostředí.....	44
Tabulka 6: Zdroje informací žen, které projevily zájem o hlubší znalost v péči o jizvu	45

Seznam zkratek

Č.	číslo
DM	diabetes mellitus
et al.	a kolektiv
např.	například
PA	porodní asistentka
SC	Sectio caesare
VŠPJ	Vysoká škola polytechnická Jihlava

Úvod

Narození dítěte patří k nejdůležitějším událostem v životě ženy. Ačkoliv je přirozený porod preferovanou cestou, v moderním porodnictví stále stoupá podíl porodů císařským řezem. Tento operační zákrok, přestože je často rutinní záležitostí, představuje pro organismus ženy značnou zátěž a vyžaduje specifický přístup v období rekonvalescence. Jedním z klíčových aspektů poporodní péče je přitom správné hojení a následná péče o jizvu.

Stav pooperační rány neovlivňuje pouze fyzické zdraví matky a riziko vzniku komplikací, jako jsou infekce či dehiscence, ale má také významný dopad na její psychickou pohodu a estetické vnímání vlastního těla. Aby byl proces hojení co nejúspěšnější, je nezbytné, aby měla žena relevantní informace a disponovala praktickými dovednostmi v péči o jizvu již v momentě propuštění z porodnice do domácího prostředí. Zde hraje nezastupitelnou roli zdravotnický personál, jehož úkolem je poskytnout srozumitelnou a efektivní edukaci.

Tato bakalářská práce se zaměřuje na analýzu současných postupů v edukaci žen po císařském řezu. Teoretická část práce definuje fyziologii hojení tkání, specifika pooperační rány po sekci a možnosti prevence komplikací. Praktická část následně skrze dotazníkové šetření zkoumá, do jaké míry se teoretické poznatky a doporučení personálu reálně promítají do každodenní péče v domácím prostředí a jak ženy s odstupem času hodnotí přínos informací, které obdržely během hospitalizace.

Cílem práce je identifikovat případné nedostatky v edukačním procesu a poukázat na význam kontinuální ošetrovatelské péče, která nekončí odstraněním stehů, ale pokračuje podporou ženy v její soběstačnosti a aktivním přístupu k vlastnímu zdraví.

Moje osobní motivace vychází z přesvědčení, že kvalitní ošetrovatelská péče by neměla být zaměřena pouze na akutní pooperační fázi, ale musí ženě dodat sebejistotu pro zvládnutí následné péče v domácím prostředí. Chtěla jsem proto prozkoumat, zda je edukace ze strany personálu skutečně dostatečně srozumitelná a zda ženy vnímají jizvu jako oblast, o kterou se umí a chtějí aktivně starat.

1 Současný stav problematiky

Císařský řez (*sectio caesarea*) je porodnická operace, při které lékaři plod vybaví z dělohy přes řez ve stěně dutiny břišní. Přistupuje se k ní v případech, kdy by vaginální porod představoval riziko poškození zdraví nebo ohrožení života matky, plodu, nebo obou (Roztočil a kol., 2020).

1.1 Historie císařského řezu

Kořeny této operace sahají hluboko do lidské historie. První zmínky nacházíme již v mezopotámském Eposu o Gilgamešovi, v egyptském Ebersově papyru či v židovské Mišně. Také řecké báje a pověsti popisují zrození boha lékařství Asklépia, kterého Apollón vyňal z těla mrtvé Koronis. Z mytologie se povědomí o tomto zákroku dostalo i do zákonodárství. Příkladem je římský zákon *Lex regia*, jenž zakazoval pohřbít těhotnou ženu, aniž by z ní byl plod vyjmut. Tato právní ustanovení přetrvala až do novověku a byla součástí Justiniánova zákoníku (Roztočil et al., 2020).

Až do 16. století a dále do raného novověku však byla operace pro matky extrémně nebezpečná. Prováděla se v primitivních podmínkách bez znalosti asepse a rána na děloze se tehdy ještě nesešivala. Úmrtnost žen byla drastická, pohybovala se mezi 60 až 90 %, přičemž nejčastější příčinou smrti bylo vykrvácení nebo poporodní sepse. Skutečný medicínský průlom nastal až v druhé polovině 19. století, kdy Semmelweis a Lister zavedli principy sterility. V roce 1881 pak německý porodník Ferdinand Adolf Kehrer provedl první dokumentovaný moderní císařský řez, při kterém sešil ránu ve stěně děložní i stěně břišní (Roztočil et al., 2020).

Další rozvoj oboru ve 20. století spočíval zejména ve zdokonalení anestezie, krevních transfuzí a po druhé světové válce v objevení antibiotik, což vedlo k výraznému snížení rizik. Díky tomu se z císařského řezu stala běžně dostupná a bezpečná operace (Roztočil a kol., 2020).

V současné době se však tento zákrok provádí stále častěji i bez zjevných zdravotních komplikací. Přestože je moderní medicína na vysoké úrovni, zůstává císařský řez velkým operačním výkonem, který může přinášet okamžité i pozdní komplikace (Roztočil et al., 2020).

1.2 Indikace k císařskému řezu

Indikace k císařskému řezu můžeme rozdělit na indikace akutní a indikace plánované (Hájek et al., 2014).

1.2.1 Indikace k akutnímu císařskému řezu

Indikace pro provedení císařského řezu se dělí na akutní a plánované. Tyto indikace mohou vycházet ze zdravotního stavu matky, plodu, nebo jejich kombinace (Roztočil et al., 2020).

Mezi nejčastější indikace k akutnímu císařskému řezu patří hypoxie plodu, a to jak chronická, tak i akutně vzniklá během porodu a zjištěná během pravidelného kontrolování ozev plodu. Další indikací může být abrupce placenty (*abruptio placentae*), která představuje riziko silného krvácení pro rodičku a nedostatek kyslíku pro plod, což může vést až k jeho intrauterinnímu odúmrťi (Marešová, Fiala, 2018).

Při odtoku plodové vody během porodu hlavička plodu přirozeně klesá a naléhá na porodní cesty. V některých případech se může stát, že dojde k prolapsu pupečníku skrz hrdlo děložní a dojde tak k utlačení pupečníku a omezení přísunu kyslíku a živin dítěti, což je situace, která vyžaduje akutní císařský řez (Better Health Channel, 2022).

Preeklampsie je závažný stav v těhotenství, který vzniká kvůli špatné funkci placenty. Ta není dostatečně prokrvená, což může vést k hypoxii u plodu a jediným řešením je ukončení těhotenství císařským řezem (Medibay, 2019).

Další indikací k superakutnímu císařskému řezu může být situace kdy žena umírá nebo již zemřela. Vzhledem k tomu, že plod dokáže v děloze přežít ještě přibližně 20 minut, je císařský řez šancí na jeho záchranu (Marešová, Fiala 2018).

1.2.2 Indikace k plánovanému císařskému řezu

Jednou z indikací k plánovanému císařskému řezu je kefalopelvický nebo fetopelvický nepoměr. To je stav, kdy je velikost plodu v nepoměru s pánví rodičky a z anatomického hlediska není spontánní vaginální porod možný. Někdy může být tento rozdíl těsný a projeví se v průběhu porodu tak, že miminko přestane postupovat porodními cestami (Slezáková a kol., 2017).

Zásadním faktorem, který ve velké míře ovlivňuje vedení porodu jsou další onemocnění rodičky. Pokud žena trpí hypertenzí, DM, kardiomyopatií nebo eklampií může se přistoupit k plánované sekci (Marešová, Fiala, 2018).

Vcestné lůžko (*placenta praevia*) je stav, kdy placenta částečně nebo úplně překrývá vnitřní branku, což pokaždé vyžaduje porod císařským řezem. Pokud žena již dříve císařský řez podstoupila, další porod císařským řezem nemusí být automatický, rozhoduje se podle počtu předchozích jizev nebo případné bolestivosti dolního děložního segmentu. Důvodem k SC jsou také určité polohy dítěte. Zatímco u polohy koncem pánevním hraje roli váha plodu a přání matky, u poloh příčných, šikmých nebo při deflexních polohách, jako je poloha čelní nebo obličejová je císařský řez nezbytný (Marešová, Fiala, 2018).

U vícečetných těhotenství je porod císařským řezem častější volbou. Operace se provádí zejména u trojčat a více plodů, nebo pokud jsou dvojčata v kolizní poloze, kde hrozí jejich vzájemné zaklesnutí. K dalším důvodům k SC patří dvojčata, která jsou monoamniální a monochoriální, ta, jejichž váha je výrazně rozdílná, nebo malé, či naopak velké plody (Marešová, Fiala, 2018; Roztočil et al., 2020).

K císařskému řezu se přistupuje i v případech, kdy se porod nedaří indukovat. Dalším důvodem k SC mohou být i psychosociální faktory, které zahrnují individuální potřeby a psychický stav rodičky (Marešová, Fiala, 2018).

1.3 Volba laparotomie

Dolní střední laparotomie je indikována pouze ve specifických situacích, jako jsou akutní stavy, přítomnost velmi rozměrného či vývojově deformovaného plodu s rizikem komplikovaného vybavení, výrazná obezita pacientky nebo existenci jizvy po předchozím zákroku ve stejné lokalizaci. Ve všech ostatních případech se upřednostňuje suprapubický řez podle Pfannenstiela.

1.3.1 Suprapubický řez

Suprapubický nebo také Pfannenstielův řez se provádí nejčastěji. Řez se vede vodorovně zhruba 2 cm nad symfýzou. Jeho hlavní výhodou je výborné hojení, minimální riziko infekce či dehiscence a také velmi dobrý estetický výsledek. Dolní střední laparotomie se provádí v akutních situacích, nebo v případech, kdy je plod příliš velký či malformovaný a předpokládají se komplikace při jeho vybavování z dělohy (Roztočil et al., 2020).

1.3.2 Klasický tělní císařský řez

Klasický tělní císařský řez (*Sectio caesarea corporalis classica*) se dnes provádí již jen výjimečně. Při tomto postupu se děloha otevírá svisle od jejího fundu až k jejímu hrdlu, čímž se přetínají svalová vlákna. Tento přístup se volí například v případech, kdy následuje hysterektomie, při hrozící ruptuře děložní stěny nebo u výkonů prováděných s cílem zachránit plod umírající matky. Zásadní nevýhodou je problematické hojení rány a vysoké riziko ruptury jizvy v případě dalšího těhotenství (Roztočil et al., 2020).

1.3.3 Supracervikální transperitoneální císařský řez

Supracervikální transperitoneální císařský řez (*Sectio caesarea supracervicalis transperitonealis*). Při tomto typu císařského řezu se děloha otevírá příčným řezem v oblasti dolního děložního segmentu poté, co se odsunou močový měchýř a pobřišnice. Svalovina se může naříznout pouze částečně a následně rozšířit tupým roztažením prsty, což šetří tkáň. Jakmile se protrhne vak blan, operátor vybaví plod. Po porodu plodu se do myometria podává 5 m.j. oxytocinu, pro lepší odloučení placenty. Nakonec se provede digitální revize děložní. Pokud v ní zůstanou zbytky placenty, které nejdou odstranit digitálně, provede se revize instrumentální, tupou kyretou (Hájek et al., 2014).

1.3.4 Radikální císařský řez

Radikální císařský řez (*Sectio caesarea radicalis*) je zákrok, při kterém se bezprostředně po vybavení dítěte přistupuje také k částečnému nebo úplnému odstranění dělohy (Roztočil et al., 2020).

1.3.5 Malý císařský řez

Malý císařský řez (*Sectio caesarea minor*) se dříve využíval k ukončení těhotenství po 4. měsíci těhotenství. Dnes už se k němu díky moderním lékům, které těhotenství ukončí v druhém trimestru, přistupuje jen výjimečně. Tento výkon se tak provádí pouze v akutních a život ohrožujících situacích, jako je abrupce placenty nebo masivní krvácení způsobené vcestným lůžkem (Roztočil et al., 2020).

1.4 Role porodní asistentky v pooperační péči

Po císařském řezu je žena umístěna na pooperační pokoj v rámci oddělení šestinedělí. Porodní asistentka pravidelně monitoruje životní funkce ženy, jako je tlak, tep, saturace kyslíkem a vědomí. Také sleduje výdej moči, příjem tekutin, míru bolesti a případné krvácení z operační

rány či porodních cest. Kontrola zavinování dělohy probíhá ve stejné frekvenci jako po spontánním vaginálním porodu. Odchod očístků se také kontroluje ve stejné frekvenci, bývá jich však méně než po klasickém porodu (Procházka, 2020).

Pokud to zdravotní stav dovoluje, k prvnímu přiložení miminka se přistupuje bezprostředně po zákroku. Bolest je v prvních 24 hodinách tlumena hlavně podáváním analgetik intravenózně, později se přechází na analgetika v tabletách. Vertikalizace se plánuje ideálně do 12 hodin od operace, přičemž při hladkém průběhu se zároveň odstraňuje močový katétr. Poté je důležité, aby se žena do 6 hodin sama vymočila. Důležitou součástí péče je také edukace o ošetřování operační rány a psychická podpora, aby se žena nebála s jizvou začít pracovat (Bláha et al., 2015).

Následující den po zákroku se provádí kontrolní krevní testy, aby se vyloučila případná anémie. Po celou dobu pobytu v nemocnici je pak ženě preventivně aplikován nízkomolekulární heparin, který slouží jako ochrana před vznikem tromboembolie (Procházka, 2020).

K sešití rány se využívá vstřebatelný materiál, takže se před odchodem z nemocnice pouze zastřihnou vyčnívající uzlíky na koncích rány. Pokud je zdravotní stav matky i dítěte v pořádku a nevyskytnou se žádné komplikace, probíhá propuštění do domácí péče obvykle 4. den po operaci (Procházka, 2020).

1.4.1 Monitorace fyziologických funkcí

Po převozu na pooperační pokoj v rámci šestinedělí zahájí PA okamžitý monitoring. Pravidelné sledování je zásadní pro včasné zachycení jakýchkoliv změn ve zdravotním stavu. Mezi klíčové sledované funkce patří vědomí, dech, krevní tlak, teplota a saturace krve kyslíkem. Současně se pozornost věnuje také kontrole vylučování moči, konkrétně jejímu objemu a barvě (Plevová, Kachlová, 2022).

V jedné paži má žena zavedenou kanylu pro podávání infuzí a na stejné ruce má na prstu umístěno čidlo pro sledování saturace krve. Na druhé ruce se ženě připevní manžeta pro měření krevního tlaku. Po spuštění monitoru porodní asistentka v pravidelných intervalech kontroluje a zaznamenává všechny důležité životní funkce (Dušová et al., 2019).

1.4.2 Involuce dělohy

Involuce dělohy je proces, při kterém se děloha vrací do své původní velikosti a polohy. K tomu dochází díky stahování svaloviny, snížení průtoku krve a působení hormonů. Ihned po příjezdu na oddělení a zajištění monitoringu PA provede hygienu rodidel, vymění vložky a zkontroluje stav dělohy i odcházejících očístků. Protože zavinování dělohy po císařském řezu může být náročnější, jsou nutné časté kontroly. Procesu zavinování pomáhá včasné kojení, které vyplavuje potřebný hormon oxytocin. Pro podporu stahování se na děložní fundus někdy přikládá led nebo se zatíží pytlíkem s pískem. Děloha by měla být na dotek tuhá, její fundus se první den nachází v úrovni pupku a v dalších dnech postupně klesá zhruba o jeden až dva prsty denně. Při propuštění z nemocnice bývá fundus dělohy 2 prsty pod pupkem. Ženy je třeba upozornit, že proces involuce mohou doprovázet bolesti podobné mírným kontrakcím (Dušová et al., 2019).

1.4.3 Péče o prsa a kojení

U žen po císařském řezu je nástup laktace obvykle později než po vaginálním porodu, přičemž k výraznějšímu nalití prsou dochází nejčastěji kolem třetího dne. Celý proces laktace je řízen především hormonálně, a to zásadním vlivem prolaktinu a oxytocinu (Dušová et al., 2019).

Během prvních dní se tvoří mlezivo, které je pro novorozence vysoce výživné a snadno stravitelné. Obsahuje především vodu, bílkoviny, tuky a laktózu. Mateřské mléko je pro dítě klíčové nejen pro správný růst, ale hraje také zásadní roli při budování imunitního systému a dlouhodobém prospívání (Fait, 2021).

Důkladná hygiena prsou je zásadní prevencí infekcí. Doporučuje se zejména používat na prsa vyhrazený čistý ručník. S výběrem vhodné polohy a techniky kojení pomáhají laktační poradkyně, které ženy instruuji tak, aby předcházely vzniku bolestivých ragád. Pokud k popraskání bradavek a vzniku ragád dojde, k ošetření se nejčastěji využívají masti jako Purelan či Bepanthen. Překážkou v kojení nejsou ani atypické tvary bradavek, jako jsou ploché nebo vpáčené bradavky. Laktační poradkyně v takových případech pomáhají najít individuální řešení, aby bylo možné v kojení úspěšně pokračovat (Dušová et al., 2019).

1.4.4 Vertikalizace a péče o hygienu

Pokud to stav dovoluje první návštěva sprchy probíhá obvykle 12 hodin po zákroku. Ženy nejdříve instruuji, jak správně vstávat a uléhat přes bok, což šetří břišní svaly a snižuje bolestivost jizvy. Před samotným postavením ji necháme chvíli sedět, aby se stabilizoval krevní tlak. Poté jí s dopomocí pomůžeme do sprchy, přičemž neustále dáváme pozor na riziko mdlob nebo šoku. Během sprchování se odstraní krytí rány a pokud nenastaly komplikace další den ráno se vytáhne močový katétr. Ránu je doporučeno omývat vlažnou vodou. Z hygienických důvodů je důležité používat dva ručníky, jeden výhradně na oblast rodidel a druhý na zbytek těla (Slezáková et al., 2017).

1.4.5 Péče o vyprazdňování

Před provedením císařského řezu je ženě zaveden močový katétr, který personálu umožňuje sledovat objem a vlned moči. Jestliže rekonvalescence probíhá dobře a pacientka je schopna samostatného pohybu, katétr se odstraňuje zhruba po 12 hodinách ve sprše. Po jeho vytažení je klíčový dostatečný příjem tekutin a žena by se měla do 6 hodin samostatně vymočit. Je nutné ji upozornit, že ze začátku může být močení kvůli podráždění močové trubice provázáno pálením. Současně se sleduje také obnova činnosti střev, tedy odchod plynů a první stolice, která se obvykle dostaví kolem třetího dne od operace. Pokud se stolice nedostaví včas, doporučuje se především dostatek pohybu pro stimulaci střevní peristaltiky. V souladu s ordinací lékaře lze využít také léky nebo rektální rourku. V dnešní praxi však platí, že pokud odchází plyny, není absence stolice překážkou pro propuštění z porodnice (Dušová et al., 2019).

1.4.6 Výživa

Ženy po císařském řezu mají nastavený speciální dietní systém, o kterém vždy rozhoduje ošetřující lékař podle jejich aktuálního stavu. V den operace, který je den nula dostává žena pouze tekutou stravu (dieta 0), kdy pouze pije vodu nebo čaj. Poté následuje šetřící dieta, která

typicky zahrnuje mléčné výrobky, piškoty, ovocné přesnídávky a k obědu vývary či kašovitá jídla, jako je například bramborová kaše s mletým masem. V dalších dnech se pak postupně přechází na běžnou racionální stravu. Dieta pacienty je vždy individuální a rozhoduje o ní její stav a ošetřující lékař (Dušová et al., 2019).

1.5 Péče o operační ránu a rehabilitace

Odborné ošetřování rány po operaci je zásadní pro eliminaci rizika vzniku chronických defektů. Proces hojení je podmíněn již kvalitní předoperační přípravou, konkrétně antisepsi operačního pole. Nedílnou součástí péče je také pravidelné čištění rány, které může mít podobu mechanického oplachu, čímž se aktivně podporuje fyziologická regenerace tkání. (Libová, 2019)

Hlavním smyslem rehabilitace je předcházet pooperačním obtížím, zejména vzniku trombembolie, a co nejdříve navrátit ženu do kondice. Za tímto účelem pacientku přímo na pokoji navštěvuje fyzioterapeutka, která ji edukuje v provádění vhodných cviků (Dušová et al., 2019).

1.5.1 Význam péče a charakteristika jizvy

Jizva po císařském řezu nepředstavuje pouze povrchovou linii kůže, ale je výsledkem rozsáhlé břišní operace, při které dochází k postupnému přerušení a následnému spojení sedmi vrstev tkáně. Vzhledem k hloubce této chirurgické intervence může proces remodelace a hojení trvat i několik let. Primárním cílem odborné péče je podpora fyziologického procesu hojení, zmírnění pooperační bolestivosti a zejména prevence vzniku adhezí (srůstů). Tyto tkáňové srůsty se mohou začít formovat již několik hodin po operaci a následně významně omezovat fyziologickou pohyblivost vnitřních orgánů. Optimálně zhojená, tzv. fyziologická jizva, se vyznačuje světlou barvou, absencí svědění a při pohybu nezpůsobuje pocity patologického tahu (Bajerová, online).

1.5.2 Časná fáze pooperačního období

V bezprostředním pooperačním období (první hodiny až 10. den), kdy je rána sterilním krytím, se terapeutická pozornost soustředí především na okolní měkké tkáně. Klíčovým prvkem je dechová rehabilitace a jemná hmatová stimulace. Již v prvních hodinách po zákroku je žádoucí provádět šetrné doteky dlaní nad a pod oblastí jizvy pro vnímání citlivosti. Souběžně s tím je důležité brániční dýchání do oblasti spodního břicha, které působí jako vnitřní mikromasáž orgánů a tkání, čímž se efektivně předchází vzniku srůstů (Bajerová, online).

Nezbytnou součástí rekonvalescence je včasná mobilizace a vertikalizace. Pacientka by měla vstávat z lůžka co nejdříve to její stav dovoluje, a to vždy přes bok, aby nedocházelo k nadměrnému zatěžování břišního lisu. K podpoře oslabené břišní stěny a odlehčení tahu v jizvě lze využít zavinování břicha pomocí rebozo šátku. Pro snížení edému a podporu mikrocirkulace se doporučuje sprchování okolí rány vlažnou vodou. Zároveň je nutné zajistit dostatečné větrání jizvy jako prevenci infekčních komplikací. Žena by se také měla vyvarovat zvedání břemen těžších, než je její miminko. Při transportu z nemocničního zařízení je vhodné mechanicky chránit jizvu před tlakem bezpečnostních pásů pomocí polštářku či srolovaného ručníku (Bajerová, online).

1.5.3 Techniky terapie jizvy

Jakmile dojde ke vstřebání stehů (zhruba 11. den) a rána je zcela zacelená bez známek krvácení či sekrece, je možné zahájit přímou manuální terapii. Pro hydrataci tkáně a usnadnění masáže se využívají kvalitní rostlinné oleje, například třezalkový nebo šípkový, může se také využít nesolené vepřové sádlo. Intenzita tlaku musí být v úvodních fázích velmi nízká, srovnatelná s tlakem na oční víčko. Po uplynutí přibližně tří týdnů lze tlak mírně zvýšit až do fáze zbělení nehtových lůžek, avšak aplikace nesmí nikdy vyvolávat bolest (Bajerová, online).

Konkrétní manuální techniky zahrnují vytváření *vlnek* celou dlaní pro zvýšení mobility jizvy vůči podkladu a techniku *úsměvu*, která protahuje tkáň směrem k žebřům. Stimulace povrchových vrstev zajišťuje technika *piáno* (poklep bříšky prstů) a horizontální posun dvěma prsty, tzv. *jezdec*. Komplexní uvolnění doplňuje technika *hvězdice*, která rozpracovává jizvu ve všech směrech. Specifickou metodou je *šroubek*, kdy krouživý pohyb kolmo ke kůži spolu s jemnou vibrací napomáhá regeneraci přerušovaných nervových zakončení. Je však nutné zdůraznit, že po dobu minimálně prvních tří měsíců jsou kontraindikovány agresivní techniky manuálního roztahování a formování tkáně do tvaru C a S, které by mohly narušit strukturální integritu jizvy (Bajerová, online).

1.5.4 Podpora hojení a navrácení celistvosti

Důležitou součástí komplexní péče je senzomotorická stimulace, která cílí na obnovu citlivosti v oblasti v oblasti denervované v důsledku chirurgického řezu. K tomuto účelu se využívají podněty různých textur (peříčko, kartáček, masážní míček) a termoterapie střídáním teplé a studené vody (Bajerová, online).

Proces hojení musí být podpořen také zevnitř prostřednictvím nutričních opatření. Pro syntézu kolagenních vláken je zásadní dostatečný příjem kolagenu (např. ve formě vývarů), vitamínu C a v lipozomální formě a stopových prvků, jako je zinek a selen. Z pohledu celkové regenerace se doporučuje konzumace tepelně upravených potravin, které posilují metabolismus tkání. V neposlední řadě hrají roli režimová opatření v oblékání. Volba prodyšných materiálů a prádla s vysokým pasem, který nedráždí jizvu, spolu s podprsenkou bez kostic, zajišťuje nenarušený tok lymfy a optimální podmínky pro zdárné dokončení procesu hojení (Bajerová, online).

1.6 Komplikace hojení operační rány po SC a jejich prevence

Pooperační průběh po císařském řezu zahrnuje rizika časných komplikací, jako jsou infekce rány a poruchy involuce dělohy, a dlouhodobé strukturální následky. Dominantní dlouhodobou komplikací jsou vnitřní adheze, které mohou způsobovat chronickou pánevní bolest, funkční poruchy orgánů a změny citlivosti v oblasti jizvy, přičemž nedostatečná rehabilitace může vést k diastáze a dysfunkci pánevního dna (Kohutová, 2024).

Jednou z nejčastějších komplikací v rekonvalescenci po sekci je břišní diskomfort, projevující se napnutým břichem, poruchou odchodu plynů, dýchacími potížemi nebo v závažných případech i rozvoj paralytického ileu (střevní neprůchodnost) (Roztočil et al., 2024).

Žena by měla pečlivě sledovat svůj zdravotní stav a při horečce nad 38 °C, zhoršení stavu jizvy (zarudnutí, přítomnosti hnisu, nebo jejím pálení), náhlé bolesti v klidu nebo při silnějším krvácení ihned vyhledat odbornou pomoc (Bajerová, online).

1.7 Formy hojení ran

Proces hojení tkání lze klasifikovat do tří základních forem: primární, sekundární a terciální. Pro chirurgické rány je typické primární hojení (*per primam intentionem*), které probíhá u nekomplikovaných, čistých ran. Výsledkem tohoto procesu je esteticky příznivá a úzká jizva (Stryja, 2016).

Rány, které se hojí primárním hojením, se rychle uzavřou fibrinovou sítí a během 1 až 2 dnů se na povrchu vytvoří nová vrstva kůže (epitel). V hlubších vrstvách však ještě nějakou dobu doznívá hojivý zánět (Libová, 2019).

Sekundární hojení rány (*sanatio per secundam intentionem*) se vyznačuje delší časovou dotací a vznikem esteticky méně příznivé jizvy. Riziko představují zejména ranné infekce, které klasifikujeme jako časně či pozdní. V klinickém obraze dominují lokální příznaky zánětu (tzv. Celsova pentalogie – rubor calor, tumor, dolor a functio laesa) (Stryja, 2016).

Terciální hojení, označované také jako odložený primární uzávěr, představuje metodu volby u ran s vysokou mírou kontaminace, rizikem infekce nebo nekrózy tkání. Tento postup spočívá v dočasném ponechání rány v otevřeném stavu, čímž se umožní rozvoj zdravé granulační tkáně. Po stabilizaci nálezu, zpravidla s odstupem několika dnů, následuje definitivní chirurgický uzávěr formou sutury nebo aplikace kožního štěpu (Slezáková, 2019).

1.8 Fáze hojení rány

Hojení ran je komplexní proces, který se standardně dělí do šesti po sobě jdoucích fází. Celý cyklus začíná zastavením krvácení (koagulací) a doprovodným zánětem, na což navazuje tvorba nového vaziva a mezibuněčné hmoty. Součástí regenerace je také vznik nových cév a obnova povrchu kůže (epitalizace). V závěru dochází k dozrávání kolagenních vláken, čímž se celý proces hojení uzavírá (Slezáková, 2019).

I v případech, kdy se rána hojí přímo, se však může vytvořit tzv. keloid. Jde o zbytnělou, fialově zbarvenou jizvu, která může vyžadovat zásah plastického chirurga. Takovou operaci je však možné podstoupit nejdříve po uplynutí jednoho roku (Slezáková, 2019).

1.9 Edukace

Edukace jako trvalý průvodce lidstva prošla zásadní proměnou od primitivní skupinové přípravy na práci až po strukturované školství. S rozvojem starověkých států ve 4. tisíciletí př. n. l. (Egypt, Mezopotámie) došlo k zásadní sociální diverzifikaci vzdělávání. Vznikající školské instituce u dvorních a náboženských center nabízely privilegovaným vrstvám komplexní znalosti základnu včetně odborných disciplín (stavebnictví, lékařství), čímž upevnily společenské rozdělení výchovy na elitní intelektuální a lidovou pracovní (Novotná, 2017).

2 Výzkumná část

Tato kapitola se věnuje metodice, cílům a výzkumným otázkám. Popisuje se zde také proces sběru dat a výběr respondentů pro zvolený kvantitativní výzkum.

2.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Hlavní cíl:

Zjistit úroveň informovanosti žen v péči o jizvu po císařském řezu a zhodnotit efektivitu edukace poskytované během hospitalizace.

Výzkumné otázky:

1. Jakou formou proběhla edukace a jaké informace v péči o jizvu byly ženám poskytnuty?
2. Do jaké míry považují ženy poskytnuté informace za srozumitelné a dostačující?
3. Jak často prováděly ženy péči o jizvu v domácím prostředí?
4. Jaké konkrétní zdroje informací využily respondentky, které projeví zájem o hlubší znalost péče o jizvu, co císařském řezu

2.2 Metodika výzkumu

Metodika výzkumné části bakalářské práce byla založena na kvantitativním přístupu, jehož cílem bylo zhodnotit úroveň a efektivitu edukace žen po císařském řezu v oblasti péče o pooperační jizvu a zjistit, jakým způsobem tyto informace ovlivňuje jejich následnou péči v domácím prostředí.

Jako nástroj sběru dat byl zvolen dotazník vlastní konstrukce, který byl vytvořen na základě studia odborné literatury a stanovených výzkumných cílů. Dotazník umožnil oslovit větší počet respondentek a získat přehledná a srovnatelná data.

Dotazník obsahoval celkem 19 otázek zaměřených na demografické údaje respondentek, průběh a formu edukace v péči o jizvu, rozsah poskytnutých informací, vlastní péči o jizvu v domácím prostředí a zkušenosti žen včetně výskytu případných komplikací. Otázky byly převážně uzavřeného typu s možností výběru jedné či více odpovědí, doplněné o škálové hodnocení a jednu otevřenou otázku.

Dotazník byl distribuován v elektronické podobě prostřednictvím platformy Google Forms a byl určen ženám po císařském řezu. Preferovaným časovým odstupem od porodu bylo přibližně 2-3 měsíce.

Získaná data byla následně zpracována a vyhodnocena pomocí programů MS Excel a Google Forms, které umožnili jejich třídění, grafické znázornění a základní statistické zpracování. Výsledky byly interpretovány ve vztahu k jednotlivým výzkumným otázkám. Vzor použitého dotazníku je uveden v příloze bakalářské práce.

2.3 Charakteristika vzorku respondentek a výzkumného prostředí

Výzkumný soubor tvořily ženy po císařském řezu, které měly osobní zkušenost s hojením pooperační jizvy v období po porodu. V rámci dotazníku byly zjišťovány základní demografické

údaje, jako je věk respondentek, doba, která uplynula od císařského řezu, a typ provedeného výkonu (plánovaný či akutní), aby bylo možné zachytit různorodost zkušeností bez předem stanoveného věkového omezení. Do výzkumu byly zahrnuty ženy v různých fázích poporodního období.

Sběr dat probíhal elektronickou formou. Dotazník byl distribuován prostřednictvím online platformy Google Forms a byl cíleně šířen mezi ženami po císařském řezu, které na sebe poskytly kontakt pro účely výzkumu.

Takto zvolený výběr respondentek umožnil oslovit ženy nacházející se již v domácím prostředí po propuštění z porodnice, které mají praktickou zkušenost s péčí o jizvu. Výzkumný soubor tak zahrnuje respondentky s různou úrovní informovanosti, zkušeností s edukací i přístupem k následné péči o jizvu po císařském řezu.

2.4 Průběh výzkumu

Sběr dat probíhal v období od prosince 2025 do března 2026 elektronickou formou. Dotazník byl vytvořen v prostředí Google Forms a byl cíleně šířen mezi ženami po císařském řezu. Kontakty na ženy byly získávány osobní komunikací na praxích. Odkaz na dotazník byl respondentkám zaslán prostřednictvím online komunikace.

Respondentky byly před vyplněním dotazníku seznámeny s účelem výzkumu a s tím, že účast je zcela dobrovolná a dotazník je možné kdykoli odmítnout.

V průběhu výzkumu byla zajištěna anonymita respondentek. Dotazník neobsahoval žádné identifikační údaje a získaná data byla zpracována pouze souhrnně, bez možnosti zpětné identifikace konkrétních osob. Přístup k datům měla pouze autorka práce a informace byly využity výhradně pro účely bakalářské práce.

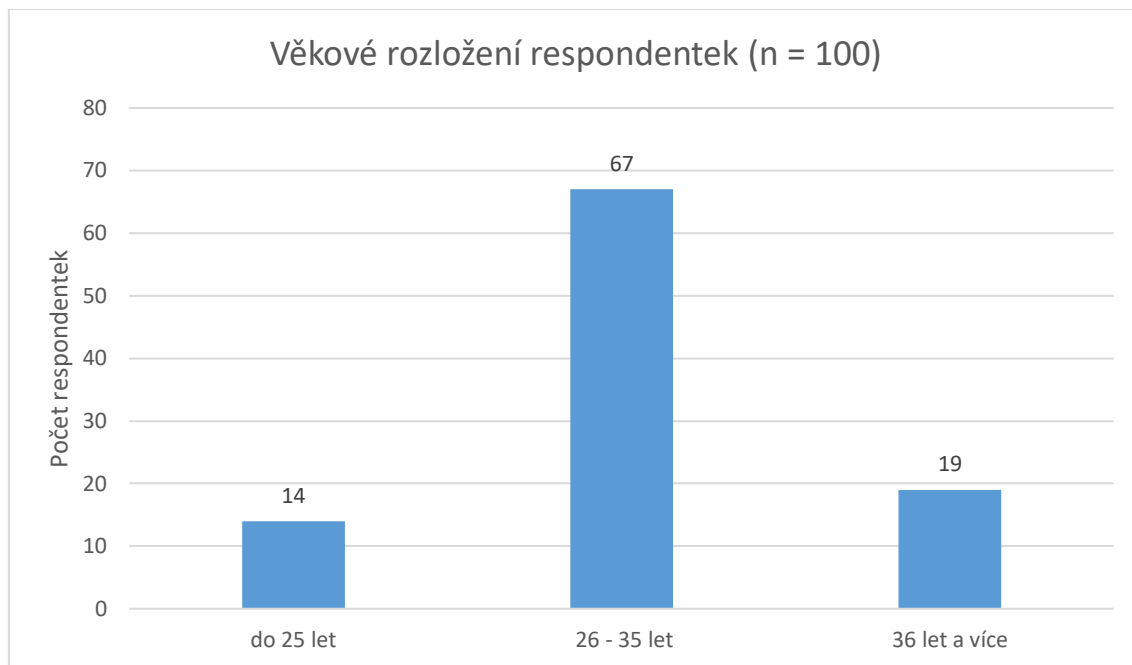
2.5 Zpracování získaných dat

Celkem bylo sesbíráno 100 vyplněných dotazníků v elektronické formě.

2.6 Výsledky výzkumného šetření

Výsledky výzkumu jsou prezentovány v grafické formě a vyjádřeny pomocí relativních četností v procentech. Získaná data jsou doplněna krátkým komentářem, který shrnuje hlavní zjištění u jednotlivých položek dotazníku.

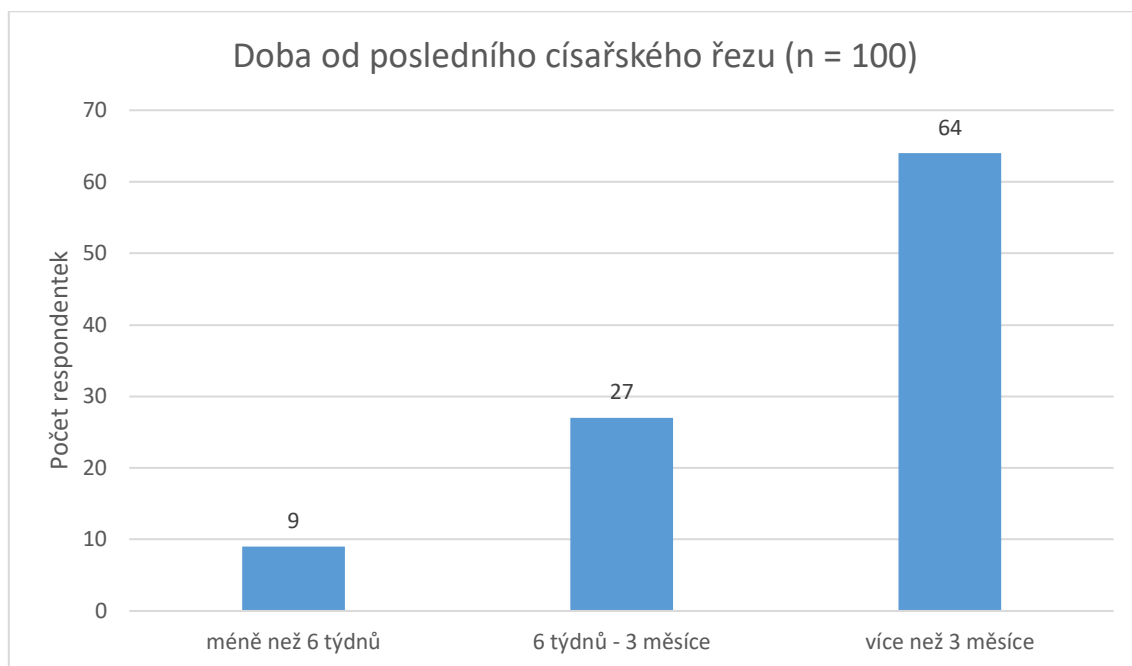
Otázka č. 1: Věk:



Graf 1: Věk

Z celkového počtu 100 (100 %) respondentek uvedlo 14 (14,0 %), že jsou ve věku do 25 let. Nejpočetnější skupinu tvořilo 67 (67,0 %) respondentek ve věku 26–35 let. Zbývajících 19 (19,0 %) žen uvedlo věk 36 let a více.

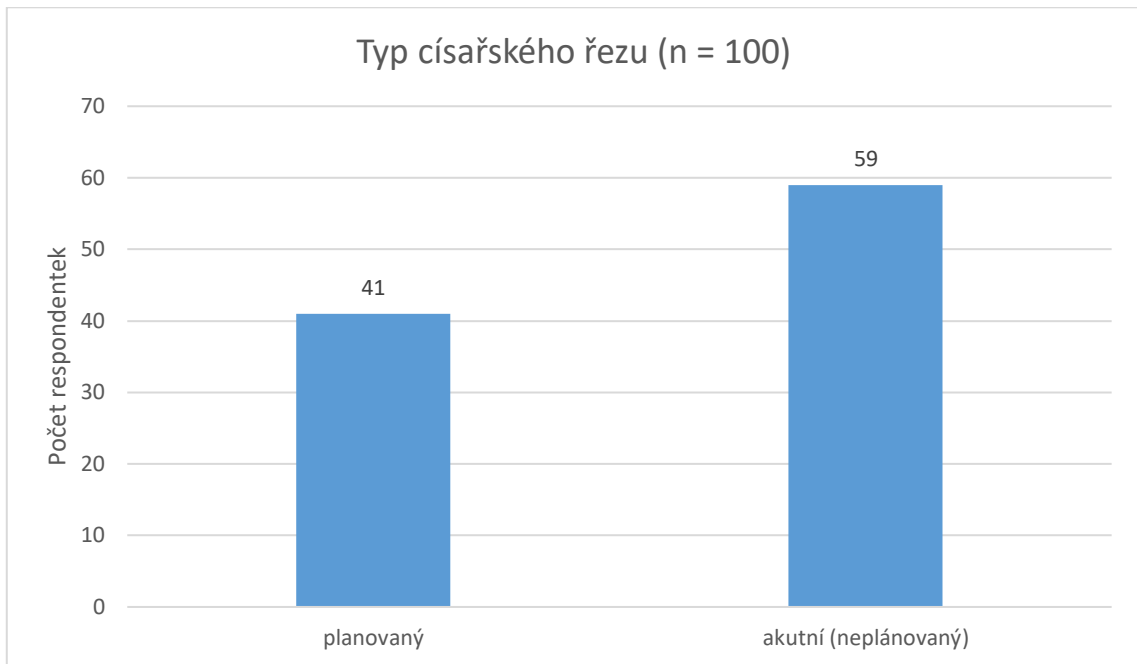
Otázka č. 2: Jak dlouhá doba uplynula od Vašeho posledního císařského řezu?



Graf 2: Doba od posledního císařského řezu

Z celkového počtu 100 (100 %) respondentek uvedlo 9 (9,0 %), že od jejich posledního císařského řezu uplynulo méně než 6 týdnů. Dalších 27 (27,0 %) žen uvedlo dobu v rozmezí 6 týdnů až 3 měsíce. Největší skupinu tvořilo 64 (64,0 %) respondentek, u kterých od operace uplynulo více než 3 měsíce.

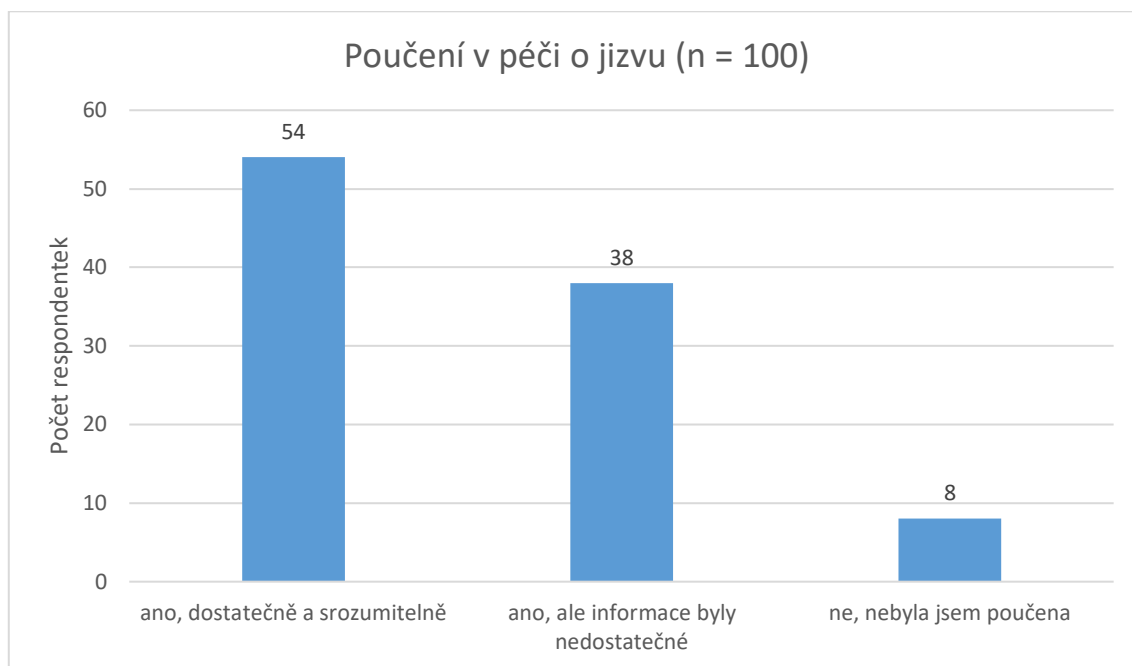
Otázka č. 3: Váš císařský řez byl:



Graf 3: Typ císařského řezu

Z celkového počtu 100 (100 %) respondentek uvedlo 41 (41,0 %), že jejich císařský řez byl plánovaný. Zbývajících 59 (59,0 %) žen uvedlo, že podstoupily císařský řez akutní (neplánovaný).

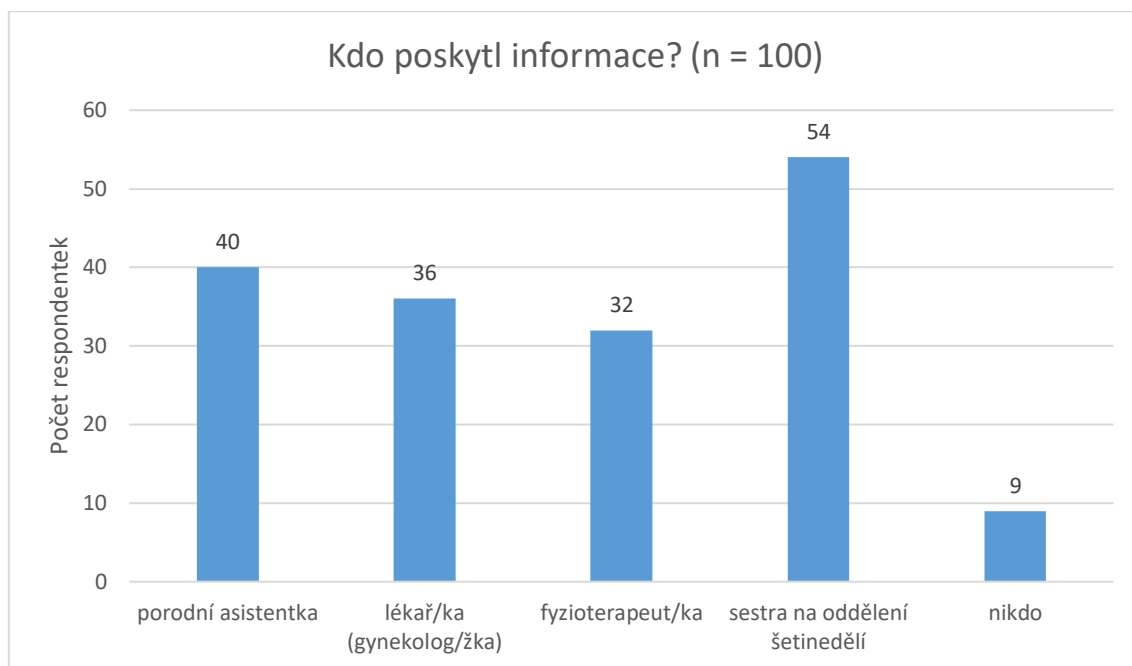
Otázka č. 4: Byla jste během hospitalizace poučena v péči o jizvu?



Graf 4: Poučení v péči o jizvu

Z celkového počtu 100 (100 %) respondentek jich 54 (54,0 %) uvedlo, že byly o péči o jizvu poučeny dostatečně a srozumitelně. Dalších 38 (38,0 %) žen sice poučení dostalo, ale hodnotilo poskytnuté informace jako nedostatečné. Zbývajících 8 (8,0 %) respondentek uvedlo, že o péči o jizvu poučeno nebylo.

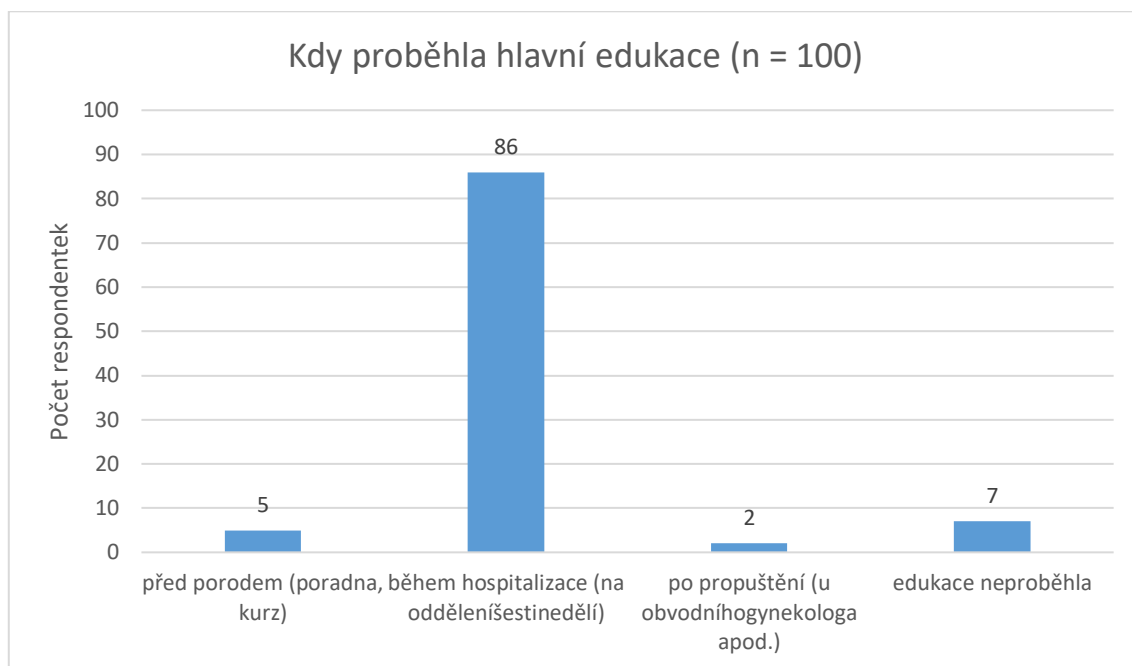
Otázka č. 5: Kdo Vám informace poskytl? (možno vybrat více odpovědí)



Graf 5: Kdo poskytl informace?

Z celkového počtu 100 (100 %) respondentek uvedlo nejvíce žen, konkrétně 54 (54,0 %), že jim informace poskytla sestra na oddělení šestinedělí. Dalších 40 (40,0 %) respondentek čerpalo informace od porodní asistentky a 36 (36,0 %) od lékaře či lékařky. Služeb fyzioterapeuta či fyzioterapeutky využilo 32 (32,0 %) dotázaných. Celkem 9 (9,0 %) žen uvedlo, že jim informace neposkytl nikdo.

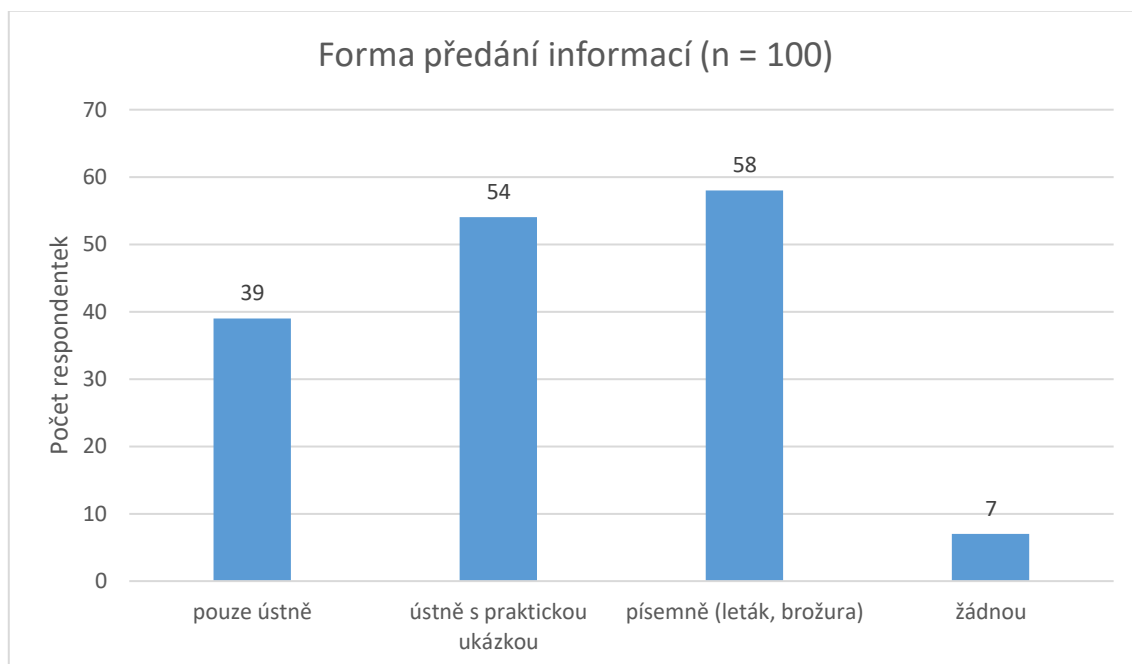
Otázka č. 6: Kdy proběhla hlavní edukace?



Graf 6: Kdy proběhla hlavní edukace?

Z celkového počtu 100 (100 %) respondentek uvedla naprostá většina, tedy 86 (86,0 %) žen, že hlavní edukace proběhla během hospitalizace na oddělení šestinedělí. Pouze 5 (5,0 %) dotázaných získalo hlavní informace již před porodem a 2 (2,0 %) respondentky až po propuštění do domácí péče. Celkem 7 (7,0 %) žen uvedlo, že u nich edukace neproběhla.

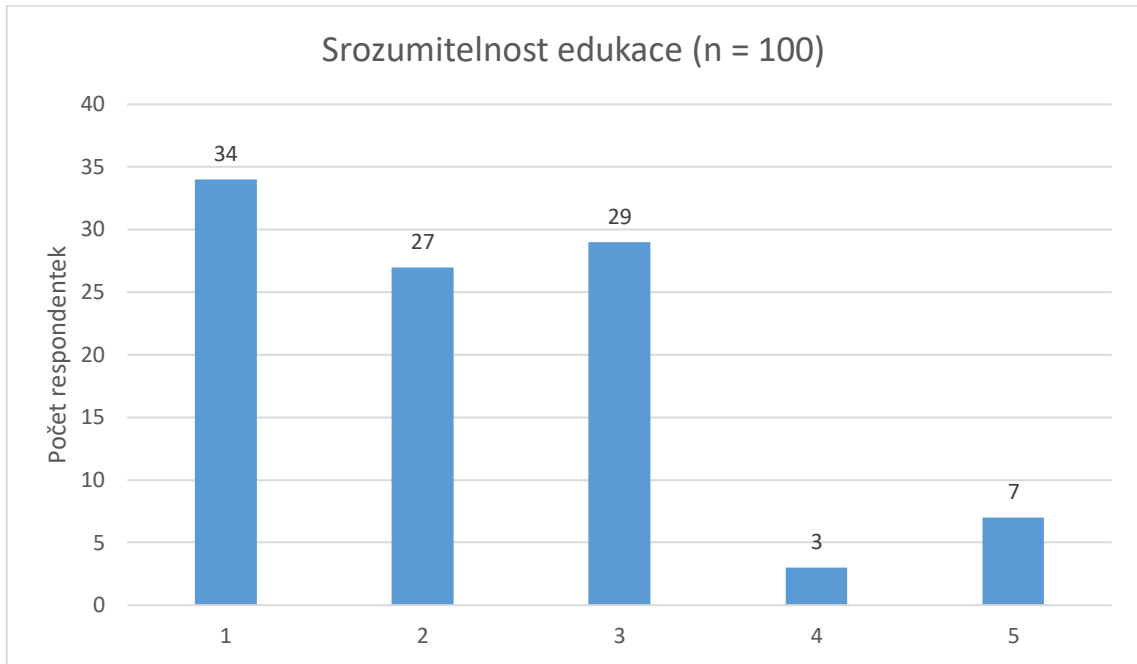
Otázka č. 7: Jakou formou Vám byly informace v péči o jizvu předány? (možno vybrat více odpovědí)



Graf 7: Forma předání informací

Z celkového počtu 100 (100 %) respondentek uvedlo nejvíce žen, celkem 58 (58,0 %), že jim byly informace předány písemnou formou (leták či brožura). Více než polovina dotázaných, konkrétně 54 (54,0 %), obdržela informace ústně s praktickou ukázkou. Formu pouze ústního předání informací zvolilo 39 (39,0 %) žen. Celkem 7 (7,0 %) respondentek uvedlo, že jim informace nebyly předány žádnou formou.

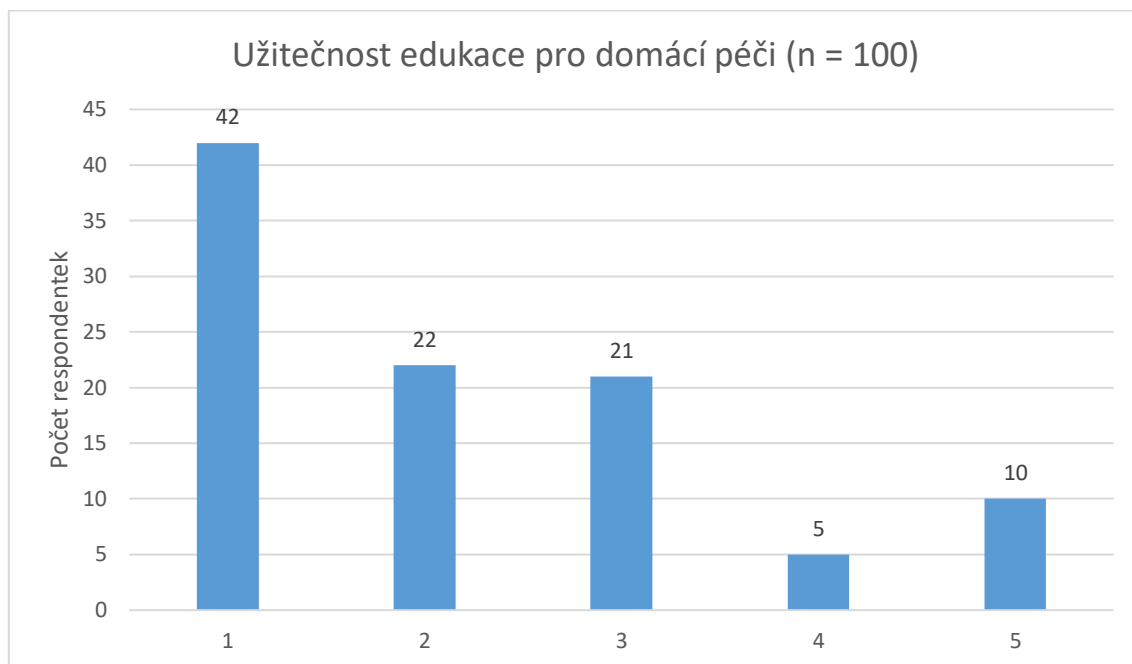
Otázka č. 8: Jak hodnotíte srozumitelnost edukace? (1=velmi srozumitelná, 5=zcela nesrozumitelná)



Graf 8: Srozumitelnost edukace

Z celkového počtu 100 (100 %) respondentek hodnotilo srozumitelnost edukace nejlepší známkou (1) celkem 34 (34,0 %) žen. Známkou 2 zvolilo 27 (27,0 %) respondentek a známkou 3 uvedlo 29 (29,0 %) dotázaných. Na opačné straně spektra se nachází 3 (3,0 %) žen, které zvolily známkou 4, a 7 (7,0 %) respondentek, pro které byla edukace zcela nesrozumitelná (známka 5).

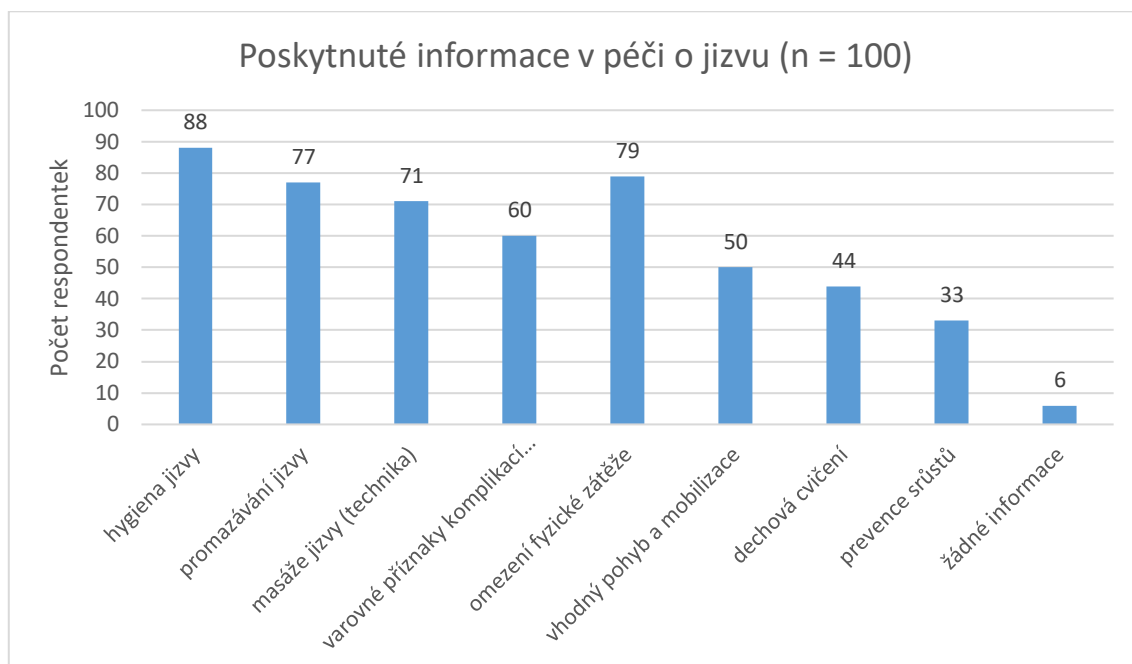
Otázka č. 9: Jak hodnotíte užitečnost edukace pro domácí péči? (1=velmi srozumitelná, 5=zcela nesrozumitelná)



Graf 9: Užitečnost edukace pro domácí péči

Z celkového počtu 100 (100 %) respondentek hodnotilo užitečnost edukace pro následnou domácí péči nejlepší známkou (1) celkem 42 (42,0 %) žen. Známkou 2 zvolilo 22 (22,0 %) respondentek a známkou 3 uvedlo 21 (21,0 %) dotázaných. Méně pozitivně hodnotilo edukaci 5 (5,0 %) žen známkou 4 a pro 10 (10,0 %) respondentek byla edukace z hlediska domácí péče zcela nesrozumitelná (známka 5).

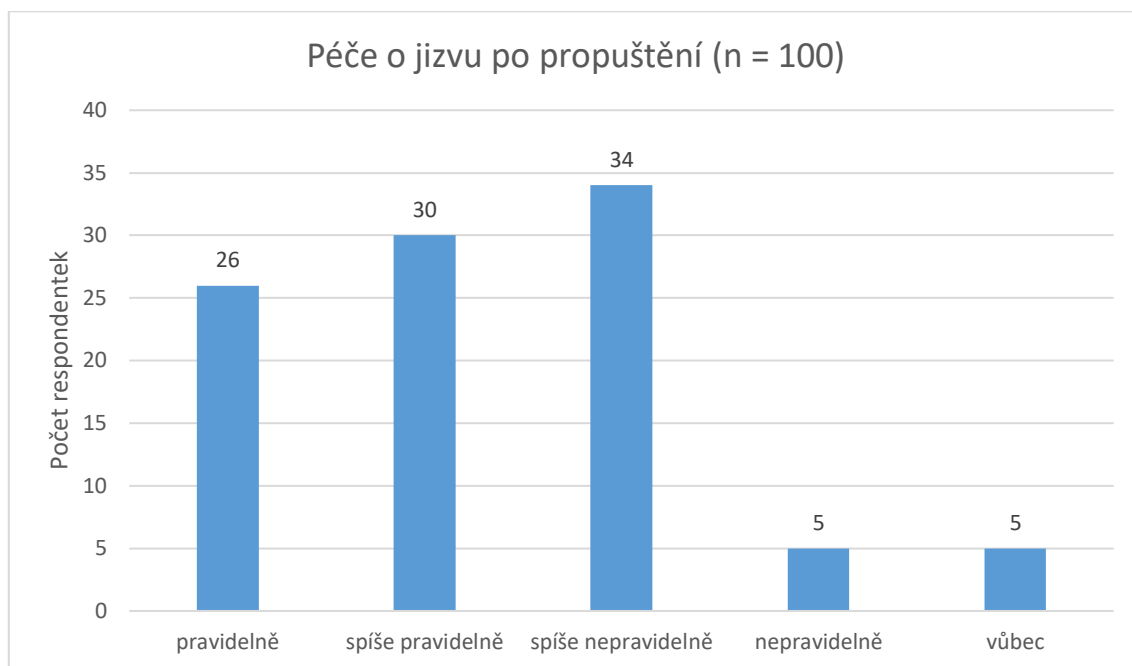
Otázka č. 10: Které z následujících informací Vám byly poskytnuty? (možno vybrat více odpovědí)



Graf 10: Poskytnuté informace v péči o jizvu

Z celkového počtu 100 (100 %) respondentek bylo nejvíce žen informováno o hygieně jizvy, a to celkem 88 (88,0 %). Vysoký podíl odpovědí se týkal také omezení fyzické zátěže (79,0 %), promazávání jizvy (77,0 %) a techniky masáže jizvy (71,0 %). O varovných příznacích komplikací bylo poučeno 60 (60,0 %) dotázaných. Méně, než polovina žen získala informace o vhodném pohybu (50,0 %), dechovém cvičení (44,0 %) a prevenci srůstů (33,0 %). Celkem 6 (6,0 %) respondentek uvedlo, že neobdrželo žádné informace.

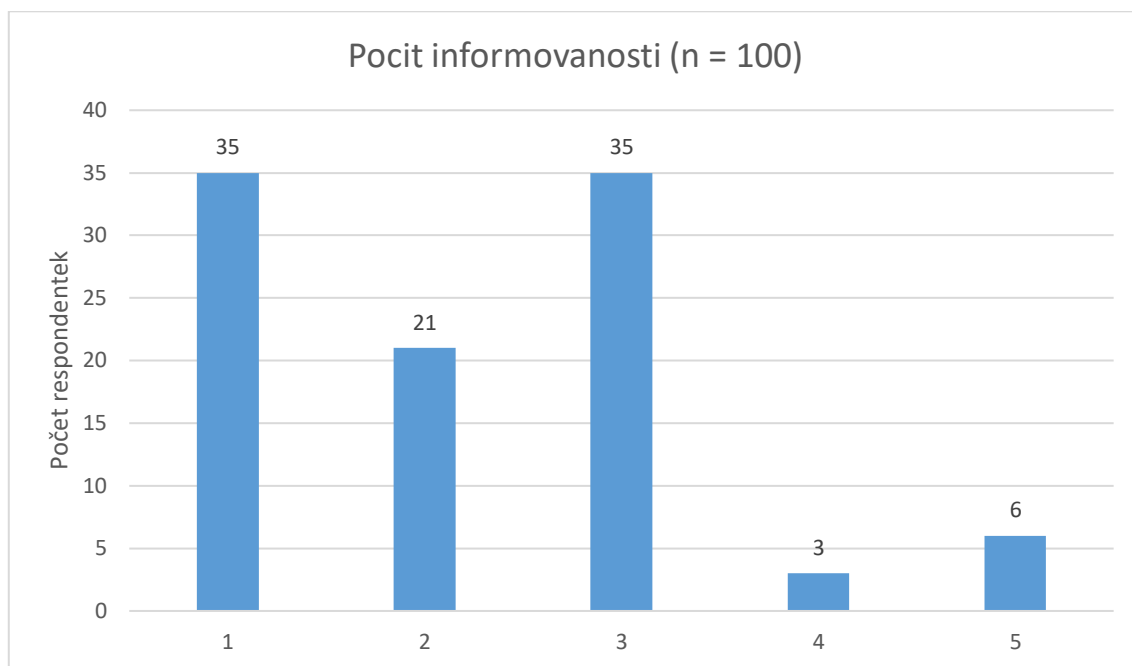
Otázka č. 11: Prováděla jste po propuštění pravidelnou péči o jizvu (např. masáže)?



Graf 11: Péče o jizvu po propuštění

Z celkového počtu 100 (100 %) respondentek uvedlo 26 (26,0 %) žen, že o jizvu pečovaly pravidelně, a 30 (30,0 %) žen zvolilo odpověď spíše pravidelně. Největší skupinu tvoří respondentky, které o jizvu pečovaly spíše nepravidelně, konkrétně 34 (34,0 %). Shodně po 5 (5,0 %) respondentek uvedlo, že péči provádělo nepravidelně nebo se jí nevěnovalo vůbec.

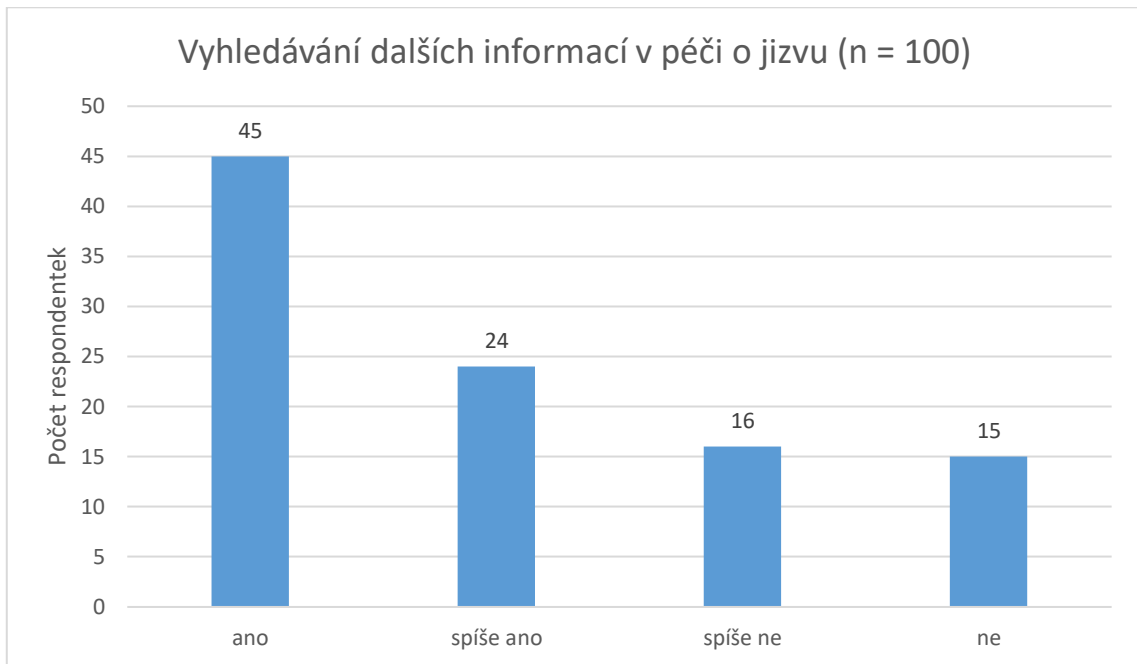
Otázka č. 12: Cítíte se dostatečně informovaná, jak o jizvu pečovat? (1=zcela ano, 5=vůbec ne)



Graf 12: Pocit informovanosti

Z celkového počtu 100 (100 %) respondentek se jich 35 (35,0 %) cítí zcela informovaných (známka 1). Stejný počet žen, tedy 35 (35,0 %), zvolil neutrální hodnotu na škále (známka 3). Známkou 2 uvedlo 21 (21,0 %) dotázaných. Na negativní straně škály se nachází celkem 9 (9,0 %) respondentek, z čehož 3 (3,0 %) zvolily známku 4 a 6 (6,0 %) žen se cítí být informováno vůbec ne (známka 5).

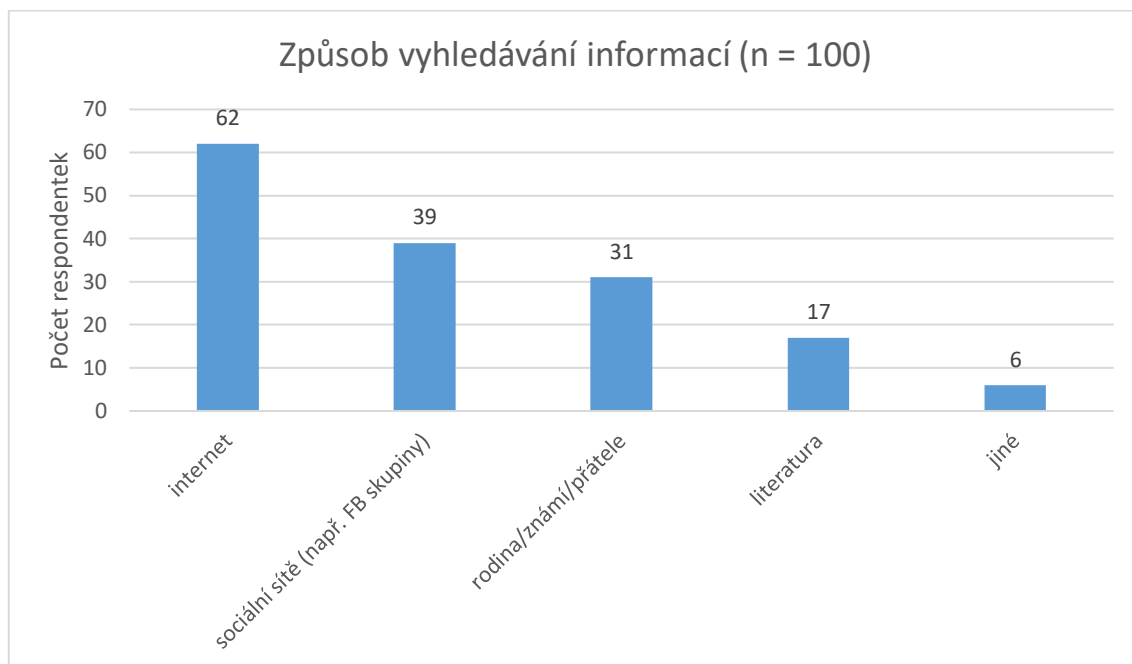
Otázka č. 13: Vyhledávala jste si další informace v péči o jizvu?



Graf 13: Vyhledávání dalších informací v péči o jizvu

Z celkového počtu 100 (100 %) respondentek uvedlo 45 (45,0 %) žen, že si další informace v péči o jizvu vyhledávaly. Odpověď spíše ano zvolilo 24 (24,0 %) dotázaných. Naopak 16 (16,0 %) respondentek uvedlo, že si informace spíše nevyhledávaly, a zbývajících 15 (15,0 %) žen si další informace nevyhledávalo vůbec.

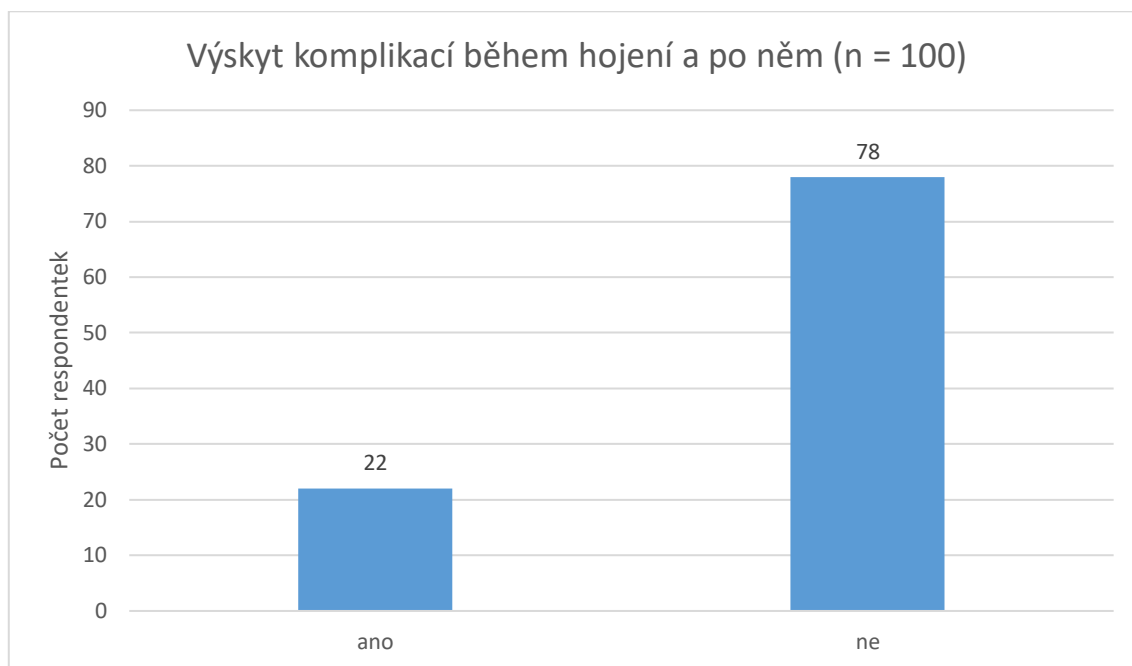
Otázka č. 14: Kde jste si vyhledávala další informace? (Vyplňte pouze pokud jste na předešlou otázku odpověděla "ano" nebo "spíše ano")



Graf 14: Způsob vyhledávání informací

Z celkového počtu 100 (100 %) respondentek, které si vyhledávaly doplňující informace, jich nejvíce využilo internet, konkrétně 62 (62,0 %). Významným zdrojem byly také sociální sítě, které uvedlo 39 (39,0 %) žen, a rady od rodiny, známých či přátel, které využilo 31 (31,0 %) dotázaných. K odborné či populárně-naučné literatuře se přiklonilo 17 (17,0 %) respondentek. Zbývajících 6 (6,0 %) žen uvedlo jiné zdroje informací.

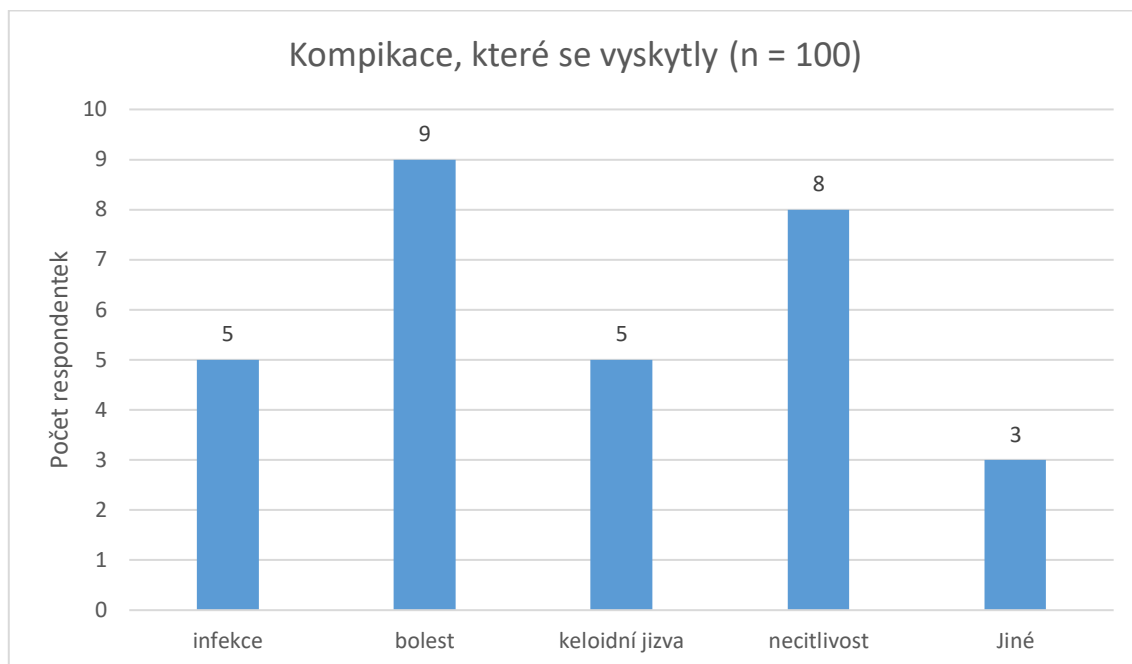
Otázka č. 15: Vyskytly se u Vás během hojení jizvy nebo po něm komplikace?



Graf 15: Výskyt komplikací během hojení a po něm

Z celkového počtu 100 (100 %) respondentek uvedlo 22 (22,0 %) žen, že se u nich během hojení jizvy nebo po něm vyskytly komplikace. Zbývajících 78 (78,0 %) dotázaných uvedlo, že proces hojení proběhl bez komplikací.

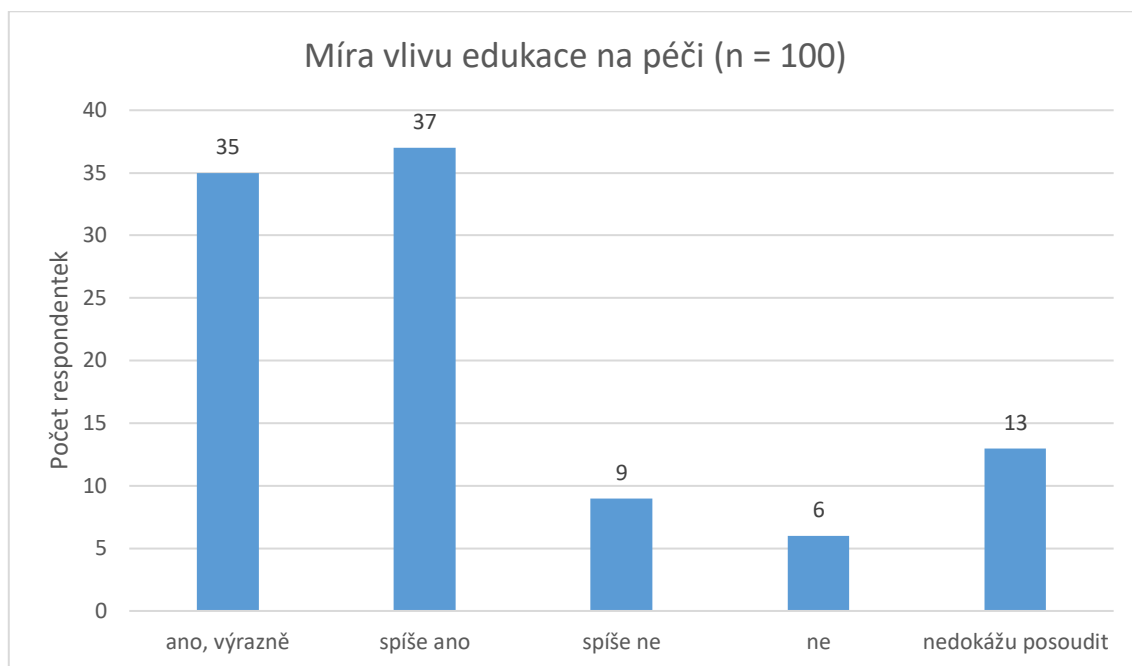
Otázka č. 16: Pokud ano, jaké? (Vyplňte pouze pokud jste na předešlou otázku odpověděla "ano")



Graf 16: Komplikace, které se vyskytly

Z celkového počtu 100 (100 %) respondentek uvedlo nejčastější komplikaci bolest, a to u 9 (9,0 %) žen. Následovala necitlivost v oblasti jizvy, kterou pociťovalo 8 (8,0 %) dotázaných. Shodně po 5 (5,0 %) respondentek uvedlo jako komplikaci infekci a vznik keloidní jizvy (vyvýšená, tuhá, červená jizva). Zbývající 3 (3,0 %) ženy zaznamenaly jiné obtíže.

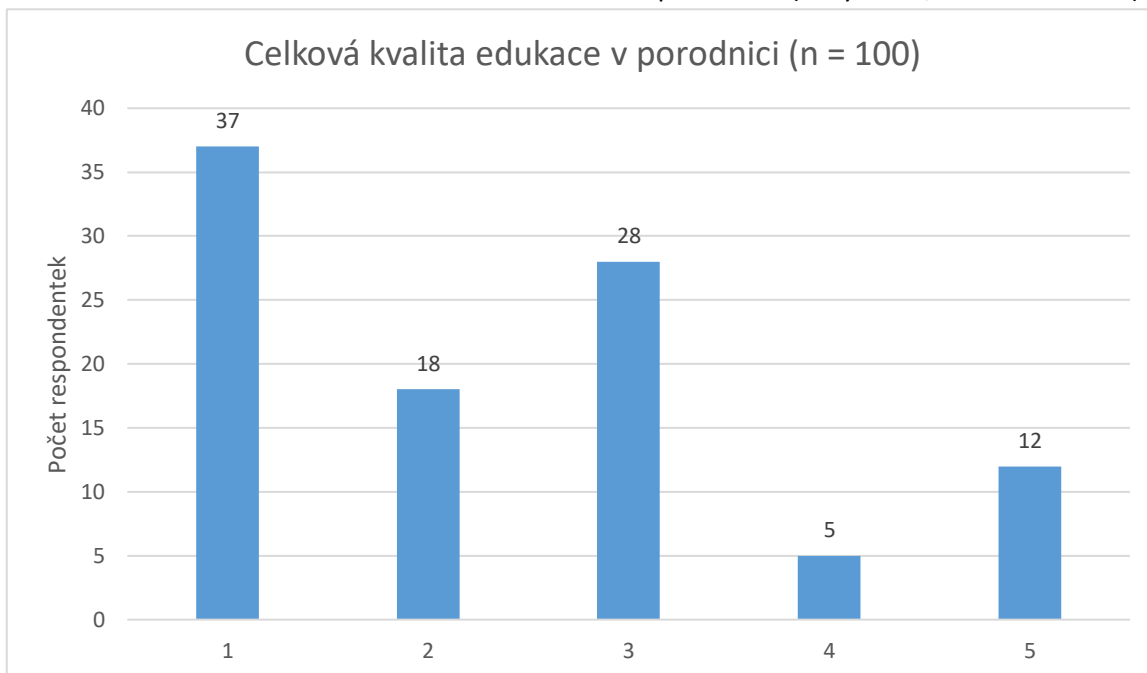
Otázka č. 17: Myslíte si, že edukace ovlivnila péči o Vaši jizvu?



Graf 17: Míra vlivu edukace na péči

Z celkového počtu 100 (100 %) respondentek se jich většina domnívá, že edukace měla na péči o jizvu pozitivní vliv. Konkrétně 35 (35,0 %) žen uvedlo, že je edukace ovlivnila výrazně, a dalších 37 (37,0 %) zvolilo odpověď spíše ano. Negativně se k vlivu edukace vyjádřilo 9 (9,0 %) respondentek (odpověď spíše ne) a 6 (6,0 %) žen (odpověď ne). Celkem 13 (13,0 %) respondentek nedokázalo vliv edukace posoudit.

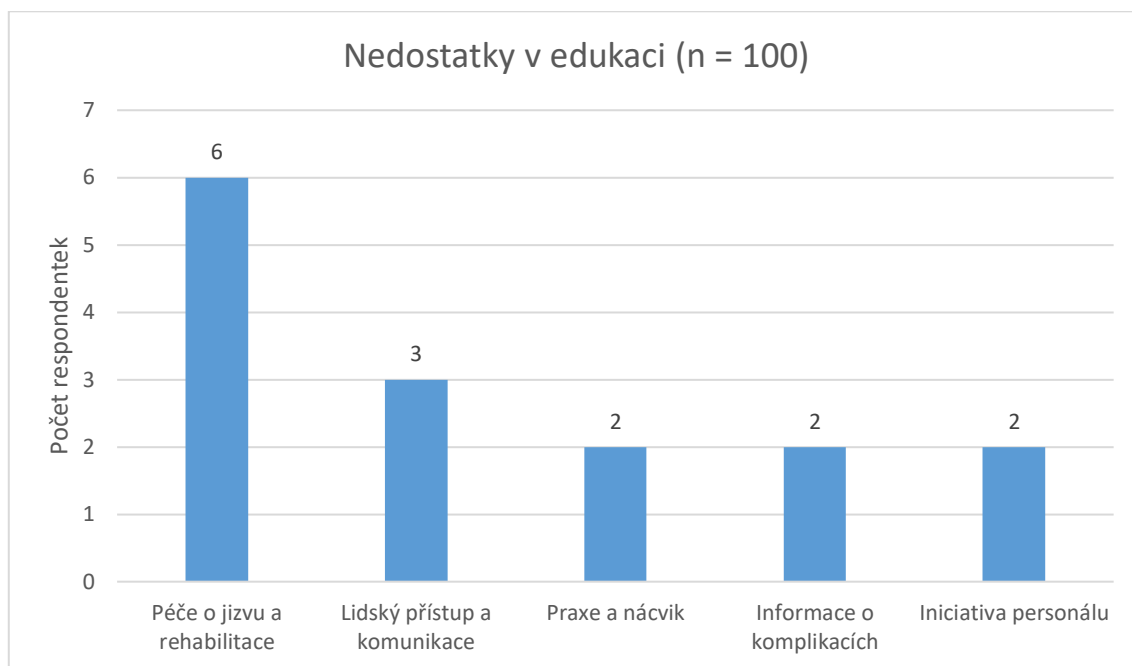
Otázka č. 18: Jak hodnotíte celkovou kvalitu edukace v porodnici? (1=výborná, 5=nedostatečná)



Graf 18: Celková kvalita edukace v porodnici

Z celkového počtu 100 (100 %) respondentek hodnotilo celkovou kvalitu edukace v porodnici jako výbornou (známka 1) celkem 37 (37,0 %) žen. Známku 2 zvolilo 18 (18,0 %) respondentek a známku 3 uvedlo 28 (28,0 %) dotázaných. Na negativní straně škály se nachází 5 (5,0 %) žen, které kvalitu hodnotily známkou 4, a pro 12 (12,0 %) respondentek byla edukace nedostatečná (známka 5).

Otázka č. 19: Co Vám v edukaci nejvíce chybělo? (tato otázka je otevřená, otázka není povinná)



Graf 19: Nedostatky edukace

Z analýzy vyplývá, že nejvýraznější oblastí, kde ženy pociťují deficit, je následná péče o jizvu a rehabilitace. Respondentky uváděly, že jim chyběly konkrétní informace o tom, jak jizvu masírovat, jak ji promazávat nebo jak postupně přidávat fyzickou zátěž. Některé ženy vnímaly poskytované informace jako zastaralé (např. v porovnání s moderními trendy či radami fyzioterapeutů). Dalším významným faktorem byl subjektivní pocit nedostatku lidského přístupu. Respondentky postrádaly větší míru empatie a času ze strany personálu, přičemž v některých případech musely o informace samy aktivně žádat, namísto aby jim byly nabídnuty automaticky.

2.7 Vyhodnocení výzkumných otázek

Výzkumná otázka č. 1: Jakou formou proběhla edukace a jaké informace v péči o jizvu byly ženám poskytnuty?

Tabulka 1: Forma, jakou edukace proběhla

Kategorie	Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Forma edukace	Pouze ústně	39	39
	Ústně s praktickou ukázkou	54	54
	Písemně (leták, brožura)	58	58
	Žádnou	7	7

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 2: Informace, které byly ženám v péči o jizvu poskytnuty

Kategorie	Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Poskytnuté informace	Hygiena jizva	88	88
	Promazávání jizvy	77	77
	Masáže jizvy (technika)	71	71
	Varovné příznaky komplikací	60	60
	Omezení fyzické zátěže	79	79
	Vhodný pohyb a mobilizace	50	50
	Dechová cvičení	44	44
	Prevence srůstů	33	33
	Žádné informace	6	6

Zdroj: vlastní zpracování

K zodpovězení výzkumné otázky č. 1 byly analyzovány odpovědi respondentek na otázky č. 7 a 10, které se zaměřovaly na formu, kterou edukace proběhla a informace, které byly ženám v péči o jizvu poskytnuty. Respondentky měly možnost zvolit více odpovědí současně a jednotlivé formy edukace se v praxi často prolínají, proto součet procentuálních hodnot výrazně převyšuje 100 %.

Z výsledků vyplývá, že nejčastější formou předávání informací je písemný materiál (letáky, brožury), který obdrželo 58 % respondentek. Velmi významný podíl tvoří také ústní výklad kombinovaný s praktickou ukázkou (54 %), zatímco čistě ústní sdělení uvedlo 39 % dotázaných.

Pozitivním zjištěním je vysoký podíl názorného praktického nácviku a dostupnost písemných podkladů. Výsledky zároveň upozorňují na mezeru v edukačním systému, kdy 7 % respondentek uvedlo, že jim informace nebyly předány žádnou z uvedených forem. Pro další zkvalitnění péče by bylo vhodné zaměřit se právě na tuto skupinu a zajistit, aby byl ke každému ústnímu sdělení či praktické ukázkou automaticky poskytnut i písemný materiál pro pozdější připomenutí v domácím prostředí.

Výzkumná otázka č. 2: Do jaké míry považují ženy poskytnuté informace za srozumitelné a dostačující?

Tabulka 3: Míra, do jaké ženy považují poskytnuté informace za srozumitelné
(1=velmi srozumitelná, 5=zcela nesrozumitelná)

Kategorie	Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Míra srozumitelnosti	1	34	34
	2	27	27
	3	29	29
	4	3	3
	5	7	7

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 4: Míra, do které ženy považují poskytnuté informace za dostačující
(1=zcela ano, 5=vůbec ne)

Kategorie	Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Míra dostatečnosti	1	35	35
	2	21	21
	3	35	35
	4	3	3
	5	6	6

Zdroj: vlastní zpracování

Srozumitelnost edukace vnímá většina respondentek pozitivně. Celkem 61 % dotázaných zvolilo kladné hodnocení, z toho 34 % udělilo známku 1 a 27 % známku 2. Nezanedbatelná část respondentů, konkrétně 29 %, však srozumitelnost hodnotila neutrálně (známka 3). Negativní hodnocení (známky 4 a 5) tvořilo zbývajících 10 %. Výsledky naznačují, že pro téměř třetinu pacientek může být forma výkladu hůře pochopitelná nebo málo názorná.

V oblasti dostatečnosti informací v péči o jizvu byla tendence mírně odlišná. Pozitivní pocit informovanosti vyjádřilo 56 % respondentek (známky 1 a 2), přičemž nejvíce žen (35 %) se cítí být informováno zcela (známka 1). Výrazným zjištěním je nárůst neutrálního postoje na 35 %. Tento posun oproti hodnocení obecné srozumitelnosti naznačuje, že ačkoliv pacienti edukaci teoreticky rozumí, jsou si méně jistí při aplikaci informací v praktické péči. Pocit naprosté neinformovanosti (známka 5) uvedlo 6 % respondentů.

Z naměřených dat vyplývá, že edukační proces je nastaven funkčně, neboť nadpoloviční většina respondentek odchází s jasnými informacemi. Hlavním nedostatkem však zůstává vysoký podíl

neutrálních odpovědí (30–35 %), které značí přetrvávající nejistotu pacientek po absolvování edukace.

Výzkumná otázka č.3: Jak často prováděly ženy péči o jizvu v domácím prostředí?**Tabulka 5: Četnost péče o jizvu v domácím prostředí**

Kategorie	Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Četnost péče	Pravidelně	26	26
	Spíše pravidelně	30	30
	Spíše nepravidelně	34	34
	Nepravidelně	5	5
	Vůbec	5	5

Zdroj: vlastní zpracování

Z výsledků je patrné, že povědomí o důležitosti péče o jizvu je velmi vysoké, neboť celých 96 % dotázaných žen se o jizvu alespoň v nějaké míře stará. Pouze 4 % respondentek uvedla, že se jizvě nevěnují vůbec. Ačkoliv je ochota k péči o jizvu dominantní, její realizace v domácím prostředí vykazuje značné rozdíly v pravidelnosti. Největší část respondentek, konkrétně 34 %, provádí péči „spíše nepravidelně“, což může naznačovat náročnost skloubení těchto úkonů s běžným denním režimem. Nicméně nadpoloviční většina žen (celkem 56 %) se snaží o systematický přístup – 26 % dotázaných uvádí striktně pravidelnou péči a dalších 30 % péči spíše pravidelnou. Zbývajících 6 % žen pak péči provádí vysloveně nepravidelně. Celkově lze tedy shrnout, že drtivá většina pacientek po propuštění aktivně pracuje na hojení jizvy, i když pro značnou část z nich je obtížné dodržet úplnou metodickou pravidelnost.

Výzkumná otázka č.4: Jaké konkrétní zdroje informací využily respondentky, které projevíly zájem o hlubší znalost péče o jizvu, co císařském řezu?

Tabulka 6: Zdroje informací žen, které projevíly zájem o hlubší znalost v péči o jizvu

Kategorie	Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Zdroje informací	Internet	62	88,6
	Sociální sítě (např. FB skupiny)	39	55,7
	Rodina/známí/přátele	31	44,3
	Odborná literatura	17	24,3
	Jiné	6	8,5

Zdroj: vlastní zpracování

Z hlediska zdrojů informací byl nejčastěji uváděn internet, který využívá 62 respondentek (88,6 %). Významnou roli hrají také sociální sítě, například facebookové skupiny, které uvedlo 39 žen (55,7 %). Rodinu či přátele jako zdroj informací označilo 31 respondentek (44,3 %). Odbornou literaturu využívá 18 žen (25,7 %).

V rámci polootevřené možnosti odpovědi „jiné“ se ojediněle objevila také návštěva fyzioterapeuta či jiného odborníka, tyto odpovědi však tvořily pouze zanedbatelný podíl.

Výsledky ukazují, že ženy se při vyhledávání informací nejčastěji spoléhají na online zdroje a osobní doporučení, zatímco odborné zdroje, jako je literatura či konzultace se specialisty, jsou využívány výrazně méně.

3 Diskuse

Text analyzuje úroveň informovanosti a péči o jizvu u matek po sekci. Výsledky dává do souvislosti s teoretickým základem práce a v diskusi kriticky hodnotí, jak mohly zvolená metodika a výběr účastnic ovlivnit konečná data.

Výzkumná otázka č. 1: Jakou formou proběhla edukace a jaké informace v péči o jizvu byly ženám poskytnuty?

Pro zodpovězení této otázky byly analyzovány odpovědi respondentek zaměřené na formu předávání informací a konkrétní obsah edukačního sdělení v péči o jizvu po císařském řezu (otázky č. 7 a 10). Vzhledem k možnosti volby více odpovědí současně součet procentuálních hodnot převyšuje 100 %, což odpovídá praxi, kdy je edukace často realizována kombinací více metod.

Výsledky výzkumu ukázaly, že nejvyužívanější formou edukace jsou písemné materiály (letáky, brožury), které obdrželo 58 % respondentek. Významný podíl tvoří také ústní výklad spojený s praktickou ukázkou (54 %), zatímco čistě ústní sdělení uvedlo 39 % dotázaných. Tato zjištění jsou v souladu s odbornou literaturou, která zdůrazňuje, že pro efektivní osvojení praktických dovedností, jako je péče o pooperační ránu, je nezbytná kombinace verbálních informací s názornou demonstrací a následnou písemnou oporou (Dušová et al., 2019; Slezáková et al., 2017). Pozitivním faktem je vysoké zastoupení praktického nácviku, nicméně 7 % respondentek uvedlo absenci jakékoliv formy edukace. Tento nedostatek může být rizikový, neboť správná edukace je klíčovým předpokladem pro prevenci komplikací v hojení (Plevová, Kachlová et al., 2022).

V oblasti obsahu poskytnutých informací dominovala témata hygieny jizvy (88 %), omezení fyzické zátěže (79 %) a promazávání jizvy (77 %). Častým tématem byla rovněž technika masáže jizvy (71 %) a varovné příznaky komplikací (60 %). Méně často byly zmiňovány specifické rehabilitační aspekty, jako jsou dechová cvičení (44 %) či prevence srůstů (33 %). Výsledky potvrzují, že edukace se soustředí primárně na bazální ošetřovatelskou péči o ránu a režimová opatření, což odpovídá standardům perioperační péče (Bláha et al., 2015; Čoupková et al., 2019). Relativně nižší podíl informací o prevenci srůstů a dechové rehabilitaci však naznačuje prostor pro širší zapojení fyzioterapeutických postupů do standardní edukační činnosti (Dobšaba, Křížová a Hartman, 2021).

Z výsledků dále vyplývá, že ačkoliv je většina žen informována o technickém postupu péče, část z nich postrádá komplexnější informace o dlouhodobé regeneraci tkání. Podle odborníků by přítom edukace měla zahrnovat nejen hygienu, ale i včasnou mobilizaci a specifickou péči o měkké tkáň, aby se předešlo vzniku patologických jizev a srůstů (Bajerová, online; Kohutová, Gruberová a Zubec, 2024).

Podobnou problematikou se ve své práci zabývala Novotná (2017), která zkoumala edukační schopnosti sester a jejich vliv na pacienty. Autorka uvádí, že sestry vnímají edukaci jako zásadní součást své profese, avšak narážejí na časový deficit, což může vést k upřednostňování stručných ústních informací před komplexní instruktáží. Výsledky Novotné jsou srovnatelné s předkládaným výzkumem v tom smyslu, že i přes vysokou míru poskytované edukace existuje skupina pacientek (v tomto případě 7 %), které zůstávají neinformovány. Shoda panuje

i v důležitosti písemných podkladů pro fixaci znalostí v domácím prostředí, což potvrzují i další autoři zabývající se ošetrovatelským procesem v chirurgii (Libová, Balková a Jankechová, 2019).

Výzkumná otázka č. 2: Do jaké míry považují ženy poskytnuté informace za srozumitelné a dostačující?

Pro zodpovězení této otázky byly využity zejména dotazníkové položky hodnotící subjektivní spokojenost respondentek s kvalitou, srozumitelností a rozsahem informací, které jim byly předány v souvislosti s péčí o jizvu po císařském řezu (otázky č. 11 a 12).

Výsledky výzkumu ukázaly, že většina respondentek hodnotí srozumitelnost poskytnutých informací velmi kladně. Celkem 62 % žen uvedlo, že informace byly naprosto srozumitelné, a dalších 28 % je hodnotilo jako spíše srozumitelné. Pouze minimální podíl respondentek (10 %) vnímal instrukce jako nejasné nebo matoucí. Tato vysoká míra srozumitelnosti je klíčovým předpokladem pro bezpečnou sebek péči v domácím prostředí, neboť nepochopení edukačního obsahu může vést k chybám v ošetřování jizvy a následným komplikacím (Dušová et al., 2019; Plevová, Kachlová et al., 2022). Odborná literatura uvádí, že srozumitelnost edukace přímo ovlivňuje úroveň úzkosti rodičky a její schopnost aktivně se podílet na procesu hojení (Slezáková et al., 2017).

V hodnocení dostatečnosti informací byly výsledky rovněž převážně pozitivní, ačkoliv se zde objevil větší prostor pro zlepšení. Jako zcela dostačující označilo poskytnuté informace 55 % respondentek, zatímco 32 % je vnímalo jako spíše dostačující. Kriticky se k rozsahu informací vyjádřilo 13 % žen, které by uvítaly podrobnější instruktáž. Tento výsledek naznačuje, že ačkoliv jsou informace předávány srozumitelně, jejich obsah nemusí vždy pokrývat individuální potřeby všech pacientek, zejména v oblasti dlouhodobé péče a prevence srůstů, což jsou témata, která ženy často vyhledávají v externích zdrojích (Kohutová, Gruberová a Zubec, 2024; Bajerová, online).

Z výsledků dále vyplývá, že subjektivní pocit informovanosti je úzce spjat s formou, jakou byla edukace provedena. Respondentky, které obdržely kombinaci praktické ukázky a písemných materiálů, vykazovaly vyšší míru spokojenosti s dostatečností informací než ty, kterým byly instrukce sděleny pouze ústně. Tento trend potvrzuje, že písemná opora slouží jako důležitý prvek, ke kterému se žena může v období šestinedělí opakovaně vracet (Novotná, 2017; Libová, Balková a Jankechová, 2019).

Podobnou problematiku sledovala také práce Novotné (2017), která se zaměřila na teoretické i praktické aspekty edukačních schopností sester. Autorka ve svých závěrech zdůrazňuje, že srozumitelnost není dána pouze obsahem sdělení, ale také způsobem komunikace a schopností sestry přizpůsobit informace úrovni pochopení pacienta. Výsledky Novotné jsou srovnatelné s předkládaným výzkumem, kde vysoké procento srozumitelnosti (přes 60 %) svědčí o dobré komunikační úrovni zdravotnického personálu. Shoda panuje i v tom, že subjektivní pocit nedostatku informací u části pacientek (v mém výzkumu 13 %) často pramení z limitovaného času, který mohou sestry edukaci věnovat v rámci běžného provozu oddělení (Slezáková et al., 2019).

Výzkumná otázka č. 3: Jak často prováděly ženy péči o jizvu v domácím prostředí?

Pro zodpovězení této otázky byly analyzovány odpovědi respondentek v dotazníkovém šetření, které se zaměřovaly na frekvenci a pravidelnost provádění péče o jizvu po propuštění

z nemocnice do domácího ošetřování (otázka č. 15). Pravidelnost péče je zásadním faktorem pro správnou remodelaci tkáně a dlouhodobý estetický i funkční výsledek hojení.

Výsledky výzkumu ukázaly, že většina respondentek přistupuje k péči o jizvu zodpovědně a pravidelně. Celkem 52 % žen uvedlo, že se jizvě věnují denně, a 26 % respondentek provádí péči několikrát týdně. Menší část souboru (15 %) přiznala spíše nepravidelnou péči a pouze 7 % dotázaných uvedlo, že o jizvu doma nepečují vůbec nebo jen zcela výjimečně. Tyto výsledky naznačují vysokou míru adherence k doporučeným postupům, což úzce souvisí s úrovní předchozí edukace v porodnici. Odborná literatura potvrzuje, že pravidelná mechanická stimulace jizvy, například formou masáží, je nezbytná pro zajištění flexibility tkání a prevenci fixace jizvy k podkožním strukturám (Bajerová, online; Stryja et al., 2016).

V souvislosti s frekvencí péče respondentky nejčastěji uváděly promazávání a hygienu, což jsou činnosti, které lze snadno začlenit do každodenní rutiny. Nižší frekvence byla zaznamenána u specifických technik, jako je tlaková masáž, což může být způsobeno buď vyšší časovou náročností, nebo obavami žen z bolestivosti jizvy v raném pooperačním období. Právě pravidelnost a včasné zahájení péče jsou však klíčové pro prevenci vzniku keloidních jizev a chronické bolesti v oblasti pod bříškem (Kohutová, Gruberová a Zubec, 2024; Bláha et al., 2015).

Z výsledků dále vyplývá, že ženy, které byly v nemocnici instruovány pomocí praktické ukázky, vykazovaly vyšší tendenci k pravidelné denní péči (denně 52 %). Tento fakt zdůrazňuje význam názorné edukace, která zvyšuje sebevědomí ženy při manipulaci s jizvou a snižuje strach z jejího poškození (Dušová et al., 2019; Dosbaba, Křížová a Hartman, 2021).

Podobnou problematikou se zabývala práce Novotné (2017), která ve svém výzkumu edukace potvrzuje, že pacienti, kteří jasně rozumí smyslu a technice prováděného úkonu, jej v domácím prostředí provádějí s vyšší důsledností. Výsledky Novotné korespondují s mým zjištěním, kdy nadpoloviční většina respondentek dodržuje doporučenou frekvenci péče. Shoda panuje také v tom, že bariérou pro pravidelnost může být únava matky v šestinedělí nebo nedostatečná motivace v případě, že jizva nevykazuje na první pohled žádné komplikace (Slezáková et al., 2017). Pravidelná péče je však odborníky doporučována i u nekomplikovaných jizev jako prevence pozdních následků, jako jsou tkáňové srůsty (Roztočil et al., 2024).

Výzkumná otázka č. 4: Jaké konkrétní zdroje informací využily respondentky, které projevíly zájem o hlubší znalost péče o jizvu, po císařském řezu?

Pro zodpovězení této otázky byla analyzována data od respondentek, které uvedly, že jim informace poskytnuté v nemocnici nestačily a vyhledaly doplňující zdroje (otázka č. 14). Analýza se zaměřila na typy těchto externích informačních kanálů a jejich relevanci v kontextu odborné péče.

Výsledky výzkumu ukázaly, že dominantním zdrojem pro doplňující informace je internet a sociální sítě, které využilo 68 % žen hledajících hlubší znalosti. Významnou roli hrají také odborné platformy a weby zaměřené na gynekologickou fyzioterapii (42 %) a doporučení od známých či jiných žen s podobnou zkušeností (35 %). Pouze 15 % respondentek se s doplňujícími dotazy obrátilo na svého ambulantního gynekologa nebo fyzioterapeuta. Tento trend potvrzuje, že v současné době hraje digitální prostředí zásadní roli v sebevzdělávání pacientek, což s sebou

nese riziko čerpání z neodborných či zavádějících zdrojů (Dušová et al., 2019; Kohutová, Gruberová a Zubec, 2024).

Z hlediska kvality informací respondentky nejčastěji vyhledávaly podrobné videonávody na masáže jizvy a recenze na konkrétní přípravky k promazávání. Vysoký zájem o online zdroje může souviset s nedostatkem času na individuální dotazy během hospitalizace nebo s potřebou řešit specifické potíže až v momentě, kdy nastanou v domácím prostředí (Slezáková et al., 2017). Odborníci proto zdůrazňují potřebu odkazovat pacientky na ověřené odborné portály již během edukačního procesu v nemocnici (Bajerová, online; Procházka, 2020).

Z výsledků dále vyplývá, že ženy, které aktivně vyhledávají doplňující informace, mají často vyšší motivaci k prevenci dlouhodobých následků, jako jsou srůsty. Tento aktivní přístup je žádoucí, pokud je usměrněn odbornými doporučeními, která eliminují riziko neodborné manipulace s jizvou (Dosebaba, Křížová a Hartman, 2021; Roztočil et al., 2020).

Podobnou problematikou se zabývala práce Novotné (2017), která uvádí, že pacienti v současnosti běžně kombinují informace od zdravotníků s informacemi z volně dostupných zdrojů. Výsledky Novotné se shodují s mým zjištěním v tom, že internet je pro pacientky nejrychleji dostupným, byť ne vždy nejspolehlivějším zdrojem. Shoda panuje také v tom, že role sestry by měla spočívat i v roli „průvodce“, který pacientku nasměruje na kvalitní literaturu či weby, čímž se předejde šíření mýtů v oblasti péče o ránu (Libová, Balková a Jankechová, 2019; Plevová, Kachlová et al., 2022).

4 Návrh a doporučení pro praxi

Výsledky výzkumu poukázaly na to, že péče o jizvu po císařském řezu je pro ženy zásadním tématem, přičemž se v praxi stále objevují mezery v systematické edukaci a komplexnosti poskytovaných informací. Na základě zjištěných poznatků je proto vhodné zaměřit se na standardizaci edukačního procesu a posílení role následné rehabilitační péče.

Jedním z klíčových opatření je zajištění multimodální edukace u všech rodiček po císařském řezu. Informace by měly být předávány kombinací ústního výkladu, praktického nácviku a předání písemných materiálů. Právě písemná forma (brožury, letáky) slouží jako nezbytná opora pro domácí prostředí. Edukace musí zahrnovat nejen základní hygienu a promazávání, ale také techniky prevence srůstů a dechovou rehabilitaci, které jsou v současné praxi často opomíjeny.

Významnou roli v tomto procesu hraje porodní asistentka a fyzioterapeut. Aktivní přístup personálu a včasná instruktáž o masáži jizvy mohou snížit obavy žen z doteku v operované oblasti a podpořit jejich sebevědomí v sebepéči. Současně je vhodné věnovat pozornost edukaci o varovných příznacích komplikací, aby ženy dokázaly včas vyhledat odbornou pomoc.

Dalším doporučením je vytvoření a distribuce ověřených odborných zdrojů. Vzhledem k tomu, že velká část žen vyhledává doplňující informace na internetu a sociálních sítích, kde hrozí riziko dezinformací, je žádoucí, aby nemocnice odkazovaly na konkrétní odborné platformy zaměřené na gynekologickou fyzioterapii. Tyto zdroje by měly být dostupné v tištěné i digitální podobě přímo na odděleních šestinedělí.

Z výsledků rovněž vyplynulo, že část žen provádí péči nepravidelně. Je proto vhodné zdůraznit význam dlouhodobé a kontinuální péče o jizvu i po skončení šestinedělí. Zdravotnický personál by měl aktivně motivovat ženy k provádění tlakových masáží a režimových opatření, která zabraňují vzniku funkčních poruch pohybového aparátu.

V neposlední řadě je žádoucí posílit multidisciplinární spolupráci mezi porodníky, porodními asistentkami a fyzioterapeuty. Komplexní přístup, který začíná již v porodnici a pokračuje v ambulantní sféře, umožňuje efektivní hojení, prevenci chronických bolestí a zlepšení celkové kvality života žen po porodu císařským řezem.

Závěr

Teoretická část bakalářské práce se komplexně zaměřila na problematiku péče o jizvu po císařském řezu. V úvodu do problematiky byla zohledněna historie císařského řezu a popsány současné indikace k operačnímu ukončení porodu. Důležitá pozornost byla věnována volbě laparotomie, kdy způsob chirurgického přístupu přímo ovlivňuje následné hojení tkání. Teoretický základ dále vymezil formy a fáze hojení rány, přičemž byly identifikovány možné komplikace a způsoby jejich prevence.

Klíčovou kapitolou byla role porodní asistentky v pooperační péči, která zahrnuje nejen bezprostřední ošetrovatelské úkony, ale i následnou rehabilitaci a edukaci. Právě edukační proces o technikách péče o jizvu a měkké tkáně byl v teoretické části definován jako zásadní předpoklad pro snížení rizika vzniku srůstů a chronické bolesti. Získané poznatky potvrdily, že multimodální přístup zdravotníků a kontinuita informací jsou klíčové pro bezpečnou rekonvalescenci rodičky.

Výzkumná část práce byla realizována formou kvantitativního šetření. Na základě stanovených cílů a výzkumných otázek byla zvolena odpovídající metodika výzkumu a popsána charakteristika vzorku respondentek. Data získaná během průběhu výzkumu byla statisticky zpracována a prezentována v kapitole Výsledky výzkumného šetření, která obsahuje podrobné tabulky, grafy a obrázky.

Při vyhodnocení výzkumných otázek se potvrdilo, že nejčastější formou edukace v nemocničním prostředí je kombinace písemných podkladů a praktického nácviku. Výzkum ukázal, že respondentky se nejvíce zaměřují na hygienu a promazávání jizvy, zatímco specifická fyzioterapeutická doporučení, jako je prevence srůstů, jsou v edukačním procesu zastoupena méně. Výsledky rovněž poukázaly na fakt, že nedostatek informací o dlouhodobé rehabilitaci vede ženy k vyhledávání poznatků v neodborných online zdrojích.

Na základě získaných dat lze konstatovat, že komplexní ošetrovatelská péče, včasná demonstrace technik masáže a dostupnost odborně garantovaných informací mají zásadní význam pro kvalitu života žen po operačním porodu. Práce zdůrazňuje potřebu systematické edukace a může sloužit jako podklad pro zefektivnění ošetrovatelských standardů v klinické praxi. Všechny stanovené cíle bakalářské práce byly splněny.

Seznam použité literatury

- BAJEROVÁ, Marika. *Jak pečovat o jizvu po porodu císařským řezem?* [online]. Brno: Gynekologicko-porodnická klinika FN Brno, [cit. 2026-04-28]. Dostupné z: gynekologicka-fyzioterapie.cz
- BERÁNKOVÁ, Žaneta. *Císařský řez z pohledu žen*. Jihlava, 2025. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava, Katedra zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Marcela Svobodová.
- BETTER HEALTH CHANNEL. *Umbilical cord prolapse* [online]. Victoria, Australia: Department of Health, Victoria State Government, © 2022 [cit. 2026-04-28]. Dostupné z: betterhealth.vic.gov.au
- BLÁHA, Jan et al. *Perioperační péče v porodnictví*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5381-2.
- ČOUPKOVÁ, Hana et al. *Ošetrovatelství v chirurgii I. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2019. Sestra. ISBN 978-80-247-2900-8.
- DOSBABA, Filip, Dagmar KŘÍŽOVÁ a Martin HARTMAN. *Rehabilitační ošetřování v klinické praxi*. Praha: Grada Publishing, 2021. ISBN 978-80-271-1050-6.
- DUŠOVÁ, Bohdana et al. *Edukace v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-0836-7.
- FAIT, Tomáš. *Moderní gynekologie a porodnictví: postupy v praxi*. Praha: Maxdorf, 2021. Jessenius. ISBN 978-80-7345-685-6.
- HÁJEK, Zdeněk; ČECH, Evžen a MARŠÁL, Karel. *Porodnictví. 3.*, zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha. ISBN 978-80-247-4529-9.
- KOHUTOVÁ, Anna, Olga GRUBEROVÁ a Eva ZUBEC. *Průvodce péčí po císařském řezu* [online]. 1. vyd. [s. l.]: Císařovná, z. s., 2024 [cit. 2026-04-27]. Dostupné z: cisarovnam.cz
- LIBOVÁ, Ľubica, Hilda BALKOVÁ a Monika JANKECHOVÁ. *Ošetrovatelský proces v chirurgii*. Praha: Grada Publishing, 2019. Sestra. ISBN 978-80-271-2466-4.
- MAREŠOVÁ, Pavlína a Luděk FIALA. *Moderní postupy v gynekologii a porodnictví. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2018. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4852-1.
- MEDIBAY. *Preeklampsie: diagnóza, příznaky a léčba* [online]. 2019 [cit. 2026-04-28]. Dostupné z: medibay.cz
- NOVOTNÁ, Tatiana. *Edukační schopnosti sester – teorie a praxe*. Praha, 2017. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 2. lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství. Vedoucí práce PhDr. Šárka Tomová, PhD.
- PLEVOVÁ, Ilona, Eva KACHLOVÁ et al. *Ošetrovatelství II. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2022. ISBN 978-80-271-3315-4.
- PROCHÁZKA, Martin. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf, 2020. Jessenius. ISBN 978-80-7345-618-4.

- ROZTOČIL, Aleš et al. *Moderní gynekologie*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2024. ISBN 978-80-271-2005-5.
- ROZTOČIL, Aleš et al. *Porodnictví v kostce*. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2098-7.
- SLEZÁKOVÁ, Lenka et al. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0214-3.
- SLEZÁKOVÁ, Lenka et al. *Ošetřovatelství v chirurgii I*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-247-2900-8.
- STRYJA, Jan et al. *Repetitorium hojení ran 2*. 2. vydání. Semily: Geum, 2016. ISBN 978-80-87969-18-2.