

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2020

Bc. Iveta Zadražilová

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Očekávání versus realita žen při porodu císařským řezem ve svodné anestezii

Bc. Iveta Zadražilová

Diplomová práce

2020

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2018/2019

## **ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE** (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Iveta Zdražilová**  
Osobní číslo: **Z18239**  
Studijní program: **N5345 Specializace ve zdravotnictví**  
Studijní obor: **Perioperační péče v gynekologii a porodnictví**  
Téma práce: **Očekávání versus realita žen při porodu císařským řezem ve svod-  
né anestezii**  
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

### Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
  2. Stanovení cílů a metodiky práce.
  3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
  4. Analýza a interpretace získaných dat.
  5. Zhodnocení výsledků práce.
-

Rozsah pracovní zprávy: **50 stran**  
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**  
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

1. HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví*. 3. zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014, 579 s. ISBN 978-80-247-4529-9.
2. JEDLIČKOVÁ, Jaroslava. *Ošetrovatelská perioperační péče*. 2. rozš. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2019, 330 s. ISBN 978-80-7013-598-3.
3. JINDROVÁ, Barbora, Martin STRÍTESKÝ a Jan KUNSTÝŘ. *Praktické postupy v anestezií*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2016, 200 s. ISBN 978-80-247-5612-7.
4. PAŘÍZEK, Antonín. *Analgezie a anestezie v porodnictví*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 2012, 427 s. ISBN 978-80-7262-893-3.
5. ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2017, 656 s. ISBN 9788024757537.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Zuzana Škorničková, Ph.D.**  
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2018**

Termín odevzdání diplomové práce: **30. dubna 2020**

L.S.

---

**doc. Ing. Jana Holá, Ph.D.**  
děkanka

---

**Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.**  
vedoucí katedry

## **PROHLÁŠENÍ AUTORA**

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 1. 6. 2020

Bc. Iveta Zadražilová

## **PODĚKOVÁNÍ**

Touto cestou bych ráda poděkovala své vedoucí práce paní Mgr. Zuzaně Škorníčkové, Ph.D., která mi po celou dobu zpracovávání diplomové práce poskytovala cenné rady a měla se mnou trpělivost. Dále bych chtěla poděkovat celé mé rodině, která mi spolu s mým partnerem po celou dobu studia poskytovala podporu. V neposlední řadě bych ráda poděkovala respondentkám a porodním asistentkám, které mi umožnily, abych sesbírala data do průzkumu.

## **ANOTACE**

Diplomová práce se zabývá porovnáním očekávání a následné reality žen při porodu císařským řezem ve svodné anestezii. Práce je rozdělena na teoretickou a průzkumnou část. V teoretické části je rozebrána problematika císařského řezu. Jsou uvedeny indikace k jeho provedení, techniky provedení, postup předoperační přípravy, možné komplikace a není opomenuta ani pooperační péče. Další kapitola se věnuje svodné anestezii, konkrétně typům této anestezie a jejich indikacím a kontraindikacím, technice provedení jednotlivých typů anestezie a jsou uvedeny i komplikace. Na závěr je rozebrána péče perioperační sestry. Průzkumná část práce byla provedena prostřednictvím kvantitativního průzkumného šetření formou dotazníku vlastní konstrukce. Sběr dat probíhal ve třech vybraných nejmenovaných zdravotnických zařízeních od prosince 2019 do února 2020. Cílem průzkumné části diplomové práce bylo zjistit, jaká je informovanost rodiček o svodné anestezii, jaké mají rodičky očekávání o průběhu operace i pooperačního období a zda se tato očekávání shodovala s následnou realitou.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

císařský řez, svodná anestezie, bolest, rodička, perioperační sestra

## **TITLE**

Expectations versus the reality of women during childbirth by caesarean section in conduction anaesthesia

## **ANNOTATION**

The diploma thesis deals with the comparison of expectations and subsequent reality of women during caesarean delivery under conduction anaesthesia. The work is divided into two parts: theory and research. The theoretical part deals with the issue of caesarean section. Described here are indications for its implementation, techniques of implementation, procedure of preoperative preparation, possible complications as well as postoperative care. The next chapter deals with conduction anaesthesia, more specifically different types of it, and it focuses on their indications, contraindications and the technique of performing the various types. There are also possible complications listed in this part. Finally, the care of the perioperative nurse is discussed. The exploratory part of the work was carried out through a quantitative exploratory survey in the form of a questionnaire I myself designed. The data collection took place in three selected (anonymous) medical facilities from December 2019 to February 2020. The aim of the research was to find out mothers' knowledgeability regarding conduction anaesthesia, their expectations about the operation itself and about the postoperative period, and whether these expectations coincided with subsequent reality.

## **KEYWORDS**

caesarean section, conduction anaesthesia, pain, woman who gives birth, perioperative nurse



## OBSAH

|  |    |
|--|----|
| Úvod.....  | 13 |
| 1 Cíle práce.....  | 15 |
| 1.1 Cíle teoretické části práce.....   | 15 |
| 1.2 Cíle průzkumné části práce.....  | 15 |
| TEORETICKÁ ČÁST .....  | 16 |
| 2 Císařský řez .....   | 16 |
| 2.1 Charakteristika.....   | 16 |
| 2.2 Indikace císařského řezu.....  | 17 |
| 2.3 Císařský řez na přání .....  | 18 |
| 2.4 Předoperační vyšetření a příprava .....                                  | 18 |
| 2.5 Technika císařského řezu (laparotomie, hysterotomie).....                | 19 |
| 2.6 Komplikace v souvislosti s císařským řezem (u ženy, u novorozence) ..... | 21 |
| 2.7 Pooperační péče.....   | 23 |
| 2.8 Rehabilitace po císařském řezu .....                                     | 24 |
| 3 Svodná anestezie.....  | 25 |
| 3.1 Epidurální anestezie (provedení, komplikace) .....                       | 25 |
| 3.2 Spinální anestezie (provedení).....                                      | 27 |
| 3.3 Kombinovaná subarachnoidální-epidurální anestezie (CSEA).....            | 27 |
| 3.4 Indikace podání svodné anestezie.....                                    | 28 |
| 3.5 Kontraindikace podání svodné anestezie.....                              | 28 |
| 3.6 Anesteziologická příprava .....  | 28 |
| 3.7 Anesteziologické komplikace.....   | 29 |
| 4 Psychika rodičky.....  | 34 |
| 5 Péče perioperační sestry .....   | 37 |
| 5.1 Edukace rodičky perioperační sestrou .....                               | 39 |

|   |    |
|---|----|
| PRŮZKUMNÁ ČÁST .....  | 41 |
| 6 Průzkumné cíle a otázky .....   | 41 |
| 6.1 Cíle práce .....  | 41 |
| 6.2 Průzkumné otázky .....  | 41 |
| 7 Metodika průzkumu.....  | 42 |
| 7.1 Charakteristika průzkumného souboru .....                             | 42 |
| 7.2 Zpracování dat .....  | 43 |
| 8 Interpretace výsledků.....  | 44 |
| 8.1 Identifikační údaje o průzkumném souboru .....                        | 44 |
| 8.2 Informovanost rodiček o svodné anestezii .....                        | 45 |
| 8.3 Důvod výběru svodné anestezie a předchozí zkušenost s anestezií ..... | 52 |
| 8.4 Očekávání versus realita průběhu císařského řezu .....                | 53 |
| 8.5 Očekávání versus realita průběhu pooperačního období .....            | 67 |
| 9 Diskuze .....   | 79 |
| 9.1 Průzkumná otázka č. 1 .....   | 79 |
| 9.2 Průzkumná otázka č. 2 .....   | 81 |
| 9.3 Průzkumná otázka č. 3 .....   | 83 |
| 10 Závěr .....  | 86 |
| 11 Použitá literatura.....  | 89 |
| 12 Přílohy.....   | 93 |

## SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

|   |    |
|---|----|
| Tabulka 1 - Věk respondentek .....  | 44 |
| Tabulka 2 - Parita respondentek .....   | 45 |
| Tabulka 3 – Kontingenční tabulka vyjadřující vztah vzdělání a čerpání doplňujících informací .....                              | 48 |
| Tabulka 4 – Kontingenční tabulka vyjadřující vztah předchozí zkušenosti s anestezií a strachu z aplikace svodné anestezie ..... | 55 |
| Tabulka 5 – Kontingenční tabulka vyjadřující vztah parity a souhlasu s přítomností studentů .....                               | 60 |
| Tabulka 6 - Popisná statistika očekávání a realita aspektu vědomí po příjezdu na dospávací pokoj .....                          | 69 |
| Tabulka 7 - Popisná statistika očekávání a reality nauzey po převozu z operačního sálu.....                                     | 72 |
| Tabulka 8 - Popisná statistika očekávání a reality sdělení informace o možnosti jíst a pít na dospávacím pokoji .....           | 73 |
| Tabulka 9 - Popisná statistika očekávání a reality dovážení novorozence na dospávací pokoj .....                                | 75 |
| Tabulka 10 - Popisná statistika očekávání a reality rychlosti mobilizace po operaci.....  | 76 |
| <br>  |    |
| Obrázek 1 - Vzdělání respondentek .....   | 44 |
| Obrázek 2 - Nejvýznamnější zdroj informací ze zdravotníků .....   | 46 |
| Obrázek 3 - Doplňující zjišťování informací.....  | 46 |
| Obrázek 4 -Další zdroje informací.....  | 47 |
| Obrázek 5 - První zdroj informace o možnosti preference typu anestezie .....  | 48 |
| Obrázek 6 - Množství času na rozhodnutí se o preferovaném typu anestezie a položení otázek anesteziologovi .....                | 49 |
| Obrázek 7 - Sdělení komplikací souvisejících se svodnou anestezií.....  | 50 |
| Obrázek 8 - Předoperační příprava .....   | 51 |
| Obrázek 9 - Hlavní důvod pro výběr svodné anestezie .....   | 52 |
| Obrázek 10 - Předchozí zkušenost s některým typem anestezie .....   | 53 |
| Obrázek 11 - Očekávání - strach z aplikace svodné anestezie .....   | 54 |
| Obrázek 12 - Realita - průběh aplikace svodné anestezie .....   | 55 |
| Obrázek 13 - Dostatečné tlumení bolesti svodnou anestezií během operace .....   | 56 |
| Obrázek 14 - Krabicový graf očekávání a reality tlumení bolesti během operace .....   | 57 |

|  |    |
|--|----|
| Obrázek 15 - Očekávání - souhlas s přítomností studentů.....   | 58 |
| Obrázek 16 - Realita - pocit respondentek z přítomnosti studentů na operačním sále.....                | 59 |
| Obrázek 17 - Očekávání – zájem o provedení bondingu a časného přiložení novorozence k prsu.....        | 60 |
| Obrázek 18 - Realita - provedení bondingu a časného přiložení novorozence k prsu.....                  | 61 |
| Obrázek 19 - Očekávání – zájem o přítomnost doprovodu na operačním sále během operace .....            | 62 |
| Obrázek 20 - Realita - přítomnost doprovodu na operačním sále .....                                    | 63 |
| Obrázek 21 - Význam přítomnosti doprovodu .....  | 64 |
| Obrázek 22 - Očekávání - vnímání komunikace operační skupiny během císařského řezu.....                | 65 |
| Obrázek 23 - Realita - vnímání komunikace operačního týmu během císařského řezu.....                   | 66 |
| Obrázek 24 - Realita - pocity z průběhu císařského řezu .....  | 67 |
| Obrázek 25 - Očekávání a realita v tématu vědomí po příjezdu na dospávací pokoj.....                   | 68 |
| Obrázek 26 - Očekávání a realita pocitu bolesti po příjezdu na dospávací pokoj .....                   | 69 |
| Obrázek 27 - Krabicový graf očekávání a reality bolesti po příjezdu na dospávací pokoj .....           | 70 |
| Obrázek 28 - Očekávání a realita pocitu nauzey po příjezdu na dospávací pokoj .....                    | 71 |
| Obrázek 29 - Očekávání a realita obdržení informace o možnosti jídla a pití na dospávacím pokoji ..... | 72 |
| Obrázek 30 - Očekávání a realita dovážení novorozence na dospávací pokoj.....                          | 74 |
| Obrázek 31 - Očekávání a realita rychlosti mobilizace a soběstačnosti po operaci .....                 | 75 |
| Obrázek 32 - Realita tlumení bolesti na dospávacím pokoji .....  | 77 |
| Obrázek 33 - Anesteziologické komplikace peroperačně a pooperačně .....                                | 78 |

## SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

|           |   |
|-----------|---|
| cm        | centimetr   |
| CSEA      | kombinovaná subarachnoidální-epidurální anestezie |
| dcl       | decilitr  |
| EKG       | elektrokardiografie                               |
| G         | Gauge (velikost jehly)                            |
| JIP       | jednotka intenzivní péče                          |
| l         | litr  |
| L         | označení výšky bederního obratle                  |
| LMWH      | nízkomolekulární hepariny                         |
| mg        | miligram  |
| ml/kg     | mililitr/kilogram                                 |
| ml/kg/min | mililitr/kilogram/min                             |
| mmHg      | milimetr rtuťového sloupce                        |
| p.o.      | perorálně   |
| PDPH      | postpunkční cefalea                               |
| QRS       | stah komorové svaloviny srdce                     |
| tzv.      | takzvaně  |

## ÚVOD

Předkládaná diplomová práce je zaměřena na porovnávání očekávání rodiček s následnou realitou porodu císařským řezem ve svodné anestezii.

Císařský řez je v České republice jednou z nejfrekventovanějších porodnických operací ukončujících těhotenství. Většinou je prováděna na začátku porodu nebo v průběhu těhotenství. Historie této operace se datuje až do starověku. Název byl odvozen od slova císař, protože byl dříve provádět právě pouze jejich manželkám. V minulosti byl císařský řez provázen vysokou úmrtností, ale poté, co Semmelweis a Lister zavedli pravidla antisepse došlo k rozšíření této operace. Postupem času se měnily indikace, podmínky a technika provedení, až byla operace dovedena do současného stavu (Hájek a kol., 2014, s. 492-493).

Podle toho, jak rychle musí být císařský řez proveden, je rozdělován na císařský řez akutní a plánovaný. V dnešní době se často mluví o řezu na přání, kterým je většinou císařský řez provedený z psychologické nebo ortopedické indikace, protože u každé takovéto operace musí být uvedena indikace.

Technik provedení císařského řezu je několik, ale nejčastější je kombinace kožního řezu dle Pfannstiela a hysterotomie dle Gepperta. Rozhodnutí o typu řezu je ale na porodníkovi, který zváží současnou situaci (Gregora, Velemínský, 2013, s. 125).

Co se týče anestezie, nyní je možnost dvou typů anestezie a to sice celková a svodná. U svodné anestezie jsou tři typy provedení – epidurální, u které je zaveden do epidurálního prostoru katetr, díky kterému se nechá prodloužit efekt analgezie, dále spinální, která je jednorázová a kombinovaná, která je, jak už z názvu vyplývá, kombinací těchto dvou typů. Většinou může rodička projevit názor ohledně preference typu anestezie a tím se podílet na uskutečnění své představy o císařském řezu. Důvodem, proč rodičky většinou vybírají svodnou anestezii, je především to, že jsou rodičky během operace při vědomí a díky tomu mohou mít na operačním sále doprovod a mohou vidět novorozence hned po porodu (Procházka, Pilka, 2018, s. 198).

Naprosto neopomenutelná je na operačním sále funkce perioperační sestry, která provádí rodičku edukací, příjmem na oddělení, předoperační přípravou a je přítomna po celou dobu operace. Na operačním sále je jedna perioperační sestra, která je cirkulující, neboli obíhající, a druhá, která instrumentuje. To, že by perioperační sestra měla zajišťovat i edukaci rodičky,

je pro rodičku výhodou, že zná nějakého z členů operačního týmu a tím pádem se na operačním sále cítí lépe.

# **1 CÍLE PRÁCE**

## **1.1 Cíle teoretické části práce**

Cílem teoretické části práce je s pomocí českých i zahraničních odborných zdrojů zpracovat problematiku týkající se císařského řezu, svodné anestezie a péče perioperační sestry.

## **1.2 Cíle průzkumné části práce**

Cílem průzkumné části je zjistit, zda se liší očekávání rodiček a následná skutečnost průběhu císařského řezu ve svodné anestezii.

### **Dílčí cíle:**

Zjistit, jaká jsou očekávání rodiček a jaký je skutečný pooperační průběh.

Zjistit, jaká je informovanost rodiček o svodné anestezii.



# TEORETICKÁ ČÁST

## 2 CÍSAŘSKÝ ŘEZ

### 2.1 Charakteristika

Císařský řez je porodnická operace vedoucí k ukončení těhotenství vybavením plodu abdominální cestou. Tento výkon je v porodnictví jedním z nejstarších, jelikož první zmínky o císařském řezu pocházejí ze starověku. Název operace vznikl na základě toho, že byla umožňována pouze císařům (Roztočil, 2017, s. 500). První doložený císařský řez na živé ženě byl proveden Jeremiasem Trautmannem ve Wittenburgu a to už v roce 1610. Dříve popsané zákroky byly většinou prováděné na mrtvé ženě (Slezáková a kol., 2017, s. 189). V minulosti byl výkon doprovázen vysokou mateřskou mortalitou, ale v době, kdy byla Semmelweisem a Listerem zavedena antiseptika a Polin zavedl šití dělohy, které Säger vylepšil šitím ve dvou vrstvách, došlo k převratu a operace byla stále více úspěšná (Hájek a kol., 2014, s. 492). Poprvé byl moderní císařský řez zdokumentován v roce 1881, kdy ho provedl německý porodník Ferdinand Adolf Kehrer (Roztočil, 2017, s. 500).

V současné době je císařský řez nejčastější porodnickou operací a postup operace je značně modifikován. Pro jeho indikování a provedení je nutné dodržet daná pravidla a algoritmus. To znamená, že je nutné splnit porodnické předpoklady, stanovit indikaci, dle urgency provést odpovídající předoperační vyšetření a předoperační přípravu, dát rodičce k podepsání informovaný souhlas a poučit ji o důvodu a předpokládaném průběhu operace, správně provést operaci a postarat se i o pooperační péči a rehabilitaci (Hájek a kol., 2014, s. 493). Je důležité vzít v úvahu krevní obraz a srážlivost krve rodičky z doby blízké před operací, hodnoty fyziologických funkcí rodičky nebo možnost zajištění transfuze v případě potřeby. Jak operace dopadne, záleží na celém jejím průběhu, a to počínaje předoperační přípravou a konče pooperační péčí (Doležal, 2007, s. 207).

Pro stanovení indikace k císařskému řezu jsou stanoveny podmínky, které musí být pro provedení císařského řezu splněny. Tyto podmínky se průběhem času měnily. Například v současnosti neplatí podmínka nepřítomnosti infekce, která nyní není důvodem pro neprovedení císařského řezu, ale nadále představuje komplikaci. Dále podmínka provedení operace pouze „na živý plod“ není dodržována, pokud je ohrožen život matky, například z důvodu silného krvácení z důvodu včestné placenty (Hájek a kol., 2014, s. 493). V současné době je v podstatě jediná podmínka ta, že velká část plodu nesmí být vstouplá

a fixována v pánvi, což znamená, že musí být hmatný zadní okraj stydké spony. Při vstouplé hlavičce je možné její šetrné vytlačení porodníkem nad úroveň pánevního vchodu (Roztočil, 2017, s. 500).

## **2.2 Indikace císařského řezu**

Indikace k provedení císařského řezu se rozdělují podle naléhavosti provedení operace na primární neboli plánovaný a sekundární neboli akutní císařský řez (Hájek a kol., 2014, s. 493). Plánovaný císařský řez je spojován s vyšším rizikem morbidit novorozenců, jelikož novorozenec neprojde porodním stresem, a proto může mít horší poporodní adaptaci. V budoucnu u něj může dojít k rozvoji obezity, astmatu, diabetu I. typu nebo neurovývojovým poruchám. V neposlední řadě je důležité zmínit, že při porodu císařským řezem nedochází ke kolonizaci zažívacího traktu a kůže novorozence mikroflórou, což může vést k narušení zásadních regulačních procesů organismu, a vytvořit tím základ pro vznik některých onemocnění (Marešová, Fiala, 2018, s. 349).

Pro plánovaný císařský řez je indikace stanovena už v těhotenství a je naplánováno časování operace podle závažnosti indikace, kterou je například onemocnění matky nebo vysoká pravděpodobnost nepravidelnosti stavby pánve (většinou z důvodu předchozího úrazu). Indikací pro naplánování císařského řezu může být velký plod (více než 4500 g), primární kontraindikace použití břišního lisu, vícečetné těhotenství (kromě uložení obou plodů v poloze podélné hlavičkou nebo první plod v poloze podélné hlavičkou a druhý v podélné poloze koncem pánevním), zatížená porodnická anamnéza, vývojová vada plodu neproditelná vaginálně, závažné vrozené vývojové vady dělohy, Rh-inkompatibilita nebo jizva na děloze (Hájek a kol, 2014, s. 493, Roztočil, 2017, s. 500).

Nicméně mezi nejčastější indikace k provedení akutního císařského řezu patří hrozící nebo probíhající akutní hypoxie plodu, projevující se patologickým záznamem kardiokografické křivky, chronická hypoxie plodu, abnormální uložení placenty představující porodní překážku a riziko krvácení, krvácení v průběhu těhotenství nebo porodu, kefalopelvický nepoměr nebo patologie naléhání plodu (Procházka, Pilka, 2018, s. 203). Další indikací mohou být v těhotenství situace, kdy je těhotná žena po prodělání eklamptického záchvatu, probíhá u ní psychické onemocnění nebo akutní preeklampsie, kterou nelze korigovat léky. Během porodu může být pro císařský řez stanovena indikace nepostupujícího porodu, prolaps pupečníku, dvakrát neúspěšně provedená indukce porodu a selhání extrakční operace (Roztočil, 2017, s. 500).

### **2.3 Císařský řez na přání**

Jelikož procento odvedených císařských řezů se liší nejen stát od státu, ale dokonce nemocnice od nemocnice, je zřejmé, že ne všechny indikace byly stanoveny z jasné porodnické nebo jiné lékařské indikace, ale takzvaně na přání rodičky. Důvody rodiček k rozhodnutí se pro císařský řez bývají špatný zážitek z předchozího vaginálního porodu nebo naopak pozitivní zážitek z císařského řezu. Motivy pro rozhodnutí se k císařskému řezu lze rozdělit do dvou skupin, kdy první kategorie zahrnuje obavy ze zdravotních následků vaginálního porodu a druhá kategorie se týká samotného průběhu porodu (Takács, Sobotková, Šulová, 2015, s. 61). Nicméně císařský řez je velká břišní operace a nese s sebou riziko komplikací, jako je velká krevní ztráta, vznik zánětu, špatné hojení rány a rizika se zvyšují s vícenásobným provedením této operace (Binder a kol., 2011, s. 266). Je ale důležité zmínit, že je rozdíl v riziku vzniku komplikací u plánovaného a akutně provedeného císařského řezu, protože pokud je operace naplánovaná, snaží se lékaři plánovaně zabránit vzniku komplikací. I přesto je ale nutné, aby byla rodička předem informována o všech možných komplikacích a zároveň by s ní lékař měl mluvit o důvodu její preference císařského řezu, jelikož u některých těhotných žen včasná psychologická intervence může změnit pohled na tuto problematiku (Roztočil, 2017, s. 208).

### **2.4 Předoperační vyšetření a příprava**

Pokud je císařský řez naplánovaný, předchází mu komplexní předoperační vyšetření. Je potřeba, aby porodní asistentka rodičku edukovala o důvodu všech předoperačních vyšetření, aby u ní došlo ke snížení stresu a strachu (Dušová a kol., 2019, s. 81). Součástí tohoto vyšetření je i aktuální vaginální nález a definitivní zhodnocení indikace k ukončení těhotenství císařským řezem. Další předoperační vyšetření se v zásadě neliší od jiných předoperačních vyšetření (Hájek a kol., 2014, 496). Rodička by měla projít předanesteziologickým zhodnocením stavu a laboratorních výsledků a předoperačním vyšetřením praktickým lékařem. Pokud má žena nějaké přidružené akutní nebo chronické onemocnění, měla by být vyšetřena i příslušným specialistou. Během těchto vyšetření jsou zhodnoceny všechny laboratorní výsledky vyšetření krve a moči a EKG. Pokud má těhotná žena anemii, poruchu krevní srážlivosti, nekompenzovaný diabetes mellitus nebo známky infekce, je potřeba tyto stavy upravit a zaléčit (Procházka, Pilka, 2018, s. 203). Důležitá je i léčba preeklampsie a hypertenze. U rizikových žen se zajišťuje prevence tromboembolických komplikací, která spočívá v rehydrataci během operace, ale zahrnuje

i bandáž dolních končetin, včasné vstávání po operaci a pooperační rehabilitaci (Hájek a kol., 2014, s. 496).

Rodičky jsou většinou přijímány den před plánovanou operací. Je důležité rodičku poučit o průběhu hospitalizace i předoperační přípravy. Většinou je večer před operací provedeno oholení v oblasti operačního pole, které provede porodní asistentka, nebo rodičce vysvětlí, jak ho může provést sama. Oholení je v některých zařízeních provedeno až v den operace (Dušová a kol., 2019, s. 82, Slezáková a kol., 2017, s. 34). Rodička minimálně 6 hodin před operací lační a nepřijímá perorálně žádné tekutiny. V souvislosti s lačněním je rodička edukována i o stravovacím a pitném režimu po operaci. Před operací je rodičce provedeno očistné klyzma a také by rodička měla být poučena o důležitosti důkladné hygieny celého těla. Porodní asistentka ji též edukuje o sundání všech šperků, piercingů, vyndání zubní protézy, pokud ji rodička má, a očních čoček, pokud je nosí (Dušová a kol., 2019). Na začátku operace je rodičce zaveden permanentní močový katetr, který slouží k odvádění moči po dobu, kterou pacientka nemůže chodit. Před zavedením močové cévky je potřeba, aby porodní asistentka rodičce vysvětlila, jak bude zavádění cévky probíhat. Důležitá je příprava operačního pole, která začíná oholením místa, ve kterém bude vedena laparotomie, a končí dezinfekcí celého operačního pole. Rodičkám, které mají diabetes mellitus na inzulínu, se ráno podává infuze glukózy a dávky inzulínu se řídí doporučením diabetologa. (Procházka, Pilka, 2018, s. 203).

## **2.5 Technika císařského řezu (laparotomie, hysterotomie)**

Pro kožní řez je nejčastěji používána nízká transverzální incize podle Pfannenstiela, kdy je řez veden příčně přibližně 2 – 3 cm nad stydkou sponou. V případě tohoto řezu je pozitivem dobrý kosmetický efekt, lepší hojení rány, menší riziko vzniku hematomů a dehiscence rány a v neposlední řadě menší bolestivost. Řez z dolní střední laparotomie se používá, pouze pokud je v tomto místě jizva nebo pokud očekáváme obtížné vybavování plodu z důvodu jeho velikosti nebo pokud je rodička obézní (Procházka, Pilka, 2018, s. 205, Binder a kol., 2011, s. 267, Roztočil, 2017, s. 502).

Následně se buď tupě prsty rozruší, nebo skalpelem rozřízne podkožní tkáň až na fascii přímého břišního svalu. Ta se příčně rozřízne skalpelem a oddělí se od svalu, který ve střední čáře podélně roztáhne. Peritoneum se otevírá co nejvýše, aby nedošlo k poranění močového měchýře. Po proniknutí do břišní dutiny se sesune plika močového měchýře pro zviditelnění

dolního děložního segmentu a zabránění poranění močového měchýře (Procházka, Pilka, 2018, s. 205, Binder, 2011, s. 267).

Pokud je hysterotomie vedena podle Gepperta neboli supracervikálně transperitoneálně, může být incize provedena ostře v celém jejím rozsahu, nebo je provedena centrálně a roztažena do stran směrem k děložním hranám tupě prsty, což je šetrné ke svalovým vláknům myometria i cévám. Řez na děloze je poloobloukovitý a dlouhý přibližně 4 cm. Konce řezu nesmí zasahovat až do děložních hran, protože zde jsou vasa uterina. Po porušení vaku blan extrahuje operátor rukou vedoucí část plodu a poté je za současného tlaku asistenta na děložní fundus vybaven celý plod (Hájek a kol., 2014, s. 497). Pokud je naléhající část plodu už hluboko vstoupilá v pánvi, je potřeba aby asistence z vaginálního přístupu vytlačila naléhající část plodu směrem nahoru. Je důležité plod vybavit vždy co nejšetrněji, což je nejdůležitější u předčasných porodů. Po vybavení plodu následuje intravenózní podání uterotonik a vybavení placenty tahem za pupečník nebo manuálně. Někteří porodníci provádějí po porodu placenty manuální nebo instrumentální revizi dělohy z důvodu prevence retence plodových blan nebo části placenty (Procházka, Pilka, 2018, s. 206). Pokud je vnitřní branka uzavřená, provede se prstem její dilatace, aby byl možný odchod lochií (Hájek a kol., 2014, s. 497). Sutura hysterotomie se většinou provádí ve dvou vrstvách vstřebatelným šicím materiálem a kryje se plíškou močového měchýře (Roztočil, 2017, s. 502). Nezávisle na typu incize následuje po zašití hysterotomie zrevidování dutiny břišní, po kterém následuje početní kontrola nástrojů a mulového materiálu (Janíčková, Křivánková, 2011, s. 44). Stěna břišní se následně šije v jednotlivých anatomických vrstvách (Roztočil, 2017, s. 502). Na šití fascie se používá vstřebatelný šicí materiál a pro šití kůže je většinou používán intradermální atraumatický steh (Janíčková, Křivánková, 2011, s. 44).

Metodou císařského řezu, která se snaží o co nejmenší traumatizaci tkání, je metoda Misgav-Ladach, která se zároveň snaží o urychlení a usnadnění operace. Dutina břišní je během tohoto postupu operace otevřena přibližně 3 cm nad stydkou sponou, kde je proveden příčný kožní řez. Podkoží je pouze naříznuto skalpelem s dosažením fascie, která je rovněž naříznuta v délce přibližně 3 cm v centrální části. Břišní stěna i peritoneum jsou poté tupě prsty a dlaní roztaženy (Procházka, Pilka, 2018, s. 206). Hysterotomie se provádí příčnou incizí centrálně asi 2 cm nad úponem plíky močového měchýře a poté se prsty tupě otvor rozšíří do stran. Po porodu plodu a placenty je děložní stěna sešita v jedné vrstvě (Roztočil, 2017, s. 506). Viscerální ani parietální peritoneum se nešije, fascie se sešije pokračovacím stehem a nakonec se zašije kůže (Roztočil, 2017, s. 506). Tato metoda je na některých pracovištích prováděna

s různými modifikacemi a je stále oblíbenější, protože je výrazně rychlejší a bezpečnější pro rodičku, neboť je během operace menší krevní ztráta, nižší riziko vzniku infekce, nižší výskyt subfasciálních hematomů a také je tato metoda spojena s rychlejší rekonvalescencí pacientky. Nicméně při této metodě je vyšší riziko abrupce placenty nebo ruptury dělohy během následujícího těhotenství (Procházka, Pilka, 2018, s. 206).

V současnosti už téměř nepoužívaný řez *sectio caesarea corporalis classica*, který byl dříve jediným operačním postupem, je veden ve střední čáře z děložního fundu na přední stěnu děložní (Hájek a kol., 2014, s. 495, Roztočil, 2017, s. 502). Tento řez je indikován u včestné placenty, předčasného porodu, aponované dělohy při anhydramnionu nebo pokud má rodička v oblasti dolního děložního segmentu rozsáhlé adheze nebo myomy. Následkem této operace je absolutní kontraindikace dalšího vaginálně vedeného porodu z důvodu vysokého rizika ruptury dělohy, takže následné těhotenství je vždy ukončeno císařským řezem (Procházka, Pilka, 2018, s. 205).

Další možnou metodou hysterotomie je cervikokorporální císařský řez, kdy je řez veden ve střední čáře od děložního fundu a po sesunutí pliky močového měchýře je řez zakončen v oblasti dolního děložního segmentu. Tento typ řezu je doporučen u předčasných porodů, kdy není dostatečně rozvinutý dolní děložní segment. Jiný typ incize dělohy v případě předčasného porodu je široký vysoko položený U řez v aktivní části dělohy (Procházka, Pilka, 2018, s. 206, Hájek a kol., 2014, 495, Binder, 2011, s. 268).

Pokud se nedaří vybavit naléhající část plodu přes původní příčnou incizi, je proveden obrácený T řez, po kterém je stejně jako cervikokorporálním řezu indikováno ukončení dalšího těhotenství iterativním císařským řezem (Procházka, Pilka, 2018, s. 205, Binder, 2011, s. 268).

Pokud u rodičky probíhá intraovulární infekce, prováděla se dříve operace extraperitoneálně, aby bylo zabráněno vzniku peritonity. Operace byla vedena s částečným odpreparováním močového měchýře doprava od přední děložní stěny, čímž se získal extraperitoneální přístup k dolnímu děložnímu segmentu. Nicméně dnes je díky antibiotické léčbě tento postup zbytečný. (Roztočil, 2017, s. 503, Hájek a kol., 2014, s. 496)

## **2.6 Komplikace v souvislosti s císařským řezem (u ženy, u novorozence)**

Komplikace vyskytující se v souvislosti s operací se dají rozdělit na anesteziologické, chirurgické, pooperační a neonatologické. V porovnání se spontánním vaginálním porodem

se při akutním císařském řezu vyskytují komplikace přibližně šestkrát častěji, v případě plánovaného císařského řezu je riziko komplikací srovnatelné. Nicméně je důležité na možné komplikace myslet po celou dobu hospitalizace pacientky po císařském řezu, zejména pokud pacientka udává bolesti hlavy, na hrudi, břicha nebo jiný dyskomfort (Roztočil, 2017, s. 506-507, Hájek a kol., 2014, s. 499).

Nejčastější komplikací je krvácení, které může vzniknout na podkladě více důvodů. Těmito důvody jsou poranění dělohy, děložní atonie, placenta praevia nebo různě vrůstající placenta a poranění močového měchýře. Velmi nebezpečné jsou poruchy koagulace, které se mohou na podkladě hemoragického šoku vyvinout, a je potřeba u nich myslet na rychlé a cílené řešení a včas zajistit dostatečné krevní náhrady. Někdy je dokonce nutné provést ligaturu hypogastrických arterií a následně provést supravaginální nebo totální hysterektomii. Další možnou komplikací je poranění jiných anatomických struktur, například střeva, z důvodu jeho uložení v dutině břišní, zejména pokud jsou přítomny adhezivní procesy (Roztočil, 2017, s. 506-507, Hájek a kol., 2014, s. 499).

Pooperační komplikace se dají rozdělit na infekční, embolické, hemoragické, algické, urologické, respirační a gastroenterologické. Infekce se může vyskytnout v řadě různých forem od lokální infekce v operační ráně až po rozšíření infekce na parametria, adnexa, peritoneum a následný rozvoj septického stavu. Při dlouhodobé katetrizaci močového měchýře může po operaci vzniknout i zánět močového měchýře (Roztočil, 2017, s. 507, Hájek a kol., 2014, s. 496).

Závažná komplikace, která se vyskytuje většinou už v průběhu operace, je embolie, která může být vzduchová nebo se může vyskytnout embolie plodovou vodou. V pooperačním období se může vyskytnout embolie při tromboflebitidě. Nicméně v současné době díky zavedené profylaktické miniheparinizaci téměř nedochází k plicní tromboembolii, která byla dříve hlavní příčinou náhlých mateřských úmrtí (Roztočil, 2017, s. 507, Hájek a kol., 2014, s. 496).

Z respiračních komplikací se nejčastěji vyskytuje pneumonie a vznik atelektáz. Z gastroenterologických komplikací se relativně často objeví paralytický ileus a tzv. Ogilvieho syndrom, který spočívá v dilataci tlustého střeva vlivem tlaku dělohy. Díky technice, jakou je v dnešní době císařský řez prováděn, ale často nedochází k pozdním komplikacím. I přesto se některé komplikace mohou objevit a to třeba až v dalším těhotenství.

Jedná se o dystokii dělohy, poruchy placentace, zvýšené riziko dehiscence a ruptury dělohy v místě hysterotomie (Roztočil, 2017, s. 507).

Co se týče neonatologických komplikací, jde především o zhoršenou poporodní adaptaci vyvolanou absencí porodního stresu. V budoucnu také může u novorozence dojít k rozvoji obezity, astmatu, diabetu I. typu nebo neurovývojovým poruchám. Jak už bylo řečeno výše, je také důležité zmínit, že při porodu císařským řezem nedochází ke kolonizaci zažívacího traktu a kůže novorozence mikroflórou, což může vést k narušení zásadních regulačních procesů organismu, a může tím být vytvořen základ pro vznik některých dalších onemocnění (Marešová, Fiala, 2018, s. 349).

## **2.7 Pooperační péče**

Po skončení operace je pacientka měřena saturace, EKG, vědomí, bolest, příjem a výdej tekutin a krvácení. Podle stavu pacientky na JIP nebo pooperační pokoj, kde je pravidelně kontrolován krevní tlak, pulz, počet dechů, a ordinace lékaře se kontroluje krevní obraz a koagulace a pokračuje se v antibiotické profylaxi a tlumení bolesti (Hájek a kol., 2014, s. 498). Porodní asistentka také kontroluje stažení dělohy zjištěním výšky děložního fundu a kontroluje odchod lochií (Procházka, Pilka, 2018, s. 207). Je důležité, aby porodní asistentka zároveň edukovala ženu o opětovném návratu vnímání dolních končetin, což se většinou stane přibližně dvě až čtyři hodiny po operaci, pokud měla pacientka spinální anestezii (Dušová a kol., 2019, s. 82). Podle stavu pacientky je novorozenec přikládán k prsu. Pravidelně je u pacientky hodnocena bolest většinou pomocí vizuální analogové škály a podle stupně bolesti jí jsou podávána analgetika buď intravenózně, intramuskulárně, nebo prostřednictvím epidurálního katetru, pokud ho pacientka má zavedený. Pacientku poučíme o tom, že je vhodnější, aby si o analgetika řekla už při nástupu bolesti, protože pokud je už bolest plně vyvinutá, hůře se tlumí (Procházka, Pilka, 2018, s. 207).

Dokud není pacientka vertikalizována, což by měla být přibližně mezi 6 a 24 hodinami po operaci, provádí se bandáž dolních končetin a pokračuje se v medikamentózní prevenci tromboembolické choroby (Procházka, Pilka, 2018, s. 207, Hájek a kol., 2014, s. 498). Je důležité vždy správně zhodnotit stav pacientky i z toho důvodu, aby nedošlo k pádu pacientky (Dušová a kol., 2019, s. 83). Mobilizace pacientky je ovlivněna dostatečností analgezie, přetrvávajícími účinky anestezie, motorickou bloádou po neuroaxiální anestezii a pooperačním zvracením a nauzeou. Dále může mobilizaci ovlivnit i postpunkční cefalea



jakožto komplikace neuroaxiální anestezie. Ta později komplikuje i péči matky o novorozence (Bláha a kol., 2015, s. 88).

Pacientka postupně dostává perorální příjem, který je časně zaváděn 1 – 2 hodiny po operaci pro tekutiny a 4 – 8 hodin po operaci pro jídlo začínající tekutou stravou, která se zvolna mění na běžnou stravu. Porodní asistentka se ptá pacientky na odchod plynů z důvodu kontroly funkce peristaltiky střev, která je podpořena právě časným zahájením perorálního příjmu. Dále je důležité pacientku edukovat o péči o operační ránu a následném vyndání stehů, který je většinou vytažen ambulantně šestý až devátý pooperační den. Pokud nenastanou žádné komplikace, je propuštění možné většinou pátý pooperační den (Procházka, Pilka, 2018, s. 207, Hájek a kol., 2014, s. 498, Dušová a kol., 2019, s. 83, Bláha a kol., 2015, s. 88).

## **2.8 Rehabilitace po císařském řezu**

Je důležité myslet na rehabilitaci po operačním porodu už v době, kdy ještě není pacientka vertikalizována, ale může rehabilitovat na lůžku. Ihned po císařském řezu je potřeba zajistit relaxaci břišních svalů podložením hlavy a ramen (Roztočil, 2017, s. 237). Porodní asistentka nebo fyzioterapeutka pacientce doporučí dechová cvičení a jednoduché cviky na zádech, jako je kroužení kotníky a zápěstím nebo napínání špiček nohou, které fungují jako prevence vzniku hluboké žilní trombózy (Dušová a kol., 2019). Komplexní dechová cvičení zajistí aktivaci celých plic, dobrou ventilaci a dostatečné uvolňování plicního sekretu. Co se týče psychického stavu, je potřeba ujistit pacientku o vhodnosti časně vertikalizace z důvodu ustoupení bolesti a zlepšení tělesné pohyblivosti. (Roztočil, 2017, s. 237)

### 3 SVODNÁ ANESTEZIE

U plánovaného císařského řezu za podmínky, že rodička nemá kontraindikován některý z typů anestezie, by měla volba preferovaného typu anestezie záležet na rodičce. Nicméně v současné době jednoznačně převládá právě regionální anestezie (Bláha a kol., 2013, s. 92-93, Bláha, 2013, s. 290).

Svodná neboli neuroaxiální anestezie reverzibilně blokuje v epidurálním nebo subarachnoidálním prostoru šíření nervového vzruchu nervovým vláknem prostřednictvím lokálního anestetika (Procházka, Pilka, 2018, s. 198). Neuroaxiální anestezie zahrnuje epidurální analgezii, epidurální a spinální anestezii a kombinovanou spinální analgezii (Roztočil, 2017, s. 476). Pokud je anestetikum aplikováno do epidurálního prostoru, v závislosti na dávce, koncentraci a objemu anestetika dojde k blokadě sympatických a senzitivních nervových vláken a tento efekt nastupuje během dvaceti minut. Oproti tomu při podání anestetika do subarachnoidálního prostoru nastupuje efekt během pěti minut, ale jsou ovlivněna i motorická nervová vlákna. (Pařízek a kol., 2012, s. 317)

K výhodám svodné anestezie patří to, že není ovlivněno vědomí rodičky, anestetikum působí pouze lokálně, je účinně tlumena bolest a z ohledu vedlejších účinků se při lege artis postupu jedná o bezpečný postup pro rodičku i plod (Procházka, Pilka, 2018, s. 198). Zároveň je výhodou rychlejší nástup laktace, rychlejší mobilizace pacientky a kratší doba hospitalizace v porovnání s císařským řezem v celkové anestezii (Makoko, Modiba, Nzaumvila, 2019, s. 39).

Mezi nevýhody se řadí riziko postpunkční cefaley při perforaci dura mater, možné neurologické komplikace a pokles krevního tlaku rodičky související se zhoršením uteroplacentární perfuze (Procházka, Pilka, 2018, s. 198).

#### 3.1 Epidurální anestezie (provedení, komplikace)

Při plánovaném císařském řezu je nenahraditelnou výhodou epidurální anestezie v následné pooperační péči regionální analgezie, a pokud se jedná o akutně provedený císařský řez, je možnost navodit epidurální anestezii prostřednictvím již zavedeného katetru, který byl použit pro epidurální analgezii. Tento katetr se samozřejmě dá použít i pro prodloužení efektu anestezie nebo v pooperačním období (Bláha a kol., 2014, s. 34). Dalším faktem týkajícím se epidurální anestezie je pomalejší nástup oproti subarachnoidální, s čímž souvisí pomalejší rozvoj hypotenze, ovšem v subakutních stavech je pomalejší nástup anestezie nežádoucí (Pařízek a kol., 2012, s. 322).

Technické pomůcky pro aplikaci epidurální anestezie jsou sterilní rouška, sterilní tampóny, peán, injekční stříkačka, jehla pro subkutánní podání lokálního anestetika, nízkoodporová injekční stříkačka, Tuohyho jehla, epidurální katetr a antimikrobiální filtr (Pařízek a kol., 2012, s. 251). Před aplikací epidurální anestezie je důležité respektovat časový odstup od aplikace LMWH a dalších léků ovlivňujících krevní srážlivost (Jindrová, Stříteský, Kunstýř, 2016, s. 38). Lékař zkontroluje před aplikací anestezie laboratorní výsledky, kdy u jinak nerizikových rodiček je požadován zejména výsledek počtu trombocytů více než  $80 \times 10^9/l$  z posledního trimestru těhotenství (Pařízek a kol., 2012, s. 251). Dále je nutné, aby rodička měla zajištěný minimálně jeden adekvátní žilní vstup, přes který se mimo jiné zajistí prehydratace rodičky (Jindrová, Stříteský, Kunstýř, 2016, s. 38). Lékař se nesmí nikdy zapomenout zeptat na případné alergie, a to jak na dezinfekce, tak na anestetika. Samozřejmě je, že rodička musí mít podepsaný informovaný souhlas a anesteziologický dotazník (Pařízek a kol., 2012, s. 251).

Pro aplikaci neuroaxiální blokády je důležité, aby rodička správně zaujala polohu, a to vsedě nebo vleže na boku. V obou případech ale rodička musí udělat tzv. kočičí hřbet (Hájek a kol., 2014, s. 201). Správná poloha rodičky je podmínkou pro zdaření aplikace anestezie, protože se díky ní usnadní flexe obratlů, a tím dojde k zpřístupnění intravertebrálního prostoru. Vzhledem k tomu, že těhotná děloha a celkový hmotnostní přírůstek rodičky může zaujetí správné polohy komplikovat, je potřeba dostatečně rodičku poučit (Pařízek a kol., 2012, s. 253).

Samotná aplikace probíhá tak, že nejdříve si lékař oblast páteře, ve které bude proveden vpich, pečlivě prohmatá. Většinou se jedná o oblast obratlů  $L_1 - L_3$ . Je důležité myslet i na pohodlnost lékaře a nastavení výšky stolu tak, aby místo vpichu bylo co nejbližší horizontální rovině očí lékaře. Když jsou lékař i rodička připraveni, provede lékař dezinfekci kůže na zádech a následně oblast ohraničí sterilní rouškou (Pařízek a kol., 2012, s. 254-257). Následně za aseptických podmínek provede lékař opich místa punkce lokálním anestetikem. Samotná punkce se provádí Tuohyho jehlou 18G ve střední čáře zvoleného meziobratlového prostoru s použitím techniky ztráty odporu (Procházka, Pilka, 2018, s. 199). Spolu se zaváděním Tuohyho jehly se zavádí jehla silnější, která zajišťuje tzv. tunelizaci (Pařízek a kol., 2012, s. 254-257). Jehla prostupuje kůží, podkožím, ligamentem supraspinale, ligamentem interspinale s mírným odporem a po proniknutí ke žlutému vazivu cítí lékař ztrátu odporu. Pro ujištění se o tom, že nedošlo k perforaci dura mater, zkusí lékař aspirovat, a pokud nedojde k aspiraci krve ani mozkomíšního moku, může být zaveden epidurální katetr (Procházka,

Pilka, 2018, s. 199). Ten je zaváděn většinou do hloubky 15 cm. Po zasunutí katetru se jehla opatrně vysune a povytáhne se i katetr, který zůstane zaveden maximálně v délce 3 až 6 cm (Pařízek a kol., 2012, s. 254-257). Poté může být aplikována účinná látka a místo vpichu se sterilně přelepí. Celý proces aplikace trvá přibližně 5 až 10 minut a většina rodiček ho popisuje jako téměř nebolestivý (Hájek a kol., 2014, s. 201).

### **3.2 Spinální anestezie (provedení)**

Spinální (subarachnoidální) anestezie je v technice podání podobná epidurální anestezii, ale účinná látka se podává jednorázově, tzv. single-shot, a proto je tato technika jednodušší. V pomůckách pro zavedení je navíc jehla pro tunelizaci kůže a meziobratlového vaziva. Znamka dosažení subarachnoidálního prostoru se zjišťuje vizuálně tak, že v konusu jehly přibývá mozkomíšní mok. Nejčastěji je k punkci využívána jehla o průměru 26 - 27G s tupým hrotem – pencil-point. Vpich musí být proveden pod úrovní obratle L<sub>2</sub> – L<sub>3</sub> z důvodu minimalizace rizika poranění míchy (Pařízek a kol., 2012, s. 319). Nástup účinku po aplikaci anestetika je velmi rychlý, a proto je tato technika anestezie spojena s vyšším rizikem hypotenze (Bláha a kol., 2014, s. 33). Před vytažením jehly by měl lékař ještě jednou zkontrolovat, buď aspirací tkáňového moku, nebo sejmutím stříkačky z jehly a následným odkapáváním mozkomíšního moku, že byla jehla po celou dobu zavedena do subarachnoidálního prostoru (Pařízek a kol., 2012, s. 319).

### **3.3 Kombinovaná subarachnoidální-epidurální anestezie (CSEA)**

Tato metoda anestezie se snaží o využití toho nejlepšího z obou metod, ale i přesto není moc rozšířená. U kombinované anestezie je výhodou rychlý a kvalitní nástup účinku s možností prodloužení účinku do pooperační analgezie prostřednictvím epidurálního katetru (Bláha a kol., 2014, s. 36, Procházka, Pilka, 2018, s. 200). Pro aplikaci CSEA jsou možné dva typy techniky, kdy první je metoda dvou vpichů do dvou různých meziobratlových prostorů, to je ale časově náročnější a je tu také vyšší riziko komplikací. Druhá metoda je technika „jehla skrz jehlu“, při které je nejprve zavedena jehla do epidurálního prostoru a přes tuto jehlu je následně zavedena jehla další a to do prostoru subarachnoidálního. Při druhém postupu jsou možné dva postupy. První je s použitím Tuohyho jehly, přes kterou je zavedena spinální jehla, ale u tohoto postupu je vyšší riziko poranění dury mater. Navíc je zde riziko zavedení katetru do subarachnoidálního prostoru. Druhou možností je využití speciálního setu pro CSEA, ve kterém je speciální Tuohyho jehla, která má v hrotu otvor, kterým projde spinální jehla kolmo

subarachnoidálně. Po aplikaci anestetika do subarachnoidálního prostoru je spinální jehla vytažena a následně je zaveden epidurální katetr (Pařízek a kol., 2012, s. 325).

### **3.4 Indikace podání svodné anestezie**

Jako indikace k podání regionální anestezie se přihlíží k přání matky být během císařského řezu při vědomí a pokud je už zaveden epidurální katetr, je snadný přechod epidurální analgezie v anestezii (tzv. top-up anestezie) nebo pokud naopak chce rodička mít zavedený epidurální katetr za účelem pooperační analgezie (Pařízek a kol., 2012, s. 297-298). Také je neuroaxiální anestezie doporučena při císařském řezu při předčasném porodu a nízké očekávané porodní hmotnosti plodu a celkově je snaha o minimalizaci přestupu anestetik do oběhu plodu (Bláha, 2013, s. 290). Indikací svodné anestezie je i kontraindikace celkové anestezie, významná hypertenze rodičky, stavy po laparotomii nebo septických komplikacích v dutině břišní nebo nevylačněná rodička. Kontraindikací celkové anestezie se myslí především riziko obtížné intubace (Bláha, Kolníková, Nosková, 2011, s. 188). S rozšířením aplikace neuroaxiální anestezie souvisí i fakt, že jsou celkově tyto metody zkvalitněny a mohou se používat i při stavech, jako je těžká preeklampsie nebo placenta praevia, což nebylo dříve možné (Pařízek a kol., 2012, s. 297-298).

### **3.5 Kontraindikace podání svodné anestezie**

V současné době je jen málo kontraindikací pro aplikaci svodné anestezie. Obecně platí, že rodička nesmí mít alergii na lokální anestetikum, nesmí být po operaci páteře v předpokládaném místě vpichu, dále v místě vpichu nesmí být přítomny známky infekce, rodička nemůže mít poruchu krevní srážlivosti, lékař podávající svodnou anestezii musí mít dostatek zkušeností a rodička musí dát se svodnou anestezii souhlas. Na alergie a krvácivé stavy u rodičky i v její rodině se lékař před aplikací opakovaně zeptá (Jindrová, Stříteský, Kunstýř, 2016, s. 84, Pařízek a kol., 2012, s. 236).

### **3.6 Anesteziologická příprava**

U plánovaných císařských řezů je v rámci prevence kyselé aspirace doporučeno lačnění rodičky během noci před operací s tím, že i večere by měla být lehká (Jindrová, Stříteský, Kunstýř, 2016, s. 78 – 79). Konkrétně by rodička měla lačnit 6 – 8 hodin před plánovaným císařským řezem (Gandhi, Jain, 2018, s. 669). Příjem tekutin je možný až do dvou hodin před začátkem operace s tím, že by se mělo jednat o čiré a nesyčené nápoje a množství by nemělo přesáhnout přibližně 2 dcl během 1 hodiny. Medikamentózní prevencí kyselé aspirace je podání metoklopramidu 10 mg p.o. a ranitidinu 150 mg p.o. alespoň jednu až dvě hodiny před

výkonem. Oba tyto léky se v případě akutního císařského řezu mohou podávat intravenózně. Metoklopramid jednak zvyšuje motilitu horní části trávicí trubice, čímž zlepšuje vyprázdnění žaludku, a jednak zvyšuje tonus jícnového svěrače, čímž snižuje riziko regurgitace (Pařízek a kol., 2012, s. 294). Suspenzní antacida jsou kontraindikována, protože při aspiraci by způsobily poškození plic aspirační pneumonií (Jindrová, Stříteský, Kunstýř, 2016, s. 78-79, Pařízek a kol., 2012, s. 293-294).

K anesteziologické přípravě patří i prevence tromboembolické nemoci, která ve vyspělých zemích patří k nejčastější příčině mateřské mortality a celkově tvoří přibližně 10 % všech úmrtí, což souvisí se zvýšeným rizikem tromboembolie v těhotenství (Bláha a kol., 2013, s. 93-94). I přesto, že u těhotných žen je toto riziko vyšší, ve většině případů se antikoagulace neordinuje a postačí časná mobilizace a dostatečná hydratace rodičky. Výjimku tvoří rodičky s přidruženým trombofilním stavem. U těchto rodiček jsou v těhotenství a v průběhu šestinedělí podávány nízkomolekulární hepariny (Pařízek a kol., 2012, s. 294). Poslední dávka by měla být podána 8 hodin před porodem a v aplikaci se pokračuje nejdříve 3 hodiny po porodu (Penka, Binder, Dulíček, 2013, s. 36). Vhodná dávka LMWH je ale nejistá, protože dávkování se řídí pouze z doporučení, které vzniklo na základě aplikace u chirurgických a ortopedických pacientů, a proto tato dávka není upravena na stav těhotenství. U rizikových rodiček je tedy na zvážení podání vyšší dávky LMWH (Jindrová, Stříteský, Kunstýř, 2016, s. 78-79).

### **3.7 Anesteziologické komplikace**

Komplikace týkající se svodné anestezie rozdělujeme na obecné a specifické. Obecné komplikace jsou takové, které se vyskytují i v jiných medicínských oborech, a specifické jsou ty, které souvisí s fyziologickými a patologickými změnami rodiček v těhotenství a s faktem, že některé léčivé přípravky mohou mít vliv na plod, ať už in utero nebo v poporodním období. Nejčastější komplikací anestezie je hypotenze rodičky a postpunkční cefalea a nejobávanější komplikací je alergická reakce a vznik páteřního hematomu (Štourač a kol., 2014, s. 123, Pařízek a kol., 2012, s. 267).

Jak Štourač (2014, s. 124) uvádí, hypotenze je běžnou komplikací svodné anestezie, ale pokud je déletrvající, hrozí zhoršení uteroplacentární perfuze s následující hypoxií plodu nebo ztráta vědomí, riziko aspirace, apnoe a srdeční zástava u rodičky. K hypotenzi dochází vlivem dočasné blokády sympatického nervového systému, ale u většiny rodiček by nemělo dojít ke snížení krevního tlaku o více než 25 % původní hodnoty systolického tlaku. Je ale potřeba

brát v potaz i další související faktory, jako je hypovolemie rodičky nebo aortokavální komprese, která je ve třetím trimestru těhotenství běžná (Pařízek, 2012, s. 269, Bláha a kol., 2013, s. 95).

Jako hypotenzi hodnotíme pokles systolického krevního tlaku pod 100 mmHg nebo snížení systolického tlaku o více než 20 – 30 % oproti normálnímu tlaku rodičky. Hypotenzi lze předcházet včasnou prehydratací rodičky intravenózní cestou nebo použitím vazopresorických látek, kompresí dolních končetin a eventuálně jejich elevací. Zároveň je rodička polohována na levý bok nebo leží na operačním stole, který je nakloněn na levou stranu. Tato opatření provádíme u všech rodiček, protože vznik hypotenze po aplikaci neuroaxiální blokády nejde dobře předpovědět. Jedním z prvních příznaků je většinou náhlá nauzea (Štourač a kol., 2014, s. 126-127, Pařízek a kol., 2012, s. 269, Bláha a kol., 2013, s. 95).

Další komplikací, na kterou si mohou rodičky po podání anestetika stěžovat, je dušnost. Důvodem je kombinace hypotenze se sníženou perfuzí mozkového kmene, ale řešením je úprava krevního tlaku. V případě, že úprava krevního tlaku nepomůže, rodička přestane komunikovat, nedokáže stisknout ruku a desaturuje, je potřeba uvést rodičku do celkové anestezie a zavést umělou plicní ventilaci, protože se jedná o totální subarachnoidální anestezii (Štourač a kol., 2014, s. 126-127, Pařízek a kol., 2012, s. 270).

Poměrně častou komplikací u neuroaxiální anestezie je i zvracení nebo nauzea. Tento problém má různou incidenci i závažnost, což souvisí s anesteziologickou i operační technikou, premedikací a terapeutickými opatřeními v průběhu operace. Často je důvodem nauzey u rodiček manipulace s dělohou, hypotenze, ale i podání uterotonik, které způsobuje nauzeu až u 29 % rodiček. Jako nejúčinnější řešení byla shledána korekce krevního tlaku nebo kombinace více léčiv, která při samostatném podání nepůsobila dostatečně účinně. Souvislost nauzey a podaných uterotonik lze vyřešit podáváním uterotonik v infuzi místo bolusového podání (Štourač a kol., 2014, s. 127-128).

Jak již bylo uvedeno, poměrně častou komplikací je postpunkční cefalea (PDPH – postdural puncture headache), která vzniká po perforaci dury mater a arachnoidey po punkci epidurálního nebo subarachnoidálního prostoru (Pařízek a kol., 2012, s. 274). Jedná se o iatrogenní komplikaci, která může být způsobena špatně zvoleným místem vpichu, nesprávným výběrem jehly nebo špatnou pozicí rodičky (Parikh, Seetharamaiah, 2018, s. 692). Proto je důležitá maximální snaha o prevenci perforace dura mater zvolením úzké jehly, čímž se minimalizuje případné poškození dury mater a minimalizuje se tím i únik

mozkomíšního moku (Dhar a kol., 2017, s. 123). Klinické projevy se většinou objevují do jednoho až dvou dnů a je pro ně typické, že dochází k jejich zhoršování po 15 minutách ve vertikální poloze a poté, co se pacientka opět uloží do horizontální polohy, do 30 minut dojde k odeznění příznaků. Bolest hlavy se zhoršuje při kašli nebo i malých pohybech a obvykle má charakter tupého tlaku v záhlaví rozšiřujícího se přes temeno hlavy do oblasti očí a většina pacientek uvádí, že takovou bolest nikdy předtím nezažily. Jakožto doprovodné příznaky se může objevit diplopie, nauzea nebo zvracení, tinitus a tuhnutí krku (Štourač a kol., 2014, s. 129, Pařízek a kol., 2012, s. 274, Nosková a kol., 2014, s. 194-195).

Jako fungující prevence byla dokázána metoda ztráty odporu u epidurální anestezie a detekce intratekálního prostoru jehlou 26G nebo tenčí u subarachnoidální anestezie. Zároveň je samozřejmě prevencí dokonalé provedení výkonu aplikace anestezie. Při aplikaci záleží na průměru jehly, směru vpichu, počtu pokusů o punkci subarachnoidálního prostoru, typu hrotu jehly, úhlu vpichu, ale i na poloze rodičky, použitém léčivu (někteří autoři uvádějí nižší incidenci postpunkční bolesti hlavy při přidání adrenalinu nebo fentanylu). Naopak bezvýznamná je vertikalizace až po šesti hodinách (Štourač a kol., 2014, s. 129, Pařízek a kol., 2012, s. 274, Nosková a kol., 2014, s. 196).

Nicméně i při dodržení všech zásad při aplikaci popsaných v předchozím odstavci je také důležité aplikovat anestezii na co nejnižší počet pokusů, protože při použití tenké jehly protéká mozkomíšní mok jehlou velmi pomalu a snadno může dojít k nerozpoznání punkce subarachnoidálního prostoru. To se může stát z důvodu nedostatku zkušeností lékaře nebo z důvodu časové naléhavosti operace a netrpělivosti lékaře (Nosková a kol., 2014, s. 196).

Co se týče léčby postpunkční cefaley, můžeme přístupy rozdělit na dva typy – konzervativní a farmakologický. Konzervativní terapie spočívá v ponechání pacientky v horizontální poloze, pacientce jsou aplikována běžná analgetika a je jí doporučeno dostatečné zavodňování perorálně, eventuálně intravenózně. Dle některých autorů je vhodné podat intravenózně kofein v kombinaci s paracetamolem nebo pít nápoje s obsahem kofeinu, ačkoli tato léčba funguje spíše dočasně a má význam spíše na počátku léčby (Pařízek a kol., 2012, s. 278). Pokud po 24 hodinách konzervativní léčby dochází ke zhoršování stavu pacientky, následuje aplikace krevní zátky. Ta spočívá v aplikaci autologní krve do epidurálního prostoru a představuje nejúčinnější terapii postpunkční cefaley. Provedení je kontraindikováno v případě septikémie, poruchy koagulace a nesouhlasu pacientky (Nosková a kol., 2014, s. 199-200). Princip krevní zátky spočívá v okamžitém vzestupu tlaku



v epidurálním prostoru a následném trvalém zakrytí otvoru v dura mater koagulovanou krví. Je rozlišována krevní zátka profylaktická, která je aplikována ihned po perforaci, a krevní zátka terapeutická, která se provádí až po manifestaci projevů postpunkčního syndromu (Pařízek a kol., 2012, s. 278). Po podání krevní zátky zůstane pacientka 1 - 2 hodiny v horizontální poloze (Nosková a kol., 2014, s. 199-200).

Jednou z nejvíce obávaných komplikací je toxicita lokálních anestetik. Toxicita může být systémová nebo kardiovaskulární. Před aplikací anestetik je potřeba znát jejich potencionální toxické dávky a také vedlejší účinky (Pařízek a kol., 2012, s. 267-268). Například bupivacain nejprve vyvolává nespecifické neurologické příznaky, jako je kovová pachut' na patře, brnění okolo úst a nedokonalou artikulaci. Kardiální toxicita se projevuje nejprve rozšířením QRS komplexů na EKG, následnou bradykardií a srdeční zástavou (Štourač a kol., 2014, s. 128). Mezi příznaky toxicity na centrální nervovou soustavu patří také světloplachost, tinitus, poruchy vidění, svalové záškuby, bezvědomí, generalizované křeče, apnoe a kóma. Toxicitě předcházíme přísným dodržováním doporučené dávky anestetika, povinnou aspirací před aplikací anestetika, použitím testovací dávky s adrenalinem a sledováním následné tachykardie, pokud by jehla byla zavedena intravazálně, pomalu provedenou následnou aplikací anestetika a udržováním slovního kontaktu s rodičkou během aplikace anestetika (Pařízek a kol., 2012, s. 267-268). V případě, že k toxicitě dojde, je potřeba ihned ukončit aplikaci anestetika, zajistit dýchací cesty rodičky, podporu oběhu a v případě zástavy krevního oběhu ihned zahájit kardiopulmonální resuscitaci (Štourač a kol., 2014, s. 128).

S léčbou srdeční zástavy způsobené toxicitou lokálního anestetika souvisí Lipid Rescue Therapy, která spočívá v intravenózní aplikaci 20% lipidové emulze za současně prováděné kardiopulmonální resuscitace. Je podáváno bolusově 1,5 ml/kg během jedné minuty 20% Intralipidu s následnou infuzní terapií 0,25 ml/kg/min za stále probíhající komprese hrudníku. Bolus lze opakovat po pěti minutách do celkové dávky 3 ml/kg až do doby obnovení krevního oběhu (Pařízek a kol., 2012, s. 324).

Přestože další uváděná komplikace - páteřní hematom - je velmi málo stávající se, je potřeba věnovat preventivním opatřením a případné včasné terapii velkou pozornost z důvodu případných následků komplikace. Vznik epidurálního hematomu souvisí často s poruchou krevní srážlivosti a vznik abscesu s dlouhodobým zavedením epidurálního katetru a poruchou imunity pacientky. Projevy závisí na umístění hematomu nebo abscesu a objevují se většinou do 48 hodin od aplikace anestezie u hematomu a 4 – 10 dní po vytažení katetru u abscesu.

Rizikovými faktory pro vznik této komplikace je opakovaná punkce, porucha krevní srážlivosti pacientky, nedůsledné dodržení zásad asepse v průběhu aplikace nebo septický stav pacientky. K diagnostice se používá magnetická rezonance a řešení se nechává na neuroložích (Nosková a kol., 2014, s. 129, Štourač a kol., 2014, s. 128-129).

## 4 PSYCHIKA RODIČKY

Protože je důležité rodičku vnímat holisticky, nelze opomenout interakci mezi psychikou rodičky a císařským řezem, a to jak v době před porodem, tak v době po porodu. I přesto, že riziko císařského řezu je obecně spojováno s vyšším věkem rodičky, předchozím císařským řezem, prvním porodem nebo obezitou rodičky, je důležité zaměřit se i na psychosociální faktory. Právě ty se totiž mnohdy dají ovlivnit. Akutně provedený císařský řez bývá spojován se stresem a dalšími psychickými problémy a depresemi těhotné ženy v průběhu těhotenství. Zároveň bylo zjištěno, že samotný strach z porodu a pesimismus znamenají vyšší riziko akutního císařského řezu. Takovým ženám by měl být nabídnut kvalitní předporodní kurz nebo případně i pomoc psychologa (Takács, Mlíková Seidlerová, Čepický, 2019, s. 33-39).

Co se týče císařského řezu a prožívání této operace rodičkou, plánovaný císařský řez bývá snášen lépe než akutní. Na plánovaný zákrok jsou rodičky psychicky připravené, zatímco akutní císařský řez předpovídá nespokojenost rodičky se zážitkem z porodu. V literatuře jsou popsány čtyři typy reakcí rodiček před a po akutním císařském řezu. První reakce je „Důvěra a jistota, ať se děje cokoliv“. Tuto reakci vykazovaly rodičky, které věřily sobě i ošetřujícímu personálu na porodním sále. Druhá reakce „Pozitivní očekávání a následné zklamání“ proběhla u rodiček, kterým císařský řez pomohl vyřešit komplikaci, ale o císařském řezu a dalších možnostech nedostaly dostatek informací. Třetí reakcí je „Strach a následná úleva“, což byla reakce rodiček, které měly z vaginálního porodu strach. Poslední reakcí je „Zmatek a amnézie“. U těchto rodiček došlo k zapomenutí celého porodu až do doby, kdy poprvé spatřily své dítě. Z dlouhodobého hlediska se ale u pacientek po císařském řezu objevuje více typů myšlenek a pocitů. Jedná se o pocit ztráty, který mají častěji pacientky po císařském řezu v celkové anestezii, protože si svůj porod neprožily a zároveň si tyto pacientky mohou připadat, jako by dítě ani nebylo jejich. Mimo to se u pacientek může objevit pocit selhání vlastního těla, protože nezvládly svůj úkol, a mění se pohled na sebe sama. Dále mohou pacientky pociťovat strach ze smrti své i svého dítěte, protože císařský řez s sebou samozřejmě nese i možné komplikace. Některé pacientky vnímají operační jizvu jako zohavení jejich těla a pokud jim nebylo sděleno dostatek informací, mohou pociťovat vztek vůči zdravotníkům, protože jim samotným nemusí připadat císařský řez jako nezbytný (Takács, Sobotková, Šulová, 2015, s. 61-66).

Co se týče situace akutního císařského řezu, je důležité, aby rodička měla možnost vyjádřit své přání v oblasti preference typu anestezie, přítomnosti doprovodu na operačním sále a časného kontaktu s novorozencem. To vše samozřejmě za předpokladu, že to dovolu-

zdravotní stav rodičky i plodu. V každém případě je ale nutné, aby bylo rodičce poskytnuto maximum informací, protože celá situace je pro ni neočekávaná a náhlá. Zároveň se porodní asistentky snaží rodičku podporovat, empaticky vnímat a uklidnit ji (Takács, Sobotková, Šulová, 2015, s. 61-66). Akutní císařský řez může u pacientky vyvolat pocity zklamání nebo selhání a zároveň je spojován s vyšším rizikem poporodní deprese a podle některých studií může ovlivnit i mateřské pečovatelské chování (Takács, Mlíková Seidlerová, Čepický, 2019, s. 34).

S psychikou rodičky úzce souvisí i bonding. Ten představuje metodu pro podporu speciální vazby mezi matkou a novorozencem, která pomáhá vytvořit mezi nimi silnější vztah. Zároveň zvyšuje tvorbu oxytocinu podporujícímu zavinování dělohy, podporuje laktaci a pomáhá k lepšímu zvládnutí bolesti. To, že má podpora bondingu smysl, dokazují právě výše zmíněné benefity pro rodičku i novorozence a zároveň zvyšující se zájem rodiček o bezprostřední kontakt s novorozencem po porodu (Mrowetz, 2011, Mazúchová a kol., 2016, s. 197, Mazúchová, Kelčíková, Kovačiková, 2017).

Bondingu se dá docílit pomocí několika jednoduchých kroků. Prvním krokem je položení novorozence na břicho rodičky a poté kontakt „skin-to-skin“ nechat nejméně dvě hodiny, tedy i ošetření novorozence by se mělo provést na těle rodičky a po celou dobu by měl být umožněn rodičce i novorozenci vizuální kontakt. V případě císařského řezu lze bonding umožnit položením nahého novorozence na hrudník matky. Je důležité, aby nebyl novorozenec celý zabalený, protože právě kontakt kůže na kůži pomáhá osídlit pokožku novorozence nepatogenními bakteriemi a tím vytváří ochrannou mikroflóru. V některých zdravotnických zařízeních oblékají novorozenci čepičku pro zamezení tepelných ztrát u novorozence. Ty jsou totiž jedním z rizik, které novorozence během bondingu při císařském řezu ohrožují. Proto je novorozenec na hrudníku matky navíc přikryt dekou (Mrowetz, 2011, Ratna, 2017, s. 107, Mazúchová a kol., 2016, s. 197, Elsharty, McConachie, 2017, s. 14).

Další věcí, která často velmi ovlivňuje to, jak porod rodička snáší, je přítomnost doprovodu. V současné době je pro těhotnou ženu partner už od počátku těhotenství oporou, a proto jeho přítomnost u porodu může přispět k celkové spokojenosti rodičky a vytvoření pozitivního prožitku z porodu. Nicméně na přítomnosti partnera u porodu by se vždy měli shodnout oba partneři. Pokud se tedy partner rozhodne, že k porodu půjde, musí být připraven na to, že by měl za všech podmínek zůstat klidný a empatický. Pokud partner dobře spolupracuje, představuje pro rodičku oporu, díky níž se rodička necítí v cizím prostředí osaměle a je

v psychické pohodě. Na druhou stranu je také důležité uvědomit si, že někdy může vzniknout situace, která nebude ani pro doprovod rodičky lehká. V některých případech dokonce nemusí partner, jakožto muž, tuto ryze ženskou situaci vůbec pochopit, nebo pro něho zážitek z porodu může být tak traumatický, že ovlivní budoucí vztah k partnerce, a to zejména v oblasti sexuality. Proto při zvažování doprovázející osoby může těhotná žena přemýšlet i o přítomnosti kamarádky, matky, privátní porodní asistentky nebo duly. Privátní porodní asistentka pečuje o ženu v průběhu celého těhotenství, během porodu a celé šestinedělí. Dula sice také většinou o rodičku pečuje jak v těhotenství, tak i při porodu a po něm, ale vždy o ni pečuje jen po psychické stránce. Dula rodičce pomáhá se zvládnáním bolestí, je jí i partnerovi oporou, v šestinedělí pomáhá s kojením a přijetím rodičovské role (Roztočil, 2017, Čermáková, 2017, Gregora, Velemínský, 2013, Ratislavová, 2008).

## 5 PÉČE PERIOPERAČNÍ SESTRY

Ošetřovatelská perioperační péče, která je poskytována perioperačními a anesteziologickými sestrami, se převážně odehrává na operačním oddělení. Péči perioperační sestry lze rozdělit do tří etap: předoperační, intraoperační a pooperační (Wichsová, 2013, s. 133-134). Už od první chvíle, kdy se rodička setkává s perioperační sestrou, by se měla perioperační sestra snažit o navázání verbálního kontaktu pro snížení strachu a úzkosti (Špičáková, 2008, s. 8). V rámci předoperační péče perioperační sestra zajišťuje edukaci rodičky, příjem rodičky na operační sál, průběh bezpečnostního perioperačního procesu, přiložení neutrální elektrody, polohování rodičky, zavedení permanentního močového katetru, antisepsu operačního pole a dle zvyklosti pracoviště rouškování rodičky (Jedličková, 2019, s. 194).

Co se týče edukace, bylo by pro rodičky výhodou, kdyby je edukovala perioperační sestra, která bude i u operace, protože by to pro rodičku znamenalo jistotu snížení stresu z neznámého prostředí a situace (Janoušková, 2008, s. 5). Tato edukace by měla probíhat u všech rodiček, které mají císařský řez naplánovaný, a měla by být vedena formou rozhovoru, v jehož průběhu by pacientce byla sdělena organizace celého dne, byly by popsány úkony, které perioperační sestra provádí, a rozhovor by mohl být doplněn fotografiemi operačního sálu a předsálí, aby se pacientka mohla lépe na situaci připravit (Chmelíková, Šilhartová, 2008, s. 62). Nicméně pro většinu perioperačních sester je edukace činnost navíc, na kterou není čas, o kterou rodička nemá zájem a která je pro pacientku zbytečná. Nicméně minimální přínos z edukace perioperační sestrou je získání důvěry a pocitu, že rodička není pro personál operačního sálu pouze operačním výkonem (Matlochová, 2012, s. 41-42).

Po přivedení rodičky na operační sál je pacientka uložena na operační stůl. Při císařském řezu leží rodička na zádech (možno s náklonem operačního stolu vlevo) (Wichsová, 2013, s. 133-134). V této fázi perioperačního procesu hrozí riziko záměny rodičky, záměny dokumentace, pádu pacientky, potažmo nenalepení neutrální elektrody a následné popálení rodičky (Borková, Kratochvílová, 2015, s. 38). Vždy musí být pacientka zafixována, aby nedošlo k pádu z operačního stolu, musí být zajištěn tepelný komfort rodičky a perioperační sestra musí dbát na prevenci vzniku proleženin, otlaků, ischemie určité části těla nebo parézy (Wichsová, 2013, s. 133-134, Jedličková, 2019, s. 194). Jako prevence proleženin, parézy a ischemie jsou používány vhodné podložky a další pomůcky (Suchá a kol., 2009, s. 69-70).

Antisepse operačního pole je metoda prováděna z důvodu snížení mikroflóry pokožky rodičky sterilním tamponem a antiseptikem. K zásadám patří, že je antisepse prováděna

od středu operačního pole ke stranám, od nejčistší k méně čisté zóně, v rozsahu minimálně 15-20 cm od místa incize kůže všemi směry a opakuje se minimálně dvakrát. Pokud je používáno antiseptikum na alkoholové bázi, je třeba počkat do úplného zaschnutí z důvodu bezpečnosti použití elektrokoagulace a dbát na to, aby nebylo antiseptikum zateklé pod rodičku. Po antisepsi následuje rouškování, které se, jak už bylo řečeno, provádí podle zvyklosti oddělení. Vždy se s rouškováním začíná až po zaschnutí antiseptika, jsou používány nepromokavé roušky, které se neroztřepávají a přikládají se vždy směrem od operační rány k periférii. Pokud je zpochybněna sterilita nějaké části rouškování, je důležité tuto část nebo celé rouškování vyměnit (Wichsová, 2013, s. 136).

V průběhu intraoperační etapy se o rodičku stará chirurgický a anesteziologický tým. Je vhodné, aby měla instrumentující sestra připravené potřebné pomůcky a nástroje, aby zbytečně nestresovala rodičku cinkáním nástrojů, než bude rodička uvedena do anestezie (Janoušková, 2008, s. 5). Po uspání rodičky instrumentující sestra sleduje průběh operace, podle situace instrumentuje, kontroluje vrácené nástroje a podává je zpět suché, čisté a chladné. Kromě toho v průběhu operace provádí neustále početní kontrolu nástrojů a mulového materiálu. Obíhající sestra obsluhuje celý operační tým, doplňuje potřebný materiál, označuje a odesílá vzorky na histologické vyšetření, kontroluje dodržování zásad sterility, obsluhuje přístroje, vede dokumentaci, kam zapisuje použité pomůcky a nástroje, spolupracuje se sanitářem a provádí početní kontrolu s instrumentující sestrou (Wichsová, 2013, s. 137-138, Jedličková, 2019, s. 194-195). Během intraoperačního období je rodička ohrožena aspirací, alergickou reakcí na podávané medikamenty a dezinfekce, podchlazením, ischemií nebo parézou z důvodu špatného polohování nebo popálením při elektrokoagulaci (Borková, Kratochvílová, 2015, s. 38).

Po ukončení operace spočítá instrumentující sestra naposledy nástroje a mulový materiál a zakryje operační ránu sterilním krytím. Dle potřeby instrumentující sestra napojí drenáž. Následně je pacientka převezena na dospávací pokoj nebo jiné oddělení dle jejího stavu. Na oddělení pacientku předává anesteziolog spolu se zdravotnickou dokumentací (Wichsová, 2013, s. 138, Jedličková, 2019, s. 196).

V průběhu celého perioperačního procesu je důležité, aby perioperační sestra svědomitě vyplňovala Surgical safety checklist a postupovala podle něj. Ten je většinou rozdělen do tří částí – před podáním anestezie, před kožním řezem a před ukončením operace. Pomocí tohoto formuláře by měla být minimalizována nejčastější rizika pochybení na operačním sále.

V rámci dotazů k vyplnění formuláře ověřuje sestra identifikaci rodičky, alergie, operační výkon, perioperační sestra vyzkouší, zda jsou všechny potřebné přístroje funkční a připraví a spočítá si všechny potřebné pomůcky. Zároveň se do formuláře zapisuje, zda proběhla početní kontrola nástrojů a mulového materiálu. Celý tento proces zabere pouze pár minut a přitom může pro rodičku znamenat významný přínos (Wichsová, 2010, s. 43).

## **5.1 Edukace rodičky perioperační sestrou**

Edukace rodičky před operací je velmi důležitá část předoperační přípravy, nicméně zatím nepatří mezi standardizované činnosti perioperační sestry (Wichsová, 2013, s. 133). Cílem edukace je snížit strach rodičky z výkonu, navodit pocit bezpečí z pobytu ve zdravotnickém zařízení a zároveň zvýšit důvěru v personál zdravotnického zařízení. Samozřejmě by díky edukaci rodička měla pochopit i perioperační proces a být vědomostně připravena na operační výkon. Během edukace by perioperační sestra měla rodičku informovat o průběhu operace, bezpečnostních zásadách před začátkem operace, uložení na operační desku, poloze během operace, přibližné délce operace a následné pooperační péči (Jedličková, 2019, s. 206).

Způsobů edukace je více a jedná se o ústní pohovor, písemnou formu, informace z internetu a videa nebo fotografie (Wichsová, 2013, s. 133-134). Každá z forem edukace má svá pro a proti. Největší výhodou ústního pohovoru je přímý kontakt s rodičkou, která mnohdy ocení i samotný zájem perioperační sestry. Oproti tomu psaná forma edukace prostřednictvím informačního letáku nebo brožury, ve které jsou základní stručné informace a rodička si je může číst podle potřeby. Materiály mohou být rozděleny na anesteziologické a porodnické informace, kdy na obou by měl být uveden přibližný průběh operace a možné komplikace. Materiály, které rodička dostává domů, mohou být obohaceny i například krátkým videem, které může být umístěno na webových stránkách nemocnice. Nicméně internetové prostředí, které je stále nejdostupnější formou, nemusí vždy poskytovat rodičkám jen pravdivé informace, a proto je důležité doporučit během ústního pohovoru rodičkám webové stránky, kde pravdivé informace najdou (Jedličková, 2019, s. 207-209). Kromě toho je důležité rodičku pouze nezahltit informacemi, ale nechat ji vše zpracovat a podle potřeby jí zodpovědět otázky a vysvětlit nejasnosti (Wichsová, 2013, s. 134).

Pokud je rodička přijímána k plánovanému císařskému řezu, je důležité, aby byla předem edukována porodní asistentkou o průběhu celé předoperační přípravy. V rámci dlouhodobé přípravy rodička prochází řadou vyšetření a konzilií, která jí po pohovoru s lékařem porodní asistentka v rámci edukace může znovu vyjmenovat. Po přijetí na oddělení už v rámci krátkodobé přípravy podstupuje rodička očistné klyzma a oholení operačního pole, které



provede buď sama rodička pod kontrolou porodní asistentky, nebo přímo porodní asistentka. Rodičku dále porodní asistentka informuje o dietním režimu před i po císařském řezu. Než jde porodní asistentka s rodičkou na operační sál, zkontroluje porodní asistentka, zda si rodička sundala všechny šperky, brýle nebo kontaktní čočky a eventuálně zubní protézu. Během bezprostřední přípravy je rodičce zavedena periferní žilní kanyla a je poučena o známkách infekce. Dále porodní asistentka zavede rodičce permanentní močový katetr, kdy jí celý tento výkon popíše, aby z něho rodička neměla strach. Poté je provedena bandáž dolních končetin a rodička je uložena na operační desku, nejlépe v poloze na levém boku nebo na zádech na nakloněné desce. V rámci snížení stresu z císařského řezu se snažíme umožnit přítomnost doprovodu na operačním sále. Doprovodu porodní asistentka stručně vysvětlí přibližný průběh operace, řekne mu, kde bude během operace sedět a zdůrazní důležitost dodržování zásad sterility na operačním sále (Dušová a kol., 2019, s. 81-82).

# PRŮZKUMNÁ ČÁST

## 6 PRŮZKUMNÉ CÍLE A OTÁZKY

Průzkumná část diplomové práce je zaměřena na porovnání očekávání a následné reality žen při porodu císařským řezem ve svodné anestezii z pohledu laiků. K získání dat bylo použito kvantitativní průzkumné šetření, které bylo realizováno prostřednictvím dotazníku vlastní konstrukce.

### 6.1 Cíle práce

Cílem je zjistit, zda se liší očekávání rodiček a následná skutečnost průběhu císařského řezu ve svodné anestezii.

#### Dílčí cíle:

Zjistit, jaká jsou očekávání rodiček a jaký je skutečný pooperační průběh.

Zjistit, jaká je informovanost rodiček o svodné anestezii.

### 6.2 Průzkumné otázky

Pro průzkumnou část práce byly na základě cílů práce vytvořeny tři průzkumné otázky.

**Průzkumná otázka č. 1:** Jaká je informovanost rodiček o svodné anestezii?

**Průzkumná otázka č. 2:** Jaká jsou očekávání rodiček a jak ve skutečnosti rodičky vnímají průběh císařského řezu?

**Průzkumná otázka č. 3:** Jaká jsou očekávání rodiček a jaký je ve skutečnosti pooperační průběh?

## 7 METODIKA PRŮZKUMU

Průzkumné šetření bylo provedeno prostřednictvím kvantitativního průzkumu s použitím metody dotazníku vlastní konstrukce. Tento dotazník byl vytvořen na základě studia odborné literatury a znalosti současných poznatků ohledně průběhu císařského řezu ve svodné anestezii. Dotazník měl zjistit důvod výběru svodné anestezie, zdroje informací pro respondentky ohledně svodné anestezie při císařském řezu, očekávaný průběh operace ve svodné anestezii a poté zjistit, jak skutečně operace probíhala a jak respondentky průběh vnímaly.

Sběr dat probíhal ve třech zdravotnických zařízeních na jednotce intenzivní péče gynekologicko-porodnického oddělení od prosince 2019 do února 2020. Provedení průzkumu bylo v těchto zdravotnických zařízeních schváleno náměstkyní pro ošetrovatelskou péči a vrchní sestrou gynekologicko-porodnického oddělení. Dotazník byl ženám, které byly po císařském řezu provedeném ve svodné anestezii, rozdávan porodními asistentkami z daného oddělení a tyto ženy s vyplněním dotazníku souhlasily.

Dotazník je složen z 23 otázek, z toho 13 otázek je uzavřených, 9 otázek je polouzavřených a 1 otázka je otevřená. Na začátku dotazníku jsou 3 identifikační otázky dotazující se na věk respondentky, její porodnickou historii a dosažené vzdělání. Následující otázky se týkaly informovanosti respondentek o svodné anestezii, průběhu předoperační přípravy, plánovaného ne/souhlasu s přítomností studentů na operačním sále, přání přítomnosti doprovodu na operačním sále a přání provedení bondingu a/nebo časného přiložení novorozence k prsu. Všechny otázky vztahující se k očekávanému průběhu operace k sobě mají párovou otázku, která zjišťuje, jaká byla realita. Dvě otázky jsou koncipovány formou škál vyjadřující míru souhlasu s danými výroky, kde respondentky kroužkují na škále odpovídající hodnotu. Na škále bylo na výběr z pěti hodnot: 1 – zcela souhlasím, 2 – spíše souhlasím, 3 – ani souhlasím, ani nesouhlasím, 4 – spíše nesouhlasím a 5 – zcela nesouhlasím.

### 7.1 Charakteristika průzkumného souboru

Průzkumu se účastnilo 50 respondentek, které vyplnily předložený dotazník. Jednalo se o pacientky, které byly první den po císařském řezu provedeném ve svodné anestezii. Tyto pacientky s vyplněním dotazníku souhlasily a byly poučeny, že je dotazník anonymní. Kritériem pro předložení dotazníku pacientce bylo, že daný císařský řez byl jejím prvním císařským řezem ve svodné anestezii.

## **7.2 Zpracování dat**

V prosinci 2019 bylo do tří zdravotnických zařízení rozděleno 60 dotazníků. Z těchto 60 dotazníků se navrátilo v únoru 2020 celkem 54 dotazníků. Návratnost dotazníků tedy činila 90 %. Následně byly 4 dotazníky vyřazeny pro jejich neúplnost. Celkem tedy bylo použito 50 dotazníků. Výsledky byly zpracovány po jednotlivých otázkách pomocí popisné statistiky. V programu Microsoft Office Excel a STATISTIKA byly vytvořeny tabulky četností, kontingenční tabulky, tabulky s popisnou statistikou a krabicové i sloupcové grafy.

## 8 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

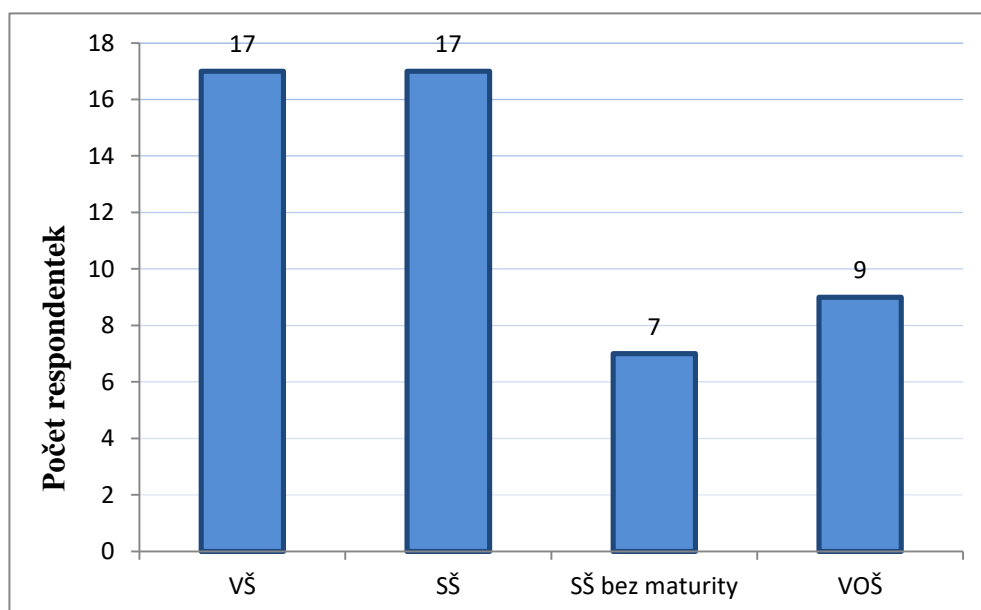
V následující kapitole budou popsána získaná data, která jsou zobrazena v přehledných tabulkách a grafech, které jsou doplněny podrobným popisem.

### 8.1 Identifikační údaje o průzkumném souboru

Tabulka 1 - Věk respondentek

| Věková kategorie    | Absolutní četnosti | Relativní četnosti (%) |
|---------------------|--------------------|------------------------|
| $20 \leq x \leq 25$ | 7                  | 14                     |
| $26 \leq x \leq 30$ | 16                 | 32                     |
| $31 \leq x \leq 35$ | 16                 | 32                     |
| $36 \leq x \leq 40$ | 7                  | 14                     |
| $41 \leq x \leq 45$ | 3                  | 6                      |
| $46 \leq x \leq 50$ | 1                  | 2                      |
| <b>celkem</b>       | <b>50</b>          | <b>100%</b>            |

Věk respondentek se pohyboval v rozmezí 22 – 48 let. Pro vyhodnocení byly respondentky rozřazeny do šesti věkových kategorií. Nejvíce respondentek bylo ve věku 26 – 35 let, celkem jich v této kategorii bylo třicet dva (64 %). Průměrný věk respondentek byl 31 let. Vytvořené věkové kategorie s absolutními a relativními četnostmi jsou uvedeny v tabulce výše (Tabulka 1).



Obrázek 1 - Vzdělání respondentek

Co se týká vzdělání respondentek, stejný počet (17) respondentek dosáhlo vysokoškolského nebo úplného středoškolského vzdělání. Tato skupina třiceti čtyř respondentek tvořila 68 % z celkového počtu respondentek. Středního vzdělání bez maturity dosáhlo sedm (14 %) respondentek a devět (18 %) respondentek získalo vyšší odborné vzdělání.

**Tabulka 2 - Parita respondentek**

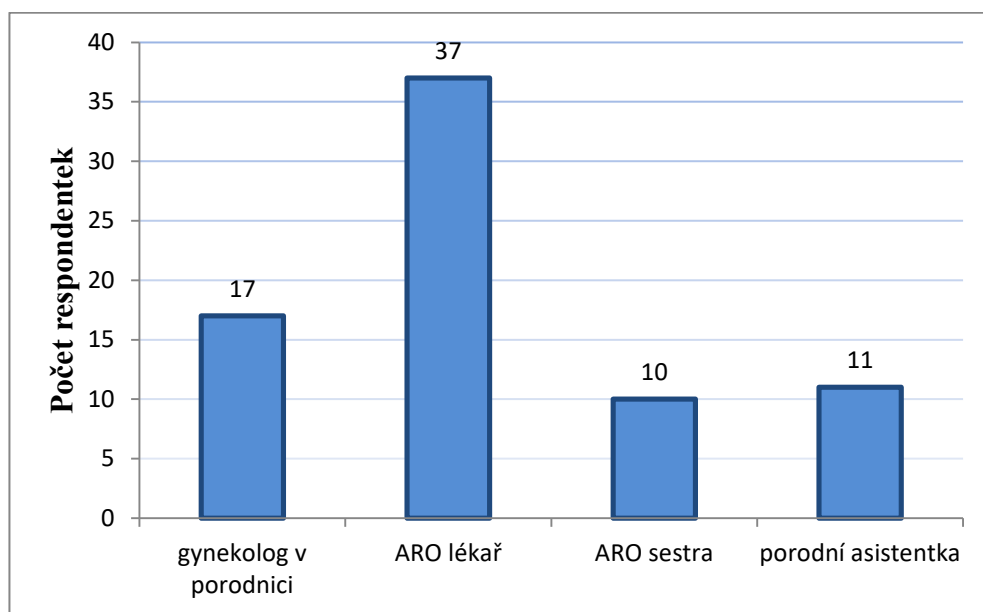
| Počet porodů  | Absolutní četnosti | Relativní četnosti (%) |
|---------------|--------------------|------------------------|
| 1.            | 20                 | 40                     |
| 2.            | 18                 | 36                     |
| 3.            | 10                 | 20                     |
| 4.            | 2                  | 4                      |
| <b>celkem</b> | <b>50</b>          | <b>100</b>             |

Třetí a zároveň poslední identifikační otázkou byla otázka týkající se porodnické historie respondentky. V tabulce respondentky zaškrtovaly, jakým způsobem v minulosti porodily, nebo zaškrtovaly tento porod, jako jejich první. Všechny respondentky byly buď prvorodičky, nebo pro ně byl tento císařský řez prvním císařským řezem ve svodné anestezii a zároveň i jejich posledním porodem. Celkem 40 % respondentek bylo prvorodiček. Dalších 36 % respondentek už za sebou mělo jeden porod (císařský řez v celkové anestezii nebo spontánní porod), pro 20 % byl tento porod třetím a pouze 4 % respondentek rodily po čtvrté.

## 8.2 Informovanost rodiček o svodné anestezii

První průzkumná otázka zjišťuje, jaká je informovanost rodiček o svodné anestezii. Konkrétně bylo v dotazníku zjišťováno, kde nebo u koho zejména čerpaly rodičky informace o svodné anestezii a který informační zdroj pro ně byl tím nejvýznamnějším. Dále byla v dotazníku otázka týkající se osoby, od které rodičky poprvé dostaly informaci o možnosti volby mezi celkovou a svodnou anestezii. Dále bylo v dotazníku zjišťováno, jestli jim během rozhodování byla nabídnuta možnost položení otázek a zda byly informovány o možných komplikacích spojených se svodnou anestezii. Také bylo v dotazníku zjišťováno, zda a pokud ano, tak do jaké míry byly respondentky dopředu informovány o předoperační přípravě.

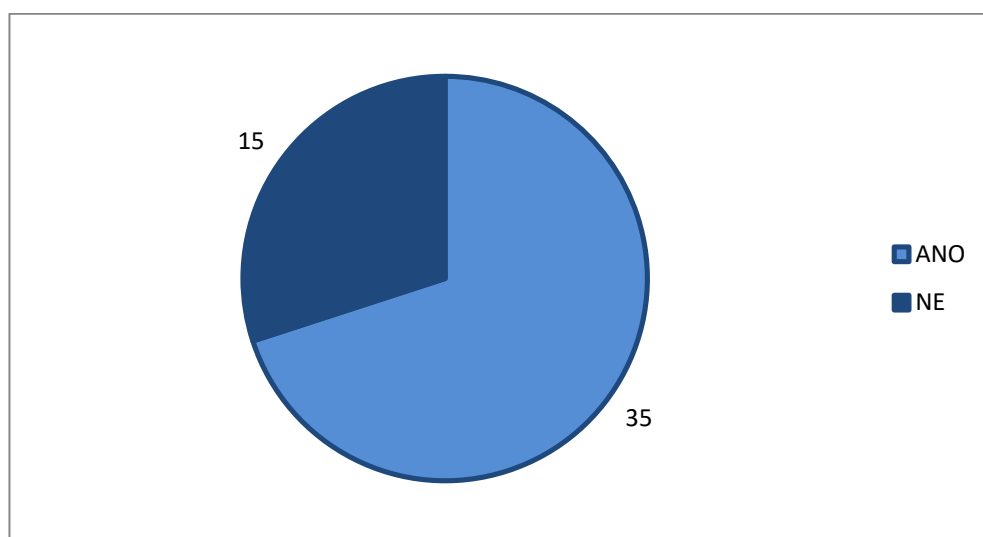
Otázka v dotazníku: „Kdo poskytl respondentce nejvíce informací ohledně svodné anestezie?“



**Obrázek 2** - Nejvýznamnější zdroj informací ze zdravotníků

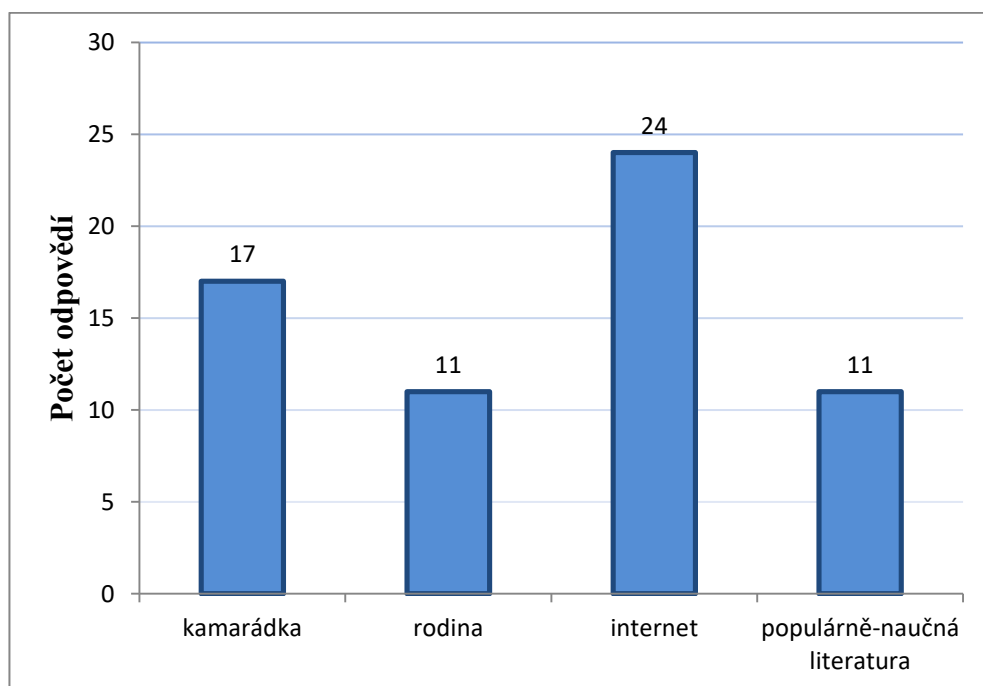
Pro většinu respondentek (37 = 74 %) z celkového počtu padesáti respondentek byl nejvýznamnějším zdrojem informací o svodné anestezii anesteziolog, což je na první pohled vidět v obrázku 2. Další v pořadí byl gynekolog v porodnici, kterého jako nejcennější zdroj informací vybralo sedmnáct (34 %) respondentek. Jedenáct (22 %) respondentek čerpalo informace od porodní asistentky a deset respondentek od anesteziologické sestry.

Otázka v dotazníku: „Čerpala jste informace i z jiných zdrojů než od zdravotnického personálu?“



**Obrázek 3** - Doplnující zjišťování informací

Další otázka zjišťovala, zda respondentky čerpaly informace jinde, než u zdravotnických pracovníků. Třicet pět (70 %) respondentek odpovědělo, že ano a zbylých patnáct (30 %) respondentek další informace nečerpalo. Při odpovědi ano pokračovala otázka konkretizací doplňujících zdrojů, kde bylo na výběr z možností: kamarádka, rodina, internet, populárně-naučná literatura a otevřená odpověď jiné. V této doplňující otázce respondentky mohly zakroužkovat více odpovědí.



**Obrázek 4** -Další zdroje informací

Třicet pět respondentek, které odpověděly, že čerpaly informace i z jiných zdrojů než jen od zdravotnického personálu, měly na výběr z dalších pěti odpovědí, kdy poslední byla otevřená odpověď „jiné“. Tuto odpověď ale nevybrala žádná z respondentek, a proto není odpověď zobrazena na obrázku 4. Tím, že respondentky vybíraly více odpovědí, bylo v dotaznících celkem 63 odpovědí. K tomuto počtu se vztahují hodnoty relativní četnosti.

Dvacet čtyři (38 %) respondentek čerpalo další informace z internetu. Odpověď internet byla i nejčastější odpovědí. Následující v pořadí četností byla odpověď kamarádka, kterou vybralo sedmáct (27 %) respondentek. Jedenáct (17,5 %) respondentek zaškrtnulo odpověď rodina a stejně tak jedenáct (17,5 %) respondentek vybralo odpověď populárně-naučná literatura. Osobně jsem takové rozložení dat očekávala, protože internet je nejdostupnějším zdrojem informací pro širokou veřejnost a zároveň z vlastní zkušenosti vím, že spousta rodiček si s již rodivšími kamarádkami povídá o jejich zkušenostech z porodu.

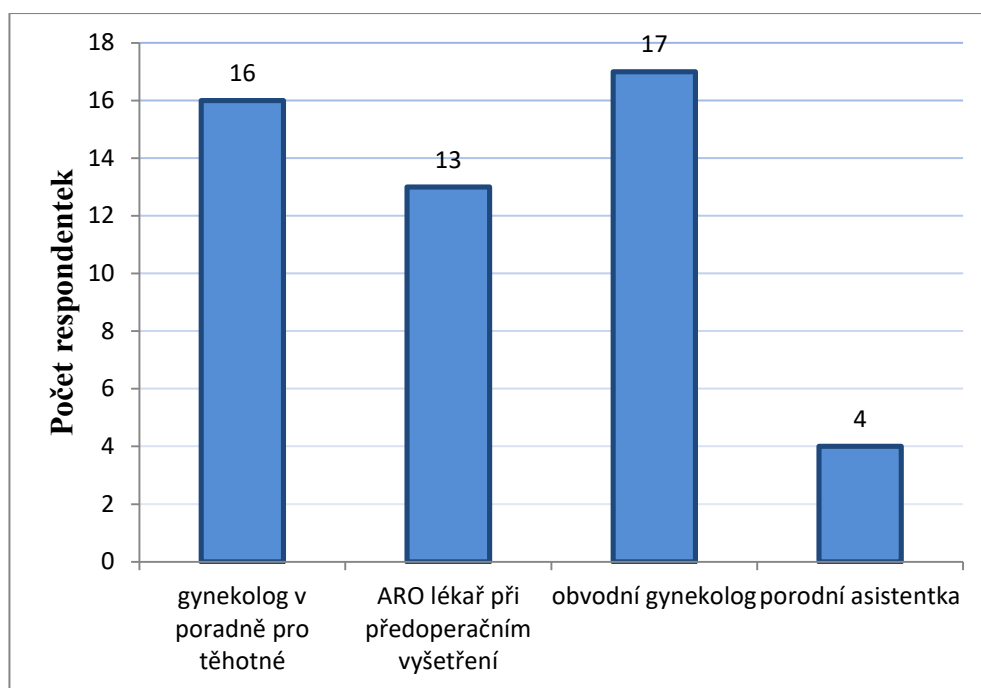


**Tabulka 3** – Kontingenční tabulka vyjadřující vztah vzdělání a čerpání doplňujících informací

| Vzdělání        | Čerpání doplňujících informací |      |
|-----------------|--------------------------------|------|
|                 | ANO                            | NE   |
| VŠ              | 12                             | 5    |
|                 | 24 %                           | 10 % |
| VOŠ             | 6                              | 3    |
|                 | 12 %                           | 6 %  |
| SŠ              | 12                             | 5    |
|                 | 24 %                           | 10 % |
| SŠ bez maturity | 5                              | 2    |
|                 | 10 %                           | 4 %  |

Z tabulky 3 vyplývá, že další informace k těm, které respondentky získaly od zdravotnických pracovníků, vyhledávaly především ty respondentky, které měly vysokoškolské (24 % respondentek) nebo plné středoškolské (24 % respondentek) vzdělání. Tento výsledek se dal očekávat vzhledem k tomu, že lidé s tímto vzděláním jsou pravděpodobně více zvyklí hledat si další informace a s těmito informacemi poté pracovat, než lidé se základním nebo středním vzděláním.

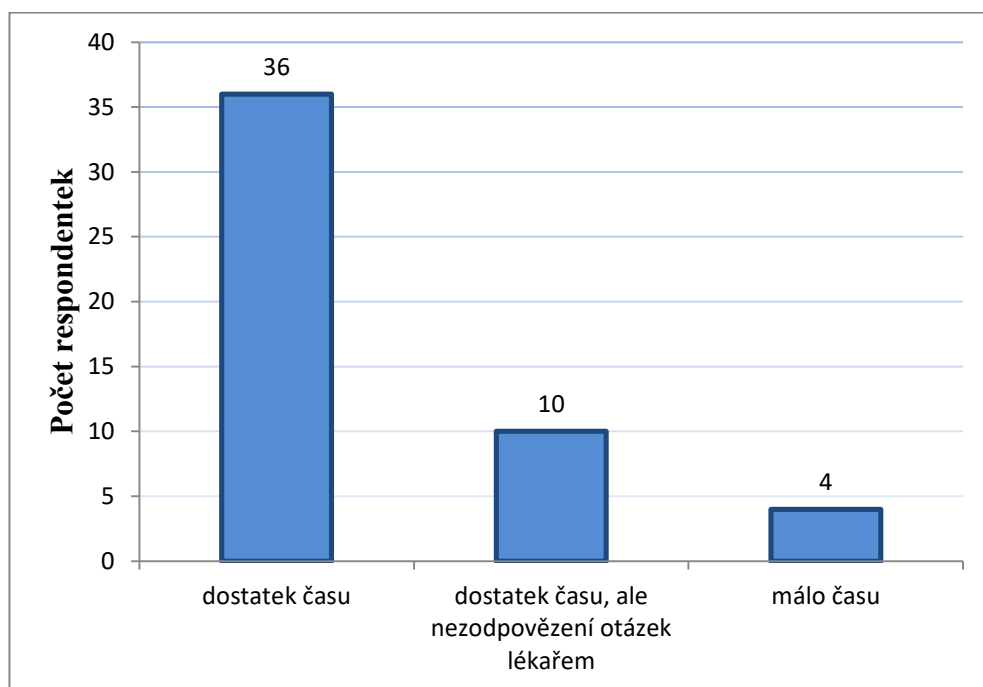
*Otázka v dotazníku: Od koho jste poprvé dostala informace ohledně možnosti preference typu anestezie?*



**Obrázek 5** - První zdroj informace o možnosti preference typu anestezie

Nejčastější odpovědí na tuto otázku byla odpověď obvodní gynekolog, kterou vybralo sedmáct (34 %) respondentek. O jednu méně, tedy šestnáct (32 %) respondentek, vybralo odpověď gynekolog v poradně pro těhotné v daném zdravotnickém zařízení, následně třináct (26 %) respondentek se o možnosti typu preference dozvědělo od anesteziologa při předoperačním vyšetření a pouze čtyři (8 %) respondentky odpověděly, že je o této možnosti informovala porodní asistentka.

*Otázka v dotazníku: „Měla jste dostatek času a prostoru na položení případných otázek anesteziologovi a rozhodnutí se o vámi preferovaném typu anestezie?“*

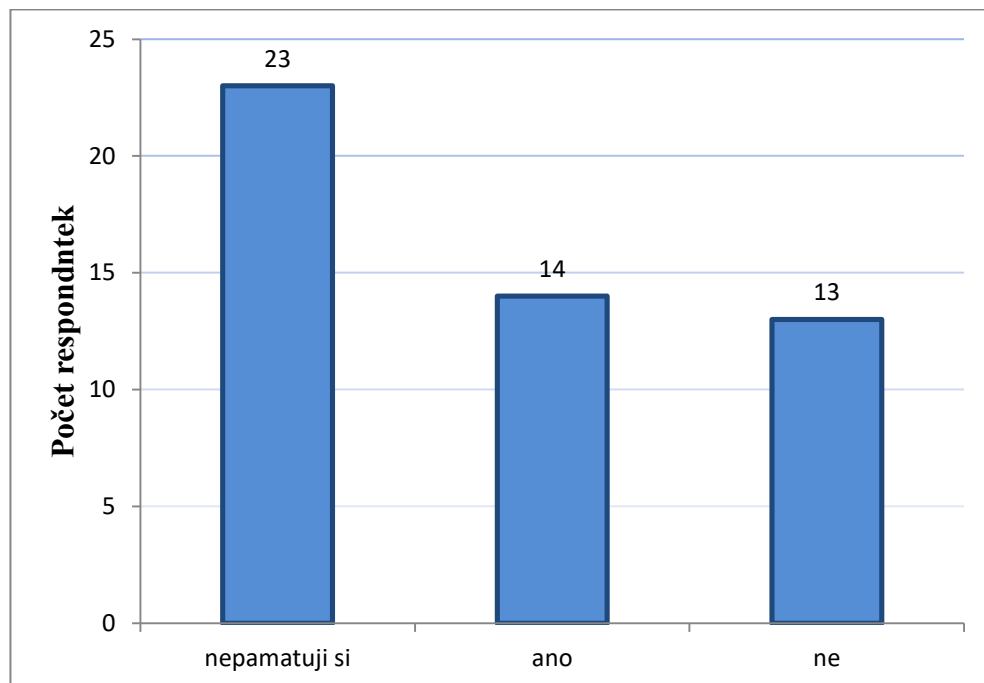


**Obrázek 6** - Množství času na rozhodnutí se o preferovaném typu anestezie a položení otázek anesteziologovi

V další otázce, která se týkala množství času na rozhodnutí o typu anestezie, měly respondentky na výběr ze tří odpovědí. První odpovědí byla odpověď ano, které vyjadřovalo dostatek času na rozhodnutí i zodpovězení otázek. Další odpověď byla taková, že respondentka měla sice dostatek času na rozhodnutí se o typu anestezie, ale anesteziolog jí neodpověděl na její otázky a poslední odpovědí byla záporná odpověď ne a to jak v ohledu dostatku času, tak zodpovězení otázek. Jak je vidět na obrázku 6, absolutní většina - třicet šest (72 %) respondentek odpověděla, že měly dostatek času na rozhodnutí i na položení otázek. Deset (20 %) respondentek nedostalo na otázku položenou anesteziologovi odpověď a pouze

čtyři (8 %) respondentky pociťovaly absolutní nedostatek času jak na rozhodnutí, tak na položení otázek.

*Otázka v dotazníku: „Byly vám sděleny možné komplikace související se svodnou anestezií?“*

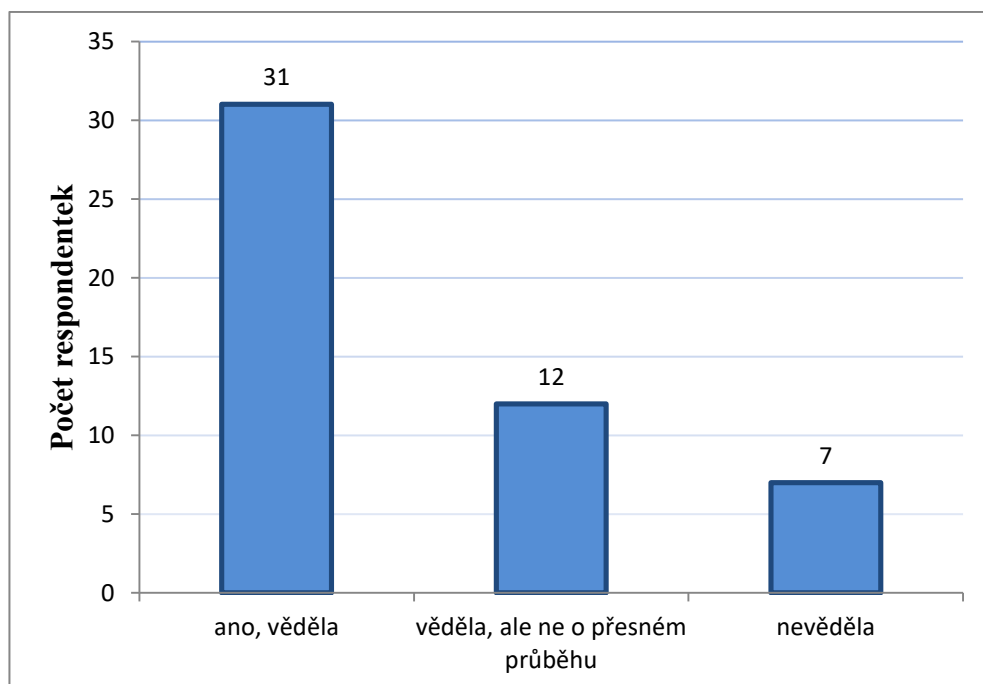


**Obrázek 7 - Sdělení komplikací souvisejících se svodnou anestezií**

V otázce týkající se faktu, zda byly respondentce sděleny předem možné komplikace související se svodnou anestezií, měly respondentky opět na výběr ze tří odpovědí. První možností byla odpověď ano. Tato odpověď byla polouzavřená a při jejím zaškrtnutí odpovědi respondentky vypsaly, o kterých komplikacích byly informovány. Další možná odpověď byla ne a poslední odpovědí bylo „nepamatuji si“.

Co se týče odpovědí, nejčastější odpovědí bylo, že si respondentky nepamatovaly, zda je někdo předem informoval o komplikacích, které mohou v souvislosti se svodnou anestezií nastat. Tuto odpověď zvolilo dvacet tři (46 %) respondentek. Následovala odpověď ano, tedy že respondentky byly informovány o možných komplikacích. Tuto odpověď zvolilo čtrnáct (28 %) respondentek. Ve druhé části této otázky respondentky vypisovaly konkrétně sdělené komplikace. Šest respondentek napsalo komplikaci bolest hlavy, čtyři respondentky možné snížení tlaku, dvě respondentky napsaly krvácení a dvě zvracení. Třináct (26 %) respondentek zvolilo odpověď ne, což znamená, že o žádných komplikacích informovány nebyly. Podle mého názoru je toto zjištění důležité pro praxi, protože i sdělení možných komplikací rodičkám je velmi důležité a nemělo by to být při edukaci opomenuto.

Otázka v dotazníku: „Věděla jste, že Vám před operací bude provedena předoperační příprava i jak bude probíhat?“



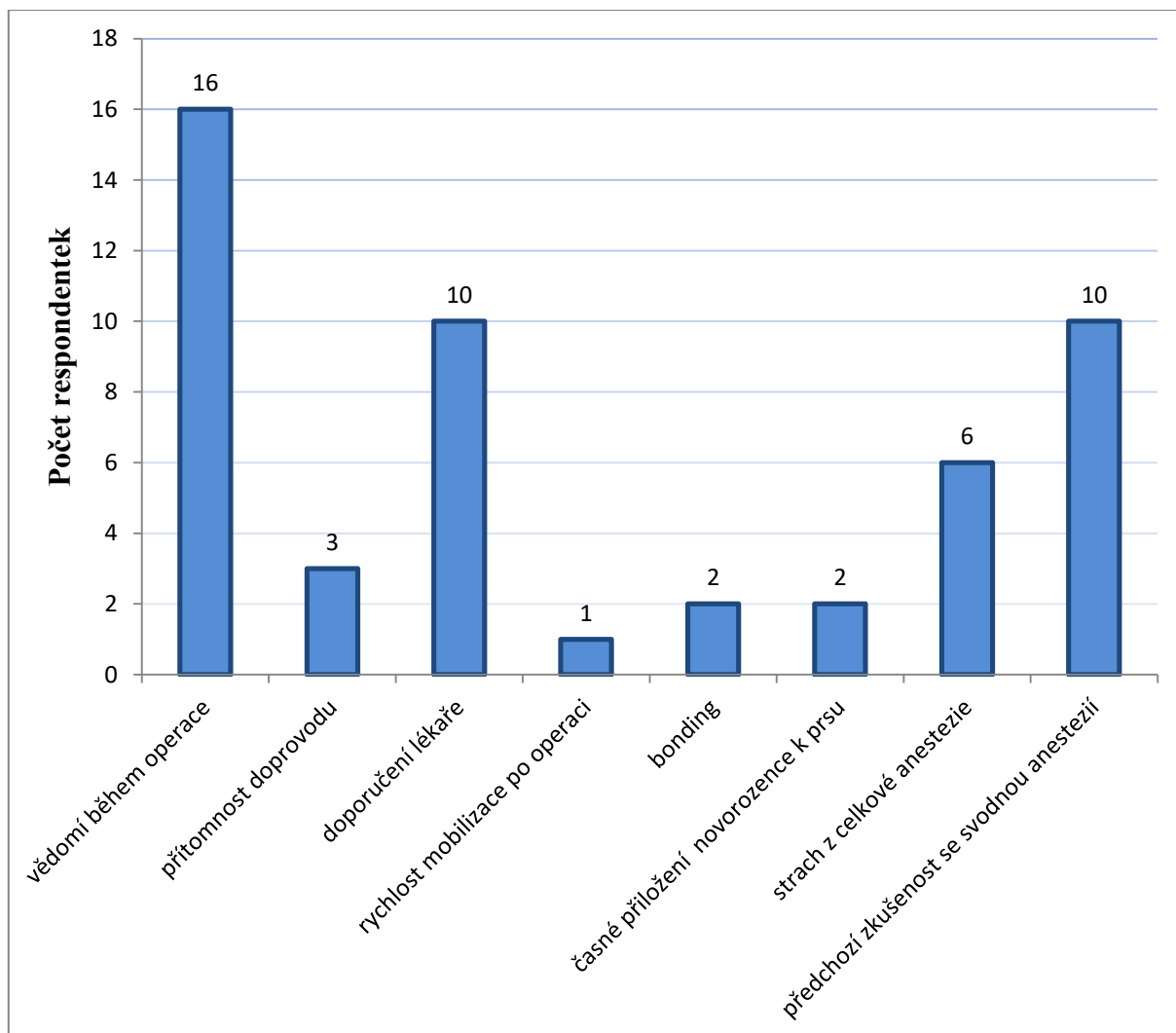
**Obrázek 8 - Předoperační příprava**

Obrázek 8 demonstruje početní rozložení odpovědí na otázku o informovanosti o předoperační přípravě. O tom, že bude před císařským řezem provedena předoperační příprava a jak bude probíhat, vědělo třicet jedna (62 %) respondentek. Dalších dvanáct (24 %) respondentek sice vědělo, že předoperační příprava proběhne, ale nevěděly její přesný průběh. Poslední možnost, že respondentka o předoperační přípravě vůbec nevěděla, byla vybrána sedmi (14 %) respondentkami.

Výsledky u této otázky mohou souviset s tím, kde respondentky čerpaly informace o průběhu svodné anestezie, potažmo i o průběhu operace. Jedenáct respondentek totiž čerpalo informace od porodní asistentky, která pravděpodobně o předoperační přípravě respondentky informovala a nejspíš takto učinila i ARO sestra.

### 8.3 Důvod výběru svodné anestezie a předchozí zkušenost s anestezií

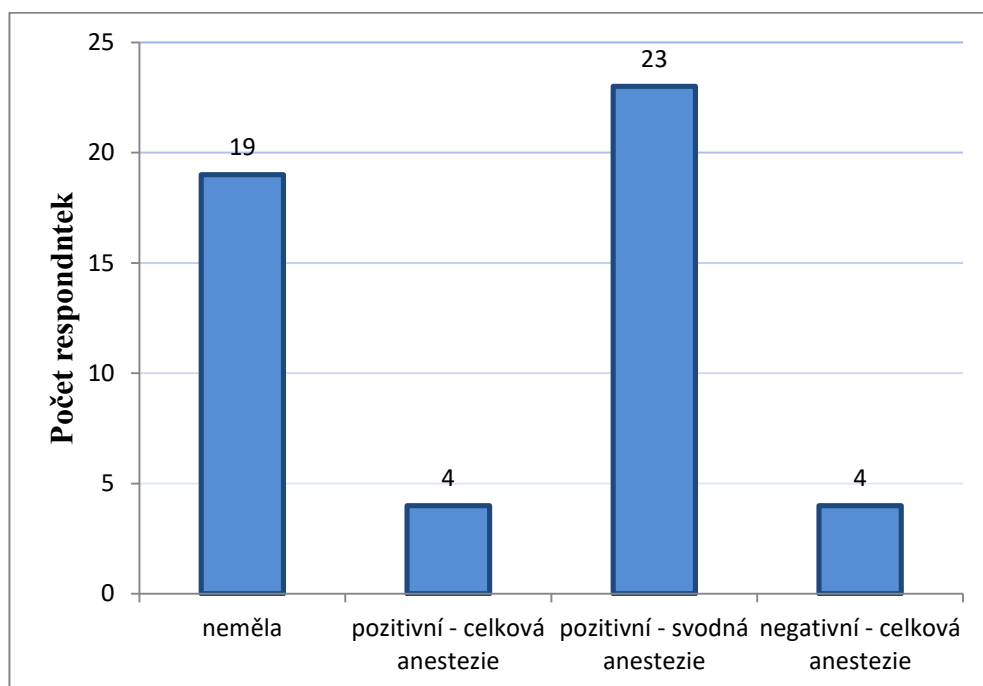
Otázka v dotazníku: „Jaký byl hlavní důvod pro výběr svodné anestezie?“



**Obrázek 9** - Hlavní důvod pro výběr svodné anestezie

Následující otázka byla zaměřena na hlavní důvod, kvůli kterému se respondentky rozhodly pro výběr svodné anestezie. Nejčastější odpověď (šestnáct respondentek = 32 %) byla ta, že respondentky mohly být během operace při vědomí. Tři (6 %) respondentky zvolily odpověď „možnost přítomnosti doprovod během operace“. Dalších deset (20 %) respondentek si vybralo anestezii na doporučení lékaře. Pro jednu (2 %) respondentku bylo při výběru důležité, že po svodné anestezii je rychlejší mobilizace. Dvě (4 %) respondentky zaškrtnuly v otázce možnost bonding a stejně tak dvě (4 %) respondentky zvolily časné přiložení novorozence. Šest (12 %) respondentek mělo strach z celkové anestezie, a proto si vybraly svodnou anestezii. Deset (20 %) respondentek mělo předchozí zkušenost se svodnou anestezií, a tak si ji vybraly i pro tuto operaci.

Otázka v dotazníku: „Měla jste předchozí zkušenost s anestezií?“



**Obrázek 10** - Předchozí zkušenost s některým typem anestezie

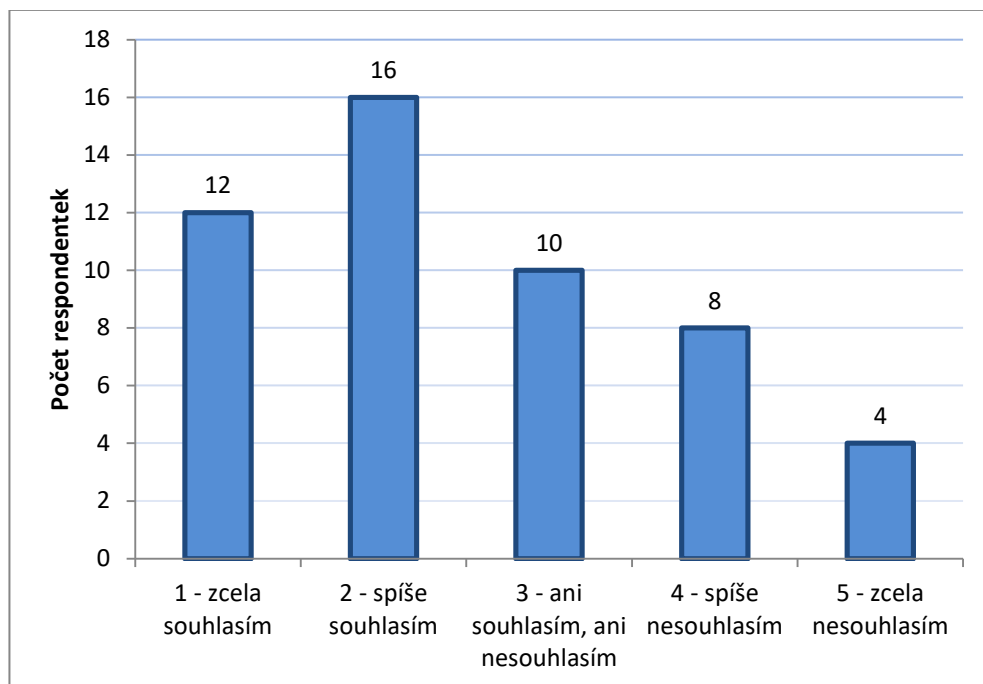
V této polouzavřené otázce, ke které se vztahuje obrázek 10, byly respondentky dotazovány na fakt, zda už měly před tímto císařským řezem zkušenost s některým typem anestezie. Pokud již zkušenost měly a tato zkušenost byla negativní, respondentky dostaly prostor k popsání této zkušenosti. Dvacet tři (46 %) respondentek mělo v minulosti pozitivní zkušenost se svodnou anestezií. Devatenáct (38 %) respondentek žádnou zkušenost s jakoukoli anestezií nemělo. Čtyři (8 %) respondentky vybraly možnost předchozí pozitivní zkušenosti s celkovou anestezií. Poslední čtyři (8 %) respondentky za sebou měly negativní zkušenost s celkovou anestezií. V popisování negativních zkušeností dvě respondentky uvedly, že zažily po celkové anestezii dlouhé probouzení, jedna respondentka po předchozí celkové anestezii zvracela a jedna respondentka cítila dlouho v pooperačním období silnou bolest.

#### **8.4 Očekávání versus realita průběhu císařského řezu**

V této podkapitole průzkumné části budou porovnány výsledky otázek a tvrzení o různých aspektech z průběhu císařského řezu zaměřených nejprve na očekávání a následně na skutečnou realitu. Některé z otázek byly položeny jako uzavřené, jiné jako polouzavřené a některé byly formulovány pomocí škály. Na škále respondentky zakroužkovaly hodnotu od 1 do 5, která nejvíce vyjádřila míru souhlasu s daným tvrzením. Hodnota 1 vyjadřovala

naprostý souhlas, 2 znamenala „spíše souhlasím“, 3 „ani souhlasím, ani nesouhlasím“, 4 „spíše nesouhlasím“ a 5 naprostý nesouhlas. U témat, která jsou obě řešena ve skupině otázek s odpovědí prostřednictvím škály, budou výsledky očekávání a reality demonstrovány v jednom sloupcovém grafu.

*Tvrzení v dotazníku: „Z aplikace svodné anestezie jsem měla strach“.*



**Obrázek 11 - Očekávání - strach z aplikace svodné anestezie**

Otázka ohledně strachu z aplikace anestezie byla jednou ze sedmi otázek s odpovědí formou škály. Nejčastěji označenou byla hodnota 2. Je to hodnota vyjadřující souhlas s tvrzením a tuto hodnotu zvolilo šestnáct (32 %) respondentek. Dalších dvanáct (24 %) respondentek zvolilo hodnotu 1. To znamená, že celkem dvacet osm (56 %) respondentek mělo strach z aplikace svodné anestezie. Deset (20 %) respondentek zakroužkovalo hodnotu 3, tedy neutrální odpověď. Osm (16 %) respondentek zakroužkovalo hodnotu 4 a čtyři respondentky hodnotu 5, takže celkem dvanáct (24 %) respondentek nemělo strach z aplikace svodné anestezie.

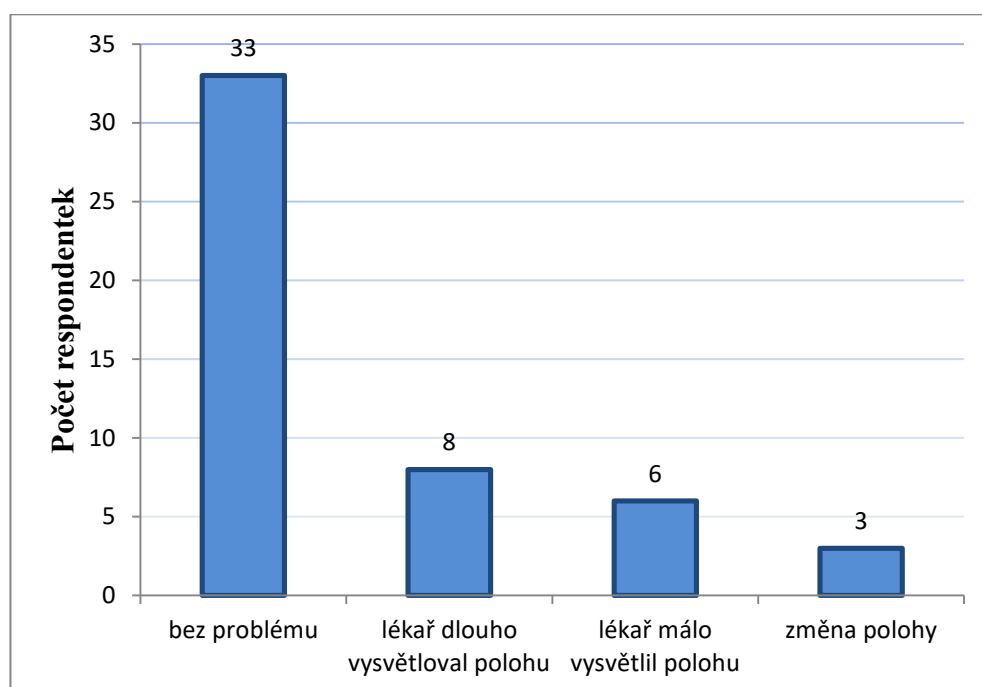
Myslím si, že by bylo dobré více informovat rodičky o tom, že už při samotné aplikaci svodné anestezie jim budou aplikována lokální anestetika, aby je ani aplikace nebolela a tím pádem z aplikace anestezie nemusí mít strach.

**Tabulka 4** – Kontingenční tabulka vyjadřující vztah předchozí zkušenosti s anestezií a strachu z aplikace svodné anestezie

| Předchozí zkušenost                      | Hodnota na škále u tvrzení: „z aplikace svodné anestezie jsem měla strach“ |           |           |          |          |
|--|--|-----------|-----------|----------|----------|
|  | 1  | 2         | 3         | 4        | 5        |
| pozitivní zkušenost se svodnou anestezií | 6<br>12 %  | 9<br>18 % | 2<br>4 %  | 4<br>8 % | 2<br>4 % |
| pozitivní zkušenost s celkovou anestezií | 3<br>6 %   | 0<br>0 %  | 1<br>2 %  | 0<br>0 % | 0<br>0 % |
| negativní zkušenost s celkovou anestezií | 2<br>4 %   | 0<br>0 %  | 1<br>2 %  | 0<br>0 % | 1<br>2 % |
| žádná předchozí zkušenost                | 1<br>2 %   | 7<br>14 % | 6<br>12 % | 4<br>8 % | 1<br>2 % |

V tabulce 4 jsou zobrazena data vztahu předchozí zkušenosti s některou z anestezií a strachu z aplikace svodné anestezie. Jak vidíme v tabulce 4, celkem patnáct (30 %) respondentek, které už měly předchozí pozitivní zkušenost se svodnou anestezií, přesto mělo strach z aplikace svodné anestezie. Tím pádem zřejmě ani pozitivní předchozí zkušenost neovlivní obavy rodiček z aplikace anestezie.

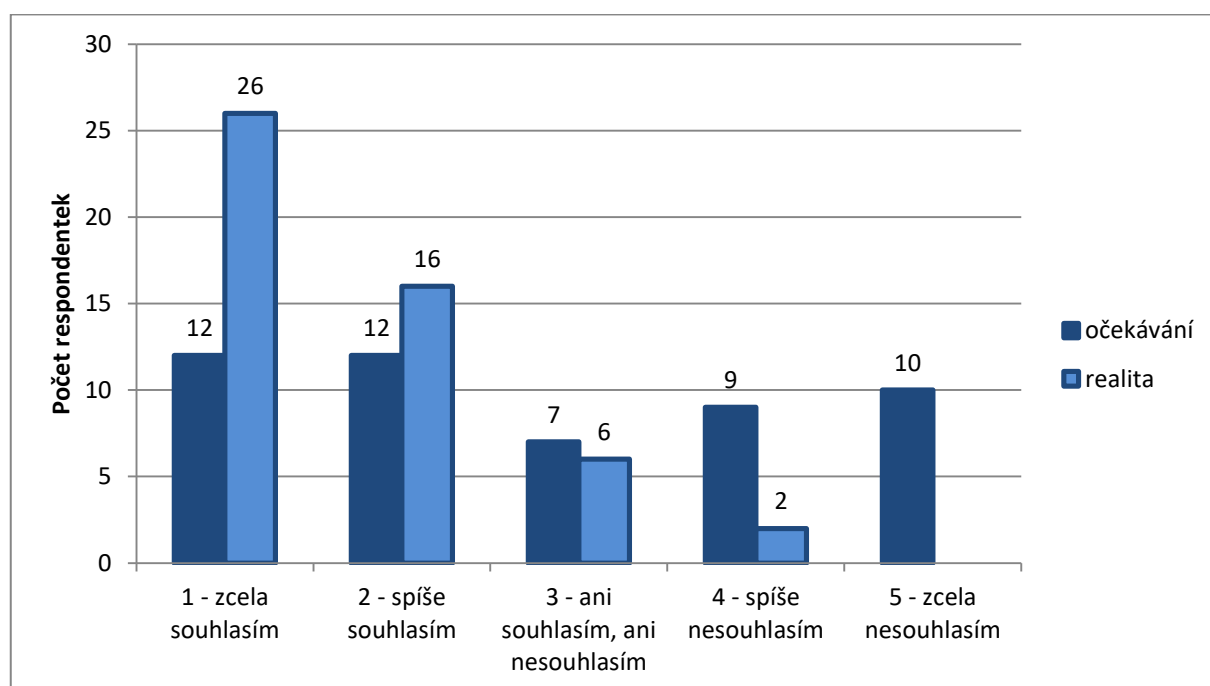
*Otázka v dotazníku: „Jak u vás proběhla aplikace svodné anestezie?“*



**Obrázek 12** - Realita - průběh aplikace svodné anestezie



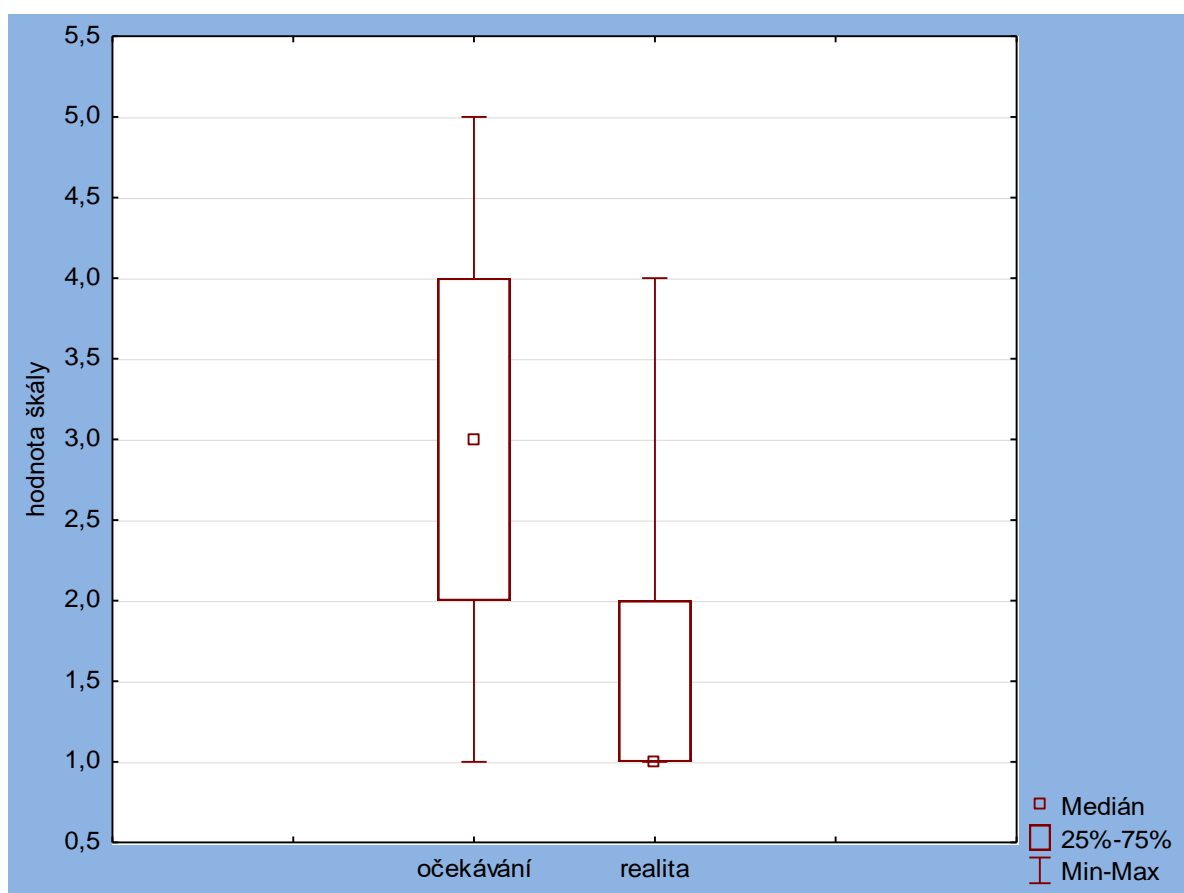
Tato otázka měla na výběr z pěti odpovědí a týkala se reality průběhu aplikace svodné anestezie. Respondentky měly u této otázky na výběr z pěti odpovědí. U většiny respondentek (třicet tři = 46 %) byla označena první odpověď, která vyjadřovala, že aplikace anestezie proběhla bez problému. Osm (16 %) respondentek vybralo odpověď, tedy pro ně bylo složité zaujmout požadovanou polohu, ale lékař jim polohu dlouho vysvětloval. Dalších šest (12 %) respondentek vybralo odpověď - „bylo pro mě složité zaujmout polohu, lékař mi ji málo vysvětlil“ a tři (6 %) respondentky musely nakonec polohu změnit. Poslední odpověď, že se lékaři nepovedlo svodnou anestezii aplikovat, žádná z respondentek nevybrala, takže tato odpověď není vůbec vyznačena v obrázku 12.



**Obrázek 13 - Dostatečné tlumení bolesti svodnou anestézií během operace**

Na obrázku 13 jsou zobrazeny výsledky porovnávající dvě tvrzení. První tvrzení je na obrázku 13 označeno jako „očekávání“ a znělo: „*měla jsem obavy, že svodná anestezie nebude dostatečně působit na bolest během operace*“ a druhé tvrzení související s realitou zní: „*anestezie dostatečně tlumila bolest, takže mě během operace nice nebolelo*“. Co se týče reality, nejčastější hodnoty byly 1 a 2, které zakroužkovalo celkem dvacet čtyři (48 %) respondentek. Sedm (14 %) respondentek vybralo neutrální odpověď hodnotu 3. Strach z toho, že svodná anestezie neutlumí bolest, mělo celkem devatenáct respondentek, z toho devět (18 %) respondentek vybralo hodnotu 4 a deset (20 %) respondentek hodnotu 5.

Následovalo srovnávací tvrzení o realitě („měla jsem obavy, že svodná anestezie nebude dostatečně působit na bolest během operace“), u kterého nejčastější hodnotou byla hodnota 1, kterou vybralo dvacet šest (52 %) respondentek. U těchto respondentek byla dostatečně tlumena bolest během operace. Šestnáct (32 %) respondentek vybralo hodnotu 2, která rovněž vyjadřuje souhlas s tvrzením. Proto u celkem čtyřicet dvou respondentek proběhla operace s dostatečným tlumením bolesti, což je pro praxi důležitým pozitivním zjištěním. Šest (12 %) respondentek vybralo neutrální hodnotu 3. Dvě (4 %) respondentky zakroužkovaly hodnotu 4, tedy cítily během operace bolest i přes svodnou anestezii. Žádná respondentka nevybrala zcela negativní odpověď 5, proto tato hodnota není u „reality“ zobrazena.

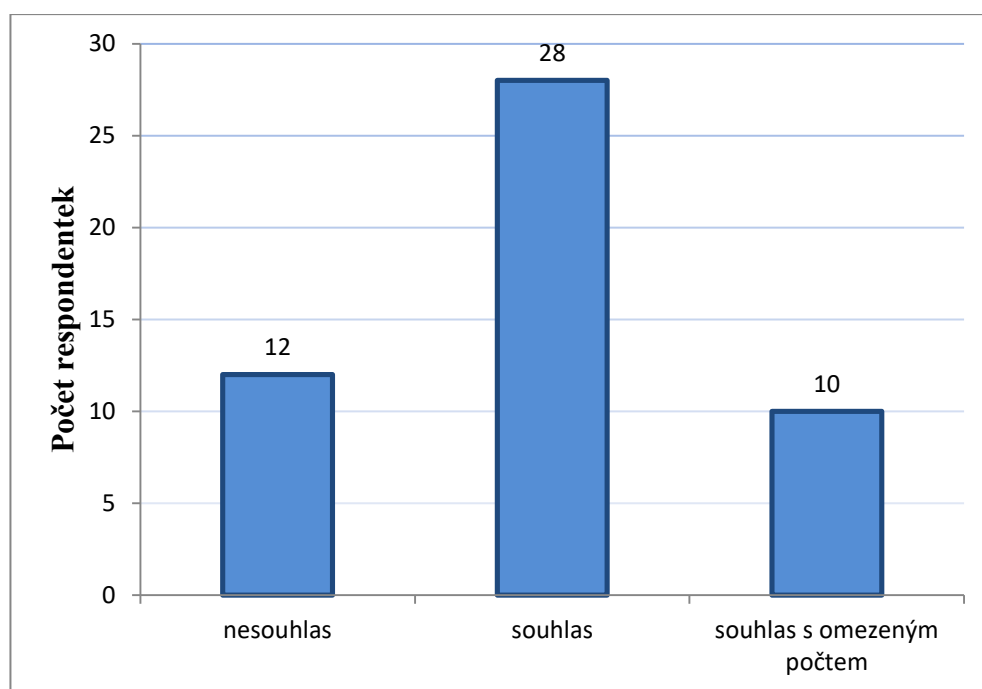


**Obrázek 14** - Krabicový graf očekávání a reality tlumení bolesti během operace

Na obrázku 14 vidíme rozložení dat v krabicovém grafu. V grafu jsou znázorněny mediány, 25% a 75% kvartily a minimální a maximální hodnoty. Medián byl u otázky s očekáváním 3, což znamená, že prostřední hodnotou v odpovědích u škály „měla jsem obavy, že svodná anestezie nebude dostatečně působit na bolest během operace“ byla odpověď „ani souhlasím, ani nesouhlasím“ a u reality (tvrzení: „anestezie dostatečně tlumila bolest, takže mě během operace nic nebolelo“) byl medián 1, tedy naprostý souhlas respondentek s tímto tvrzením a

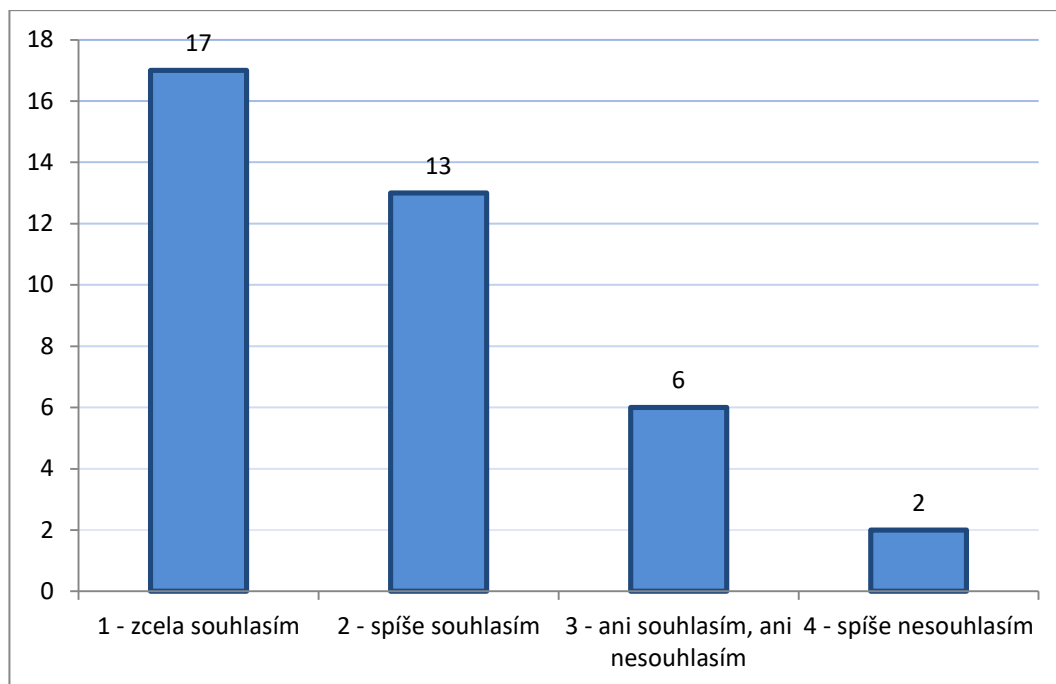
většina odpovědí byla v intervalu 1 až 2. To znamená, že zatímco respondentky nejdříve moc nevěděly, co očekávat od tlumení bolesti svodnou anestezií, ve skutečnosti byla bolest tlumena velmi dobře. Toto zjištění je pro praxi důležité v tom, že by bylo zřejmě vhodné, aby bylo respondentkám více zdůrazňováno, že výhodou svodné anestezie je kromě toho, že uvidí svého novorozence už během operace, i to, že svodná anestezie velmi dobře tlumí bolest.

*Otázka v dotazníku: „Měla jste v plánu souhlasit s přítomností studentů na operačním sále?“*



**Obrázek 15 - Očekávání - souhlas s přítomností studentů**

Jednou z otázek v dotazníku byla otázka ohledně toho, jestli respondentky měly v plánu souhlasit s povolením přítomností studentů u operace. Na výběr byly tři odpovědi: „ano, přítomnost studentů mi nevadí“; „ano, ale jen s omezeným počtem studentů“ a „ne, studenty jsem na operačním sále nechtěla“. Nejčastěji respondentky vybíraly odpověď vyjadřující předpokládaný souhlas s přítomností studentů a tuto odpověď vybralo dvacet osm (56 %) respondentek. Deset (20 %) respondentek chtělo souhlasit s omezeným počtem studentů a dvanáct (24 %) respondentek vůbec nechtělo dát souhlas s přítomností studentů na operačním sále.



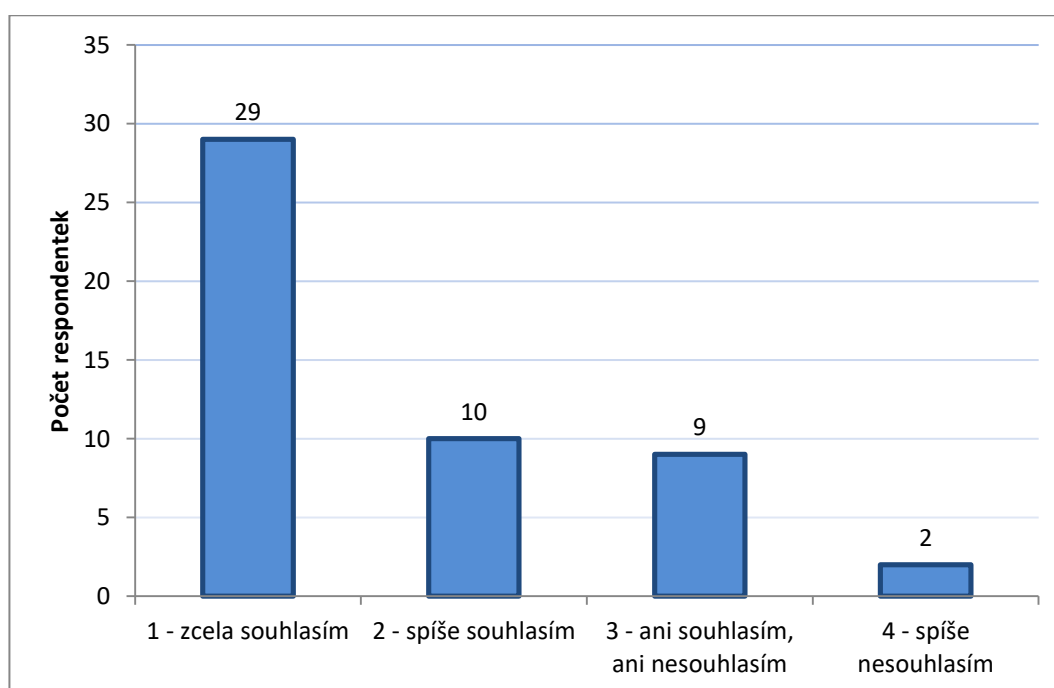
**Obrázek 16 - Realita - pocit respondentek z přítomnosti studentů na operačním sále**

Toto tvrzení u jedné ze škál je formulováno: „*nevadilo mi, že u císařského řezu byli přítomni studenti*“ a této škále se věnovaly pouze ty respondenty, které s přítomností studentů souhlasily, takže odpovědi se vztahují k celkovému počtu 38 odpovědí. Nejčastěji respondenty vybíraly hodnotu 1, takže jim přítomnost studentů nevadila a vybralo ji sedmnáct (44,7 %) respondentek. Průměrnou hodnotou byla hodnota 2, kterou vybralo třináct (34,2 %) respondentek, kterým tedy také přítomnost studentů nevadila. Šest (15,9 %) respondentek zakroužkovalo hodnotu 3 a dvě (5,2 %) respondenty hodnotu 4. Hodnotu 5 nevybrala žádná z třiceti osmi respondentek, které s přítomností souhlasily, takže jsou v obrázku vyobrazeny hodnoty 1, 2, 3 a 4.

**Tabulka 5** – Kontingenční tabulka vyjadřující vztah parity a souhlasu s přítomností studentů

| Parita respondentky | Souhlas s přítomností studentů |      |                            |
|---------------------|--------------------------------|------|----------------------------|
|                     | ne                             | ano  | ano, ale s omezeným počtem |
| primipara           | 6                              | 11   | 3                          |
|                     | 12 %                           | 22 % | 6 %                        |
| sekundipara         | 2                              | 12   | 4                          |
|                     | 4 %                            | 24 % | 8 %                        |
| tercipara           | 3                              | 4    | 3                          |
|                     | 6 %                            | 8 %  | 6 %                        |
| kvartypara          | 1                              | 1    | 0                          |
|                     | 2 %                            | 2 %  | 0 %                        |

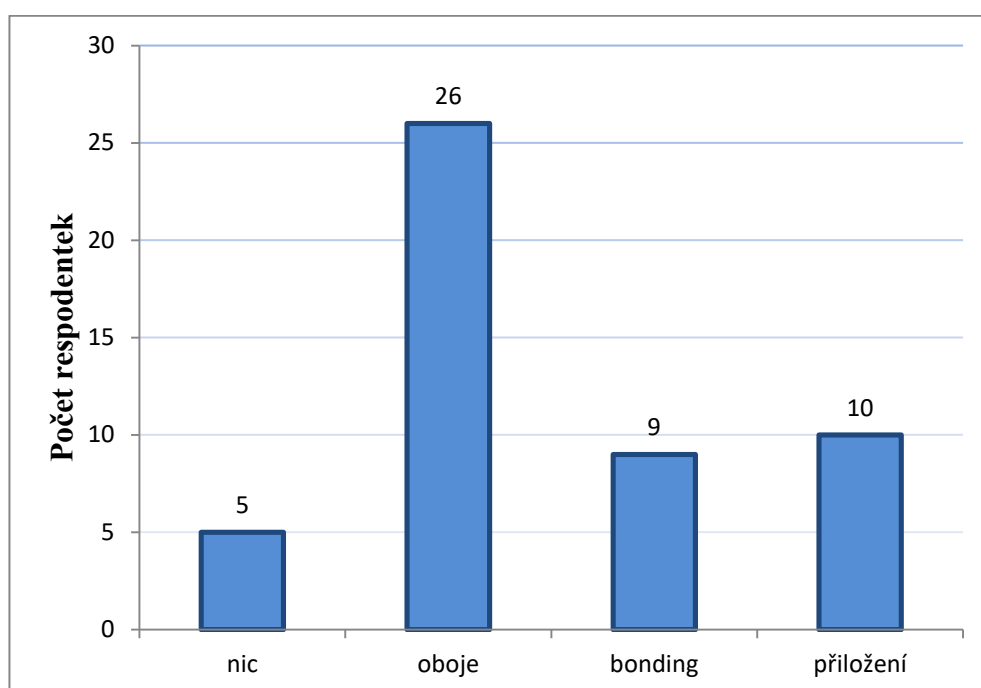
V tabulce 5 vidíme, že respondentky, pro které byl daný císařský řez prvním porodem, ve většině případů souhlasily s přítomností studentů. Konkrétně se jednalo o jedenáct (22 %) respondentek. Tento výsledek mohl být způsoben tím, že byly respondentky ochotny povolit přítomnost studentů proto, že ohledně jejich přítomnosti neměly žádné předsudky. Zároveň souhlasilo s jejich přítomností i nejvíce sekundipar, které možná už měly s přítomností studentů pozitivní zkušenost.



**Obrázek 17** - Očekávání – zájem o provedení bondingu a časného přiložení novorozence k prsu

Toto tvrzení v přesném znění „chtěla jsem, aby byl proveden bonding a časné přiložení novorozence k prsu“ patří ke skupině tvrzení s odpovědí formou škály. Nejčastěji respondenty kroužkovaly hodnotu 1, tedy že chtěly provést bonding a časné přiložení. Jak je vidět na obrázku 17, hodnota 1 byla respondentkami vybrána dvacet devětkrát (58 %). Dále deset (20 %) respondentek vybralo hodnotu 2, která rovněž vyjadřuje souhlas s tvrzením. Hodnotu 3 vybralo devět (18 %) respondentek a pouze dvě (4 %) respondenty ani jednu z těchto činností provést nechtěly. Žádná respondentka nezakroužkovala hodnotu 5, která tím pádem není v obrázku 17 vyznačena.

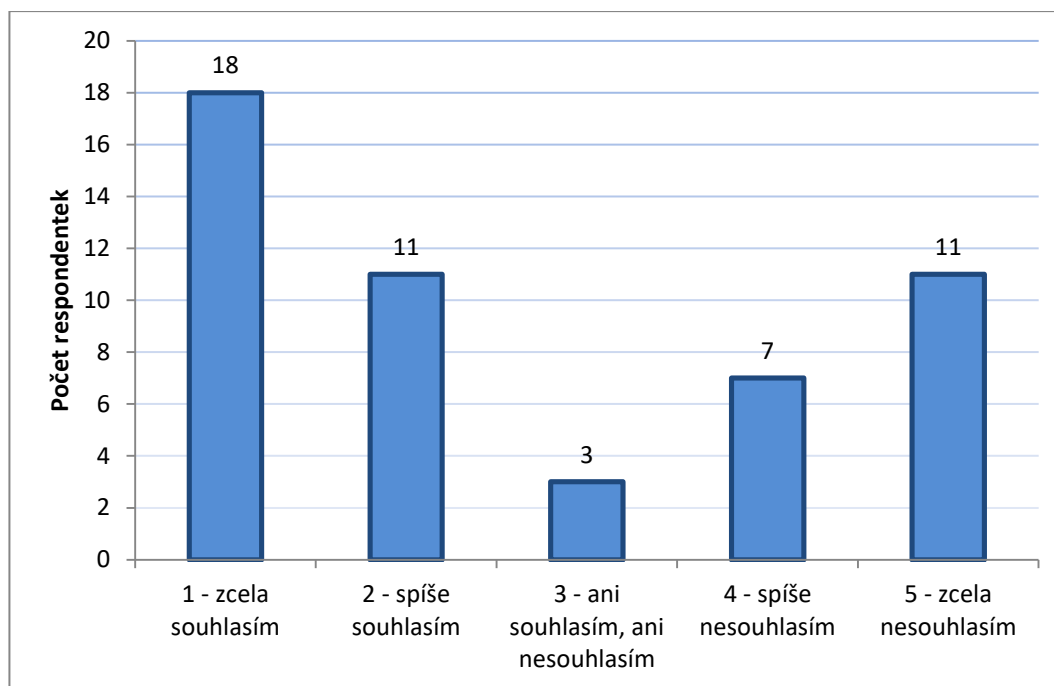
Otázka v dotazníku: „Byl u Vás proveden bonding a časné přiložení novorozence k prsu?“



**Obrázek 18 - Realita - provedení bondingu a časného přiložení novorozence k prsu**

Na tuto otázku odpovídalo opět všech padesát respondentek a to i přesto, že dvě z nich původně ani bonding ani přiložení provádět nechtěly. Otázka se ptala na to, zda byl bonding, časné přiložení novorozence nebo oba tyto úkony, provedeny. Nejčastěji, u dvaceti šesti (52 %) respondentek, byla označena odpověď, že u nich byl proveden jak bonding, tak časné přiložení novorozence. U deseti (20 %) respondentek bylo provedeno pouze časné přiložení novorozence k prsu, u devíti (18 %) respondentek byl proveden pouze bonding a pět (10 %) respondentek označilo odpověď, že nebyla realizována ani jedna ze zmíněných činností.

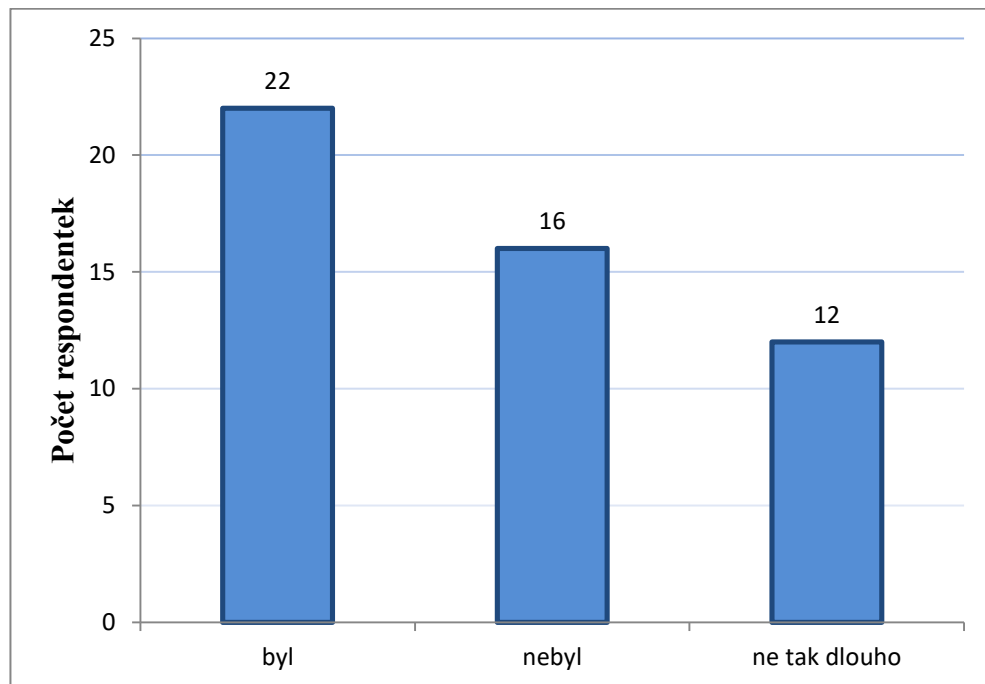
To, že nejčastější odpovědí v otázce hlavního důvodu pro výběr svodné anestezie byla možnost být během operace při vědomí, úzce souvisí i s výsledem otázek ohledně bondingu, protože pro bonding i časné přiložení novorozence k prsu je potřeba vědomí pacientky.



**Obrázek 19** - Očekávání – zájem o přítomnost doprovodu na operačním sále během operace

V seznamu tvrzení se škálovou odpovědí bylo i tvrzení o přání přítomnosti doprovodu na operačním sále. Přesné znění tvrzení bylo: „*chtěla jsem, aby se mnou byl na operačním sále můj doprovod*“. Osmnáct (36 %) respondentek vyjádřilo souhlas s tímto tvrzením, takže doprovod na operačním sále chtěly. Jedenáct (22 %) respondentek rovněž vyjádřilo souhlas tím, že zakroužkovaly hodnotu 2. Tři (6 %) respondentky vybraly neutrální hodnotu 3. Sedm (14 %) respondentek zakroužkovalo hodnotu 4 a jedenáct (22 %) respondentek hodnotu 5, takže těchto osmnáct respondentek si nepřálo mít na operačním sále doprovod.

Otázka v dotazníku: „Měla jste na operačním sále Váš doprovod?“



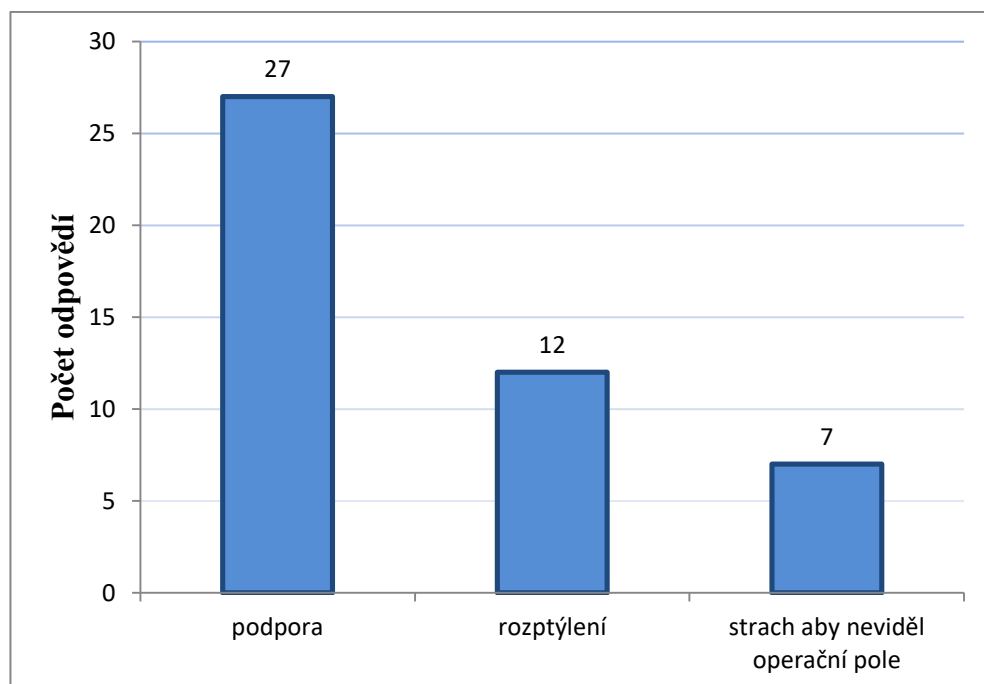
**Obrázek 20 - Realita - přítomnost doprovodu na operačním sále**

Následovala otázka zabývající se tím, jestli doprovod na operačním sále doopravdy byl. Zde bylo na výběr ze tří odpovědí, z toho poslední negativní odpověď byla doplněna o možnost vypsání důvodu, proč doprovod na operačním sále nebyl. Dvacet dva (44 %) respondentek vybralo první odpověď, která vyjadřovala fakt, že s nimi doprovod na operačním sále byl po celou dobu operace. Dvanáct (24 %) respondentek zakroužkovalo odpověď, že s nimi doprovod sice na operačním sále byl, ale ne tak dlouho, jak očekávaly. Šestnáct (32 %) respondentek bylo při císařském řezu bez doprovodu a to z důvodu toho, že si to respondentky nepřály.

Stejně jako u otázky ohledně bondingu a časného přiložení novorozence, i pro přítomnost doprovodu je podmínkou svodná anestezie a tím pádem vědomí pacientky. Takže opět výsledek otázky o důvodu výběru svodné anestezie úzce souvisí s otázkami o přítomnosti doprovodu na operačním sále. Jak je vidět z výsledků, přítomnost doprovodu byla pro respondentky důležitá a to zejména jako podpora, což bude prezentováno u dalšího grafu.

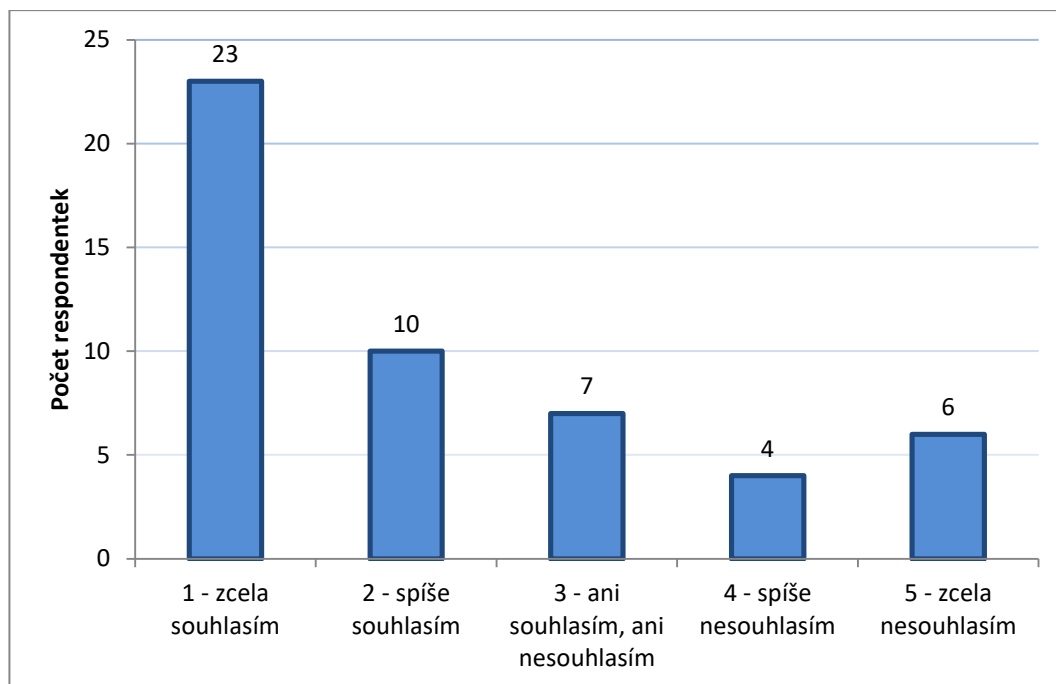


Otázka v dotazníku: „Co pro vás znamenala přítomnost doprovodu, pokud s Vámi na operačním sále byl?“



**Obrázek 21** - Význam přítomnosti doprovodu

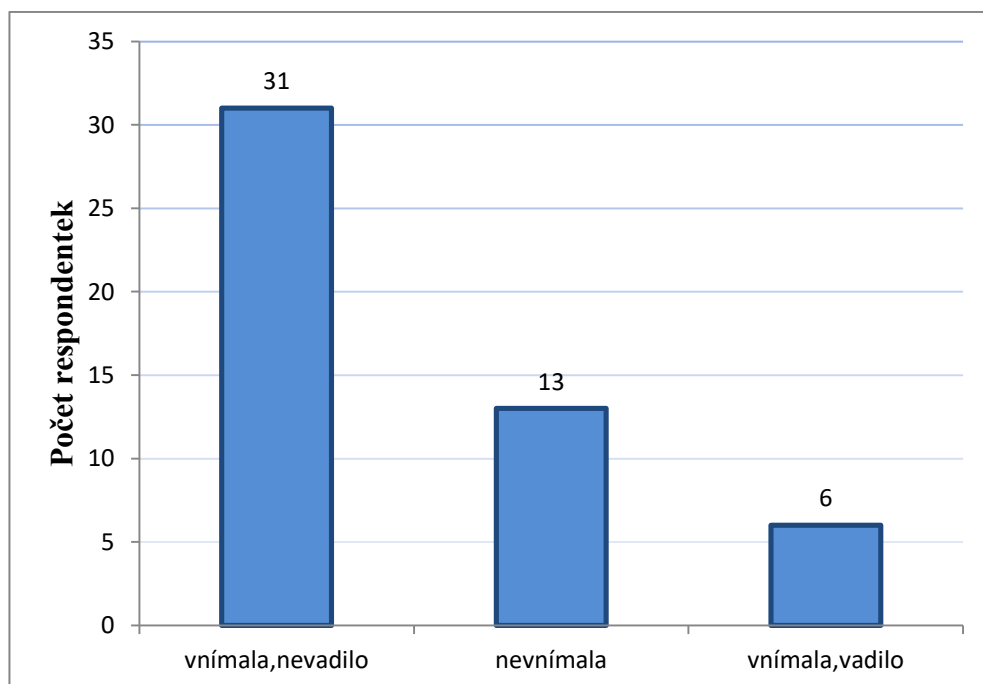
Otázka ohledně toho, zda byl na operačním sále přítomen doprovod, byla doplněna o další otázku, která zjišťovala, jaký tato přítomnost měla pro respondentku význam. Tato otázka byla polouzavřená a respondentky u ní mohly vybírat více odpovědí. Celkový počet odpovědí, ke kterému se absolutní četnosti jednotlivých odpovědí vztahují, je 46. Na výběr bylo ze čtyř odpovědí a to sice: podpora; rozptýlení; strach z toho, aby neviděl operační pole a možnost jiné, která byla otevřená. Většina respondentek (dvacet sedm = 58,7 %) zvolila první možnost, takže pro ně přítomnost doprovodu znamenala podporu. Další nejčastější odpovědí byla odpověď rozptýlení, kterou vybralo dvanáct (26,1 %) respondentek. Pro sedm (15,2 %) respondentek znamenala přítomnost doprovodu strach z toho, aby doprovod neviděl operační pole. Volnou odpověď „jiné“ nevybrala žádná respondentka, proto není tato možnost na obrázku 21 vyznačena.



**Obrázek 22 - Očekávání - vnímání komunikace operační skupiny během císařského řezu**

Očekávání ohledně vnímání komunikace operační skupiny respondentkou byla zařazena do skupiny tvrzení s hodnocením míry souhlasu prostřednictvím škály. Tvrzení znělo: „myslela jsem si, že během operace budu vnímat, jak mezi sebou komunikují členové operačního týmu“. Nejčastější zakroužkovanou hodnotou byla hodnota 1, kterou vybralo dvacet tři (46 %) respondentek. Deset (20 %) respondentek vybralo hodnotu 2, tedy také souhlasily s tvrzením. Hodnotu 3 mělo zakroužkovanou sedm (14 %) respondentek. Čtyři (8 %) respondentky vybraly hodnotu 4 a šest (12 %) respondentek hodnotu 5, takže tyto respondentky neočekávaly, že komunikaci operační skupiny budou během císařského řezu vnímat.

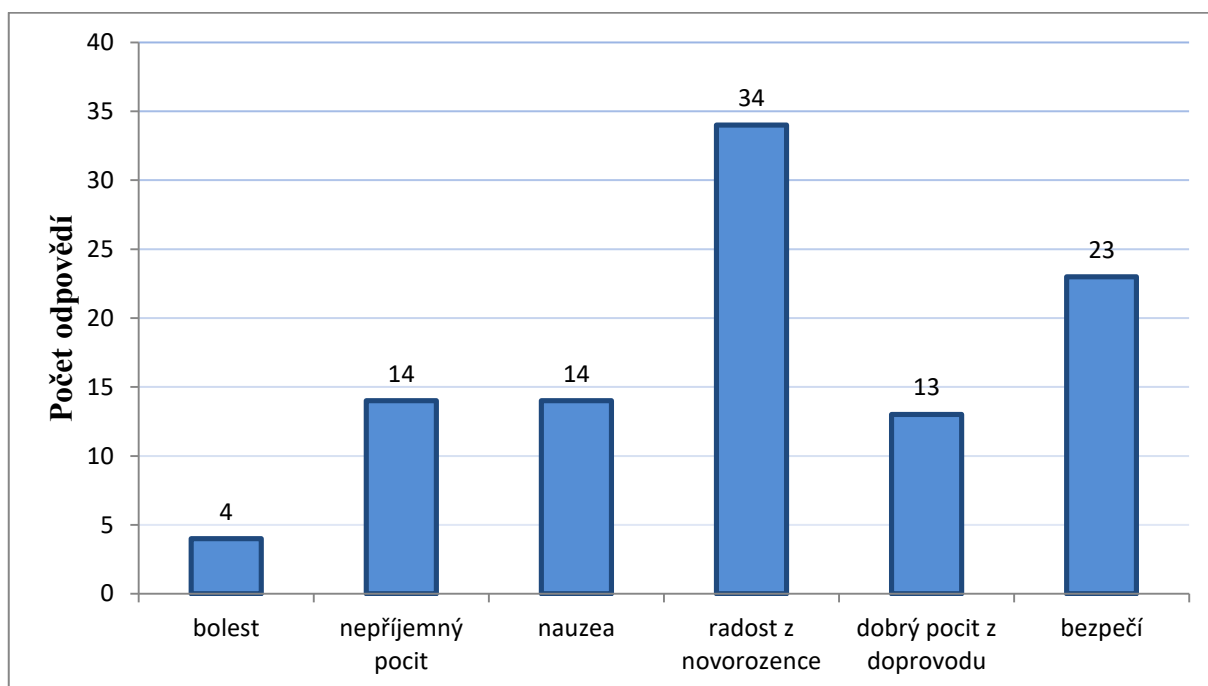
Otázka v dotazníku: „Vnímala jste během porodu císařským řezem komunikaci operační skupiny?“



**Obrázek 23** - Realita - vnímání komunikace operačního týmu během císařského řezu

Obrázek 23 zobrazuje výsledky u otázky týkající se reality, kterou respondentky zažily během císařského řezu v ohledu vnímání komunikace operační skupiny. Respondentky měly na výběr ze tří odpovědí: vnímala a nevadilo mi to, vnímala a vadilo mi to a nevnímala. Pro většinu respondentek (třicet jedna = 62 %), které vybraly možnost, že komunikaci operačního týmu vnímaly, to nebyl problém a nevadilo jim to. Dalších šest (12 %) respondentek rovněž komunikaci vnímalo, ale těmto respondentkám to vadilo. Třináct (26 %) respondentek komunikaci operační skupiny během císařského řezu vůbec nevnímalo.

Otázka v dotazníku: „Jak jste vnímala průběh operace?“

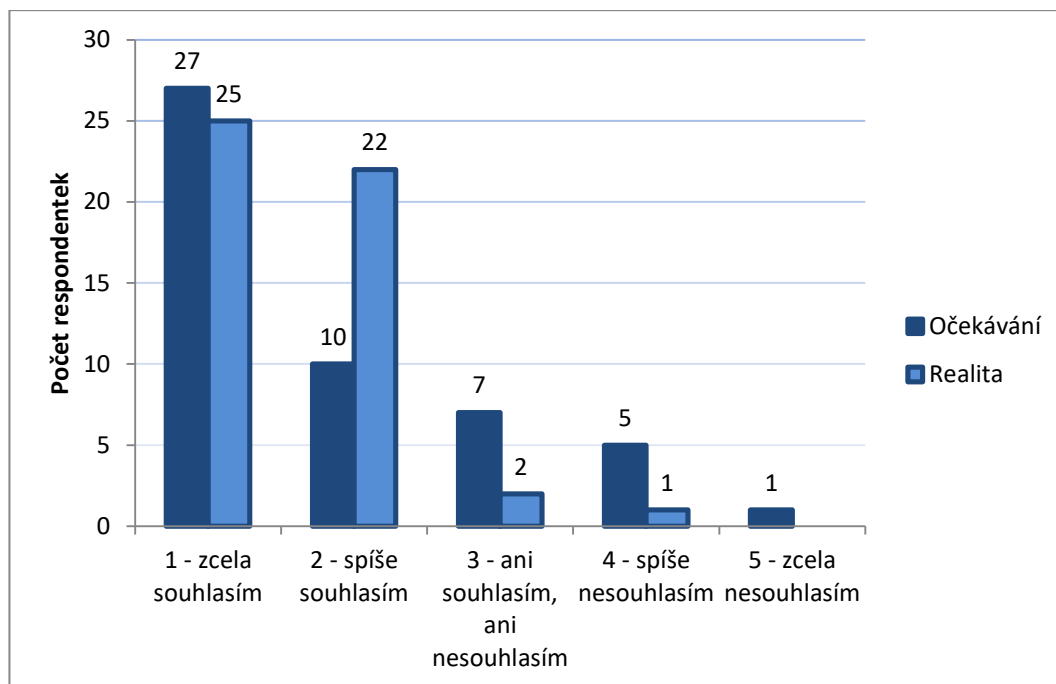


**Obrázek 24 - Realita - pocity z průběhu císařského řezu**

V této otázce měly respondentky na výběr ze sedmi odpovědí s tím, že poslední odpověď byla otevřená odpověď jiné s možností vypsání dalších pocitů a zároveň mohly respondentky u této otázky vybrat více odpovědí. Celkem bylo označeno 102 odpovědí, které představují 100 %, ke kterým se vztahují relativní hodnoty. Nejčastější odpovědí byla radost z toho, že mohly respondentky hned vidět novorozence, a tuto odpověď vybralo třicet čtyři (33,3 %) respondentek. Následovala odpověď, že se respondentky cítily být v bezpečí. Tuto odpověď zakroužkovalo dvacet tři (22,5 %) respondentek. Dále následovaly odpovědi nepříjemný pocit a nauzea. Obě tyto možnosti vybralo čtrnáct (13,7 %) respondentek. Třináct (12,7 %) respondentek mělo v dotazníku zakroužkovanou odpověď, že měly dobrý pocit z přítomnosti doprovodu. Čtyři (3,9 %) respondentky vnímaly během operace bolest. Možnost jiné s následným vypsáním pocitů nezakroužkovala žádná respondentka.

## **8.5 Očekávání versus realita průběhu pooperačního období**

V této podkapitole budou prezentována data z té části dotazníku, která se věnovala pooperačnímu období. Jako v předchozí podkapitole budou po sobě následovat očekávání a realita. Data jsou opět prezentována v podobě sloupcových a krabicových grafů.



**Obrázek 25** - Očekávání a realita v tématu vědomí po příjezdu na dospávací pokoj

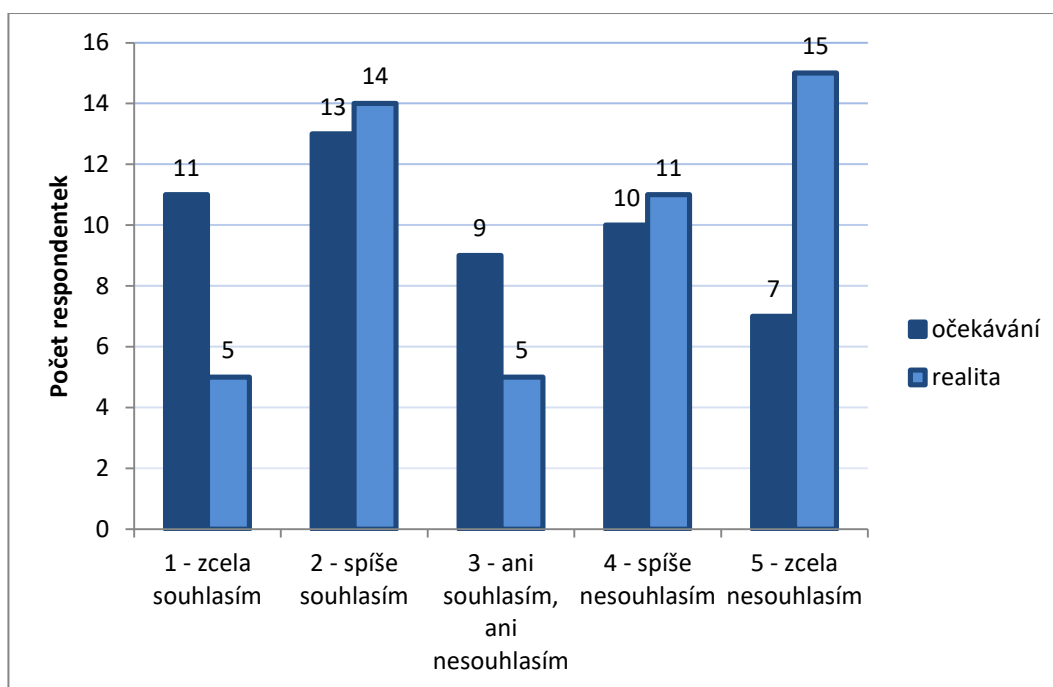
Nyní budou obrázkem 25 prezentována data týkající se očekávání a reality ohledně vědomí po příjezdu respondentky na dospávací pokoj. Obě tyto otázky byly vyřešeny formou škály. První tvrzení znělo: „očekávala jsem, že po příjezdu na dospávací pokoj budu plně při vědomí“ a druhé tvrzení o realitě znělo: „po příjezdu na dospávací pokoj jsem byla plně při vědomí“. Nejprve budou prezentována data ohledně očekávání. Nejčastější hodnotou byla hodnota 1, kterou vybralo dvacet sedm (54 %) respondentek. Následovala hodnota 2, kterou zakroužkovalo deset (20 %) respondentek. Všechny tyto respondentky do jisté míry očekávaly, že budou při vědomí po příjezdu na dospávací pokoj. Sedm (14 %) respondentek vybralo hodnotu 3. Dalších pět (10 %) respondentek vybralo hodnotu 4 a jedna (2 %) respondentka vybrala hodnotu 5. Těchto šest respondentek tedy neočekávalo plné vědomí po příjezdu na dospávací pokoj.

Data z hodnot u tvrzení o skutečnosti byla velmi podobná. Hodnotu 1 zakroužkovalo dvacet pět (50 %) respondentek, takže se jednalo o nejčastější odpověď. Dvacet dva (44 %) respondentek vybralo hodnotu 2. Celkem tedy čtyřicet sedm respondentek bylo při vědomí po příjezdu na dospávací pokoj. Dvě (4 %) respondentky vybraly neutrální hodnotu 3 a jedna (2 %) respondentka hodnotu 4. Tato jedna respondentky tedy zřejmě nebyla po příjezdu na dospávací pokoj úplně při vědomí.

**Tabulka 6** - Popisná statistika očekávání a realita aspektu vědomí po příjezdu na dospávací pokoj

| Vědomí po příjezdu na dospávací pokoj | Počet respondentek | Průměr | Medián | Modus | Četnost modu | Min | Max | Sm. odchylka |
|---------------------------------------|--------------------|--------|--------|-------|--------------|-----|-----|--------------|
| Očekávání                             | 50                 | 1,9    | 1,0    | 1,0   | 27,0         | 1,0 | 5,0 | 1,1          |
| Realita                               | 50                 | 1,6    | 2,0    | 1,0   | 25,0         | 1,0 | 4,0 | 0,7          |

V tabulce 6 jsou výsledky popisné statistiky vycházející ze sesbíraných dat u otázky týkající se očekávání a reality vědomí po příjezdu na dospávací pokoj. Modus neboli nejčastější hodnota byl u obou otázek 1. Medián vyjadřuje prostřední hodnotu, která byla u očekávání 1 a u reality 2. V obou ohledech tedy respondentky souhlasily s danými tvrzení, takže očekávaly, že budou při vědomí a ve skutečnosti opravdu při vědomí po příjezdu na dospávací pokoj byly. Směrodatná odchylka vyjadřuje rozdíl hodnot od průměru. Čím je vyšší, tím jsou hodnoty navzájem odlišnější. V našem případě je tedy vidět, že se odpovědi respondentek moc nelišily.

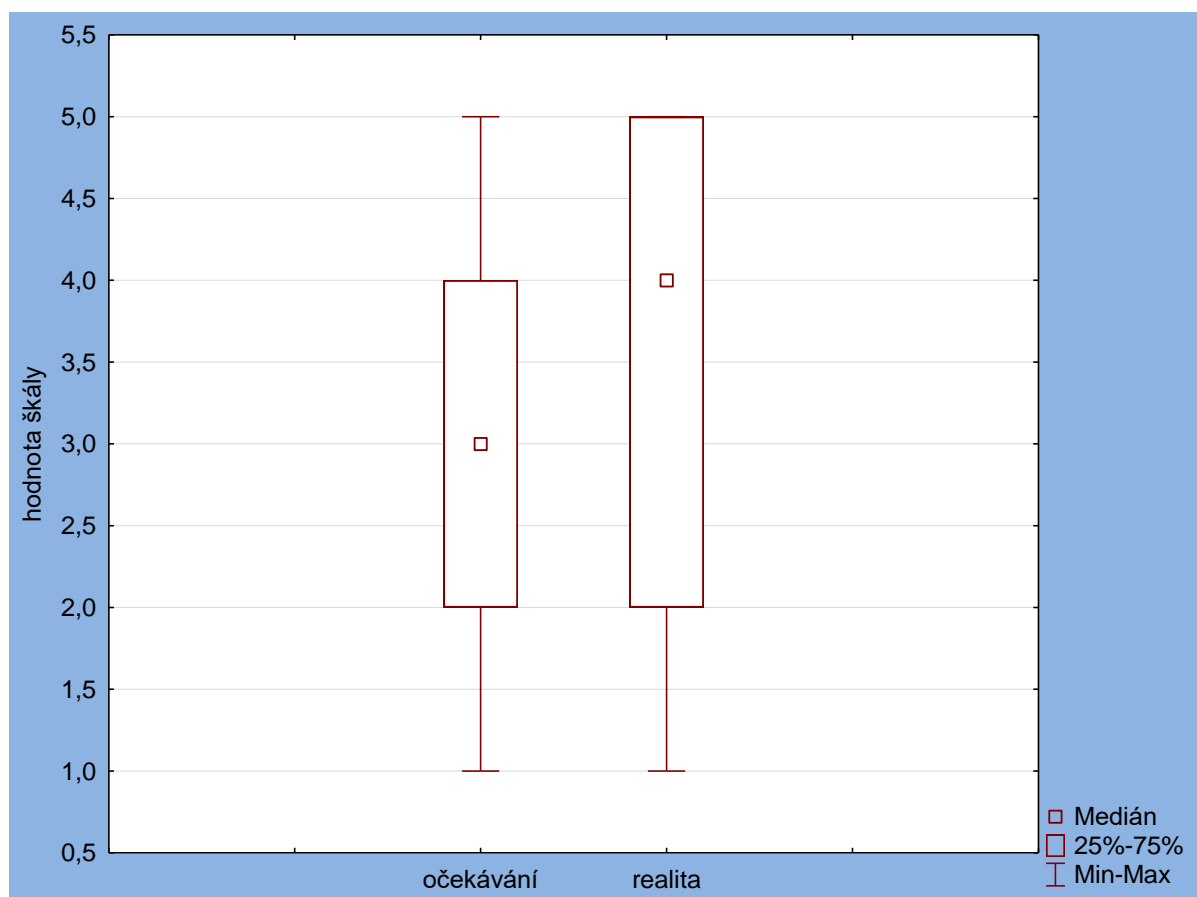


**Obrázek 26** - Očekávání a realita pocitu bolesti po příjezdu na dospávací pokoj

V tématu bolesti po příjezdu na dospávací pokoj bylo očekávání i realita řešeny pomocí škály. První tvrzení o očekávání znělo „*bála jsem se, že po příjezdu na dospávací pokoj budu cítit bolest*“ a tvrzení o realitě „*ihned po převezení na dospávací pokoj mě bolela operační rána*“.

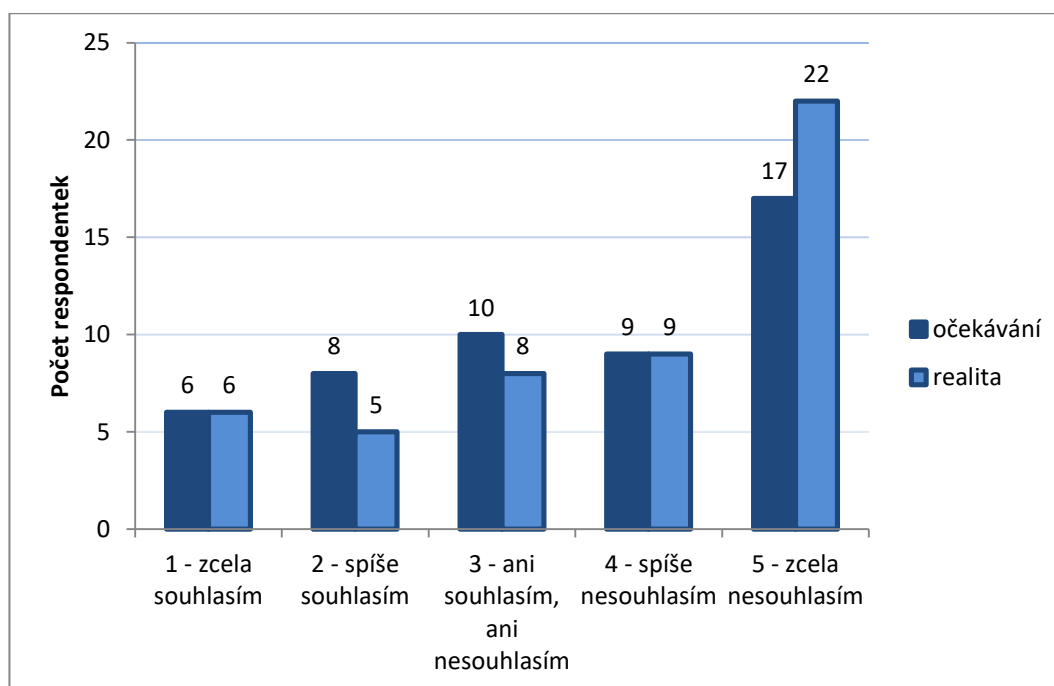
Co se týče očekávání, nejčastější hodnotou byla hodnota 2, kterou vybralo třináct (26 %) respondentek. Následovala hodnota 1, kterou zakroužkovalo jedenáct (22 %) respondentek. Tyto respondentky měly tedy strach, že budou po příjezdu na dospávací pokoj cítit bolest. Dále devět (18 %) respondentek vybralo hodnotu 3, takže tyto respondentky asi nevěděly, co očekávat. Následovala hodnota 4, kterou mělo zakroužkovanou deset (20 %) respondentek a sedm (14 %) respondentek vybralo hodnotu 5. Těchto sedmnáct respondentek očekávalo, že bolest cítit nebudou.

Ohledně reality, byla nejčastější hodnotou hodnota 5, kterou vybralo patnáct (30 %) respondentek. Hodnotu 4, která rovněž vyjadřovala skutečnost, že tyto respondentky rána po příjezdu na dospávací pokoj nebolela, vybralo jedenáct (22 %) respondentek. Celkem tedy dvacet šest respondentek necítilo bolest v operační ráně po odjezdu z operačního sálu. Neutrální hodnotu 3 vybralo pět (10 %) respondentek. Druhou nejčastější hodnotou byla hodnota 2 a vybralo ji čtrnáct (28 %) respondentek, které pravděpodobně cítily nějakou bolest. Pět (10 %) respondentek vybralo absolutní souhlas s tvrzením – hodnotu 1.



**Obrázek 27** - Krabicový graf očekávání a reality bolesti po příjezdu na dospávací pokoj

Na obrázku 27 vidíme rozložení dat v krabicovém grafu. V grafu jsou znázorněny mediány (prostřední hodnoty), 25% a 75% kvartily a minimální a maximální hodnoty. Medián byl u očekávání roven 3 a u reality 4. To znamená, že respondentky spíše nevěděly, co očekávat v ohledu bolesti po příjezdu na dospávací pokoj, ale ve skutečnosti bolest necítily. Ve skutečnosti byla většina odpovědí v intervalu 2 až 5, což potvrzuje předchozí zjištění, že respondentky po příjezdu na dospávací pokoj bolest necítily. Minimum bylo u obou aspektů 1 a maximum 5, tedy byla využita celá škála odpovědí od souhlasu (1) až po nesouhlas (5) s danými tvrzeními.



**Obrázek 28** - Očekávání a realita pocitu nauzey po příjezdu na dospávací pokoj

Nyní se budu věnovat výsledkům z tvrzení ohledně nauzey po příjezdu na dospávací pokoj. Tvrzení ohledně očekávání znělo: „*myslela jsem si, že ihned po převozu z operačního sálu budu cítit nevolnost*“ a tvrzení ohledně skutečnosti: „*po příjezdu na dospávací pokoj jsem měla pocit na zvracení*“. Nejčastější odpovědí byla hodnota 5. Tuto hodnotu vybralo sedmnáct (34 %) respondentek. Následovala hodnota 4, kterou vybralo devět (18 %) respondentek. Spolu s předchozími sedmnácti respondentkami tedy neočekávaly nauzeu po příjezdu na dospávací pokoj. Deset (20 %) respondentek zakroužkovalo neutrální hodnotu 3. Hodnotu 2 vybralo osm (16 %) respondentek a hodnotu 1 vybralo šest (12 %) respondentek. Těchto čtrnáct respondentek tedy očekávalo nevolnost po převozu z operačního sálu.

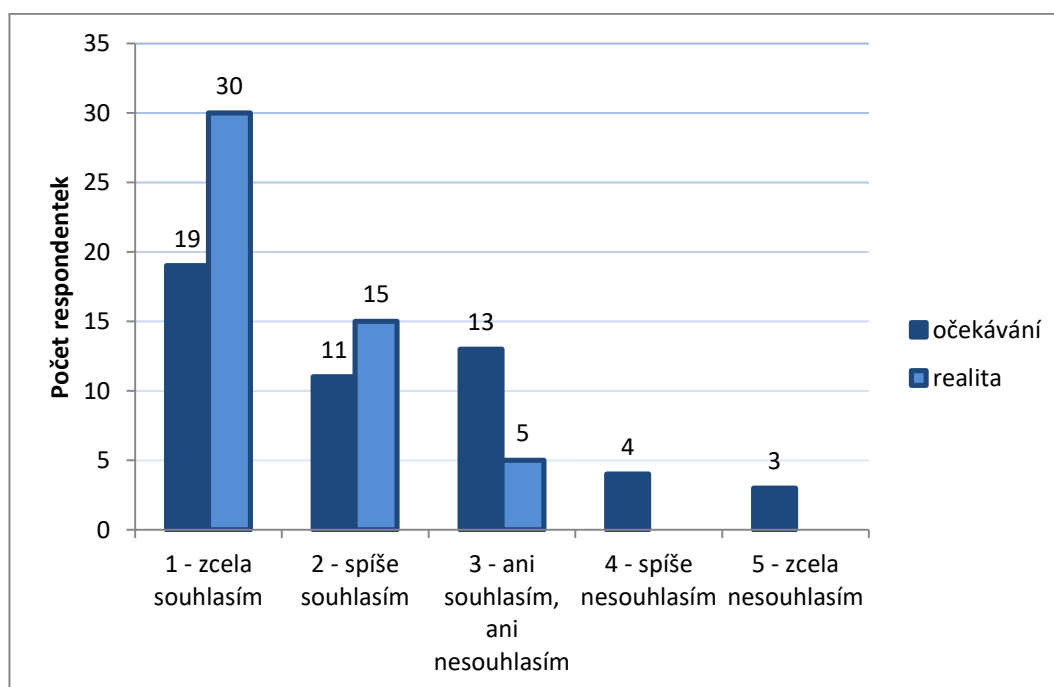


Ve skutečnosti to probíhalo následovně. Dvacet dva (44 %) respondentek vybralo nesouhlasnou hodnotu 5, takže tyto respondentky necítily nauzeu. Stejně tak devět (18 %) respondentek, které vybraly hodnotu 4, nauzeu nepociťovaly. Hodnotu 3 vybralo osm (16 %) respondentek. Souhlasnou hodnotu 2 vybralo pět (10 %) respondentek a šest (12 %) respondentek vybralo hodnotu 1. Takže jedenáct respondentek pociťovalo nauzeu po příjezdu na dospávací pokoj.

**Tabulka 7** - Popisná statistika očekávání a reality nauzey po převozu z operačního sálu

| Nauzea po převozu z operačního sálu | Počet respondentek | Průměr | Medián | Modus | Četnost modu | Min | Max | Sm. odchylka |
|-------------------------------------|--------------------|--------|--------|-------|--------------|-----|-----|--------------|
| Očekávání                           | 50                 | 3,5    | 4,0    | 5,0   | 17           | 1,0 | 5,0 | 1,4          |
| Realita                             | 50                 | 3,7    | 4,0    | 5,0   | 22           | 1,0 | 5,0 | 1,4          |

V tabulce 7 jsou demonstrovány výsledky pomocí popisné statistiky u otázky nauzey po převozu z operačního sálu. Modus byl u obou aspektů 5, tedy nesouhlas respondentek s oběma tvrzeními, takže respondentky neočekávaly nevolnost po převozu z operačního sálu a ani ji po příjezdu na dospávací pokoj necítily. Směrodatná odchylka byla u očekávání i reality 1,4, tedy odpovědi respondentek se navzájem moc nelišily.



**Obrázek 29** - Očekávání a realita obdržení informace o možnosti jídla a pití na dospávacím pokoji

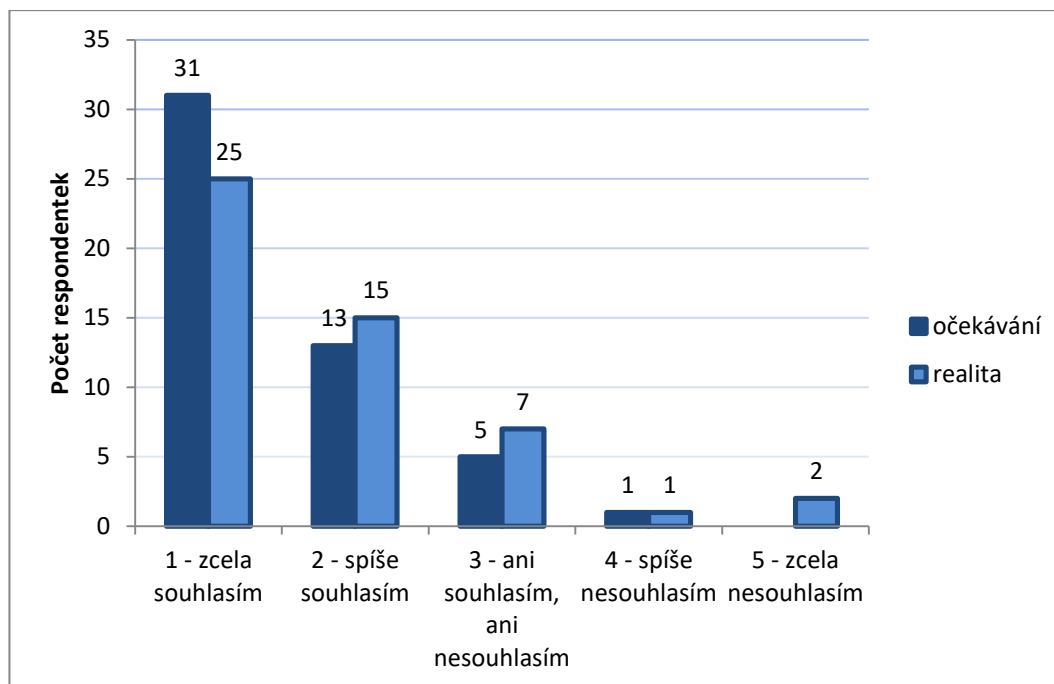
Stejně tak, jako v minulých tématech bylo očekávání i realita u současného tvrzení o sdělení informace o možnosti jídla a pití na dospávacím pokoji řešeno pomocí škály. První tvrzení znělo „očekávala jsem, že mi bude po převozu na dospávací pokoj řečeno, kdy budu moct pít a jíst“ a tvrzení o realitě „po příjezdu na dospávací pokoj (JIP) jsem byla informována o tom, za jak dlouho budu moct pít a jíst“. Výsledky jsou prezentovány na obrázku 29. Při očekávání byla nejčastější odpověď 1, kterou vybralo devatenáct (38 %) respondentek. Hodnotu 2 vybralo jedenáct (22 %) respondentek, takže celkem třicet respondentek očekávalo, že jim po příjezdu na dospávací pokoj bude řečeno, kdy budou moct pít a jíst. Třináct (26 %) respondentek zakroužkovalo hodnotu 3. Čtyři (8 %) respondentky vybraly hodnotu 4 a tři (6 %) respondentky vybraly hodnotu 5. Tím pádem sedm respondentek neočekávalo, že dostanou informaci ohledně jídla a pití na dospávacím pokoji.

Ve druhé části otázky týkající se reality byly zjištěny tyto výsledky. Nejčastější hodnotou byla hodnota 1, kterou vybralo třicet (60 %) respondentek. Následovala hodnota 2, která byla zakroužkována u patnácti (30 %) respondentek. Celkem čtyřicet pět respondentek tedy bylo informováno po příjezdu na dospávací pokoj o tom, kdy budou moct pít a jíst. Pět (10 %) respondentek vybralo hodnotu 3 a žádná respondentka nevybrala hodnotu 4 ani 5,

**Tabulka 8** - Popisná statistika očekávání a reality sdělení informace o možnosti jíst a pít na dospávacím pokoji

| Sdělení informace o možnosti jíst a pít na dospávacím pokoji | Počet respondentek | Průměr | Medián | Modus | Četnost modu | Min | Max | Sm. odchylka |
|--|--------------------|--------|--------|-------|--------------|-----|-----|--------------|
| Očekávání  | 50                 | 2,2    | 2,0    | 1,0   | 19           | 1,0 | 5,0 | 1,2          |
| Realita  | 50                 | 1,5    | 1,0    | 1,0   | 30           | 1,0 | 3,0 | 0,7          |

V tabulce 8 jsou zobrazena data výsledků popisné statistiky u otázky sdělení informace o možnosti jíst a pít na dospávacím pokoji. Modus byl u očekávání i reality 1, tedy souhlas s tvrzením, že očekávaly, že jim bude sděleno, kdy budou moct jíst a pít a souhlas s tím, že jim to sděleno bylo. Medián u očekávání byl 2, u reality 1. U reality bylo maximum 3, tedy nebyly respondentkami vybrány hodnoty 4 a 5 ve škále. Směrodatná odchylka u reality byla 0,7, tedy odpovědi byly velmi podobné.



**Obrázek 30** - Očekávání a realita dovážení novorozence na dospávací pokoj

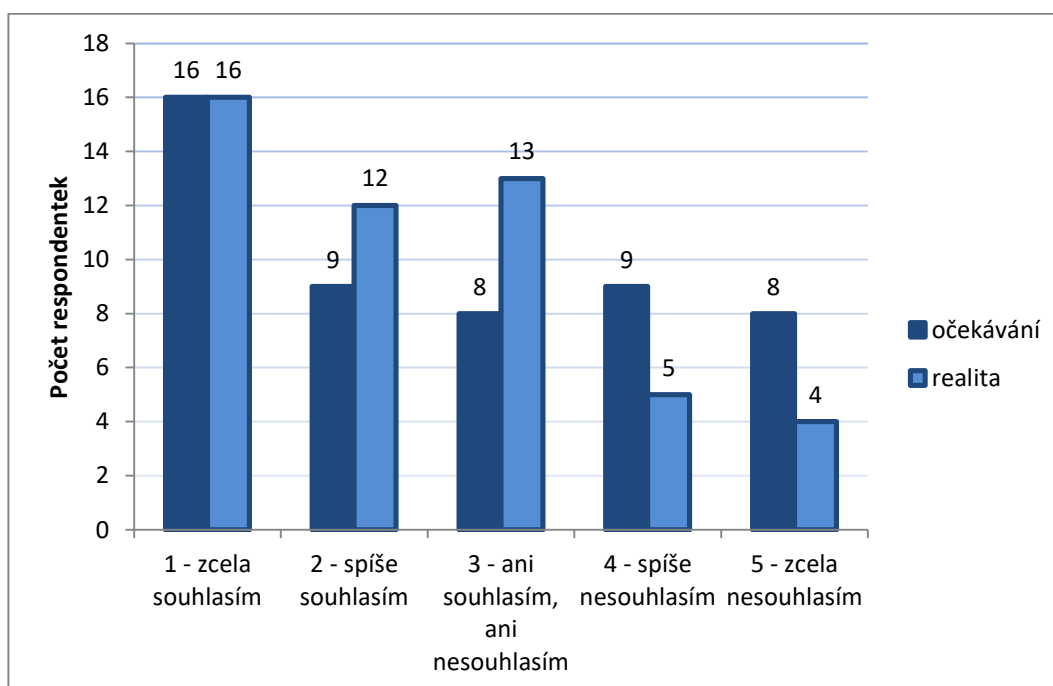
Nyní se budu věnovat tvrzení o dovážení novorozence na dospávací pokoj. První tvrzení znělo: „*velmi jsem si přála, aby mi byl co nejdříve (s ohledem na můj zdravotní stav) na dospávací pokoj dovezen novorozenec*“ a druhé tvrzení znělo: „*během pobytu na dospávacím pokoji mi byl dostatečně umožněn kontakt s novorozencem*“. Konkrétní výsledky vypadaly takto. V očekávání bylo nejčastější odpovědi hodnota 1, která byla vybrána třiceti jedna (62 %) respondentkami. Další v pořadí byla hodnota 2, kterou vybralo třináct (26 %) respondentek. Tyto respondentky, které vybraly hodnotu 1 a 2 si tedy přály, aby jim byl novorozenec často dovážen na dospávací pokoj. Pět (10 %) respondentek vybralo hodnotu 3. Jedna (2 %) respondentka zvolila hodnotu 4, tím pádem jí nezáleželo na tom, aby jí byl novorozenec dovážen. Hodnota 5 nebyla označena v žádném z dotazníků, takže není u očekávání vyznačena v obrázku 30.

Ve skutečnosti dvacet pět (50 %) respondentek dostávalo novorozence na dospávací pokoj dostatečně často, a proto zakroužkovaly hodnotu 1. Hodnotu 2 označilo patnáct (30 %) respondentek, takže i tyto respondentky byly spokojeny s množstvím času stráveným s novorozencem na dospávacím pokoji. Sedm (14 %) respondentek vybralo hodnotu 3. Jedna (2 %) respondentka vybrala hodnotu 4 a dvě (4 %) respondentky hodnotu 5. Tyto tři respondentky vnímaly nedostatečné dovážení novorozence na dospávací pokoj.

**Tabulka 9** - Popisná statistika očekávání a reality dovážení novorozence na dospávací pokoj

| Dovážení novorozence na dospávací pokoj | Počet respondentek | Průměr | Medián | Modus | Četnost modu | Min | Max | Sm. odchylka |
|---|--------------------|--------|--------|-------|--------------|-----|-----|--------------|
| Očekávání                               | 50                 | 1,5    | 1,0    | 1,0   | 31           | 1,0 | 4,0 | 0,8          |
| Realita                                 | 50                 | 1,8    | 2,0    | 1,0   | 25           | 1,0 | 5,0 | 1,0          |

Tabulka 9 zobrazuje popisnou statistiku dat u otázek očekávání a reality dovážení novorozence na dospávací pokoj. U očekávání byl shodný modus a medián – 1. To znamená, že v drtivé většině případů respondentky souhlasily s tvrzením a tím pádem chtěly, aby jim byl novorozenec často dovážen na dospávací pokoj. Maximum bylo u očekávání 4, tedy žádná z respondentek nevybrala u tohoto tvrzení na škále hodnotu 5. U reality byl medián 2, modus 1 a 1,0 byla i směrodatná odchylka. Směrodatná odchylka u obou otázek není vysoká a tím pádem se hodnoty moc nelišily.



**Obrázek 31** - Očekávání a realita rychlosti mobilizace a soběstačnosti po operaci

V otázce zabývající se mobilizací po operaci byla opět stanovena dvě tvrzení. Prvním tvrzením bylo tvrzení o očekávání „*když jsem se rozhodovala o typu anestezie, zohlednila jsem i rychlejší mobilizaci po operaci*“ a druhé tvrzení o realitě „*po operaci jsem byla opět soběstačná tak rychle, jak jsem očekávala*“. Nejprve budou prezentovány výsledky tvrzení o očekávání. Nejčastěji se v dotaznících objevila hodnota 1, kterou zvolilo šestnáct (32 %) respondentek. Hodnotu 2 vybralo devět (18 %) respondentek a tyto respondentky stejně jako

předchozí očekávaly rychlejší mobilizaci než po celkové anestezii. Osm (16 %) respondentek zakroužkovalo hodnotu 3. Stejně jako hodnotu 2, i hodnotu 4 vybralo devět (18 %) respondentek. Poslední hodnotu 5 vybralo sedm (14 %) respondentek. Celkem u sedmnácti respondentek tedy nezáleželo na rychlosti mobilizace při výběru anestezie.

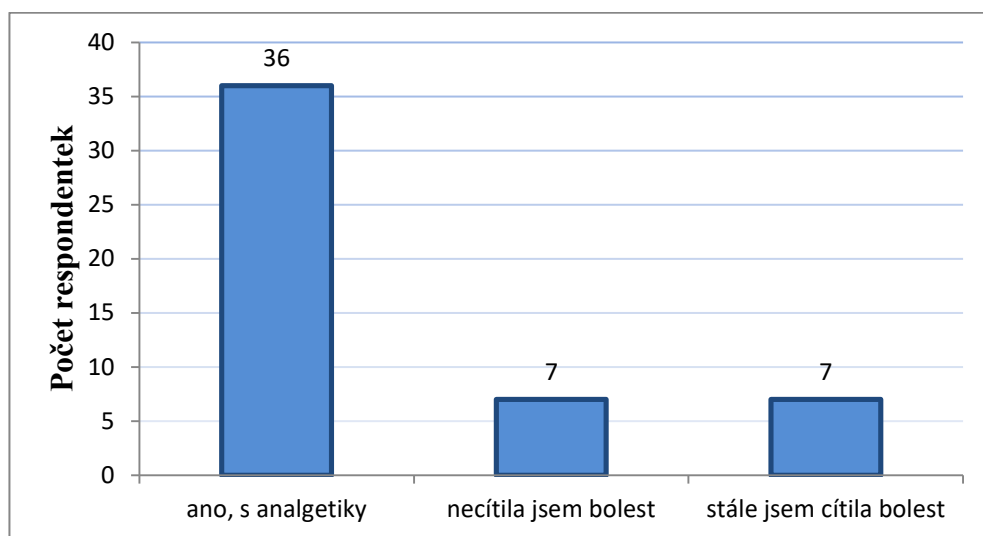
Ve skutečnosti probíhala mobilizace u respondentek takto. Jak je vidět na obrázku 31, nejčastěji respondentky označily hodnotu 1. Celkem bylo těchto respondentek šestnáct (32 %). Další souhlasnou hodnotu, hodnotu 2, vybralo dvanáct (24 %) respondentek. Všechny tyto respondentky byly soběstačné tak rychle, jak očekávaly. Třináct (26 %) respondentek vybralo hodnotu 3, která byla druhou nejčastější hodnotou. Pět (10 %) respondentek vybralo hodnotu 4 a hodnotu 5 vybraly čtyři (8 %) respondentky. Tím pádem celkem devíti respondentkám trval návrat k soběstačnosti déle, než očekávaly.

**Tabulka 10** - Popisná statistika očekávání a reality rychlosti mobilizace po operaci

| Rychlost mobilizace po operaci | Počet respondentek | Průměr | Medián | Modus | Četnost modu | Min | Max | Sm. odchylka |
|--------------------------------|--------------------|--------|--------|-------|--------------|-----|-----|--------------|
| Očekávání                      | 50                 | 2,7    | 3,0    | 1,0   | 16           | 1,0 | 5,0 | 1,5          |
| Realita                        | 50                 | 2,4    | 2,0    | 1,0   | 16           | 1,0 | 5,0 | 1,3          |

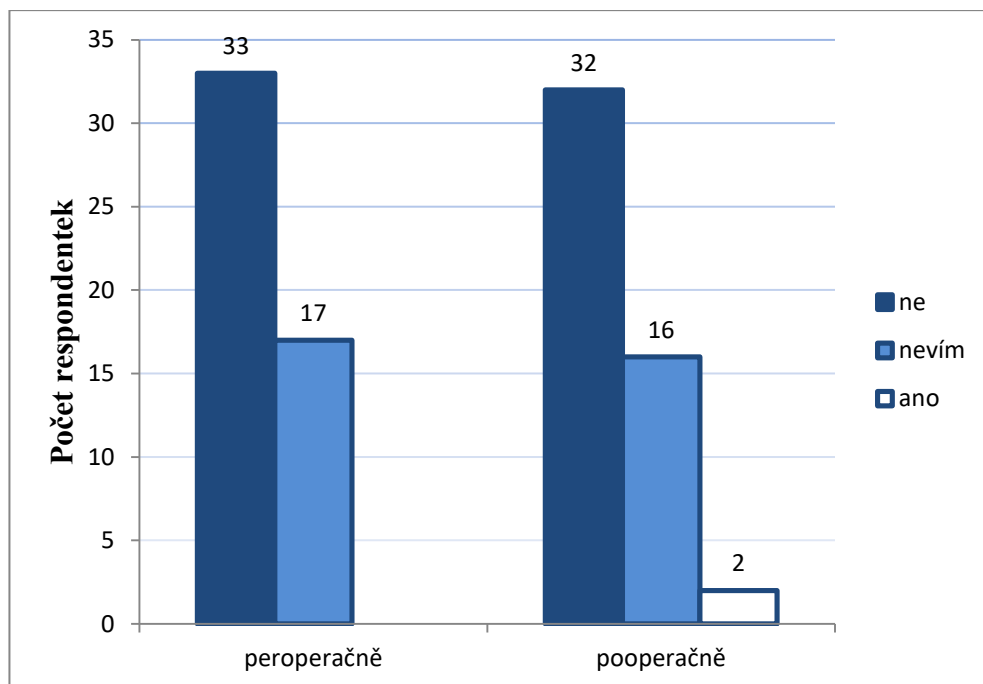
Tabulka 10 prezentuje popisnou statistiku dvou škálových otázek o očekávání a realitě rychlosti mobilizace po operaci. U očekávání byl medián 3, modus 1 a směrodatná odchylka 1,5. Z hodnoty mediánu je patrné, že respondentky při výběru typu anestezie neřešily rychlost mobilizace. U reality byla směrodatná odchylka velmi podobná – 1,3, což znamená, že odpovědi byly poměrně různé. Dále u reality byl medián 2 a modus 1. Respondentky tedy ve většině případů souhlasily s daným tvrzením a to sice, že jejich mobilizace byla tak rychlá, jak očekávaly. Směrodatná odchylka u očekávání i reality není vysoká a tím pádem ukazuje, že se odpovědi respondentek významně nelišily.

Otázka v dotazníku: „Byla u vás dostatečně tlumena bolest na oddělení JIP?“



**Obrázek 32 - Realita tlumení bolesti na dospávacím pokoji**

Obrázek 32 demonstruje výsledky otázky zjišťující dostatečnost tlumení bolesti během pobytu na dospávacím pokoji. Na výběr měly respondentky ze tří možností. První možnost vyjadřovala bolest a aplikaci analgetik, druhá možnost znamenala, že respondentka i přes analgetika nadále cítila bolest a poslední možností byla taková, že respondentka analgetika nepotřebovala a tedy ani necítila bolest. Nejčastější odpovědí byla první odpověď, tedy že respondentka potřebovala analgetika. Tuto otázku vybralo třicet šest (72 %) respondentek. Vyrovnané byly zbylé dvě odpovědi, které obě zvolilo sedm (28 %) respondentek.



**Obrázek 33 - Anesteziologické komplikace peroperačně a pooperačně**

V tomto obrázku 33 jsou zobrazena data z posledních dvou otázek dotazníku. První otázka byla zaměřena na komplikace stran anestezie během operace a druhá otázka na komplikace stran anestezie v pooperačním období. U obou otázek byly na výběr 3 odpovědi. První odpověď byla ano a následuje prostor pro vypsání komplikací, které se u respondentky objevily. Druhá odpověď byla ne a třetí odpověď byla nevím.

V období během operace nedošlo u třiceti tří (66 %) respondentek k žádným komplikacím, což je pro praxi velmi pozitivní zjištění. Sedmnáct (34 %) respondentek u této otázky označilo odpověď, že neví, zda u nich byly nějaké komplikace. U žádné respondentky nedošlo ke komplikacím, o kterých by respondentka věděla, proto tato odpověď není v obrázku znázorněna.

V pooperačním období opět převažovala odpověď ne, tedy že k žádným komplikacím v souvislosti s anestezií nedošlo. Odpověď ano byla zakroužkována u třiceti dvou (64 %) respondentek, což je téměř stejné jako u peroperačních komplikací, jak je vidět na obrázku 33. U šestnácti (32 %) respondentek nedošlo ke sdělení komplikací, tím pádem o nich respondentky nevěděly, i pokud k nim došlo. Dvě (4 %) respondentky označily odpověď ano. U jedné respondentky se jednalo o bolest zad a u druhé respondentky o bolest hlavy, kde se pravděpodobně jednalo o postpunkční cefaleu.

## 9 DISKUZE

V této kapitole budou uvedena získaná stěžejní data, která budou porovnávána s informacemi získanými v odborné literatuře a člancích. Zároveň budou v rámci této kapitoly zodpovězeny průzkumné otázky, které byly stanoveny na začátku této diplomové práce.

Cílem průzkumného šetření bylo zjistit a následně porovnat očekávání a realitu průběhu císařského řezu ve svodné anestezii, porovnat očekávání a realitu průběhu pooperačního období a zjistit, jaká je informovanost žen o svodné anestezii. Data byla sbírána prostřednictvím dotazníku vlastní konstrukce, který se skládal z otázek charakterizujících zkoumaný soubor, otázek, týkajících se informovanosti respondentek o svodné anestezii a otázek o očekávání respondentek a následně skutečného průběhu císařského řezu a pooperačního období. Některé otázky byly uzavřené, jiné polouzavřené a dvě skupiny otázek byly řešeny formou tvrzení a hodnocení míry souhlasu s daným tvrzením prostřednictvím škály.

### 9.1 Průzkumná otázka č. 1

#### *Jaká je informovanost rodiček o svodné anestezii?*

První průzkumná otázka byla zaměřena na zmapování informovanosti rodiček o svodné anestezii. Respondentky byly dotazovány na nejvýznamnější zdroj informací z okruhu zdravotníků, doplňující čerpání informací a případně odkud tyto informace sbíraly a odkud poprvé získaly informaci o možnosti preference typu anestezie.

Co se týče zdravotníků, od kterých respondentky získaly nejvíce informací, nejvýznamnějším zdrojem informací pro ně byl anesteziolog, kterého vybralo třicet sedm (74 %) respondentek. Porodní asistentku uvedlo pouze jedenáct (22 %) respondentek, což může být způsobeno tím, že porodní asistentky většinou nechávají tento úkol právě na anesteziologovi z důvodu jejich kompetencí. Oproti tomu Grimes et al. (2014, s. 28) jako nejčastější zdroj informací pro těhotné ženy uvádí porodní asistentku. Kamali et al. (2018, s. 29) zase uvádí jako nejčastěji využívaný zdroj lékaře, kterého uvádělo 88 % respondentek a po lékaři byla nejčastější odpovědí možnost internet a rodina. Podle Procházkové (2013, s. 325) nejčastěji čerpaly těhotné ženy informace o typu anestezie na internetu. Grimes et al. (2014, s. 30) uvádí internet až na čtvrtém místě v četnosti této zvolené odpovědi. V našem průzkumu byl však internet (24 = 38 %) na prvním místě v získávání doplňujících informací zřejmě z toho důvodu, že je v dnešní době internet nejdostupnější a zároveň i nejsnazší cestou pro získání informací. Nicméně jak Grimes et al. (2014, s. 30) dále uvádí, nejužitečnějším zdrojem



pro těhotné ženy jsou knížky, rozhovor s porodní asistentkou a internet. V našem průzkumu byla populárně-naučná literatura zvolena jedenácti (17,5 %) respondentkami stejně tak, jako odpověď rodina. Kamali et al. (2018, s. 29) udává, že tištěné zdroje využívá více než polovina (58 %) jím oslovených respondentek. Co se týče získávání doplňujících informací vůbec, bylo v našem průzkumu zjištěno, že doplňující informace hledaly především ty respondentky, které měly vysokoškolské nebo plné středoškolské vzdělání. To bylo způsobeno pravděpodobně tím, že lidé s vyšším vzděláním jsou většinou zvyklí si dohledávat informace.

Dále byla v dotazníku položena otázka, zda respondentky dostaly od lékaře informace týkající se možných komplikací v souvislosti se svodnou anestezí. Feňová (2011, s. 43) ve výzkumu zjišťovala, zda respondentky dostaly během edukace lékařem informaci o možných komplikacích během operace. Zjistila, že 55,3 % respondentek bylo o komplikacích edukováno, 35,3 % edukováno nebylo a 9,4 % respondentek nevědělo, zda k edukaci o tomto tématu došlo. V porovnání s těmito daty v našem průzkumu bylo zjištěno, že dvacet tři (46 %) respondentek si nepamatovalo, zda byly informovány o možných komplikacích se svodnou anestezí, čtrnáct (28 %) respondentek informováno bylo a 26 % respondentek informaci o možných komplikacích nedostalo. Tento výsledek byl zřejmě ovlivněn tím, že rodičky jsou během edukace zaměřeny na jiné informace a jsou ovlivněny skutečností blížícího se císařského řezu.

Další položkou dotazníku byla otázka týkající se informovanosti ohledně předoperační přípravy. O předoperační přípravě i jejím průběhu vědělo 31 (62 %) respondentek. Dvanáct (24 %) respondentek nevědělo, jak předoperační příprava probíhá a 14 % respondentek o ní nevědělo vůbec. Feňová (2011, s. 48), která se ve své práci rovněž dotazovala respondentek na znalosti o předoperační přípravě, zjistila, že 83,5 % respondentek vědělo z edukace provedené sestrou, že budou před operací lačnit, 74,1 % respondentek vědělo o oholení, 75,3 % respondentek vědělo o bandáži dolních končetin, 87 % respondentek vědělo o zavedení močové cévky, 52,9 % respondentek vědělo o odlakování nehtů a 50,5 % respondentek vědělo o odlíčení. V průměru 27 % respondentek v průzkumu Feňové (2011, s. 48) o některém z těchto aspektů nevědělo, což je více než v našem průzkumu.

## 9.2 Průzkumná otázka č. 2

### *Jaká jsou očekávání rodiček a jak ve skutečnosti rodičky vnímají průběh císařského řezu?*

Mám-li se zaměřit na očekávání a reálný průběh císařského řezu u respondentek, budu zmiňovat nejprve data týkající se aplikace svodné anestezie, tlumení bolesti, následně přítomnost doprovodu, bonding a časné přiložení novorozence, přítomnost studentů na operačním sále, zda očekávaly, že budou vnímat komunikaci operační skupiny a na závěr zhodnocení celého průběhu operace.

Očekávání týkající se aplikace svodné anestezie bylo jedním z témat vyřešených v dotazníku pomocí škály hodnocení míry souhlasu s tvrzením. Tvrzení v dotazníku znělo, že respondentka měla z aplikace svodné anestezie strach. Celkem dvacet osm (56 %) respondentek zakroužkovalo hodnotu 1 nebo 2 a tím pádem souhlasily s tímto tvrzením a vyjádřily tím strach z aplikace anestezie. V otázce, která navazovala, bylo zjištěno, že u třiceti tří (46 %) respondentek však proběhla aplikace anestezie bez problému. U zbývajících respondentek došlo k problému v podobě obtížnosti zaujetí požadované polohy. Zároveň bylo v našem průzkumu zjištěno, že i přesto, že měly respondentky předchozí pozitivní zkušenost se svodnou anestézií, i tak měly z její aplikace při tomto císařském řezu strach. Tento výsledek je demonstrován v tabulce 5.

Jak uvádí Procházková (2013, s. 326), většina respondentek očekává, že při císařském řezu ve spinální anestézii budou vnímat bolest a tah. V našem průzkumu byly respondentky dotazovány na očekávání ohledně toho, zda bude svodná anestezie dostatečně tlumit bolest. Na obrázku 13, kde jsou zobrazeny výsledky této otázky řešené opět pomocí škály, vidíme, že celkem devatenáct (38 %) respondentek se nebálo toho, že by svodná anestezie nepůsobila během operace dostatečně. Ve skutečnosti to bylo tak, že 84 % respondentek bolest během operace necítilo a anestezie tak působila dostatečně.

Při dotázání se respondentek na to, zda chtěly mít svůj doprovod na operačním sále, 58 % respondentek (29) odpovědělo, že o tuto možnost měly zájem. Osobně jsem očekávala, že doprovod na operačním sále budou chtít téměř všechny respondentky. Procházková (2013, s. 326-327) došla k téměř stejnému výsledku. Konkrétně zjistila, že 57 % jejích respondentek chtělo mít na operačním sále svůj doprovod. Realita okolo doprovodu byla zjišťována otázkou se třemi odpověďmi, kdy první byla, že doprovod byl na operačním sále po celou dobu operace (tato možnost převažovala – 44 % respondentek), další odpověď byla, že doprovod byl na operačním sále, ale ne tak dlouho, jak respondentka

očekávala a poslední možnost, že doprovod na operačním sále nebyl. U třetí možnosti respondentky vypisovaly důvod nepřítomnosti doprovodu. Celkem šestnáct (32 %) respondentek doprovod na operačním sále nemělo a to z toho důvodu, že si to nepřály. Procházková (2013, s. 327) zjistila u těch respondentek, které doprovod na operačním sále neměly, stejný důvod a to sice, že respondentky nechtěly být doprovodem viděny během zákroku. V naší doplňující otázce byla jedna z možností, která vyjadřovala přímo strach z toho, aby doprovod neviděl operační pole. Tuto možnost vybralo sedm (15,2 %) respondentek. Naopak nejčastěji respondentky vybíraly možnost, že pro ně doprovod na operačním sále znamenal podporu. Tuto možnost vybralo dvacet sedm (58,7 %) respondentek.

Myslím si, že možnost provedení bondingu je pro řadu rodiček právě tím rozhodujícím faktorem, při výběru typu anestezie. Jak uvádí Kollmann (2017, s. 1), bonding a časný kontakt matky s novorozencem je přínosem pro oba, a proto by měl být prováděn. V našem průzkumu jsme zjišťovali, kolik respondentek chtělo, aby byl bonding a časné přiložení k prsu provedeno. Bylo zjištěno, že třicet devět (78 %) respondentek, mělo o tyto dva úkony zájem. Jak zmiňuje Stevens et al. (2014, s. 464), Crenshaw et al. (2012) sledovali vývoj počtu provedených časných kontaktů novorozence s rodičkou a zjistili, že z původních 23 % došlo ke zvýšení na 77 % z celkového počtu císařských řezů. V našem průzkumu byla skutečnost taková, že u dvaceti šesti (52 %) respondentek, bylo provedeno oboje (jak bonding, tak časné přiložení novorozence k prsu), u deseti (20 %) respondentek bylo provedeno pouze časné přiložení novorozence k prsu, u devíti (18 %) respondentek pouze bonding a u pěti (10 %) respondentek ani jeden z úkonů.

Dalším bodem, co nás v průzkumu zajímalo, byla přítomnost studentů na operačním sále a vnímání této skutečnosti respondentkou. Zjistili jsme, že dvacet osm (56 %) respondentek mělo v plánu povolit přítomnost studentů. Dalších deset (20 %) respondentek chtělo souhlasit s omezeným počtem studentů a zbývající přítomnost studentů nechtělo povolit. Realitu demonstruje obrázek 15, na kterém jsou zobrazeny výsledky souhlasu respondentky s tvrzením, že jí přítomnost studentů nevadila. Z třiceti osmi respondentek, třicet (78,9 %) respondentek nemělo problém s tím, že byli u operace studenti. Dvěma (5,2 %) respondentkám to naopak vadilo. V porovnání s tím Procházková (2013, s. 327) uvádí, že 16 % jejích respondentek uvedlo jako problém hodně studentů, kteří byli u císařského řezu. Dále z našeho průzkumu vyplývá zjištění, že s přítomností studentů souhlasily převážně sekundipary a poté primipary. To mohlo být způsobeno tím, že při

prvním porodu neměly respondentky předsudky a u druhorodiček mohly mít respondentky s přítomností studentů dobrou zkušenost. Tyto výsledky jsou v tabulce 5.

V ohledu vnímání komunikace operačního týmu, většina respondentek očekávala, že bude tuto komunikaci vnímat. Tuto představu mělo celkem třicet tři (86 %) respondentek. Ve skutečnosti třicet jedna (62 %) respondentek komunikaci opravdu vnímalo a nevadilo jim to. Zbývajících třináct respondentek komunikaci operačního týmu vůbec nevnímalo a šest respondentek tuto komunikaci vnímalo a vadilo jim to. Procházková (2013, s. 326) uvádí, že 69 % respondentek očekávalo, že budou moci komunikovat s anesteziologem a tím pádem budou vnímat i komunikaci operační skupiny a ve skutečnosti tomu tak u 73 % respondentek bylo.

### **9.3 Průzkumná otázka č. 3**

#### ***Jaká jsou očekávání rodiček a jaký je ve skutečnosti pooperační průběh?***

S třetí průzkumnou otázkou souvisely otázky, týkající se stavu respondentky na dospávacím pokoji, konkrétně bolesti a jejího tlumení, nauzey, informace ohledně jídla a pití, dovážení novorozence na dospávací pokoj, rychlost mobilizace po operaci a otázka na pooperační a pooperační komplikace.

Co se týče vědomí, na obrázku 25 jsou prezentována data ohledně očekávání i reality zpracované prostřednictvím škály. Obě tvrzení byla kladná, tedy že respondentky očekávaly, že budou plně při vědomí po příjezdu na dospávací pokoj a v realitě že byly opravdu plně při vědomí. Hodnotu 1 vybralo dvacet sedm (54 %) respondentek v otázce ohledně očekávání a dvacet pět (50 %) respondentek v realitě. Hodnotu 2 vybralo deset (20 %) respondentek v očekávání a dvacet dva (44 %) respondentek v realitě. Celkem v očekávání tedy 74 % respondentek očekávalo plné vědomí po příjezdu na dospávací pokoj a 94 % respondentek opravdu bylo při vědomí. A jelikož hlavním důvodem, proč si respondentky vybraly svodnou anestezii, bylo, že mohou být při vědomí během operace a tedy i po operaci, myslím si, že byly respondentky s výběrem anestezie spokojeny.

Otázky ohledně očekávání i reality týkající se bolesti byly řešeny pomocí škál. První tvrzení bylo, že respondentky měly strach, že po příjezdu na dospávací pokoj budou cítit bolest. S tímto tvrzením souhlasilo celkem dvacet čtyři (48 %) respondentek, takže tyto respondentky se bály, že budou cítit bolest, až přijedou na dospávací pokoj. Ve skutečnosti to bylo tak, že celkem 52 % respondentek necítilo po příjezdu na dospávací pokoj bolest, což je rozhodně pozitivní zjištění. Jak uvádí Daňková (2019, s. 72), v první hodině bylo po spinální anestezii

úplně bez bolesti 19,7 % respondentek a 17,6 % respondentek po epidurální anestezii. Mírnou bolest cítilo 52,5 % respondentek po spinální anestezii, 41,2 % respondentek po epidurální anestezii a 37,5 % respondentek po top up epidurální anestezii. Procházková (2013, s. 327) uvádí, že v jejím souboru respondentek celkem 32 % případů necítilo bolest a 26 % respondentek cítilo bolest do hodiny po císařském řezu a dále 42 % cítilo bolest po první hodině od operace. Na tuto otázku navazovala doplňující otázka na to, zda během pobytu na dospávacím pokoji respondentky cítily bolest a potřebovaly analgetika nebo cítily bolest i přes analgetika nebo necítily bolest vůbec. Nejčastěji volily respondentky první odpověď, že po analgeticích bolest necítily. Tuto odpověď zvolilo třicet šest (72 %) respondentek. Zbývající respondentky stejnou měrou, tedy sedm a sedm respondentek, bolest necítily a dalších sedm respondentek cítilo bolest i přes analgetika.

Ohledně nauzey, kterou respondentky očekávaly a nakonec pociťovaly, jsme zjistili v našem průzkumu, že ji očekávalo pouze čtrnáct (28 %) respondentek a ve skutečnosti ji pociťovalo jedenáct (22 %) respondentek. Myslím si, že tato data jsou velmi pozitivní. Procházková (2013, s. 326) zjistila, že 10 % respondentek si dokonce vybralo svodnou anestezii kvůli tomu, že měly strach, že by po celkové anestezii zvracely.

Dále jsme se respondentek v dotazníku ptali, jestli očekávaly, že jim po příjezdu na dospávací pokoj bude sděleno, kdy budou moct pít a jíst a následně jestli k tomuto sdělení došlo. Celkem třicet (60 %) respondentek očekávalo, že jim tyto informace porodní asistentky na dospávacím pokoji sdělí a čtyřiceti pěti (90 %) respondentkám to opravdu sděleno bylo. Daňková (2019, s. 76) uvádí, že po svodné anestezii je možný okamžitý perorální příjem tekutin a 4 hodiny po operaci i perorální příjem stravy. Dále Daňková (2019, s. 76) uvádí, že 80,4 % respondentek po spinální anestezii a 76,5 % respondentek po epidurální anestezii ihned na dospávacím pokoji pilo, takže předpokládáme, že jim bylo sděleno, že pít mohou ihned a za jak dlouho budou moci jíst. Časné obnovení perorálního příjmu stravy je důležité pro obnovu peristaltiky spolu s časnou mobilizací, která bude probrána v následujícím odstavci.

Jak už bylo zmíněno výše, pouze jedna respondentka si vybrala svodnou anestezii kvůli rychlejší mobilizaci. V dotazníku ale byla dvě tvrzení o rychlosti mobilizace. První tvrzení, že respondentka zohlednila při výběru typu anestezii rychlost mobilizace po operaci, dopadlo následovně. Dvacet pět (50 %) respondentek rychlost navrácení mobilizace zohlednilo při rozhodnutí se o typu anestezie a sedmnáct (32 %) respondentek to nezohlednilo. Osm

(16 %) respondentek to neřešilo. V porovnání s naším průzkumem Procházková (2013, s. 326) zjistila, že 18 % z jejich respondentek si vybralo svodnou anestezii z důvodu rychlejší rekonvalescence. Ve skutečnosti probíhala mobilizace tak, že dvacet osm (56 %) respondentek bylo mobilních tak rychle, jak očekávaly. Mobilizace úzce souvisí i se soběstačností respondentek. Daňková (2019, s. 76) uvádí, že téměř 80 % respondentek po svodné anestezii bylo soběstačných téměř hned.

Dalším faktorem souvisejícím s mobilizací pacientky je soběstačnost a starání se o novorozence. Častý kontakt matky s novorozencem je ale důležitý po celou dobu pobytu pacientky na dospávacím pokoji a to jak pro vytváření jejich společného vztahu, tak pro podporu kojení. Jak bylo zjištěno v našem průzkumu, celkem čtyřicet čtyři (88 %) respondentek mělo zájem o to, aby jim byl novorozenec dovezen co nejdříve s ohledem na jejich zdravotní stav. Skutečnost byla taková, že 80 % respondentek bylo spokojeno s frekvencí dovezení novorozence a dvě (4 %) respondentky byly velmi nespokojeny s tím, jak často jim byl novorozenec dovezen. Myslím si, že je dobře, že se o častý kontakt matky s novorozencem dětské sestry snaží, protože to určitě vede k celkové spokojenosti pacientky s péčí zdravotnického personálu a zároveň časté přikládání novorozence vede k podpoře kojení. V porovnání s naším průzkumem Alzaheb (2016, s. 6) zjistil, že císařský řez byl jedním z faktorů negativně ovlivňujících kojení, což mohlo být způsobeno i tím, že novorozenec nebyl dostatečně často přikládán k prsu.

Jak Maronge a Bogod (2018, s. 61) uvádí, až 40 % rodiček zažívá v pooperačním období po císařském řezu bolest hlavy. V našem dotazníku jsme se ptali respondentek na peroperační a pooperační komplikace. Na výběr měly ze tří možností: ano, ne a nevím. U odpovědi „ano“ vypisovaly respondentky konkrétní komplikace. Nicméně třicet tři (66 %) respondentek nemělo žádné komplikace peroperačně a třicet dva (64 %) respondentek údajně nemělo žádné pooperační komplikace. Odpověď ano byla zakroužkována pouze u dvou (4 %) respondentek a to u pooperačního období. Konkrétně se jednalo u jedné respondentky o bolest hlavy a druhá respondentka měla bolest zad. Vzhledem k tomu, že tedy pouze dvě respondentky uvedly přítomnost komplikací, myslím si, že byla u našich respondentek spinální anestezie kvalitně aplikována.

## 10 ZÁVĚR

Tato diplomová práce se zabývala zjištěním a porovnáním očekávání a reality průběhu císařského řezu ve svodné anestezii a pooperačního období. Teoretickým cílem bylo s pomocí odborné literatury a zahraničních článků zpracovat problematiku císařského řezu, svodné anestezie a péče perioperační sestry. Průzkumnými cíli bylo zjistit informovanost rodiček o svodné anestezii a porovnat očekávání a realitu průběhu operace a pooperačního průběhu.

Císařský řez je v současné době nejčastější porodnickou operací ukončující těhotenství. Může být předem naplánovaný, z důvodu předejití komplikací při spontánním porodu, akutní, nebo akutně provedený plánovaný. Nyní se mezi těhotnými ženami často mluví i o císařském řezu na přání, který ale není tak úplně možný. Nicméně pokud je nalezena indikace k této operaci, nic nebrání jejímu provedení. I přesto ale musí být splněna daná kritéria. Technika provedení má několik verzí a je na každém porodníkovi, kterou techniku používá. Samozřejmě je ale důležité brát na zřetel to, že i tato operace, stejně jako každá jiná, má své možné komplikace.

Výhodou pro rodičky je fakt, že v současnosti mají prostor k vyjádření osobní preference jednoho z typů anestezie, kdy se rozhodují mezi svodnou a celkovou anestezí. K výběru daného typu anestezie mají rodičky různé důvody, ale jak je patrné z našeho průzkumu, nejčastěji vybírají rodičky svodnou anestezii z důvodu toho, že budou během operace při vědomí, s čímž souvisí i možnost přítomnosti doprovodu na operačním sále a provedení bondingu a časného přiložení novorozence k prsu.

Jelikož jedním z průzkumných cílů bylo zjistit, jaká je informovanost rodiček o svodné anestezii, ráda bych shrnula tyto výsledky. Jako nejvýznamnější zdroj informací z okruhu zdravotníků pro respondentky byl anesteziolog. Sedmdesáti procentům respondentek ale nestačily informace získané v porodnici, a proto hledaly doplňující informace a to zejména na internetu. Dále jsme v průzkumu zjistili, že poprvé respondentky o možnosti preference daného typu anestezie informoval většinou obvodní gynekolog, ale hned za ním byl gynekolog v poradně pro těhotné. Těsně před operací nebo při anesteziologickém konziliu dostala většina respondentek čas na rozmyšlení o typu anestezie a eventuálně položení doplňujících otázek anesteziologovi. Nicméně většina respondentek si nepamatovala, zda jim anesteziolog řekl předem možné komplikace, které mohou v souvislosti se svodnou anestezí nastat. V otázce edukátorů bychom neměli zapomínat i na perioperační sestru, která je neopomenutelným článkem operačního týmu. Ta většinou přijímá rodičku na oddělení,

edukuje ji o předoperační přípravě a řekne jí, jak přibližně bude operace probíhat. V průzkumu bylo zjištěno, že 62 % respondentek vědělo o tom, jak a že vůbec bude probíhat předoperační příprava, což mohly vědět právě od perioperační sestry nebo od porodní asistentky.

Další průzkumná otázka se věnovala průběhu císařského řezu a měla za cíl porovnat očekávání a realitu respondentek. Nejprve bylo zjišťováno, jak respondentky očekávaly, že bude probíhat a jak probíhala aplikace svodné anestezie. Nejčastěji respondentky odpovídaly, že měly z aplikace strach, ale ve výsledku proběhla většinou aplikace bez problému. Zároveň měla většina respondentek obavy, že nebude svodná anestezie dostatečně tlumit bolest, k čemuž ale nedošlo a respondentky bolest během operace necítily. Oslovené respondentky odpovídaly i na otázku ohledně povolení přítomnosti studentů na operačním sále. Více než polovina respondentek měla v plánu to studentům povolit a ve skutečnosti ani drtivě většině z těchto respondentek nevadilo, že byli studenti na operačním sále přítomni. Další důležitou možností doprovázející svodnou anestezii je bonding a časné přiložení novorozence. V našem průzkumu jsme došli k výsledku, že 78 % respondentek mělo o tyto činnosti zájem a u poloviny respondentek k nim opravdu došlo. Kromě bondingu je při svodné anestezii povolena možnost i přítomnosti doprovodu na operačním sále. O tuto možnost mělo zájem dvacet devět respondentek a s dvaceti dvěma respondentkami byl doprovod celou dobu na operačním sále. Pro tyto respondentky, které měly doprovod přítomen u císařského řezu, znamenal doprovod podporu a rozptýlení. Posledním dotazovaným faktorem byla komunikace operační skupiny. Téměř polovina respondentek očekávala, že bude vnímat komunikaci operačního týmu a více než polovina respondentek tuto komunikaci vnímala a nevadila jim. Celkově nejsilnější pocit z celé operace byla pro respondentky radost z toho, že mohly vidět novorozence.

V pooperačním průběhu očekávalo celkem třicet sedm respondentek, že bude po příjezdu na dospávací pokoj při vědomí a čtyřicet sedm respondentek při vědomí bylo. Téměř polovina z celkového počtu padesáti respondentek mělo obavy, že na dospávacím pokoji budou cítit bolest, ale dvacet šest respondentek po příjezdu na dospávací pokoj bolest necítilo. Ohledně nauzey, více než polovina respondentek neočekávala nauzeu po odjezdu z operačního sálu a ve skutečnosti to bylo tak, že třicet jedna respondentek nauzeu opravdu necítilo. Co se týče sdělení toho, kdy budou pacientky po císařském řezu moct pít a jíst, čtyřicet pět respondentek očekávalo, že jim to na dospávacím pokoji bude řečeno a stalo se tomu tak u třiceti respondentek. Čtyřicet čtyři respondentek chtělo, aby jim byl novorozenec na dospávací



pokoj dovážen tak často, jak to jejich zdravotní stav dovolí a čtyřiceti respondentkám byl novorozenec dostatečně často dovážen. Rychlost mobilizace byla pro dvacet pět respondentek při výběru anestezie důležitá a více než polovina respondentek byla opět mobilní tak rychle, jak očekávala. U třiceti šesti respondentek byla bolest během pobytu na dospávacím pokoji tlumena pomocí analgetik. Poslední otázka se dotazovala na komplikace a výsledkem bylo, že více než třicet respondentek nemělo ani peroperační, ani pooperační komplikace.

Na závěr bych chtěla říct, že si myslím, že by činnost a funkce perioperačních sester měla být více prezentována, protože dle mého názoru si moc lidí neuvědomuje, jak je tato práce náročná a důležitá. Zároveň si myslím, že by perioperačním sestřám mělo být umožněno, aby mohly provádět například právě výše zmíněnou edukaci, protože to, že rodičky předem znají někoho z operačního sálu, pro ně může znamenat velkou výhodu v tom, že nemají z operace takový strach a na operačním sále se cítí lépe.

## 11 POUŽITÁ LITERATURA

- 1) ALZAHEB, Riyadh A. Factors associated with the initiation of breastfeeding within the first 48 hours of life in Tabuk, Saudi Arabia. *International Breastfeeding Journal* [online], 2016, **11**, s. 1-6 [cit. 2020-03-31]. DOI: 10.1186/s13006-016-0079-4. ISSN 17464358.
- 2) BINDER, Tomáš. *Porodnictví*. Praha: Karolinum, 2011, 298 s. ISBN 9788024619071.
- 3) BLÁHA, Jan a kol. Současné postupy v porodnické anestezii I - peroperační péče u císařského řezu. *Anesteziologie a intenzivní medicína*. 2013, roč. 24, č. 3, s. 91-101. ISSN 1214-2158.
- 4) BLÁHA, Jan a kol. Současné postupy v porodnické anestezii III. – regionální anestezie u císařského řezu. *Anesteziologie a intenzivní medicína*. 2014, roč. 25, č. 1, s. 29-39. ISSN 1214-2158.
- 5) BLÁHA, Jan a kol. Současné postupy v porodnické anestezii V. – pooperační péče po císařském řezu. *Anesteziologie a intenzivní medicína*. 2015, roč. 26, č. 2, s. 87-98. ISSN 1214-2158.
- 6) BLÁHA, Jan, KOLNÍKOVÁ, Ivana a Pavlína NOSKOVÁ. Císařský řez, ale jaká anestezie? *Praktická gynekologie*. 2011, 15(3-4), s. 187-191. ISSN 1211-6645.
- 7) BLÁHA, Jan. Porodnická anestezie - Česká republika versus svět. *Praktická gynekologie*. 2013, roč. 17, č. 4, s. 287-292. ISSN 1211-6645.
- 8) BORKOVÁ, Klára a Martina KRATOCHVÍLOVÁ. Péče o klienta v perioperačním období a rizika s ní spojená. *Zdravotnictví a medicína*. 2015, 12(Sestra), s. 38. ISSN 2336-2978.
- 9) ČERMÁKOVÁ, Blanka. *K porodu bez obav*. 2. vydání. Brno: Cpress. 2017, 144 s. ISBN 9788026505792.
- 10) DAŇKOVÁ, Nika. *Porovnání pooperační bolesti a soběstačnosti pacientek po regionální a celkové anestezii v souvislosti s císařským řezem*. Pardubice, 2019. 93 s. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce: doc. MUDr. Jan Bláha, Ph.D., MHA.
- 11) DHAR, S. a kol. Post-spinal Headache after Caesarean Section -- Effect of Approach Into Dura-Arachnoid Sac. *Journal of Bangladesh College of Physicians* [online]. 2017, **35**(3), s. 123-127 [cit. 2020-01-05]. DOI: 10.3329/jbcps.v35i3.34342. ISSN 23096365.
- 12) DOLEŽAL, Antonín. *Porodnické operace*. Praha: Grada, 2007, 376 s. ISBN 978-80-247-0881-2.

- 13) DUŠOVÁ, Bohdana, Martina HERMANNOVÁ, Eva JANÍKOVÁ a Radka SALOŇOVÁ. *Edukace v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing, 2019, 144 s. ISBN 9788027108367.
- 14) ELSAHARTY, A. and McCONACHIE, I. Skin to Skin: A Modern Approach to Caesarean Delivery. *Journal of Obstetric Anaesthesia & Critical Care*. 2017, 7(1), s. 13–19. doi: 10.4103/joacc.JOACC\_4\_17.
- 15) FEŇOVÁ, Lenka. *Edukace žen před plánovanou operací sectio caesarea*. Brno, 2011. 107 s. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce: Mgr. Petra Juřeníková, Ph.D.
- 16) GANDHI, Komal a Kajal JAIN. Management of anaesthesia for elective, low-risk (Category 4) caesarean section. *Indian Journal of Anaesthesia* [online]. 2018, 62(9), s. 667-674 [cit. 2020-01-05]. DOI: 10.4103/ija.IJA\_459\_18. ISSN 00195049.
- 17) GREGORA, Martin a Miloš VELEMÍNSKÝ. *Čekáme dítě*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2013, 384 s. ISBN 978-80-247-3781-2.
- 18) GRIMES, H., et al., 2014. Sources of information used by women during pregnancy to meet their information needs. *Midwifery*. 30(1), s. 26-33. DOI: 0.1016/j.midw.2013.10.007. ISSN 02666138.
- 19) HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014, 579 s. ISBN 9788024745299.
- 20) CHMELÍKOVÁ, Jana a Valerie ŠILHARTOVÁ. Edukace pacienta perioperační sestrou. *Sestra (Praha)*. 2008, 18(7-8), s. 62. ISSN 1210 0404.
- 21) JANÍČKOVÁ, Daniela a Dana KŘIVÁNKOVÁ. Císařský řez z pohledu perioperační sestry. *Sestra (Praha)*. 2011, 21(2), s. 44. ISSN 1210 0404.
- 22) JANOUŠKOVÁ, Miroslava. Uplatnění modelu perioperační péče na vlastním pracovišti. *Sestra (Praha)*. 2008, 18(mimořádná příloha č. 1), s. 4-5. ISSN 1210-0404.
- 23) JEDLIČKOVÁ, Jaroslava. *Ošetrovatelská perioperační péče*. 2. rozšířené vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2019, 330 s. ISBN 978-80-7013-598-3.
- 24) JINDROVÁ, Barbora, Martin STRÍTESKÝ a Jan KUNSTÝŘ. *Praktické postupy v anestezii*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2016, 200 s. ISBN 9788024756127.
- 25) KAMALI, S. et. al., 2018. Health information needs of pregnant women: information sources, motives and barriers. *Health Information* [online]. 35(1), s. 24-37, [cit. 2020-03-08]. DOI: 10.1111/hir.12200. ISSN 14711834.

- 26) KOLLMANN, Martina. et al., 2017. Early skin-to-skin contact after cesarean section: A randomized clinical pilot study, *PLoS ONE*, 12(2), s. 1–14. doi: 10.1371/journal.pone.0168783.
- 27) MAKOKO, Uziele M, Lebisi M MODIBA a Doudou K NZAUMVILA. Satisfaction with spinal anaesthesia for Caesarean section at Tembisa Hospital, South Africa: a cross-sectional study. *South African Family Practice* [online]. 2019, **61**(2), s. 39-47 [cit. 2020-01-05]. DOI: 10.1080/20786190.2018.1531585. ISSN 20786190.
- 28) MAREŠOVÁ, Pavlína a Luděk FIALA. *Moderní postupy v gynekologii a porodnictví*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2018, 544 s. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4852-1.
- 29) MARONGE, L. a BOGOD, D., 2018. Complications in obstetric anaesthesia, *Anaesthesia Supplement*, 73, s. 61–66. doi: 10.1111/anae.14141.
- 30) MATLOCHOVÁ, Eva. Edukace pacienta perioperační sestrou. *Sestra (Praha)*. 2012, 22(2), s. 41-42. ISSN 1210 0404.
- 31) MAZÚCHOVÁ, Lucia a kol. Podpora bondingu po pôrode, *Czecho-Slovak Pediatrics / Cesko-Slovenska Pediatrie*. 2016, 71(4), s. 196–201. dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=117994553&lang=cs&site=ehost-live> (Accessed: 29 October 2019).
- 32) MAZÚCHOVÁ, Lucia, Simona KELČÍKOVÁ a Martina KOVAČÍKOVÁ. Informovanosť pôrodných asistentiek a sestier o bondingu po pôrode. *Florence*. 2017, 13(7-8), s. 10-12. ISSN 1801-464X.
- 33) NOSKOVÁ, Pavlína a kol. Postpunkční cefalea v porodnictví. *Anesteziologie a intenzivní medicína*. 2014, 25(3), s. 194-202. ISSN 1214-2158.
- 34) PARIKH, Ketan a Shwetha SEETHARAMAIAH. Approach to failed spinal anaesthesia for caesarean section. *Indian Journal of Anaesthesia* [online]. 2018, **62**(9), s. 691-697 [cit. 2020-01-05]. DOI: 10.4103/ija.IJA\_457\_18. ISSN 00195049.
- 35) PAŘÍZEK, Antonín. *Analgezie a anestezie v porodnictví*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 2012, 427 s. ISBN 9788072628933.
- 36) PENKA, M., BINDER, T. a P. DULÍČEK. Antitrombotické zajištění těhotných žen podle rizika tromboembolické nemoci (TEN) – doporučený postup ČGPS a ČLS. *Česká gynekologie*. 2013, 78 (suppl.), s. 34-36. ISSN 1210-7832.
- 37) PROCHÁZKA, Martin a Radovan PILKA. *Porodnictví: pro studenty všeobecného lékařství a porodní asistence*. 2. přepracované vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2018, 255 s. ISBN 9788024453224.

- 38) PROCHÁZKOVÁ, Zuzana, 2013. Očekávání rodiček versus nemocniční realita u plánovaného císařského řezu. *Praktická gynekologie*. 17(4), s. 323-329. ISSN 1803-6597.
- 39) RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí: psychosomatická medicína: učební texty pro porodní asistentky]*. Praha: Reklamní atelier Area. 2008, 163 s. ISBN 9788025421864.
- 40) RATNA, H. Bonding attachment enhances postpartum mother's confidence in caring her baby. *Jurnal Ners*. 2017, 2(2), s. 107-110. DOI: 10.20473/jn.v2i2.4965. ISSN 18583598.
- 41) ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017, 656 s. ISBN 9788024757537.
- 42) SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, Sestra (Grada), 2017, 280 s. ISBN 9788027102143.
- 43) STEVENS, Jeni et al., 2014. Immediate or early skin-to-skin contact after a Caesarean section: a review of the literature, *Maternal & Child Nutrition*, 10(4), s. 456–473. doi: 10.1111/mcn.12128.
- 44) SUCHÁ, Šárka a kol. Bezpečí pacienta na operačním sále. *Sestra (Praha)*. 2009, 19(1), s. 68-69. ISSN 1210 0404.
- 45) ŠPIČÁKOVÁ, Eva. Pacient na operačním sále. *Sestra (Praha)*. 2008, 18(mimořádná příloha č. 1), s. 8. ISSN 1210-0404.
- 46) ŠŤOURAČ, Petr a kol. Současné postupy v porodnické anestezii IV. – anesteziologické komplikace u císařského řezu. *Anesteziologie a intenzivní medicína*. 2014, 25(4), s. 123-134. ISSN 1214-2158.
- 47) TAKÁCS, Lea, Jitka MLÍKOVÁ SEIDLEROVÁ a Pavel ČEPICKÝ. Psychosociální rizikové faktory akutního císařského řezu. *Česká gynekologie*. 2019, 84(1), s. 33-39. ISSN 1210-7832.
- 48) TAKÁCS, Lea, SOBOTKOVÁ, Daniela a Lenka ŠULOVÁ. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada, 2015, 208 s. ISBN 9788024751276.
- 49) WICHISOVÁ, Jana. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada, 2013, 192 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3754-6.
- 50) WICHISOVÁ, Jana. Surgical Safety Checklist – prevence pochybení při operačních výkonech. *Sestra (Praha)*. 2010, 20(2), s. 43-44. ISSN 1210 0404.

## 12 PŘÍLOHY

|  |    |
|--|----|
| Příloha A – <i>Dotazník vlastní konstrukce</i> ..... | 94 |
|--|----|

Příloha A – Dotazník vlastní konstrukce

Vážená respondentko,

jsem studentkou druhého ročníku magisterského studia oboru Perioperační péče v gynekologii a porodnictví a vypracovávám diplomovou práci na téma „Očekávání versus realita žen při porodu císařským řezem ve svodné anestezii“. Chtěla bych Vás tímto požádat o vyplnění následujícího dotazníku. Velmi Vás prosím o spolupráci. Dotazník je zcela anonymní a dobrovolný a bude využit pouze k vypracování výzkumné části mé diplomové práce.

Předem děkuji za Vaši ochotu!

Bc. Iveta Zadražilová (porodní asistentka)

1) Jaký je Váš věk?

.....

2) Jaká je Vaše porodnická anamnéza?

| porod | vaginální porod | císařský řez                  |                   |
|-------|-----------------|-------------------------------|-------------------|
|       |                 | epidurální/spinální anestezie | celková anestezie |
| 1.    |                 |                               |                   |
| 2.    |                 |                               |                   |
| 3.    |                 |                               |                   |
| 4.    |                 |                               |                   |
| 5.    |                 |                               |                   |

3) Jaké je Vaše dokončené vzdělání?

- a) základní (i neukončené)
- b) střední bez maturity (výuční list)
- c) střední s maturitou
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské

- 4) Od koho jste poprvé dostala informace ohledně možnosti preference typu anestezie?
- obvodní gynekolog
  - gynekolog v poradně pro těhotné v porodnici při stanovení indikace k císařskému řezu
  - porodní asistentka
  - při předoperačním vyšetření ARO lékařem (anesteziolog)
- 5) Měla jste dostatek času a prostoru na položení případných otázek anesteziologovi a rozhodnutí se o vámi preferovaném typu anestezie?
- ano
  - ano, ale anesteziolog mi nezodpověděl všechny mé otázky
  - ne, neměla jsem dostatek času, ani mi anesteziolog nezodpověděl mé otázky
- 6) Byly vám sděleny možné komplikace související se svodnou anestezíí?
- ano – jaké?  
.....  
.....
  - ne
  - nepamatuji si
- 7) Kdo vám poskytl nejvíce informací ohledně svodné anestezie? (možno zaškrtnout více odpovědí)
- ARO lékař
  - ARO sestra
  - gynekolog v porodnici
  - obvodní gynekolog
  - porodní asistentka
- 8) Čerpala jste informace i z jiných zdrojů než od zdravotnického personálu? (možno více odpovědí)
- ne
  - ano – pokud ano, vyberte prosím z nabízených variant nebo vypište
    - kamarádky
    - rodina
    - internet
    - populárně-naučná literatura
    - jiné
.....



- 9) Jaký byl hlavní důvod pro výběr svodné anestezie?
- a) předchozí zkušenost s tímto typem anestezie
  - b) doporučil mi ji lékař
  - c) strach z celkové anestezie
  - d) možnost být během operace při vědomí
  - e) možnost přítomnosti doprovodu během císařského řezu
  - f) bonding
  - g) časně přiložení novorozence k prsu
  - h) rychlejší mobilizace po operaci
  - i) jiné prosím vypište

.....

10) Věděla jste, že Vám před operací bude provedena předoperační příprava i jak bude probíhat?

- a) ano, zcela souhlasím
- b) ano, ale nevěděla jsem, jak bude probíhat
- c) vůbec jsem o ní nevěděla

11) Měla jste v plánu souhlasit s přítomností studentů na operačním sále?

- a) ano, přítomnost studentů mi nevádí
- b) ano, ale jen s omezeným počtem studentů
- c) ne, studenty jsem na operačním sále nechtěla

12) U následujících tvrzení prosím zakroužkujte na škále hodnotu, která nejvíce vyjadřuje míru souhlasu s následujícími výroky dle Vašeho pocitu.

(1 – zcela souhlasím, 2 – spíše souhlasím, 3 – ani souhlasím, ani nesouhlasím, 4 – spíše nesouhlasím, 5 – zcela nesouhlasím)

Z aplikace svodné anestezie jsem měla strach.

1                      2                      3                      4                      5

Měla jsem obavy, že svodná anestezie nebude dostatečně působit na bolest během operace.

1                      2                      3                      4                      5

Anestezie dostatečně tlumila bolest, takže mě během operace nic nebolelo.

1                      2                      3                      4                      5

Chtěla jsem, aby byl proveden bonding a časné přiložení novorozence k prsu.

1                      2                      3                      4                      5

Chtěla jsem, aby se mnou byl na operačním sále můj doprovod.

1                      2                      3                      4                      5

Nevadilo mi, že u císařského řezu byli přítomni studenti. (pokud jste studenty nechtěla, tvrzení vynechte)

1                      2                      3                      4                      5

Myslela jsem si, že během operace budu vnímat, jak mezi sebou komunikují členové operačního týmu.

1                      2                      3                      4                      5

13) Jak u vás proběhla aplikace svodné anestezie?

- a) bez problému
- b) bylo pro mě složité zaujmout polohu, lékař mi ji málo vysvětlil
- c) bylo pro mě složité zaujmout polohu, ale lékař se dlouho snažil mi ji vysvětlit
- d) musela jsem nakonec polohu změnit
- e) lékaři se nedařilo anestezii aplikovat i přesto, že jsem se řídila jeho pokyny

14) Byl u Vás proveden bonding a časné přiložení novorozence k prsu?

- a) ano, oboje bylo provedeno
- b) byl proveden pouze bonding
- c) bylo provedeno pouze časné přiložení novorozence k prsu
- d) ani jedna z činností nebyla realizována

15) Měla jste na operačním sále Váš doprovod?

- a) ano, doprovod se mnou byl po celou dobu operace
- b) doprovod se mnou byl, ale kratší dobu, než jsem si představovala
- c) doprovod se mnou na operačním sále nebyl, protože  
.....

16) Co pro vás znamenala přítomnost doprovodu, pokud s Vámi na operačním sále byl?

(možno zaškrtnout více odpovědí)

- a) podporu
- b) rozptýlení
- c) strach z toho, aby neviděl operační pole

d) jiné prosím vypište

.....  
.....

17) Vnímala jste během porodu císařským řezem komunikaci operační skupiny?

- a) ano a nevadilo mi to
- b) ano a vadilo mi to
- c) nevnímala

18) Měla jste předchozí zkušenost s anestezií?

- a) pozitivní zkušenost se svodnou anestezií
- b) negativní zkušenost se svodnou anestezií, jaká?

.....

- c) pozitivní zkušenost s celkovou anestezií
- d) negativní zkušenost s celkovou anestezií, jaká?

.....

e) neměla jsem žádnou zkušenost

19) Jak jste vnímala průběh operace? (možno zaškrtnout více odpovědí)

- a) bolest
- b) nepříjemný pocit
- c) pocit na zvracení
- d) radost, že jsem mohla hned vidět novorozence
- e) dobrý pocit z přítomnosti doprovodu
- f) cítila jsem se v bezpečí
- g) jiné

.....

20) U následujících tvrzení prosím opět zakroužkujte na škále hodnotu, která nejvíce vyjadřuje míru souhlasu s následujícími výroky dle Vašeho pocitu.

(1 – zcela souhlasím, 2 – spíše souhlasím, 3 – ani souhlasím, ani nesouhlasím, 4 – spíše nesouhlasím, 5 – zcela nesouhlasím)

Očekávala jsem, že po příjezdu na dšpávací pokoj budu plně při vědomí.

1                      2                      3                      4                      5

Po příjezdu na dšpávací pokoj jsem byla plně při vědomí.

1                      2                      3                      4                      5

Bála jsem se, že po příjezdu na dospávací pokoj budu cítit bolest.

1                      2                      3                      4                      5

Ihned po převezení na dospávací pokoj mě bolela operační rána.

1                      2                      3                      4                      5

Myslela jsem si, že ihned po převozu z operačního sálu budu cítit nevolnost.

1                      2                      3                      4                      5

Po příjezdu na dospávací pokoj jsem měla pocit na zvracení.

1      2                      3                      4                      5

Očekávala jsem, že mi bude po převozu na dospávací pokoj řečeno, kdy budu moct pít a jíst.

1                      2                      3                      4                      5

Po příjezdu na dospávací pokoj (JIP) jsem byla informována o tom, za jak dlouho budu moct pít i jíst.

1                      2                      3                      4                      5

Velmi jsem si přála, aby mi byl co nejdříve (s ohledem na můj zdravotní stav) na dospávací pokoj dovezen novorozenec.

1                      2                      3                      4                      5

Během pobytu na dospávacím pokoji mi byl dostatečně umožněn kontakt s novorozencem.

1                      2                      3                      4                      5

Když jsem se rozhodovala o typu anestezii, zohlednila jsem i rychlejší mobilizaci po operaci.

1                      2                      3                      4                      5

Po operaci jsem byla opět soběstačná tak rychle, jak jsem očekávala.

1                      2                      3                      4                      5

21) Byla u vás dostatečně tlumena bolest na oddělení JIP?

- a) ano, dostávala jsem analgetika
- b) ne, pořád jsem cítila bolest
- c) analgetika jsem nepotřebovala

22) Došlo u vás **během operace** ke komplikacím stran anestezie?

- a) ano – o jaké komplikace se jednalo?

.....

- b) ne
- c) nevím o tom

23) Došlo u vás k nějakým **pooperačním komplikacím** stran anestezie?

a) ano – o jaké komplikace se jednalo?

.....

b) ne

c) nevím o tom

Děkuji za Váš čas a ochotu!