

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

**MÍRA SPOKOJENOSTI ŽEN PO PLÁNOVANÉM CÍSAŘSKÉM
ŘEZU V CELKOVÉ VERSUS SVODNÉ ANESTÉZII**

Bakalářská práce

Autor práce: **Lucie Nováčková**

Vedoucí práce: **Mgr. Eva Vachková**

2011

CHARLES UNIVERSITY OF PRAGUE
MEDICAL FACULTY OF HRADEC KRÁLOVÉ
INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING

COMPARISON OF SATISFACTION LEVELS AMONG WOMEN
UNDERGOING ELECTIVE CESAREAN SECTION UNDER
GENERAL OR REGIONAL ANAESTHESIA

Bachelor's thesis

Autor: **Lucie Nováčková**

Supervisor: **Mgr. Eva Vachková**

2011

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové

.....
Lucie Nováčková

Poděkování

Děkuji Mgr. Evě Vachkové za odborné vedení mé bakalářské práce, za cenné rady a odborné konzultace. Dále bych ráda poděkovala kolektivu porodních asistentek Jednotky intenzivní péče Gynekologicko-porodnického oddělení Oblastní nemocnice Kolín, a.s. za pomoc při distribuci a sběru dotazníků.

Můj dík patří v neposlední řadě i mé rodině, která mi byla oporou v průběhu celého studia.

OBSAH

	strana
ÚVOD	7
CÍLE TEORETICKÉ ČÁSTI PRÁCE, CÍLE PRAKTICKÉ ČÁSTI PRÁCE ...	8
TEORETICKÁ ČÁST	9
1 CÍSAŘSKÝ ŘEZ	10
1.1 Charakteristika císařského řezu	10
1.2 Frekvence císařských řezů	10
1.3 Indikace	12
1.3.1 Císařský řez na přání ženy	13
1.4 Kontraindikace	14
1.5 Rizika a komplikace	14
1.6 Srovnání s vaginálním porodem	15
1.7 Technika císařského řezu	15
1.7.1 Laparotomie	15
1.7.2 Hysterotomie	16
1.8 Předoperační vyšetření a příprava	17
1.9 Pooperační péče	18
1.10 Ošetrovatelská diagnostika u císařského řezu	19
2 ANESTÉZIE U PLÁNOVANÉHO CÍSAŘSKÉHO ŘEZU	20
2.1 Celková anestézie	21
2.1.1 Výhody, nevýhody a rizika CA	21
2.1.2 Jednotlivá rizika CA	22
2.1.3 Vliv CA na novorozence	24
2.1.4 Anestetika používaná pro vedení CA	24
2.1.5 Svalová relaxancia	25
2.2 Neuroaxiální anestézie	26
2.2.1 Subarachnoidální anestézie	26
2.2.1.1 Výhody a nevýhody subarachnoidální anestézie	26
2.2.1.2 Komplikace subarachnoidální anestézie	27
2.2.1.3 Volba lokálního anestetika	28
2.2.1.4 Technika provedení subarachnoidální anestézie	28

2.2.2 Epidurální anestézie	31
2.2.2.1 Výhody a nevýhody epidurální anestézie	31
2.2.2.2 Komplikace epidurální anestézie	31
2.2.2.3 Volba lokálního anestetika	32
2.2.2.4 Technika provedení epidurální anestézie	33
2.2.3 Kombinovaná subarachnoidální a epidurální anestézie	33
3 EDUKACE	35
3.1 Realizace edukačního procesu	35
3.1.1 Realizace edukačního procesu před plánovaným císařským řezem	35
EMPIRICKÁ ČÁST	37
CÍLE EMPIRICKÉ ČÁSTI PRÁCE	38
4 ZKOUMANÝ SOUBOR A POUŽITÉ METODY	39
5 VÝSLEDKY	41
6 DISKUZE	72
ZÁVĚR	76
ANOTACE	78
LITERATURA A PRAMENY	79
SEZNAM GRAFŮ	82
SEZNAM OBRÁZKŮ	84
SEZNAM TABULEK	85
SEZNAM PŘÍLOH	86
PŘÍLOHY	87

ÚVOD

Císařský řez je operační metoda, kterou je v současné době prováděno asi 20% porodů. V posledních letech je patrný trend v procentuálním nárůstu císařských řezů. Dle doporučení Světové zdravotnické organizace (WHO) je ovšem cílem udržet počet porodů císařským řezem do 15%. Porod císařským řezem je pro rodičku stran komplikací či mortality významně rizikovější než porod per vias naturales. (16, 29)

Jedná se o porodnickou operaci, kterou nelze provést bez anestézie. V úvahu přichází dva základní typy anestézie – celková a svodná (regionální či neuroaxiální).

Svodná anestézie je nyní považována za metodu volby k anestézii pro plánovaný císařský řez. Další alternativou je celková anestézie. Přichází v úvahu při kontraindikacích svodné anestézie či na přání rodičky. Riziko úmrtí či závažných komplikací spojených s celkovou anestézií pro císařský řez je cca 17x vyšší než u anestézie svodné. Vliv na novorozence nebyl shledán významně rozdílný mezi oběma typy anestézie. (9)

Narození dítěte je pro ženu vysoce emotivním prožitkem. Zkušenost s porodem, tedy i s anestézií, je rodičkou velmi intenzivně vnímána a zároveň spoluvytváří celkový dojem z poskytnuté péče.

Cílem práce je porovnat úroveň spokojenosti žen, které podstoupily císařský řez v celkové anestézii a žen, které absolvovaly svodnou anestézii. Zároveň jsem se zaměřila na zjištění úrovně informovanosti žen o metodách anestézie a zjištění intenzity pooperačních bolestí.

Sledovaná problematika je dle mého názoru v dnešní době velmi aktuální vzhledem k vysokému mediálnímu zájmu o problematiku zdravotnictví, kdy subjektivní prožitky pacientů jsou součástí hodnocení úrovně poskytované zdravotní péče v jednotlivých zdravotnických zařízeních.

Téma porodnictví mi bylo vždy blízké a sama jsem problematiku volby typu anestézie řešila před svým plánovaným císařským řezem.

CÍLE TEORETICKÉ ČÁSTI PRÁCE

- charakterizovat císařský řez
- seznámit s indikacemi a kontraindikacemi k císařskému řezu
- upozornit na rizika a komplikace císařského řezu
- jednoduše popsat techniku operace
- zdůraznit význam předoperační a pooperační péče
- zpracovat nejčastěji diagnostikované ošetrovatelské problémy
- charakterizovat celkovou a svodnou anestézii k císařskému řezu
- poukázat na specifika anestézie při císařském řezu
- seznámit s realizací edukačního procesu před plánovaným císařským řezem

CÍLE EMPIRICKÉ ČÁSTI PRÁCE

- zjistit úroveň informovanosti a znalostí žen o jednotlivých typech anestézie pro plánovaný císařský řez
- zjistit jak rodičky hodnotí úroveň svých znalostí o celkové a svodné anestézii k císařskému řezu
- porovnat úroveň a typ obav žen z anestézie, celková versus svodná
- porovnat spokojenost s anestézií u těchto žen
- zjistit intenzitu pooperačních bolestí
- zjistit spokojenost s péčí na Jednotce intenzivní péče Gynekologicko-porodnického oddělení Oblastní nemocnice Kolín, a.s.

Dílní cíle empirické části práce jsou podrobněji rozvedeny na s.38

TEORETICKÁ ČÁST

1 CÍSAŘSKÝ ŘEZ

1.1 Charakteristika císařského řezu

Císařský řez (S.C. = sectio caesarea) je nejčastější operací, kterou se ukončuje těhotenství ve třetím trimestru a porod. Jedná se o operační porod, kdy se provádí řez břišní stěnou a dělohou za účelem vybavení plodu. (4, 16)

Císařský řez patří mezi nejstarší porodnické operace. O jeho historickém vývoji pojednává příloha č. 1.

Zkratka s.c. pochází z latinského slova caesus – otevřený řezem a secare – řezati.

Dle indikace se dělí sekce na císařské řezy v těhotenství, kdy ještě neprobíhá děložní činnost a řezy u porodu, kdy je již děložní činnost rozvinutá. V obou skupinách pak ještě rozlišujeme sekce plánované a akutní. Akutní se ještě dále dělí na odkladné, kdy je možné provést operaci bez ohrožení zdraví matky a plodu v řádu až několika desítek minut a neodkladné, kde rozhodují desítky vteřin. (22)

1.2 Frekvence císařských řezů

Na počátku století tato operace byla výjimečná. K většímu rozšíření indikací přispěla anestézie, zavedení antiseptiky a vzápětí aseptiky, transfúze, profylaktické podávání antibiotik a prevence tromboembolizace heparinizací. (7)

Před 2. světovou válkou byla frekvence s.c. necelé 1%, v 50. letech činila 2% a v letech 70. nepřesáhla 5%. (26)

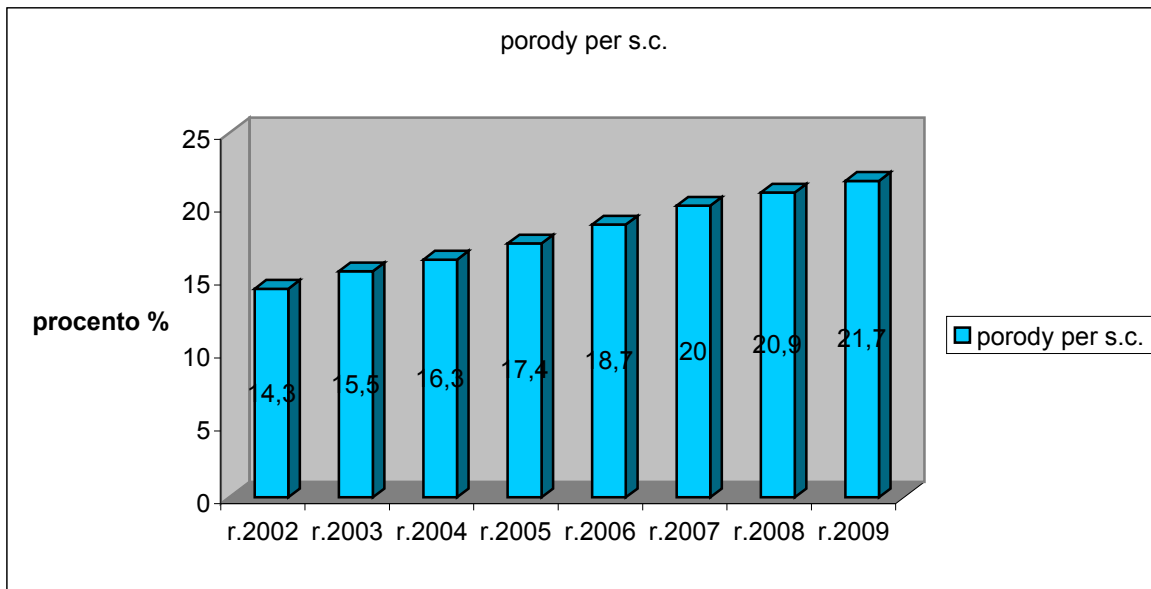
Cílem WHO je udržet počet porodů císařským řezem do 15%, neboť bylo zjištěno, že vyšší výskyt sekci zároveň zvyšuje riziko komplikací u rodičky. (16)

Ze zprávy Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky vyplývá, že pokračuje kontinuální nárůst incidence porodů per s.c. V roce 2002 bylo 14,3% porodů vedeno císařským řezem, v roce 2009 těchto porodů bylo již 21,7%. Tento trend přehledně dokumentuje graf č. 1.

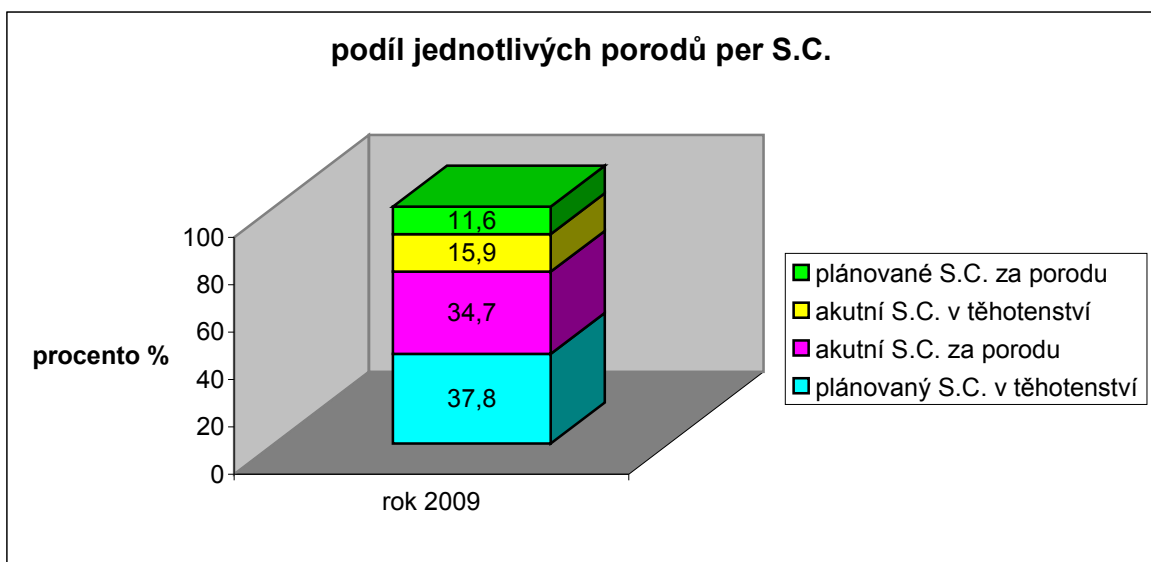
V roce 2009 největší podíl ze všech porodů per s.c. připadl na plánový s.c. v těhotenství (37,8%), druhý nejvyšší podíl připadl na akutní porody s.c. za porodu (34,7%), třetí podíl

měly akutní s.c. v těhotenství (15,9%) a poslední podíl tvořil plánovaný s.c. za porodu (11,6%). (29) – viz graf č. 2.

Graf č. 1 – Procentuální zastoupení porodů per S.C. v jednotlivých letech (ÚZIS, 2010, modifikováno autorkou)



Graf č. 2 - Typy císařských řezů (ÚZIS 2010, modifikováno autorkou)



Nejvyšší procento císařských řezů vykazují perinatologická centra a centra intermediální perinatologické péče, kde se soustřeďují nejzávažnější těhotenské a porodnické chorobné stavy. (22)

Příčin neustále se zvyšujícího počtu císařských řezů je několik. Jednou z nich je zvyšující se věk rodiček a s tím související interní onemocnění žen a abnormality

v průběhu porodu. Dále narůstá i počet indukovaných porodů. Snižuje se také počet vaginálních operativních porodů. V souvislosti s léčením neplodnosti se zvyšuje počet vícečetných těhotenství. (30)

1.3 Indikace

Indikace se dříve dělily na absolutní a relativní. Absolutní značila, že porod není možný per vias naturales ani po zmenšení plodu. Relativní znamenala, že porod je možný přirozenými cestami za cenu zmenšovací operace. Toto dělení je však dnes již obsolentní.

Indikace můžeme dělit na indikace ze strany matky, kdy důvodem sekce je stav ohrožující její život nebo zdraví. Dále jsou to indikace ze strany plodu a nebo indikace ze strany obou, kdy patologický stav ohrožuje jak matku, tak plod.

Vlastní indikace k císařskému řezu:

1. nepoměr mezi rozměry plodu a pánve – jedná se o pánevní deformity nebo o velký plod
2. patologické procesy v pánvi – nádory vyrůstající z pánevních kostí, z vnitřních rodidel, zhoubné nádory rekta a močového měchýře
3. pooperační stavy – ventrofixace dělohy, operace pro močovou inkontinenci, po korporální sekci nebo po dvakrát provedeném supracervikálním císařském řezu
4. porodnické krvácení – placenta praevia centralis a paracentralis, předčasně se odlučující lůžko, masivní krvácení z poševních varixů nebo krvácení neznámého původu
5. nepravidelné polohy a držení plodu – příčná a šikmá poloha, poloha koncem pánevním – neúplný konec pánevní s naléhajícími nožkami nebo kolénky, deflexní polohy – čelní, obličejová nebo nepostupující porod temenní polohy, vysoký přímý stav, prolaps pupečníku
6. onemocnění matky – těžká, pozdní gestóza nezvládnutelná medikamentózně, hrozící eklampsie, stav po proběhlém eklamptickém záchvatu, některé nemoci srdce, ledvin, onemocnění původu endokrinního, plicního, dále medikamentózně nezvládnutelná hypertenze, nemoci očí, polytraumata ve III. trimestru těhotenství, akutní pankreatitida, ileus, apendicitida, herpes genitalis, horečka během porodu

7. nepostupující porod pro slabou děložní činnost nebo cervikokorporální dystokii
8. stavy ohrožující život a zdraví plodu – akutní a chronická hypoxie, projevující se patologickým CTG záznamem, zkalená plodová voda při amnioskopii, patologické pH krve odebrané z hlavičky plodu, závažná Rh-izoimunizace, prodloužené těhotenství po 2x neúspěšné indukci porodu, předčasný porod u plodu s odhadem váhy do 1500 gramů, patologická poloha prvního dvojčete, trojčata a vícčata
9. indikace se zřetelem na anamnézu – stavy po myomektomiích, metroplastikách, perforacích stěny děložní – toto jsou indikace po individuálním a komplexním posouzení těhotné ženy, dlouhodobě léčená sterilita, opakované spontánní potraty, peripartální úmrtí (26)
10. žena umírající a mrtvá – vzácná indikace, plod v děloze matky přežívá 15-20 minut

Dle povahy indikací lze rozdělit císařský řez na dva druhy:

1. primární plánovaný císařský řez – provádí se z vážných a předem známých důvodů, které spontánní porod znemožňují. Nedochozí při něm k rozběhnutí porodních stahů, protože je plánován dopředu
2. sekundární neplánovaný císařský řez – k němu se přistupuje v případě akutního ohrožení plodu nebo matky a rozhoduje se o něm nečekaně v průběhu již rozběhnutého spontánního porodu

1.3.1 Císařský řez na přání ženy

Císařský řez na přání je v současné době velmi diskutovanou otázkou v porodnických kruzích.

Tyto ženy jsou většinou vzdělané, žijí ve městech, zaměřené na kariéru. Může se jednat i o ženy, které jsou zklamané z partnerství, jsou nezaměstnané a nemají pocit sociální podpory. V České republice chybí data o počtu žen, které žádají provedení císařského řezu bez jakékoliv indikace k němu. V Irsku se jedná o 2% žen, ve Velké Británii o 7% a například ve Švédsko je to 8,2% žen, které žádají o císařský řez. (24)

Velkým průlomem v této otázce bylo odsouhlasení psychologické indikace jako doporučené indikace na konferenci ČGPS (Česká gynekologická a porodnická společnost) v Českém Krumlově v květnu . Psychologickou indikací se rozumí nadměrné obavy matky

o dobrý zdravotní stav dítěte porozeného per vias naturales, obavy z porodních bolestí a dalších komplikací za porodu a obavy z časných a pozdních poporodních komplikací.

Mezinárodní federace gynekologů a porodníků (FIGO) vydala prohlášení, že v současnosti není přímá evidence benefitů císařského řezu na přání a proto provádění císařského řezu z nemedicínské indikace není eticky zdůvodnitelné. (24)

Dle etnografické studie provedené v Brazílii v roce 1993 u 5304 žen byla zřejmá preference císařského řezu, jehož procentuelní zastoupení dosahovalo více než 30% porodů. Dokonce ve skupině žen z vysokých příjmových skupin procento císařských řezů dosahovalo 55%. Z výsledků je zřejmá disproporce mezi 15%, které jsou doporučeny WHO a realitou způsobenou především císařským řezem indikovaným na přání rodičky. Mezi hlavními důvody vysokého procenta císařských řezů patří především nedostatek znalostí a psychologický přístup se vypořádat s vaginálním porodem a jeho následky. Z tohoto vyplývá nutnost dostatečné edukace žen. (2)

1.4 Kontraindikace

Hlavička plodu nesmí být velkým oddílem vstouplá a fixovaná. V opačném případě musí být ukončen porod kleštěmi. Pokud by se vybavoval plod laparotomickou cestou, mohlo by to vést k jeho traumatizaci a k rozsáhlému poškození měkkých částí pánve matky.

Otázkou zůstává provedení císařského řezu u mrtvého a života neschopného plodu. V tomto případě je řez indikován pouze z vitální indikace matky. (26)

1.5 Rizika a komplikace

Sekce má svá rizika pro matku i pro plod. Komplikace jsou asi 5x častější než po vaginálním porodu. (32)

Pro matku jsou podobná jako i u jiných chirurgických výkonů. Jedná se o rizika a komplikace spojená s anestézií, infekce, krvácení, poranění močového systému, tvorbu trombů, paralytický ileus a respirační komplikace.

Pro novorozence jsou to respirační obtíže způsobené zpomaleným vstřebáváním tekutiny v plicích, podlitiny a lacerace. (4, 16)

1.6 Srovnání s vaginálním porodem

K rizikům vaginálního porodu patří možné větší krevní ztráty, ruptura konečníku, přenos některých infekčních chorob z matky na novorozence. K pozdním následkům pak může patřit porušení pánevního dna s močovou inkontinencí a prolaps rodidel.

Císařský řez obchází pánevní porodní cesty, výkon probíhá v krátkém čase, bezbolestně a pánevní dno není porušeno. Sekce řeší řadu patologických situací, snižuje rizika u hypoxického plodu. Rizika anesteziologická jsou redukována při použití svodné anestézie. Bohužel tento výkon může provázet i poranění vlastní dělohy, močového měchýře a může končit i hysterektomií.

U opakovaných císařských řezů je větší možnost vzniku trhliny dělohy v jizvě. Je i určité riziko vzniku nitrobřišních synechií. Výskyt tromboembolických příhod je vyšší než u vaginálního porodu. (8)

1.7 Technika císařského řezu

Provádí se jednak řez kůží a jednak řez dělohou. Směry obou řezů nemusí být shodné.

1.7.1 Laparotomie

Směr řezu kůží může být vertikální nebo transverzální.

Vertikální řez (ve střední čáře) vytváří víc prostoru pro porod většího dítěte a provádí se i u obézních žen. Lékař ho volí i v případech, které vyžadují bezpečnost matky a plodu.

Transverzální řez je Phannenstielův řez, který je po zhojení sotva patrný. Nehodí se však pro porod většího dítěte a není vhodný u obézních rodiček. V současnosti zkušený operatér provádí tento řez i v urgentních případech. (4, 8, 16)

1.7.2 Hysterotomie viz obr. č. 1

1. korporální řez

Volí se pokud se chce operatér vyhnout nízko nasedající placentě, u malých plodů při apozici, u poloh příčných. Je zde větší riziko rozpadu děložní sutury, infekce dělohy, vzniku pooperačních srůstů střeva a omenta. Největším nebezpečím je častější výskyt ruptur dělohy v další graviditě.

2. řez cerviko-korporální

Provádí se poměrně často zvláště u poloh příčných, u plodů mrtvých v urgentní situaci. Primárně nebývá doporučován.

3. malé řezy transverzální

Jsou oblíbené u francouzských autorů. Jedná se o řezy rovné v dolním segmentu. Nelze tento řez však doporučit pro málo zkušené lékaře.

4. transverzální semilunární podle Gepperta

Je to řez v dolním segmentu poloměsíčitý. Je bezpečnější čím je oblouk strmější a otvor větší. Limitem je prostor, který vymezují hrany dělohy, kam se řez musí vejít.

5. S řez podle Chmelíka

Získává se jím až o 20% více prostoru pro vybavování plodu a lze ho použít i u větších plodů.

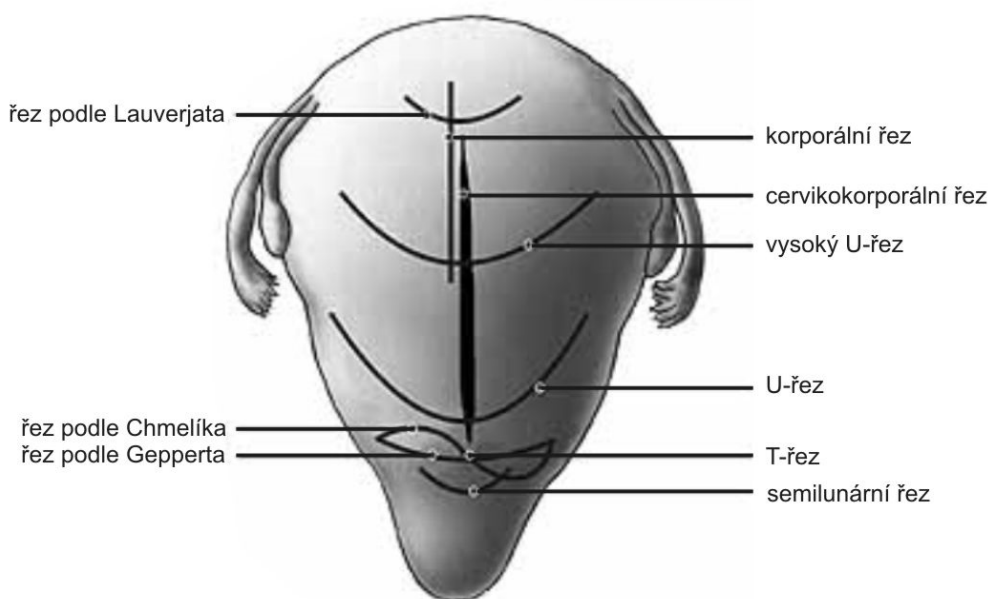
6. U řez

Má řadu nesporných výhod. Technika „vysoko položeného U řezu“ byla vypracována pro plody extrémně nízké hmotnosti a u apozice děložní.

7. radikální císařský řez

Operace je spojena s odstraněním dělohy. Nejčastěji se provádí z důvodu karcinomu děložního čípku. Děloha se odstraní částečně – supravaginální amputace děložního těla nebo totálně – hysterektomie. (4, 8)

Obr. č. 1 – Způsoby vedení řezu na děloze (www.porodnici.cz)



1.8 Předoperační vyšetření a příprava

U plánovaného císařského řezu je těhotná komplexně předoperačně vyšetřena. Patří sem i definitivní zhodnocení operační indikace, součástí je aktuální porodnický nález. Internista zhodnotí celkový zdravotní stav těhotné ženy, popíše EKG, má k dispozici základní biochemické a hematologické vyšetření krve a moče. Nutné je upravit anémii, kompenzovat diabetes mellitus, léčit příznaky celkové i lokální infekce, zvláště vaginální zánět. Kompenzuje se i hypertenze a preeklampsie.

U žen s onemocněním srdce, jater a ledvin se zajišťuje také speciální příprava. Některé těhotné mohou mít i vzácnější onemocnění jako je např. lupus erythematodes či myasthenia gravis.

Stále ještě není úplně vyřešena otázka podání širokospektrých antibiotik všem ženám před císařským řezem, ale jsou indikace, kdy je aplikace antibiotik nutností.

Nutná je i prevence tromboembolických komplikací miniheparinizací. Velmi důležitá v této otázce je i bandáž dolních končetin, časně vstávání a pooperační rehabilitace.

Před operací se většinou provádí očistné klyzma a koupel. V průběhu operace je zavedena permanentní cévka do močového měchýře.

Na celé přípravě se podílí také anesteziolog, který ordinuje premedikaci a doporučí či zvolí nejvhodnější způsob anestézie. Jedná se buď o doplňovanou celkovou anestézií s endotracheální intubací či o anestézií svodnou neboli regionální. (4, 7)

Velmi důležitá je psychická podpora těhotné. Některé ženy mohou cítit i vinu za to, že nemohou родit vaginálně. (16)

1.9 Pooperační péče

Po císařském řezu bývají ženy sledovány na jednotce intenzivní péče. Monitorujeme základní životní funkce - krevní tlak, srdeční rytmus a frekvenci pomocí EKG, počet dechů, saturaci krve kyslíkem a stav vědomí. Většinou první dvě hodiny sleduje sestra či porodní asistentka nedělkou každých 15 minut. Dále kontroluje krvácení, vzhled a množství lochií, zavínování dělohy, stav rány, příjem a výdej tekutin a zabraňuje aspiraci při event. zvracení. Provádí se kontrolní odběry krevního obrazu a hemokoagulace, dle potřeby se podává transfúze. (4)

V den operace je neděлке aplikováno 1500 – 2000ml krystaloidů a roztok glukózy. Fyziologická neděлка většinou nepotřebuje již 1. pooperační den další parenterální aplikaci infuzní terapie. Hydratace probíhá dále již per os. (25)

Neděлка má zaveden permanentní močový katétr, který se odstraňuje po kompletní mobilizaci ženy.

Císařský řez bývá spojen s pooperační sníženou střevní motilitou. Jako prevence rozvoje paralytického ileu je vhodné podat první pooperační den parasymptomimetika. (25)

Dále se aplikují léky dle ordinace lékaře mezi něž patří analgetika, antibiotika, antikoagulancia (jakožto tromboprolaxe) a uterotonika. Bandáž dolních končetin se ponechává do prvního vstávání, které by mělo být časně. Dále sestra sleduje a pečuje o operační ránu.

Snažíme se umožnit kontakt neděلكy s novorozencem co nejdříve. Pro rozvoj laktace je také důležité včasné přikládání novorozence k prsu matky. (4)

1.10 Ošetrovatelská diagnostika u císařského řezu

Ošetrovatelská diagnóza je stanovení problému, který vyžaduje ošetrovatelskou intervenci. Ošetrovatelská diagnostika zahrnuje jen ty problémy, které jsou sestry schopny a oprávněny provádět. Je určující pro výběr ošetrovatelských intervencí zaměřených k dosažení cílů a výsledků, za které je sestra zodpovědná.

Ošetrovatelská diagnóza není to samé co lékařská, týká se nezávislých činností sester. Je stanovena na základě odebrání ošetrovatelské anamnézy. (14)

Po císařském řezu dle stavu nedělký stanovujeme ošetrovatelské diagnózy dle systému NANDA International. Některé diagnózy jsou aktuální, jiné potenciální či edukační. (5)

Do tabulky uvedené jako příloha č. 2 jsem popsala plány ošetrovatelské péče u nejčastějších ošetrovatelských diagnóz, které bývají diagnostikovány v rámci plánovaného císařského řezu provedeného v celkové či svodné anestézii. Jedná se o obecné ošetrovatelské cíle a intervence, které je nutné pro každou ženu dále individualizovat a upravovat podle aktuálního stavu či komorbidit šestinedělky. (18)

2 ANESTÉZIE U PLÁNOVANÉHO CÍSAŘSKÉHO ŘEZU

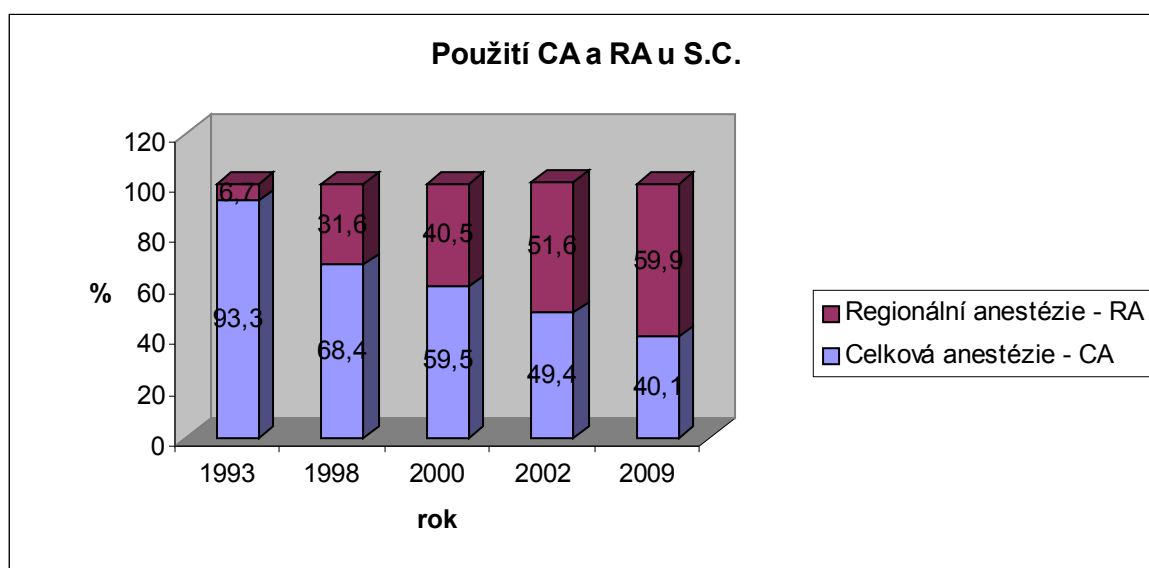
Císařský řez je porodnická operace, kterou nelze provést bez anestézie. V současné době je možno provádět císařský řez buď v celkové anestézii nebo regionální (neuroaxiální) anestézii. Každá metoda s sebou nese své výhody i nevýhody včetně rizik.

Komplikace plynoucí z celkové anestézie patří mezi hlavní příčiny úmrtí žen při císařském řezu. Je zde podstatně vyšší riziko (cca desetinásobně vyšší než u netěhotných žen) neúspěšné tracheální intubace. Riziko mateřské úmrtnosti zaviněné anesteziologickými příčinami je 17x vyšší u celkové anestézie v porovnání s regionální. (9)

Z metod regionální anestézie u císařského řezu se používá anestézie epidurální (peridurální), subarachnoideální (spinální) nebo tzv. sekvenční anestézie, což je kombinace obou způsobů. (23)

Následující graf přehledně ukazuje vývoj zastoupení celkové a regionální anestézie u císařského řezu v České republice v posledních 16 letech. Tato data prezentoval na XVII. kongresu ČSARIM ve Zlíně roku 2010 Pařízek ve své přednášce „Aktuální vývoj porodnické analgezie a anestézie v ČR“. Je zde patrný odklon od celkové anestézie, tendence k preferenci regionální anestézie. Dochází tedy ke kopírování trendu patrného ve vyspělých zemích západní Evropy či USA. (21)

Graf č. 3 – Procentuální vývoj použití celkové versus regionální anestézie u S.C. (Pařízek, 2010, modifikováno autorkou)



2.1 Celková anestézie

Celková anestézie (CA) se užívá u plánovaného i akutního císařského řezu. Použita bývá v případě odmítnutí regionální anestézie (RA) těhotnou nebo v případě, že RA je kontraindikována. Mezi hlavní indikace k CA pro S.C. patří: syndrom tísně plodu, velké předporodní krvácení s hypotenzí, extrémní obezita, koagulopatie, infekce, neurologické onemocnění nebo léze bederní páteře. Zajištění dýchacích cest by vždy mělo být provedeno pomocí tracheální intubace. (15, 23)

Úvod i vedení celkové anestézie pro císařský řez mají specifická rizika a typické odlišnosti. Délka anestézie musí být co nejkratší a jednotlivé kroky musí mít přesné časování, kdy k vybavení plodu musí dojít v rozmezí účinnosti úvodní dávky anestetik. Anestézie musí být účinná a bezpečná, s cílem minimalizace útlumu novorozence. Musí být provedena všechna opatření k prevenci zvracení, regurgitace a aspirace žaludečního obsahu. Lékař musí znát algoritmus a být připraven pro užití nouzových postupů při neúspěšné intubaci. Anestézie musí zajistit dobrou hemodynamickou stabilitu rodičky a dostatečnou uteroplacentární perfúzi. Mezi hlavní fyziologické parametry, kterých je třeba dosáhnout či udržet patří: normokapie, normovolémie a prevence aortokavální komprese. Před úvodem a v průběhu anestézie musí být optimalizována oxygenace a ventilace rodičky. (23)

2.1.1 Výhody, nevýhody a rizika CA

Metoda CA poskytuje možnost rychlého úvodu do anestézie. Císařský řez tedy může být proveden neprodleně. Zajišťuje větší kardiovaskulární stabilitu než regionální anestézie, protože nevyvolává blokádu sympatiku a tím nežádoucí hypotenzi rodičky. Umožňuje výborné operační podmínky s dokonalou svalovou relaxací. Výhodou je také zabezpečení dýchacích cest tracheální intubací s možností zajištění oxygenace matky i plodu. (31)

Vedle výhod CA existuje i řada závažných nevýhod a rizik. Hlavní nebezpečí představují obtíže při tracheální intubaci, především u velmi obézních rodiček. Dále je to nedopatřením provedená a nerozpoznaná intubace do jícnu. Komplikací je i regurgitace či zvracení s následnou aspirací kyselého žaludečního obsahu. Současný laryngospasmus

může znamenat až život ohrožující hypoxii až asfyxii spojenou s oběhovým selháním. Také transplacentární přestup anestetik může působit negativně na plod. Je zde i riziko aortokavální komprese. Z psychologického hlediska je při celkové anestézii rodička ochuzena i o bezprostřední prožitek z narození potomka. (9, 23)

2.1.2 Jednotlivá rizika CA

Aspirace žaludečního obsahu do plic během CA u císařského řezu je uváděna jako nejčastější příčina úmrtí rodičky z anesteziologických příčin. Jedná se o život ohrožující komplikaci, jednak pro akutní hypoxemii matky, ale také pro následné ohrožení života plodu. Zvýšené riziko aspirace je především během úvodu do anestézie, při svalových fascikulacích po aplikaci suxametonu či během obtížné intubace.

Aspirovaný obsah může být pevný nebo tekutý. Aspirace kyselé žaludeční šťávy vede k Mendelsonovu syndromu, který byl poprvé popsán v roce 1946 anglickým porodníkem Mendelsonem. Plíce reagují na přítomnost žaludeční kyseliny bronchospazmem, dochází k vzestupu inspiračního tlaku, chropům, cyanóze, plicní vazokonstrikci a hypoxemii. Pokud žena aspiruje pevný obsah, dochází k rozvoji tachykardie, pocitu dušnosti, tachypnoi (pokud není relaxována). Při částečné či odeznívající relaxaci dochází k interferenci s ventilátorem, rozvíjí se cyanóza a dechové šelesty jsou oslabené nebo vymizelé.

Z důvodu této život ohrožující komplikace je nutné dodržovat doporučená opatření. Celková anestézie se provádí pouze s tracheální intubací a anestézie musí být dostatečně hluboká. Úvod by měl být prováděn při elevaci horní poloviny těla. Po úvodu do anestézie se provádí Sellickův hmat – komprese krikoidní chrupavky proti páteři k okluzi jícnu tlakem cca 30 Newtonů (3kg). Velmi důležitá je také rychlost intubace (blesková intubace) a rychlé nafouknutí manžety tracheální rourky, poté dochází k uvolnění tlaku na prstencovou chrupavku. Takto popsanému crush úvodu musí předcházet preoxygenace obličejovou maskou. Jedná se o aplikaci kyslíku o vysokém průtoku ke zvýšení zásob kyslíku v organismu rodičky před plánovanou intubací v apnoické technice. Na konci S.C. se extubace provádí až po návratu ochranných reflexů.

Mezi další preventivní opatření patří perorální podání tekutého antacida, blokátorů H₂ receptorů a antiemetika, kdy se osvědčily preparáty metoklopramidu.

Nezbytná je i přítomnost velkoobjemové výkonné odsávačky a snadno a rychle polohovatelný operační stůl.

Pokud i přes všechna tato preventivní opatření k aspiraci dojde, je nutné odsátí a provedení tracheální intubace. Napolohování operačního stolu do Trendelenburgovy polohy s následným odsáváním. Žena je napojena na umělou plicní ventilaci kyslíkem o frakci 1.0 a aplikací PEEP o výši 5 cm H₂O. Laváž se provádí v případě, že aspirovaný materiál je polotuhý. Pokud se jedná o aspiraci tuhého materiálu, pak je na místě odsátí bronchoskopem. Nastane-li bronchospasmus, je na místě podání bronchodilancií. Při zatahování a stridoru se intravenózně aplikují kortikosteroidy. V akutní fázi se antibiotika nepodávají.

Po operaci musí být žena uložena vždy na jednotku intenzivní péče. (15)

Obtížná a neúspěšná intubace, ale i intubace do jícnu jsou druhou nejčastější příčinou úmrtí matky z anesteziologické příčiny. Obtížná intubace se vyskytuje častěji u žen těhotných ve III. trimestru než u žen netěhotných. Poměr úspěšné k neúspěšné intubaci u těhotných je asi 1/280 – 1/300, u netěhotných je to poměr 1/2230. (15)

K optimálním podmínkám k provedení tracheální intubace u těhotné patří zejména: hlava a hrudník ženy musí být volně přístupné, nesmí překážet instrumentační stolky. Důležitá je také již zmíněná preoxygenace, protože těhotné ženy mají sníženou funkční reziduální kapacitu a zároveň zvýšenou spotřebu kyslíku. Intubace se zahajuje až se účinek suxametonu plně rozvine. S operací se začíná, když je endotracheální kanylka bezpečně zavedena do průdušnice a nafouknuta manžeta rourky. Zkontroluje se auskultačně přítomnost dýchacích šelestů nad oběma hemothoraxy. Koncentrace vydechovaného oxidu uhličitého (kapnografie) je v současné době považována za rutinní a zároveň nutnou monitoraci během anestézie u S.C. Pokud se intubace nedaří, je nutné ukončit intubační pokusy a udržet ventilaci obličejovou maskou a vakem, dokud se neobnoví spontánní dýchání. Anestézie se poté odvede za spontánní ventilace obličejovou maskou či po zabezpečení dýchacích cest laryngeální maskou. (15)

Aortokavální kompresivní syndrom vzniká stlačením dolní duté žíly těhotnou dělohou, jakmile těhotná či rodička ulehne naznak. Prevence tohoto syndromu má význam pro bezpečnost rodičky a plodu.

Příznaky syndromu jsou nejdříve necharakteristické. Mezi ně patří nevolnost, pocit slabosti, pocení či dušnost. Těhotná, která je při vědomí, většinou sama spontánně zaujímá úlevovou polohu na levém boku, při které obtíže vymizí. V celkové anestézii tyto

subjektivní příznaky chybí a potom se syndrom projevuje bledostí, hypotenzí a počáteční tachykardií bývá vystřídána bradykardií.

Abychom se tomuto syndromu vyhnuli, měl by být operační stůl před úvodem do anestézie sklopen doleva o 15 stupňů. Tato poloha by se měla zachovat do vybavení plodu. (15)

2.1.3 Vliv CA na novorozence

Při celkové anestézii se skoro každé podané farmakum matce dříve či později dostane do fetálního oběhu. Kritickým faktorem je čas.

Od úvodu do CA by nemělo uplynout do přerušení pupečnicku více než 10 minut, od incize dělohy do porodu více než 3 minuty. (17)

Rychlost průniku léků placentou je zvyšována jejich malou molekulovou hmotností, sníženou vazbou na bílkoviny, nízkým stupněm ionizace a vyšší rozpustností v tucích. Tuto charakteristiku má většina sedativ a anestetik. Naopak přenos svalových relaxancií je pomalejší, což je dáno jejich nízkou liposolubilitou a vysokým stupněm ionizace.

Ovlivnění plodu farmaky je tedy určeno koncentrací látky, velikostí dávky, rychlostí podání, distribucí, vstupní branou, rychlostí biodegradace a eliminace. (23)

Dlouhé operace s odpovídající dlouhou expozicí anestetik vedou k depresi novorozence. Kvůli těmto nepříznivým vlivům má být přítomen u císařského řezu pediatr. (15)

2.1.4 Anestetika používaná pro vedení CA

Anestézie je do vybavení plodu vedena úvodní dávkou. Doporučována je jednorázová aplikace thiopentalu a suxametonu, následována ventilací směsí oxidu dusného a kyslíku nebo jen kyslíkem.

Thiopental je nejčastěji používané anestetikum pro úvod do celkové anestézie u císařského řezu. Doporučené dávky jsou 4-7 mg/kg. Vyšší dávky se používat nemají, neboť způsobují depresi novorozence. Ten eliminuje thiopental pomaleji než dospělý.

Ketamin na rozdíl od jiných intravenózních anestetik nezpůsobuje hypotenzi, naopak má příznivé účinky na kardiovaskulární stabilitu. Při jeho použití nedochází k peroperační

bdělosti. Používá se v dávce 1 mg/kg. Vyšší dávky způsobují depresi novorozence. Je kontraindikován při hypertenzi u těhotných a při preeklapsii a eklampsii. Výhodou jsou také jeho analgetické vlastnosti a minimální deprese dechového centra rodičky.

Propofol a Etomidát se pro použití k úvodu do CA u S.C. moc neprosadily.

Od podvazu pupečníku do konce operace se přidávají opioidy a inhalační anestetika.

Inhalační anestetika – není důležitá volba anestetika, ale použitá koncentrace. Používá se izofluran, desfluran či sevofluran. Vysoké koncentrace způsobují depresi novorozence a děložní hypotonii až atonii s rizikem krvácení.

Oxid dusný proniká placentou velmi rychle. Za bezpečnou je považována 50% koncentrace.

Opioidy se používají po vybavení plodu běžným způsobem. Nejčastěji se používá sufentanil nebo fentanyl. Pokud je potřeba podat opioid ještě před podvazem pupečníku, je možné dechovou depresi antagonistovat u dítěte naloxonem. (15)

2.1.5 Svalová relaxancia

Pro úvod do celkové anestézie u císařského řezu jsou svalová relaxancia nezbytná. Všechna procházejí placentou, ve vyšších dávkách mohou proto u novorozence vyvolat svalovou relaxaci.

Suxametonium je relaxans volby pro intubaci u císařského řezu, protože je potřebný rychlý úvod, aby byly zajištěny dýchací cesty co nejrychleji. Někdy může vyvolat u těhotných výraznou bradykardii či poruchu srdečního rytmu, což je vyvoláno stimulací vagu. Některá literatura proto doporučuje aplikaci vagolytika atropinu, nicméně rutinně se nepoužívá.

Nedepolarizující relaxancia se v úvodu používají pouze pro prekurarizaci před podáním suxametonu ke zmírnění či vyřazení svalových fascikulací. Poté jsou relaxancia podávána až po podvazu pupečníku k navození dostatečné svalové relaxace. Pokud je použití suxametonu kontraindikováno, jsou nedepolarizující svalová relaxancia látkou volby k relaxaci pro tracheální intubaci. Pro krátkou latenci je nejvhodnější použití rokuronia. (15)

2.2 Neuroaxiální anestézie

Při neuroaxiální blokadě dochází k blokadě kořenů míšních nervů aplikací anestetika. Anatomii páteřního kanálu a páteře popisují v příloze č. 3.

Při císařském řezu je možno použít tři metody neuroaxiální anestézie. Vedoucí postavení má subarachnoidální anestézie, dále se využívá epidurální anestézie a kombinace obou způsobů.

Neuroaxiální blokády mají při operativním ukončení těhotenství řadu výhod. Neovlivňují vědomí rodičky, čímž umožňují přímý emocionální zážitek jako u vaginálního porodu. Během operace je možné i včasné přiložení dítěte k prsu matky. Snižují riziko aspirace a významně snižují i riziko tromboembolické nemoci. Užití těchto metod umožňuje i pooperační analgezií. (22)

Ke kontraindikacím regionální anestézie patří mateřská hypotenze, hypovolémie, masivní krvácení, koagulopatie, alergie na lokální anestetika, infekce v místě vpichu, neléčená bakteriémie, zvýšený intrakraniální tlak, nesouhlas rodičky, porodníka či anesteziologa a časová tíseň. (10)

2.2.1 Subarachnoidální anestézie

Při subarachnoidální anestézii se aplikuje lokální anestetikum do subarachnoidálního prostoru. Anestetikum působí bezprostředně na nervové struktury.

Asi ve 4% (podobně jako u epidurální anestézie) dochází k selhání této metody.

Tato anestézie je vhodná u žen s preeklampií, s onemocněním plic a dýchacích cest, s podezřením na myastenii a všude tam, kde není kontraindikace k této metodě. (15, 19, 22, 23)

2.2.1.1 Výhody a nevýhody subarachnoidální anestézie

Tato metoda je ve srovnání s epidurální anestézií jednodušší pro snadnější detekci epidurálního prostoru a je velmi spolehlivá. Nástup účinku je velmi rychlý, téměř okamžitý. Nedochozí k toxickému ohrožení matky ani plodu lokálním anestetikem.

K nevýhodám subarachnoidální anestézie oproti epidurální anestézii patří vyšší riziko náhlé hypotenze na podkladě rychle vzniklé sympatické blokády. Existuje zde riziko možného rozšíření anestézie na hrudní nebo dokonce až krční segmenty. Převaha parasympatiku je zodpovědná za častější bradykardie. Při této metodě je riziko i častějších postpunkčních bolestí hlavy. (15, 23)

2.2.1.2 Komplikace subarachnoidální anestézie

Postpunkční bolest hlavy nastává z důvodu ztráty mozkomíšního moku do epidurálního prostoru punkčním otvorem ve tvrdé pleně. Únik moku závisí na velikosti a tvaru otvoru, což je závislé na velikosti jehly a tvaru hrotu. Bolest hlavy je méně častá a mírnější po aplikaci tenkou jehlou. Je doporučováno používat jehly 25G a tenčí.

Bolesti hlavy jsou akcentovány vertikalizací, mohou být provázeny nauzeou, zrakovými fenomény (hvězdičky) a častěji postihují mladší ženy.

V terapii je doporučeno postupovat od nejméně invazivního, tedy doplnění tekutin, eventuálně podání derivátů na bázi kofeinu. V případě neustupujících bolestí hlavy nezbyvá než invazivní procedura – blood patch, tedy aplikace krevní zátky do epidurálního prostoru v místě předchozí subarachnoidální punkce. Jedná se o aplikaci 10-20 ml autologní žilní krve odebrané z žil horních končetin pacientky a následně injektované epidurální jehlou do epidurálního prostoru. Většinou dochází k okamžité úlevě od bolesti hlavy. Vzhledem k náročnosti a rizikům této procedury je toto obecně doporučeno provádět pouze zkušeným anesteziologem. (15, 19)

Hypotenze se rozvíjí většinou během prvních 20 minut po aplikaci anestetika a bývá obvykle spojena s bradykardií, nauzeou a zvracením.

V léčbě se uplatňuje doplnění volumu pomocí krystaloidů či koloidů. Pokud je hypotenze výraznější aplikuje se zároveň sympatomimetikum, efedrin. Preventivně se dokonce doporučuje aplikovat 500 ml krystaloidů i.v. před provedením subarachnoidálního bloku.

Totální subarachnoidální anestézie je sice vzácná, nicméně popisovaná komplikace. Jedná se o distribuci subarachnoidálního anestetika rostrálně, s rozvojem bezvědomí a zástavou dýchání. Průběh je velmi dramatický, ohrožuje ženu na životě. Na místě je okamžitá endotracheální intubace a zahájení umělé plicní ventilace.

Retence moče může nastat v časném pooperačním období. Pokud nedojde k mikci do 4 hodin po odeznění blokády, je doporučeno jednorázové vycévkování ženy.

Bolesti v zádech jsou poměrně častou komplikací, nicméně nezpůsobují trvalé následky.

Neurologické komplikace jsou vzácné, ale o to závažnější. Jejich variační šíře je velmi rozsáhlá, od parestézií přes parézy až po kompletní výpadky vzruchu – hemiplegie. V případě výskytu neurologických komplikací musí být pacientka vyšetřena neprodleně neurologem, který řídí další léčbu. (15)

2.2.1.3 Volba lokálního anestetika

V dnešní době se pro subarachnoidální anestézii používají hyperbarická lokální anestetika, která mají vyšší hustotu než mozkomíšní mok a lze tudíž anestezii dobře regulovat.

Zástupcem těchto lokálních anestetik je u nás používaný bupivakain. Anesteziolog aplikuje 12,5 mg, což odpovídá 2,5 ml 0,5% roztoku subarachnoidálně.

K bupivakainu lze přidat i opiody, například fentanyl či sufentanil. Výhodou je nepatrné prodloužení doby účinku blokády a zároveň zajištění kvalitnější analgésie. (15, 23)

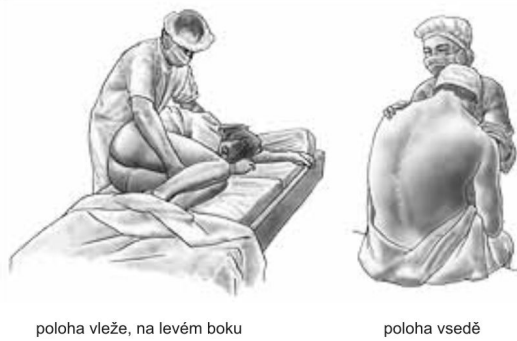
2.2.1.4 Technika provedení subarachnoidální anestézie

Během předanestetického vyšetření anesteziolog ženu informuje o způsobu provedení subarachnoidálního znecitlivění, včetně rizik s tímto výkonem spojených.

Před zahájením punkce subarachnoidálního prostoru se pacientce změří srdeční frekvence a krevní tlak. Proveďte se kanylace periferní žíly a aplikuje se roztok krystaloidů.

Punkce se obvykle provádí v poloze na levém boku. Žena udělá „kočičí hřbet“, kdy kolena přitáhne pevně k břichu, hrudní páteř maximálně ohne a bradu přitáhne k hrudníku. Tímto se od sebe oddálí trnové výběžky páteře a usnadní se punkce subarachnoidálního prostoru. Je možné tuto metodu provádět i v poloze vsedě – viz obr. č. 2

Obr. č. 2 – Pozice rodičky vleže nebo vsedě (www.porodnici.cz)



Anesteziolog má ústenku, čepici a sterilní rukavice. Sedí za pacientkou – viz obr. č. 3 a provede dezinfekci kůže v místě vpichu – viz obr. č. 4. Místo vpichu zakryje perforovanou sterilní rouškou.

Obr. č. 3 – Pozice anesteziologa (www.porodnici.cz)

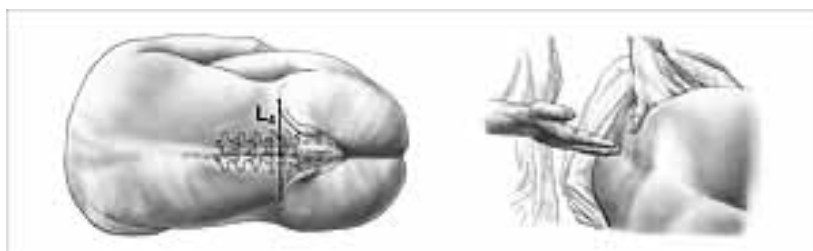


Obr. č. 4 – Dezinfekce okolí místa vpichu (www.porodnici.cz)



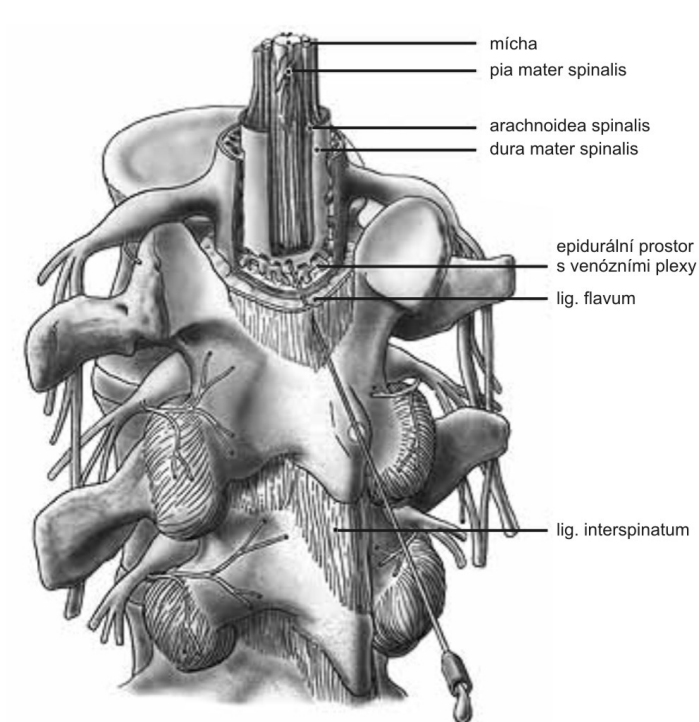
Punkci je možno provést ve střední čáře (mediální přístup), což je nejčastější. Je možné punktovat i ze strany (laterální přístup). Zvolí se meziobratlový prostor L2-L3 nebo L3-L4 – viz obr. č. 5

Obr. č. 5 – Intervertebrální prostory, jejich diagnostika a označení v poloze vleže (www.porodnici.cz)



Anesteziolog ženu upozorní, že provede lokální znecitlivění místa vpichu. Aplikuje cca 1-2 ml lokálního anestetika do interspinálního prostoru. Při vlastní punkci – viz obr. č.6 jsou cítit dva druhy zřetelného odporu: perforaci žlutého vazy a perforaci tvrdé pleny s pavučnicí.

Obr. č. 6 – Punkce subarachnoidálního prostoru (www.porodnici.cz)



Po dosažení subarachnoidálního prostoru se z jehly odstraní mandrén, takže lehce odtéká mok. Pokud neteče, lehce se posune jehla hlouběji či zpět, až mok začne odkapávat.

Pokud žena udává parestézii, nikdy se nesmí aplikovat anestetikum. Jehla se povytáhne a směr vpichu se změní.

Po podání anestetika musí být žena uložena na operační stůl, který je pod úhlem 15° skloněn doleva. U ženy se monitorují vitální funkce.

Rozsah sensorické blokády se kontroluje drážděním chladem či jehlou. Pokud blokáda dosáhne Th10, je nutné lehce zvýšit horní část těla a nohy, aby se zamezilo rozšíření blokády nad Th4-Th6. (15, 23)

2.2.2 Epidurální anestézie

Při epidurální anestézii se lokální anestetikum aplikuje do epidurálního prostoru.

Indikace jsou stejné jako pro subarachnoidální anestézii viz kapitola 3.2.1

2.2.2.1 Výhody a nevýhody epidurální anestézie

Ve srovnání se subarachnoidální anestézií je epidurální anestézie technicky obtížnější, nástup účinku je pomalý, intenzita blokády je měnlivá, pokles krevního tlaku nebývá tak prudký, často je pozorován třes, postpunkční cefalea se nevyskytuje a lze využít po zavedení epidurálního katétru tuto metodu i v rámci pooperační analgezie. Trvání motorické blokády obvykle není prodloužené. (15)

2.2.2.2 Komplikace epidurální anestézie

Nechtěná perforace tvrdé pleny patří mezi časté komplikace epidurální anestézie. Po této komplikaci se postpunkční bolesti hlavy projeví asi u 30-78% šestinedělek. Výskyt postpunkčních bolestí hlavy lze snížit aplikací epidurálně podaného lokálního anestetika do sousedního intervertebrálního prostoru. Tato aplikace má snížit únik mozkomíšního moku. Existuje však riziko, že lokální anestetikum pronikne perforačním otvorem do

subarachnoidálního prostoru a vyvolá totální subarachnoidální blokádu. Z tohoto důvodu je doporučováno lokální anestetikum podávat frakcionovaně. Profylaktické podání krevní zátky se nedoporučuje. (15)

Hypotenze se vyskytuje i u epidurální anestézie a blíže jsem ji popsala již v kapitole 3.2.1.2

Třesavka – nejdříve se musí myslet na centrální působení lokálního anestetika. Při podezření na toxickou reakci je nutné okamžitě podat kyslík a benzodiazepin s dobrým antikonvulzivním účinkem. Můžeme se setkat i se třesem ze strachu. Ten odstraníme stejným způsobem. Při chladovém třesu pomůže zvýšený přísun tepla.

Toxická reakce na lokální anestetikum se projevuje generalizovanými záchvaty křečí, kardiovaskulárním kolapsem, ztuhlostí kolem úst a „zvoněním“ v uších. Léčba je popsána u třesavky. V tomto případě musí být plod vybaven neprodleně.

Nedostatečná analgezie může nastat i při správně zavedeném katétru, kdy se u těhotných setkáme s bolestmi během operace. Je doporučováno podat 30-40% N₂O s kyslíkem a nízké dávky ketaminu. Po přerušení pupečnicku je možné podat analgetikum. V případě, že nelze dosáhnout dostatečného analgetického účinku, je na místě přistoupit k celkové anestézii s tracheální intubací.

Vysoká (nepřiměřená) epidurální anestézie má podobné příznaky jako totální subarachnoidální anestézie, je však méně prudká. Většinou k ní dochází ze špatného odhadu nutné dávky. Léčba je stejná jako u totální subarachnoidální anestézie.

Nevolnost a zvracení patří k častým a nepříjemným komplikacím pro těhotnou. Velmi často tyto symptomy doprovází hypotenzi. Příčinou nevolnosti může být však i bradykardie či chirurgická manipulace s útroby a pobřišnicí. (15, 23)

2.2.2.3 Volba lokálního anestetika

Stále není shoda ve volbě lokálního anestetika pro epidurální anestézii u císařského řezu. Pokud se dodrží doporučené dávky, může se bez obav použít většina lokálních anestetik.

Nejčastěji se používá Bupivakain, obvykle v 0,5% koncentraci. V průměru je zapotřebí 120 mg 0,5% bupivakainu pro dosažení potřebné senzoričké blokády od Th4/6 k S5.

Ke zlepšení kvality anestézie bez nepříznivých vlivů na matku a novorozence se kombinuje epidurálně podaná lokální anestetika s opioidy. Osvědčilo se podání fentanylu či sufentanilu, které nemají vliv na pozdější dechovou depresi. Mají ovšem jiné typické nežádoucí účinky. Mezi ně patří svědění, nauzea a zvracení, močová retence nebo časná dechová deprese, která je však velmi vzácná. (15)

2.2.2.4 Technika provedení epidurální anestézie

Edukace, monitorace a poloha pacientky je shodná se subarachnoidální anestézií jak jsem uvedla v kapitole 3.2.1.4.

Používá se jehla o větším průměru než při subarachnoideálním bloku. Technika je náročnější a vyžaduje zkušeného anesteziologa.

Jako metoda detekce epidurálního prostoru je v současnosti propagovaná „ztráta odporu“. Dříve to byla spíše metoda „visící kapky“.

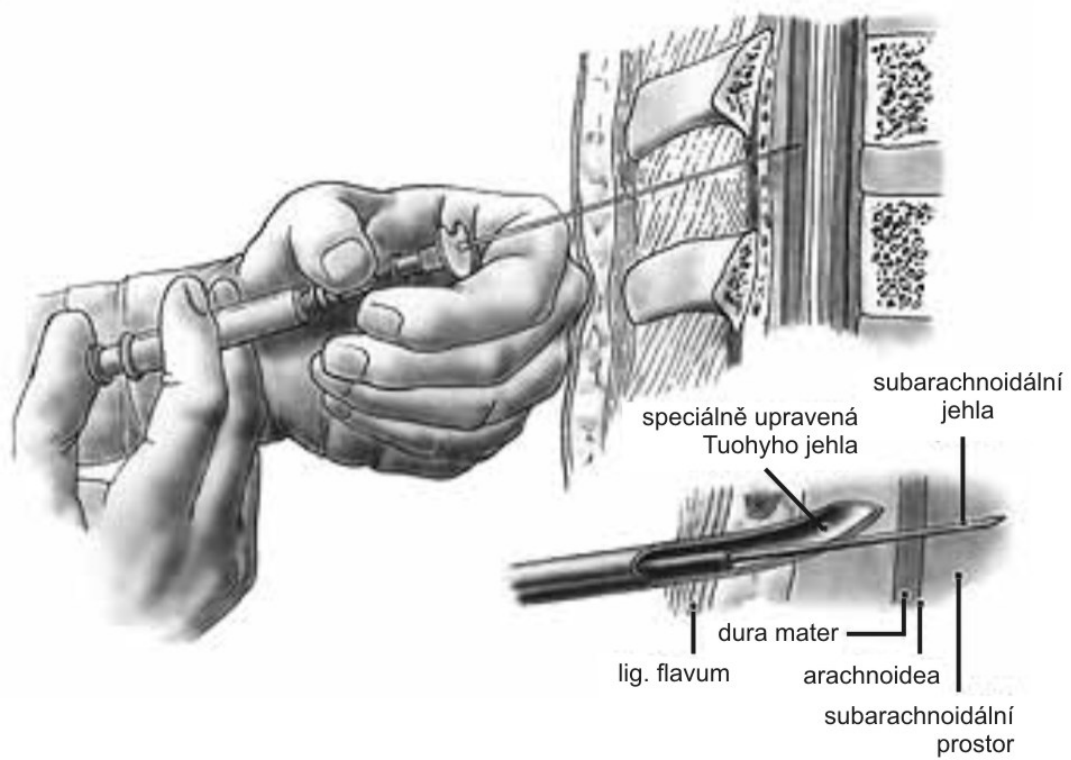
2.2.3 Kombinovaná subarachnoidální a epidurální anestézie

Tato metoda využívá výhody obou postupů. Výhoda je v rychlém nástupu subarachnoidální anestézie, kdy rozsah postihuje hlavně lumbální a sakrální segmenty a epidurální anestézií lze titrovat kraniální rozsah účinku a je zde možnost účinné analgezie v pooperačním období.

Roku 1937 newyorský chirurg Soresi poprvé popsal tento princip a původně metodu nazval episubdurální anestézie. Pro císařský řez tuto metodu popsal poprvé Brownridge roku 1981. (22)

V dnešní době se tato anestézie provádí jedním meziobratlovým prostorem. Nejdříve se provede punkce tvrdé pleny s aplikací anestetika a potom se zavede epidurální katétr pro pooperační analgezii – viz obr. č. 7. Velmi důležité je, aby otvorem ve tvrdé pleni nepronikl katétr subarachnoidálně. Nevýhodou je i cena jednorázového setu, který se ke kombinované subarachnoidální a epidurální anestézii používá. (15, 23)

Obr. č. 7 – Kombinovaná subarachnoidální a epidurální anestézie (www.porodnici.cz)



3 EDUKAČNÍ PROCES

Educo, educare je latinské slovo, které znamená vést vpřed, vychovávat. Z něho je odvozen pojem edukace. Jedná se o proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, návycích, postojích a dovednostech. (13)

3.1 Realizace edukačního procesu

Na realizaci by se měl podílet multidisciplinární zdravotnický tým, tzn. lékař, všeobecná sestra, porodní asistentka, nutriční terapeut, fyzioterapeut atd. Je nutné provádět edukaci na základě předem připraveného edukačního plánu, který se vypracovává po zjištění edukačních potřeb klienta. (13)

Při stanovení edukační diagnózy využíváme NANDA taxonomii II., kdy se jedná o diagnózu 00126 – Deficitní znalost (specifikovat). Stanovíme problém, etiologii a symptomy (objektivní i subjektivní). (32)

Velmi důležité je brát v úvahu fyziologicko-biologické faktory (např. věk, pohlaví, poruchy smyslového vnímání, zdravotní stav), psychicko-duchovní faktory (např. psychický stav – strach, úzkost, temperament, postoje, motivace, schopnosti a dovednosti, návyky, zkušenosti, styly učení, víra), sociálně-kulturní faktory (např. zaměstnání, vzdělání, kulturní a etnická příslušnost, rodinné vztahy, ekonomická situace) a faktory prostředí (tzn. edukační prostředí a jeho vybavení). Úspěch edukace závisí jak na respektování výše uvedených faktorů, tak na přípravě k edukaci. (13)

3.1.1 Realizace edukačního procesu před plánovým císařským řezem

Edukační proces před plánovaným císařským řezem je většinou veden lékařem ve spolupráci s porodní asistentkou. Ve většině nemocnic se pořádají předporodní kurzy, kdy jsou ženy připravovány na možnost ukončení porodu císařským řezem. S touto možností a se vším co s operací souvisí je informuje lékař gynekolog – porodník. V těchto kurzech

mají svůj blok i anesteziologové, kteří informují ženy o možnosti родit v epidurální analgezií, ale současně je informují i o způsobech anestézie k císařskému řezu.

Pokud je ženě naplánován císařský řez, je informována gynekologem – porodníkem o důvodu indikace k císařskému řezu, provedení této operace, o pooperačním období a časovém naplánování, jak přijetí, tak překladi z JIP na šestinedělí a propuštění domů, v případě, že průběh bude bezproblémový.

Zákon č.20/1966 Sb. §23 stanovuje, že lékař je povinen poučit vhodným způsobem pacienta o účelu a povaze poskytované zdravotní péče a každého vyšetřovacího a léčebného výkonu, o jeho důsledcích, alternativách a rizicích. Pacientka podepisuje informovaný souhlas s operací. (27)

Žena je odeslána do anesteziologické ambulance, kde je vyšetřena anesteziologem a je seznámena s možnostmi anestézie pro plánovaný císařský řez. Anesteziolog ženě důkladně a podrobně vysvětlí výhody a nevýhody jednotlivých metod. Ženě je doporučována regionální anestézie z důvodu vyšší bezpečnosti. V případě, že žena odmítá regionální anestézií či je přítomna některá z dalších kontraindikací regionální anestézie, přichází v úvahu celková anestézie. Opět žena podepisuje informovaný souhlas, tentokrát s poskytnutou anestézií.

EMPIRICKÁ ČÁST

CÍLE EMPIRICKÉ ČÁSTI PRÁCE

- hlavním cílem bylo zjistit úroveň spokojenosti s anestézií a porovnat spokojenost s anestézií celkovou a subarachnoidální
- zjistit věkové složení rodiček a zda věk má vliv na míru spokojenosti s anestézií
- zjistit, zda má parita vliv na spokojenost s anestézií
- zjistit, zda má císařský řez v anamnéze vliv na spokojenost s anestézií
- zjistit úroveň strachu před plánovaným císařským řezem a typ obav z celkové a svodné anestézie a zda měly vliv na celkovou spokojenost s anestézií
- zjistit, zda by rodičky zvolily stejný typ anestézie pro případný další císařský řez
- zjistit míru pooperačních bolestí a kvantifikovat na stupnici VAS
- zjistit míru spokojenosti na Jednotce intenzivní péče Gynekologicko-porodnického oddělení Oblastní nemocnice Kolín, a.s. a důvody případné nespokojenosti
- zjistit zda míra spokojenosti s péčí na JIP koreluje s mírou spokojenosti s anestézií
- porovnat zjištěné skutečnosti mezi skupinou rodiček, které podstoupily celkovou anestézií a skupinou rodiček, které rodily císařským řezem ve svodné anestézií

4 ZKOUMANÝ SOUBOR A POUŽITÉ METODY

Výzkum jsem prováděla na Gynekologicko-porodnickém oddělení Oblastní nemocnice Kolín, a.s. v době od začátku měsíce října 2010 do konce měsíce února 2011.

Vlastnímu výzkumu předcházela pilotní studie po udělení ústního souhlasu hlavní sestrou nemocnice. Cílem bylo zjistit, zda dotazník je pro rodičky dostatečně srozumitelný. Na Gynekologicko-porodnické JIP Oblastní nemocnice Kolín, a.s., kde jsou hospitalizovány rodičky po císařském řezu jsem staniční sestře doručila 8 dotazníků. Dotazníky byly vráceny vyplněné během 14 dnů. Po vyhodnocení odpovědí bylo zřejmé, že zodpovězení dotazníků ženám nečiní žádné problémy. Proto nebylo nutné dotazník již modifikovat. Tyto dotazníky z pilotní studie jsem taktéž zahrнула do výsledků. Po ukončení pilotní studie jsem podala písemnou žádost o povolení výzkumu hlavní sestře Oblastní nemocnice Kolín, a.s. – příloha č. 4. Ta byla schválena dne 25.10.2010 a výzkum byl zahájen.

Kvantitativní výzkum jsem prováděla nejčastější metodou, tedy písemným dotazováním. Dotazník obsahuje 21 otázek – příloha č. 5. První dvě otázky jsou identifikační. Dále se zde vyskytují otázky uzavřené, kdy měly ženy možnost výběru jedné z několika předem daných variant odpovědí (otázky č. 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 17, 18, 19 a 20). U otázky č. 5 si respondentky mohly zvolit odpověď z více variant. Také jsem zařadila otázky dichotomické, tzn. výběr ze dvou odpovědí ano a ne (otázky č. 4 a 6). Otázka č. 6 je současně otázkou filtrační. Dále se v dotazníku vyskytují otázky otevřené, kdy respondentky vyjadřovaly svůj názor vlastními slovy (otázky č. 3 a 21). Poslední variantou vyskytující se v dotazníku jsou otázky polouzavřené, kdy v případě, že respondentce nevyhovují navržené odpovědi, má možnost napsat vlastní odpověď pod položkou „jiné“ (otázky č. 14, 15 a 16).

Respondentky jsem vybrala na základě dostupnosti. Jednalo se o ženy, které rodily plánovaným císařským řezem v období od října 2010 do konce února 2011. Tyto ženy byly osloveny většinou druhý den po operaci, kdy byly hospitalizovány ještě na Jednotce intenzivní péče Gynekologicko-porodnického oddělení Oblastní nemocnice Kolín, a.s., tedy ještě před překladem na oddělení šestinedělí. Vyplnění dotazníků bylo anonymní a zcela dobrovolné.

Původně jsem chtěla získat 25 dotazníků od žen, které podstoupily plánovaný císařský řez v celkové anestézii a 25 dotazníků od žen, které podstoupily svodnou anestézii. Získala

jsem celkem 54 dotazníků, z nichž 4 byly vyřazeny pro nedostatečné zodpovězení otázek. Z 50 správně vyplněných dotazníků bylo 20 po celkové anestézii a 30 po svodné anestézii. Toto přičítám trendu v preferenci svodné anestézii před celkovou.

Pro zpracování výzkumu jsem zvolila nejjednodušší statistickou metodu. Jedná se o relativní četnost dle vzorce $f_i = (n_i / n) \times 100$. Četnost jednotlivých hodnot znaku (n_i) ve statistickém souboru dělená rozsahem souboru (n). Výsledná hodnota byla požadována v procentech, nutno tedy výslednou hodnotu vynásobit 100.

K vyhodnocení výsledků jsem vytvářela tabulky a grafy v počítačovém programu Microsoft Office Excel. V tabulkách jsou uváděny hodnoty absolutní i relativní.

5 VÝSLEDKY

Otázka č. 1 – Kolik je Vám let?

Při vyhodnocování jsem si pro lepší přehlednost ženy rozdělila dle věku na skupiny: do 20 let, 21-25 let, 26-30 let, 31-35 let, 36-40 let a nad 41 let.

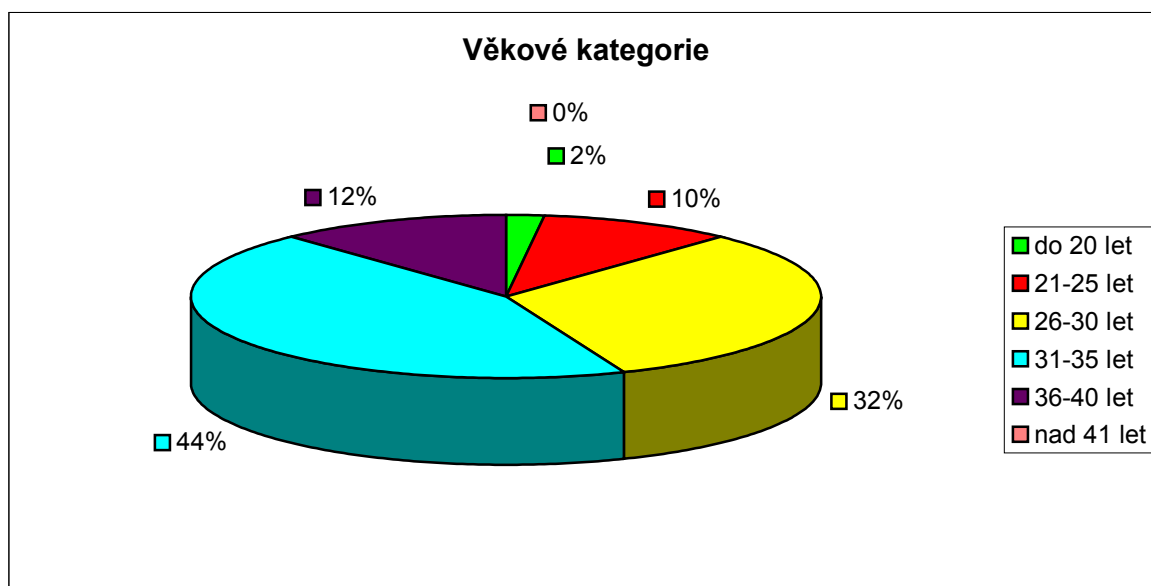
Nejmladší ženě ze skupiny žen po celkové anestézii (CA) bylo 22 let, nejstarší 37 let. U skupiny žen po svodné anestézii, kdy se jednalo o subarachnoidální anestézii (SAB), bylo nejmladší rodičce 20 let a nejstarší 40 let.

Nejvíce žen bylo z věkové kategorie 31-35 let. Žádná nebyla zařazena do kategorie nad 41 let. Procentuální zastoupení žen v jednotlivých věkových kategoriích ukazuje graf č. 4 a v rámci srovnání metod anestézie graf č. 5. Tabulka č. 1 obsahuje jak absolutní, tak relativní hodnoty.

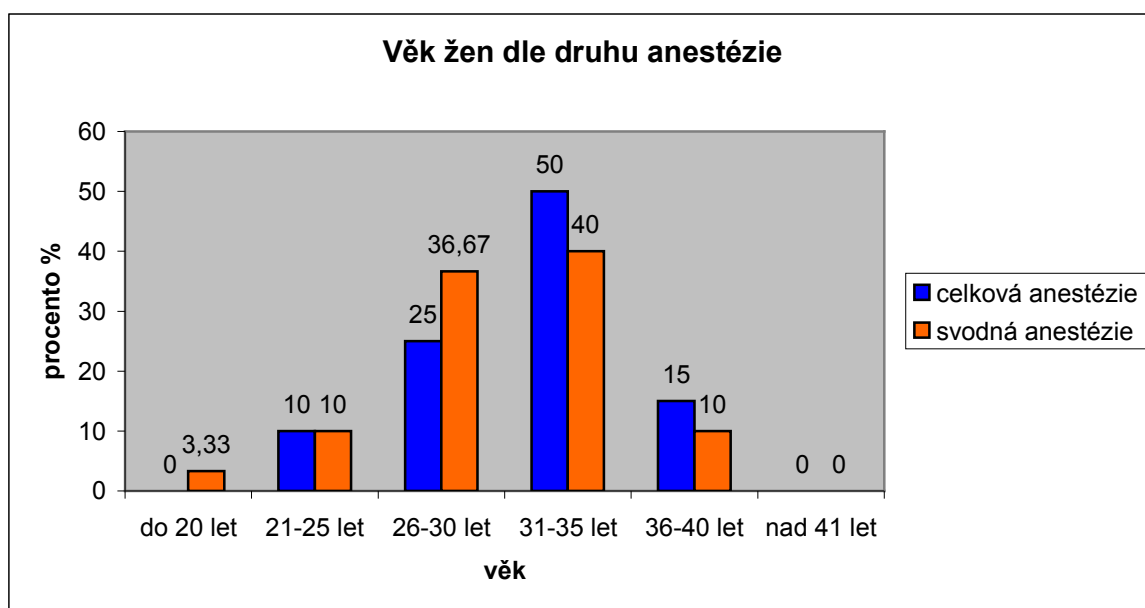
Tabulka č. 1 – Absolutní a relativní četnost věkových skupin respondentek

věková kategorie	CA	CA - %	SAB	SAB - %	CA + SAB	CA + SAB - %
do 20 let	0	0	1	3,33	1	2
21-25 let	2	10	3	10	5	10
26-30 let	5	25	11	36,67	16	32
31-35 let	10	50	12	40	22	44
36-40 let	3	15	3	10	6	12
nad 41 let	0	0	0	0	0	0
	20	100	30	100	50	100

Graf č. 4 – Procentuální zastoupení žen v jednotlivých věkových kategoriích



Graf č. 5 – Procentuální zastoupení věkových skupin u celkové a svodné anestézie



Otázka č. 2 – Po kolikáté jste rodila?

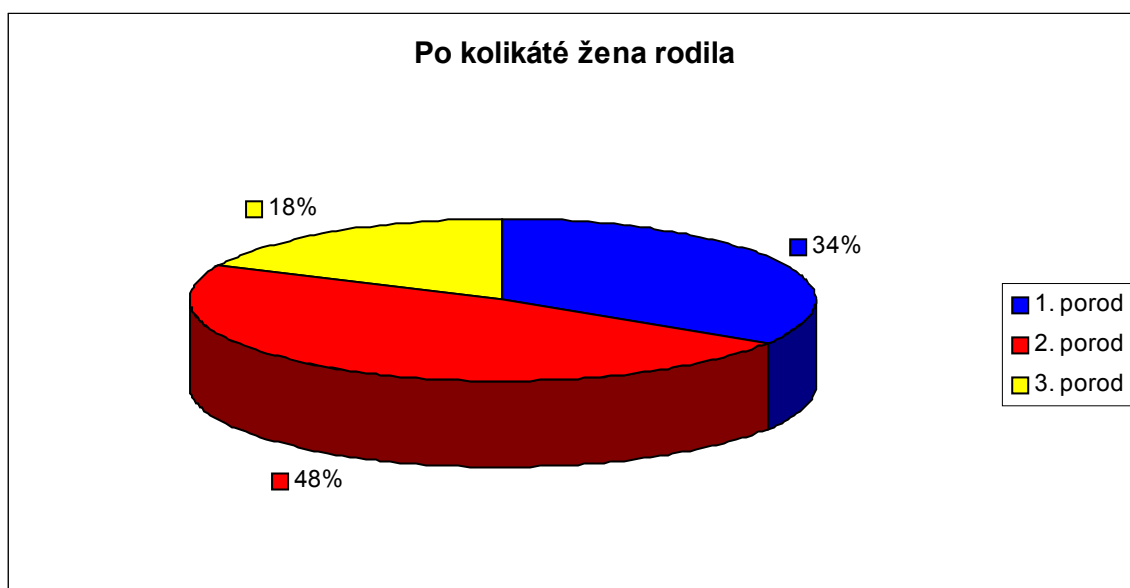
V souboru byly zahrnuty primipary, sekundipary a tercipary. Žádná žena nerodila po čtvrté a vícekrát. Přehledně ukazuje následující graf č. 6. Nejčastěji se jednalo o sekundipary, kterých bylo skoro polovina a současně preferovaly celkovou anestézii. Třetina žen rodila poprvé a necelá pětina potřetí. Svodná anestézie byla rozložena rovnoměrně mezi všechny skupiny – viz graf č. 7.

Tabulka č. 2 ukazuje absolutní a relativní čísla.

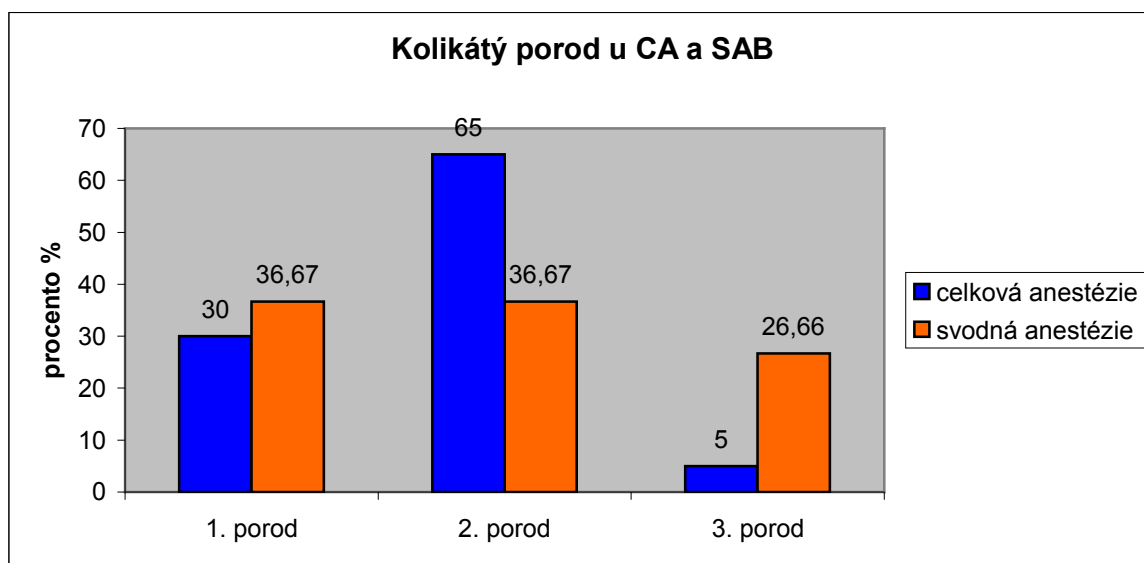
Tabulka č. 2 - Absolutní a relativní četnost parity žen u CA a SAB

parita	CA	CA - %	SAB	SAB - %	CA + SAB	CA + SAB - %
primipara	6	30	11	36,67	17	34
sekundipara	13	65	11	36,67	24	48
tercipara	1	5	8	26,66	9	18
	20	100	30	100	50	100

Graf č. 6 – Procentuální zastoupení parity



Graf č. 7 – Procentuální srovnání počtu porodů u žen po CA a SAB



Otázka č. 3 – Z jakého důvodu byl proveden císařský řez? (např. z důvodu Vašeho onemocnění, polohy plodu, vícečetného těhotenství, císařský řez jste již dříve podstoupila, na Vaše přání, nevíte, atd...), důvodů můžete uvést víc

Nejčastějším důvodem k císařskému řezu byl porod císařským řezem v osobní anamnéze. Na druhém místě uváděly ženy nepříznivou polohu plodu pro porod per vias naturales. Tyto důvody shrnuje graf č. 8.

Zastoupení obou typů anestézií dle jednotlivých indikací bylo celkem rovnoměrné u všech pacientek rozdělených do skupin dle indikací k císařskému řezu. Pouze ve skupině s nepříznivou polohou plodu byla výrazněji zastoupena anestézie subarachnoidální – graf č. 9.

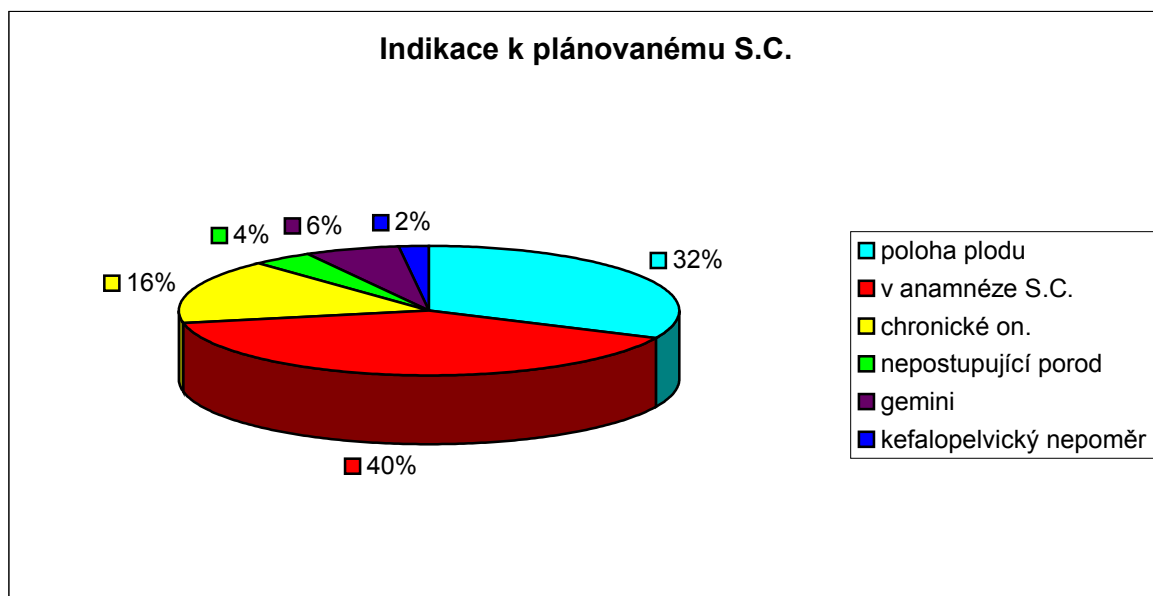
Ač bylo ženám nabídnuto, že mohou uvést více důvodů, všechny napsaly pouze jeden důvod pro plánovaný císařský řez.

Absolutní a relativní hodnoty jsou v tabulce č. 3.

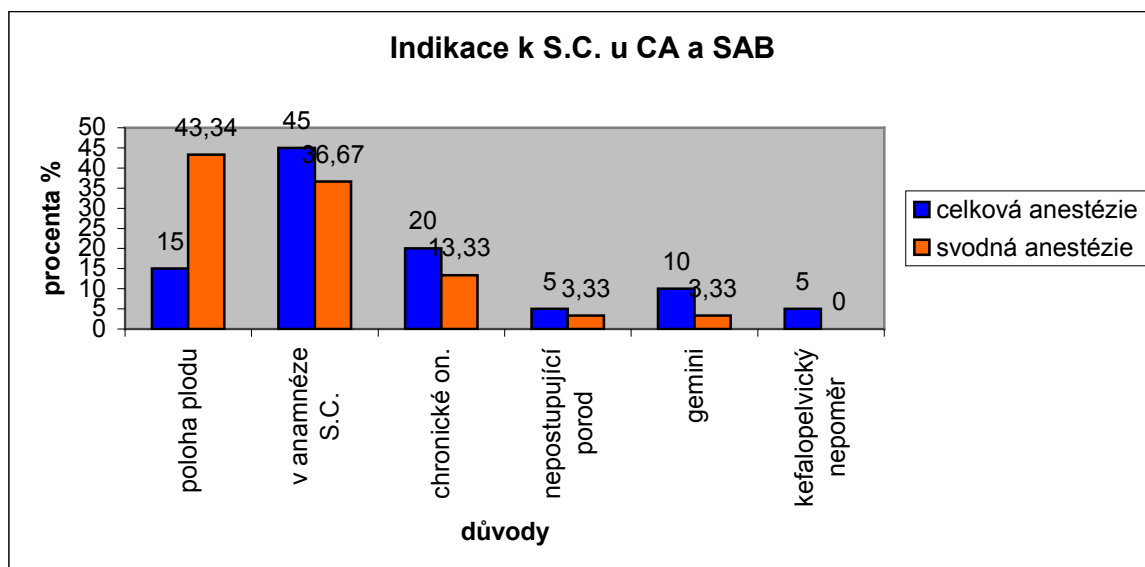
Tabulka č. 3 – Absolutní a relativní hodnoty indikací k S.C. u CA a SAB

důvod	CA	CA - %	SAB	SAB - %	CA + SAB	CA + SAB - %
poloha plodu	3	15	13	43,34	16	32
v anamnéze S.C.	9	45	11	36,67	20	40
chronické on.	4	20	4	13,33	8	16
nepostupující porod	1	5	1	3,33	2	4
gemini	2	10	1	3,33	3	6
kefalopelvický nepoměr	1	5	0	0	1	2
	20	100	30	100	50	100

Graf č. 8 – Indikace k plánovanému S.C.



Graf č. 9 – Procentuální zastoupení indikací k S.C. u CA a SAB



Otázka č. 4 – Byla jste informovaná o způsobu anestézie k plánovanému císařskému řezu během těhotenství?

- a) ano
- b) ne

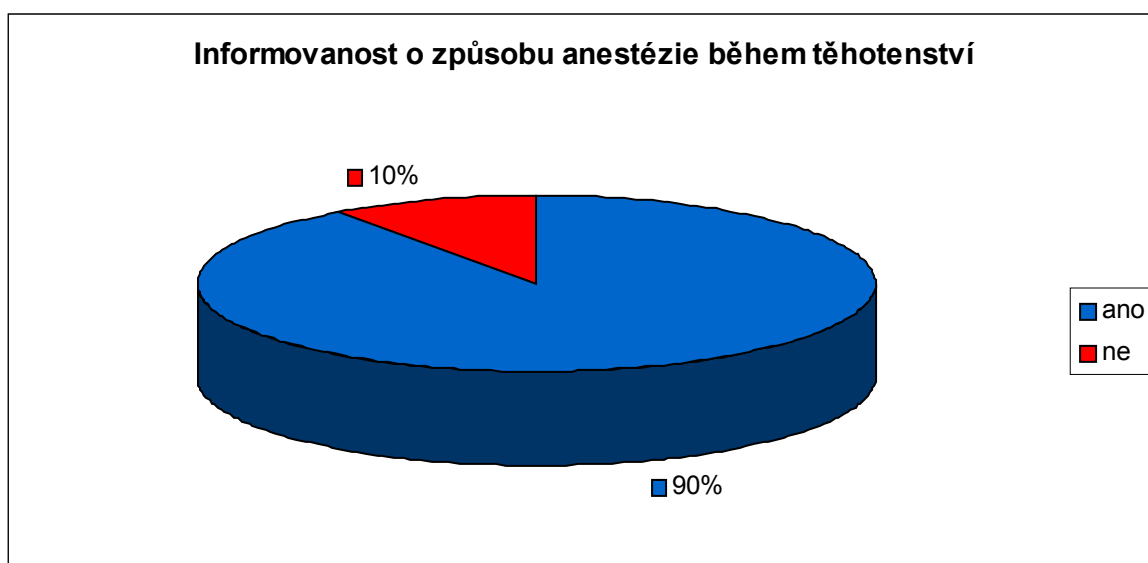
Většina žen na tuto otázku odpovídá kladně. Dá se tedy předpokládat dobrá informovanost již během těhotenství – viz graf č. 10. Při srovnání informovanosti žen u celkové anestézie a svodné anestézie jsou výsledky totožné – graf č. 11.

Absolutní a relativní hodnoty uvádím v tabulce č. 4.

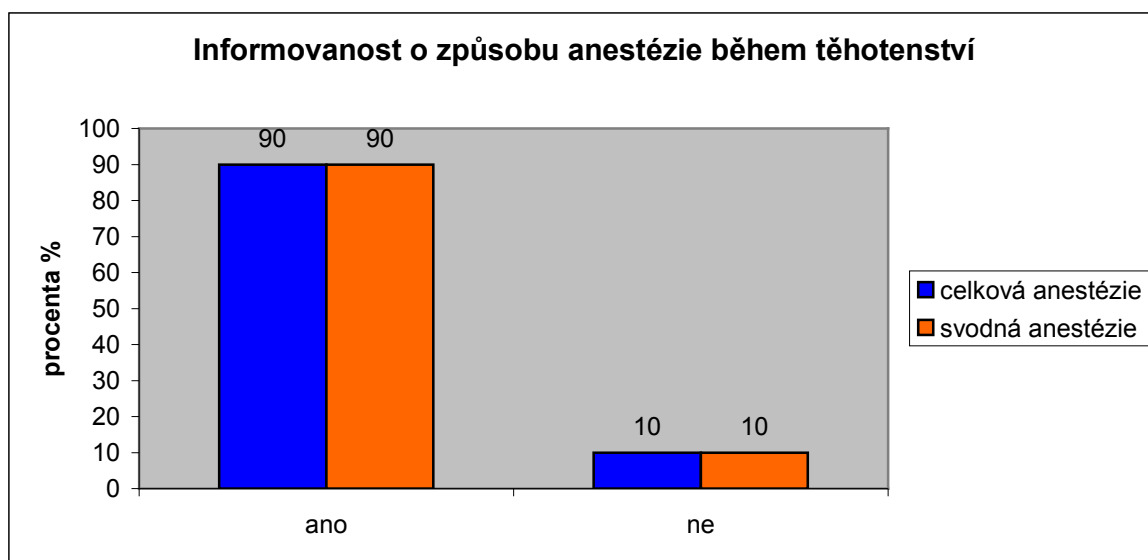
Tabulka č. 4 – Absolutní a relativní hodnoty informovanosti

informovanost	CA	CA - %	SAB	SAB - %	CA + SAB	CA + SAB - %
ano	18	90	27	90	45	90
ne	2	10	3	10	5	10
	20	100	30	100	50	100

Graf č. 10 – Informovanost o způsobu anestézie během těhotenství



Graf č. 11 – Procentuální zastoupení informovanosti žen dle typu anestézie



Otázka č. 5 – Odkud pocházely Vaše informace o anestézii k císařskému řezu? Můžete zvolit několik možností.

- a) gynekolog, porodní asistentka
- b) anesteziolog
- c) internet
- d) odborná či zábavná literatura
- e) rodina, známí, přátelé

Jako nejčastější zdroj informací o anestézii uváděly rodičky anesteziologa. Na dalším místě byl gynekolog s porodní asistentkou a přibližně čtvrtina žen získala informace z internetu, literatury či od známých. Rodičky mohly zvolit více možností a to také některé udělaly. Jednotlivé varianty jsem nevyčíslovala, pouze jsem spočítala, kterou odpověď kolik z nich zvolilo. Viz graf č.12.

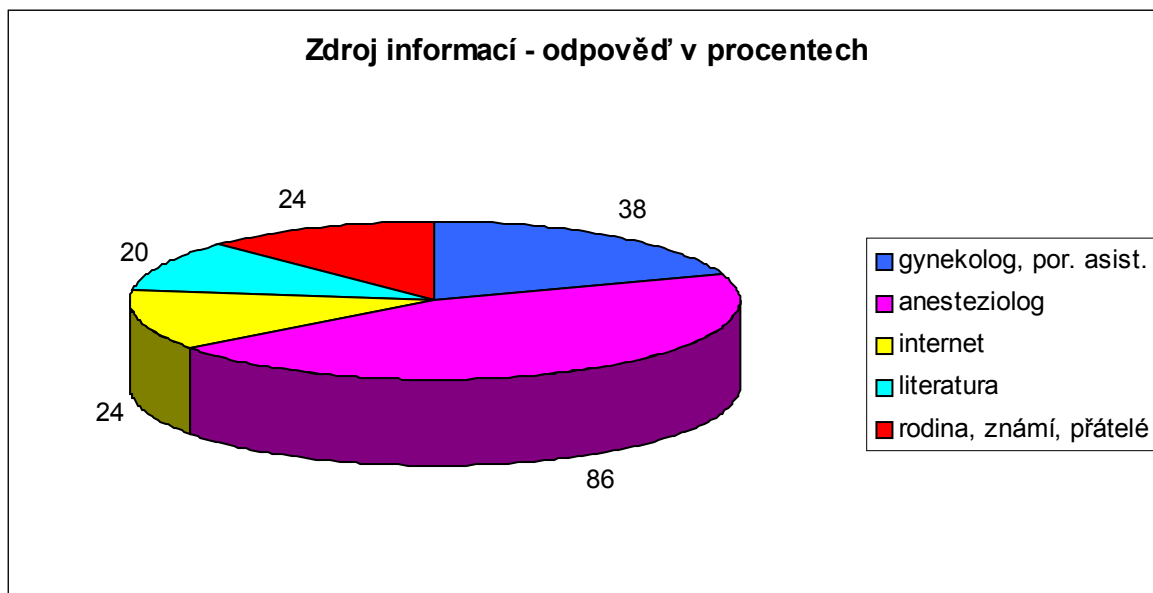
Odlišnosti dle typu anestézie uvádím v grafu č. 13. V obou skupinách jako nejčastější zdroj informací byl uveden anesteziolog a to v cca 85%. Polovina žen po celkové anestézii uvedla jako zdroj gynekologa či porodní asistentku, ale u žen po svodné anestézii tato odpověď se objevila pouze u třetiny žen.

V tabulce č. 5 jsou tyto informace shrnuty v absolutních a relativních číslech dle jednotlivých zdrojů informací.

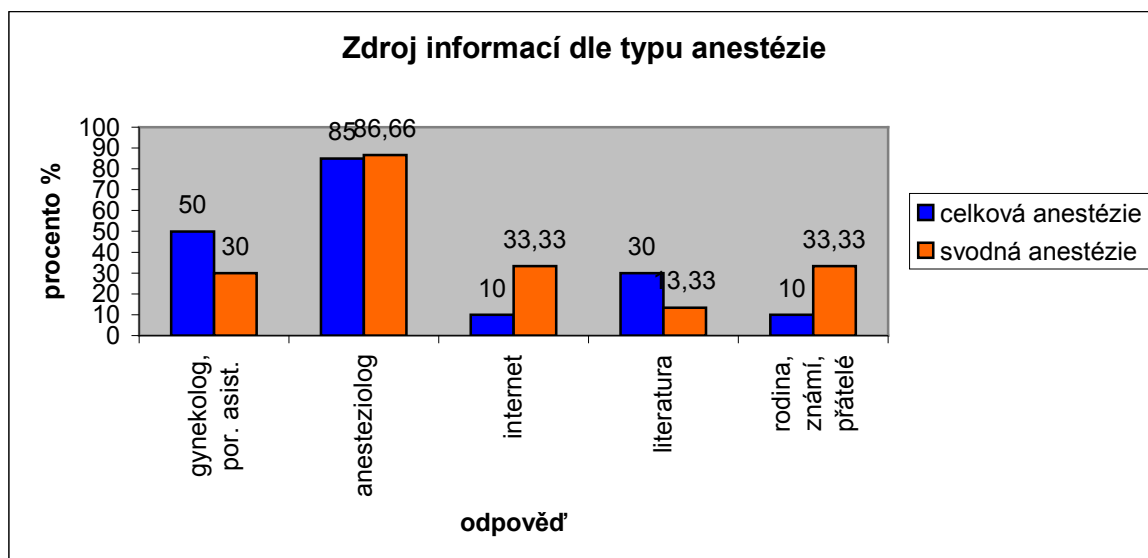
Tabulka č.5 – Absolutní a relativní četnost zdrojů informací

zdroj informací	CA	CA - %	SAB	SAB - %	CA + SAB	CA + SAB - %
gynekolog, por. asist.	10	50	9	30	19	38
anesteziolog	17	85	26	86,66	43	86
internet	2	10	10	33,33	12	24
literatura	6	30	4	13,33	10	20
rodina, známí, přátelé	2	10	10	33,33	12	24

Graf č. 12 – Zdroje informací o anestézii k S.C.



Graf č. 13 – Procentuální zastoupení zdrojů informací dle typu anestézie



Otázka č. 6 – Byl toto Váš první císařský řez?

a) ano /přejděte k otázce č. 8/

b) ne

Pro 54% žen se jednalo o první císařský řez – graf č. 14. Nepatrně více žen při prvním císařském řezu zvolilo subarachnoidální anestézii – graf č. 15. Absolutní a relativní hodnoty jsem uvedla v tabulce č. 6.

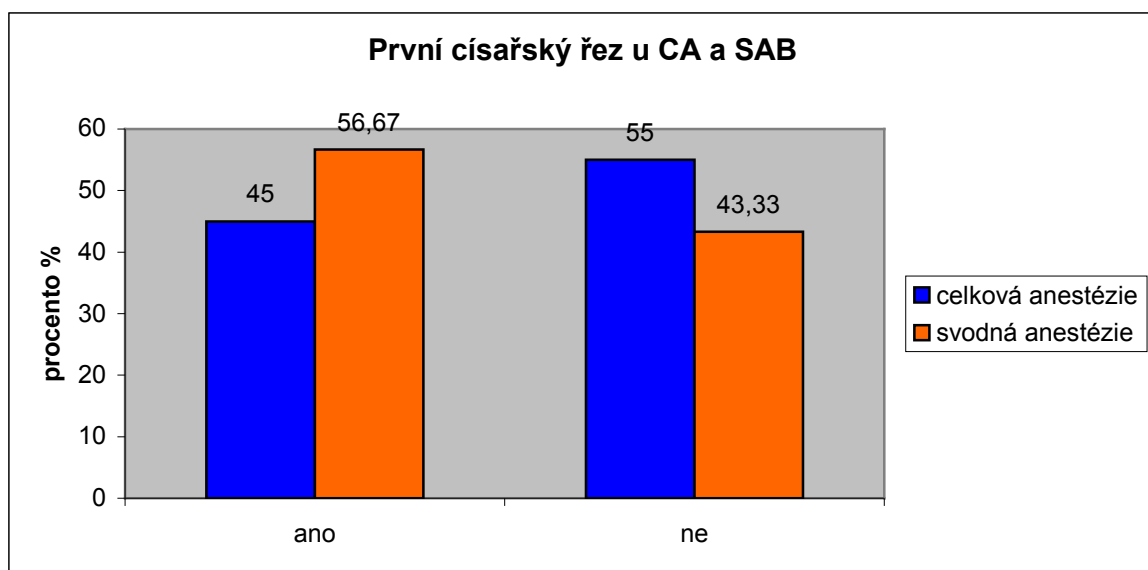
Tabulka č. 6 - Absolutní a relativní počty žen, které rodily poprvé S.C. a ostatní

1. S.C.	CA	CA - %	SAB	SAB - %	CA + SAB	CA + SAB - %
ano	9	45	17	56,67	27	54
ne	11	55	13	43,33	23	46
	20	100	30	100	50	100

Graf č. 14 – Poměr žen, které absolvovaly S.C. poprvé a ostatní



Graf č. 15 – Procentuální zastoupení žen po prvním S.C. a ostatní dle typu anestézie



Otázka č. 7 – Jaký byl typ anestézie pro předchozí císařský řez?

- celková
- svodná (vpich do zad, tedy epidurální nebo subarachnoidální anestézie)
- oba typy, absolvovala jsem již 2 a více císařských řezů

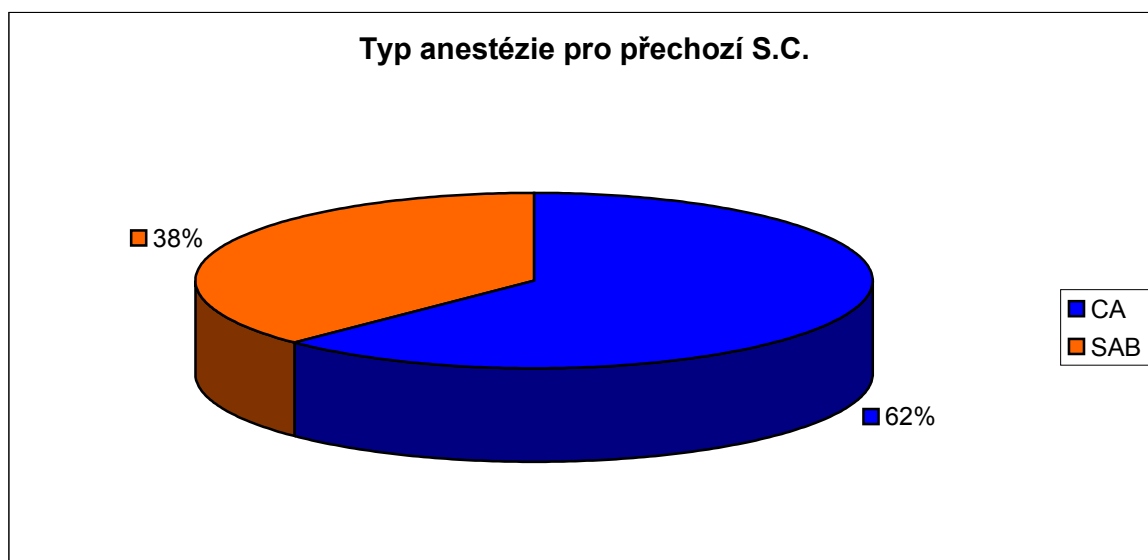
Na tuto otázku odpovídaly ženy, které v předešlé otázce odpověděly kladně. Tedy, že již v minulosti absolvovaly císařský řez. 62% žen absolvovalo celkovou anestézii a ty, které si vybraly nyní celkovou anestézii, tak všechny před tím podstoupily taktéž tento typ anestézie – graf č. 16 a 17. Skoro 70% žen znovu zvolilo svodnou anestézii a 30% žen, které v minulosti rodily císařským řezem ve svodné anestézii si nyní zvolilo celkovou anestézii.

Absolutní a relativní čísla uvádím v tabulce č. 7.

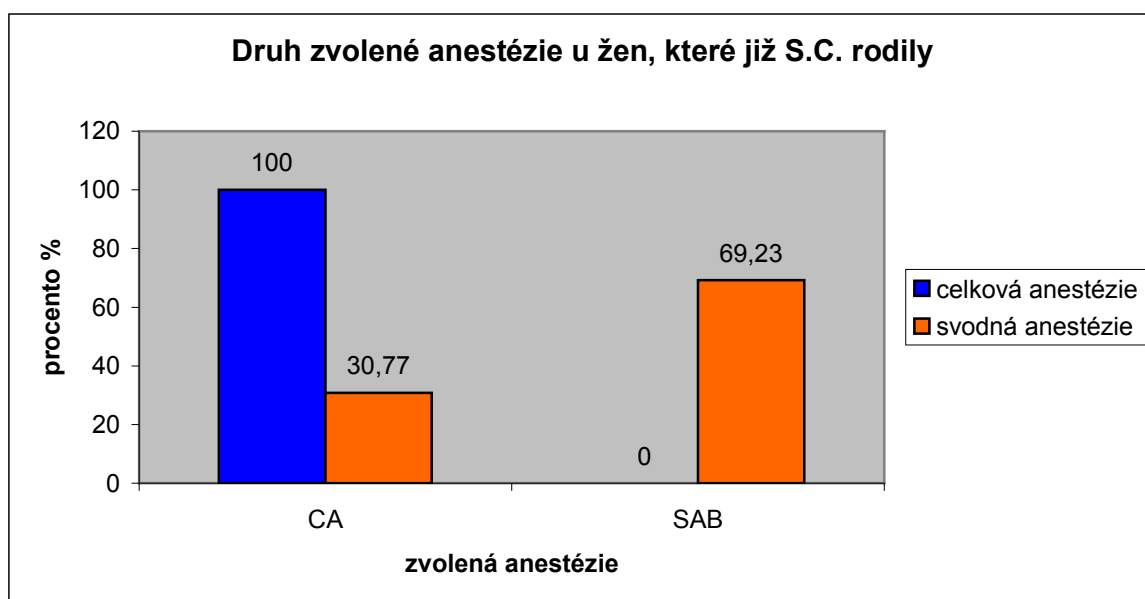
Tabulka č. 7 – Absolutní a relativní četnost druhu anestézie pro předchozí S.C.

anestézie pro předchozí S.C.	CA	CA - %	SAB	SAB - %	CA + SAB	CA + SAB - %
CA	11	100	4	30,77	15	62,5
SAB	0	0	9	69,23	9	37,5
	11	100	13	100	24	100

Graf č. 16 – Procentuální zastoupení metod anestézie u žen, které již S.C. rodily



Graf č. 17 – Druh zvolené anestézie u žen, které již S.C. rodily



Otázka č. 8 – Jaký byl typ anestézie, který jste nyní podstoupila k plánovanému císařskému řezu?

- a) celková
- b) svodná (vpich do zad, tedy epidurální nebo subarachnoidální anestézie)
- c) nevím

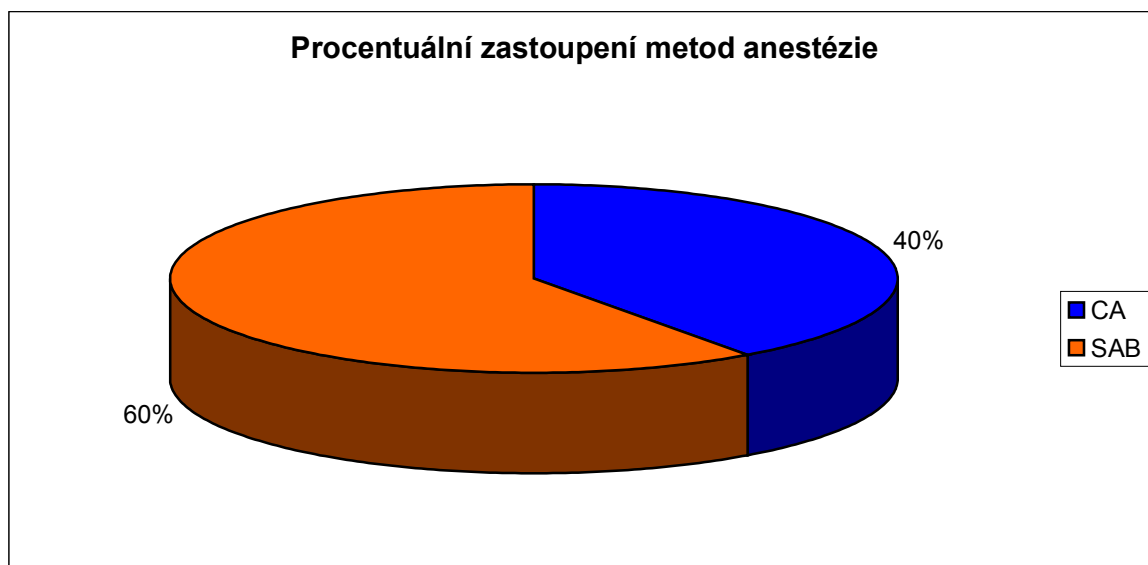
Touto otázkou jsem si ověřila, zda ženy vědí, který typ anestézie podstoupily. Všechny znaly druh podstoupené anestézie. Viz graf č. 18 a 19.

V tabulce č. 8 opět uvádím absolutní a relativní četnost odpovědí.

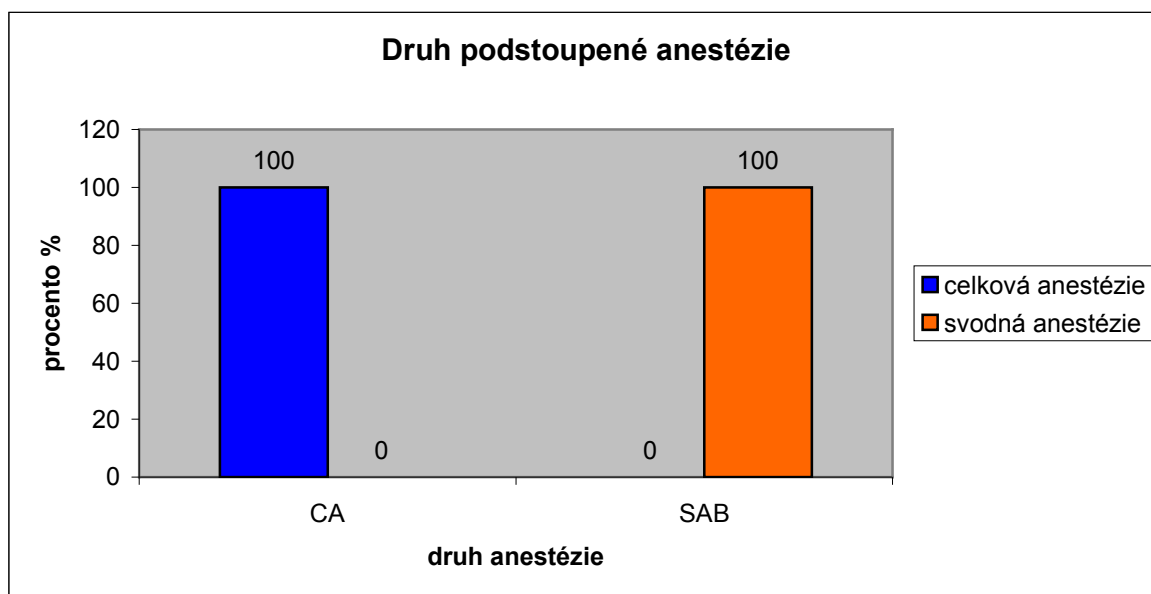
Tabulka č. 8 – Absolutní a relativní četnost podstoupeného typu anestézie

druh podstoupené anestézie	CA	CA - %	SAB	SAB - %	CA + SAB	CA + SAB - %
CA	20	100	0	0	20	40
SAB	0	0	30	100	30	60
	20	100	30	100	50	100

Graf č. 18 – Procentuální zastoupení metod anestézie



Graf č. 19 – Správnost stanovení podstoupeného typu anestézie



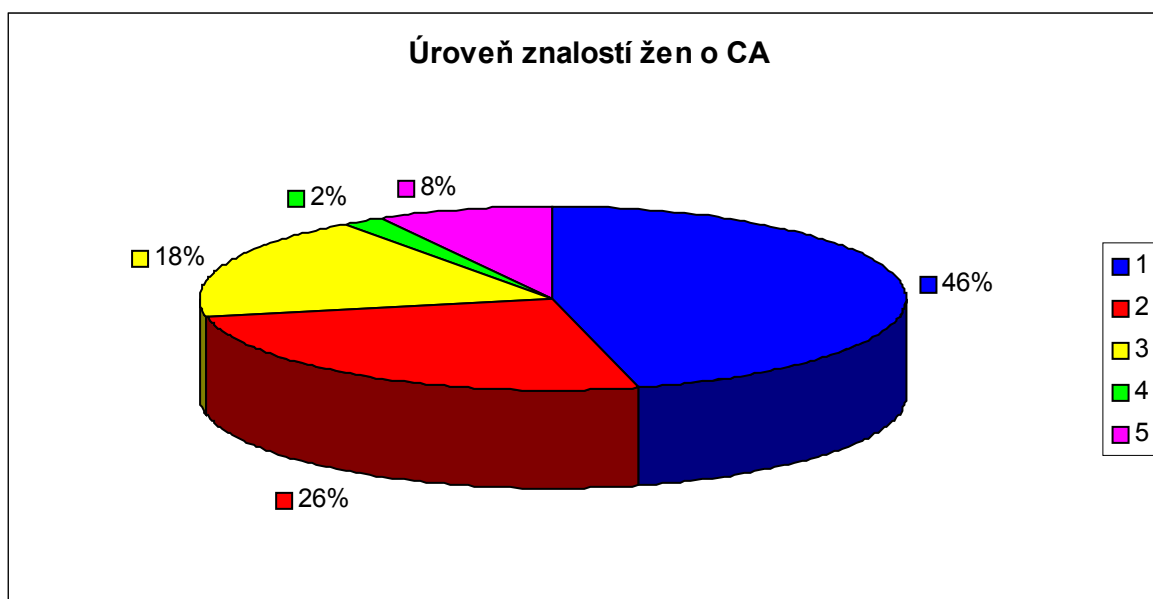
Otázka č. 9 – Jaká byla Vaše úroveň znalostí o možnostech a rizicích celkové anestézie k císařskému řezu? Označte od 1 do 5 jako ve škole.

Skoro polovina žen udávala úroveň znalostí o celkové anestézii známkou 1. 10% žen ohodnotila svoji úroveň známkou 4 či 5 – viz graf č. 20. Ženy, které podstoupily celkovou anestézii ohodnotily svoji úroveň znalostí lépe než ženy, které podstoupily anestézii subarachnoidální – viz graf č. 21. Absolutní a relativní hodnoty uvádí tabulka č. 9.

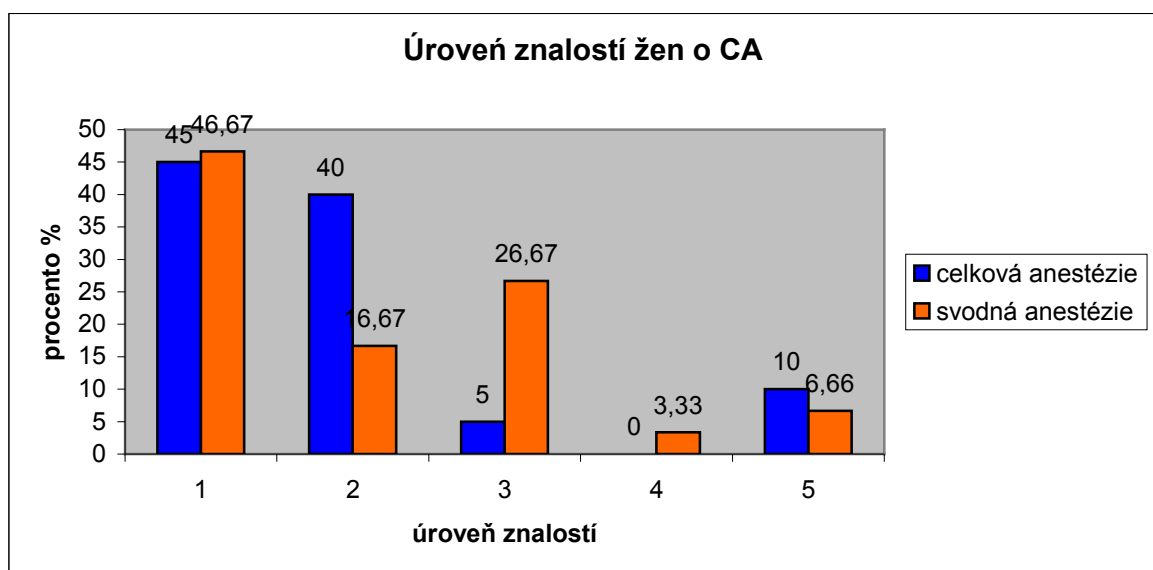
Tabulka č. 9 – Absolutní a relativní četnost úrovně znalostí žen o CA

znalosti o CA	CA	CA - %	SAB	SAB - %	CA + SAB	CA + SAB - %
1	9	45	14	46,67	23	46
2	8	40	5	16,67	13	26
3	1	5	8	26,67	9	18
4	0	0	1	3,33	1	2
5	2	10	2	6,66	4	8
	20	100	30	100	50	100

Graf č. 20 – Úroveň znalostí žen o celkové anestézii



Graf č. 21 – Úroveň znalostí žen o celkové anestézii dle typu anestézie



Otázka č. 10 – Jaká byla Vaše úroveň znalostí o možnostech a rizicích svodné anestézie k císařskému řezu (vpich do zad, operace je provedena při vědomí)? Oznámkujte od 1 do 5 jako ve škole.

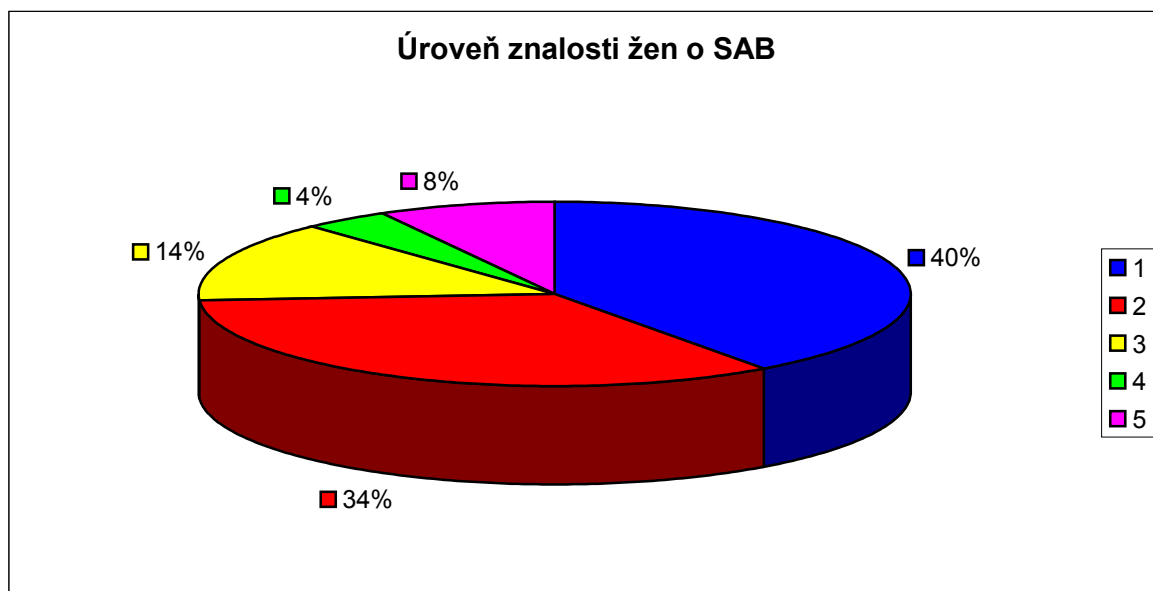
Celkem 74% žen ohodnotilo úroveň znalostí o svodné anestézii známkou 1 či 2. Více žen ze skupiny rodiček, které podstoupilo subarachnoidální anestézii ohodnotilo svoji úroveň znalostí lépe než rodičky po celkové anestézii. Skoro polovina žen po svodné anestézii ohodnotilo úroveň svých znalostí 1. Po celkové anestézii takto ohodnotila necelá třetina žen svoje znalosti – graf č. 22 a 23.

Absolutní a relativní četnost úrovně znalostí o svodné anestézii uvádím v tabulce č.10.

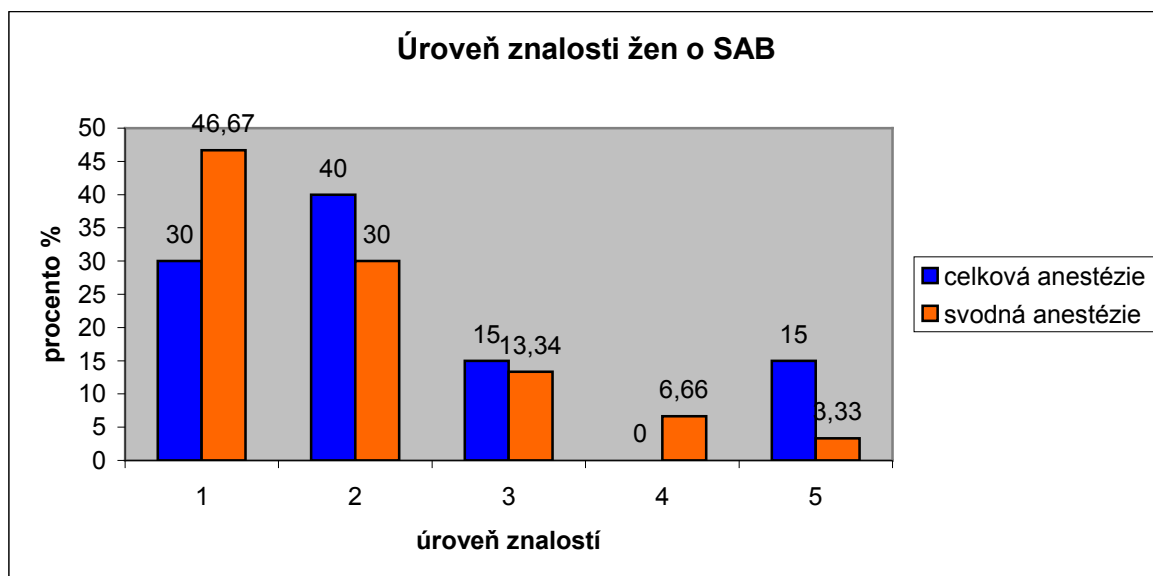
Tabulka č. 10 – Absolutní a relativní četnost úrovně znalostí o svodné anestézii

znalosti o SAB	CA	CA - %	SAB	SAB - %	CA + SAB	CA + SAB - %
1	6	30	14	46,67	20	40
2	8	40	9	30	17	34
3	3	15	4	13,34	7	14
4	0	0	2	6,66	2	4
5	3	15	1	3,33	4	8
	20	100	30	100	50	100

Graf č. 22 – Úroveň znalostí žen o svodné anestézii



Graf č. 23 - Úroveň znalostí žen o svodné anestézii dle typu podstoupené anestézie



Otázka č. 11 – Jaký způsob anestézie k císařskému řezu je dle Vašeho názoru pro ženu bezpečnější?

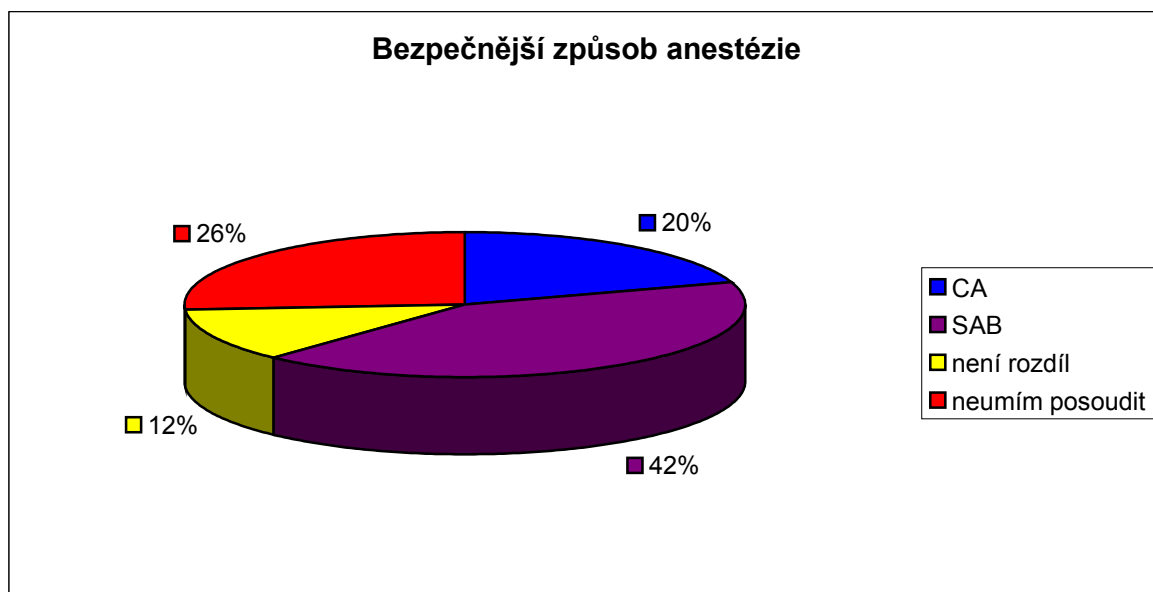
- a) celková anestézie
- b) svodná anestézie
- c) není rozdíl mezi typem anestézie
- d) nevím, neumím posoudit

42% žen správně uvedlo, že bezpečnější anestézií k císařskému řezu pro ženu je svodná. Nicméně ze skupiny žen, které podstoupily celkovou anestézií tuto skutečnost zná pouze čtvrtina těchto žen, zatímco ze skupiny po svodné anestézii správnou odpověď udala polovina – viz grafy č. 24 a 25. Absolutní a relativní četnost odpovědí uvádím v následující tabulce č.11.

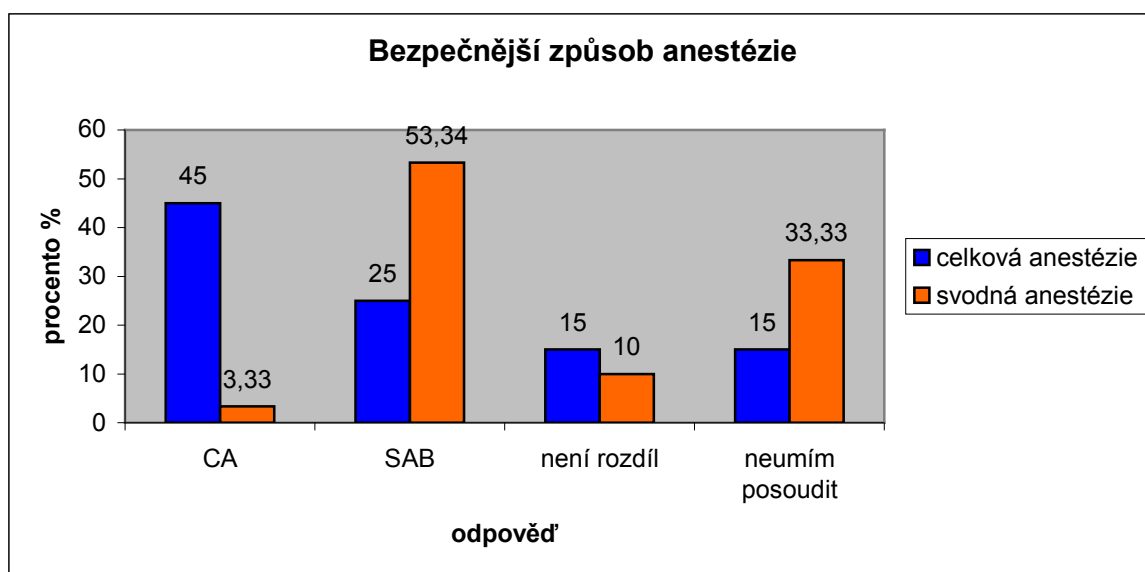
Tabulka č. 11 - Absolutní a relativní četnost odpovědí o bezpečnějším způsobu anestézie

bezpečnější anestézie	CA	CA - %	SAB	SAB - %	CA + SAB	CA + SAB - %
CA	9	45	1	3,33	10	20
SAB	5	25	16	53,34	21	42
není rozdíl	3	15	3	10	6	12
neumím posoudit	3	15	10	33,33	13	26
	20	100	30	100	50	100

Graf č. 24 – Bezpečnější způsob anestézie



Graf č. 25 – Bezpečnější způsob anestézie dle typu podstoupené anestézie



Otázka č. 12 – Poskytl Vám anesteziolog dostatek informací a možnost abyste se rozhodla, který typ anestézie podstoupíte?

- a) ano, vše mi dostatečně vysvětlil a já se mohla rozhodnout sama
- b) ne, o způsobu anestézie rozhodl sám
- c) byla jsem předem rozhodnutá a vyžadovala určitý typ anestézie

66% žen uvedlo, že o způsobu anestézie mohlo rozhodnout po dostatečném vysvětlení samo, pouze ve 12% rozhodl anesteziolog sám – viz graf č. 26. Necelá čtvrtina žen byla předem rozhodnuta, který typ anestézie by chtěla podstoupit. Pokud srovnám ženy, které podstoupily císařský řez v celkové a svodné anestézii, tak procentuální zastoupení odpovědí je velmi podobné – viz graf č. 27.

Absolutní a relativní četnost odpovědí jsem uvedla v tabulce č. 12.

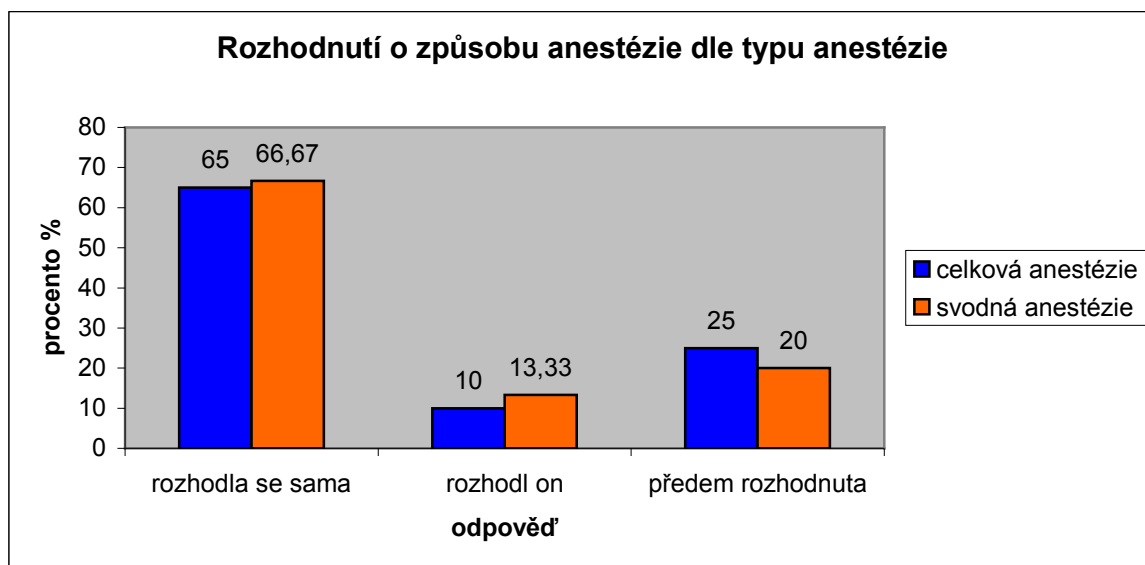
Tabulka č. 12 - Absolutní a relativní četnost odpovědí o rozhodnutí o typu anestézie

rozhodnutí o anestézii	CA	CA - %	SAB	SAB - %	CA + SAB	CA + SAB - %
rozhodla se sama	13	65	20	66,67	33	66
rozhodl on	2	10	4	13,33	6	12
předem rozhodnuta	5	25	6	20	11	22
	20	100	30	100	50	100

Graf č. 26 – Rozhodnutí o typu anestézie



Graf č. 27 – Rozhodnutí o typu anestézie dle podstoupeného druhu anestézie



Otázka č. 13 – Jak intenzivní byla míra Vašeho strachu před císařským řezem?

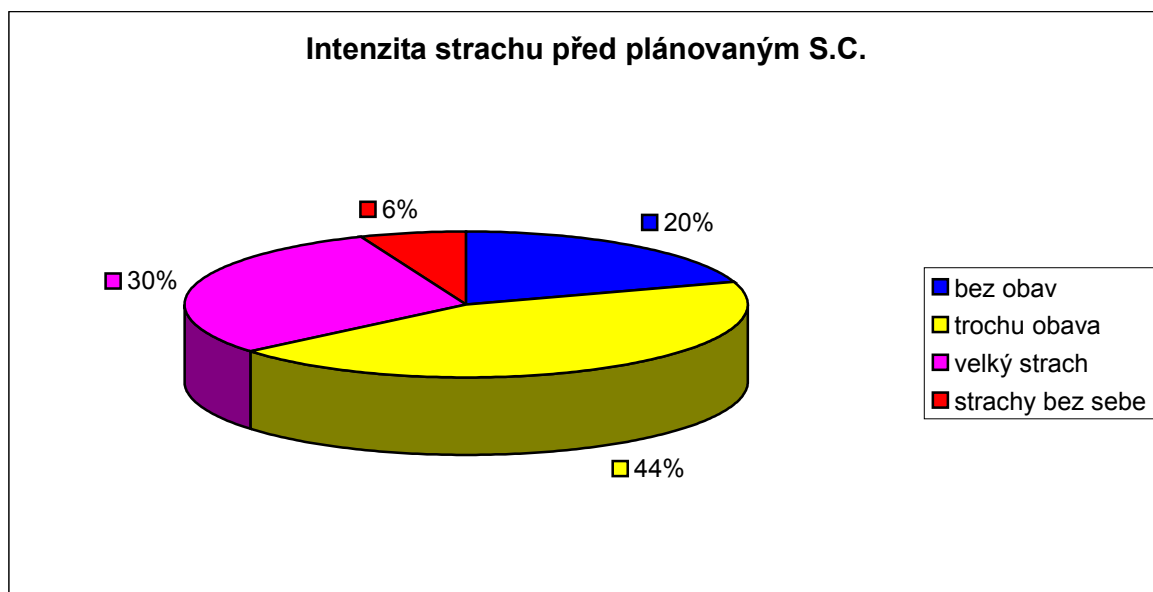
- a) neměla jsem obavy
- b) trochu jsem se bála
- c) měla jsem velký strach
- d) byla jsem strachy bez sebe

20% žen nemělo žádné obavy, ale 6% bylo strachy bez sebe – viz graf č. 28. Větší procento žen, které podstoupily svodnou anestézii mělo více obav než ženy před císařským řezem v celkové anestézii. Toto ukazuje graf č. 29. Absolutní a relativní četnost odpovědí opět uvádím v tabulce č. 13.

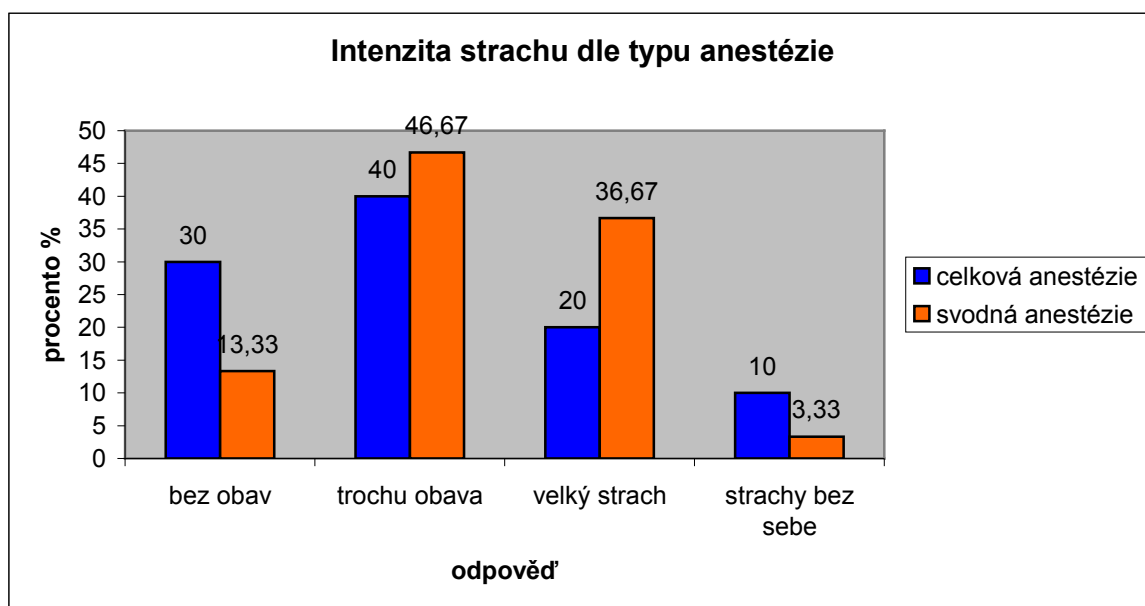
Tabulka č. 13 – Absolutní a relativní četnost odpovědí o míře strachu před S.C.

intenzita strachu	CA	CA - %	SAB	SAB - %	CA + SAB	CA + SAB - %
bez obav	6	30	4	13,33	10	20
trochu obava	8	40	14	46,67	22	44
velký strach	4	20	11	36,67	15	30
strachy bez sebe	2	10	1	3,33	3	6
	20	100	30	100	50	100

Graf č. 28 – Míra intenzity strachu před císařským řezem



Graf č. 29 – Intenzita strachu dle typu podstoupené anestézie



Otázka č. 14 – Jaký je typ Vašich obav z celkové anestézie?

- a) neprobudím se z anestézie
- b) budu vnímat co se na sále děje, slyšet hlasy operatérů a nebudu se moci pohnout
- c) anestézie změní mou osobnost, budu jiná, než předtím

d) jiný typ obav, prosím uveďte:

e) neměla jsem žádné obavy

34% žen uvedlo, že nemělo žádné obavy a 32% se bálo, že budou vnímat co se na sále děje. Ani jedna z respondentek neměla obavu, že celková anestézie změní její osobnost a bude jiná. Toto názorně znázorňuje graf č. 30. Z každé skupiny 3 ženy uvedly jiný typ obav. Mezi tyto obavy patřil strach o sebe a dítě, pooperační nevolnost, bolest a jedna žena uvedla, že celkovou anestézi zkrátka nesnáší.

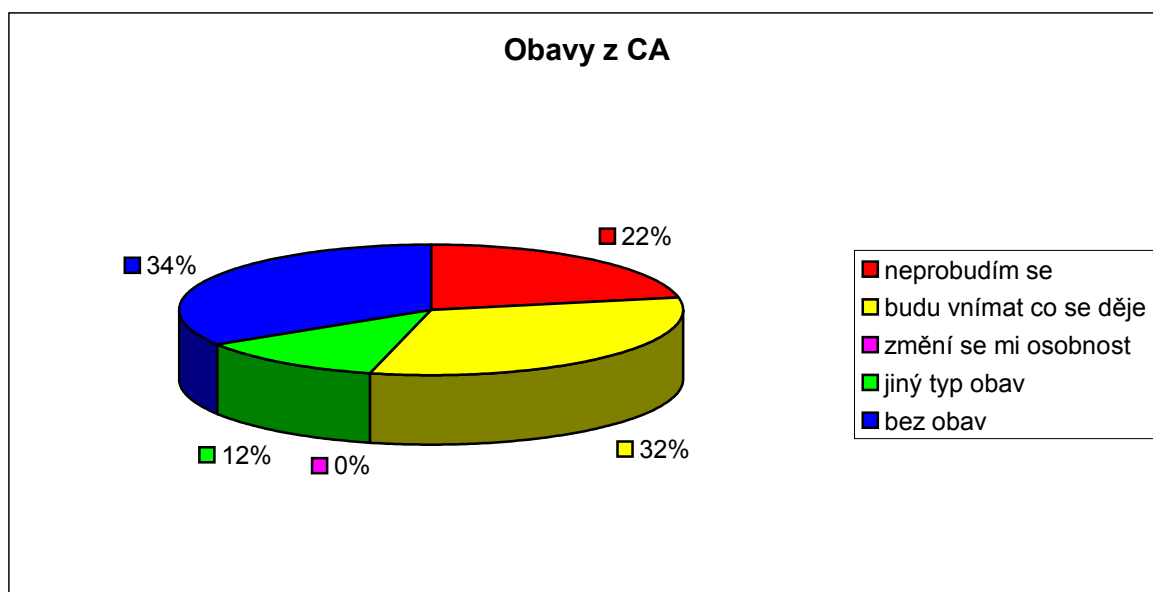
Graf č. 31 vyjadřuje obavy z celkové anestézie dle typu podstoupené anestézie. 40% žen, které podstoupily svodnou anestézi se bálo, že bude vnímat co se na sále bude dít, ale tuto obavu mělo na druhé straně jen 20% žen z druhé skupiny.

Absolutní a relativní četnost odpovědí o obavách jsem vyjádřila v tabulce č. 14.

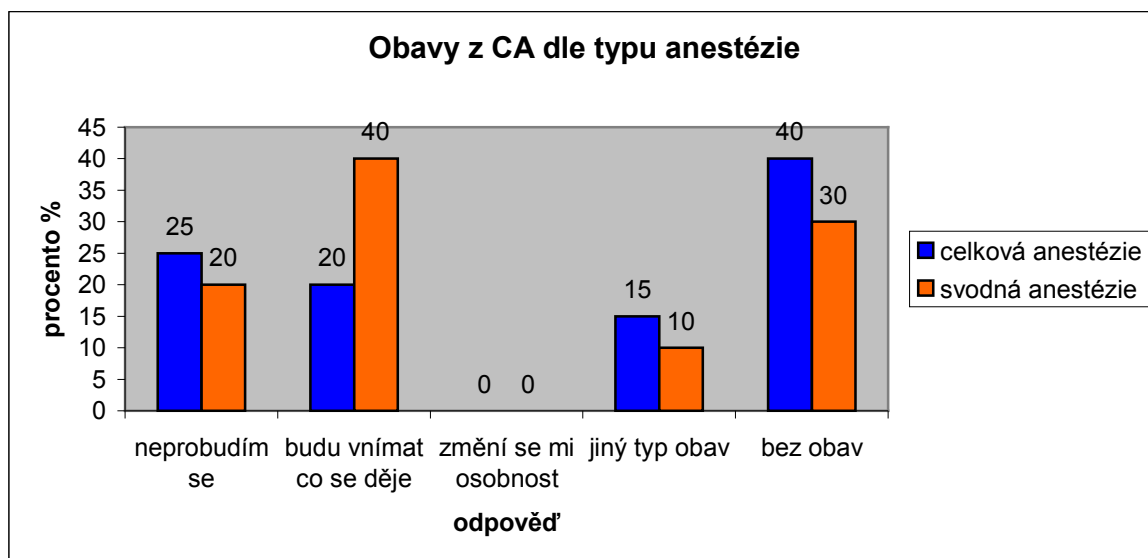
Tabulka č. 14 – Absolutní a relativní četnost odpovědí o obavách z celkové anestézie

obavy z CA	CA	CA - %	SAB	SAB - %	CA + SAB	CA + SAB - %
neprobudím se	5	25	6	20	11	22
budu vnímat co se děje	4	20	12	40	16	32
změní se mi osobnost	0	0	0	0	0	0
jiný typ obav	3	15	3	10	6	12
bez obav	8	40	9	30	17	34
	20	100	30	100	50	100

Graf č. 30 – Obavy z celkové anestézie



Graf č. 31 – Obavy z celkové anestézie dle typu anestézie



Otázka č. 15 – Jaký je typ Vašich obav ze svodné anestézie? (z vpichu do zad)

- a) po výkonu ochrnu a nebudu již chodit
- b) znečitlivění nebude dostatečné a budu mít bolesti během operace
- c) budu mít bolesti hlavy po operaci
- d) jiný typ obav, prosím uveďte:
- e) neměla jsem žádné obavy

Nejvíce žen se bálo nedostatečného znečitlivění, pětina žen ochrnutí a 14% žen postpunkčních bolestí hlavy. Čtvrtina žen byla bez obav – graf č. 32.

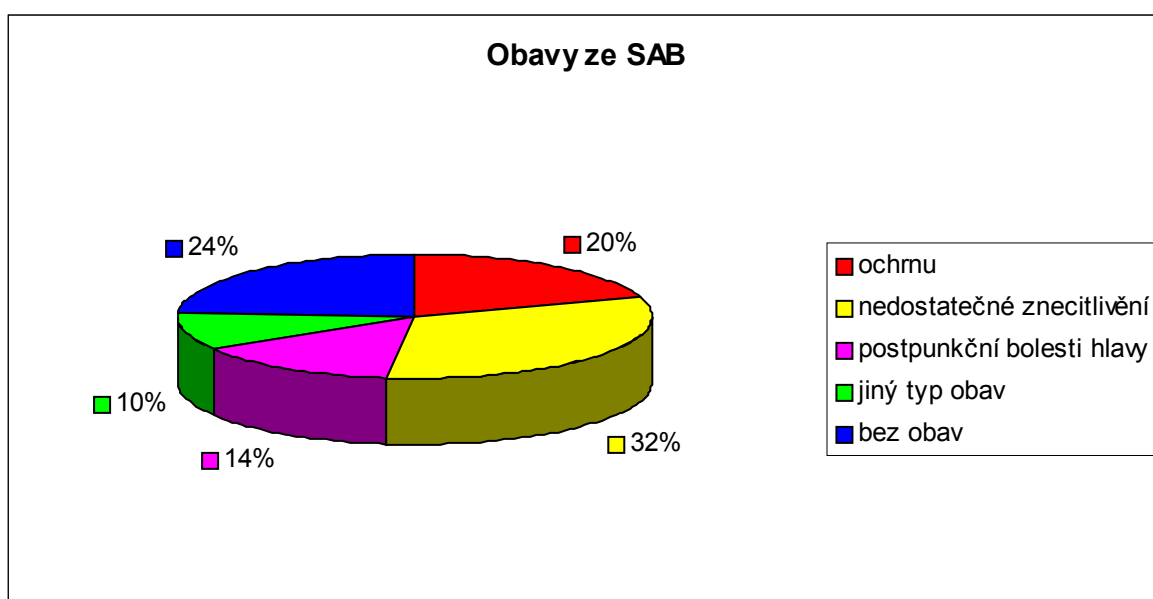
Ženy, které podstoupily celkovou anestézi měly největší obavy z nedostatečného znečitlivění a ochrnutí. U druhé skupiny žen 30% z nich uvedlo obavu z nedostatečného znečitlivění, ale 30% žen udávalo, že nemělo žádnou obavu. Celkem 5 žen mělo jiný typ obav. Objevovala se obava z možnosti neúspěšné punkce subarachnoidálního prostoru, z následných problémů s páteří či strachu z vpichu. Graf č. 33 tyto obavy srovnává u obou typů anestézie.

V tabulce č. 15 jsem uvedla absolutní a relativní četnost těchto obav.

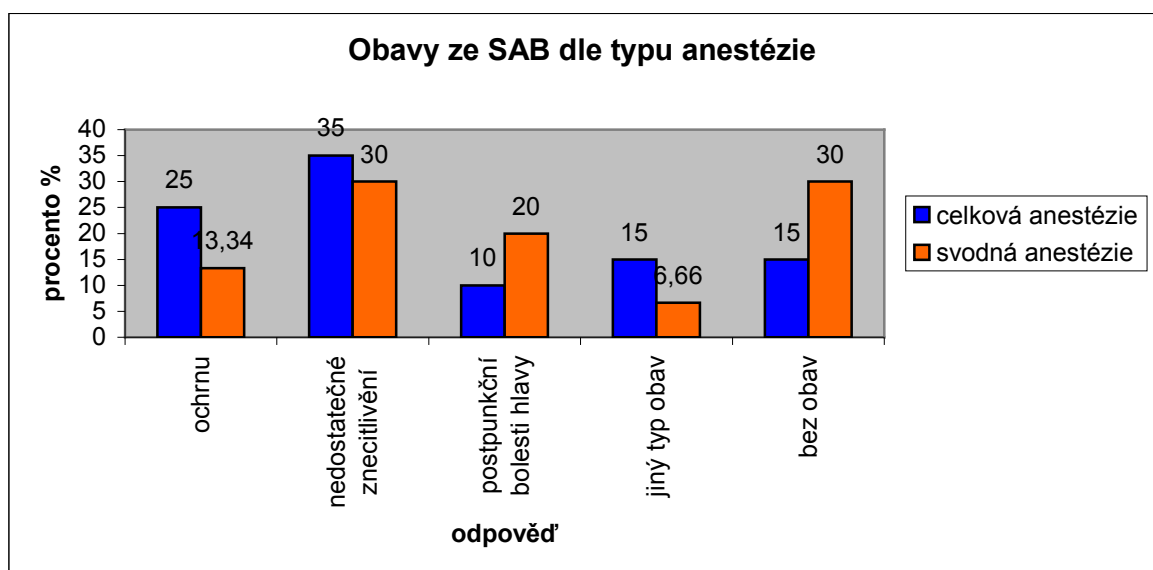
Tabulka č. 15 - Absolutní a relativní četnost odpovědí o obavách ze svodné anestézie

obavy ze SAB	CA	CA - %	SAB	SAB - %	CA + SAB	CA + SAB - %
ochrnu	5	25	4	13,34	10	20
nedostatečné znecitlivění	7	35	9	30	16	32
postpunkční bolesti hlavy	2	10	6	20	7	14
jiný typ obav	3	15	2	6,66	5	10
bez obav	3	15	9	30	12	24
	20	100	30	100	50	100

Graf č. 32 – Obavy ze svodné anestézie



Graf č. 33 – Obavy ze svodné anestézie dle typu anestézie



Otázka č. 16 – Jak jste byla spokojená s anestézií pro plánovaný císařský řez?

- a) výborné, nemám námitek**
- b) velmi dobré**
- c) dobré, ale vadilo mi**
- d) nedobrá zkušenost**
- e) hrozný zážitek, už nikdy!**

78% žen anestézii hodnotilo jako výbornou či velmi dobrou. Pro 4% to byla nedobrá zkušenost a 2%, tedy jedna žena hodnotila anestézii jako hrozný zážitek – graf č. 34.

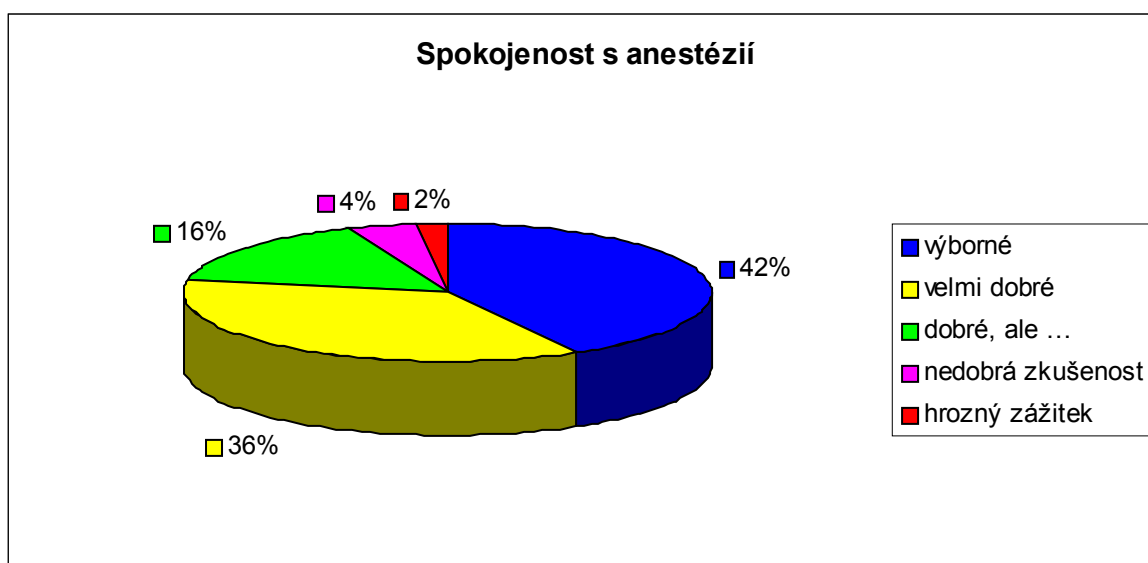
Graf č. 35 ukazuje jak ženy hodnotily spokojenost dle typu podstoupené anestézie. 95% žen, které podstoupily celkovou anestézii hodnotilo známkou výborně či velmi dobře. Jedné ženě vadila u celkové anestézie nevolnost po operaci. Po svodné anestézii bylo 66% žen spokojeno výborně či velmi dobře. Sedm žen po svodné anestézii hodnotilo spokojenost dobře, ale něco jim vadilo. Nejčastěji jim vadila nevolnost, nehybnost nohou či bolest hlavy.

Absolutní a relativní četnost odpovědí o spokojenosti uvádím v tabulce č. 16.

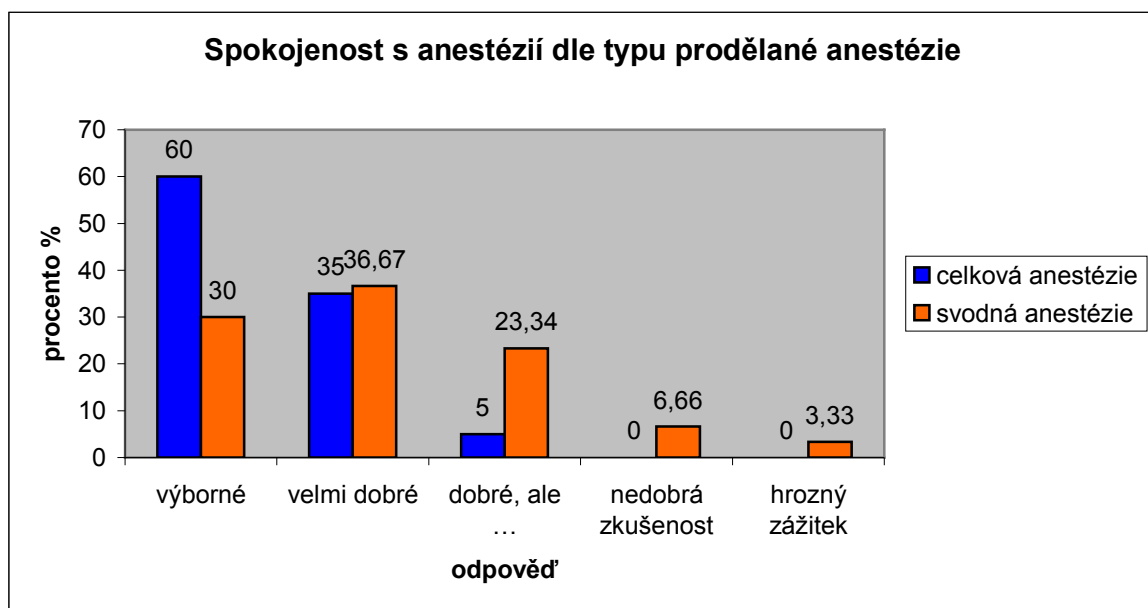
Tabulka č. 16 – Absolutní a relativní četnost odpovědí o spokojenosti s anestézií

spokojenost s anestézií	CA	CA - %	SAB	SAB - %	CA + SAB	CA + SAB - %
výborné	12	60	9	30	21	42
velmi dobré	7	35	11	36,67	18	36
dobré, ale ...	1	5	7	23,34	8	16
nedobrá zkušenost	0	0	2	6,66	2	4
hrozný zážitek	0	0	1	3,33	1	2
	20	100	30	100	50	100

Graf č. 34 – Spokojenost s podstoupenou anestézií



Graf č. 35 - Spokojenost s anestézií dle podstoupeného typu



Otázka č. 17 – Pokud byste musela podstoupit císařský řez znovu, volila byste stejný typ anestézie?

- a) ano s anestézií jsem byla spokojena a neměnila bych
- b) se svodnou anestézií jsem spokojena nebyla a pokud příště, tak jediné jiný typ anestézie

c) s celkovou anestézií jsem spokojena nebyla a pokud příště, tak jedině jiný typ anestézie

d) nevím, je mi jedno jaký typ anestézie se zvolí

72% žen odpovědělo, že by znovu zvolilo stejný typ anestézie, který podstoupily. 20% respondentek uvedlo, že je jim jedno jaký typ anestézie je zvolen – viz graf č. 36.

Graf č. 37 ukazuje, že 80% žen po celkové anestézii by znovu tento typ zvolilo a zbytku žen je jedno jaký druh se zvolí. 13,33% respondentek uvedlo, že by příště nechtěly svodnou anestézii, ale zvolily by celkovou anestézii.

Absolutní a relativní četnost odpovědí o znovuzvolení typu anestézie shrnuje tabulka č.18.

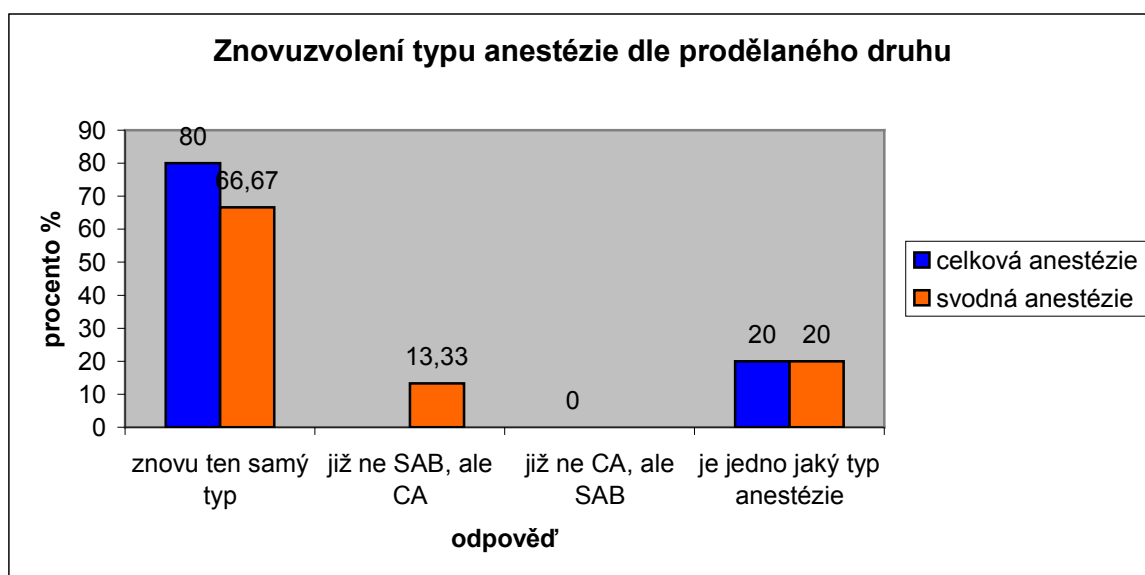
Tabulka č. 17 – Absolutní a relativní četnost odpovědí o znovuzvolení typu anestézie

znovuzvolení typu anestézie	CA	CA - %	SAB	SAB - %	CA + SAB	CA + SAB - %
znovu ten samý typ	16	80	20	66,67	36	72
již ne SAB, ale CA			4	13,33	4	8
již ne CA, ale SAB	0	0			0	0
je jedno jaký typ anestézie	4	20	6	20	10	20
	20	100	30	100	50	100

Graf č. 36 – Znovuzvolení typu anestézie



Graf č. 37 – Znovuzvolení typu anestézie dle podstoupeného druhu



Otázka č. 18 – Měla jste po operaci bolesti?

- a) ano, byly velmi silné
- b) ano, ale byly snesitelné
- c) minimální
- d) vůbec žádné

Třetina žen uvedla, že neměla pooperační bolesti žádné. Polovina žen měla bolesti snesitelné a 12% žen trpělo bolestmi silnými – viz graf č. 38.

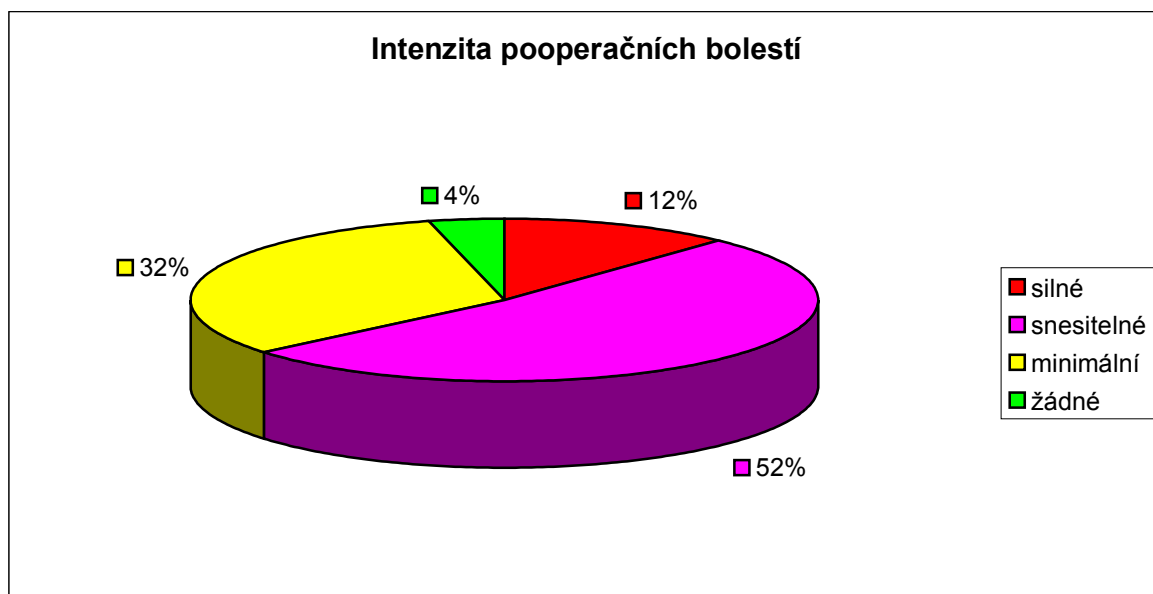
V grafu č. 39 porovnávám vnímání intenzity pooperačních bolestí u žen, které podstoupily celkovou anestézii a u žen, kterým byl proveden císařský řez ve svodné anestézii. Vnímání bolesti je u obou skupin velmi podobné.

Absolutní a relativní četnost odpovědí jsem zpracovala do tabulky č. 18.

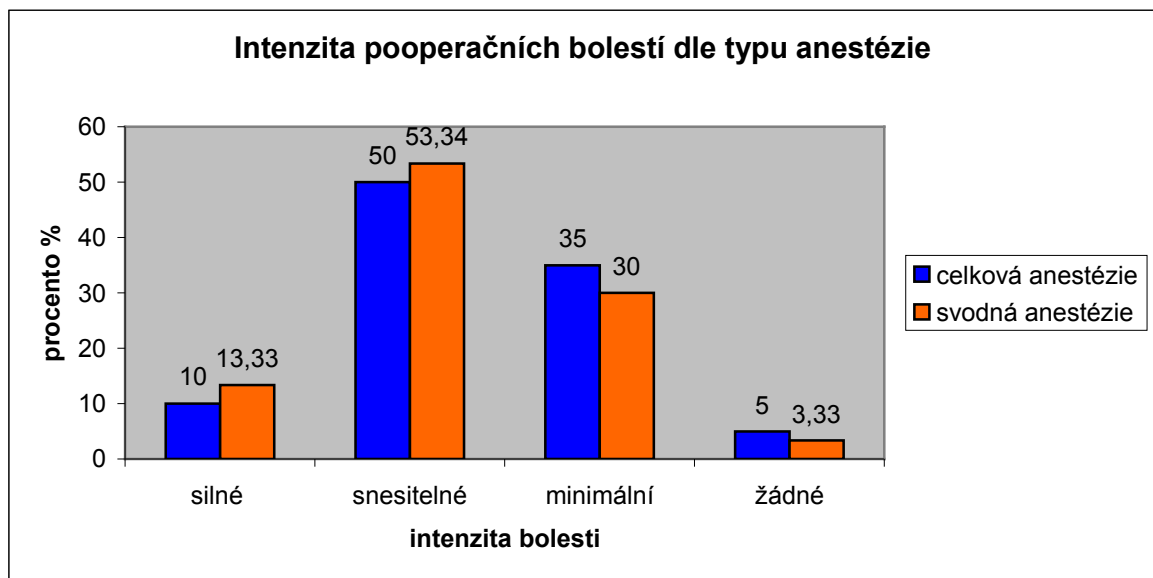
Tabulka č. 18 – Absolutní a relativní četnost odpovědí o intenzitě pooperačních bolestí

intenzita poop. bolestí	CA	CA - %	SAB	SAB - %	CA + SAB	CA + SAB - %
silné	2	10	4	13,33	6	12
snesitelné	10	50	16	53,34	26	52
minimální	7	35	9	30	16	32
žádné	1	5	1	3,33	2	4
	20	100	30	100	50	100

Graf č. 38 – Intenzita pooperačních bolestí



Graf č. 39 – Intenzita pooperačních bolestí dle typu anestézie



Otázka č. 19 – Ohodnoťte tuto bolest číslicí od 0 do 10 zakroužkováním (0 žádná bolest, 10 maximální bolest jakou si umíte představit).

54% žen ohodnotilo pooperační bolest na vizuální analogové škále (VAS) hodnotou 0,1,2 nebo 3. Na druhé straně 6% respondentek označilo bolest hodnotou 8,9 nebo 10. Procentuální zastoupení vyjádření hodnot zobrazuje graf č. 40.

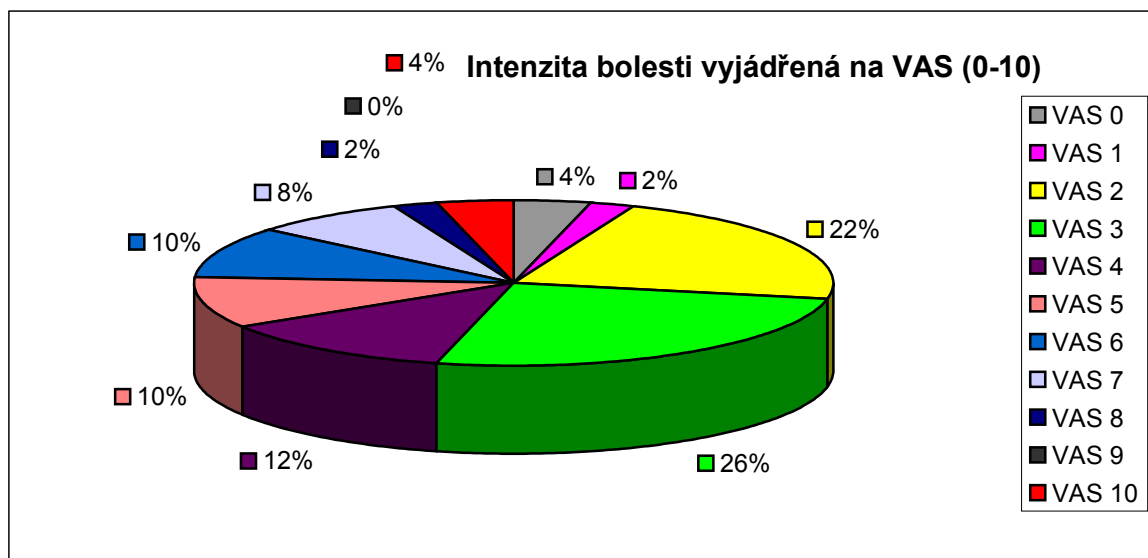
Na grafu č. 41 je srovnání ohodnocení bolesti na VAS dle typu anestézie. Ženy po celkové anestézii udávaly trochu vyšší hodnoty intenzity bolesti.

Absolutní a relativní hodnoty jsem zpracovala do tabulky č. 19.

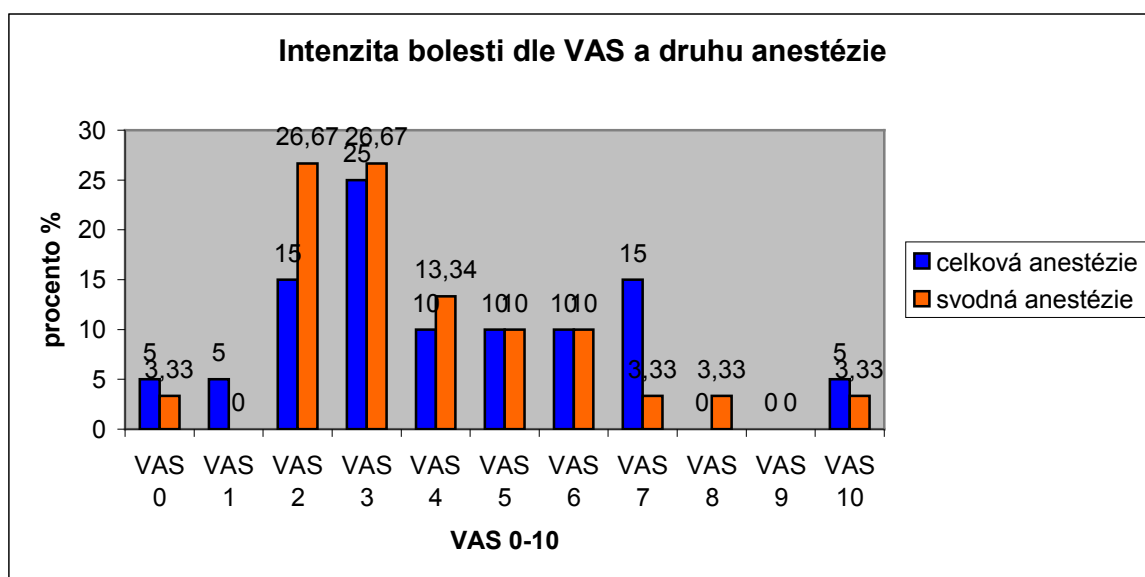
Tabulka č. 19 – Absolutní a relativní četnost odpovědí intenzity bolestí na VAS

intenzita bolesti na VAS	CA	CA - %	SAB	SAB - %	CA + SAB	CA + SAB - %
0	1	5	1	3,33	2	4
1	1	5	0	0	1	2
2	3	15	8	26,67	11	22
3	5	25	8	26,67	13	26
4	2	10	4	13,34	6	12
5	2	10	3	10	5	10
6	2	10	3	10	5	10
7	3	15	1	3,33	4	8
8	0	0	1	3,33	1	2
9	0	0	0	0	0	0
10	1	5	1	3,33	2	4
	20	100	30	100	50	100

Graf č. 40 – Intenzita bolesti vyjádřená na VAS



Graf č. 41 – Intenzita bolesti vyjádřená na VAS dle typu anestézie



**Otázka č. 20 – Jak jste byla spokojena s pooperační péčí na JIPu?
Oznámkuje od 1 do 5 jako ve škole.**

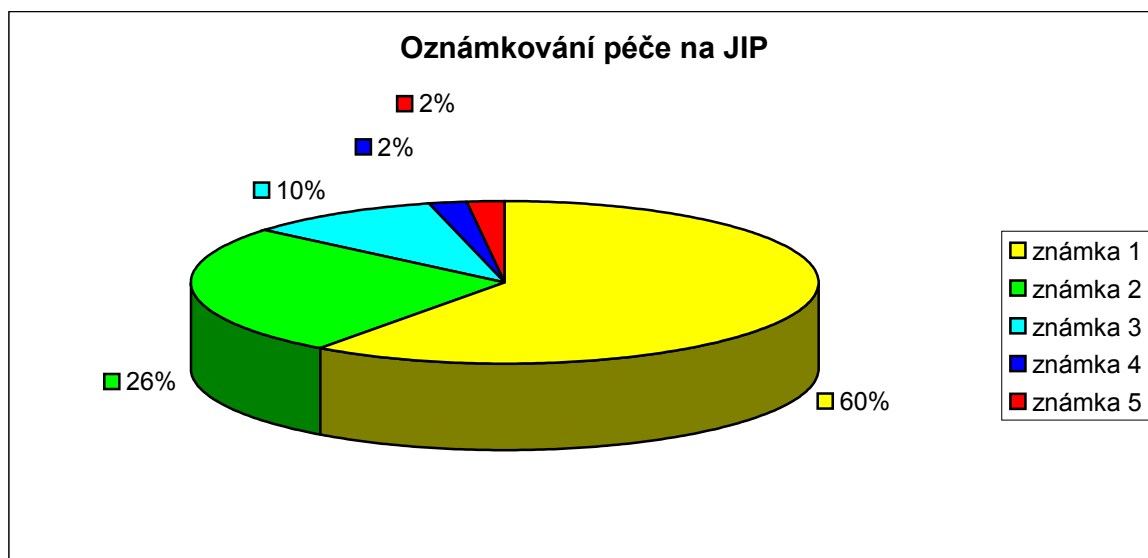
Většina žen ohodnotila péči na JIP známkou 1 či 2. Pouze 14% žen hodnotilo péči známkou 3 a více – viz graf č. 42. Rodičky, které podstoupily císařský řez v celkové anestézii hodnotily tuto péči pouze známkou 1 či 2 – viz graf č. 43.

Absolutní a relativní četnost oznámkování péče zobrazuje tabulka č. 20.

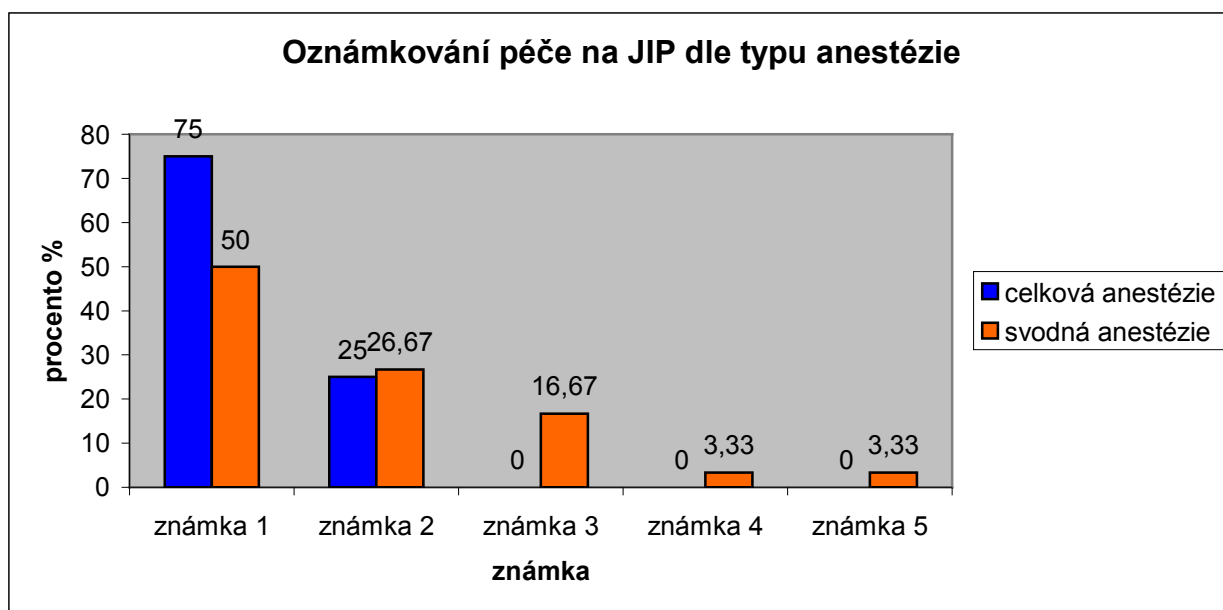
Tabulka č. 20 - Absolutní a relativní oznámkování péče na JIP

hodnocení péče na JIPu	CA	CA - %	SAB	SAB - %	CA + SAB	CA + SAB - %
známka 1	15	75	15	50	30	60
známka 2	5	25	8	26,67	13	26
známka 3	0	0	5	16,67	5	10
známka 4	0	0	1	3,33	1	2
známka 5	0	0	1	3,33	1	2
	20	100	30	100	50	100

Graf č. 42 – Oznámkování péče na JIP



Graf č. 43 – Hodnocení péče na JIP dle typu anestézie



Otázka č. 21 – Pokud jste hodnotila známkou 3-5, prosím uveďte 3 nejdůležitější důvody nespokojenosti.

Známku 3 a více hodnotilo péči na JIP celkem 7 žen. Všechny ženy byly po svodné anestézii. Jedna žena hodnotila péči známkou 5, ale bohužel nevedla důvody nespokojenosti. Je tedy možné, že nepochopila systém hodnocení.

Respondentka, která hodnotila péči známkou 4 uvedla následující důvody: neodborný způsob práce, nezájem a nepřinesení dítěte na JIP.

5 žen hodnotilo známkou 3. Dvě ženy bohužel důvody neuvedly. Ostatní mezi důvody uváděly: nešímovost, nedostatečná empatie, málo informací, nepřívětivé prostředí, neosobní přístup, nedostatek soukromí, málo času na komunikaci a nedostatečné větrání.

Podklady k vyhodnocení dotazníků jsem uvedla do tabulky, která je přílohou č. 6.

6 DISKUZE

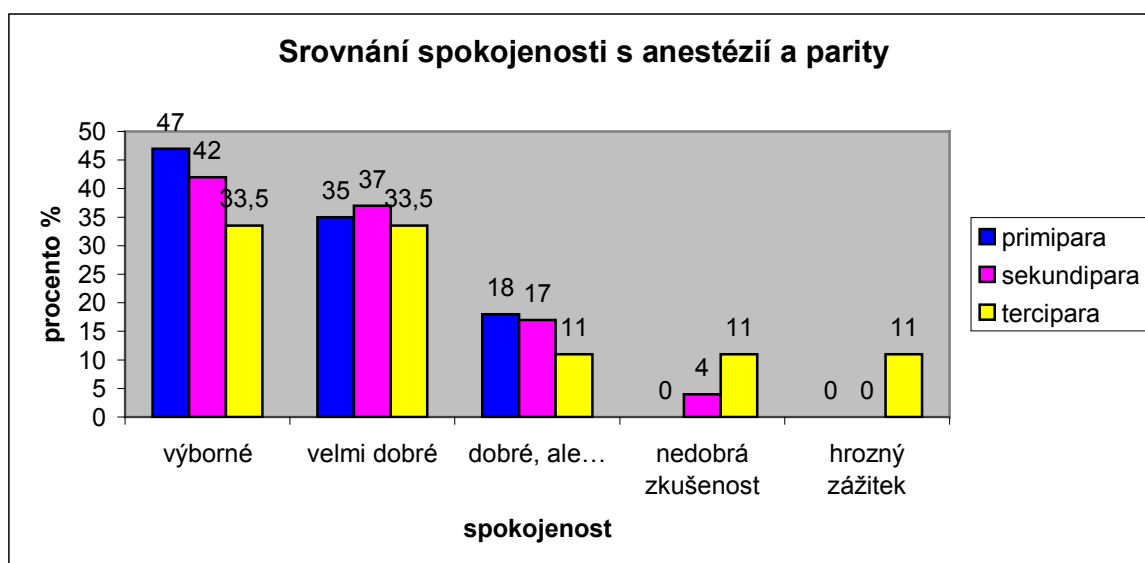
Výzkumu se zúčastnilo 50 žen po plánovaném císařském řezu, které rodily v Oblastní nemocnici Kolín, a.s. v období od začátku měsíce října 2010 do konce měsíce února 2011. 30 žen podstoupilo císařský řez v subarachnoidální anestézii, 20 žen v celkové anestézii. V mém souboru podíl žen, které rodily v celkové anestézii byl 40%, což je identický údaj s celorepublikovým zastoupením v roce 2009. (21)

Procentuální zastoupení žen v jednotlivých věkových kategoriích je velmi podobný s daty, které publikoval ÚZIS. Nejvíce žen (44%) bylo ve věku 31-35 let a 26-30 let (32%). ÚZIS uvádí, že v roce 2009 rodilo 39,2% žen plánovaným císařským řezem ve věku 30-34 let a 30,1% rodiček bylo ve věku 25-29 let. Pouze 1 žena (tedy 2%) byla mladší 20 let, dle ÚZIS plánovaným císařským řezem v tomto věku rodilo 2,4% žen ze všech rodiček v roce 2009. Z uvedeného vyplývá, že sledovaný soubor rodiček velmi přesně kopíruje demografické parametry získané z celorepublikové statistiky. Odchytky v procentuálním zastoupení v jednotlivých skupinách jsou minimální, je tedy možné vzorek považovat za téměř reprezentativní. (29)

V roce 1994 v časopise *Birth* byla Brownem publikovaná studie na téma spokojenost s péčí během porodu. Studie hodnotila názory 790 australských rodiček. Její výsledek byl jednoznačný, kdy nebyl nalezen jakýkoliv vztah mezi věkem matky, rodinným stavem, příjmem rodiny, národností, sociální úrovní, mírou vzdělání a úrovní spokojenosti. Obecně byla shledána vyšší spokojenost u žen, které rodily elektivním císařským řezem oproti akutnímu. Z těchto sledovaných parametrů jsem zkoumala pouze vliv věku na spokojenost a taktéž nebyla shledána jakákoliv závislost. (20)

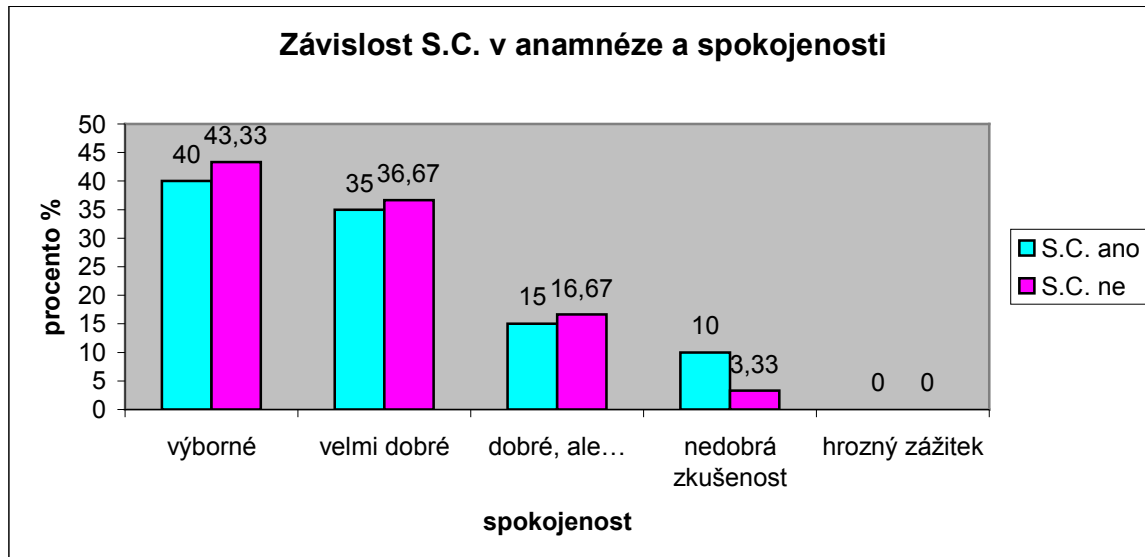
V otázce parity nelze srovnat mé výsledky s informacemi z ÚZIS, neboť otázka parity byla hodnocena celkově u všech porodů. Lze však provést srovnání s výzkumem Škubařové, kdy procento primipar při porodu císařským řezem bylo 39%. V mém souboru byly primipary zastoupeny v 34%. Zastoupení sekundipar v mém souboru činilo 48%, ve srovnání se studií Škubařové, kde toto zastoupení bylo v 46%. (28) Dle výsledků mé studie parita nemá vliv na míru spokojenosti s anestézií při plánovaném císařském řezu – viz graf č. 44.

Graf č. 44 – Srovnání spokojenosti s anestézií a parity



Pokud srovnám skupinu žen, které již císařský řez v minulosti absolvovaly se skupinou žen, pro které byl současný císařský řez první, nenalézám významné rozdíly v úrovni spokojenosti s anestézií – viz graf č. 45.

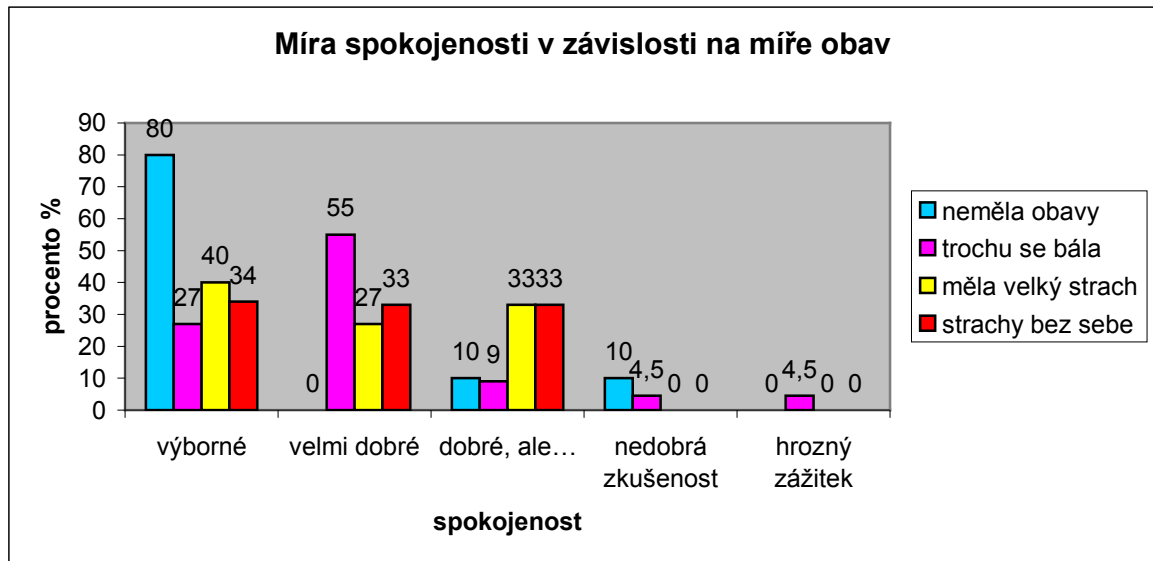
Graf č. 45 – Závislost S.C. v anamnéze a spokojenosti



Při porovnání obav před plánovaným císařským řezem a spokojeností s anestézií vyplývá, že rodičky, které projevovaly vyšší úroveň obav, vykazovaly známky častější nespokojenosti – viz graf č. 46. Velký rozdíl nenalézám při srovnání celkové a svodné anestézie. Toto zjištění odpovídá studii uveřejněné v mezinárodním časopise International

Journal of Obstetric Anesthesia, kdy rodičky s nižší předoperační anxiétou vykazovaly větší míru spokojenosti s elektivním císařským řezem. (11)

Graf č. 46 – Míra spokojenosti v závislosti na míře obav

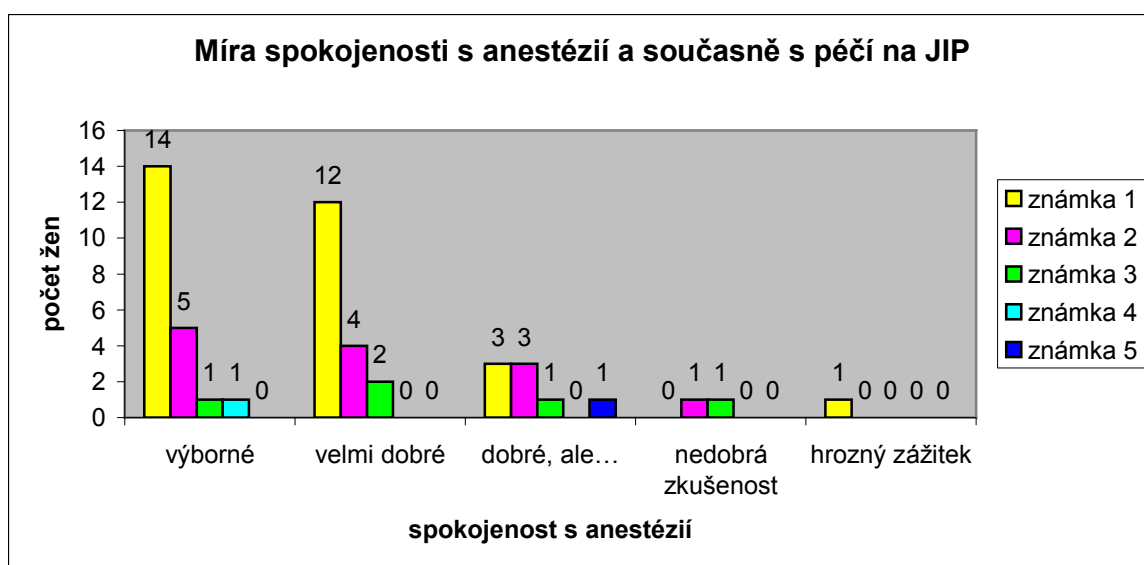


Na dotaz, zda by ženy volily stejný typ anestézie pro případný příští císařský řez byly výsledky příznivější ve skupině s celkovou anestézií, kde 80% těchto žen by znovu volilo tento typ anestézie a žádná žena neměla zájem o svodnou anestézii. 20% žen nemá na věc vyhraněný názor. Naopak ve skupině žen, které podstoupily subarachnoidální anestézii pouze 67% žen by opět volilo tento typ anestézie, 20% také nemá vyhraněný názor, ale 13% žen by zvolilo jiný typ anestézie, tedy celkovou. V roce 2007 v The Cochrane Library byla publikována rozsáhlá studie Regional versus general anaesthesia for caesarean section (Review). Z výsledků vyplývá, že do roku 2005 byla provedena pouze jedna studie, která porovnávala spokojenost žen po celkové či svodné anestézii u císařského řezu. Jejím výsledkem bylo, že nebyly nalezeny rozdíly mezi mírou spokojenosti u celkové a regionální anestézie. Nicméně v otázce preferencí pro další potencionální císařský řez by ženy preferovaly celkovou anestézii před regionální. Výsledky procentuálního zastoupení preferencí jsou prakticky identické s výsledky mé studie, kdy 80,6% žen by znovu zvolilo celkovou anestézii a 64,5% žen by opět volilo svodnou anestézii. Ve studii Škubařové byla tato otázka řešena lehce odlišným způsobem, nicméně podstata dotazu je obdobná. Jedná se o odpověď na dotaz, zda daný typ anestézie by doporučily svým známým. V této práci je mírně preferována svodná anestézie, kdy 88% žen by ji doporučilo a pouze 12% ne. Naopak celkovou anestézii by doporučilo 72% žen a nedoporučilo 28% žen. (1, 28)

Následně byla hodnocena úroveň pooperačních bolestí v závislosti na typu anestézie pomocí vizuální analogové škály a zároveň slovního vyjádření. Výsledky studií jsou nejednoznačné. Například již zmiňované Review uvádí studii Lertakiamane z roku 1999, kde nižší úroveň pooperačních bolestí byla shledána u pacientek, které absolvovaly císařský řez v celkové anestézii. Naopak Škubařová či Brzosková uvádí nižší bolestivost u žen, které rodily ve svodné anestézii. V mé studii jsou výsledky obou skupin velmi podobné. V případě slovního hodnocení byla mírně vyšší intenzita bolestí zaznamenána u žen po svodné anestézii, naopak při hodnocení dle VAS nižší intenzita bolestivosti byla shledána ve skupině svodné anestézie. (1, 3, 28)

Dále jsem se ve své studii věnovala vztahu spokojenosti žen s anestézií a úrovni spokojenosti s pooperační péčí na JIP. Z výsledků je jednoznačně patrná pozitivní korelace mezi oběma sledovanými parametry, kdy ženy, které pozitivně hodnotily anestézií, téměř vždy hodnotily pozitivně i pooperační péči na JIP. Naopak ženy nespokojené s anestézií taktéž vykazovaly menší úroveň spokojenosti s pooperační péčí na JIP – viz graf č. 47

Graf č.47 – Míra spokojenosti s anestézií a současně s péčí na JIP



Hlavním cílem práce bylo srovnání spokojenosti žen po celkové versus svodné anestézii. 95% žen, které podstoupily celkovou anestézií hodnotilo známkou výborně či velmi dobře. Jedné ženě vadila u celkové anestézie nevolnost po operaci. Po svodné anestézii bylo 66% žen spokojeno výborně či velmi dobře. Sedm žen po svodné anestézii hodnotilo spokojenost dobře, ale něco jim vadilo. Nejčastěji jim vadila nevolnost, nehybnost nohou či bolest hlavy.

ZÁVĚR

Cílem mé bakalářské práce bylo porovnat spokojenost žen po plánovaném císařském řezu v celkové versus svodné anestézii.

Spokojenost pacientů se stává jedním z důležitých kritérií při hodnocení úrovně zdravotní péče. Celková spokojenost šestinedělek je ovlivněna řadou faktorů. Do hry vstupují medicínské faktory, tedy způsob provedení operace, anestézie a následná pooperační péče, důležitou roli zároveň zastává ošetrovatelská péče. Rodičky většinou nejsou schopny objektivně zhodnotit úroveň medicínské péče, úroveň ošetrovatelské péče lze již lépe objektivizovat. Klíčovým faktorem je komunikace a přístup veškerého zdravotnického personálu k rodičce, která v případě neprofesionálního a neempatického přístupu může výrazně negativně ovlivnit či zhatit sebelepší medicínskou a ošetrovatelskou péči.

V první části své bakalářské práce jsem se věnovala teoretické problematice císařských řezů. Vzhledem k tomu, že se jedná o porodnickou operaci, kterou nelze provést bez anestézie, další část bakalářské práce popisuje jednotlivé typy anestézie používané k císařskému řezu.

Empirická část byla provedena na Jednotce intenzivní péče Gynekologicko-porodnického oddělení Oblastní nemocnice Kolín, a.s., kdy 50 šestinedělek po plánovaném císařském řezu obdrželo dotazník s otázkami zaměřenými na jednotlivé faktory, které ovlivňují celkovou spokojenost s podstoupenou anestézií.

Z výsledků je jednoznačné, že vyšší úroveň spokojenosti vykazovaly ženy, které podstoupily plánovaný císařský řez v celkové anestézii. S tímto druhem anestézie bylo spokojeno 95% žen (svou spokojenost hodnotily známkou 1 a 2). Žádná z žen ve skupině celkové anestézie nebyla výrazně nespokojená (známky 4 a 5 nebyly použity). Ve skupině svodné anestézie, bylo spokojeno pouze 66,6% žen (známky 1 a 2), nespokojeno bylo naopak 10% žen (známky 4 a 5). Ze zkoumaného vzorku žen, které podstoupily císařský řez v celkové anestézii by 80% žen opět volilo tento způsob anestézie. Zbýlých 20% žen nemělo na věc vyhraněný názor. Ve skupině žen, kdy anestézie k císařskému řezu proběhla subarachnoidální blokádou by stejný typ vyžadovalo pouze 67% žen, 20% žen nemělo vyhraněný názor, ale 13% by zvolilo jiný typ anestézie.

Nelze klást na stejnou úroveň míru spokojenosti a míru rizika ohrožení života, která je spojena s volbou anestézie k císařskému řezu. Studie věnované otázkám bezpečnosti

jednotlivých typů jednoznačně dokazují vyšší míru bezpečnosti u svodné anestézie, která je hodnocena asi 17x bezpečněji pro rodičku ve srovnání s anestézií celkovou. Vliv typu anestézie na plod nebyl shledán statisticky významný. (9)

Dále z výzkumu vyplývá závislost úrovně spokojenosti s mírou strachu či obav před plánovaným císařským řezem, kde je jednoznačná korelace, že ženy, které přichází v dobrém psychickém rozpoložení a nízkou úrovní obav, vykazují obecně vyšší míru spokojenosti než ženy anxiózní.

Samotným aspektem, který významně ovlivňuje spokojenost je míra pooperačních bolestí. Zde byla shledána jistá rezerva, kdy intenzitu svých bolestí na nízké úrovni (tedy VAS <3) hodnotilo pouze 54% žen. Naopak 6% žen udávalo bolesti velmi silné, tedy VAS 8-10.

Dalším cílem bylo vyhodnocení spokojenosti s péčí na JIP, kdy všechny ženy po celkové anestézii tuto péči hodnotily známkou 1 či 2 (bylo použito známkování od 1-5, kdy 1 je maximální spokojenost s péčí a známka 5 vyjadřuje nespokojenost). Ale necelá čtvrtina žen po svodné anestézii hodnotila péči známkou 3 a více.

Z výsledků studie pro praxi vyplývá, že je nutné ženy před plánovaným císařským řezem maximálně edukovat, ať formou těhotenských předporodních kurzů či minimálně anesteziologem během předanestetického vyšetření. Je nutné zajistit maximální psychické pohodlí, tedy přítomnost partnera, nestresující prostředí, dostatečnou a dobrou komunikaci personálu a empatický přístup.

Dalším bodem, na který je třeba směřovat pozornost je úroveň pooperační analgezie se snahou o multimodální přístup k léčbě bolesti.

Významným faktorem spokojenosti je přístup ošetřujícího personálu i na JIP, tudíž i zde byly shledány rezervy v možnostech jak zlepšit míru spokojenosti žen po plánovaném císařském řezu ať v celkové či svodné anestézii. Opět zdůrazňuji dostatečnou komunikaci, empatický a profesionální přístup k šestinedělkách.

Cíle bakalářské práce, které jsem na počátku vytyčila byly dle mého názoru splněny.

ANOTACE

Autor:	Lucie Nováčková
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetrovatelství
Název práce:	Míra spokojenosti žen po plánovaném císařském řezu v celkové versus svodné anestézii
Vedoucí práce:	Mgr. Eva Vachková
Počet stran:	101
Počet příloh:	6
Rok obhajoby:	2011
Klíčová slova:	císařský řez, celková anestézie, svodná anestézie, spokojenost

Spokojenost pacientů je jeden z klíčových faktorů, které ovlivňují formování názoru laické veřejnosti na zdravotní systém.

Cílem bakalářské práce je porovnat míru spokojenosti u žen po plánovaném císařském řezu v celkové versus svodné anestézii. Výzkum proběhl dotazníkovým šetřením pacientek na Gynekologicko-porodnické JIP Oblastní nemocnice Kolín, a.s. Zkoumaný vzorek tvořilo 50 žen, 30 z nich podstoupilo plánovaný císařský řez ve svodné anestézii a 20 žen v celkové anestézii. Mezi další parametry, které byly sledovány patří vztah mezi úrovní spokojenosti a předoperační anxiétou, míra informovanosti v oblasti možnosti anestézie, stupeň pooperačních bolestí a spokojenost s pooperační péčí na JIP ONK a.s.

The patients satisfaction is one of the key factors that influence the shaping of public opinion on the general healthcare system.

The goal of the bachelor's thesis is to compare the level of satisfaction among women undergoing elective caesarian section under general or regional anesthesia. Research conducted a questionnaire survey of patients in the HDU of Gynaecology and Obstetrics in Regional Hospital Kolin, a.s. The sample consisted of 50 women, 30 of them underwent an elective caesarian section under regional anesthesia and 20 women under general anesthesia. Other parameters were observed belong relationship among satisfaction and preoperative anxiety, the level of awareness of the possibilities of anesthesia, the level of postoperative pain and satisfaction of postoperative care in HDU.

LITERATURA A PRAMENY

1. AFOLABI, B.B., LESI, F.E.A., MERAH, N.A. Regional versus general anaesthesia for caesarean section (Review). *The Cochrane Collaboration*. New York (USA): Wiley. ISSN 1464-780. 2007. vol. 4, s. 44
2. BÉHAGUE, D. P., VICTORA, C. G., BARROS, F. C. Consumer demand for caesarean sections in Brazil: population based birth cohort study linkink ethnographic and epidemiological methods. *BMJ*. Oxford (UK): Oxford University Press. ISSN 0959-8138. 2002. vol. 324, s. 542-545
3. BRZOSKOVÁ, M. *Císařský řez, výhra nebo selhání?* Bakalářská práce obhájená na Fakultě zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci v r. 2010. 76s. Depon in: Archív Ústavu ošetrovatelství Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci
4. ČECH, E., HÁJEK, Z., MARŠÁL, K., SRP, B., et kol. *Porodnictví. 2. přepracované a doplněné vyd.* Praha: Grada Publishing, 2006. 546 s. ISBN 80-247-1313-9
5. DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry. 2. vyd.* Praha: Grada Publishing, 2001. 565 s. ISBN 80-247-0242-8
6. DOLEŽAL, A. Historie císařského řezu do XX. století. *Moderní gynekologie a porodnictví*. Praha: LEVRET s.r.o. ISSN 1211-1058. 2008. vol. 17, č. 1, s. 5-11
7. DOLEŽAL, A. *Technika porodnických operací*. Praha: Grada Publishing, 1998. 232s. ISBN 80-7169-549-1
8. DOLEŽAL, A., et kol. *Porodnické operace*. Praha: Grada Publishing, 2007. 376s. ISBN 978-80-247-0881-2
9. DRÁBKOVÁ, J. Regionální anestezie a analgezie v porodnictví z pohledu nového století. *Referátový výběr z anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny*. Praha: Národní lékařská knihovna. ISSN 1212-3048. 2003, sv. 50, č.1, s. 3-12
10. FUŇKA, J. Anestezie k císařskému řezu. *Moderní gynekologie a porodnictví*. Praha: LEVRET s.r.o. ISSN 1211-1058. 2008. vol 17, č. 1, s. 28-36
11. HOBSON, J.A., SLADE, P., WRENCH, I.J., POWER, L. Preoperative anxiety and postoperative satisfaction in women undergoing elective caesarean section. *International Journal of Obstetric Anesthesia*. Londýn (UK): Elsevier Ltd. ISSN 0959-289. 2006. vol. 15, s. 18-23

12. IMPEY, L., CHILD, T. *Obstetrics and Gynaecology*. Chichester UK: Wiley-Blackwell, 2008. 3. vyd., 332s. ISBN 978-1-4051-6095-7
13. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010. 80s. ISBN 978-80-247-2171-2
14. KAMENÍKOVÁ, M., KYASOVÁ, M. *Ošetrovatelské diagnózy na porodním sále*. Praha: Grada Publishing, 2003. 92s. ISBN 80-247-0285-1
15. LARSEN, R. *Anestezie*. Praha: Grada Publishing, 2004. 7. vyd. 1392s. ISBN 80-247-0476-5
16. LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2004. 954s. ISBN 80-247-0668-7
17. LITTLEFORD, J. Effects on the fetus and newborn of maternal analgesia and anesthesia: a review: *Canadian Journal of Anesthesia*. Ottawa (Kanada): Springer. ISSN 1496-8975. 2004. vol. 51, č. 6, s. 586-609
18. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada Publishing, 2006, 264s. ISBN 80-247-1399-3
19. MILOSCHESKY, D. a kol. *Regionální anestezie*. Praha: Astra Pharmaceuticals, s.r.o. 1998. 208s. ISBN 80-902532-9-6
20. MORGAN, P.J., LO, J., HALPERN, S. The development of a maternal satisfaction scale for caesarean section. *International Journal of Obstetric Anaesthesia*. Londýn (UK): Elsevier Ltd. ISSN 0959-289. 1999. vol. 3, s. 165-170
21. PAŘÍZEK, A. *Aktuální vývoj porodnické analgezie/anestézie v ČR*. [online] Dostupné na WWW<<http://www.csarim.cz/Text/xvii-kongres-csarim?MenuItemId=101>>
22. PAŘÍZEK, A. Spinální anestézie u císařského řezu. *Anesteziologie a intenzivní medicína*. Praha: Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně. ISSN 1214-2158. 2006. roč. 17, č.6, s. 274-276
23. PAŘÍZEK, A. a kol. *Porodnická analgezie a anestezie*. Praha: Grada Publishing, 2002, 536s. ISBN 80-7169-969-1
24. PESCHOUT, R. Psychosociální indikace k císařskému řezu. *Moderní gynekologie a porodnictví*. Praha: LEVRET s.ro. ISSN 1211-1058. 2008. vol 17, č. 1, s. 23-27
25. ROZTOČIL, A. Pooperační péče po císařském řezu. *Moderní gynekologie a porodnictví*. Praha: LEVRET s.r.o. ISSN 1211-1058. 2008. vol 17, č. 1, s. 60-69
26. ROZTOČIL, A., et kol. *Intenzivní péče na porodním sále*. Brno: IDVPZ Brno, 1996, 289s. ISBN 80-7013-230-2

27. SBÍRKA ZÁKONŮ. *Zákon č.20/1966 Sb.o péči o zdraví lidu.* [online] Dostupné na WWW<<http://czp.prf.cuni.cz/?q=node/91>>
28. ŠKUBAŘOVÁ, G. *Pohled rodiček na spinální nebo celkovou anestézii u porodu ukončeného císařským řezem.* Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě Ostravské univerzity v Ostravě v r. 2010. 58s. Depon in: Archív Ústavu ošetřovatelství a porodní asistence Lékařské fakulty Ostravské univerzity v Ostravě
29. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY. *Rodička a novorozenec 2009.* Praha: ÚZIS ČR, 2010. 128s. ISBN 978-80-7280-911-0
30. VELEBIL, P. *Epidemiologie císařského řezu. Moderní gynekologie a porodnictví.* Praha: LEVRET s.r.o. ISSN 1211-1058. 2008. vol 17, č. 1, s. 12-18
31. ZEMANOVÁ, J. *Základy anesteziologie, 1. část.* Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2005, 150s. ISBN 80-7013-374-0
32. ZWINGER, A., et al. *Porodnictví.* Praha: Galén, 2004, 532s. ISBN 80-7262-257-9

SEZNAM GRAFŮ

- Graf 1 – Procentuální zastoupení porodů per S.C. v jednotlivých letech
- Graf 2 – Typy císařských řezů
- Graf 3 – Procentuální vývoj použití celkové versus regionální anestézie u S.C.
- Graf 4 – Procentuální zastoupení žen v jednotlivých věkových kategoriích
- Graf 5 – Procentuální zastoupení věkových skupin u celkové a svodné anestézie
- Graf 6 – Procentuální zastoupení parity
- Graf 7 – Procentuální srovnání počtu porodů u žen po CA a SAB
- Graf 8 – Indikace k plánovanému S.C.
- Graf 9 – Procentuální zastoupení indikací k S.C. u CA a SAB
- Graf 10 – Informovanost o způsobu anestézie během těhotenství
- Graf 11 – Procentuální zastoupení informovanosti žen dle typu anestézie
- Graf 12 – Zdroje informací o anestézie k S.C.
- Graf 13 – Procentuální zastoupení zdrojů informací dle typu anestézie
- Graf 14 – Poměr žen, které absolvovaly S.C. poprvé a ostatní
- Graf 15 – Procentuální zastoupení žen po prvním S.C. a ostatní dle typu anestézie
- Graf 16 – Procentuální zastoupení metod anestézie u žen, které již S.C. rodily
- Graf 17 – Druh zvolené anestézie u žen, které již S.C. rodily
- Graf 18 – Procentuální zastoupení metod anestézie
- Graf 19 – Správnost stanovení podstoupeného typu anestézie
- Graf 20 – Úroveň znalostí žen o celkové anestézii
- Graf 21 – Úroveň znalostí žen o celkové anestézii dle typu anestézie
- Graf 22 – Úroveň znalostí žen o svodné anestézii
- Graf 23 – Úroveň znalostí žen o svodné anestézii dle typu podstoupené anestézie
- Graf 24 – Bezpečnější způsob anestézie
- Graf 25 – Bezpečnější způsob anestézie dle typu podstoupené anestézie
- Graf 26 – Rozhodnutí o typu anestézie
- Graf 27 – Rozhodnutí o typu anestézie dle podstoupeného druhu anestézie
- Graf 28 – Míra intenzity strachu před císařským řezem
- Graf 29 – Intenzita strachu dle typu podstoupené anestézie
- Graf 30 – Obavy z celkové anestézie
- Graf 31 – Obavy z celkové anestézie dle typu anestézie

- Graf 32 – Obavy ze svodné anestézie
- Graf 33 – Obavy ze svodné anestézie dle typu anestézie
- Graf 34 – Spokojenost s podstoupenou anestézií
- Graf 35 – Spokojenost s anestézií dle podstoupeného typu
- Graf 36 – Znovuzvolení typu anestézie
- Graf 37 – Znovuzvolení typu anestézie dle podstoupeného druhu
- Graf 38 – Intenzita pooperačních bolestí
- Graf 39 – Intenzita pooperačních bolestí dle typu anestézie
- Graf 40 – Intenzita bolesti vyjádřená na VAS
- Graf 41 – Intenzita bolesti vyjádřená na VAS dle typu anestézie
- Graf 42 – Oznámkování péče na JIP
- Graf 43 – Hodnocení péče na JIP dle typu anestézie
- Graf 44 – Srovnání spokojenosti s anestézií a parity
- Graf 45 – Závislost S.C. v anamnéze a spokojenosti
- Graf 46 – Míra spokojenosti v závislosti na míře obav
- Graf 47 – Míra spokojenosti s anestézií a současně s péčí na JIP

SEZNAM OBRÁZKŮ

- Obr. 1 – Způsoby vedení řezu na děloze – zdroj 5
Obr. 2 – Pozice rodičky vleže nebo vsedě – zdroj 4
Obr. 3 – Pozice anesteziologa – zdroj 4
Obr. 4 – Dezinfekce okolí místa vpichu – zdroj 4
Obr. 5 – Intervertebrální prostory, jejich diagnostika a označení v poloze vleže – zdroj 4
Obr. 6 – Punkce subarachnoidálního prostoru – zdroj 2
Obr. 7 – Kombinovaná subarachnoidální a epidurální anestézie – zdroj 3
Obr. 8 – Anatomie páteře – zdroj 1
Obr. 9 – Míšní obaly – zdroj 1

Elektronické zdroje obrázků dostupné na

zdroj 1 – dostupné z <http://www.porodnici.cz/anatomie-patere> [online]

zdroj 2 – dostupné z <http://www.porodnici.cz/subarachnoidalni-analgezie> [online]

zdroj 3 – dostupné z <http://www.porodnici.cz/kombinovana-subarachnoidalni-a-epiduralni-analgezie> [online]

zdroj 4 – dostupné z <http://www.porodnici.cz/epiduralni-analgezie-zaver>[online]

zdroj 5 – dostupné z <http://www.porodnici.cz/porodnicke-operace>[online]

SEZNAM TABULEK

- Tab. 1 – Absolutní a relativní četnost věkových skupin respondentek
- Tab. 2 – Absolutní a relativní četnost parity žen u CA a SAB
- Tab. 3 – Absolutní a relativní hodnoty indikací k S.C. u CA a SAB
- Tab. 4 – Absolutní a relativní hodnoty informovanosti
- Tab. 5 – Absolutní a relativní četnost zdrojů informací
- Tab. 6 – Absolutní a relativní počty žen, které rodily poprvé S.C. a ostatní
- Tab. 7 – Absolutní a relativní četnost druhu anestézie pro předchozí S.C.
- Tab. 8 – Absolutní a relativní četnost podstoupeného typu anestézie
- Tab. 9 – Absolutní a relativní četnost úrovně znalostí žen o CA
- Tab. 10 – Absolutní a relativní četnost úrovně znalostí o svodné anestézii
- Tab. 11 – Absolutní a relativní četnost odpovědí o bezpečnějším způsobu anestézie
- Tab. 12 – Absolutní a relativní četnost odpovědí o rozhodnutí o typu anestézie
- Tab. 13 – Absolutní a relativní četnost odpovědí o míře strachu před S.C.
- Tab. 14 – Absolutní a relativní četnost odpovědí o obavách z celkové anestézie
- Tab. 15 – Absolutní a relativní četnost odpovědí o obavách ze svodné anestézie
- Tab. 16 – Absolutní a relativní četnost odpovědí o spokojenosti s anestézií
- Tab. 17 – Absolutní a relativní četnost odpovědí o znovuzvolení typu anestézie
- Tab. 18 – Absolutní a relativní četnost odpovědí o intenzitě pooperačních bolestí
- Tab. 19 – Absolutní a relativní četnost odpovědí intenzity bolestí na VAS
- Tab. 20 – Absolutní a relativní ohodnocení péče na JIP

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Historie císařského řezu

Příloha 2 - Nejčastěji diagnostikované ošetrovatelské problémy, obecné cíle a obecné intervence u žen po plánovaném S.C.

Příloha 3 - Anatomie páteřního kanálu a páteře

Příloha 4 - Žádost o povolení výzkumného šetření

Příloha 5 - Dotazník

Příloha 6 - Podklady k vyhodnocení dotazníků

PŘÍLOHY

Příloha 1 - Historie císařského řezu

Z historických pramenů vyplývá, že císařský řez znali již v Mezopotámii (Epos o Gilgamešovi), v Egyptě (Ebersův papyrus) a také židé, kteří se v lékařské knize z roku 140 našeho letopočtu zmiňují o císařském řezu na živé rodičce.

V řecké mytologii nalezneme zmínky, že bůh lékařství Asklépios byl vyňat Apolonem z těla své matky Koronis zabitě Artemidou.

V novověku jsou zmínky o provedení této operace od 16. století. Mezi nejčastější indikace patřila absolutně zúžená pánev, kdy ani po zmenšení plodu jej nebylo možno odstranit z dělohy. Výsledky byly špatné a mortalita matek dosahovala až 90%. Ženy umíraly buď na vykrvácení nebo na puerperální sepsi. Je spíše s podivem, že nějaká žena vůbec přežila.

Určitý pokrok byl umožněn ve druhé polovině 19. století zavedením principů asepse Semmelweisem a Listerem. V této době se také začala rána na děloze a laparotomie šít.

K dalšímu rozvoji jak již jsem zmiňovala přispěla anestézie, farmakoterapie, podávání transfúze. Po 2. světové válce je to objev antibiotik. (26)

V Čechách první císařský řez na živé provedl chirurg Josef Strub v Jablonném Podještědí u vlekoucího se porodu v roce 1786. Dítě bylo mrtvé, vyčerpaná žena zemřela druhý den po operaci. (6)

Příloha 2 - Nejčastěji diagnostikované ošetrovatelské problémy, obecné cíle a obecné intervence u žen po plánovaném S.C. (5, 18)

oš. diagnóza	cíle oš. péče	oš. intervence
<p>Oš. dg. č. 00132 Akutní bolest Doména č. 12 – Komfort Třída – tělesný komfort P: akutní bolest E: operační výkon S: subj. nedělka udává bolest obj. bolestivá mimika ženy</p>	<ul style="list-style-type: none"> - zmírnit bolest - dodržovat předepsaný farmakologický režim 	<ul style="list-style-type: none"> - posuďte bolest včetně lokalizace, charakteru, častosti a zhoršujících faktorů - založte „Záznam hodnocení bolesti“ - posuďte vnímavost nedělky, její chování - pozorujte neverbální projevy - posuďte ženinu znalost léčby bolesti - podávejte analgetika dle ordinace lékaře - sledujte, zda se bolest mění - proveďte záznam do dokumentace
<p>Oš. dg. č. 00046 Porušená kožní integrita Doména č. 11 – Bezpečnost, ochrana Třída – tělesné postižení P: porušená kožní integrita E: operační rána, invazivní vstupy (periferní intravenózní kanyla, permanentní močový katétr, Redonův drén, epidurální katétr) S: obj. destrukce vrstev kůže</p>	<ul style="list-style-type: none"> - zhojit ránu per primam - okolí Redon. drénu, periferní kanyly a epidurálního katétru je bez známek sekrece a zánětu, nejsou známky infekce močových cest z důvodu zavedení permanentního močového katétru 	<ul style="list-style-type: none"> - založte dokumentaci "Záznam o hojení ran" - sledujte fyziologické funkce - povšimněte si barvy a textury kůže a kožního turgoru - vyšetřete okolní kůži, zda není zduřená či macerovaná - povšimněte si zápachu postižené oblasti kůže - používejte vhodný obvaz. materiál, krytí ran - dle indikace odeberte vzorky z ran na kultivační vyšetření a stanovení antimikrobiální citlivost - všimněte si celkových známek infekce – teplota, vzestup leukocytů a CRP - zajistěte dostatek informací o hojení ran, příznacích infekce - kontrolujte okolí drénu, periferní intravenózní kanyly a epidurálního katétru - informujte lékaře o příznacích infekce, proveďte záznam do dokumentace

<p>Oš. dg. č. 00134 Nauzea Doména č. 12 – Komfort Třída – tělesný komfort P: nauzea E: stav po anestézii (může být u celkové i svodné anestézie) S: subj. žena udává pocit na zvracení obj. polykací pohyby, zvýšené slinění</p>	<ul style="list-style-type: none"> - nemít nauzeu 	<ul style="list-style-type: none"> - podávejte dle ordinace lékaře léky, které umožňují předejít nevolnosti nebo ji zmírňují - pobízejte ženu k hlubokému, pomalému dýchání - zabavte ženu poslechem hudby, povídáním si - vysvětlete příznaky dehydratace a zdůrazněte význam vhodné náhrady tekutin - proveďte záznam do dokumentace
<p>Oš. dg. č. 00103 Porušené polykání Doména č. 2 – Výživa Třída – přijímání potravy P: porušené polykání E: celková anestézie, následek intubace S: subj. žena si stěžuje na potíže při polykání, bolest v krku</p>	<ul style="list-style-type: none"> - slovně vyjádřit pochopení příčiny - nalezení individuálně vhodných intervencí ke zlepšení příjmu a prevenci aspirace - udržovat adekvátní hydrataci s normálním kožním turgorem, vlhkými sliznicemi a přiměřenou diurézu 	<ul style="list-style-type: none"> - informujte ženu, že tyto poruchy souvisí s celkovou anestézií a zase odezní - prohlédněte dutinu nosohltanu, zda tam není edém - zhodnoťte schopnost polykat rozdrcené kostky ledu nebo malé doušky vody - volte jídlo takové konzistence, aby ho žena co nejlépe spolkla - proveďte záznam do dokumentace
<p>Oš. dg. č. 00016 Porušené vyprazdňování moči Doména č. 3 – Vylučování a výměna Třída – vyprazdňování moči P: porušené vyprazdňování moči</p>	<ul style="list-style-type: none"> - dosáhnout normálního vylučování moči - předejít vzniku infekce močových cest 	<ul style="list-style-type: none"> - edukujte pacientku o možných problémech a nutnosti ihned je hlásit - zdůrazněte nutnost dostatečného příjmu tekutin - před odstraněním permanentního katétru nejdříve jej zaštipněte - vyšetřete palpačně kam sahá močový měchýř, při retenci ženu vycévkujte - pátrejte po infekci močového systému

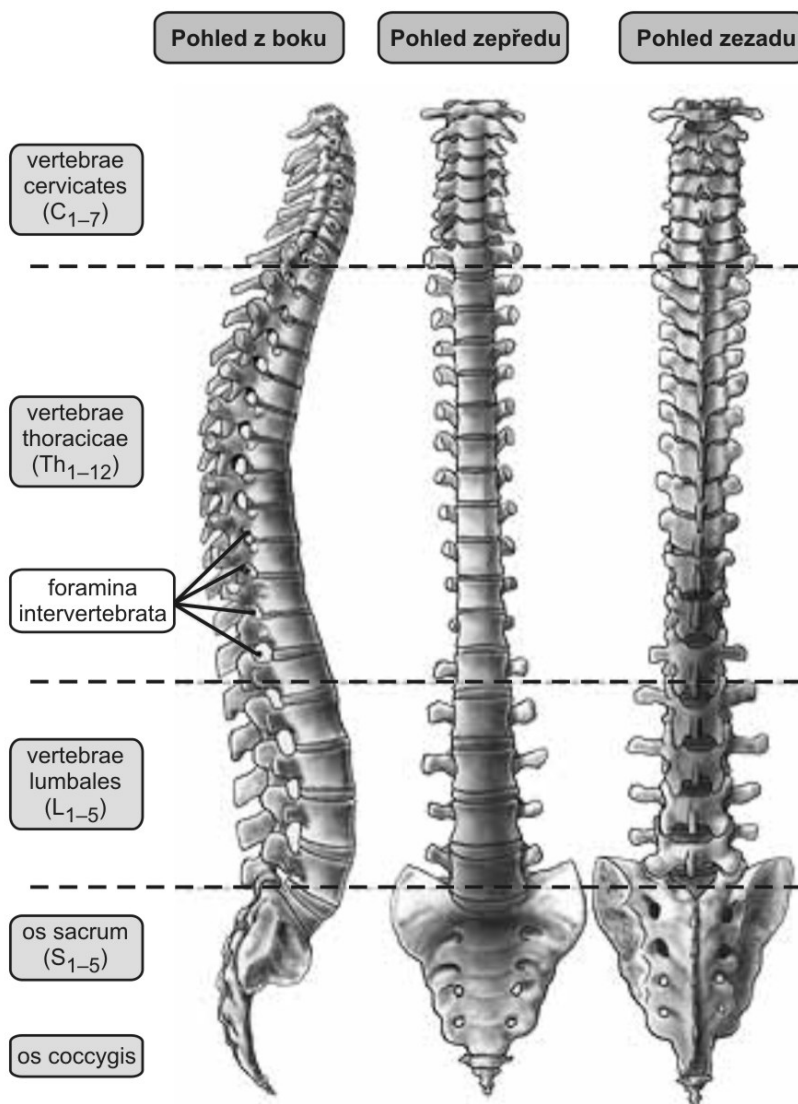
<p>E: operace S: obj. retence či inkontinence moči</p>		<ul style="list-style-type: none"> - upozorněte lékaře na daný problém - proveďte záznam do dokumentace
<p>Oš. dg. č. 00095 Porušený spánek Doména č. 4 – Aktivita, odpočinek Třída – spánek, odpočinek P: porušený spánek E: bolest, operační rána, hospitalizace S: subj. pacientka udává nedostatečný spánek, špatné usínání, bolestivost operační rány obj. pozorujeme příznaky nevyspání</p>	<ul style="list-style-type: none"> - zajistit kvalitní spánek, Pocit ranní svěžesti 	<ul style="list-style-type: none"> - aplikujte v pooperačním období analgetika dle ordinace lékaře - zjistěte jaká je představa o přiměřeném spánku - doporučte omezení kofeinu, čokolády zvláště v době před spaním - doporučte omezení tekutin večer - doporučte chodit spát ve stejnou dobu, vstávat ve stejnou dobu, nečist v posteli, nespát déle než 7 hodin denně - zajistěte klidné prostředí, vyvětraný pokoj - uspořádejte péči tak, aby žena měla k dispozici nepřerušované období pro odpočinek, zejména delší období pro spánek - ujistěte nedělkou, že příležitostné nespání neohrozí její zdraví - proveďte záznam do dokumentace
<p>Oš. dg. č. 00126 Deficitní znalost Doména č. 5 – Vnímání, poznávání Třída – poznávání P: deficitní znalost (pooperační péče, šestinedělí, kojení, ...) E: nedostatek zkušeností, needukovanost S: subj. slovní vyjádření deficitu znalostí</p>	<ul style="list-style-type: none"> - zajistit dostatek informací o pooperačním průběhu, šestinedělí, kojení - pochopit pooperační průběh 	<ul style="list-style-type: none"> - zjistěte úroveň znalostí ženy - vezměte v úvahu, zda se jedná o ženu, která již rodila či nikoliv - zajistěte dětskou sestru pro edukaci v rámci kojení - informujte ženu o pooperačním průběhu, možných komplikacích - poskytněte ženě informační materiály - dejte prostor ženě pro její otázky - ujistěte se zda žena informacím rozumí nebo zda je nutné něco zopakovat - proveďte záznam do dokumentace
<p>Oš. dg. č. 00039 Riziko aspirace Doména č. 11 – Bezpečnost, ochrana</p>	<ul style="list-style-type: none"> - zabránit aspiraci a udržet normální neslyšné dýchání bez patologických přídavných zvuků 	<ul style="list-style-type: none"> - sledujte úroveň vědomí nedělkou - posuzujte množství a konzistenci bronchiálních sekretů a sílu dávivého reflexu - mějte připraveno odsávací zařízení

<p>Třída – tělesné poškození P: riziko aspirace RF: anestézie, zvracení, porucha vědomí</p>		<ul style="list-style-type: none"> - ženu uložte do zvýšené polohy - sledujte fyziologické funkce, kvalitu dýchání - proveďte záznam do dokumentace
<p>Oš. dg. č. 00004 Riziko infekce Doména č. 11 – Bezpečnost, ochrana Třída – infekce P: riziko infekce RF: porušená kožní integrita (operační rána, intravenózní periferní kanyla, Redonův drén, epidurální katétr) a zavedení permanentního močového Katétru</p>	<ul style="list-style-type: none"> - zabránit vzniku infekce operační rány, v okolí periferní kanyly, epidurálního katétru, Redonova drénu a zabránit močové infekci 	<ul style="list-style-type: none"> - pátrejte po místních známkách infekce v místě operační rány, kolem periferní kanyly, Redonova drénu či epidurálního katétru - myslete na možnost sepse, k jejímž příznakům patří horečka, třesavka, pocení, porucha vědomí a pozitivní bakteriologie - naučte nedělkou pečovat o operační ránu a měnit krytí - poučte ženu jak chránit kůži a bránit rozšíření případné infekce - vysvětlete profylaktické užívání ATB - upozorněte nedělkou na příznaky počínající infekce v ráně - zeptejte se pacienta na pocity pálení či řezání při močení - proveďte záznam do dokumentace
<p>Oš. dg. č. 00028 Riziko deficitu tělesných tekutin Doména č. 2 – Výživa Třída – hydratace P: riziko deficitu tělesných tekutin RF: operační zákrok – krvácení, zvracení, nemožnost přijímat tekutiny per os hned po operaci</p>	<ul style="list-style-type: none"> - zabránit rozvoji deficitu tělesných tekutin 	<ul style="list-style-type: none"> - sledujte příjem a výdej tekutin - dle indikace lékaře podávejte náhradní tekutiny parenterálně - sledujte odpad z Redonova drénu, stav operační rány, fyziologické funkce - sledujte známky krvácení i vnitřního - posuďte stav sliznic, kožní turgor - sledujte laboratorní výsledky (krevní obraz, koagulace) - změny ve stavu ženy ihned hlaseť lékaři - proveďte záznam do dokumentace

Příloha 3 – Anatomie páteřního kanálu a páteře

Páteř je tvořena 33-34 obratli. Tvoří ji 7 krčních, 12 hrudních, 5 bederních, 5 křížových a 4-5 kostrčních obratlů. Křížové a kostrční obratle jsou v dospělosti srostlé. Páteř má i svá fyziologická zakřivení. Jedná se o krční a bederní lordózu a hrudní a bederní kyfózu – viz obr. č. 8. Tato zakřivení společně s patologickými zakřiveními a degenerativními změnami mohou způsobit obtíže při punkci subarachnoidálního či epidurálního prostoru.

Obr. č. 8 – Anatomie páteře (www.porodnici.cz)



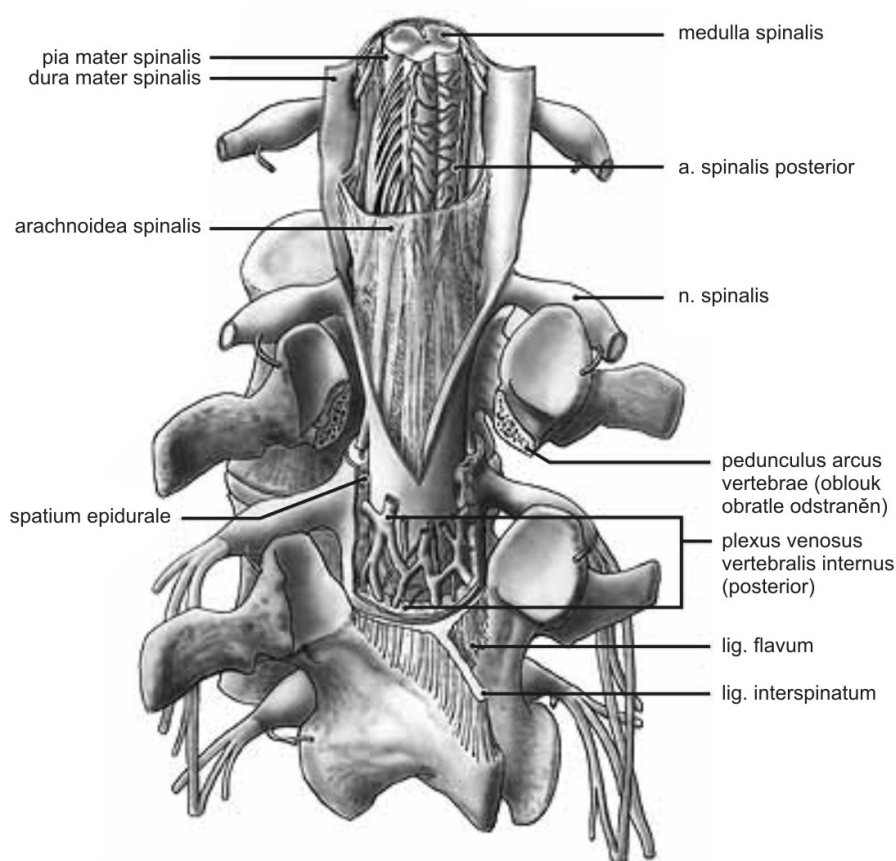
Pátevní kanál ohraničují zepředu těla obratlů a meziobratlové disky, vzadu oblouky obratlů a vazy. Po stranách se nacházejí laminy a pedikly. Uvnitř kanálu se nachází mícha, její obaly, mozkomíšní mok, kořeny míšních nervů, cévy, tuk a vazivo.

Oblouky obratlů spojuje ligamentum flavum (žlutý vaz), který je místem hlavního odporu při epidurální punkci.

Mícha je u dospělého člověka asi 45 cm dlouhá a dosahuje k hornímu okraji druhého bederního obratle. Kraniálně přechází v prodlouženou míchu, kaudálně končí jako conus medullaris, ze kterého vystupuje filum terminale, který dosahuje až do kostrče.

Míšní obaly tvoří tři vrstvy. Zevní vrstva je dura mater (tvrdá plena). Velmi intimně na ni naléhá arachnoidea (pavučnice). Vlastní obal povrchu míchy tvoří pia mater (měkká plena). Prostor mezi ní a arachnoideou vyplňuje mozkomíšní mok – viz obr. č. 9.

Obr. č. 9 – Míšní obaly (www.porodnici.cz)



Subarachnoidální prostor je mezi pia mater a arachnoideou.

Epidurální prostor je mezi dura mater a stěnou páteřního kanálu. Bývá asi 5 mm široký. (19)

Příloha 4 – Žádost o povolení výzkumného šetření

Vážená paní
Irena Šandová
hlavní sestra ONK a.s.
Žižkova 146
280 00 Kolín III.

V Kolíně dne 15.10.2010

Věc: žádost o povolení výzkumného šetření na gyn.-por. odd. ONK a.s.

Vážená hlavní sestro,

dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na gynekologicko porodnickém oddělení v Oblastní nemocnici Kolín a.s., jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce Lucie Nováčkové, nar. 11.5.1978, studentky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, kombinované formy, LFUK v Hradci Králové.

Cílem práce je rozbor úrovně spokojenosti žen, které podstoupily plánovaný císařský řez v celkové versus svodné anestézii.

Výzkumné šetření bude provedeno formou anonymního a dobrovolného dotazníku, který je k žádosti přiložen. Součástí bude pořízení fotografií jednotlivých anesteziologických technik při plánovaném císařském řezu se souhlasem rodičky.

Bakalářská práce je zpracovávána pod odborným vedením Mgr. Evy Vachkové, vedoucí Oddělení ošetrovatelství na Ústavu sociálního lékařství LFHK UK.

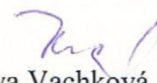
Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

S pozdravem

Lucie Nováčková
Na Magistrále 813
280 02 Kolín 2
tel.: 602 950 016
e-mail: lucieaga@gmail.com
pracoviště: RIP – RES ONK a.s.



Mgr. Eva Vachková
vedoucí oddělení ošetrovatelství
Ústav sociálního lékařství
tel.: 495 816 365
e-mail: vachkovae@lfhk.cuni.cz



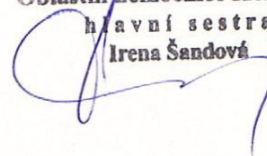
Vyjádření:

Souhlasím
Nesouhlasím

Odůvodnění:

Datum: 25.10.2010

Oblastní nemocnice Kolín, a.s.
hlavní sestra
Irena Šandová



Podpis, razítko:

Příloha 5 – Dotazník

Vážená paní,

dovoluji si Vás oslovit a zároveň požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce. Cílem je zjistit míru Vaší spokojenosti s anestézií k provedenému plánovanému císařskému řezu. Dotazník je anonymní a tudíž se neobávejte sdělit i negativní zkušenosti.

Děkuji Vám za spolupráci a Váš čas.

Lucie Nováčková, studentka 3. ročníku Ošetrovatelství, LFUK v Hradci Králové

DOTAZNÍK K BAKALÁŘSKÉ PRÁCI

1. Kolik je Vám let? let

2. Po kolikáté jste rodila?

3. Z jakého důvodu byl proveden plánovaný císařský řez? (např. z důvodu Vašeho onemocnění, polohy plodu, vícečetného těhotenství, císařský řez jste již dříve podstoupila, na Vaše přání, nevíte, atd....), důvodů můžete uvést víc
.....
.....

4. Byla jste informovaná o způsobu anestézie k plánovanému císařskému řezu během těhotenství?
A: ano
B: ne

5. Odkud pocházely Vaše informace o anestézii k císařskému řezu? Můžete zvolit několik možností.
- A: gynekolog, porodní asistentka
 - B: anesteziolog
 - C: internet
 - D: odborná či zábavná literatura
 - E: rodina, známí, přátelé
6. Byl toto Váš první císařský řez?
- A: ano (přejděte k otázce č.8)
 - B: ne
7. Jaký byl typ anestézie pro předchozí císařský řez?
- A: celková
 - B: svodná (vpich do zad, tedy epidurální nebo subarachnoideální anestézie)
 - C: oba typy, absolvovala jsem již 2 nebo více císařských řezů
8. Jaký byl typ anestézie, který jste nyní podstoupila k plánovanému císařskému řezu?
- A: celková
 - B: svodná (vpich do zad, tedy epidurální nebo subarachnoidální anestézie)
 - C: nevím
9. Jaká byla Vaše úroveň znalostí o možnostech a rizicích celkové anestézie k císařskému řezu? Označte od 1 do 5 jako ve škole.
- 1 2 3 4 5
10. Jaká byla Vaše úroveň znalostí o možnostech a rizicích svodné anestézie k císařskému řezu (vpich do zad, operace je provedena při vědomí)? Označte od 1 do 5 jako ve škole.
- 1 2 3 4 5
11. Jaký způsob anestézie k císařskému řezu je dle Vašeho názoru pro ženu bezpečnější?
- A: celková anestézie
 - B: svodná anestézie
 - C: není rozdíl mezi typem anestézie
 - D: nevím, neumím posoudit

12. Poskytl Vám anesteziolog dostatek informací a možnost abyste se rozhodla, který typ anestézie podstoupíte?
- A: ano, vše mi dostatečně vysvětlil a já se mohla rozhodnout sama
 - B: ne, o způsobu anestézie rozhodl sám
 - C: byla jsem předem rozhodnutá a vyžadovala určitý typ anestézie
13. Jak intenzivní byla míra Vašeho strachu před císařským řezem
- A: neměla jsem obavy
 - B: trochu jsem se bála
 - C: měla jsem velký strach
 - D: byla jsem strachy bez sebe .
14. Jaký je typ Vašich obav z celkové anestézie?
- A: neprobudím se z anestézie
 - B: budu vnímat co se na sále děje, slyšet hlasy operatérů a nebudu se moci pohnout
 - C: anestézie změní mou osobnost, budu jiná, než předtím
 - D: jiný typ obav, prosím uveďte:
 - E: neměla jsem žádné obavy
15. Jaký je typ Vašich obav ze svodné anestézie? (z vpichu do zad)
- A: po výkonu ochrnu a nebudu již chodit
 - B: znecitlivění nebude dostatečné a budu mít bolesti během operace
 - C: budu mít bolesti hlavy po operaci
 - D: jiný typ obav, prosím uveďte:
 - E: neměla jsem žádné obavy
16. Jak jste byla spokojená s anestézií pro plánovaný císařský řez?
- A: výborné, nemám námitek
 - B: velmi dobré
 - C: dobré, ale vadilo mi.....
 - D: nedobrá zkušenost
 - E: hrozný zážitek, už nikdy!

17. Pokud byste musela podstoupit císařský řez znovu, volila byste stejný typ anestézie?
- A: ano s anestézií jsem byla spokojena a neměnila bych
 - B: se svodnou anestézií jsem spokojena nebyla a pokud příště, tak jediné jiný typ anestézie
 - C: s celkovou anestézií jsem spokojena nebyla a pokud příště, tak jediné jiný typ anestézie
 - D: nevím, je mi jedno jaký typ anestézie se zvolí
18. Měla jste po operaci bolesti?
- A: ano, byly velmi silné
 - B: ano, ale byly snesitelné
 - C: minimální
 - D: vůbec žádné
19. Ohodnořte tuto bolest číslicí od 0 do 10 zakroužkováním (0 žádná bolest, 10 maximální bolest jakou si umíte představit)
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
20. Jak jste byla spokojena s pooperační péčí na JIPu? Označte od 1 do 5 jako ve škole.
- 1 2 3 4 5
21. Pokud jste hodnotila známkou 3-5, prosím, uveďte 3 nejdůležitější důvody nespokojenosti.
- 1
- 2
- 3

Ještě jednou děkuji za Vaši ochotu a čas k vyplnění dotazníku.

Lucie Nováčková

Příloha 6 - Podklady k vyhodnocení dotazníků

Podklady k hodnocení dotazníků – CA a SAB

	ot. 1	ot.2	ot.3	ot.4	ot.5	Ot.6	ot.7	ot.8	ot.9	ot.10	ot.11	ot.12	ot.13	ot.14	ot.15	ot.16	ot.17	ot.18	ot.19	ot.20	ot.21
CA 1.	32	2	S.C.	A	B,D	B	A	A	1	2	B	C	B	D	B	B	A	A	6	2	
CA 2.	37	2	S.C.	A	A,B	B	A	A	1	1	A	A	A	E	B	A	A	C	3	1	
CA 3.	31	2	S.C.	A	C	B	A	A	1	1	A	A	C	B	B	A	A	B	7	1	
CA 4.	34	2	gemini	A	A,B,C,D	A		A	2	2	D	A	C	A	A	C	D	B	5	1	
CA 5.	25	1	kef.pel.n	A	B,D	A		A	1	2	B	C	A	E	B	A	A	A	7	2	
CA 6.	28	1	chron.on.	A	B	A		A	2	1	A	A	D	B	A	A	A	B	3	1	
CA 7.	34	2	S.C.	A	B	B	A	A	5	5	A	A	B	D	B	A	A	B	2	1	
CA 8.	31	1	gemini	B	B	A		A	5	5	A	A	B	E	E	A	A	B	4	1	
CA 9.	33	2	nepostup	A	A	B	A	A	2	2	C	C	B	D	D	B	A	B	10	1	
CA 10.	22	1	poloha	A	A,B	A		A	2	2	A	A	A	A	A	A	A	C	2	2	
CA 11.	31	2	S.C.	A	B,D	B	A	A	3	3	D	A	A	E	E	A	A	B	3	1	
CA 12.	27	2	S.C.	N	B	B	A	A	1	1	B	A	B	E	D	B	A	B	5	1	
CA 13.	27	2	chron.on.	A	A,B,D	A		A	2	2	A	C	A	E	C	B	D	D	0	1	
CA 14.	31	2	S.C.	A	B,D	B	A	A	1	3	A	A	B	B	A	A	A	C	1	1	
CA 15.	37	1	chron.on.	A	A,E	A		A	2	5	B	B	D	A	E	B	D	C	3	1	
CA 16.	37	2	poloha	A	A,B	A		A	1	1	C	A	A	E	D	A	A	C	2	1	
CA 17.	29	2	S.C.	A	A,B	B	A	A	1	1	D	A	C	A	B	B	A	B	4	1	
CA 18.	28	1	poloha	A	B,E	A		A	2	2	B	A	C	A	B	A	D	C	6	2	
CA 19.	32	3	S.C.	A	A,B	B	A	A	1	2	C	C	B	B	A	B	A	B	3	1	
CA 20.	34	2	chron.on.	A	A,B	B	A	A	2	3	A	B	B	E	A	A	A	C	7	2	

Vysvětlivky: kef.pel.n. - kefalopelvícký nepoměr

nepostup - nepostupující porod

chron.on. - chronické onemocnění

ot. 21 - při hodnocení 3 a více - uvedla či neuvedla důvody

	ot. 1	ot.2	ot.3	ot.4	ot.5	ot.6	ot.7	ot.8	ot.9	ot.10	ot.11	ot.12	ot.13	ot.14	ot.15	ot.16	ot.17	ot.18	ot.19	ot.20	ot.21
SAB 1.	34	3	S.C.	A	B,C	B	B	B	1	1	B	A	C	A	B	A	A	B	6	1	
SAB 2.	27	2	poloha	A	A	B	B	B	3	2	B	A	C	A	C	A	A	A	7	1	
SAB 3.	30	2	S.C.	A	A,B,C	B	B	B	3	3	B	A	B	E	E	B	A	C	2	1	
SAB 4.	36	3	S.C.	A	B,C	B	A	B	3	4	C	C	C	E	C	C	D	A	6	2	
SAB 5.	34	2	S.C.	A	B,C,E	B	A	B	2	2	B	A	B	D	E	B	A	C	2	2	
SAB 6.	29	3	chron.on.	A	A,B,D,E	A		B	1	1	B	A	B	E	B	A	A	D	0	1	
SAB 7.	27	3	poloha	A	B	A		B	1	1	D	A	B	E	E	E	D	B	2	1	
SAB 8.	20	1	nepostup	A	B	A		B	5	5	D	B	C	B	B	C	A	A	10	5	neuedla
SAB 9.	30	2	poloha	A	A,B,E	A		B	3	3	D	C	C	B	A	C	D	B	3	2	
SAB 10.	30	1	poloha	A	A,B,D	A		B	1	1	D	A	A	E	D	A	A	B	2	1	
SAB 11.	32	3	S.C.	B	B	B	B	B	4	2	D	B	B	A	B	A	A	A	4	4	uedla
SAB 12.	34	2	S.C.	B	C,E	B	B	B	3	3	B	C	B	B	C	C	A	B	6	1	
SAB 13.	35	3	poloha	B	E	A		B	3	3	D	A	B	E	E	B	D	C	5	1	
SAB 14.	30	2	chron.on.	A	B,E	B	B	B	2	2	B	A	B	A	C	B	A	B	4	3	uedla
SAB 15.	33	1	poloha	A	B,E	A		B	1	1	B	A	A	B	B	A	B	C	2	1	
SAB 16.	32	2	S.C.	A	B,E	B	A	B	1	1	D	A	B	E	E	D	B	B	3	3	neuedla
SAB 17.	37	2	poloha	A	B,C,D	A		B	1	1	B	C	B	A	D	B	A	C	2	3	uedla
SAB 18.	40	3	S.C.	A	B,C	B	B	B	5	4	B	B	D	B	A	D	B	B	3	2	
SAB 19.	25	2	poloha	A	A,C	A		B	3	2	B	A	C	D	C	A	A	B	3	3	uedla
SAB 20.	34	1	poloha	A	B	A		B	1	1	B	A	C	D	E	B	A	C	5	2	
SAB 21.	25	1	gemini	A	B	A		B	1	1	D	A	C	B	A	B	A	B	3	2	
SAB 22.	30	2	S.C.	A	A,B	B	B	B	1	1	D	A	A	E	C	C	A	B	8	1	
SAB 23.	27	1	poloha	A	A,B	A		B	1	1	D	A	C	B	B	A	A	C	2	1	
SAB 24.	31	1	poloha	A	A,B	A		B	2	2	B	A	B	B	B	B	A	B	3	1	
SAB 25.	31	1	poloha	A	B	A		B	1	1	B	A	B	B	E	B	A	B	4	1	
SAB 26.	24	1	poloha	A	B,C,E	A		B	3	2	B	A	B	B	B	C	B	C	4	2	
SAB 27.	32	1	chron.on.	A	B,C	A		B	1	1	C	A	C	A	A	C	D	B	3	3	
SAB 28.	28	2	S.C.	A	B,D	B	B	B	2	1	A	C	A	E	E	A	A	B	2	2	
SAB 29.	34	3	S.C.	A	B	B	A	B	1	2	B	C	B	B	B	B	D	C	5	1	
SAB 30.	26	1	chron.on.	A	B,E	A		B	2	2	C	B	C	B	E	B	A	B	3	1	