

UNIVERZITA KARLOVA
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
ÚSTAV SOCIÁLNÍ LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2017

Kulichová Lucie, DiS.

**UNIVERZITA KARLOVA
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ

ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

**PRŮZKUM SPOKOJENOSTI ŽEN PO CÍSAŘSKÉM
ŘEZU V KONTEXTU S VOLBOU ANESTEZIE**

Bakalářská práce

Autor práce: **Lucie Kulichová, DiS.**
Vedoucí práce: **Mgr. Eva Vachková, Ph.D.**

2017

**CHARLES UNIVERSITY
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ**

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE

DEPARTMENT OF NURSING

**A SURAY ON THE SATISFACTION OF WOMAN
AFTER CAESAREAN SECTION IN CONTEXT WITH
THE CHOICE OF ANESTHESIA**

Bachelor's thesis

Autor: **Lucie Kulichová, DiS.**

Supervisor: **Mgr. Eva Vachková, Ph.D.**

2017

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 Kulichová, DiS.

Poděkování

Děkuji Mgr. Evě Vachkové, Ph.D. za odborné a trpělivé vedení mé bakalářské práce, za cenné rady a odborné konzultace.

Také bych ráda poděkovala kolektivu porodních asistentek Gynekologicko-porodnického oddělení Oblastní nemocnice Kolín, a.s. za pomoc při distribuci a sběru dotazníků.

Můj dík patří v neposlední řadě i mé rodině, za jejich trpělivost a velikou oporu v průběhu celého studia.

OBSAH

ÚVOD.....	7
TEORETICKÁ ČÁST	8
1 CÍSAŘSKÝ ŘEZ.....	9
1.1 Charakteristika císařského řezu	9
1.2 Historie císařského řezu	10
1.3 Indikace a kontraindikace	11
1.4 Rizika a komplikace.....	12
1.5 Předoperační příprava	13
1.5.1 Plánovaný SC.....	14
1.5.2 Akutní SC	14
1.6 Pooperační péče	14
1.7 Srovnání s vaginálním porodem	16
1.8 Ošetrovatelský proces a ošetrovatelské diagnózy po SC.....	16
2 BOLEST A JEJÍ ZVLÁDÁNÍ.....	20
3 ANESTÉZIE U CÍSAŘSKÉHO ŘEZU	22
3.1 Druhy anestezie v porodnictví	22
3.2 Historie porodnické anestezie a analgezie	22
3.3 Celková anestezie	24
3.3.1 Výhody a nevýhody celkové anestezie	24
3.3.2 Rizika celkové anestezie	24
3.3.3 Léky užívané při celkové anestezii	25
3.3.4 Vliv celkové anestezie na novorozence	26
3.4 Neuroaxiální anestezie	27
3.4.1 Subarachnoidální anestezie	28
3.4.1.1 Výhody a nevýhody subarachnoidální anestezie	28
3.4.1.2 Anestetika užívaná u subarachnoidální anestezie	28
3.4.1.3 Technika provedení subarachnoidální anestezie.....	29
3.4.2 Epidurální anestezie	29
3.4.2.1 Výhody a nevýhody epidurální anestezie.....	30
3.4.2.2 Anestetika užívaná u epidurální anestezie.....	30
3.4.2.3 Technika provedení epidurální anestezie	30

3.4.3	Kombinovaná subarachnoidální a epidurální anestezie.....	31
3.4.4	Komplikace neuroaxiální anestezie	31
	EMPIRICKÁ ČÁST.....	34
4	ZKOUMANÝ SOUBOR A POUŽITÉ METODY	34
5	VÝSLEDKY.....	35
6	DISKUZE	67
	ZÁVĚR	73
	ANOTACE	75
	ANNOTATION.....	76
	POUŽITÁ LITERATURA	78
	SEZNAM ZKRATEK	80
	SEZNAM TABULEK	81
	SEZNAM GRAFŮ	83
	PŘÍLOHY	84

ÚVOD

Stát se maminkou je snem téměř každé ženy. K tomuto snu je zapotřebí mít milujícího partnera a vyvrcholením jejich společného, láskyplného citu je narození dítěte. Porod by měl být jedním z nejkrásnějších společných okamžiků a ne zážitkem plným bolesti a nepříjemných pocitů.

Porod císařským řezem, ať v anestezii celkové nebo svodné (epidurální nebo subarachnoideální), s sebou nese více komplikací než porod vaginální cestou. Dle doporučení Světové zdravotnické organizace (WHO) by počet porodů císařským řezem neměl přesáhnout 15 %. Císařských řezů se v současné době provádí okolo 25 %, ale ukazuje se nepatrný trend v jejich narůstání. Narození potomka je pro rodiče velice emotivní zážitek, proto jsou velmi intenzivně vnímána jakákoli zaváhání. (www.uzis.cz)

Problematika spontánních porodů a porodů císařským řezem patří k aktuálním a oblíbeným tématům, jak ze strany budoucích rodičů, tak i ze strany médií. K problematice anestezie v souvislosti s operačním porodem císařským řezem je možné získat poměrně hodně informací z odborné literatury i z vědeckých článků uváděných na internetu. Těhotné ženy čerpají informace většinou právě z internetu, ale hlavně z webových diskuzních portálů. Problémem je, že tyto informace nemusí být vždy odborně správné, validní. Dalším častým zdrojem jsou zkušenosti získané od kamarádek, známých, ale i od žen, které porod císařským řezem podstoupily a byly hospitalizovány v konkrétní porodnici. Ty ale spíše vypráví o negativních zážitcích, které pak, bohužel, vytváří negativní hodnocení zdravotnického zařízení a to se odráží v komplexním hodnocení poskytované zdravotní péče.

Téma porodnické anestezie je mi velice blízké, pracuji jako anesteziologická sestra v Oblastní nemocnici Kolín a.s. a sama jsem rodila v celkové anestezii. Ve svém profesním životě se tedy často setkávám s rodičkami, s jejich obavami, strachem, ale i s pocity štěstí a radosti.

Teoretická část práce charakterizovala pojem císařský řez, historie, indikace, rizika, komplikace. Malá kapitola byla věnovaná bolesti. Dále jsem vysvětlila pojem anestezie a její rozdělení, výhody a nevýhody, rizika, komplikace a používané léky.

Empirickou část jsem věnovala průzkumu spokojenosti s volbou anestezie, znalosti pojmů anestezie, analgezie u žen po císařském řezu. Zda jim bylo poskytnuto dostatek informací o jednotlivých typech anestezie, prostoru na otázky, odpovídající prostředí na rozhovor a zda předkládaným informacím porozuměly a měly možnost se tak adekvátně rozhodnout. Dále mne zajímalo, jaké měly obavy z operačního porodu v souvislosti s typem anestezie a jaké výhody či nevýhody pro ně podstoupená anestezie představovala a co dalšího výběr konkrétní anestezie ovlivnilo.

Cíl práce:

Hlavní cíle bakalářské práce:

- Zmapovat spokojenost žen s volbou anestezie

Cíle teoretické části:

- charakterizovat císařský řez
- seznámit s indikacemi a kontraindikacemi, riziky a komplikacemi u císařského řezu
- charakterizovat druhy anestezie
- seznámit s indikacemi a kontraindikacemi u jednotlivých druhů anestezie, definovat jejich výhody a nevýhody

Cíle empirické části:

- zjistit úroveň informovanosti a znalosti žen o jednotlivých typech anestezie pro císařský řez
- zmapovat zdroj získávání informací a zjistit, zda má informovanost vliv na volbu anestezie a spokojenost v pooperačním období po císařském řezu
- porovnat míru a typ obav žen z anestezie, celkové versus svodné
- zjistit, zda by rodičky volily stejný typ anestezie pro další císařský řez
- zjistit, zda má parita vliv na spokojenost s anestezii
- porovnat, zda spokojenost s průběhem porodu a časným pooperačním obdobím souvisí se zvoleným typem anestezie

TEORETICKÁ ČÁST

1 CÍSAŘSKÝ ŘEZ

1.1 Charakteristika císařského řezu

Název pochází z latinského slova caesus – otevřený řezem a secare – řezati.

Císařský řez (dále jen SC) je chirurgický výkon, umožňující vybavení plodu z dělohy břišní stěnou. Provádí se, když je porod normálními cestami rizikový pro plod nebo pro matku. Je-li ohrožen zdravotní stav matky nebo plodu, provádí se i před termínem porodu (Vokurka, 2015).

Patří u nás mezi nejčastější operační porody a je to také jedna z nejstarších porodnických operací. Z anesteziologického hlediska se tento výkon na rozdíl od jiných chirurgických výkonů břišní chirurgie liší tím, že musí zohlednit nejenom stav a přání rodičky, ale i stav dítěte.

Podle přístupu do dutiny děložní dělíme SC:

- abdominalis - transperitonealis nebo extraperitonealis
- vaginalis (tento způsob operačního výkonu je již opuštěn)

Z anesteziologického hlediska se dělí:

- neurgentní
- urgentní - neplánovaný, ale je čas k podání neuroaxiální anestezie (např. pro porodní překážku)
- akutní - sebemenší časovou prodlevou je ohrožena matka nebo plod (např. výhřez pupečníku)

Podle povahy indikací:

- neurgentní (plánovaný nebo elektivní)
- urgentní (neplánovaný) (Pařízek, 2012)

U plánovaného výkonu (elektivního) indikace je známa již během těhotenství. Indikace k akutnímu SC vzniká postupně nebo náhle, když je nepředpokládaně ohrožena matka, dítě nebo současně oba. Akutnost indikace závisí na závažnosti povahy patologického stavu a jeho stupni. Pro provedení výkonu je důležitý názor a souhlas rodičky. Přání rodiny nebo samotné ženy není indikací a právním zdůvodněním výkonu. Případné řešení pooperačních komplikací

by mohlo mít i právní následky z důvodů nedostatečně lékařského odůvodnění výkonu (Hájek, 2014).

Operativní způsob ukončení těhotenství se též provádí v případě úmrtí matky, na umírajícím nebo mrtvém plodu.

1.2 Historie císařského řezu

Císařský řez je chirurgický zákrok, jehož kořeny sahají hluboko do minulosti, a jsou součástí legend a mýtů. Jedna z nich pochází z Indie z 6. století před naším letopočtem. Traduje se v ní, že se takto narodil Buddha. Dále můžeme nalézt zmínky o přivedení dítěte z klína matky v řecké mytologii. Avšak porod císařským řezem je spojován s antickým Římem. Název operace pramení z díla Plinia staršího (23-79n.l.), podle něhož děti takto vyjmuté z dělohy byly nazývány caesones nebo caesares, od caedo - rozřezávati. Název operace nemá nic společného s císařem. I tak se ujal ve spoustě národů jako název porodnické operace a je užíván dodnes. Také i židovský Mishnah (140 let před n. l.) znal tento chirurgický zákrok, kdy židovské ženy po tomto zákroku nemusely dodržovat rituální dny čištění. Dokonce i církve podporovala řezy na mrtvých těhotných ženách, aby mohl být pokřtěn živý plod. Záznamy o provedení těchto operací nalezneme i v arabských a perských spisech. První řezy na živé ženě, kdy přežila matka i dítě, provedli švýcarský zvěrokleštič Jakub Nuffer v roce 1500 v kantonu Thurgau a chirurg Jeremias Trautmann ve Wittenbergu roku 1610. Statě o technice císařského řezu zařazují do svých knih o chirurgii v 17. století Scultetus, v 18. století Voelter a Heister. Operaci jako barbarskou odmítli Paré, Guillemeau i zakladatel porodnictví Mauriceau. V Čechách byl první řez na živé ženě proveden roku 1786 plukovním chirurgem Josefem Staubem. Jednalo se o vlekoucí porod, dítě bylo již mrtvé a jeho vyčerpaná matka zemřela druhý den. Operace se nejčastěji prováděly na vyčerpaných, umírajících ženách - nesterilně a bez narkózy, proto byla úmrtnost matek téměř 100%. Pokud ženy neumřely ihned, tak nejčastěji umíraly na zánět pobřišnice. Jelikož se děloha většinou nešila a nešila se ani břišní stěna, kudy odtékala krev a raný sekret, infekce se rozšířila do celé dutiny břišní. Veliký rozvoj císařských řezů byl zaznamenán až se zavedením antiseptiky v porodnictví Semmelweisem a Listerem. (Pařízek, Doležal, 2012).

Bezpečnost operací se významně zvýšila rozvojem mikrobiologie, zavedením asepse začátkem 20. století a k dalšímu zvýšení bezpečnosti operace došlo po 2. světové válce – na základě využití transfúzní léčby.

1.3 Indikace a kontraindikace

Indikace k císařskému řezu můžeme dělit na indikace ze strany matky, kdy je ohrožen její život nebo zdraví. Může se však jednat o indikace jak ze strany matky, tak i plodu, kdy patologický stav ohrožuje oba dva.

Indikace:

Tab. 1: Indikace ze strany matky a plodu k císařskému řezu (Doležal, 2007, Roztočil, 2008)

Ze strany matky	Ze strany plodu
Nepostupující porod - slabé kontrakce	Nepostupující porod - hypoxie plodu
Kefalopelvický nepoměr - deformity pánve	Kefalopelvický nepoměr, velký plod
Patologie placentární	Nepravidelná poloha a držení plodu
Distokie - spastická branka, vyčerpaná rodička	Prolaps pupečníku
Patologické procesy v pánvi (nádory)	Vícečetné těhotenství
Pooperační stavy - 2x SC, močová inkontinence	Zkalená plodová voda
Vážná onemocnění - srdce, plic, hypertenze, očí, páteře a kyčlí, preeklampsie, polytraumata, pozdní gestóza, aneurysma ...	Sérologický konflikt - anémie plodu při Rh-izoimunizaci
Porodnické krvácení	Nedostatečná funkce placenty
Překážky v měkkých částech porodního kanálu	
Prodloužené těhotenství, neúspěšné indukce	
Sérologický konflikt, stoupající titr protilátek	
Psychosociální indikace - mrtvý plod v anamnéze	
Žena umírající nebo mrtvá	

Kontraindikace:

Tab. 2: Kontraindikace ze strany matky a plodu k císařskému řezu (Pařízek, 2014)

Ze strany matky	Ze strany plodu
Patologické výsledky koagulace	Vstoupá hlavička do porodních cest

Pokud dojde ke vstupu hlavičky do porodních cest, musí být porod ukončen kleštěmi nebo vakuumextraktorem (VEX) (Pařízek, 2014).

1.4 Rizika a komplikace

Císařský řez je chirurgický zákrok, který jako každá jiná operace má i svá rizika a to nejenom pro matku. Může mít i negativní dopad na novorozence, protože se nejedná o přirozenou formu porodu. Komplikace jsou asi 6x častější než po vaginálním porodu. Při zvažování o provedení SC je potřeba vzít v úvahu i delší období hospitalizace, které provází pooperační bolest a nepohodlí, i když v dnešní době jsou již možnosti, jak pomoci matce od bolestí a přitom neovlivnit negativně kojení.

Rizika:

- spojená s anestezií nezbytnou k operaci - nízký krevní tlak před vybavením plodu, bolesti hlavy, nevolnost, zvracení, infekce dýchacích cest, alergické reakce
- v souvislosti s operačním výkonem - poškození vnitřních nebo sousedních orgánů dělohy, hlavně močového měchýře a střevních kliček
- vyšší riziko nutnosti transfuze z důvodů vyšších krevních ztrát během operace
- nebezpečí rozvoje infekce nebo abnormálního krevního srážení s následnou trombotizací žilního řečiště
- patologie placenty v dalším těhotenství a tím i případná nutnost odstranění dělohy po porodu
- ruptury dělohy v dalším těhotenství. Jizva na děloze po předchozí operaci není tak pevná jako okolní neporušená stěna dělohy
- horší adaptace novorozence po porodu, riziko dýchacích obtíží
- pomalejší rozvoj laktace (Pařízek, 2015)

Komplikace lze rozdělit několika způsoby:

- na komplikace ze strany matky nebo plodu
- podle časové osy po porodu na peroperační, postoperační a pozdní
- na komplikace anesteziologické, chirurgické, neonatologické.

Pro matku platí stejné komplikace jako u kterýchkoli jiných chirurgických výkonů. Jedná se o komplikace spojené jak s anestezií, tak i s operační ránou. Mezi anesteziologické komplikace patří aspirace žaludečního obsahu, edém plic, laryngospasmus, hypotenze, bolesti hlavy, nevolnost aj.

Chirurgické komplikace souvisí s krvácením jako následek ruptury dělohy nebo u placenty praevii a placenta accreta, mohou vyústit v hemoragický šok s následným rozvojem

diseminované intravaskulární koagulopatie (DIC). Další chirurgickou komplikací může být poranění močového měchýře nebo střev.

Komplikace, které souvisí s pooperačním průběhem, se týkají vzniku tromboembolické nemoci, paralytického ileu, respiračních komplikací, infekcí, alergií, gastroenterologických problémů. Embolie plodovou vodou, trombem nebo vzduchová patří mezi velmi závažné, život ohrožující komplikace.

Neonatologické komplikace jsou spojeny s poraněním plodu při vybavování z dutiny břišní, respirační obtíže a tekutina v plicích novorozence.

Některé komplikace spojené s císařským řezem se mohou objevit až při dalším těhotenství. Patří sem poruchy placenty, riziko ruptury jizvy na děloze, sérologické protilátky u ženy s Rh negativní, kdy plod je opět Rh pozitivní, endometrióza, tubulární sterilita (Pařízek, 2012, Barash et al., 2015).

1.5 Předoperační příprava

Císařský řez je relativně jednoduchý, avšak zvláštní druh chirurgického zákroku, protože současně ovlivňuje zdraví minimálně dvou organismů. Technická náročnost a riziko komplikací stoupá nepřímo úměrně s týdnem těhotenství. U všech plánovaných SC je povinné předoperační vyšetření, včetně anesteziologického vyšetření. U těhotenství, s vyšší pravděpodobností operačního ukončení těhotenství, jsou tato vyšetření doporučena (Pařízek, 2012).

Anesteziologické vyšetření by mělo proběhnout nejpozději den před plánovaným výkonem, aby mohla být případně naordinována další diagnostická nebo léčebná opatření určená ke zlepšení stavu. Cílem vyšetření je posouzení a zhodnocení fyzického a psychického stavu rodičky, volba anesteziologického postupu, informování pacientky s vysvětlením a získáním informovaného souhlasu pro navrhovanou anestezii, ordinace premedikace, zmírnění obav, strachu a rozčilení. Před pohovorem s rodičkou se anesteziolog informuje o anamnéze, předchozích operacích a chorobách, užívání léků, výsledcích fyzikálního vyšetření, výsledcích konziliárních vyšetření a laboratorních výsledcích (Larsen, 2013).

Rodičce je třeba vysvětlit její zdravotní stav, stav plodu a zdůvodnit operaci. Po celou dobu až do uvedení do narkózy je nutno s rodičkou udržovat slovní kontakt. Příprava rodičky spočívá v odebrání a řádném uložení šperků, provedení bandáží dolních končetin, zavedení permanentního močového katétru, žilní linky a kontrola alergií na léky a dezinfekční

prostředky. Je třeba dbát na případné podchlazení svlečené rodičky a řídit se jejím tepelným režimem (Doležal, 1998).

Na operačním sále by všechny přípravy měly probíhat v klidném a přátelském ovzduší, zaměřené na rozptýlení obav. Před samotným výkonem je rodičce přiložena manžeta k neinvazivnímu měření tlaku, napojeno tři nebo pětisvodové EKG, připojen pulzní oxymetr a zajištěn žilní přístup, pokud tak nebylo učiněno v předoperační přípravě (Larsen, 2013).

Před začátkem operace, a to i bez ohledu na zvolený způsob anestezie, je důležité polohování rodičky na levém boku (elevace 10-15 cm) za účelem zabránění aortokavální komprese zvětšenou dělohou, která by mohla způsobit výrazný pokles krevního tlaku. Doba lačnění před SC je stejná jako před jinými výkony. Měla by být alespoň 6 hodin, pití čirých tekutin je možné ještě 2 hodiny před výkonem (Málek, 2016).

1.5.1 Plánovaný SC

Jedná se o výkon, na který je žena obvykle dobře připravena. Její celkový tělesný stav bývá obvykle dobrý, proto lze zvolit kteroukoli z dostupných anesteziologických technik – celková anestezie, subarachnoideální nebo epidurální anestezie (Larsen, 2013).

1.5.2 Akutní SC

Neodkladný SC se téměř bez výjimky provádí v celkové anestezii. Regionální techniky anestezie jsou kontraindikovány při hrozícím nebo manifestním šoku. Šokový stav by se mohl v důsledku sympatolytického účinku zhoršit. V urgentních situacích je rovněž doba, než by nastoupila centrální nervová blokáda, dlouhá stejně tak, jako je delší příprava a samotné provedení epidurální nebo subarachnoidální anestezie.

1.6 Pooperační péče

Po operaci je matka zpravidla uložena na oddělení JIP za účelem monitorace vitálních funkcí a stabilizace stavu. Personál, který zde pracuje, je specializovaný v úseku intenzivní a resuscitační péče. Práce na tomto oddělení je odlišná od ostatní sesterské praxe. Spočívá především v tom, že většina potřeb nemocné je předvídána a tyto potřeby jsou plněny i bez spolupráce s pacientkou. Tyto dva principy mění péči sester na plně zástupnou za nemocnou. Vzhledem k tomu, že v intenzivní péči se jedná o dobu překlenutí krize, je tato zástupnost zjevná a časově omezená (Šamánková, 2011).

Péče o pacientku se odvíjí od druhu operačního výkonu a anestezie, stavu operantky, zvyklostí oddělení, požadavků operátora a řídí se pravidly jako po běžných chirurgických zákrocích.

Především se zaměřuje na:

- monitorování dýchacího systému – dechová frekvence je základním fyziologickým parametrem ventilace. Dýchání je obvykle snímáno pomocí elektrod EKG. Měření saturace hemoglobinu kyslíkem se provádí neinvazivní metodou – pulzní oxymetrií. Normální hodnoty se pohybují 95-98%. Určitá omezení ve správnosti měření mohou nastat při poruše periferního prokrvení nebo anemii.
- monitorování kardiovaskulárního systému – snímání křivky EKG je základem monitorace. Standardním postupem je tří nebo pětisvodové EKG. Neinvazivní měření krevního tlaku se provádí pomocí manžety tonometru a poslechu tzv. Korotkových fenoménů fonendoskopem. Moderní přístroje, které využívají princip oscilometrie, dokáží měřit krevní tlak v nastavených časových intervalech.
- monitorování tělesné teploty – k neinvazivnímu měření tělesné teploty se užívá nejčastěji digitálních nebo tympanálních teploměrů, které měří pomocí infračerveného světla (Kapounová, 2007)
- sledování krvácení – z rodidel, operační rány, drénů, známky vnitřního krvácení
- analgezii
- péči o střevní peristaltiku
- péči o vyprazdňování močového měchýře. Zpravidla bývá zaveden permanentní močový katétr.
- péči o operační ránu. Odstranění stehů se provádí mezi 5. - 7. dnem po operaci
- zvýšenou hygienu operační rány, hygienu genitálu (sprchování, oplach genitálu po vyprázdnění, výměna vložek) a péči o prsa.
- péči o psychiku ženy
- edukaci ženy – dostatek tělesného odpočinku a psychického klidu, dodržování správné hygieny a péče o operační ránu, dodržování zásad zdravé výživy a dostatečného příjmu tekutin, sexuální abstinence po dobu 6 týdnů, nenosit těžká břemena (Slezáková, 2011)

Pokračuje aplikace léků (antibiotika, uterotonika, antikoagulancia aj.), parenterální výživa a náhrada tekutin, případně se aplikuje krevní náhrada. Postupně se převádí dieta z tekuté

přes kašovitou na normální. Důležitá je pooperační rehabilitace a včasné vstávání. Co nejdříve je nutno umožnit operantce kontakt s novorozencem. Pokud je pooperační průběh příznivý, přikládá se dítě od druhého dne k prsům. Při nekomplikovaném pooperačním průběhu a zdravém novorozenci se propouští žena do domácího ošetřování dříve než 5. den. Následnou potřebnou péči zajišťují ambulantně porodní asistentky, dětské sestry a obvodní gynekolog (Hájek a kol., 2014).

1.7 Srovnání s vaginálním porodem

- bolest - velmi častá obava z vaginálního porodu. Při samotném císařském řezu nebude žena pociťovat takovou bolest jako při spontánním porodu. Avšak bolest pociťuje v poporodním období i několik dní při každém pohybu, z důvodů operace na břišní stěně. Žena, která po spontánním porodu prodělala poranění vyžadující lékařské ošetření, též pociťuje bolest, ale ta je mnohem mírnější a ustupuje dříve
- močová inkontinence - která vzniká v průběhu spontánního porodu. Lékařské výzkumy zjistily, že tato obava může být ospravedlnitelná pouze v prvním roce po porodu. Tzv. stresová inkontinence je v tomto období opravdu častější. Kontroly s delším časovým odstupem (v průběhu 2-6 let) ukázaly, že jsou na tom ženy shodně bez ohledu na způsob vedení porodu
- načasování - naplánovat si datum SC je opravdu jednodušší. Nicméně není možné zajistit, že nedojde k rozvinutí porodu dříve, než bude plánovaný termín, a z plánované situace je rázem akutní. Přirozený porod, na který není žena časově připravena, může být jednodušší a především bezpečnější (Pařízek, 2015)

1.8 Ošetrovatelský proces a ošetrovatelské diagnózy po SC

WHO definuje ošetrovatelství jako: „Systém typicky ošetrovatelských činností týkajících se jednotlivce, rodin a skupin, který jim pomáhá, aby byli schopni pečovat o své zdraví a pohodu“. Je zaměřeno především na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti (Tóthová a kol., 2014).

Ošetrovatelské činnosti umožňují sestře rozhodnutí pro nejvhodnější způsob péče tak, aby dosáhla stanovených cílů a mohla měřit změny, které u pacientky nastaly. Tak může zhodnotit, jak účinná byla ošetrovatelská péče. Cílem ošetrovatelského procesu by mělo být

naplnění potřeb člověka. Každý člověk je jedinečný, má své vlastnosti, názory, potřeby, postoje. Pojmem potřeby jsou vyjadřovány biologické nedostatky (např. nedostatek pohybu, poruchy spánku) a nedostatky v sociálním životě (např. láska, kontakt s narozeným dítětem). (Šamánková, 2011).

Ošetrovatelský proces se skládá z postupných jednotlivých kroků, ale ve skutečnosti se sestra musí pohybovat vpřed a vzad mezi nimi. Zahrnuje posouzení subjektivních a objektivních informací, na základě kterých se stanoví ošetrovatelská diagnóza. Ošetrovatelská diagnóza není totožná s diagnózou lékařskou, týká se nezávislých činností sestry a je rozhodnutím o problému, který vyžaduje ošetrovatelskou intervenci. Jakmile jsou stanoveny diagnózy, musí se určit jejich priorita. Aktuální diagnóza vyjadřuje skutečné současné problémy nemocného. Potenciální diagnózu tvoří problémy, které se sice ještě nevyskytují, ale pravděpodobnost jejich vzniku je vysoká. Důležitou součástí ošetrovatelského procesu je naplánování cíle, kterého chceme dosáhnout, a intervencí, které nám pomohou cíl naplnit. Na konci každého kroku ošetrovatelského procesu a i na jeho úplném konci probíhá jeho vyhodnocování (Herdman, Kamitsuru, 2016).

Prvním krokem ošetrovatelského procesu je fáze Posuzování, kdy sestry získávají informace o pacientovi, zjišťují jeho individuální potřeby. Informace lze získat pozorováním, vyšetřením pomocí testů a škál, informacemi od rodiny, zdravotnické dokumentace. Tato fáze by měla proběhnout do 24 hodin od přijetí pacienta k hospitalizaci. Poté navazuje druhá fáze Diagnostika, kdy sestry analyzují získané informace, stanovují ošetrovatelské diagnózy (viz tab. 3 a tab. 4). Ošetrovatelské diagnózy dle aktuálního stavu pacientky seřadí dle priority. Třetí fází ošetrovatelského procesu je Plánování. V této fázi si sestry stanovují intervence s cílem odstranění nebo snížení zdravotních ošetrovatelských problémů pacienta, které si stanovily v druhé fázi ošetrovatelského procesu. Ve čtvrté fázi Realizace, sestry vykonávají stanovené ošetrovatelské činnosti zaměřené na dosažení stanovených cílů. Spolupráce pacienta na realizaci stanovených cílů závisí na jeho aktuálním zdravotním stavu. Sestry poskytují individuální ošetrovatelskou péči, za kterou jsou přímo zodpovědné. Součástí této péče je i plnění ordinací lékařů, spolupráce nejen s nimi, ale i s dalšími zdravotnickými pracovníky. Poslední fází je Hodnocení, ve které se posuzuje účinnost péče, zda bylo či nebylo dosaženo stanovených cílů a do jaké míry. (Tóthová, 2014)

Tab. 3: Vybrané ošetrovateľské diagnózy pred operácií SC (Herman, Kamitsuru, 2016)

DOMÉNA	TŘÍDA	OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA	ČÍSELNÝ KÓD
2. VÝŽIVA	Hydratace	Riziko sníženého objemu tekutin	00027
5. PERCEPCE/ KOGNICE	Kognice	Nedostatečné znalosti	00126
9. ZVLÁDÁNÍ/ TOLERANCE ZÁTĚŽE	Reakce na zvládání zátěže	Úzkost	00146
		Strach	00148
12. KOMFORT	Tělesný komfort	Akutní bolest	00132

Tab. 4: Vybrané ošetřovatelské diagnózy po operaci SC (Herdman, Kamitsuru, 2016)

DOMÉNA	TŘÍDA	OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA	ČÍSELNÝ KÓD
2. VÝŽIVA	Příjem potravy	Nedostatek mateřského mléka	00216
		Neefektivní kojení	00104
	Hydratace	Snížený objem tekutin	00027
3. VYLUČOVÁNÍ A VÝMĚNA	Funkce močového systému	Zhoršené vylučování moče	00016
	Funkce GIT systému	Zácpa	00011
4. AKTIVITA/ODPOČINEK	Spánek/odpočinek	Nedostatek spánku	00096
		Narušený vzorec spánku	00198
	Aktivita/cvičení	Zhoršená chůze	00088
	Sebepéče	Deficit sebepéče při koupání	00108
		Deficit sebepéče při oblékání	00109
		Deficit sebepéče při stravování	00102
		Deficit sebepéče při vyprazdňování	00110
11. BEZPEČNOST/OCHRANA	Infekce	Riziko infekce	00004
	Tělesné poškození	Riziko aspirace	00039
		Riziko krvácení	00206
		Riziko pádu	00155
		Narušená integrita tkáně	00044
		Riziko prodloužení pooperačního zotavení	00246
12. KOMFORT	Tělesný komfort	Akutní bolest	00132

2 BOLEST A JEJÍ ZVLÁDÁNÍ

Margo McCaffery řekl: „Bolest je to, co člověk cítí, když říká, že ho to bolí“.

Světová zdravotnická organizace a Mezinárodní společnosti pro studium bolesti definují bolest jako nepříjemnou senzoricou a emocionální zkušenost spojenou s akutním nebo potenciálním poškozením tkání. Bolest je vždy subjektivní. Lze ji dělit na základě řady kritérií:

- délka trvání: akutní a chronická
- původ: onkologická a neonkologická
- patofyziologie: nociceptivní, neuropatická, psychogenní, dysautonomní a smíšená

Akutní bolest je krátkodobá a její délka trvání odpovídá vyvolávající příčině. Má výrazný vliv na celý organismus, aktivuje sympatikus, neuroendokrinní, imunitní i zánětlivé reakce, katabolismus, zvyšuje spotřebu kyslíku myokardem, snižuje motilitu gastrointestinálního traktu. Psychika nemocného je pozitivně ovlivňována kvalitní analgézií (Hakl, 2011).

Celková reakce organismu na bolest se odráží na tachykardii, vzestupu krevního tlaku, zrychleným dýcháním, dilatací zorniček a může být provázena pocením na dlaních a ploskách nohou. V oblasti gastrointestinálního traktu dochází ke snížení motility. V chování pacienta/ky převládá úzkost a zvýšená podrážděnost (Kapounová, 2007).

K akutní bolesti se řadí i bolest porodní. Je to jediná bolestivá reakce, která nevzniká na základě onemocnění. Jejím účelem je připravit ženu na očekávaný porod. Prožívání porodních bolestí je zcela individuální. Závisí na fyzické dispozici a psychické pohodě ženy, uplatňují se zde i vlivy sociální a kulturní. Předvídaní intenzity bolestí a průběhu porodu je nemožné. Některé ženy snášejí porodní bolesti dobře, jiné očekávají účinné postupy, které vedou k tišení porodnických bolestí. Výběr postupu nebo analgetické metody závisí na aktuální situaci, vývoji porodu a individuálním rozhodnutí rodičky. Současná doba nabízí mnoho metod řešení porodnické analgezie, které se od sebe liší podle své účinnosti, délky analgetického působení a technické náročnosti. Vhodný výběr metody, kterou si žena vybrala, aplikovaný správně a ve správný čas, přispívá nejen ke ztišení porodních bolestí, ale vede i ke snížení porodnických komplikací u matky i dítěte. Porodnická analgezie však nesmí ovlivnit zdraví matky ani dítěte, neměla by ovlivnit činnost dělohy a přitom by však měla být dostatečně účinná.

Rozdělení metod pro tišení bolestí u porodu:

Tab. 5: Metody tišení bolesti (Pařízek, 2014)

Metody bez použití léků	Metody s použitím léků
Psychologické metody	Systémová analgezie
- předporodní příprava	- inhalační analgezie
- audioanalgezie	- Intravenósní nebo intramuskulární analgezie
- Hypnóza	Regionální analgezie
Elektroanalgezie	- infiltrační analgezie
Hydroanalgezie	- pudendální analgezie
- relaxační koupel	- paracervikální analgezie
- porod do vody	- epidurální analgezie
- intradermální injekce sterilní vodou	- subarachnoideální analgezie
Akupunktura, akupresura	- kombinovaná subarachnoideální a epidurální analgezie
Alternativní polohy	
Fytoterapie	
- užití bylinných extraktů (aromaterapie)	

Účinnost těchto jednotlivých metod je různá. Z metod, při kterých se nevyužívá farmak, jsou uváděny nejlepší výsledky u předporodní přípravy a to až ve 30%. Tišení bolesti za použití léků vykazuje nejlepší působení epidurální analgésie – 90% a paracervikální analgezie – 70% (Pařízek, 2015).

3 ANESTÉZIE U CÍSAŘSKÉHO ŘEZU

Každá anestezie představuje zásah do homeostázy organismu, který může být spojen s ohrožením života pacienta.

Volba anesteziologického postupu při SC závisí na:

- indikaci k operačnímu porodu
- časové naléhavosti
- přání rodičky
- zkušenostech anesteziologa

3.1 Druhy anestezie v porodnictví

Zvolení určitého typu anestezie během SC závisí na mnoha faktorech. Porodník i anesteziolog individuálně u každé nastávající matky, musí zvážit indikaci k operativnímu porodu, zhodnotit klinický stav matky a dítěte, časovou naléhavost, ale i přání rodičky a partnera.

U císařského řezu se dnes používají dva základní anesteziologické postupy:

- místní anestezie (svodná nebo regionální)
- celková anestezie

Oba postupy mají své přednosti i nedostatky, které je nutno brát v úvahu (Pařízek, 2015). Jejich podrobnější srovnání je popsáno v následujících kapitolách.

3.2 Historie porodnické anestezie a analgezie

Ulehčit ženě od porodních bolestí bylo snahou odjakživa. Panoval názor, že bolest a nemoc způsobují zlí démoni, proti kterým bojují bohové, kteří byli lidem nakloněni. Objevovaly se praktiky odhánění zlých démonů tancováním šamana kolem ohně, nanášení roští kolem domu, kde žena rodila, sypání soli kolem lůžka rodící ženy. V křesťanském středověku měla pomoci modlitba k patronkám porodu. Často se doporučovalo nošení amuletů, dotýkání se medailonů, nošení kultovních pasů apod. Bolest při porodu byla dlouho považována za neoddělitelnou součást porodu. Těmto bolestem byl dokonce přisuzován i příznivý biologický účinek. Porod, který nebyl provázen bolestmi, byl předzvěstí problému. Přelom nastal s postupným objevováním účinných léků. V roce 1540 připravil Valerius Cordus diethylether, který však byl použit až v roce 1842 Williamem E. Clarkem a Crawfordem W. Longem. V literatuře je však jako první uváděn lékař William Thomas Green Morton, který podání této anestezie řádně zdokumentoval. Začátek porodnické

analgezie se datuje ke dni 19. ledna 1847, kdy doktor James Young Simpson z Edinburghu použil éter u velmi komplikovaného porodu. Dítě se sice narodilo mrtvé, ale matka měla úlevu od bolestí. Analgezie v porodnictví získávala své místo velmi pomalu a obtížně. Další pokrok nastal s podáním chloroformové analgezie doktorem Snowem samotné královně Viktorii.

V roce 1934 byl pro účely porodnické analgezie poprvé popsán divinylether. Od roku 1961 se začalo využívat Methoxyfluranu, který se vyznačoval rychlým nástup analgezie, velmi nízkým výskytem zvracení, minimálním účinkem na děložní činnost a adaptaci novorozence. V druhé polovině 19. století se začalo u porodu s podáváním intramuskulárním a intravenózních sedativ a analgetik. V letech 1939-1940 popsal Benthin v Německu novou látku s názvem Pethidin. Brzy na to se začal podávat v kombinaci s dalšími léky (fenothiaziny a benzodiazepiny) jako neuroleptická analgezie. I přes známé negativní účinky na plod a novorozence se užívají dodnes.

J.Y. Simpson se nezabýval pouze hledáním inhalačních anestetik. V roce 1848 zveřejnil poprvé hypotézy o možných výhodách lokální anestezie. Další Angličan, který předvídal výhody lokální anestezie oproti celkové, experimentoval s elektrickým proudem a chladem. V roce 1885 veřejně demonstrovali účinnost periferní nervové blokády William Hasted a Richard Hall. Centrální nervová blokáda byla zavedena přibližně ve stejnou dobu. V roce 1886 Leonard Corning provedl první epidurální nebo subarachnoideální blokádu. Většina technik regionální anestezie byla popsána na počátku 20. století. Lumbální epidurální blokádu poprvé předvedl Fidel Miravé Pages ve Španělsku. Mnoho pozdějších pokroků v technice regionální analgezie a anestezie je spíše vylepšením nebo znovu objevením technik, které byly popsány již o mnoho dříve. V roce 1949 C. E. Flowers publikoval kontinuální epidurální analgezi s použitím Tuohyho jehly již s umělohmotným katétrem u spontánního porodu. V letech 1950-1955 neuroaxiální, obzvláště spinální anestezie, zaznamenala prudký pokles. Vznikla domněnka, že regionální anestezie není potřebná a na popularitě získávala anestezie celková. V roce 1963 se na trhu objevilo nové, účinné a relativně bezpečné lokální anestetikum bupivakain. V 60. a 70. letech vznikají ve zdravotnických rozvinutých zemích centra s možností podání epidurální analgezie u porodu. (Pařízek, 2012).

3.3 Celková anestezie

Celková anestezie je metodou volby u takových stavů, kdy není možno provést neuroaxiální znecitlivění a kdy dochází k akutnímu ohrožení matky nebo plodu. Mezi příčiny lze uvést syndrom tísně plodu, velké předporodní krvácení s hypotenzí, extrémní obezita a koagulopatie. Překážkou může být i infekce v místě vpichu, neurologické onemocnění nebo léze bederní páteře. Celková anestezie u SC je obdobná jako při anestezii pro nitrobřišní výkony. Celý postup začíná preoxygenací plic, poté jsou podávána indukční anestetika a svalová relaxancia. V apnoické pauze se provádí intubace. Za standardních podmínek není doporučeno prodávání obličejovou maskou pro riziko insuflace žaludku vzduchem a tím následného rizika regurgitace a aspirace. Plod bývá obvykle vybaven do 3-4 minut. (Pařízek, 2012).

3.3.1 Výhody a nevýhody celkové anestezie

Výhodou celkové anestezie je především její nejrychlejší způsob, který je relativně technicky jednoduchý a dokáže vytvořit výborné operační podmínky s dokonalou svalovou relaxací. Zabezpečení dýchacích cest umožňuje nelimitovanou oxygenaci matky i plodu. Oproti neuroaxiálnímu znecitlivění bývá i menší výskyt hypotenze a destabilizace krevního oběhu.

Nevýhoda spočívá především v relativně vysokém riziku neúspěšné intubace. Současný laryngospasmus, případně i bronchospasmus může přivodit až život ohrožující hypoxii spojenou s oběhovým selháním. Transplacentární přestup anestetik může mít utlumující účinek na plod. U rodiček s hypertenzí je při nedostatečné hloubce anestezie v úvodu riziko vzniku hypertenzní krize. V celkové anestezii je rodička připravena o bezprostřední prožitek z narození dítěte (Pařízek, 2012).

3.3.2 Rizika celkové anestezie

Na první místo se řadí riziko obtížné intubace, které je 10krát vyšší než v běžné populaci. Selhání intubace, ventilace a oxygenace patří mezi hlavní příčiny mateřské mortality v souvislosti s anestezii. Toto je hlavní důvod, proč anestezii pro císařský řez má zajišťovat zkušený anesteziolog. V dnešní době, díky lepšímu vybavení a schopnosti anesteziologů, se daří tuto situaci řešit bez závažných následků. Obtížná intubace u SC je spojena především se změnami organismu na konci těhotenství. Jedná se o primární změny vlivem těhotenských hormonů (gestagenů a estrogenů) – zúžení horních cest dýchacích a hlasivkových vazů

při zvýšené permeabilitě kapilár a zvýšenému prosáknutí tkání, obezita, velké prsy, snížený tonus jícnových sfinkterů, zvýšený obsah žaludečního obsahu při zpomalené motilitě a pasáži zažívacího traktu. Sekundární změny jsou spojené se zvětšením dělohy a především vyšším tlakem na žaludek. Obtížnost intubace stoupá i s postupujícím porodem kvůli zvětšujícímu se prokrvení měkkých tkání až otoku sliznic. Situace, kdy zkušený anesteziolog nedokáže zavést endotracheální kanylu třemi pokusy, považujeme za neúspěšnou intubaci.

Při úvodu do anestezie je, v souvislosti se změnami na konci těhotenství, spojené riziko aspirace. Primární změny vlivem progesteronu mohou způsobit snížení tonusu jícnových sfinkterů, zvýšené množství žaludečního obsahu při zpomalené motilitě a pasáži zažívacího traktu, vyšší aciditu žaludečních šťáv. Sekundární změny jsou spojené se zvětšením dělohy, změněný úhel kurvatury žaludku a tím i zhoršení jeho vyprazdňování. Na jeho opožděném vyprazdňování se mohou mimo hormonálních změn podílet i obecné zátěžové reakce (strach, bolest, hladovění), ale může být tlumeno i farmakologicky. Hlavním cílem přípravy těhotné je minimalizovat toto riziko. U plánovaných SC postačí lačnění 6–8 hodin, podle množství a typu přijaté potravy (rozhodující je především příjem tuků). Čiré, nesycené tekutiny je možno přijímat až do doby 1–2 hodiny před plánovaným výkonem. Množství by mělo být malé, ale časté, tzn. asi 2 dcl během hodiny.

Dalším rizikem je nedostatečná hloubka anestezie při úvodu do celkové anestezie do vybavení plodu. Mezi faktory, které jej mohou ovlivnit, patří – vynechání premedikace, používání nízkých koncentrací volatilních anestetik, nepodávání opioidů do vybavení plodu pro riziko jeho dechového útlumu, redukce dávky při hypotenzi nebo při přítomnosti krvácení, přítomnost částečné neuroaxiální blokády při konverzi na celkovou anestezii (Pařízek, 2012).

3.3.3 Léky užívané při celkové anestezii

Celková anestetika rozdělujeme podle způsobu podání na injekční a inhalační anestetika:

- intravenózní anestetika – se používají pro uvedení do anestezie. Intravenózní aplikace a rychlost nástupu účinku jsou pro pacienta značně příjemnější než vdechování anestezujícího plynu. Jeho účinek trvá většinou jen pár minut (Lüllmann, 2012).

Prvním lékem volby je thiopental. Při jeho kontraindikaci lze použít propofol, který však způsobuje větší útlum novorozence. V případě hypotenze je výhodné použít

ketamin, při kardiální nestabilitě pak etomidát. Až do vybavení plodu nejsou podávána žádná opioidní analgetika, proto je výhodné použít jako additivum k thiopentalu ketamin v analgetické dávce (Pařízek a kol., 2012).

- inhalační anestetika – do organismu jsou přiváděny s vdechovaným vzduchem a jsou tak opět vylučována. Používají se k udržování celkové anestezie (Lüllmann, 2012).

Oxid dusný je u císařského řezu standardní složkou inhalační směsi. Má analgetický efekt při minimálním vlivu na oběh matky, neovlivňuje tonus dělohy a zároveň umožňuje použití nižších koncentrací inhalačních anestetik.

Volatilní anestetika – žádné, v současné době běžně užívané (isofluran, sevofluran, desfluran) není upřednostňováno před druhým. Vedle dobrého anestetického účinku mohou ovlivňovat oběh matky rozvojem hypertenze, což může vést ke zhoršení uteroplacentárního průtoku. Rovněž mohou mírně snižovat tonus dělohy. Větším krevním ztrátám lze předejít podáním potentních uterotonik bezprostředně po vybavení dítěte (Pařízek a kol., 2012).

- myorelaxancia – používají se při celkové anestezii za účelem zabránění svalových kontrakcí a zabezpečení nerušeného chirurgického výkonu, vyvolávají ochrnutí kosterního svalstva. Vážou se na acetylcholinové receptory nervosvalové ploténky a tím utlumí nervosvalový přenos. Podle toho, jestli je obsazení receptoru spojené s bloádou nebo se stimulací nervosvalové ploténky, rozlišujeme myorelaxancia nedepolarizující a depolarizující (Lüllmann, 2012).

Nejčastěji užívaným k intubaci je succinylcholin. V situacích, kde jej nelze využít (maligní hypertermie, myotonická dystrofie, spastická paréze apod.), je dobrou alternativou rocuronium. Jeho podstatnou výhodou je existence specifického antidota – sugammadexu. V případě nezdařené intubace lze jeho podáním okamžitě a trvale antagonistovat účinek rocuronia s úplným odezněním relaxace v kratším čase než po podání succinylcholinu.

3.1.4 Vliv celkové anestezie na novorozence

Řada léků má nežádoucí účinky na plod během jeho vývoje. V anestezii a analgezie se jedná především o látky, které by mohly způsobit útlum novorozence. Nejvýraznější nežádoucí účinky jsou poruchy dýchání a neurofyziologická adaptace. Vyšší permeabilita fetální/novorozenecké hematoencefalické bariéry je hlavním důvodem, proč je u plodu

i novorozenců zvýšená citlivost vůči některým lékům. Metabolismus farmak a jejich vylučování trvá déle, protože enzymové systémy novorozenců nejsou dotvořeny.

Inhalační anestetika – přestupují placentární bariéru rychle. Pokud není doba do vybavení plodu příliš dlouhá, nemají významný účinek na aktivitu novorozence.

Thiopental – jeho přestup přes placentu je též rychlý. Pokud se nepřekročí doporučené dávkování a porod netrvá příliš dlouho, není vyvolána deprese plodu i vzhledem k velkému distribučnímu objemu.

Propofol – neměl by být používán, protože i běžně používané dávkování může způsobit depresi plodu.

Svalová relaxancia – bezpečné je podání suxametonie a i nedepolarizujících relaxancií. Přestup přes fetoplacentární bariéru je velmi pomalý, a pokud nejsou podávána dlouhodobě a v případě těžce acidotického plodu, nevedou k poruchám nervosvalového přenosu novorozence.

Opiody – jsou to vysoce lipofilní látky, které přestupují placentární bariérou a vedou ke snížení hodnocení stavu novorozence podle Apgarové (Málek, 2016).

3.4 Neuroaxiální anestezie

Při plánovaných SC tento způsob anestezie v současné době převažuje nad celkovou anestezí. Její předností je potlačení rizika vdechnutí žaludečního obsahu. Rodička je při vědomí a má zachované ochranné reflexy dýchacích cest. Odpadá riziko obtížné intubace, nehrozí útlum plodu léky a navíc je žena během operace bdělá. Nedojde tak k narušení prvního kontaktu matky s dítětem a je možné případně přiložit k prsu bezprostředně po provedení SC (Málek a kol., 2016).

Narůstající zájem o tetování, především v oblasti dolní hrudní a bederní páteře, přináší těžkosti s aplikací centrálních nervových bloků. V současné době neexistují důkazy o (ne)bezpečnosti, pokud punkční jehla prochází místem tetování. Vznikají obavy, že může dojít zanesení barviva tetováže z kůže do epidurálního/subarachnoideálního prostoru, které by postupem času mohlo vyústit až do neurologických komplikací. Zastánci tetování oponují tím, že množství tetovací barvy je minimální a jehly, které se používají pro blokády, tento pigment nezachytí, a tudíž nedojde k jeho zanesení do epidurálního nebo i subarachnoideálního prostoru (Pařízek, 2012).

Vybavení k subarachnoideální i k epidurální anestezii připravuje na sterilní stolek anesteziologická sestra. V pohotovosti však musí být i vybavení pro celkovou anestezii a ke zvládnutí nežádoucích příhod a komplikací celkového stavu, včetně vybavení pro neodkladnou resuscitaci (Zeman, 2011).

3.4.1 Subarachnoidální anestezie

Je jednoduchý, levný a spolehlivý způsob, jak dosáhnout stavu bez bolesti a svalové relaxace.

Může vyvolat vedlejší účinky a komplikace, které může zhodnotit jen zkušený anesteziolog. Proto by měla být prováděna lékaři, kteří jsou seznámeni s celkovou anestezii a dobře ovládají metody kardiopulmonální resuscitace (Larsen, 2013).

3.4.1.1 Výhody a nevýhody subarachnoidální anestezie

Výhodou je rychlý nástup, lepší relaxace svalstva, menší dávka anestetika, nižší toxicita a minimální přechod anestetika do oběhu plodu.

Nevýhodou je rychlý pokles krevního tlaku a riziko postpunkční cefalee. Ke snížení tohoto rizika je doporučeno používání tenkých atraumatických jehel. Hypotenze je častá a doporučuje se ji řešit efedrinem bolusovým podáním nebo v kontinuální infuzi (Málek a kol., 2016).

3.4.1.2 Anestetika užívaná u subarachnoidální anestezie

Lokální anestetika inhibují reverzibilně vznik podráždění a jeho vedení v nervech. Jestliže má být proveden nějaký bolestivý výkon, je takovýto účinek na senzitivní nervy žádoucí (Lüllmann, 2012).

Volba lokálního anestetika pro spinální anestezie není tak významná jako pro epidurální anestezii. V současné době jsou u nás dostupná pro intratekální podání anestetika 0,5% bupivakain a 0,5% levobupivakain. Těhotné ženy mají menší objem mozkomíšního moku v těhotenství, a proto i potřebují menší dávkování lokálních anestetik. Standardně se tak u SC podává dávka 10-15mg (2-3ml) (Bláha a kol., 2014).

3.4.1.3 Technika provedení subarachnoidální anestezie

Spinální (subarachnoideální) anestezie je spolehlivá a relativně jednoduchá metoda. Její provedení je technicky jednodušší než u epidurální anestezie. Je podávána jako jednorázová aplikace v poloze vsedě nebo vleže na boku. Punkce musí být provedena pod úrovní L2, lépe L3. Meziobratlový prostor L3-L4 poskytuje většinou dobré a přitom i bezpečné podmínky punkce. Je proto doporučován jako preferenční místo vpichu. Standardní metoda výškové orientace je pomocí spojnice obou horních hran kostí kyčelních (typicky protíná trnový výběžek v úrovni L4 – Tuffierova linie). O nejvhodnější velikosti a typu hrotu spinální jehly v porodnictví se vedou opakované diskuze. Jako optimální se jeví používání spinální jehly 26-27G. V případě, že se předpokládá obtížná punkce (např. obézní rodička), lze výjimečně použít i jehlu 25G (Bláha a kol., 2014).

Správná poloha zavedení jehly je ověřena odkapáváním nebo objevením se moku v konusu jehly. Po té se aplikuje hyperbarický roztok, tzn. o vyšší hustotě než je mozkomíšni mok. V anti-Trendelenburgově poloze se roztok postupně šíří do nižších částí subarachnoideálního prostoru. Nástup anestezie se během pár minut projeví ztrátou citlivosti na perineu a svalovou plegií. Je třeba myslet na zabránění hypotenze a vyrovnat rychle vzniklý nepoměr mezi kapacitou a aktuální náplní cévního řečiště (Zeman, 2011).

K testování rozsahu blokády se používá několik technik (lehký nebo ostrý dotek, pocit chladu apod.). Vzhledem k tomu, že každá z ověřovacích technik může poukazovat na jiný rozsah blokády, doporučuje se zvolit jeden způsob techniky a nekombinovat jej s jinými. Testování na vnímání chladu např. pomocí dezinfekčního spreje se jeví jako technika jednoduchá, rychlá a rodičku nestresující. Ztráta citlivosti na chlad k úrovni Th4 se považuje za dostatečnou pro SC (Bláha a kol., 2014).

3.4.2 Epidurální anestezie

Patří mezi neúčinnější metody řešení bolesti během porodu. U nás se provádí od počátku 90. let minulého století a během této doby prošla postupným vývojem a různými modifikacemi. Podmínkami k provedení epidurální anestezie je:

- zkušený anesteziolog, porodník a porodní asistentky
- kontinuální sledování a monitorování matky i plodu
- možnost statimového vyšetření koagulace
- nástup pravidelných kontrakcí
- vybavený porodní sál v nemocničním zařízení (Roztočil, 2008).

Lze ji provádět jen u poučeného a spolupracujícího pacienta (rodičky) a po podepsání informovaného souhlasu a při respektování všech kontraindikací. Součástí anesteziologického záznamu má být i mj. počet provedených vpichů, hloubka detekovaného epidurálního prostoru a hloubka zavedení epidurálního katétru a dosažená senzorní výška blokády (Jindrová a kol., 2016).

3.4.2.1 Výhody a nevýhody epidurální anestezie

Výhodou zvolení epidurální anestezie je možnost prodloužení nebo rozšíření blokády zavedeným katétrem, který lze využít i k poskytnutí pooperační analgezie. Riziko postpunkčních bolestí hlavy je menší než u subarachnoideální anestezie. Pomalejší nástup blokády vede k méně významnému rozvoji hypotenze (Bláha a kol., 2014).

3.4.2.2 Anestetika užívaná u epidurální anestezie

Farmakologický průmysl stále pracuje na vývoji nových lokálních anestetik, které by co nejméně ovlivňovaly průběh fyziologického porodu a neměly žádné nežádoucí účinky na matku i plod (Roztočil, 2008).

Volba anestetika se řídí podle typu žádané blokády a předpokládané doby anestezie. Čistě senzorní blokády se dají vyvolat nízkými koncentracemi anestetika (např. 0,125% nebo 0,25%). Někdy se používají směsi různých anestetik, aby bylo možné dosáhnout rychlé operační anestézie a dobré pooperační analgezie. Výhodná je k tomuto kombinace lidokainu, případně trimekainu a bupivakainu (Larsen, 2013).

Nejrozšířenějším lokálním anestetikem je bupivakain. Vzhledem k jeho možné karditoxicitě byla vyvinuta nová anestetika s nižší toxicitou, jako je například ropivakain a levobupivakain. Lokální anestetika jsou kombinována s opioidy, zejména sufentanilem, ale je možná kombinace i ostatních, jako je morfin a fentanyl (Roztočil, 2008).

3.4.2.3 Technika provedení epidurální anestezie

Vybavení se připraví na sterilní stolek. Postupuje se přísně asepticky. Anesteziolog má operační plášť, operační čepici, obličejovou roušku a sterilní rukavice. Výkon se provádí vleže, v poloze na boku nebo vsedě. Žáda musí být ohnuta do „kočičího hřbetu“. Pomalu a šetrně se zavádí jehla do epidurálního prostoru mezi trny obratlů L2-L3 nebo L3-L4. Průnik prostoru se pečlivě sleduje a kontroluje. V epidurálním prostoru je negativní tlak. Metodou ověření správného zavedení Tuoyeho jehly je metoda „visící kapky“, kdy dojde k nasátí kapky do konusu jehly do průsvitu jehly. Druhou metodou je „zkouška odporu“.

Po detekci epidurálního prostoru se ověřuje správnost bezodporovou stříkačkou. Při správném zavedení píst neklade žádný odpor a je s ním možno lehce posouvat. Přes jehlu se zavede katétr a provede se zajišťovací zkouška podáním 3-5ml anestetika. Počká se pár minut, a pokud se nevyskytnou žádné nežádoucí účinky, které by svědčily o průniku do mozkomíšního moku (hypotenze, svalové plegie, nedostatečnost dýchání), doplní se plná dávka anestetika. Nástup účinku se ohlašuje pocitem tepla, plný účinek je nejdříve za 25-35 minut. Inhalačně lze doplnit epidurální anestezii podáním kyslíku polomaskou nebo nazofaryngeálním katétrem.

3.4.3 Kombinovaná subarachnoidální a epidurální anestezie

Tato technika spojuje rychlý nástup účinku a účinnost subarachnoideální anestezie doplněné o flexibilní zajištění epidurálním katétrem. Potenciálním rizikem této metody je vytvořený otvor v dura mater. Ten může umožnit průnik látek s vysokou koncentrací z epidurálního prostoru do subarachnoideálního (Barash, 2015).

Její používání je v současné době předmětem diskuzí. Technika výkonu prodlužuje provedení anestezie a zvyšuje riziko možných komplikací (Málek a kol., 2016).

3.4.4 Komplikace neuroaxiální anestezie

Komplikace neuroaxiální analgezie a anestezie v porodnictví se dělí na obecné (vyskytují se i v jiných lékařských oborech) a specifické (váží se na problematiku porodnickou nebo perinatologickou), u kterých je třeba brát zřetel na fyziologické nebo patologické změny rodičky a možný přestup použitých farmakologických prostředků na plod. Ty mohou ovlivnit poporodní novorozeneckou adaptaci i raný postnatální vývoj (Pařízek, 2012).

Z komplikací je nutno zmínit především:

- bolesti zad – vyskytují se i po celkové anestezii, avšak po subarachnoideální nebo epidurální anestezii jsou častější. Možným vysvětlením je trauma způsobené jehlou, iritace lokálním anestetikem a natažení vazů způsobené svalovou relaxací.
- postpunkční bolesti hlavy – v porodnictví poměrně častá iatrogenní komplikace. Důvodem jsou fyziologicko-patologické rozdíly těhotných žen oproti běžné patientské populaci, ale i vzrůstající počet aplikovaných neuroaxiálních blokády. Neléčení postpunkční syndrom může vyústit až do fatální situace. Při jeho léčbě se uplatňují nejen prostředky konzervativní a invazivní terapie, ale je důležitá i komunikace

a psychická podpora ženy (Nosková, 2015). Bolesti hlavy se většinou objevují po zvednutí hlavy. Vleže nemusí být bolest patrná vůbec nebo jen mírná. Výskyt bolestí hlavy klesá se stoupajícím věkem a užitím subarachnoideálních jehel s neostrým hrotem (Barash, 2015).

- hypotenze – se vyskytuje častěji při podání subarachnoideální blokády, ale lze se s ní setkat i u rychle nasedající epidurální anestezie. Příčinou hypotenze je relativní hypovolemie z výrazné vazodilatace, která je způsobena rychlým nástupem účinku neuroaxiální blokády. Terapie musí být důrazná a rychlá, protože při delším trvání hypotenze hrozí významná hypoxie plodu. Terapie spočívá na rychlém doplnění intravazálního objemu a na podání vazopresorů. V případě spinální anestezie je vhodné podat vazopresory v malých dávkách profylakticky, ještě před podáním lokálního anestetika subarachnoideálně, aby vůbec nedošlo k rozvoji hypotenze.
- selhání regionální anestezie – k úplnému selhání dochází relativně málo, častěji jde o nedostatečný efekt blokády. Vzhledem k anatomii a technice provedení obou typů neuroaxiální anestezie je selhání metody častější u epidurální anestezie. Riziko selhání metody se promítá i při volbě typu anestezie. Hlavní důvod preference spinální anestezie je její jednoduchost a spolehlivost s nízkým výskytem komplikací způsobených vlastní punkcí. Při nedostatečném efektu neuroaxiální blokády závisí další postup na zhodnocení lokalizace a rozsahu diskomfortu, zhodnocení úrovně anestezie, posouzení operační fáze a zhodnocení přítomnosti spolupodílejících se faktorů (anxieta, krvácení apod.).
- epidurální hematom – je jednou z nejzávažnějších komplikací. K jeho vzniku dochází především při poranění epidurálního žilního plexu. Krvácení do epidurálního prostoru zpočátku probíhá nepozorovaně. Narůstající hematom může v uzavřeném prostoru míšního kanálu způsobit míšní kompresi a ischemii. Pokud nedojde k evakuaci do 6-8 hod. od vzniku prvních příznaků, hrozí vznik trvalé paraplegie. Krvácení do subarachnoideálního prostoru je vzácné a vzniká následkem poranění radikulárních cév, které provázejí míšní kořeny. V tomto případě nevzniká hematom, ale dochází ke krvácení do mozkomíšního moku, proto je poranění méně závažné.
- epidurální absces – je vzácná komplikace, přesto se vyskytuje častěji než hematom. Příčinou může být dlouhodobě zavedený katétr (1-4 dny). Dalším faktorem, který se podílí na jeho vzniku, je traumatická punkce nebo inzerce katetru, podíl má přítomnost diabetu a imunosuprese. Stejně jako u hematomu, je důležitá včasná

diagnóza po objevení prvních příznaků. Prognóza je výrazně lepší, pokud je absces evakuován ještě před rozvojem neurologických příznaků. Součástí léčby musí být i cílená léčba antibiotiky.

- spinální poranění – v průběhu neuroaxiální punkce nebo zavádění epidurálního katétru může rodička pociťovat parestezie, někdy až bolestivého charakteru. K poranění nervových kořenů však dochází zcela výjimečně. Horší může být poranění míšních kořenů při spinální punkci. Přímé poranění míšních kořenů je častěji způsobené jehlou, ale i měkké a flexibilní epidurální katétrů mohou trvalým tlakem na nervové kořeny způsobit jejich poranění. Dochází k tomu při příliš hlubokém zavedení epidurálního katétru (>4cm).
- retence moče – nervová dráha parasympatické motorické inervace močového měchýře prochází cestou míšních segmentů S2-4, vlákna sympatické inervace vedou přes Th11-12. Neuroaxiální blokády mohou z tohoto důvodu způsobit retenci moče, kterou je potřeba řešit zavedením močové cévky, aby nedošlo k atonii močového měchýře a případně až k ireverzibilnímu poškození detruzorového aparátu.
- útlum dechu – může nastat při podání velkého množství anestetika do subarachnoideálního prostoru na místo do epidurálního. Ke stejné situaci může dojít při podání vysoké koncentrace lokálního anestetika nebo opioidu. Jediným řešením této komplikace je podpurná nebo umělá plicní ventilace.
- toxicita lokálních anestetik – může se projevit chuťovými změnami v ústech, světloplachostí, tinnitem, poruchou vidění, svalovými fascikulacemi, bezvědomím, křečemi, apnoe nebo i kóma. Předjít této komplikaci lze dodržováním preventivních opatření. Ty spočívají v přísném dodržování doporučení dávkování lokálního anestetika, povinnou aspirací před pomalou aplikací léku, které předcházelo podání testovací dávky. V průběhu celého výkonu je důležité udržovat slovní kontakt s těhotnou a zjišťování subjektivních pocitů. Zavedený epidurální katétr musí být nápadně označen od žilního katétru, aby nedošlo k záměně při aplikaci léků. Náhodná záměna by mohla mít až fatální následky (Pařízek a kol., 2012).

EMPIRICKÁ ČÁST

4 ZKOUMANÝ SOUBOR A POUŽITÉ METODY

V bakalářské práci byl k výzkumu použit kvantitativní přístup pomocí nestandardizovaného anonymního dotazníku (příloha č. 1) v Oblastní nemocnici Kolín a.s., na gynekologicko-porodnickém oddělení. V rámci výzkumného šetření byl sestaven jeden dotazník o 28 otázkách pro ženy různé věkové kategorie, které porodily císařským řezem v celkové nebo svodné anestezii.

Otázky č. 1 – 6 se zaměřují na věkové složení dotazovaných žen, jejich zvládnání bolesti před porodem a informovanost o možnostech způsobu anestezie a analgezie. V otázkách č. 7 – 12 jsou dotazovány ženy na zkušenosti s jednotlivými typy anestezie u minulého i současného porodu. Otázky 13 – 19 jsou již zaměřeny na informace poskytnuté k způsobu anestezie zvolené k právě proběhnutému operativnímu porodu a jejich porozumění. Spokojenost s anestézií, míra obav, komplikace a případné pooperační bolesti jsou dotazovány v okruhu otázek č. 20 – 28.

Před vlastním výzkumem bylo provedeno pilotní šetření, které sloužilo k ověření srozumitelnosti připravených otázek. Zkušební vyplňování dotazníku podstoupilo 10 žen po porodu. Došlo k nepatrným úpravám formulací otázek.

Výzkum byl odsouhlasen etickou komisí Oblastní nemocnice Kolín a.s., (příloha č. 2), primářem a vrchní sestrou gynekologicko-porodnického oddělení (příloha č. 3) a hlavní sestrou Oblastní nemocnice Kolín a.s., (příloha č. 4). Výzkum probíhal od června do listopadu roku 2016. Dotazníky byly distribuovány v tištěné podobě ženám po porodu na oddělení šestinedělí a JIP. Většina dotazníků byla ženami v šestinedělí přijata. Celkem bylo roz distribuováno 150 dotazníků a pouze 4 dotazníky nebyly vráceny.

Výzkumný soubor 146 žen byl rozdělen do dvou hlavních kategorií podle typu anestezie. Celková anestezie má zastoupení u 72 žen a svodná anestezie u 74 žen. Všechny 74 žen podstoupilo subarachnoideální anestezii. Ve výzkumném vzorku se nevyskytla jediná rodička, u které by byla zvolena epidurální anestezie.

Výsledky byly zpracovány a vyhodnoceny pomocí programu Microsoft Excel v tabulkách a grafech.

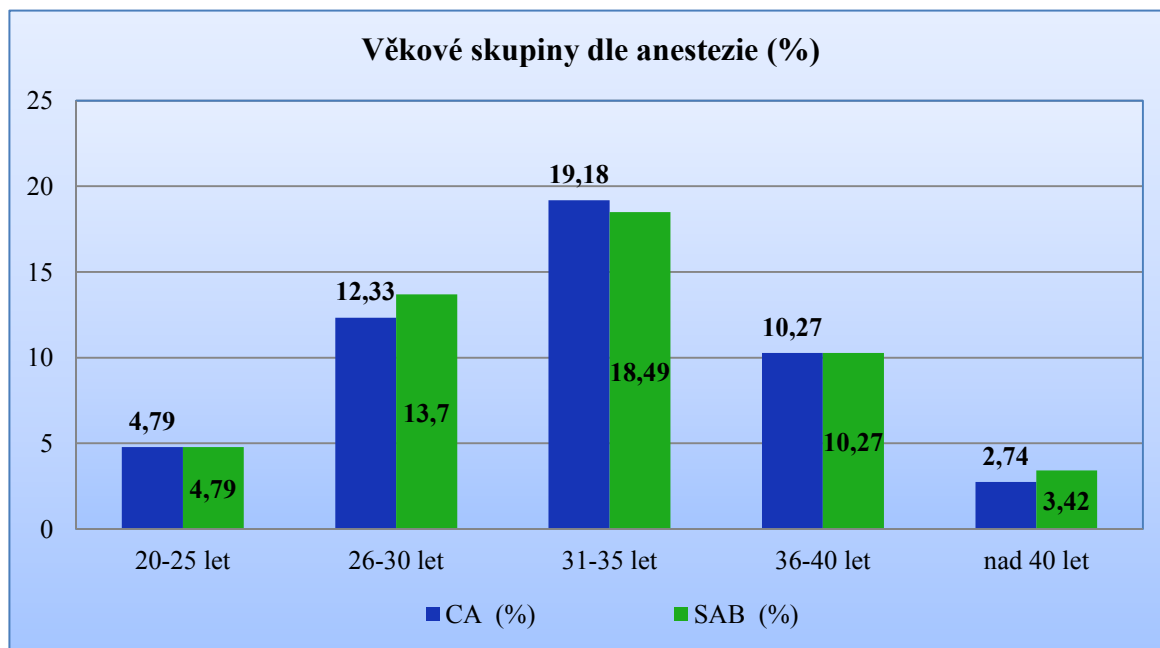
5 VÝSLEDKY

Otázka č. 1: Kolik je Vám let?

Tab. 6: Věkové skupiny respondentek

věková skupina	CA (N)	CA (%)	SAB (N)	SAB (%)
20-25 let	7	4,79 %	7	4,79 %
26-30 let	18	12,33 %	20	13,70 %
31-35 let	28	19,18 %	27	18,49 %
36-40 let	15	10,27 %	15	10,27 %
nad 40 let	4	2,74 %	5	3,42 %
celkem	72	49,32 %	74	50,68 %
celkem dotázaných		146		100 %

Graf 1: Věkové skupiny u celkové a svodné anestezie



Komentář:

Respondentky uváděly svůj věk v letech. Podle věku byly rozděleny do 5 skupin po 5 letech. Procentuální zastoupení žen v jednotlivých kategoriích je znázorněno v grafu č. 1.

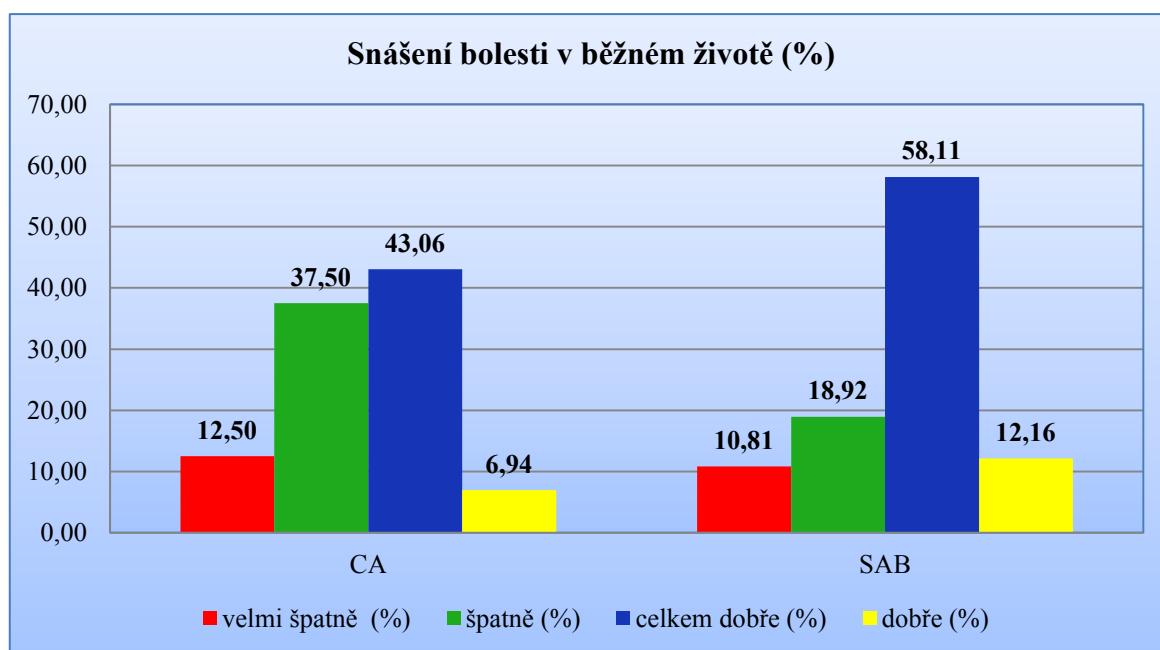
Nejmladší rodičce v celkové anestezii (CA) bylo 20 let, nejstarší 43 let. U skupiny žen po svodné anestezii, kdy se jednalo o subarachnoidální anestezii (SAB), bylo nejmladší rodičce 22 let a nejstarší 44 let. Průměrný věk rodiček byl 32 let.

Otázka č. 2: Jak v běžném životě snášíte bolest?

Tab. 7: Snášení bolesti v běžném životě

	CA (N)	CA (%)	SAB (N)	SAB (%)
velmi špatně	9	12,50 %	8	10,81 %
špatně	27	37,50 %	14	18,92 %
celkem dobře	31	43,06 %	43	58,11 %
dobře	5	6,94 %	9	12,16 %
celkem	72	100,00 %	74	100,00 %

Graf 2: Snášení bolesti v běžném životě



Komentář:

V této otázce klientky hodnotily vnímání a zvládání bolesti v jejich běžném životě. Bolest každý vnímá jiným způsobem a jinak se s ním vyrovnává. Skupina rodiček v CA

zvládají bolest v běžném životě celkem dobře 31 žena (43,06 %), špatně 27 žen (37,50 %), velmi špatně 9 žen (12,50 %) a 5 žen (6,94 %) zvládají bolest dobře.

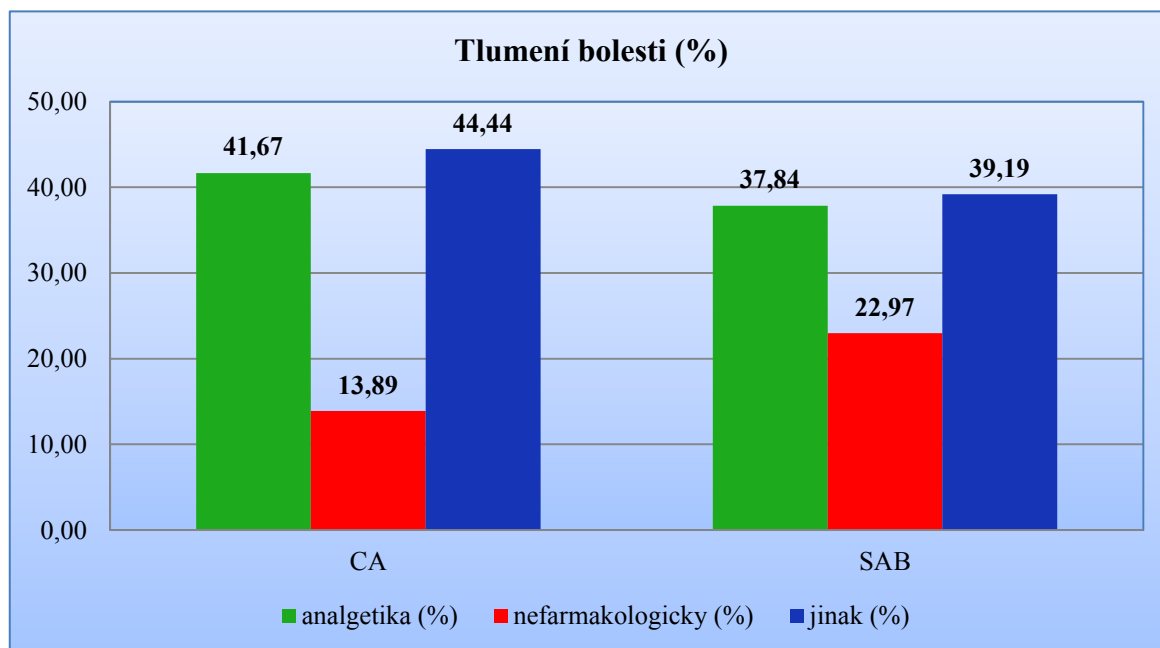
Ve svodné anestezii zvládají bolest v běžném životě celkem dobře 43 žen (58,11 %), špatně zvládá bolest pouze 14 žen (18,92 %), dobře 9 žen (12,16 %), velmi špatně zvládá bolest 8 žen (10,81 %). Z uvedeného výsledného vzorku tudíž vyplývá, že ženy, které snáší bolest špatně či velmi špatně, se raději z obav případné bolesti při operativním porodu rozhodly pro celkovou anestezii.

Otázka č. 3: Jak v běžném životě tlumíte bolest?

Tab. 8: Tlumení bolesti v běžném životě

	CA (N)	CA (%)	SAB (N)	SAB (%)
analgetika	30	41,67 %	28	37,84 %
nefarmakologicky	10	13,89 %	17	22,97 %
jinak	32	44,44 %	29	39,19 %
celkem	72	100,00 %	74	100,00 %

Graf 3: Tlumení bolesti v běžném životě



Komentář:

Nejčastějším způsobem řešení bolesti v běžném životě dotazovaných žen s CA 30 (41,67 %) užívá analgetika, 10 žen (13,89 %) preferuje ve svém životě jako metodu volby léčby bolesti nefarmakologické metody, mezi něž zařazují bylinky, homeopatika nebo aromaterapii. 32 dotazovaných (44,44 %) uváděly jiný způsob, což je užití nefarmakologických metod, a teprve při jejich selhání se uchylují k užití analgetik.

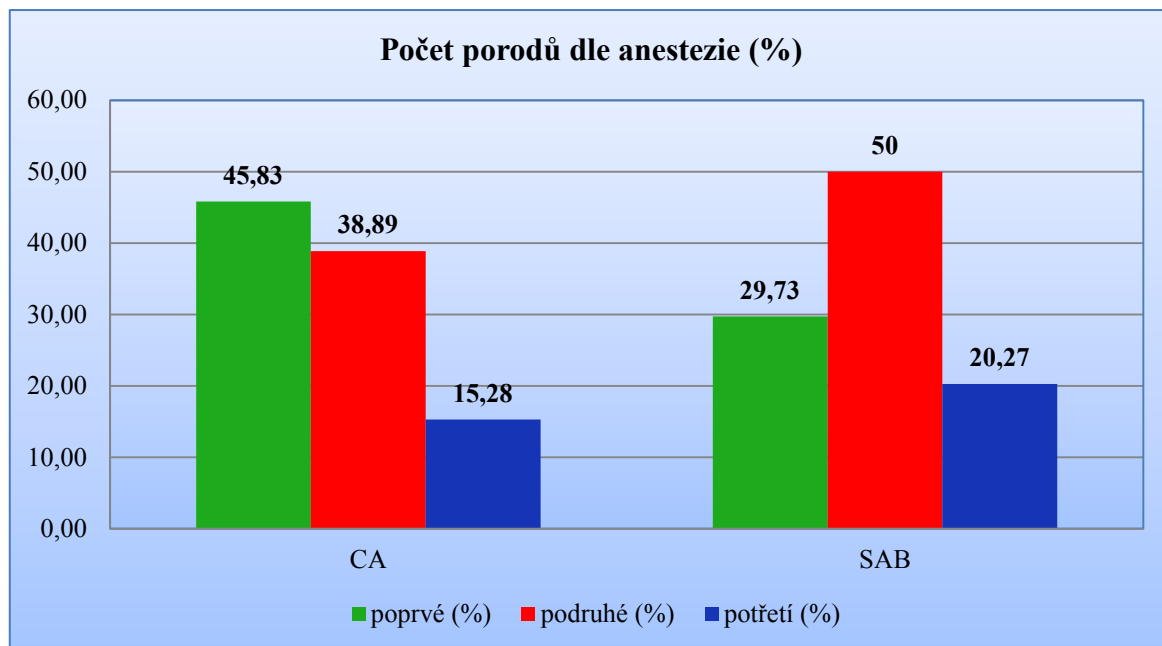
Stejně výsledky jsou i ve skupině SAB. 28 dotázaných (37,84 %) využívá jako první volbu léčby bolesti analgetika a 17 dotázaných (22,97 %) dává přednost jako první volbě nefarmakologické metodě. Při nedostatečné účinnosti nefarmakologických metod sahá po analgeticích 29 žen (39,19 %).

Otázka č. 4: Po kolikáté jste rodila?

Tab. 9: Počet porodů dle anestezie

	CA (N)	CA (%)	SAB (N)	SAB (%)
poprvé	33	45,83 %	22	29,73 %
podruhé	28	38,89 %	37	50,00 %
potřetí a více	11	15,28 %	15	20,27 %
celkem	72	100,00 %	74	100,00 %

Graf 4: Počet porodů dle zvolené anestezie



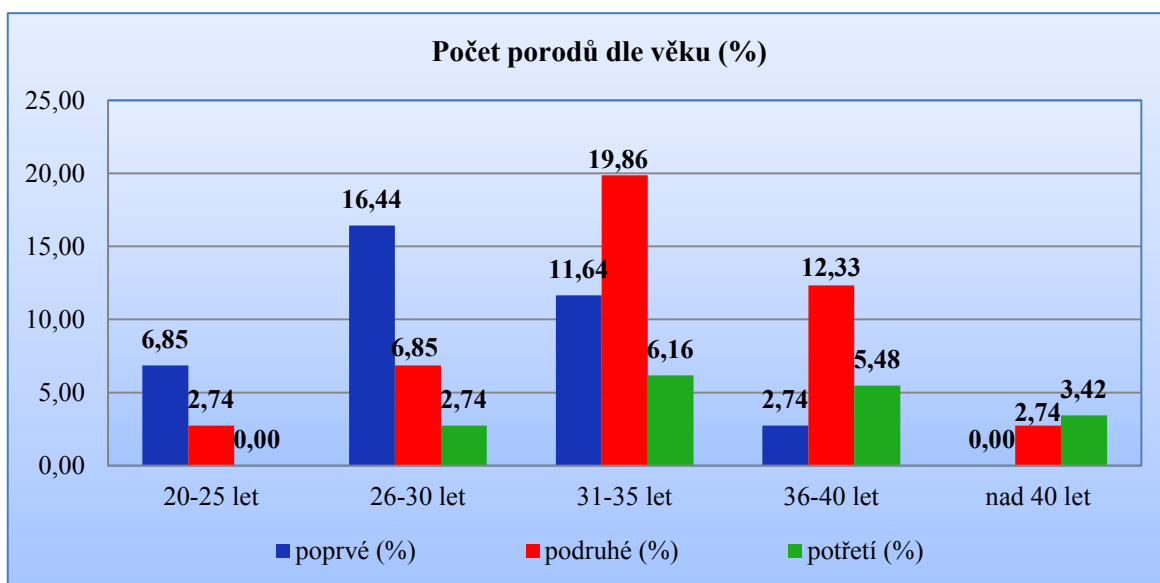
Komentář:

Z uvedeného grafu vyplývá, že u 33 žen (45,83 %), které rodily poprvé, bylo častěji využito celkové anestezie. Teprve s druhým porodem narůstá počet preference svodné anestezie, která zároveň umožňuje první kontakt matky s dítětem bezprostředně po jeho narození. Tento způsob využilo 37 žen (50 %). Při třetím porodu je preference anestezie téměř vyrovnaná. V CA 11 žen (15,28 %) a v SAB 15 žen (20,27 %).

Tab. 10: Počet porodů dle věku

věková skupina	POPRVÉ				PODRUHÉ				POTŘETÍ A VÍCE			
	CA (N)	CA (%)	SAB (N)	SAB (%)	CA (N)	CA (%)	SAB (N)	SAB (%)	CA (N)	CA (%)	SAB (N)	SAB (%)
20-25 let	6	4,11 %	4	2,74 %	1	0,68 %	3	2,05 %	0	0,00 %	0	0,00 %
26-30 let	13	8,90 %	11	7,53 %	4	2,74 %	6	4,11 %	1	0,68 %	3	2,05 %
31-35 let	12	8,22 %	5	3,42 %	13	8,90 %	16	10,96 %	3	2,05 %	6	4,11 %
36-40 let	2	1,37 %	2	1,37 %	9	6,16 %	9	6,16 %	4	2,74 %	4	2,74 %
nad 40 let	0	0,00 %	0	0,00 %	1	0,68 %	3	2,05 %	3	2,05 %	2	1,37 %
celkem	33	22,60 %	22	15,07 %	28	19,18 %	37	25,34 %	11	7,53 %	15	10,27 %

Graf 5: Počet porodů dle věku



Komentář:

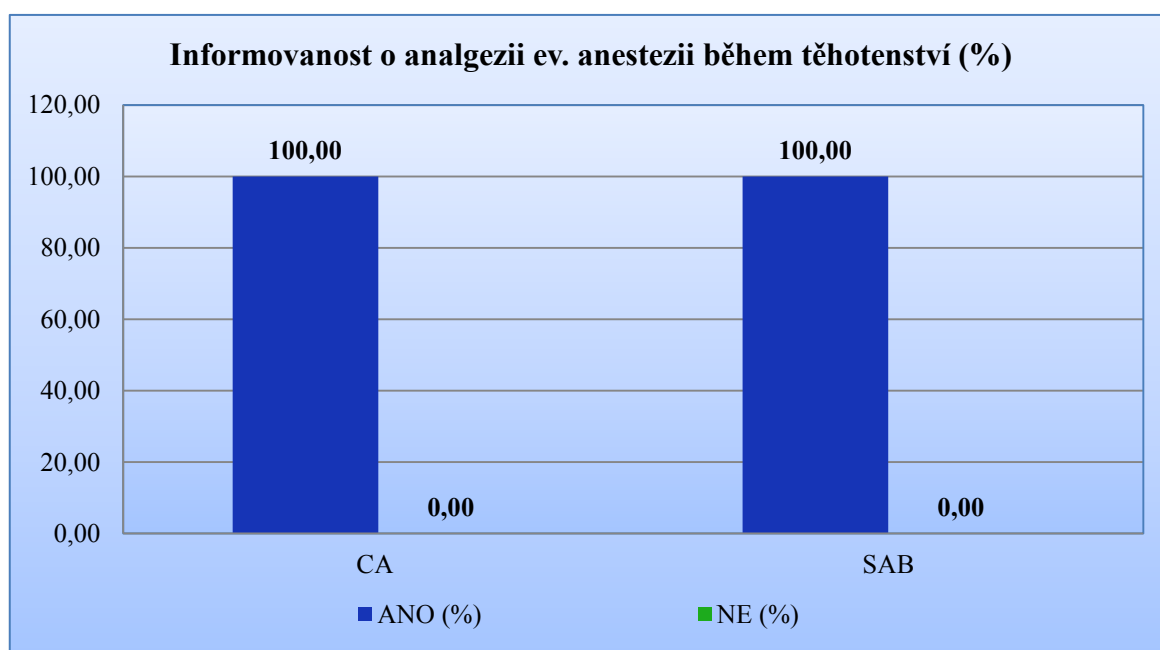
První dítě si klientky, dle dotazníku, pořizují ve věkové skupině 26-30 let a to ve 24 případech, z nichž 13 (8,90 %) rodilo v CA a 11 v SAB (7,53 %). Druhé dítě následuje s nepatrným odstupem ve věku 31-35 let v CA 13 žen (8,90 %) a v SAB 16 žen (10,96 %). U této věkové skupiny je v 9 případech (6,16 %) i nejčastější výskyt pro pořízení třetího dítěte.

Otázka č. 5: Slyšela jste již během těhotenství o využití analgezie ev. anestezie (celkové nebo svodné – epidurální, subarachnoideální) u porodu?

Tab. 11: Informovanost o analgezi ev. anestezii během těhotenství

	CA (N)	CA (%)	SAB (N)	SAB (%)
ANO	72	100,00 %	74	100,00 %
NE	0	0,00 %	0	0,00 %
celkem	72	100,00 %	74	100,00 %

Graf 6: Informovanost o analgezi ev. anestezii během těhotenství



Komentář:

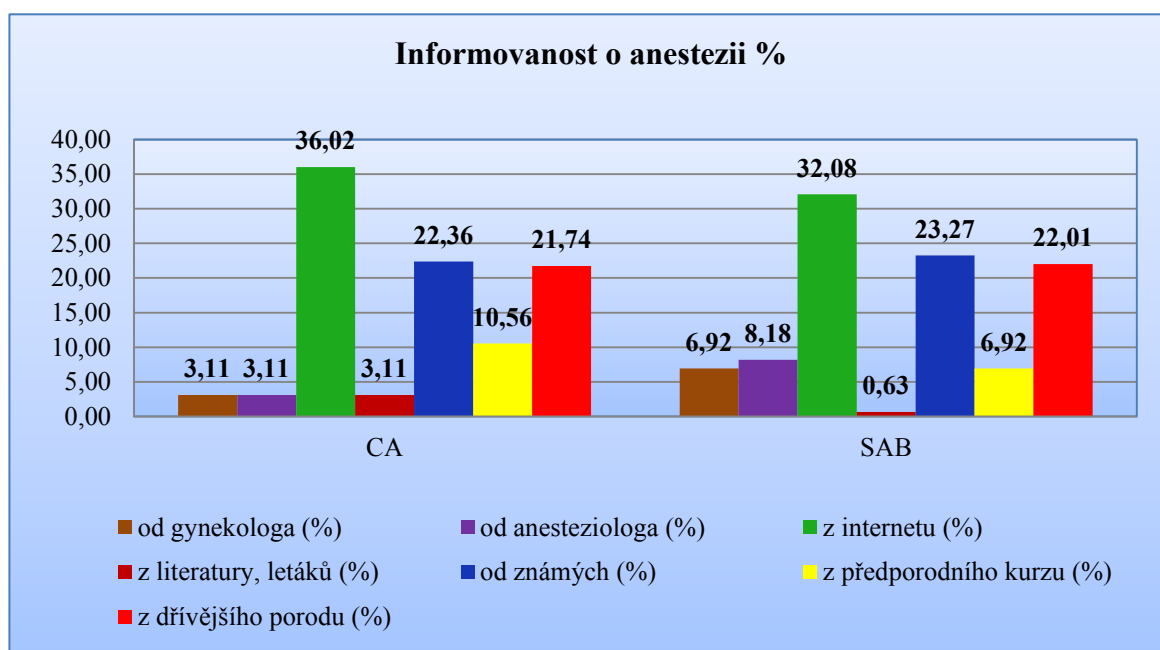
Všechny rodičky dotazovaných skupin CA a SAB slyšely o možnosti porodnické analgezie a způsobech anestezie již během těhotenství a seznámily se s těmito možnostmi.

Otázka č. 6: Odkud jste čerpala informace o anestezii k císařskému řezu? (můžete zvolit i více informací)

Tab. 12: Čerpání informací o anestezii během těhotenství

	CA (N)	CA (%)	SAB (N)	SAB (%)
od gynekologa	5	3,11 %	11	6,92 %
od anesteziologa	5	3,11 %	13	8,18 %
z internetu	58	36,02 %	51	32,08 %
z literatury	5	3,11 %	1	0,63 %
od známých	36	22,36 %	37	23,27 %
z předporodního kurzu	17	10,56 %	11	6,92 %
z dřívějšího porodu	35	21,74 %	35	22,01 %
Celkem	161	100,00 %	159	100,00 %

Graf 7: Čerpání informací o anestezii během těhotenství



Komentář:

Na tuto otázku mohly dotazované uvést více odpovědí. V celkové anestezii od 72 žen bylo celkem 161 odpovědí. Ve svodné anestezii od 74 žen bylo dohromady 159 odpovědí. Jak vyplývá z grafu, je v současné době největším zdrojem poskytování hledaných informací internet. Tato odpověď se vyskytla v souboru CA 58 x (36,02 %) a v souboru SAB 51

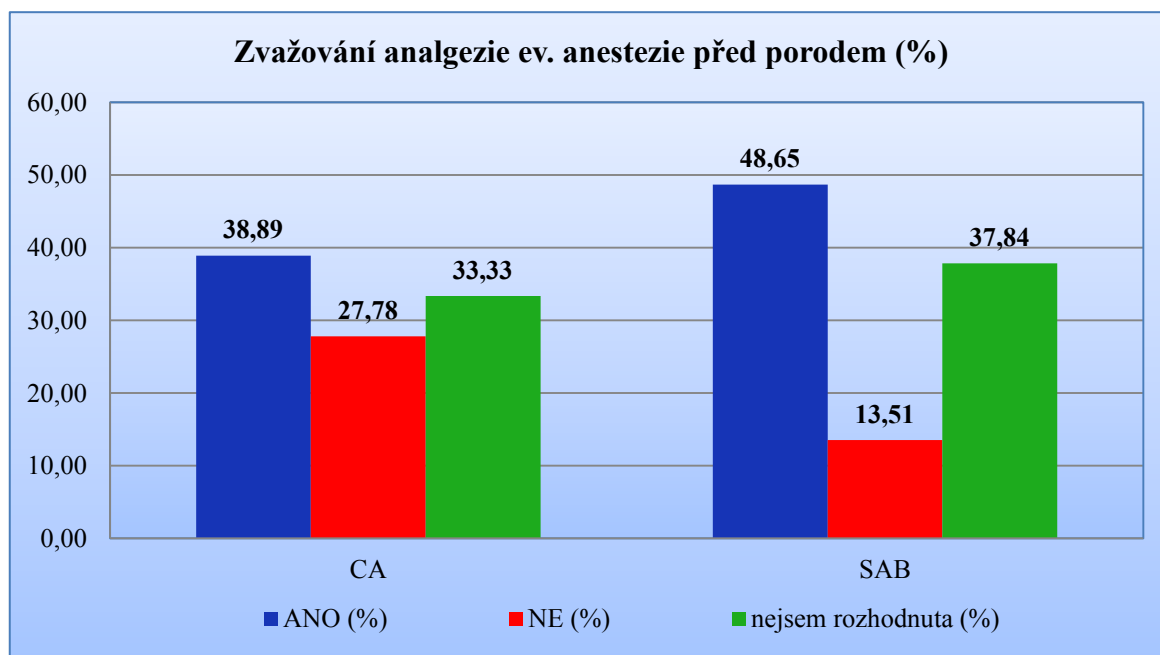
x (32,08 %). Dalším zdrojem získání informací jsou reference od známých v CA 36 x (22,36 %), v SAB 37 x (23,27 %) odpovědí. Z dřívějšího porodu v CA 35 x (21,74 %) a v SAB 35 x (22,01 %) odpovědí.

Otázka č. 7: Uvažovala jste o analgezii a případné anestezii (svodné, celkové) ještě před nástupem do porodnice (na základě informací dle otázky 6)

Tab. 13: Zvažování analgezie ev. anestezie před nástupem do porodnice

	CA (N)	CA (%)	SAB (N)	SAB (%)
ANO	28	38,89 %	36	48,65 %
NE	20	27,78 %	10	13,51 %
nejsem rozhodnuta	24	33,33 %	28	37,84 %
celkem	72	100,00 %	74	100,00 %

Graf 8: Zvažování analgezie ev. anestezie před nástupem do porodnice



Komentář:

Ze zkoumaného vzorku dotazovaných je zřejmé, že se touto otázkou zabývalo v CA 28 žen (38,89 %). Přibližně stejně velký počet žen - 24 (33,33 %) nebyly rozhodnuty, zda chtějí řešit

porodní bolesti vhodnou analgezií anebo jaký typ anestezie by v případě císařského řezu zvolily. 20 žen (27,78 %) vůbec neuvažovalo o analgezii nebo anestezii.

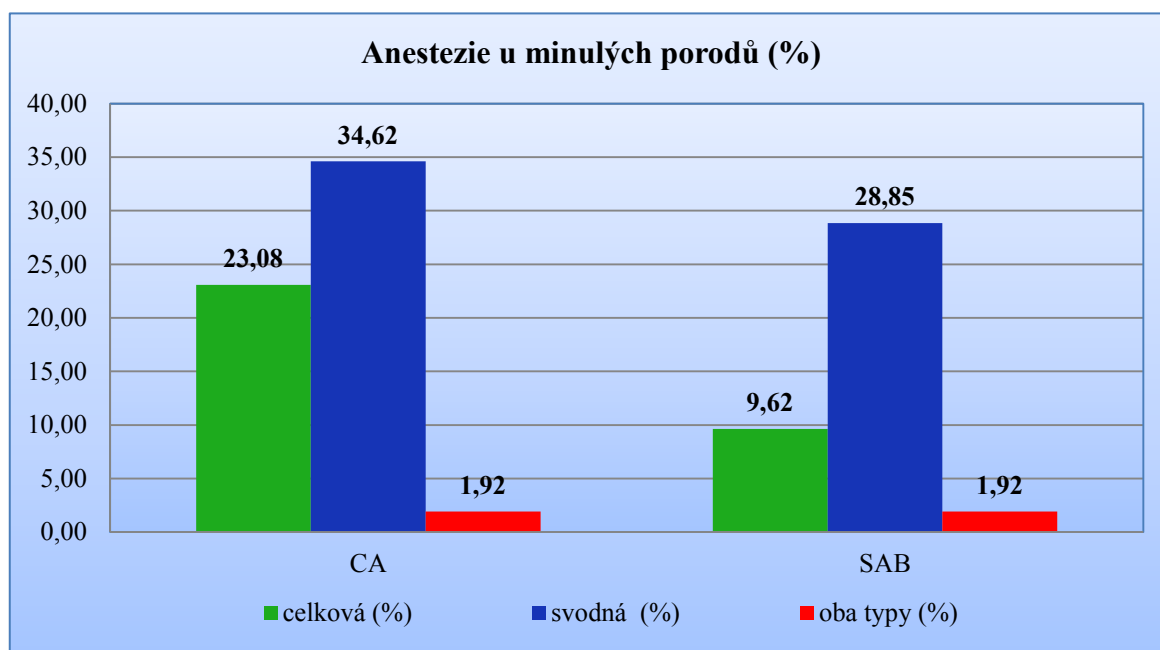
V SAB se 36 žen (48,65 %) zabývalo otázkou analgezie, anestezie. Pouze 28 žen (37,84 %) nebylo rozhodnuto a 10 žen (13,51 %) neuvažovalo o možném řešení.

Otázka č. 8: Pokud jste již v minulosti rodila císařským řezem, jaký Vám byl podán typ anestezie?

Tab. 14: Anestezie u minulých porodů

	CA (N)	CA (%)	SAB (N)	SAB (%)
celková	12	23,08 %	5	9,62 %
svodná	18	34,62 %	15	28,85 %
oba typy	1	1,92 %	1	1,92 %
celkem	31	59,62 %	21	40,38 %
celkem odpovědělo		52,00	100 %	

Graf 9: Anestezie u minulých porodů



Komentář:

Z dotazovaného vzorku klientek pouze 52 žen rodilo opakovaně se zkušeností předchozího operativního porodu.

Ve skupině CA podstoupené u současného operativního porodu rodilo 12 x (23,08 %) stejným způsobem jako v minulosti. 18 žen má zkušenost se svodnou anestézií z předchozího porodu. 1 žena (1,92 %) má zkušenosti s oběma typy anestezie.

Ve skupině SAB podstoupené u současného operativního porodu rodilo v minulosti 5 žen (9,62 %) v CA a 15 žen (28,85 %) v SAB. Stejně jako u předchozí skupiny 1 žena (1,92 %) měla možnost poznat oba typy anestezie.

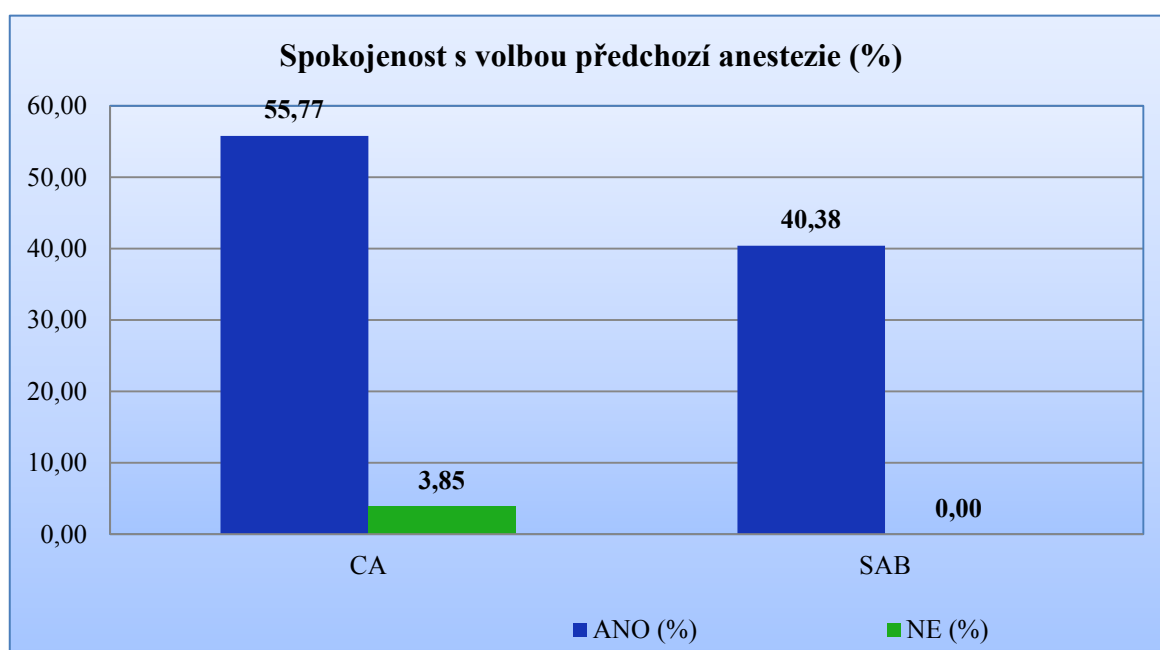
Jak vyplývá z grafu, největší zastoupení u minulého operativního porodu má svodná anestezie, a to dohromady ve 33 případech, celkovou anestézií podstoupilo dohromady 17 žen.

Otázka č. 9: Byla jste s volbou předchozí anestezie spokojená?

Tab. 15: Spokojenost s volbou předchozí anestezie

	ANO (N)	ANO (%)	NE (N)	NE (%)
CA	29	55,77 %	2	3,85 %
SAB	21	40,38 %	0	0,00 %
celkem	50	96,15 %	2	3,85 %
celkem hodnotilo	52	100 %		

Graf 10: Spokojenost s volbou předchozí anestezie



Komentář:

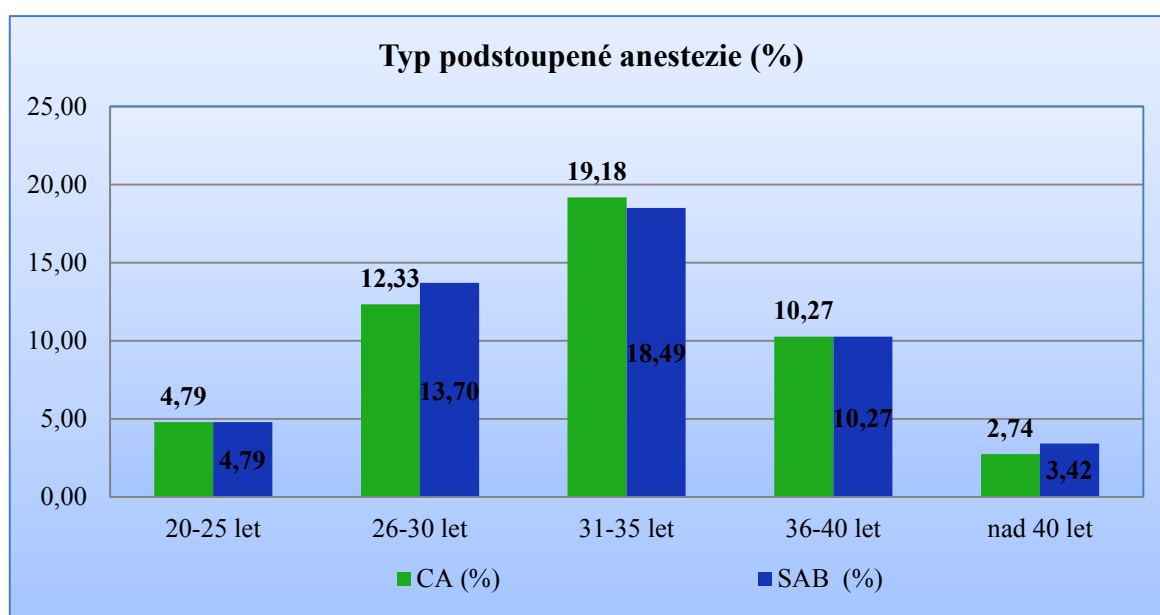
Z dotazovaných klientek pouze 2 (3,85 %) nebyly spokojeny s volbou předchozí anestezie. Ostatních 50 rodiček (96,15 %), které podstoupily operativní porod, byly se zvoleným typem anestezie spokojeny.

Otázka č. 10: Jaký byl typ anestezie, který jste podstoupila nyní?

Tab. 16: Typ anestezie u posledního operativního porodu v porovnání s věkem

věková skupina	CA (N)	CA (%)	SAB (N)	SAB (%)
20-25 let	7	4,79 %	7	4,79 %
26-30 let	18	12,33 %	20	13,70 %
31-35 let	28	19,18 %	27	18,49 %
36-40 let	15	10,27 %	15	10,27 %
nad 40 let	4	2,74 %	5	3,42 %
celkem	72	49,32 %	74	50,68 %
celkem		146		100 %

Graf 11: Typ anestezie u posledního operativního porodu v porovnání s věkem



Komentář:

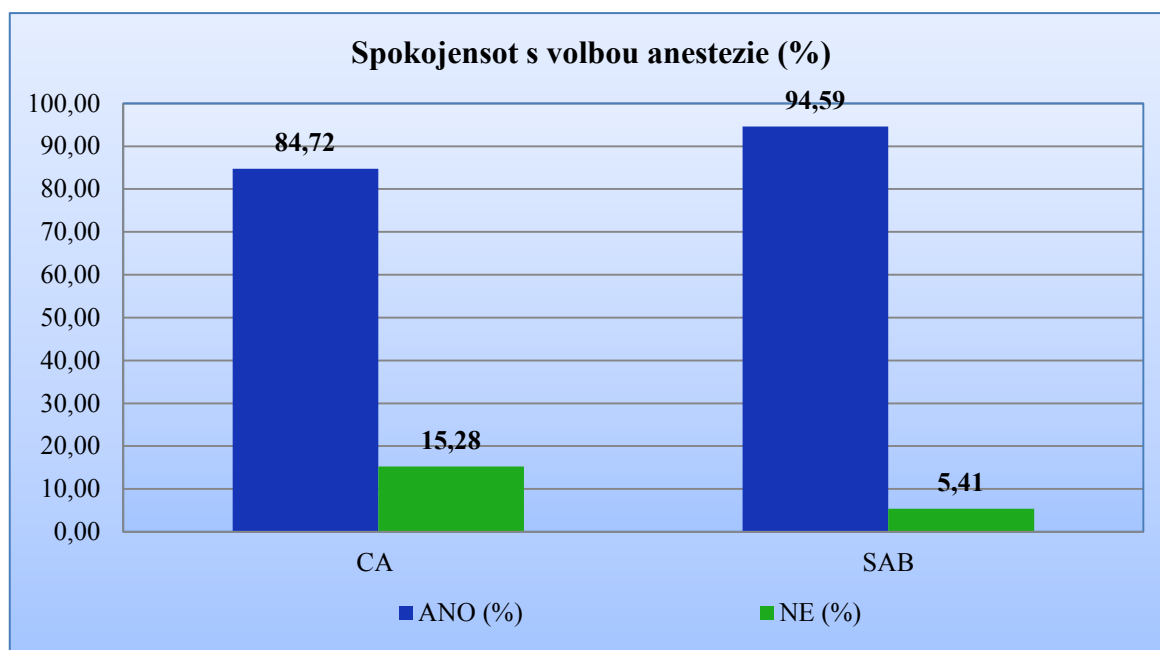
Jak ukazují výsledky dotazovaných žen, je metoda volby anestezie celkové nebo svodné vcelku vyrovnaná. 72 žen (49,32 %) podstoupilo celkovou anestezii, 74 žen (50,68 %) svodnou anestezii. Dá se tedy říci, že žádný typ anestezie není ženami v kterémkoli roce života výrazným způsobem upřednostňován nebo preferován.

Otázka č. 11: Byla jste s touto volbou anestezie spokojená?

Tab. 17: Spokojenost s volbou anestezie u posledního operativního porodu

	CA (N)	CA (%)	SAB (N)	SAB (%)
ano	61	84,72 %	70	94,59 %
ne	11	15,28 %	4	5,41 %
celkem	72	100,00 %	74	100,00 %

Graf 12: Spokojenost s volbou anestezie u posledního operativního porodu



Komentář:

S metodou celkové anestezie bylo 61 (84,72 %) žen spokojeno. Pouze 11 žen (15,28 %) uvádí nespokojenost s anestezií.

Ve svodné anestezii bylo spokojeno 70 (94,59 %) žen a pouze 4 ženy (5,41 %) nebyly s volbou svodné anestezie spokojeny.

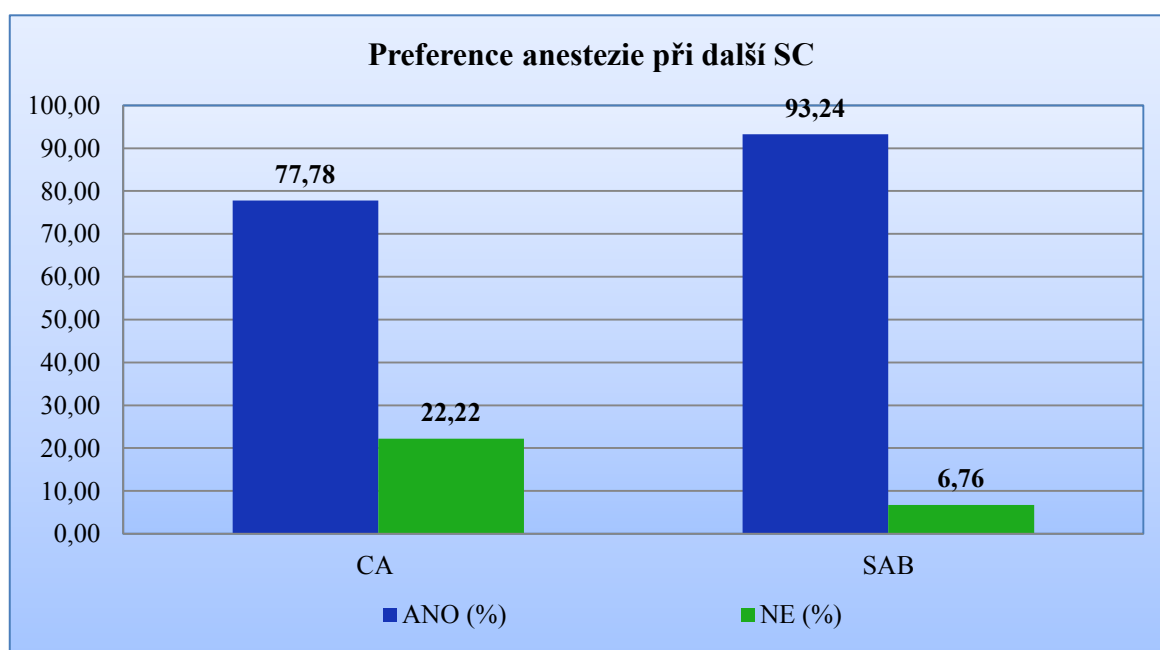
Přesné formulování důvodů, které vedly k nespokojenosti s typem anestezie, jsou popsány v kapitole 6.

Otázka č. 12: Vybrala byste si tuto metodu i při dalším císařském řezu?

Tab. 18: Preference anestezie při dalším císařském řezu

	CA (N)	CA (%)	SAB (N)	SAB (%)
ano	56	77,78 %	69	93,24 %
ne	16	22,22 %	5	6,76 %
celkem	72	100 %	74	100 %

Graf 13: Preference anestezie při dalším císařském řezu



Komentář:

Celkovou anestezii by pro příští operativní porod nevolilo 16 z dotazovaných žen (22,22 %).

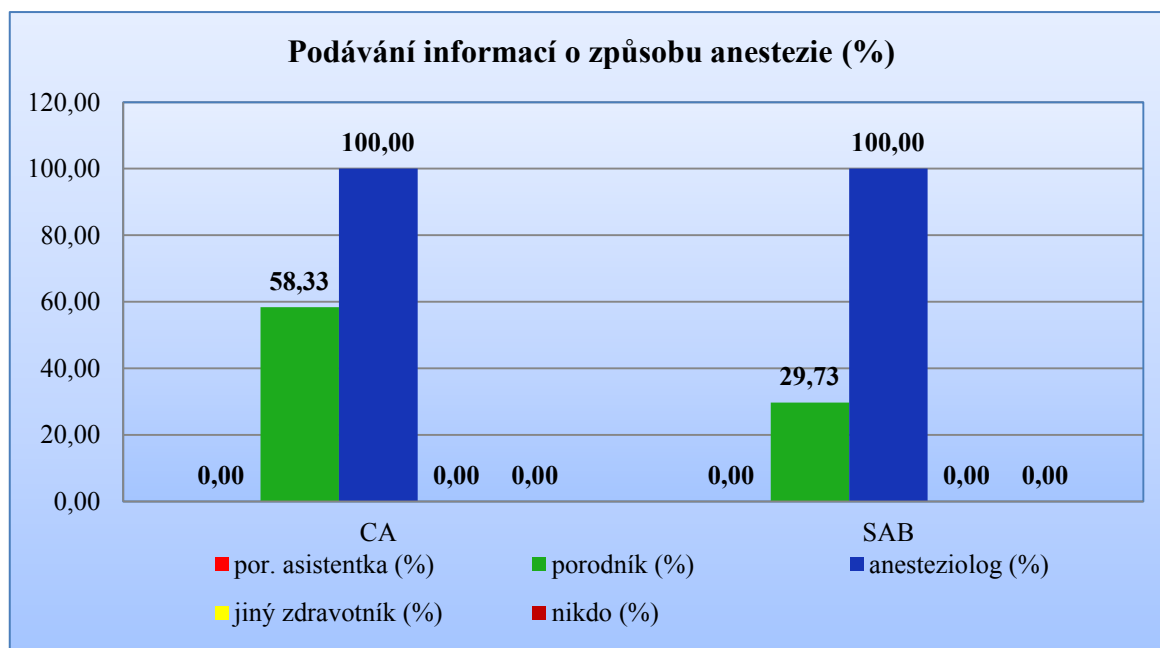
Ve skupině svodné anestezie by se pouze 5 žen (6,76 %) již nerozhodlo pro tento způsob.

Otázka č. 13: Kdo Vám podával informace o způsobu anestezie?

Tab. 19: Podávání informací o způsobu anestezie

	por.asistentka (N)	por.asistentka (%)	porodník (N)	porodník (%)	anesteziolog (N)	anesteziolog (%)	jiný zdravotník (N)	jiný zdravotník (%)	nikdo (N)	nikdo (%)
CA	0	0,00 %	42	58,33 %	72	100 %	0	0,00 %	0	0,00 %
SAB	0	0,00 %	22	29,73 %	74	100 %	0	0,00 %	0	0,00 %
celkem			CA - 72			100 %	SAB - 74			100 %

Graf 14: Podávání informací o způsobu anestezie



Komentář:

Na tuto otázku některé ženy odpověděly současně dvěma možnostmi.

Všech 72 žen (100,00 %), které podstoupily operativní porod v celkové anestezii, byly o jejím průběhu informovány anesteziologem. Z toho 42 ženám (58,33 %) byly informace podány současně i porodníkem.

I všem 74 ženám (100,00 %), které podstoupily porod ve svodné anestezii, byly informace podány anesteziologem. Z toho 22 ženám (29,73 %) byly informace podány i porodníkem.

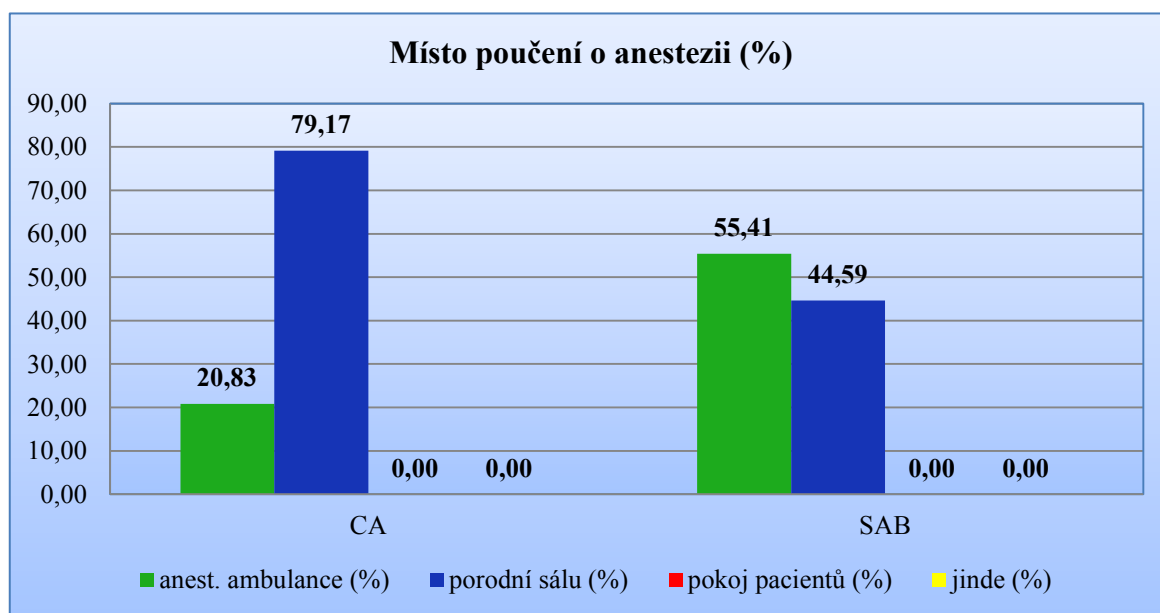
Jak z uvedeného zkoumání vyplývá, je snaha odborného personálu podávat klientkám co největší možný zdroj informací i za cenu duplicitního informování. Zkušenosti z praxe ukazují, že ženám vystresovaným a unaveným samotným porodem je lépe informace raději několikrát opakovat.

Otázka č. 14: Kde jste byla poučena o typu anestezie?

Tab. 20: Místo poučení o anestezii

	CA (N)	CA (%)	SAB (N)	SAB (%)
anest. ambulance	15	20,83 %	41	55,41 %
porodní sál	57	79,17 %	33	44,59 %
pokoj pacientů	0	0,00 %	0	0,00 %
jinde	0	0,00 %	0	0,00 %
celkem	72	100,00 %	74	100,00 %

Graf 15: Místo poučení o anestezii



Komentář:

O celkové anestezii získalo 57 žen (79,17 %) informace na porodním sále. Pouze v 15 případech (20,83 %) získaly ženy informace v anesteziologické ambulanci.

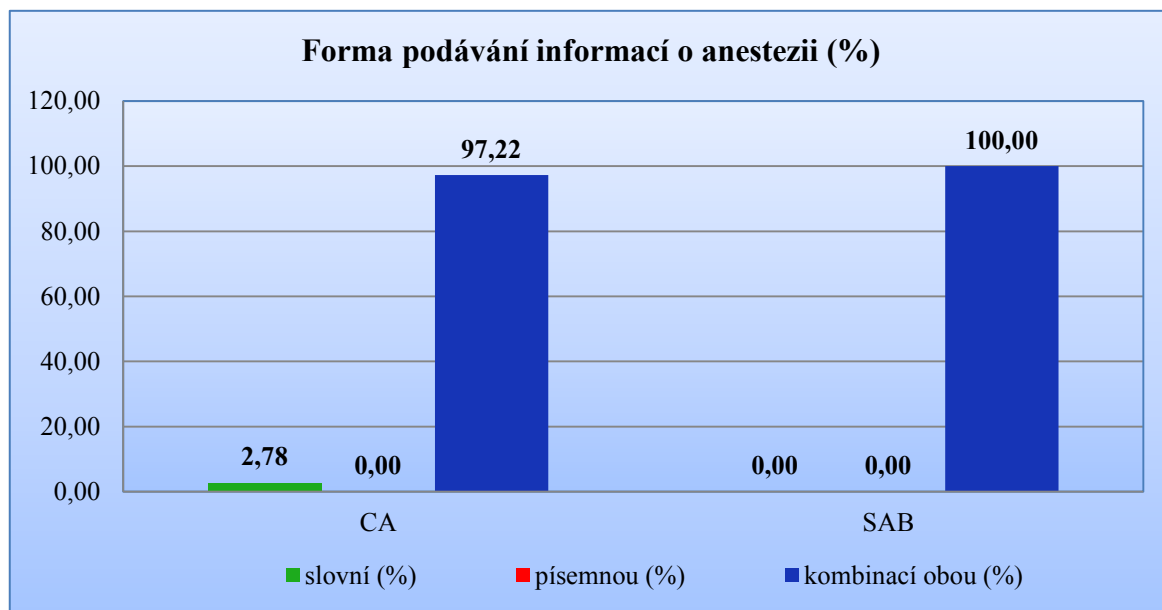
Nejčastějším místem, kde rodičky získaly informace o svodné anestezii, byla anesteziologická ambulance 41 žen (55,41 %). Ve 33 případech (44,59 %) byly informace poskytnuty na porodním sále.

Otázka č. 15: Jakou formou jste dostala informace o vedení anestezie?

Tab. 21: Forma podávání informací o anestezii

	CA (N)	CA (%)	SAB (N)	SAB (%)
slovní	2	2,78 %	0	0,00 %
písemnou	0	0,00 %	0	0,00 %
kombinací obou	70	97,22 %	74	100,00 %
celkem	72	100,00 %	74	100,00 %

Graf 16: Forma podávání informací o anestezii



Komentář:

Téměř všem rodičkám v celkové anestezii 70 (97,22 %), mimo 2 (2,78 %), byly poskytnuty informace písemně i ústně.

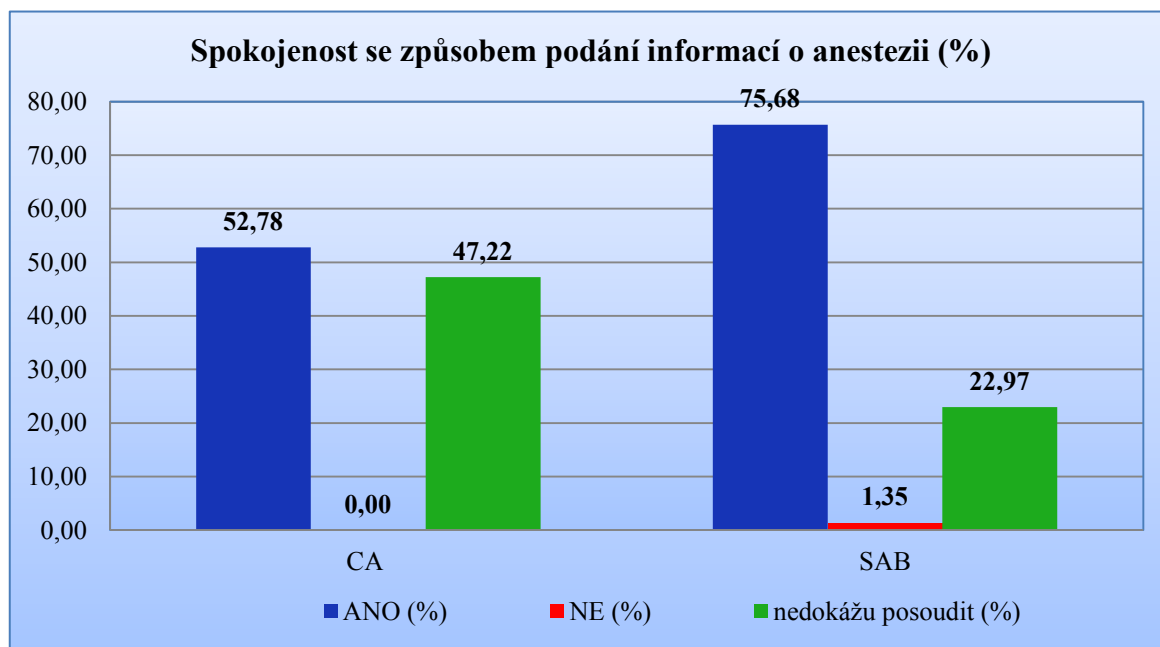
Všem 74 rodičkám (100%), které podstoupily svodnou anestezii, byly informace poskytnuty písemně a současně slovně vysvětleny.

Otázka č. 16 – Vyhovoval Vám způsob podání informací?

Tab. 22: Spokojenost se způsobem podání informací o anestezii

	CA (N)	CA (%)	SAB (N)	SAB (%)
ano	38	52,78 %	56	75,68 %
ne	0	0,00 %	1	1,35 %
nedokážu posoudit	34	47,22 %	17	22,97 %
celkem	72	100,00 %	74	100,00 %

Graf 17: Spokojenost se způsobem podání informací o anestezii



Komentář:

Z dotazovaných klientek žádná nevedla nespokojenost se způsobem podání informací o celkové anestezii. 34 klientek (47,22 %) nedokázalo posoudit, zda pro ně byl způsob podávání informací naprosto dostačující či nikoli. 38 (52,78 %) žen uvedlo spokojenost.

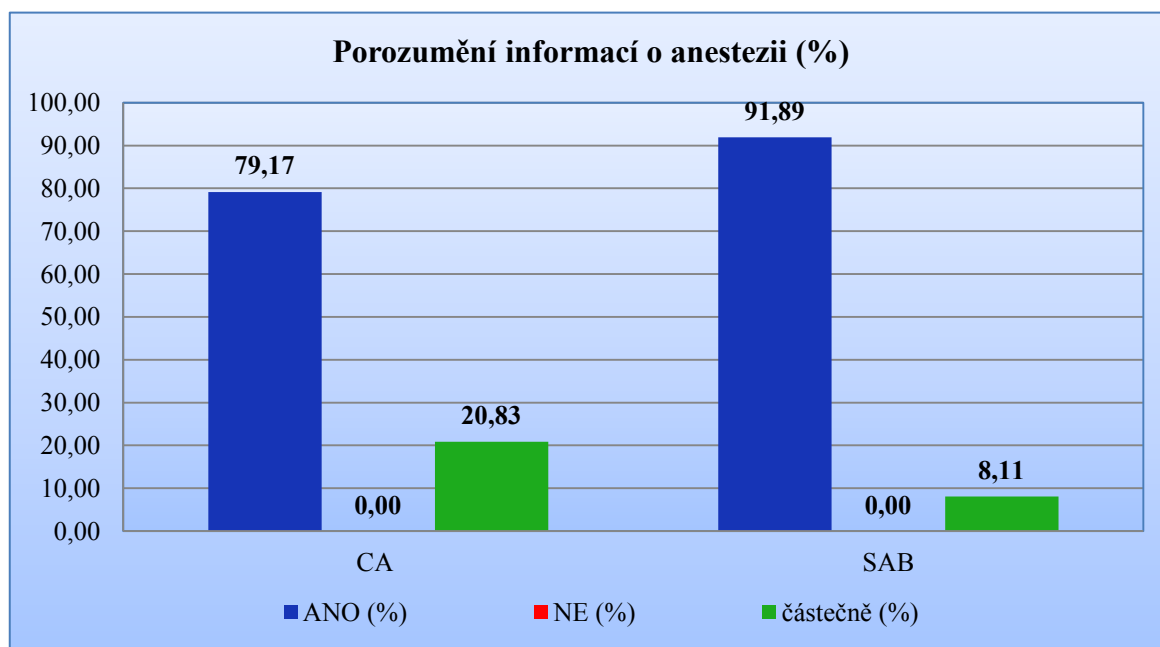
Z dotazovaných rodiček 56 žen (75,68 %) uvedlo spokojenost se způsobem podání informací o svodné anestezie. 17 klientek (22,97 %) se vyjádřilo neutrálně k tomuto dotazu. Pouze 1 dotazovaná (1,35 %) byla nespokojená se způsobem, jakým jí byly informace podány. Do dotazníku ale přesněji nevedla důvod, který ji k této odpovědi vedl.

Otázka č. 17: Rozuměla jste podaným informacím?

Tab. 23: Porozumění podaným informacím o anestezií

	CA (N)	CA (%)	SAB (N)	SAB (%)
ano	57	79,17 %	68	91,89 %
ne	0	0,00 %	0	0,00 %
částečně	15	20,83 %	6	8,11 %
celkem	72	100,00 %	74	100,00 %

Graf 18: Porozumění informací o anestezií



Komentář:

Z uvedených výsledků vyplývá, že 57 žen (79,17 %) dokázala porozumět informacím, které jim byly o celkové anestezií sděleny. V 15 případech (20,83 %) ženy uvedly, že nemohou posoudit, zda informacím porozuměly.

Poskytnuté informace o svodné anestezií pochopilo 68 žen (91,89 %). 6 žen (8,11 %) uvedlo, že nedokáží posoudit, zda informacím porozuměly.

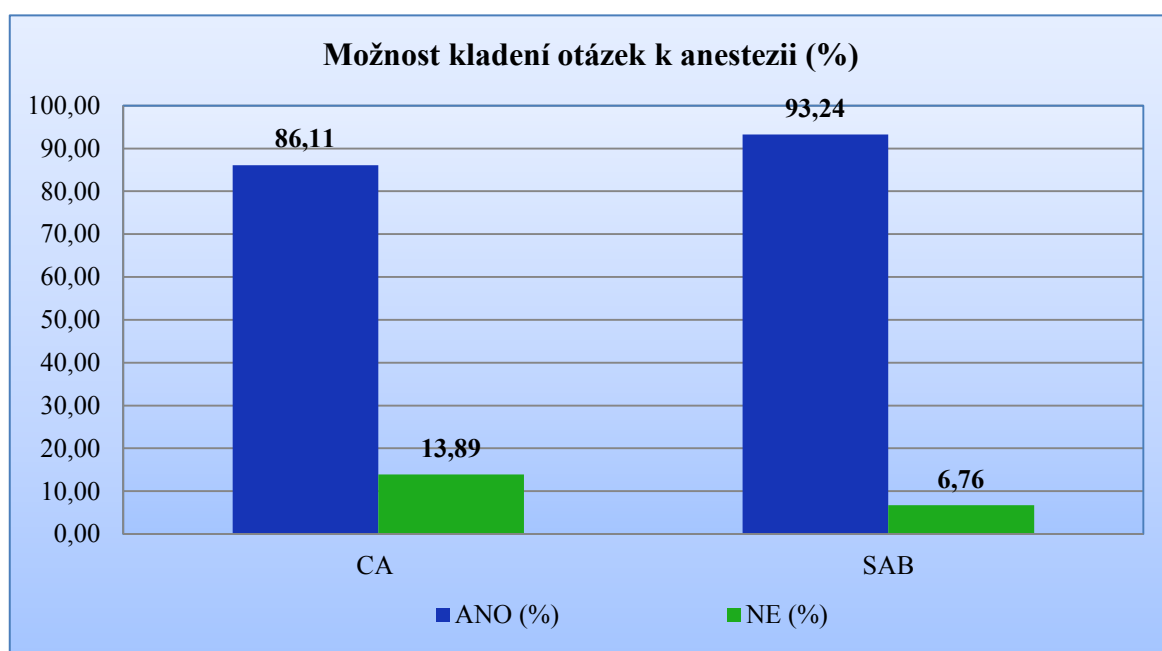
Nepochopení informací o celkové nebo svodné anestezií neuváděla žádná z dotázaných.

Otázka č. 18: Měla jste možnost klást otázky?

Tab. 24: Možnosti kladení otázek k anestezii

	CA (N)	CA (%)	SAB (N)	SAB (%)
ano	62	86,11 %	69	93,24 %
ne	10	13,89 %	5	6,76 %
celkem	72	100,00 %	74	100,00 %

Graf 19: Možnosti kladení otázek k anestezii



Komentář:

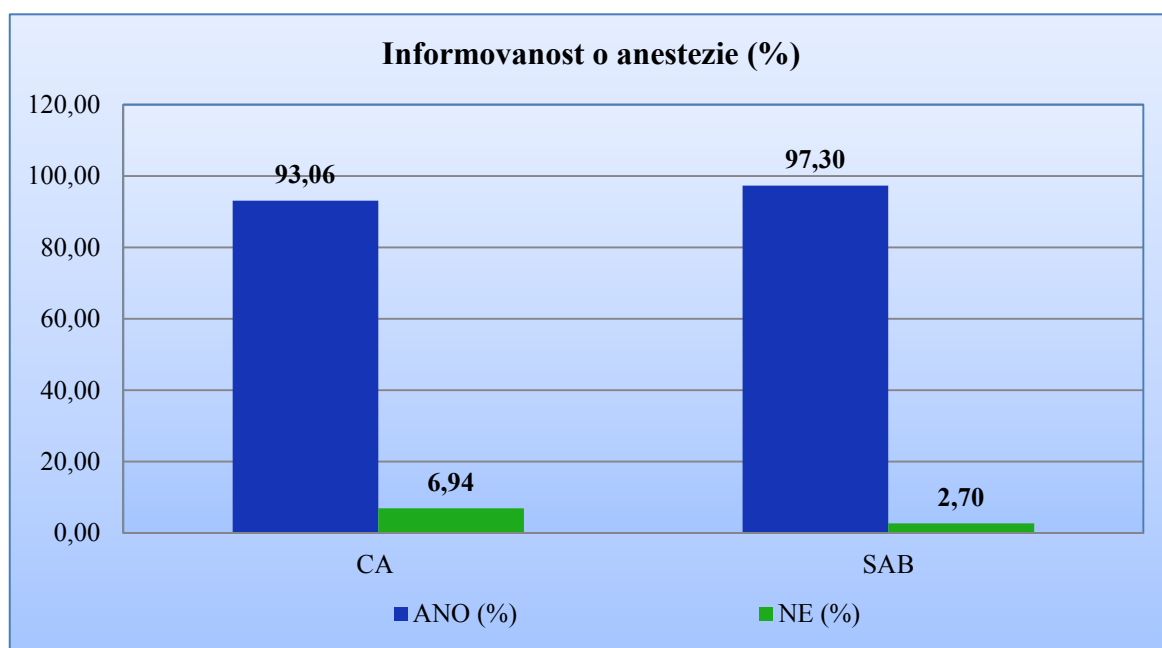
62 ženám (86,11 %) u celkové anestezie a 69 ženám (93,24 %) u svodné anestezie bylo umožněno klást otázky. V 10 případech (13,89 %) u CA a v 5 (6,76 %) u SAB uvedly dotazované nemožnost klást otázky ohledně příslušného typu anestezie.

Otázka č. 19: Byly pro Vás informace dostačující?

Tab. 25: Informovanost o anestezi

	CA (N)	CA (%)	SAB (N)	SAB (%)
ano	67	93,06 %	72	97,30 %
ne	5	6,94 %	2	2,70 %
celkem	72	100,00 %	74	100,00 %

Graf 20: Informovanost o anestezi



Komentář:

Pro 67 žen (93,06 %) u CA byly poskytnuté informace dostačující. 5 žen (6,94 %) uvedlo nespokojenost s podanými informacemi ohledně CA.

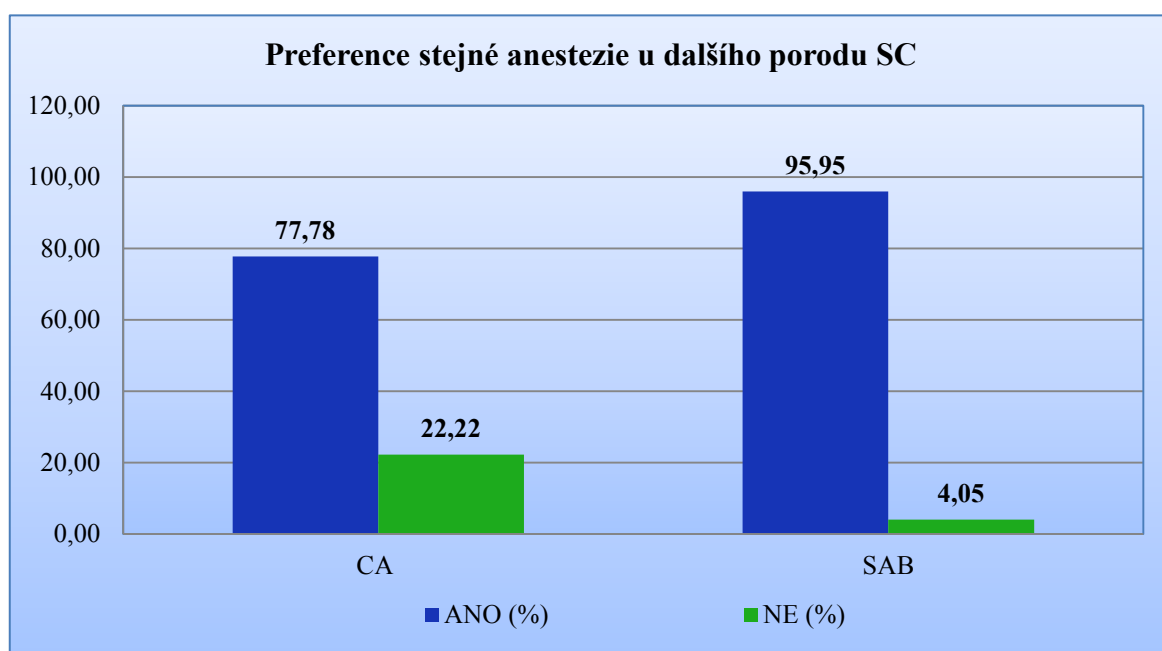
72 žen (97,30 %) bylo spokojených s informacemi poskytnutými ohledně svodné anestezie. Ve 2 případech (2,70 %) klientky uvedly, že sdělení o poskytnuté anestezii pro ně nebylo dostatečné.

Otázka č. 20: Vybrala byste si tuto anestezii i při dalším císařském řezu?

Tab. 26: Preference stejné anestezie u dalšího porodu císařským řezem

	CA (N)	CA (%)	SAB (N)	SAB (%)
ano	56	77,78 %	71	95,95 %
ne	16	22,22 %	3	4,05 %
celkem	72	100,00 %	74	100,00 %

Graf 21: Preference stejné anestezie u dalšího porodu císařským řezem



Komentář:

Ze 72 žen, které podstoupily císařský řez v celkové anestezii, by se pro ni opakovaně rozhodlo 56 (77,78 %) a 16 (22,22 %) již ne.

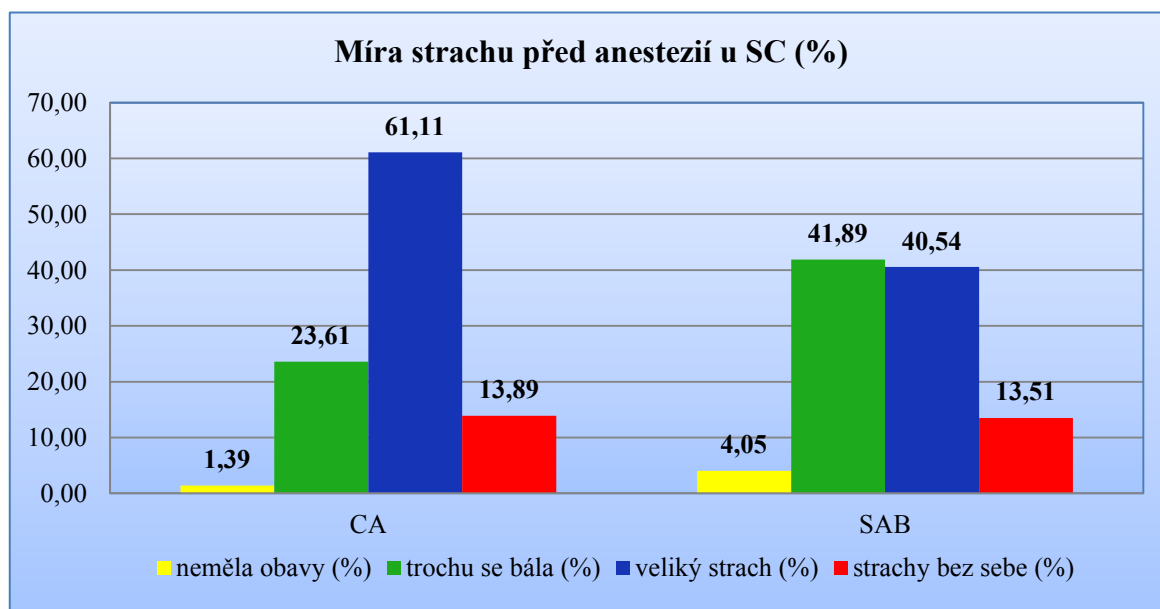
Pro opakování svodné anestezie u případného dalšího císařského řezu by se ze 74 dotázaných žen opakovaně rozhodlo 71 (95,95 %) a zbývající 3 (4,05 %) již nikoli.

Otázka č. 21: Jak intenzivní byla míra Vašeho strachu před císařským řezem?

Tab. 27: Míra strachu před anestezií u císařského řezu

	CA (N)	CA (%)	SAB (N)	SAB (%)
neměla obavy	1	1,39 %	3	4,05 %
trochu se bála	17	23,61 %	31	41,89 %
veliký strach	44	61,11 %	30	40,54 %
strachy bez sebe	10	13,89 %	10	13,51 %
celkem	72	100,00 %	74	100,00 %

Graf 22: Míra strachu před anestezií u císařského řezu



Komentář:

Z dotazovaných 72 žen, které podstoupily celkovou narkózu, uvedlo 44 (61,11 %) veliký strach, 17 (23,61 %) se bála trochu, 10 (13,89 %) bylo strachy bez sebe a pouze 1 žena (1,39 %) neměla žádné obavy.

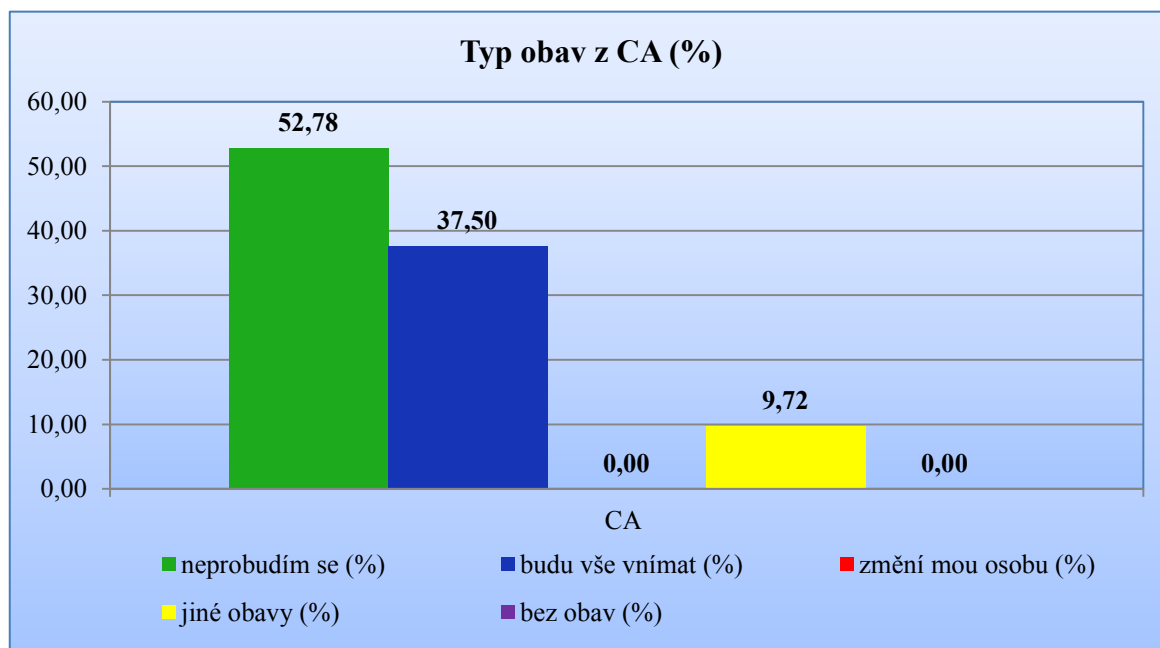
U skupiny, která podstoupila SAB, udala 31 žena (41,89 %), že se bála trochu. 30 žen (40,54 %) uvedlo veliký strach. Strachy bez sebe bylo 10 dotázaných (13,51 %). Žádné obavy neměly 3 rodičky (4,05 %).

Otázka č. 22: Jaký byl typ Vašich obav z celkové anestezie? (odpovězte, pokud jste byla v celkové anestezii)

Tab. 28: Typ obav z celkové anestezie před císařským řezem

	CA (N)	CA (%)
neprobudím se	38	52,78 %
budu vše vnímat	27	37,50 %
změní mou osobu	0	0,00 %
jiné obavy	7	9,72 %
celkem	72	100,00 %

Graf 23: Typ obav z celkové anestezie před císařským řezem



Komentář:

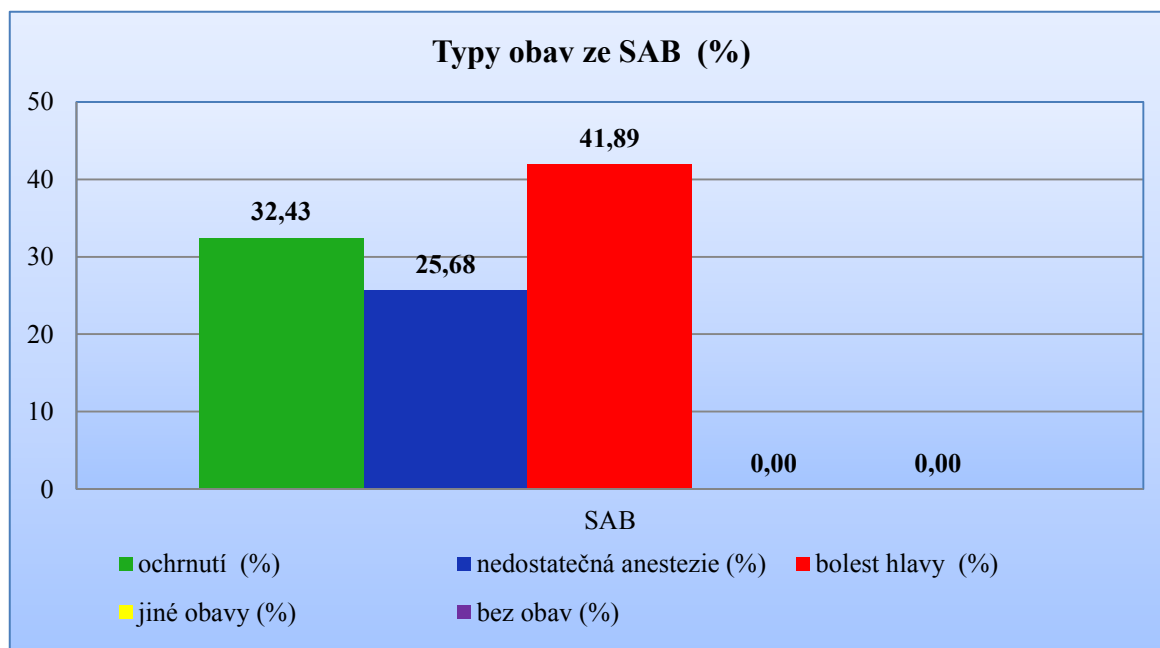
Nejčastější obavou z CA bylo v 38 případech (52,78 %), že se klientka neprobudí. 27 žen (37,50 %) mělo obavy, že bude vnímat dění na operačním sále. 7 žen (9,72 %) uvádělo jiné důvody, a to především obavy o život dítěte přicházejícího na svět.

Otázka č. 23: Jaký byl typ Vašich obav ze svodné anestezie (vpichu do zad)?(odpovězte, pokud jste byla ve svodné anestezii)

Tab. 29: Typ obav ze svodné anestezie před císařským řezem

	SAB (N)	SAB (%)
ochrnutí	24	32,43 %
nedostatečná anestezie	19	25,68 %
bolest hlavy	31	41,89 %
jiné obavy	0	0,00 %
celkem	74	100,00 %

Graf 24: Typ obav ze svodné anestezie před císařským řezem



Komentář:

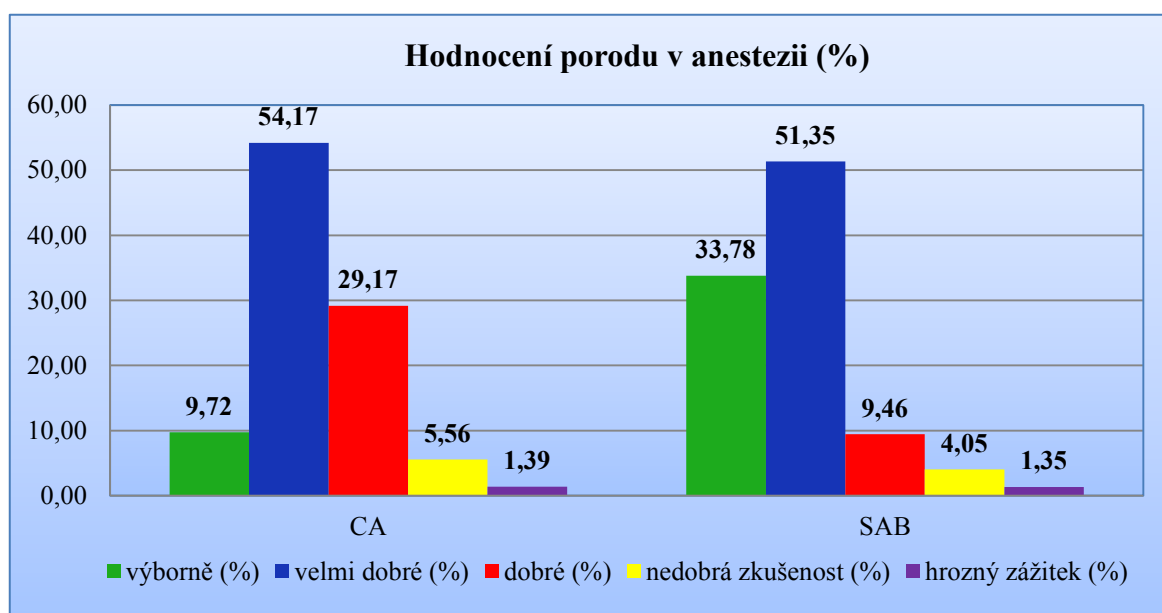
Z uvedených výsledků vyplývá, že 31 klientka (41,89 %) uváděla obavy z bolesti hlavy, na kterou byly upozorněny jako na možnou komplikaci SAB. 24 žen (32,43 %) vyjádřilo obavy z ochrnutí a 19 (25,68 %) se obávalo, že anestezie nebude pro výkon dostačující.

Otázka č. 24: Jak byste hodnotila porod císařským řezem?

Tab. 30: Hodnocení porodu v anestezii

	CA (N)	CA (%)	SAB (N)	SAB (%)
výborné	7	9,72 %	25	33,78 %
velmi dobré	39	54,17 %	38	51,35 %
dobré	21	29,17 %	7	9,46 %
nedobrá zkušenost	4	5,56 %	3	4,05 %
hrozný zážitek	1	1,39 %	1	1,35 %
celkem	72	100,00 %	74	100,00 %

Graf 25: Hodnocení porodu v anestezii



Komentář:

Výborné hodnocení porodu v CA uvedlo 7 žen (9,72 %). Velmi dobře definovalo 39 žen (54,17 %) a dobré hodnocení přiřadilo 21 žen (29,17 %). Pro 4 ženy (5,56 %) to byla nedobrá zkušenost. Hrozný zážitek to byl pro 1 ženu v CA.

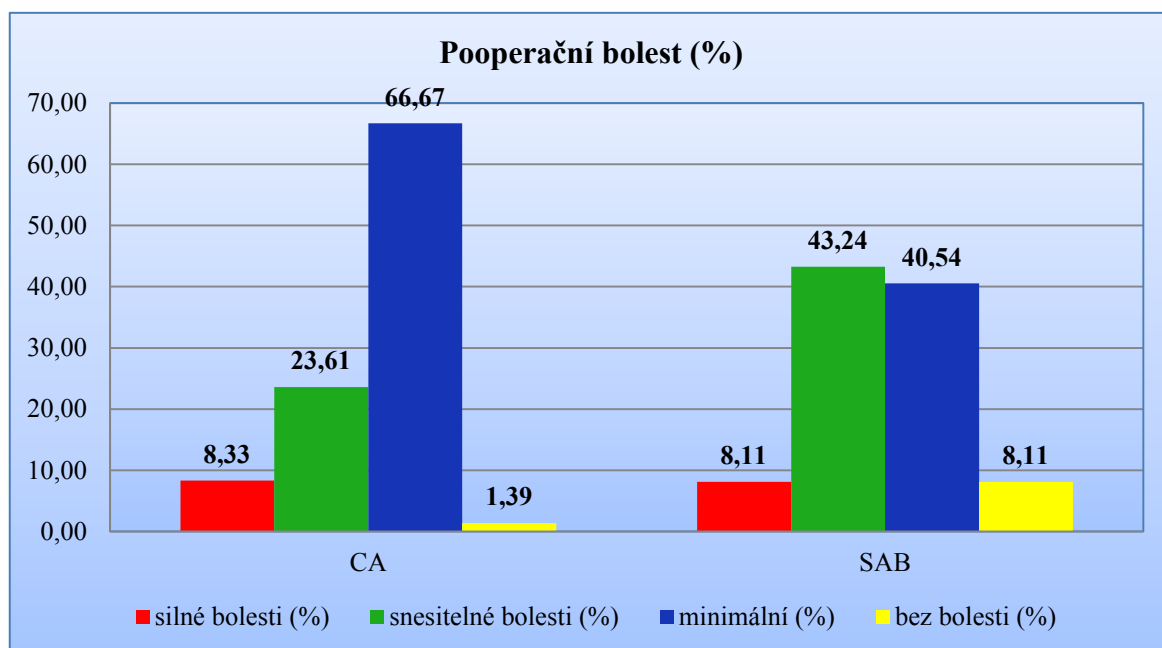
Výborné hodnocení porodu v SAB uvedlo 25 žen (33,78 %). Velmi dobře definovalo 38 žen (51,35 %). Dobré hodnocení přiřadilo 7 (9,46 %). Pro 3 (4,05 %) to byla nedobrá zkušenost. Hrozný zážitek to představovalo pro 1 ženu.

Otázka č. 25: Měla jste po operaci bolesti?

Tab. 31: Pooperační bolesti

	CA (N)	CA (%)	SAB (N)	SAB (%)
silné bolesti	6	8,33 %	6	8,11 %
snesitelné bolesti	17	23,61 %	32	43,24 %
minimální	48	66,67 %	30	40,54 %
bez bolesti	1	1,39 %	6	8,11 %
celkem	72	100,00 %	74	100,00 %

Graf 26: Pooperační bolesti



Komentář:

6 žen (8,33 %) z CA v hodnocení uvedlo, že mělo po operaci silné bolesti. Snesitelné bolesti popsalo 17 (23,61 %) dotázaných po CA. Minimální bolesti pociťovalo nejvíce rodiček po CA 48 (66,67 %). Úplně bez bolesti byla 1 (1,39 %).

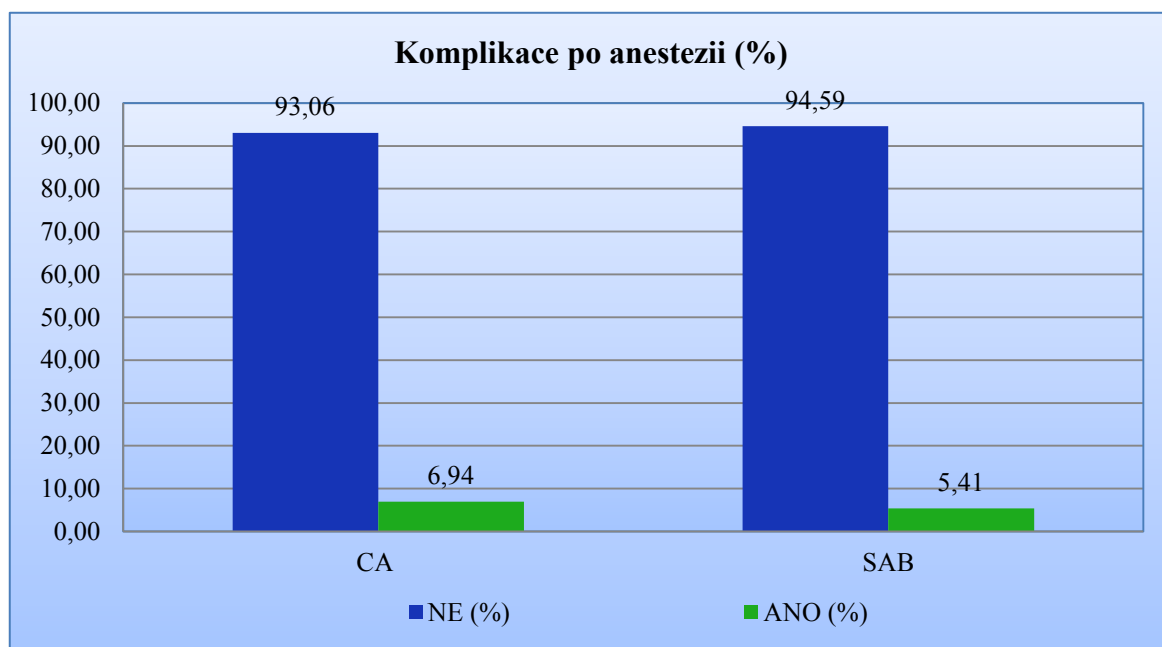
6 (8,11 %) žen z SAB v hodnocení uvedlo, že mělo po operaci silné bolesti. Snesitelné bolesti pociťovalo nejvíce rodiček po SAB 32 (43,24 %). Minimální bolesti mělo 30 (40,54 %) rodiček. Úplně bez bolesti bylo 6 žen (8,11 %).

Otázka č. 26: Vyskytly se nějaké komplikace související s anestezií?

Tab. 32: Komplikace po anestezií

	CA (N)	CA (%)	SAB (N)	SAB (%)
ano	67	93,06 %	70	94,59 %
ne	5	6,94 %	4	5,41 %
celkem	72	100,00 %	74	100,00 %

Graf 27: Komplikace po anestezií



Komentář:

V 67 případech (93,06 %) z dotazovaných se nevyskytly žádné komplikace po celkové anestezií. Tyto postihly jen 5 žen (6,94 %).

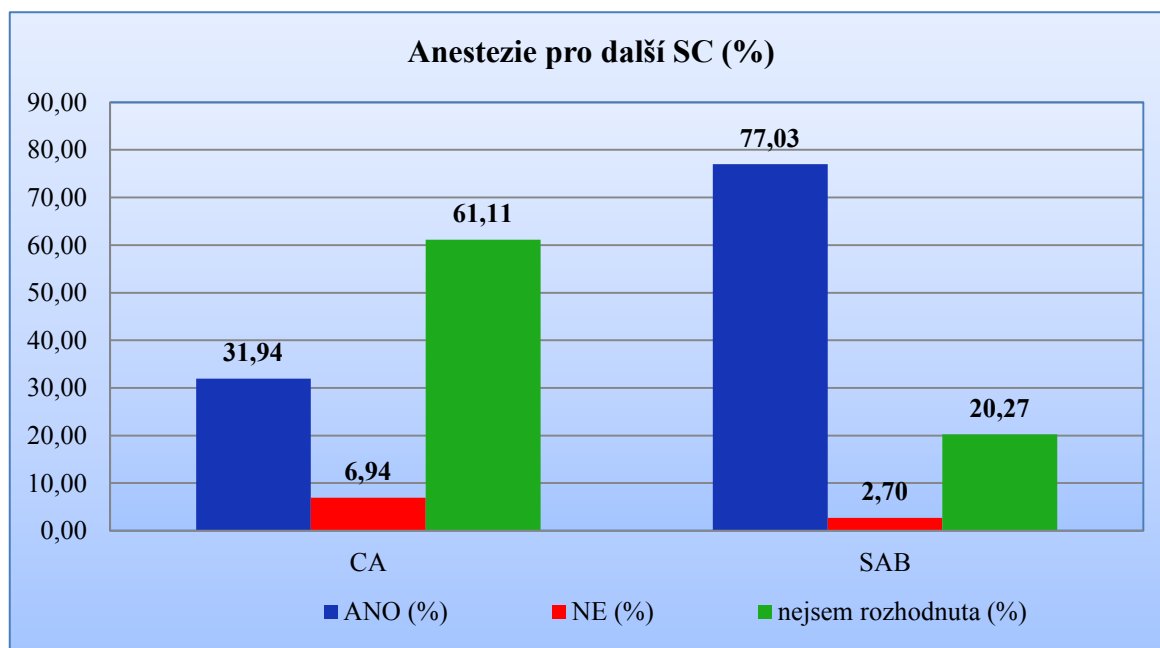
I u císařských řezů provedených v SAB blokádě se vyskytly komplikace v minimálním počtu u 4 žen (5,41 %). Zbývajících 70 dotázaných (94,59 %) nemělo žádné komplikace v souvislosti s poskytnutou anestezií.

Otázka č. 27: Pokud byste musela podstoupit císařský řez, volila byste stejný typ anestezie?

Tab. 33: Volba anestezie pro další porod císařským řezem

	CA (N)	CA (%)	SAB (N)	SAB (%)
ano	23	31,94 %	57	77,03 %
ne	5	6,94 %	2	2,70 %
nejsem rozhodnuta	44	61,11 %	15	20,27 %
celkem	72	100,00 %	74	100,00 %

Graf 28: Volba anestezie pro další porod císařským řezem



Komentář:

Z uvedených výsledků vyplývá, že 23 žen (31,94 %) by se opakovaně rozhodlo podstoupit výkon v celkové anestezii, 5 (6,94 %) ne a 44 (61,11 %) není rozhodnuto.

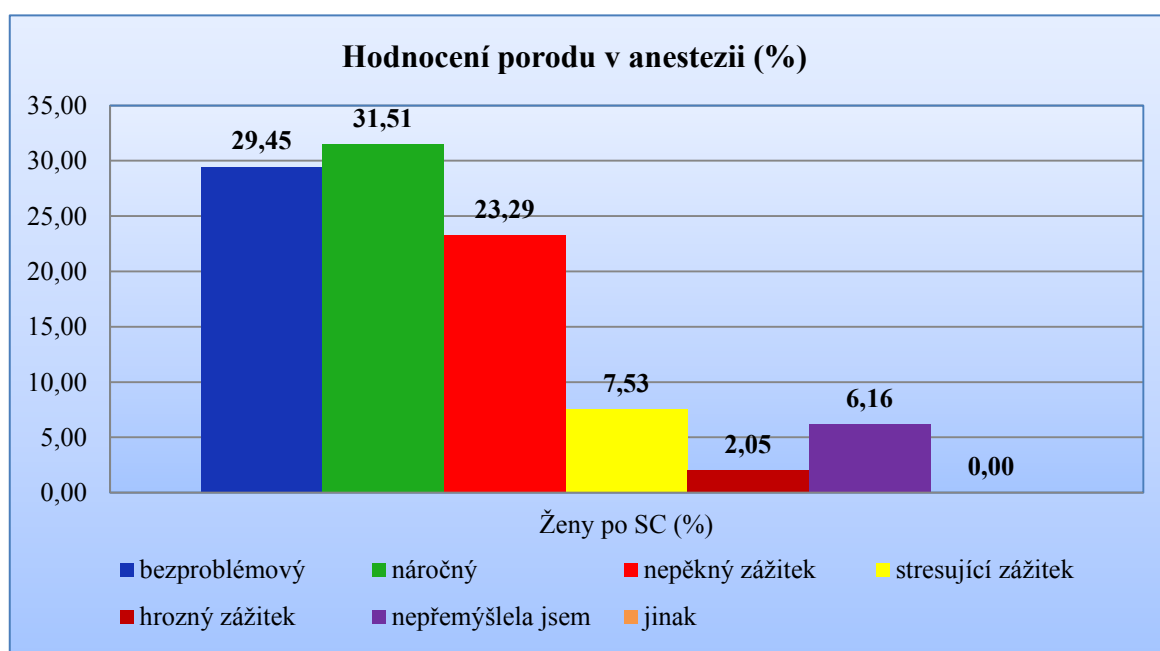
Dotazovaná skupina u svodné anestezie je rozhodnuta v 57 (77,03 %) případech podstoupit další případnou anestezii stejným způsobem, 2 (2,70 %) nikoli a 15 (20,27 %) není rozhodnuto.

Otázka č. 28 – Svůj porod hodnotíte jako:

Tab. 34: Hodnocení porodu

	Ženy po SC (N)	Ženy po SC (%)
bezproblémový	43	29,45 %
náročný, ale nádherný akt narození dítěte	46	31,51 %
nepěkný zážitek, vyvážený narozením dítěte	34	23,29 %
stresující zážitek, z opakování veliké obavy	11	7,53 %
hrozný zážitek, nikdy více	3	2,05 %
nepřemýšlela jsem, každá žena si musí projít	9	6,16 %
jinak, ...	0	0,00 %
celkem	146	100,00 %

Graf 29: Hodnocení porodu



Komentář:

V anestezii nejčastěji pacientky 46 (31,51 %) hodnotily svůj porod jako náročný, ale nádherný a jedinečný akt narození dítěte. 43 žen (29,45 %) se o svém porodu vyjádřilo

jako o bezproblémovém. Ve 34 případech (23,29 %) jako nepěkný zážitek, vyvážený narozením dítětem. Pro 11 (7,53 %) z dotazovaných to byl stresující zážitek, z jehož opakování mají veliké obavy. Devět (6,16 %) žen o průběhu porodu nepřemýšlelo, protože každá žena si tím musí projít. Tři ženy (2,05 %) jej popsaly jako hrozný zážitek a nikdy více. V budoucnu nechtějí nic takového podstoupit.

6 DISKUZE

Výzkumné šetření probíhalo v Oblastní nemocnici Kolín, a. s. na gynekologicko-porodnickém oddělení šestinedělí a JIP. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 146 žen po operačním porodu ukončeným císařským řezem v celkové nebo svodné anestezii. Výzkum probíhal od června do listopadu roku 2016. Ženy byly rozděleny do dvou skupin podle typu zvolené anestezie.

V empirické části bylo stanoveno 6 cílů, které budou podrobněji rozebrány. Své výsledky práce jsem porovnávala s výsledky práce Nováčkové (2011), která se také věnovala spokojenosti žen po operačním porodu. Dvořákové (2013), která hodnotila císařský řez a jeho následné prožívání ženami.

Soubory žen rozdělených do dvou skupin podle typu anestezie jsou téměř vyrovnané. Celkovou anestezii podstoupilo 72 žen a svodnou (subarachnoideální) anestezii 74 žen. Zastoupení nedělek v obou kategoriích je téměř stejné. V celkové anestezii bylo nejmladší rodiče 20 let a nejstarší 43 let a ve svodné anestezii bylo nejmladší 22 let a nejstarší 44 let. Průměrný věk rodiček byl 32 let. Největší zastoupení rodiček bylo ve věkové skupině 31 – 35 let. Zjištěné výsledky odráží i běžný trend ve společnosti, kdy mladí lidé nejdříve řeší vzdělání, kariéru, bydlení a až s odstupem času se zabývají partnerskými a rodinnými vztahy. Jak uvádí ÚZIS ve svých publikovaných výsledcích v roce 2015, je nejvíce rodiček ve věkové skupině 30 – 34 let, a to 22 106. Těsně za tímto počtem je věková skupina 35+ s celkovým počtem porodů 14 883. Věková skupina 25 – 29 let je podle ÚZIS zastoupena v 13 074 porodech (www.uzis.cz).

WHO považuje za přijatelné, jestliže procentuální podíl operačních porodů z celkového počtu narozených dětí se pohybuje kolem 15 %. Nejvíce operačních porodů mají v pražském Ústavu pro péči o matku a dítě (40,6 %), Všeobecné fakultní nemocnici v Praze (36,4 %) a Fakultní nemocnici Olomouc (33,6 %). Analýzu dat zpracovala Platforma zdravotních pojišťoven. V Oblastní nemocnici Kolín a.s., se tento počet pohybuje okolo 30 %.

Zastoupení žen po operačním porodu ve věkových kategoriích se shoduje jak s prací Nováčkové, tak i se statistickými údaji publikovanými ÚZIS.

1. Zjistit úroveň informovanosti a znalosti žen o jednotlivých typech anestezie pro císařský řez (otázky č. 5, 6, 7, 8, 9 v dotazníku).

Ženy se v průběhu těhotenství zajímaly o informace týkající se porodu i možných alternativních řešení porodní bolesti. Informovanost dotazovaných o analgezii, anestezii byla v našem souboru 100%. Největším zdrojem informací je v dnešní době internet, druhé místo zaujímají reference od známých a s nepatrným odstupem jsou to zkušenosti z předchozího porodu. Problémem je, že tyto získané informace nemusí vždy být odborně správné. Většinou se mluví o negativních zážitcích, které mohou vytvořit špatný obraz průběhu porodu. Především prvorodičky, které podstupují neznámou situaci. Proto 38,89 % žen v **celkové anestezii** a 48,65 % žen ve **svodné anestezii** uvažovalo již v průběhu těhotenství o analgezii (ev. anestezii) a 33,33 % žen v **celkové anestezii** a 37,84 % žen ve **svodné anestezii** nebylo rozhodnuto. Pouze 27,78 % žen v **celkové anestezii** a 13,51 % žen ve **svodné anestezii** o analgezii (anestezii) neuvažovalo.

Nováčková ve své práci uváděla, téměř 90 % informovanost žen o celkové i svodné anestezii během těhotenství. (Nováčková, 2011).

2. Zmapovat zdroj informací a zjistit, zda má informovanost vliv na volbu anestezie a spokojenost v pooperačním období (otázky č. 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 v dotazníku).

Informace o průběhu **celkové anestezie** dostaly ženy nejčastěji na operačním sále, a to 79,17 %. Informace se podávají nejdříve ústně a poté se podává písemný informovaný souhlas, který mají možnost si prostudovat. 2,78 % žen uvedlo, že dostaly pouze ústní informace. To, že uvedly pouhou ústní informovanost, vyplynulo z urgentnosti výkonu a nedostatečného času k podrobnějšímu prostudování písemných informací. Avšak všechny klientky musí před zákrokem podepsat písemný informovaný souhlas se zvoleným typem operativního výkonu a volbou anestezie. Informace podával všem 72 rodičkám anesteziolog. Z toho 42 ženám byly informace podány současně i porodníkem. Ani v jednom případě se nestalo, že by nebyly informace poskytnuty. Ve **svodné anestezii** dostalo 55,41 % klientek informace o anestezii v anesteziologické ambulanci a 44,59 % žen na porodním sále. V případě akutního výkonu dochází anesteziolog za rodičkou na porodní sál. Pokud se jedná o plánovaný výkon (např. ze zdravotních důvodů matky, polohy dítěte), přichází rodička do anesteziologické ambulance k předanestetickému vyšetření. Ve 44,59 % případů byly

informace o **svodné anestezii** poskytnuty na porodním sále a zřejmě výkon nebyl urgentní, což umožnilo ukončení porodu ve svodné anestezii. Informace o průběhu anestezie všem 74 ženám podával anesteziolog a z toho 22 rodičkám podal informace navíc i porodník. Téměř všechny ženy podaným informacím porozuměly, pouze 20,83 % žen v **celkové anestezii** a 8,11 % žen ve **svodné anestezii** nedokázalo posoudit, zda podaným informacím porozuměly. 10 žen v celkové anestezii uvedlo, že jim nebylo umožněno klást otázky. Z toho lze usuzovat, že se jednalo o urgentní operační ukončení těhotenství, při kterém byl zřejmě ohrožen život matky, dítěte nebo obou současně. 6,76 % žen ve **svodné anestezii** také uvedlo nemožnost kladení otázek. Usuzuji, že urgentnost výkonu umožnila sice vedení porodu ve svodné anestezii, ale časová naléhavost neposkytovala prostor na kladení otázek.

84,72 % žen uvedlo spokojenost s volbou **celkové anestezie**, pouze 15,28 % žen uvedlo nespokojenost. U **svodné anestezie** uvedlo spokojenost 94,59 % žen a pouze 5,41 % žen nebylo spokojeno s volbou svodné anestezie. Při otázce, zda by nedělký zvolily stejnou metodu anestezie u dalšího porodu císařským řezem, by pouze 22,22 % žen z **celkové anestezie** a 6,76 % žen ze **svodné anestezie** tuto metodu již nezvolilo. Usuzuji, že se jednalo o urgentní výkon, kdy byl ohrožen život matky nebo dítěte a v pacientkách prožitá stresová situace zanechala nepříjemné vzpomínky.

Z výsledků Dvořákové, která hodnotila císařský řez a jeho vnímání, vyplývá spokojenost žen jak v celkové, tak i svodné anestezii. Méně negativních prožitků měly ženy, jejichž porod byl veden v epidurální anestezii. Ženy pozitivně hodnotily rychlost vyřešení akutní situace a úlevu od porodních bolestí. U plánovaného porodu císařským řezem v epidurální anestezii vítaly znalost přesného data porodu a bezpečnější pro ně i dítě vzhledem k diagnózám. Domnívám se, že pacientky lépe hodnotily **svodnou anestezii**, pro její pozitiva, které jsou v prvním kontaktu s právě narozeným dítětem, možnosti naplánování u komplikací zjištěných během těhotenství. **Celková anestezie** je nejčastěji zvolena u 33,7 % z elektivní indikace (např. stav po SC 28,8 %, konec pánevní 19,4 %, kefalopelvický nepoměr 8,2 %), pro akutních indikací 57,9 % (např. akutní hypoxie plodu 27,9 %, patologické kardiokografie 18 % a jiné). Myslím si, že tyto indikace mohou být ženami vnímány stresově, a proto hodnotí tento průběh porodu spíše negativně. (www.csarim.cz), (Dvořáková, 2013)

3. Porovnat míru a typ obav žen z anestezie, celkové versus svodné (otázky č. 21, 22, 23 z dotazníku).

Při dotazu, jaká byla míra Vašeho strachu před císařským řezem, uvedly pouze 1,39 % žen v **celkové anestezii** a 4,05 % žen ve **svodné anestezii** nemělo žádné obavy. Veliký strach z **celkové anestezie** uvádělo 61,11 %. Nejčastější obavou bylo, že se klientka neprobudí z narkózy, a to u 52,78 % žen a 37,50 % žen se obávalo neúčinnosti analgetik, které způsobí, že budou vnímat dění na sále. 9,72 % žen uvádělo především obavy o život dítěte přicházejícího na svět a absenci prvního kontaktu s narozeným miminkem. Ve **svodné anestezii** mělo veliký strach 40,54 % žen a 41,89 % žen se bálo trochu. Nejčastější obavou, kterou ženy ze skupiny **svodné anestezie** udávaly, byla bolest hlavy, a to 41,89 % žen. Ochrnutí se obávalo 32,43 % žen a nedostatečná anestezie trápila 25,68 % žen. Dalším odůvodněním byly nevolnosti a zvracení způsobené poklesem tlaku po svodné anestezii.

Z šetření vyplývá, že rodičky, které podstoupily operativní porod ve **svodné anestezii**, měly menší strach. Nováčková došla ke stejnému závěru (Nováčková, 2011).

V zastoupení komplikací po anestezii celkové nebo svodné vychází procentuálně lépe hodnocení pro svodnou. Procentuální zastoupení komplikací ve svodné anestezii je nejčastější krev v katétru 1,4 %, vysoká blokáda 0,5 %, přechodná parestezie 1,2 %, selhání blokády 0,2 %. Nejčastější komplikace v celkové anestezii je obtížná intubace 1,5 %, aspirace žaludečního obsahu 0,1 %, hyposaturace 1 % (Projekt OBAAMA-INT)

4. Zjistit, zda by rodičky volily stejný typ anestezie pro další císařský řez (otázky č. 20, 24, 27 z dotazníku).

Při dotazu, zda by žena zvolila stejný typ anestezie u dalšího operativního porodu se 31,94 % žen v **celkové anestezii** a 77,03% žen ve **svodné anestezii** rozhodlo podstoupit stejný operativní porod. 61,11 % ženy v **celkové anestezii** a 20,27 % žen ve **svodné anestezii** není rozhodnuto, zda by opět podstoupilo stejnou anestezii u dalšího operativního porodu.

Do hodnocení porodu musíme započítat i naléhavost a časovou osu průběhu porodu. Ženy v dnešní době mají sestavený porodní plán, který nemusí být dodržen z důvodu akutního výkonu, kdy je ohrožen život nenarozeného dítěte nebo matky. Toto může negativně ovlivnit hodnocení porodu, a tedy i průběhu anestezie.

Závěr je, že preference **svodné anestezie** je mnohem vyšší než u celkové anestezie. Z výsledků Nováčkové je zřejmé, že preferencí v roce 2011 byla **celková anestezie** 80 % před svodnou anestezii 66,67 %. Dle výsledků studie Projektu OBAAMA-INT, realizovaný

v listopadu roku 2015, je podíl **celkové anestezie** pro císařský řez 39,8 % a neuroaxiální anestezie 60,2 % ze 100 % porodů v anestezii. Podíl subarachnoideální anestezie je 83,2 % a epidurální anestezie má zastoupení v 16,5 %. Domnívám se, že dostupné informace o **anestezii celkové i svodné**, které rodičky získávají z internetu, v předporodních kurzech, od známých nebo z dřívějšího porodu, ale i možnosti řešení porodní bolesti vede k názoru, že svodná anestezie představuje komfortnější analgezii i celkový průběh porodu bez komplikací.

5. Zjistit, zda má parita vliv na spokojenost s anestezii. Otázky č. 4, 8, 9, 10, 11 z dotazníku

První dítě si klientky, dle dotazníkového šetření, pořizují ve věkové skupině 26 – 30 let. Druhé a třetí dítě následuje ve stejné věkové skupině 31 – 35 let. Z výsledků vyplývá, že ženy, které rodily poprvé, častěji využily **celkové anestezie** 45,83 %. Teprve s druhým porodem narůstá preference **svodné anestezie**. Při třetím porodu je preference anestezie téměř vyrovnaná. 35,62 % žen již v minulosti podstoupilo operační ukončení těhotenství jak ve **svodné i celkové anestezii**, a pouze 1,37 % žen uvedly nespokojenost s **celkovou anestezii**. Jako důvod uvedly absenci kontaktu s narozeným dítětem.

146 žen podstoupilo **celkovou nebo svodnou anestezii** u posledního porodu, z toho 15,28 % žen v **celkové anestezii** a pouze 5,41 % žen ve **svodné anestezii** uvedlo nespokojenost s anestezii. Dalo by se tedy říci, že příznivěji je hodnocena **svodná anestezie** i přes komplikace, jako je bolest hlavy, zvracení, nauzea, ale i strach z možnosti ochrnutí.

Domnívám se, že parita nemá významný vliv na hodnocení porodu v anestezii. Musíme vždy vycházet z aktuálních potřeb rodičky. Každý porod má jiný scénář a pokaždé musíme uspokojovat dané potřeby ženy i dítěte. V průběhu nekomplikovaného porodu se může stát cokoli a musíme danou situaci vyřešit. I Pařízek uvádí, že u císařského řezu musíme být připraveni na jakékoli komplikace, mít připraveny, ale i nacvičeny alternativní metody při selhání těch standartních. SC se navíc odlišuje od ostatních operačních výkonů, že při komplikacích matky je i přímo ohrožen život plodu nebo plodů (Pařízek, 2012).

Nováčková ve své práci také došla k závěru, že parita nemá vliv na míru spokojenosti s anestezii (Nováčková, 2011).

6. Porovnat spokojenost s průběhem porodu v jednotlivých typech anestezie (otázky č. 11, 24, 28 z dotazníku)

Hodnocení **celkové a svodné anestezie** zahrnuje jak porody akutní, tak porody plánované.

Při dotazu, hodnocení porodu císařským řezem, uvedlo ze 54,17 % v **celkové anestezii** velmi dobré hodnocení. Pouze 5,56 % ženy uvedlo nedobrou zkušenost a 1,39 % žena uvedla, že to byl pro ni hrozný zážitek. Ve **svodné anestezii** uvedlo ze 51,35 % žen velmi dobré hodnocení porodu a dokonce 33,78 % žen výborné hodnocení, oproti 9,72 % ženám v **celkové anestezii**. Z výsledků vyplývá příznivější hodnocení bezproblémového porodu ve svodné anestezii.

Při celkovém hodnocení porodu císařským řezem 29,45 žen jej uvedlo jako bezproblémový. Náročný, ale nádherný akt narození dítěte uvedlo 31,51 % žen. Nepěkný zážitek, vyvážený narozením dítětem uvedly 23,29 % žen. Stresující zážitek, z jehož opakování má veliké obavy 7,53 % žen. Lze usuzovat, že tyto výsledky odráží urgentnost výkonu. Hrozný zážitek uvedlo 2,05 % žen a 6,16 % žen o průběhu porodu v anestezii nepřemýšlelo, každá žena si tím musí projít.

Vždy jde o náročnou, stresující situaci, a někdy i o život rodičky nebo i nenarozeného dítěte. Při takto náročné situaci, kdy se zdravotnický personál snaží co nejlépe vyřešit situaci, mohou někdy zapomenout dostatečně vysvětlit prováděné úkony. Rodičky, které si neuvědomují nebo nechtějí uvědomit, jakou náročnou cestu prošly, hodnotí negativně personál a posléze i celé zdravotnické zařízení.

Hlavním cílem práce bylo porovnat spokojenost žen v kontextu s anestezii. Výborné a velmi dobré hodnocení porodu uvádí celkem 109 žen. Lepší hodnocení opět vychází u **svodné anestezie**, a to 85,13 % žen oproti 63,88 % ženám v **celkové anestezii**.

Výsledky z dotazníkového šetření u Nováčkové vychází lépe pro **celkovou anestezii**, a to u 95 % žen. Se **svodnou anestezii** bylo spokojeno 66 % žen. (Nováčková, 2011)

Lze usuzovat, že horší hodnocení **celkové anestezie** vychází z důvodu, když byla použita u akutního výkonu a s tím byla spojená rizika pro matku i dítě a současně absence prvního kontaktu s právě narozeným dítětem. **Svodná anestezie** je častěji volena u nekomplikovaného porodu, kdy rodičky vítají, že se mohou na prožitek připravit, znají přesné datum porodu a nepřichází o možnost prvního kontaktu s právě narozeným dítětem. Podobné výsledky má ve své studii i Dvořáková (Dvořáková, 2013).

ZÁVĚR

Hlavním cílem práce bylo porovnat spokojenost žen po císařském řezu v kontextu s anestezií. Téma je velice zajímavé, aktuální, odráží hodnocení úrovně zdravotní i ošetrovatelské péče zdravotnického zařízení. Celková spokojenost žen po porodu je ovlivňována řadou faktorů. Mezi nejvýznamnější patří lékařské indikace k porodu jak ze strany porodníků, ale i ze strany anesteziologů, platí vzájemná domluva. Ošetrovatelská péče při i po porodu má také svůj podíl na celkovém hodnocení poskytované péče. A nemalý podíl hraje usměvavý personál, ochotný plnit porodní plány žen. Rodičky nemohou vždy adekvátně posoudit, zda zvolený typ anestezie je pro ně to nejlepší. V hlavní roli hraje čas a zdravotní stav rodičky i dítěte.

Provedeného výzkumu se zúčastnilo 146 žen po porodu císařským řezem v **celkové a svodné anestezii**. Z výsledků vyplývá větší informovanost žen o anestezii, analgezii již během těhotenství. Hlavním zdrojem informací před nástupem do porodnice je internet, který nemusí vždy poskytovat validní informace. V nemocniční péči jsou rodičky stoprocentně informovány anesteziologem, a některé dostávají duplicitní informace od porodníka.

Hodnocení **celkové a svodné anestezie** zahrnuje jak porody akutní, tak porody plánované. Z celkového hodnocení nelze jednoznačně říci, že z pohledu žen má **svodná anestezie** preferenci. Obě anestezie mají své uplatnění.

Jsem velice ráda, že výsledky průzkumu spokojenosti žen po císařském řezu dopadly příznivě. Je zapotřebí udržet úroveň poskytované zdravotní i ošetrovatelské péče a nadále se snažit o její další zkvalitňování. Ze zjištěných informací vyplývá, že je pro praxi důležité dostatečně edukovat ženy o možnostech **celkové i svodné anestezie** již v průběhu těhotenství. Mluvit o komplikacích, které mohou nastat v průběhu i fyziologického porodu, kdy se musí akutně přistoupit k ukončení těhotenství císařským řezem v **celkové anestezii** a časová tíseň nedovoluje adekvátně vysvětlit probíhající úkony k záchraně matky a dítěte. Současně je třeba neopomíjet řešení porodních bolestí, zvolit adekvátní analgezii. S tím je možno zajistit i bezbolestné pooperační období. Empatický přístup lékařů i sester bez stresových situací zajišťuje příjemné prostředí pro rodičku i nastávajícího otce.

O výsledky svého průzkumu se podělím s vrchní sestrou gynekologicko-porodnického oddělení Oblastní nemocnice Kolín a. s. Naší snahou bude připravit edukační materiál pro rodičky o možných komplikacích anestezie celkové i svodné.

ANOTACE

Autor: Lucie Kulichová, DiS.

Instituce: Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové

Oddělení ošetrovatelství

Název práce: Průzkum spokojenosti žen po císařském řezu v kontextu s volbou anestezie

Vedoucí práce: Mgr. Eva Vachková, Ph.D.

Počet stran: 91

Počet příloh: 4

Rok obhajoby: 2017

Klíčová slova: císařský řez, svodná anestezie, celková anestezie, bolest

Bakalářská práce se zabývala spokojeností žen po císařském řezu v kontextu s volbou anestezie. V teoretické části byl vysvětlen pojem císařský řez, jeho indikacemi, kontraindikacemi, rizika, komplikace. Dále byly popsány druhy anestezie a její indikace, kontraindikace u jednotlivých druhů anestezie a jejich výhody a nevýhody.

Empirická část je založena na dotazníkovém výzkumném šetření, které bylo provedeno u žen po operačním ukončení porodu císařským řezem v Oblastní nemocnici Kolín, a.s. na gynekologicko-porodnickém oddělení šestinedělí a JIP. Hlavním cílem práce bylo zjistit a porovnat spokojenost žen v celkovou či svodnou anestézií. Dalšími cíli práce bylo ze zjištěných výsledků posoudit, zda rodičky znaly pojem analgezie, anestezie, zda jim bylo poskytnuto dostatek informací, času na otázky, adekvátní místo na rozhovor a zda předkládaným informacím porozuměly. Jaké měly obavy z operačního porodu v souvislosti s typem anestezie a jaké výhody či nevýhody pro ně konkrétní anestezie představovala. Nestandardizovaný otazník obsahoval 28 otázek. Výzkumný soubor tvořilo 146 žen, které byly rozděleny do dvou skupin dle druhu anestezie. Celkovou anestézií prošlo 72 žen a svodnou anestézií 74 žen. Výzkumné šetření bylo realizováno od června do listopadu 2016.

Z výsledků dotazníkového šetření vyplynulo, že v preferenci celkové nebo svodné anestezie nebyl zjištěn významný rozdíl. Ženy byly s anestézií spokojeny. V případě volby upřednostňovaly svodnou anestézií, jednak pro možnost prvního kontaktu matky s dítětem a také z důvodu komfortní následné analgezie v časném pooperačním období po porodu.

ANNOTATION

Name and surname of the autor: Lucie Kulichová, DiS.

Institution: Charles University

Faculty of Medicine in Hradec Králové, Department of
Social Medicine, Department of Nursing

Title of the work: A survey on the satisfaction of woman after Caesarean section in context
with the choice of anesthesia

Academic advisor: Mgr. Eva Vachková, Ph.D.

Number of pages: 91

Number of attachments: 4

Year of defense: 2017

Keywords: the caesarean section, the neuroaxial block anaesthesia, the general anaesthesia,
pain

The bachelor thesis deals with the satisfaction of women after the caesarean section in the context of the choice of anaesthesia. In the theoretical part, the concept of caesarean section, its indications, contraindications, risks, complications was explained. In addition, the types of anaesthesia and its indications, the contraindications for individual types of anaesthesia and their advantages and disadvantages were described.

The empirical part was based on a questionnaire survey that was carried out at the Regional Hospital Kolín, gynecological-obstetric department and the ICU, on women terminating the delivery with caesarean section. The main goals of the work were to find out and compare the satisfaction of women with the general anaesthesia or neuroaxial block anaesthesia. The partial goals of the work were to assess whether the expectant mothers knew the concept of analgesia, anaesthesia, whether they were given enough information, time to questions, adequate place to interview, and whether they understood the presented information. The other partial goals were to find out women's concerns about surgery for delivery in connection with type of anaesthesia, and describe the advantages or disadvantages of special type of anaesthesia. The non-standardized questionnaire contained 28 questions.

The research group consisted of 146 women, divided into two groups according to the type of anaesthesia. Seventy-two women have undergone the general anaesthesia and 74 women have undergone neuroaxial block anaesthesia. The research was conducted from June to November 2016.

The results of the questionnaire survey showed that no significant difference had been found in the preference of general or neuroaxial block anaesthesia. Women were satisfied with anaesthesia. In case of choice, neuroaxial block anaesthesia was preferred, especially for the first contact of the mother with the child and also for a convenient subsequent analgesia in the postoperative period.

POUŽITÁ LITERATURA

1. BARASH, Paul G., Bruce F. CULLEN a Robert K. STOELTING. *Klinická anesteziologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2015. 816 s. ISBN 978-80-247-4053-9.
2. BLÁHA, J., NOSKOVÁ, P., KLOZOVÁ, R., SEIDLOVÁ, D., ŠTOURAC, P., PAŘÍZEK, A. *Současné postupy v porodnické anestezii III. - regionální anestezie u císařského řezu*. Anesteziologie a intenzivní medicína. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně. ISSN 1214-2158. 2014, 25(1), s. 29-39.
3. HÁJEK, Z., ČECH, E., MARŠÁL, K. *Porodnictví*. 3. zcela přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada Publishing, 2014. 537 s. ISBN 978-80-247-4529-9.
4. DOLEŽAL, A., et kol. *Porodnické operace*. Praha: Grada Publishing, 2007. 376 s. ISBN 978-80-247-0881-2.
5. DVOŘÁKOVÁ, T., *Císařský řez a jeho následné prožívání ženami*. Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě Masarykovi univerzity v roce 2013. 63 s. Depon in: Lékařská fakulta Masarykovi univerzity v Brně
6. HAKL, Marek. *Léčba bolesti: současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů*. Praha: Mladá fronta, Aeskulap. 2011. 231 s. ISBN 978-80-204-2473-0.
7. HERDMAN, T., KAMITSURU, H. a S. (eds.). *Ošetrovatelské diagnózy: Definice a klasifikace 2015-2017*. 10. vydání, 1. české vydání. Praha: Grada, 2016. 439 s. ISBN 978-80-247-5412-3.
8. JINDROVÁ, B., STRÍTESKÝ, M. KUNSTÝŘ, J., a kol. *Praktické postupy v anestezii*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2016. 200 s. ISBN 978-80-247-5612-7.
9. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 350 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
10. LARSEN, R. *Anästhesie*. 10. auflage. Elsevier: Urban&Fischer. 2013. 1446s. ISBN 978-3-437-22504-8.
11. LÜLLMANN, H., MOHR, K., HEIN, L. *Barevný atlas farmakologie*. 4. vyd., české. Praha: Grada, 2012. xiv, 366 s. ISBN 978- 80- 247-3908-3.
12. MÁLEK, J., a kol. *Praktická anesteziologie*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2016. 205 s. ISBN 978-80-247-5632-5.
13. NOSKOVÁ, P., BLÁHA, J., KLOZOVÁ, R., SEIDLOVÁ, D., ŠTOURAC, P., PAŘÍZEK, A. *Postpunkční cefalea v porodnictví*. Anesteziologie a intenzivní medicína,

- Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, ISSN 1214- 2158, 2014, roč. 25, č.3, s.194-202
14. NOVÁČKOVÁ, Dis., L., *Míra spokojenosti žen po plánovaném císařském řezu v celkové versus svodné anestézii*. Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě v Hradci Králové v roce 2011. 101 s.
 15. PAŘÍZEK, A., a kol. *Analgezie a anestezie v porodnictví*. Praha: Grada Publishing, 2012. 427 s. ISBN 978-80-7262-893-3.
 16. PAŘÍZEK, A. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti*. 5. vydání. Praha: Galén, 2015. 397s. ISBN 978-80-7492-215-2.
 17. PAŘÍZEK, A., a kol. *Kritické stavy v porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén, 2012, 285 s. ISBN 978-80-7262-949-7.
 18. Projekt OBAAMA-INT., [online] Dostupné na <http://www.akutne.cz/res/publikace/k-obaama-int-kl-ov-v-edky-a-komplikace-final-ura.pdf>
 19. ROZTOČIL, A. a kol. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 405s. ISBN 978-80-247-1941-2
 20. SLEZÁKOVÁ, L. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 269 s. ISBN 978-80-247-3373-9.
 21. ŠAMÁNKOVÁ, M. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 134 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
 22. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY. *Rodička a novorozenec* 2015. [online] Dostupné na <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/rodicka-novorozenec>
 23. TÓTHOVÁ, V., *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2. aktualizované vydání. Praha Trion, 2014. 225 s. ISBN 9788073877859
 24. VOKURKA, M., HUGO, J. *Praktický slovník medicíny*. 11. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf, 2015. xvi, 435 s. ISBN 978-80-7345-464-7.
 25. ZEMAN, Miroslav a Zdeněk KRŠKA. *Chirurgická propedeutika*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2011. 512 s. ISBN 9788024737706.

SEZNAM ZKRATEK

aj	a jiné
a.s.	akciová společnost
CA	celková anestezie
cm	centimetr
č.	číslo
DIC	diseminovaná intravaskulární koagulopatie
e.v.	eventuálně
EKG	Elektrokardiograf
G	gauge (velikost jehel)
GIT	gastrointestinální trakt
JIP	jednotka intenzivní péče
kol.	kolektiv
L	lumbální část páteře
mg	miligram
ml	mililitr
např.	například
Program OBAAMA-INT	OBstetric Anaesthesia and Analgesia Month Attributes – INTernational
Rh	Rhesus faktor (krevní skupinový systém)
S	sakrální část páteře
SAB	subarachnoidální anestezie
SC	Sectio caesarea
Th	hrudní část páteře
tzn.	to znamená
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
VEX	vakuumextraktor
WHO	Světová zdravotnická organizace

SEZNAM TABULEK

Tab. 1: Indikace ze strany matky a plodu k císařskému řezu	11
Tab. 2: Kontraindikace ze strany matky a plodu k císařskému řezu	11
Tab. 3: Ošetřovatelské diagnózy před operací SC	18
Tab. 4: Ošetřovatelské diagnózy po operaci SC	19
Tab. 5: Metody tišení bolesti	21
Tab. 6: Věkové skupiny respondentek	35
Tab. 7: Snášení bolesti v běžném životě	36
Tab. 8: Tlumení bolesti v běžném životě	37
Tab. 9: Počtu porodů dle anestezie	38
Tab. 10: Počet porodů dle věku	39
Tab. 11: Informovanost o analgezi ev. anestezii během těhotenství	41
Tab. 12: Čerpání informací o anestezii během těhotenství	42
Tab. 13: Zvažování analgezie ev. anestezie před nástupem do porodnice	43
Tab. 14: Anestezie u minulých porodů	44
Tab. 15: Spokojenost s volbou předchozí anestezie	46
Tab. 16: Typ anestezie u posledního operativního porodu v porovnání s věkem	47
Tab. 17: Spokojenost s volbou anestezie u posledního operativního porodu	48
Tab. 18: Preference anestezie i při dalším císařském řezu	49
Tab. 19: Podávání informací o způsobu anestezie	50
Tab. 20: Místa poučení o anestezii	51
Tab. 21: Forma podávání informací o anestezii	52
Tab. 22: Spokojenosti se způsobem podání informací o anestezii	53
Tab. 23: Porozumění podaným informacím o anestezii	54
Tab. 24: Možnosti kladení otázek o anestezii	55
Tab. 25: Informovanost o anestezie	56
Tab. 26: Preference stejné anestezie u dalšího porodu císařským řezem	57
Tab. 27: Míra strachu před anestezii u císařského řezu	58
Tab. 28: Typ obav z celkové anestezie před císařským řezem	59
Tab. 29: Typ obav ze svodné anestezie před císařským řezem	60
Tab. 30: Hodnocení porodu v anestezii	61
Tab. 31: Pooperační bolesti	62

Tab. 32: Komplikace po anestezii	63
Tab. 33: Volba anestezie pro další porod císařským řezem	64
Tab. 34: Hodnocení porodu v anestezii	65

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Věkové skupiny u celkové a svodné anestezie	35
Graf 2: Snášení bolesti v běžném životě	36
Graf 3: Tlumení bolesti v běžném životě	37
Graf 4: Počet porodů dle zvolené anestezie	39
Graf 5: Počet porodů dle věku	40
Graf 6: Informovanost o analgezi ev. anestezii během těhotenství	41
Graf 7: Čerpání informací o anestezii během těhotenství	42
Graf 8: Zvažování analgezie ev. anestezie před nástupem do porodnice	43
Graf 9: Anestezie u minulých porodů	45
Graf 10: Spokojenost s volbou předchozí anestezie	46
Graf 11: Typ anestezie u posledního operativního porodu v porovnání s věkem	47
Graf 12: Spokojenost s volbou anestezie u posledního operativního porodu	48
Graf 13: Preference anestezie i při dalším císařském řezu	49
Graf 14: Podávání informací o způsobu anestezie	50
Graf 15: Místo poučení o anestezii	51
Graf 16: Forma podávání informací o anestezii	52
Graf 17: Spokojenost se způsobem podání informací o anestezii	53
Graf 18: Porozumění informací o anestezii	54
Graf 19: Možnosti kladení otázek k anestezii	55
Graf 20: Informovanost o anestezii	56
Graf 21: Preference stejné anestezie u dalšího porodu císařským řezem	57
Graf 22: Míra strachu před anestezii u císařského řezu	58
Graf 23: Typ obav z celkové anestezie před císařským řezem	59
Graf 24: Typ obav ze svodné anestezie před císařským řezem	60
Graf 25: Hodnocení porodu v anestezii	61
Graf 26: Pooperační bolesti	62
Graf 27: Komplikací po anestezii	63
Graf 28: Volba anestezie pro další porod císařským řezem	64
Graf 29: Hodnocení porodu	65

PŘÍLOHY

Příloha č. 1

Milé maminky,

jmenuji se Lucie Kulichová a jsem studentkou bakalářského studijního programu oboru Všeobecná sestra na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové. K úspěšnému dokončení studia potřebuji obhájit bakalářskou práci na téma „Průzkum spokojenosti žen po císařském řezu v celkové versus svodné anestezii“.

Proto bych Vás ráda požádala o pečlivé vyplnění následujícího dotazníku, který bude použit výhradně pro zpracování mé bakalářské práce a v žádném případě nebude výsledků zneužito k jinému účelu.

Dotazník je anonymní, neobávejte se prosím sdělit i negativní zkušenosti.

Předem děkuji za spolupráci a gratuluji k narození děťátka.

Lucie Kulichová, studentka 2. ročníku Ošetrovatelství, LFUK v Hradci Králové

1. Kolik je Vám let?

.....let

2. Jak v běžném životě snášíte bolest?

- a) velmi špatně
- b) špatně
- c) celkem dobře
- d) dobře

3. Jak v běžném životě tlumíte bolest?

- a) léky proti bolesti (analgetika)
- b) nefarmakologickými (nelékovými) metodami (bylinky, homeopatika, aromaterapie)
- c) jiné:.....

4. Po kolikáté jste rodila?

- a) poprvé
- b) podruhé
- c) potřetí a více

5. Slyšela jste již během těhotenství o využití analgezie ev. anestezie (celkové nebo svodné – epidurální, subarachnoideální) u porodu?

a) ano

b) ne

6. Odkud jste čerpala informace o anestezii k císařskému řezu? (můžete zvolit i více možností)

a) od svého gynekologa

b) od anesteziologa

c) z internetu

d) z literatury nebo informačních letáků

e) od známých, rodiny, přátel

f) z předporodního kurzu

g) z dřívějšího porodu

7. Uvažovala jste o svodné nebo celkové anestezii ještě před nástupem do porodnice? (na základě informací získaných dle bodu 6.)

a) ano

b) ne

c) nebyla jsem rozhodnuta

8. Pokud jste již v minulosti rodila císařským řezem, jaký Vám byl podán typ anestezie?

a) celková

b) svodná (vpich do zad, tedy epidurální nebo subarachnoideální anestezie)

c) oba typy, absolvovala jsem již 2 nebo více císařských řezů

9. Byla jste s předchozí anestezii spokojená?

a) ano

b) ne (pokud ne, prosím popište z jakého důvodu).....

.....

10. Jaký byl typ anestezie, který jste podstoupila nyní?

a) celková

b) svodná (vpich do zad, tedy epidurální nebo subarachnoideální anestezie)

11. Byla jste s touto volbou anestezie spokojená?

a) ano

b) ne (pokud ne, prosím popište z jakého důvodu).....

.....

12. Vybrala byste si tuto metodu anestezie i při dalším císařském řezu?
- a) ano
 - b) ne, (pokud ne, prosím popište z jakého důvodu).....
.....
13. Kdo Vám podával informace o způsobu anestezie?
- a) porodní asistentka
 - b) lékař – porodník, gynekolog
 - c) lékař - anesteziolog
 - d) jiný zdravotník (uveďte).....
 - e) nikdo
14. Kde jste byla poučena o typu anestezie?
- a) anesteziologická ambulance
 - b) porodní sál
 - c) pokoj pacientů
 - d) jinde (specifikujte).....
15. Jakou formou jste dostala informace o vedení porodu?
- a) písemnou formou
 - b) slovní formou
 - c) kombinací obou forem
16. Vyhovoval Vám způsob podání informací?
- a) ano
 - b) ne (pokud ne, prosím popište z jakého důvodu).....
.....
 - c) nedokážu posoudit
17. Rozuměla jste podaným informacím?
- a) ano
 - b) ne (pokud ne, prosím popište z jakého důvodu).....
.....
 - c) částečně
18. Měla jste možnost klást otázky?
- a) ano
 - b) ne (pokud ne, prosím popište z jakého důvodu).....
.....

19. Byly pro Vás informace dostačující?

a) ano

b) ne (pokud ne, prosím popište z jakého důvodu).....

.....

20. Vybrala byste si tuto metodu anestezie i při dalším císařském řezu?

a) ano

b) ne (pokud ne, prosím popište z jakého důvodu).....

.....

21. Jak intenzivní byla míra Vašeho strachu před císařským řezem?

a) neměla jsem obavy

b) trochu jsem se bála

c) měla jsem veliký strach

d) byla jsem strachy bez sebe

22. Jaký byl typ Vašich obav z celkové anestezie? (odpovězte, pokud jste byla v celkové anestezii)

a) neprobudím se z anestezie

b) budu vnímat, co se na sále děje, slyšet hlasy operatérů a nebudu se moci pohnout

c) anestezie změni mou osobnost, budu jiná než předtím

d) jiný typ obav, prosím uveďte:.....

.....

e) neměla jsem žádné obavy

23. Jaký byl typ Vašich obav ze svodné anestezie (vpichu do zad)? (odpovězte, pokud jste byla ve svodné anestezii)

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

24. Jak byste hodnotila porod císařským řezem?

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

25. Měla jste po operaci bolesti?

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

26. Vyskytly se nějaké komplikace související s anestezií?

- a) ne
- b) ano (pokud ano, vypište, prosím jaké):.....
-

27. Pokud byste musela podstoupit císařský řez znovu, volila byste stejný typ anestezie?

- a) ano, s anestezií jsem byla spokojená a neměnila bych
- b) ne
- c) ještě nejsem rozhodnuta

28. Svůj porod hodnotíte jako:

- a) bezproblémový, jsem spokojena
- b) náročný, ale nádherný a jedinečný tvůrčí akt narození dítěte
- c) nepřiliš pěkný zážitek, vyvážený narozením dítětem
- d) stresující zážitek, z jehož případného opakování máte veliké obavy
- e) hrozný zážitek, nikdy více
- f) nepřemýšlela jste o tom, každá žena si tím musí přeci projít
- g) jinak.....

Znovu si, prosím, projděte vyplněný dotazník, zda jste nějakou otázku neopomněla.

Ještě jednou děkuji za váš čas.

Příloha č.2

Vážená etická komise,

Jmenuji se Kulichová Lucie, Dis., jsem studentkou bakalářského studijního programu ošetrovatelství na Lékařské fakultě UK v Hradci Králové. K úspěšnému dokončení studia potřebuji obhájit bakalářskou práci, na téma:

Průzkum spokojenosti žen po císařském řezu v celkové versus svodné anestezii.

Předmětem zkoumání jsou rodičky na Gynekologicko-porodnickém oddělení Oblastní nemocnice Kolín, které rodily císařským řezem. Výzkum bude realizován pomocí anonymního dotazníku (viz příloha), v období od července do prosince 2016. Bude osloveno přibližně 100 rodiček.

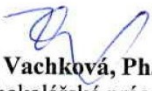
Kritéria výběru : ženy 1. Den po porodu císařským řezem, a které souhlasily s účastí ve výzkumném šetření.

Obracím se na Vás s prosbou o schválení, dotazníkového šetření na Gynekologicko-porodnickém oddělení.

Cílem výzkumu:

Zjistit spokojenost rodiček s možností volby svodné nebo celkové anestezii, a následně s účinky jednotlivých anestezii.

Kulichová Lucie, Dis.
Opolany 172
Libice nad Cidlinou
289 07
Tel: 737 661 898
e-mail: luckakulich@seznam.cz


Mgr. Eva Vachková, Ph.D.
Vedoucí bakalářské práce
vedoucí oddělení ošetrovatelství
Ústav sociálního lékařství,
Lékařská fakulta UK v Hradci Králové
e-mail: vachkovae@lfhk.cuni.cz
tel.: 495 816 365

Tímto Vás s úctou žádám o posouzení a povolení tohoto výzkumného šetření.

Předem děkuji.

Oblastní nemocnice Kolín, a.s.
nemocnice Středočeského kraje

280 00 Kolín, Žitkova 146; IČO: 27256391

-5-

Alice KOPECKÁ
Právní odbor, Etická komise



Kulichová Lucie, Dis.



Příloha č. 3

Vážená paní

Husová Lucie, Dis.
Vrchní sestra Gynekologicko-porodnického oddělení
Oblastní nemocnice Kolín, a.s.
Nemocnice Středočeského kraje
Žižkova 146
280 02 Kolín 3

V Opolanech 11.4.2016

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření v nemocnici Kolín, a.s., Oblastní nemocnici Středočeského kraje

Vážený paní Husová,

Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na Vaší nemocnici, jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce studentky Lucie Kulichové, Dis. narozené 19.9.1977, posluchačky 2. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, kombinované formy, LF UK v Hradci Králové.

Cílem této práce je průzkum spokojenosti žen po císařském řezu v celkové versus svodné anestezii.

Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku, který je přiložen k žádosti.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Eva Vachková, Ph.D. vedoucí oddělení ošetrovatelství Lékařské fakulty UK Hradec Králové


Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí



Kulichová Lucie, Dis.
Opolany 172
Libice nad Cidlinou
289 07
Tel: 737 661 898
e-mail: luckakulich@seznam.cz

S pozdravem



Mgr. Eva Vachková, Ph.D.
vedoucí oddělení ošetrovatelství
Ústav sociálního lékařství
Lékařská fakulta UK
Šimkova 870
500 38 Hradec Králové
Tel. 495816365
e-mail: vachkovae@lfhk.cuni.cz

Vyjádření vedení instituce:

Souhlasím
 Nesouhlasím

Datum:

Podpis a razítko



Příloha č. 4

Vážená paní

Šandová Irena
Hlavní sestra
Oblastní nemocnice Kolín, a.s.
Nemocnice Středočeského kraje
Žižkova 146
280 02 Kolín 3

V Opolanech 11.4.2016

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření v nemocnici Kolín, a.s., Oblastní nemocnici Středočeského kraje

Vážený paní Šandová,

Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na Vaší nemocnici, jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce studentky Lucie Kulichové, Dis, narozené 19.9.1977, posluchačky 2. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, kombinované formy, LF UK v Hradci Králové.


Cílem této práce je průzkum spokojenosti žen po plánovaném císařském řezu v celkové versus svodné anestezii.

Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku, který je přiložen k žádosti.


Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Eva Vachková, Ph.D. vedoucí oddělení ošetřovatelství Lékařské fakulty UK Hradec Králové

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí


Kulichová Lucie, Dis.
Opolany 172
Libice nad Cidlinou
289 07
Tel: 737 661 898
e-mail: luckakulich@seznam.cz

S pozdravem


Mgr. Eva Vachková, Ph.D.
vedoucí oddělení ošetřovatelství
Ústav sociálního lékařství
Lékařská fakulta UK
Šimkova 870
500 38 Hradec Králové
Tel. 495 816 365
e-mail: vachkovae@lfhk.cuni.cz

Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Datum:

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

Podpis a razítko

