

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

**EDUKACE ŽENY PŘED PLÁNOVANÝM SECTIO
CAESAREA**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

LENKA VAVRDOVÁ

Praha 2017

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

**EDUKACE ŽENY PŘED PLÁNOVANÝM SECTIO
CAESAREA**

Bakalářská práce

LENKA VAVRDOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

Praha 2017



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Vavrdová Lenka
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 4. 11. 2016 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Edukace ženy před plánovaným sectio caesarea

Women Education before Planed Cesarean Section

Vedoucí bakalářské práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

V Praze dne: 4. 11. 2016


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného neakademického titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 20. 3. 2017

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce doc. PhDr. Jitce Němcové, PhD. za odborné vedení a cenné rady, které mi při zpracování bakalářské práce poskytovala.

ABSTRAKT

VAVRDOVÁ, Lenka. *Edukace ženy před plánovaným sectio caesarea*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD. Praha. 2017. 61 s.

Tématem bakalářské práce je edukace ženy před plánovaným sectio caesarea. Práce se skládá z teoretické a praktické části. Teoretická část obsahuje definici sectio caesarea, vymezení indikací i kontraindikací vedoucích k zákroku ze strany těhotné ženy i plodu. Práce popisuje typy anestezií, které lze u sectio caesarea využít a rovněž i samotný průběh zákroku. Text také obsahuje výčet komplikací, jež mohou nastat a přípravu těhotné ženy k plánovanému sectio caesarea a pooperační péči. Praktická část je zaměřena na zpracování edukačního procesu, který je aplikován u ženy před plánovaným sectio caesarea. Edukační proces se skládá ze čtyř edukačních jednotek. Výstupem práce je i edukační leták, který obsahuje souhrnné a nejdůležitější informace o plánovaném zákroku.

Klíčová slova

Císařský řez. Edukace. Edukační proces.

ABSTRACT

VAVRDOVÁ, Lenka. *Women Education before Planned Cesarean Section*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD. Prague. 2017. 61 pages.

The topic of my Bachelor thesis is "The education of women before the planned Cesarean section". The thesis consists of theoretical part and practical part. The theoretical part contains the definition of Cesarean section, definition of indications leading to Cesarean section on the part of pregnant woman and fetus and vice versa and also its contraindications. The thesis describes the types of anesthesia that can be used during Cesarean section and the progress of Cesarean section itself. The thesis also includes complications that may arise during Cesarean section and the preparation of pregnant women for the planned Cesarean section and postoperative care for a woman. The practical part includes the processing of the educational process, which is applied on a woman before the planned Cesarean section. Educational process consists of four educational units. The outcome of this thesis is also an educational leaflet which contains comprehensive and important information about the planned Cesarean section.

Keywords

Caesarean section. Education. Educational process.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM TABULEK

ÚVOD.....	13
TEORETICKÁ ČÁST.....	15
1 SECTIO CAESAREA	15
1.1 INDIKACE K SECTIO CAESAREA	15
1.2 KONTRAIKACE SECTIO CAESAREA.....	16
1.3 KOMPLIKACE SECTIO CAESAREA	17
1.3.1 ANESTEZIOLOGICKÉ KOMPLIKACE	17
1.3.2 CHIRURGICKÉ KOMPLIKACE	17
1.3.3 PORANĚNÍ NOVOROZENCE	17
1.3.4 POOPERAČNÍ KOMPLIKACE	17
1.3.5 POZDĚJŠÍ DŮSLEDKY SECTIO CAESAREA	18
1.3.6 MATEŘSKÁ MORTALITA.....	18
1.3.7 PREVENCE INFEKČNÍCH KOMPLIKACÍ.....	18
1.4 PŘÍPRAVA ŽENY K SECTIO CAESAREA.....	18
1.5 ANESTEZIE U SECTIO CAESAREA.....	19
1.6 OČEKÁVÁNÍ TĚHOTNÝCH ŽEN A NEMOCNIČNÍ REALITA	21
1.7 PROVEDENÍ SECTIO CAESAREA.....	22
1.7.1 KOŽNÍ ŘEZ.....	22
1.7.2 DĚLOŽNÍ ŘEZ	23
1.7.3 VYBAVENÍ PLODU	23
1.7.4 VYBAVENÍ PLACENTY	24
1.8 PRVNÍ OŠETŘENÍ NOVOROZENCE PO PORODU	24
1.9 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O ŽENU PO SECTIO CAESAREA.....	26
1.10 KOJENÍ PO SECTIO CAESAREA.....	27
1.11 REHABILITACE PO SECTIO CAESAREA	27
1.12 ZOTAVENÍ V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ.....	28
1.13 POROVNÁNÍ SECTIO CAESAREA A VAGINÁLNÍHO PORODU	28

1.14 SECTIO CAESAREA NA PŘÁNÍ	29
1.15 PSYCHOLOGICKÁ HLEDISKA SECTIO CAESAREA.....	29
1.15.1 PSYCHOLOGICKÁ HLEDISKA PŘI POROVNÁNÍ PLÁNOVANÉHO A AKUTNÍHO SECTIO CAESAREA	30
1.16 POČET PROVÁDĚNÝCH SECTIO CAESAREA	31
1.17 PŘÍDATNÉ OPERACE U SECTIO CAESAREA	31
2 EDUKACE	33
2.1 EDUKACE JAKO SOUČÁST OŠETŘOVATELSTVÍ.....	33
PRAKTICKÁ ČÁST	35
3 EDUKAČNÍ PROCES	35
4 DOPORUČENÍ PRO PRAXI	56
ZÁVĚR	58
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	59
PŘÍLOHY	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

Atd a tak dále

BMI Body Mass Index

ČR Česká republika

Např Například

Syndrom DIC Diseminovaná Intravaskulární Koagulace

TEN Tromboembolická nemoc

(VOKURKA, HUGO, 2015)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Ambuvak – ruční resuscitátor

Anémie – chudokrevnost

Antikoagulancia – léky tlumící krevní srážlivost

Atonie – ztráta svalového napětí, ochablost

Aspirace – vdechnutí

Cystitida – zánět močového měchýře

Dehiscence – rozšklebení operační rány

Fraktura – zlomenina

Gemini – dvojčata

Hernie – vakovité vychlípění pobřišnice, kýla

Hypotenze – snížení krevního tlaku

Hysterotomie – chirurgické otevření dělohy

Incize – chirurgické otevření

Laparotomie – chirurgické otevření dutiny břišní

Luxace – vykloubení, vymknutí

Metrorrhagie – chorobné krvácení z dělohy mimo menstruační cyklus

Morbidita – nemocnost

Mortalita – úmrtnost

Peritoneum – pobřišnice

Preeklampsie – stav objevující se v pozdním těhotenství a charakterizován přibýváním na váze, zvýšením krevního tlaku

Primipara vetus – prvorodička nad 35 let

Profylaxe – konkrétní ochrana před určitou nemocí

Ruptura – trhlina

Sutura – chirurgické spojení tkání pomocí jehel a nití, steh

(VOKURKA, HUGO, 2015)

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Vstupní test.....	40
Tabulka 2: Porovnání vstupního a výstupního testu.....	54

ÚVOD

Pro téma bakalářské práce s názvem Edukace ženy před plánovaným sectio caesarea jsme se rozhodli především z toho důvodu, že se ve svém zaměstnání setkáváme se ženami, které tento druh porodu podstupují, a kterých počet stále narůstá. Dle výsledků Ústavu zdravotnických informací a statistiky (UZIS, 2000, 2010, 2015) se v roce 2000 pomocí sectio caesarea narodilo 13,4 % dětí, v roce 2010 24,0 % a v roce 2015 26,8 %.

Formu edukace jsme zvolili především z důvodu následného praktického využití v každodenní praxi. Ženy by měly být dostatečně edukovány před sectio caesarea, aby se seznámily s tím, co je čeká a jak se po porodu chovat. Zdroje k vypracování bakalářské práce jsme zvolili knižní, čerpali jsme i z časopisů a internetových článků.

Cílem teoretické části je sesbírat a vytřídit nejdůležitější informace o základní charakteristice sectio caesarea, zejména se jedná o vymezení samotného pojmu, přiblížení jeho realizace, seznámení s komplikacemi, které se mohou objevit a s ošetrovatelskou péčí před i po zákroku.

Hlavním cílem praktické části bakalářské práce je sestavit a realizovat edukační proces u těhotné ženy, která má podstoupit plánovaný sectio caesarea, aby se mohla aktivně podílet na přípravě před zákrokem a léčebném procesu po jeho uskutečnění. Dílčí součástí praktické části textu bude vytvoření edukačního letáku, který bude laiky informovat o nejdůležitějších informacích týkajících se zákroku sectio caesarea.

Vstupní literatura

1. DOLEŽAL, Antonín, 2007. *Porodnické operace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-0881-2.
2. ROZTOČIL, Aleš, 2008. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1941-2.
3. PROCHÁZKA, Martin, Radovan PILKA, Štěpánka BUBENÍKOVÁ a kol., 2016. *Porodnictví pro studenty všeobecného lékařství a porodní asistence*. Olomouc: AED, Olomouc, s.r.o. 243 s. ISBN 978-80-906280-0-7.
4. PAŘÍZEK, Antonín a Tomáš HONZÍK, 2015. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti*. 5. vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-749-2213-8.

5. PAŘÍZEK, Antonín, 2012. *Analgezie a anestezie v porodnictví*. 2. rozšířené a přepracované vyd. Praha: Galén. 427 s. ISBN 978-80-7262-893-3.

Popis rešeršní strategie

Vyhledávání odborné literatury pro tvorbu bakalářské práce s názvem Edukace ženy před plánovaným sectio caesarea probíhalo v období od listopadu 2016 do ledna 2017. Využity byly elektronické databáze – Medvik a Theses, jednotná informační brána, souborný katalog ČR a online katalog NCO NZO.

Klíčová slova v českém jazyce byla určena: císařský řez, edukace, edukační proces. V anglickém jazyce: caesarean section, education, educational process.

Při studiu odborné literatury byly kladeny nároky na to, aby témata vyhledávaných textů odpovídaly cílům bakalářské práce, odbornosti, jazyku českému, slovenskému a anglickému.

Vyřazovací kritéria: totožný nálezný textu, obsahově nevhodné texty, které neodpovídaly stanoveným cílům práce.

K tvorbě bakalářské práce bylo použito 27 informačních zdrojů, z toho 16 monografií, 7 článků v časopise a 4 elektronické zdroje, z let 1997-2016. Jsme si vědomi, že některé tituly jsou starší deseti let, i přesto jsme je ale využili, neboť informace v nich obsažené jsou stále aktuální a přínosné pro zpracování této práce.

TEORETICKÁ ČÁST

1 SECTIO CAESAREA

Dle Roztočila (2008) je sectio caesarea typ porodnické operace, kdy dochází k vytažení plodu z dělohy břišní cestou. Binder (2011) řadí sectio caesarea k nejčastěji se vyskytujícímu operačnímu porodu a je velmi častým chirurgickým výkonem. V roce 2010 byla jeho incidence 24 % všech porodů.

Binder (2011) dělí sectio caesarea na několik typů:

- Elektivní – vykonává se, než samotný porod začne, je předem plánovaný
- Akutní – vykonává se v průběhu porodu během I. doby porodní
- Iterativní – neboli opakovaný.

Doležal (2007) uvádí, že i přesto, že se sectio caesarea řadí k jednoduchým operacím, je důležité, aby lékaři znali a respektovali veškeré její náležitosti a vždy mysleli na zdraví těhotné ženy i novorozence. Těhotná žena by neměla utrpět poruchu v oblasti plodnosti, estetické, psychosociální ani sexuální poškození.

1.1 INDIKACE K SECTIO CAESAREA

Doležal (2007) dále popisuje, že indikace k sectio caesarea stále narůstaly, dříve se realizoval zcela výjimečně, v dnešní době se stává velmi běžným. Důvodem nárůstu může být rozšíření transfuzní služby, zdokonalení v oblasti anestezie, profylaxe infekce a léčení antibiotiky. Prostřednictvím antikoagulačních prostředků došlo ke snížení nebezpečí tromboembolie. I přesto se u sectio caesarea objevují i negativní důsledky, ale jsou výrazně nižší, než tomu bylo v minulosti.

Dle Roztočila (2008) jsou indikace k plánovanému sectio caesarea různorodé. Mohou být ze strany těhotné ženy, plodu a kombinované.

Binder (2011) uvádí další indikace, které jsou **porodnické či neporodnické, nebo sectio caesarea na žádost těhotné ženy**. V současné době jsou lékaři velmi

shovívaví k umožnění zákroku, i přesto, že se jedná o operační postup, který obnáší, stejně jako jakákoliv jiná operace, komplikace peroperační i postoperační. Riziko vzniku komplikací se zvyšuje s počtem sectio caesarea, které již žena podstoupila.

INDIKACE ZE STRANY TĚHOTNÉ ŽENY

Doležal (2007) řadí mezi indikace ze strany těhotné ženy zejména:

- preeklampsii,
- ortopedické indikace – nejčastěji se jedná o kyčelní vady,
- primipara vetus,
- oční a neurologické onemocnění,
- obezitu,
- stavy po sectio caesarea,
- stavy po chirurgických či gynekologických operacích se srůsty,
- asistovanou reprodukci.

INDIKACE K SECTIO CAESAREA ZE STRANY PLODU

Dle Roztočila (2008) jsou častými indikacemi k sectio caesarea ze strany plodu:

- velká hmotnost plodu (4000 g při diabetes mellitus těhotné ženy, 4500 g jednoznačná indikace),
- patologické uložení plodu (přímá či šikmá poloha, poloha koncem pánevním, vysoký přímý stav),
- nepostupující porod,
- gemini či mnohočetná těhotenství.

1.2 KONTRAINDIKACE SECTIO CAESAREA

Sák (2008) uvádí kontraindikaci k sectio caesarea – úmrtí **plodu před porodem**. Mezi další kontraindikaci ze stran těhotné ženy, jak uvádí Čech (2006) lze zařadit i její chorobné hodnoty koagulace.

1.3 KOMPLIKACE SECTIO CAESAREA

Roztočil (2008) dělí komplikace sectio caesarea do různých skupin. **Mateřské a fetální, bezprostřední, časně a pozdní.** Rovněž lze najít členění na anesteziologické, chirurgické, neonatologické a pooperační.

1.3.1 ANESTEZIOLOGICKÉ KOMPLIKACE

Dle Roztočila (2008) do skupiny anesteziologických komplikací patří např. **Mendelsonův syndrom** – jedná se o aspiraci žaludečního obsahu. Szotkowska (2016) uvádí, že se Mendelsonův syndrom nejčastěji projevuje kašlem a dušností. Jedná se o velmi závažnou komplikaci, která může končit až smrtí. K anesteziologickým komplikacím Roztočil (2008) dále řadí hypotenzi, akutní plicní edém, vznik laryngospazmu a komplikace, které vznikají z důvodu epidurální či spinální anestezie – např. krvácení.

1.3.2 CHIRURGICKÉ KOMPLIKACE

Mezi chirurgické komplikace, jak ve své publikaci uvádí Roztočil (2008), patří zejména krvácení, které vzniká nejčastěji z důvodu poškození dělohy (např. ruptura stěny děložní). Silné krvácení může vyvolat hemoragický šok, eventuálně syndrom DIC. Mezi další chirurgické komplikace patří např. poranění močového měchýře a atonie dělohy.

1.3.3 PORANĚNÍ NOVOROZENCE

Binder (2001) uvádí, že nejčastěji dochází k řeznému poranění plodu skalpelem při incizi dělohy. K poškození může dojít na hlavě dítěte, ale i na obličeji. Proto musí být operátor velmi opatrný při pronikání do děložní dutiny. Pokud se dítě obtížně z dělohy vybavuje, může dojít k luxaci či fraktuře dlouhých kostí.

1.3.4 POOPERAČNÍ KOMPLIKACE

Roztočil (2008) popisuje nejčastější pooperační komplikace. Jedná se o **infekční** – dochází k infekci sutury hysterotomie a dehiscenci, **embolické** – zejména trombembolie, **urologické** – především vznik cystitidy nebo retence moče, **hemoragické** – vyznačují se vznikem pooperační anémie a **gastroenterologické** –

nejčastěji paralytický ileus. Pooperační krvácení se vyznačuje metrorrhagií či hemoperitoneem.

Základním signálem pooperačních komplikací jsou bolesti hlavy, hrudníku, břicha či končetin.

1.3.5 POZDĚJŠÍ DŮSLEDKY SECTIO CAESAREA

Po námi rozebíraném zákroku je možnost objevení pozdějších důsledků. Dle Doležala (2007) se jedná zejména o **estetické vady, hernie v jizvě, parametritis**. U dalšího těhotenství může dojít k předčasnému porodu, plod může být hypotrofický. Těhotná žena může mít i psychologické poruchy.

1.3.6 MATEŘSKÁ MORTALITA

Doležal (2007) řadí ke komplikacím sectio caesarea také mateřskou mortalitu. Odvíjí se od základního onemocnění. Udávají se cca 2 promile, může však být až 10krát vyšší než po spontánním porodu.

1.3.7 PREVENCE INFEKČNÍCH KOMPLIKACÍ

Duff a Jamie (2003) ve svém článku vysvětlují, že mikroorganismy, které se za běžných okolností vyskytují v pohlavním ústrojí, se během sectio caesarea mohou dostat do pánevní dutiny nebo krevního oběhu. Obvykle se jedná o *Escherichii coli*, *B-streptokoky* a *enterokoky*. U žen, u kterých dojde k rozvoji infekce, hrozí riziko vyšší morbidity, delšího pobytu v nemocnici a tím k vyšším finančním výdajům nemocnice. Prevencí je profylaktické podání antibiotik, čímž dojde k eliminaci výskytu infekcí a kratší době hospitalizace.

1.4 PŘÍPRAVA ŽENY K SECTIO CAESAREA

Kadlecová (2010) ve svém článku popisuje přípravu těhotné ženy k sectio caesarea, jež se liší dle toho, zda se jedná o akutní či plánovaný výkon. Plánovaný má určité výhody, protože se může těhotná žena na operativní porod velmi dobře připravit, podstoupit veškerá potřebná vyšetření a rozhodnout se pro nejvýhodnější anestezii.

Zmíněná autorka (2010) dále klade velký důraz na přípravu těhotné ženy k výkonu v případě, že má určité specifické onemocnění, např. diabetes mellitus.

Kadlecová (2010) uvádí, že těhotná žena přichází k příjmu do porodnice o den dříve. Všeobecná sestra poslouchá ozvy plodu dle ordinace lékaře a zjišťuje, zda těhotná žena cítí pohyby plodu. Jsou realizovány fyzikální vyšetření, odebírá se ošetrovatelská anamnéza, laboratorní odběry. Všeobecná sestra provede těhotnou ženu po oddělení a seznámí ji s domácím řádem a právy pacientů, nabídne nadstandardní pokoj, kde může se ženou přespat manžel/přítel. Sestra musí zavést těhotné ženě periferní žilní katétr.

Základním úkolem zdravotnického personálu je podat ženě veškeré informace o pooperačním režimu – kdy bude vstávat z postele, jaké pohyby smí a nesmí vykonávat. Důležité je, aby si s těhotnou ženou pohovořil anesteziolog a určil premedikaci. Všeobecná sestra aplikuje antikoagulancia a oholí pubické ochlupení, provede těhotné ženě klyzma, poučí ji, aby si sundala šperky a odlakovala nehty. Jakmile je těhotná žena celkově vyprázdněná, následuje důkladná koupel.

Jak popisuje Kadlecová (2010), zdravotnický personál bezprostředně před operací zkontroluje oholení, odlakování nehtů a sundání šperků. Podá profylakticky antibiotika, zavede permanentní močový katétr, provede prevenci TEN – pomocí elastických punčoch. Důležité je, aby těhotná žena podepsala informovaný souhlas. Všeobecná sestra předává ženu z oddělení s dokumentací na operační.

1.5 ANESTEZIE U SECTIO CAESAREA

Dle Honzíka a Pařízka (2015), výběr anestezie u sectio caesarea záleží na mnoha faktorech. Anesteziolog i porodník musí těhotnou ženu vyšetřit, vzít v úvahu důvod vedoucí k sectio caesarea, zda se jedná o výkon plánovaný či akutní a požadavky ženy.

Zmínění autoři (2015) dále rozlišují dva možné typy anestezie – **místní anestezie** (svodná nebo regionální) a **celková anestezie** (narkóza). Oba druhy mají své výhody i nevýhody a nelze tedy jednoznačně určit, která z nich je lepší.

MÍSTNÍ ANESTEZIE

Doležal (2007) uvádí, že zprvu bylo využívání místní anestezie u sectio caesarea podněcováno těhotnými ženami. Zajímavostí je, že místní anestezie je více než 16x bezpečnější než celková anestezie.

Ve své publikaci Doležal (2007) zmiňuje tři techniky místní anestezie – **spinální, epidurální a kombinovaná**. Spinální anestezie je u těhotných žen velmi oblíbená stejně jako kombinace anestezie epidurální a spinální. Epidurální se využívá v případě, že těhotná žena tento druh anestezie již někdy podstoupila. Bez ohledu na typ anestezie se musí žena před výkonem vyšetřit fyzikálně i laboratorně, odebrat anamnézu a provést vyšetření na krevní skupinu a protilátky.

Pařízek (2012) popisuje, že indikací k místní anestezii bývá přání těhotné ženy, jakékoliv kontraindikace celkové anestezie, kardiovaskulární onemocnění těhotné ženy a pokud žena podstoupila v minulosti laparotomii nebo prodělala zánětlivé komplikace v dutině břišní.

Místní anestezii může mít i kontraindikace, které Pařízek (2012) dělí na **absolutní a relativní**. Mezi absolutní se řadí sepsa a koagulopatie těhotné ženy, vyšší intrakraniální tlak, pokud těhotná žena s místní anestézií nesouhlasí, infekce v oblasti vpichu. Mezi relativní kontraindikace patří onemocnění zad (deformity páteře, výhřez meziobratlových plotének, bolesti zad), onemocnění míchy či mozku, akutní sectio caesarea.

Honzík a Pařízek (2015) uvádí výhody i nevýhody místní anestezie. K výhodám se řadí, že je těhotná žena při vědomí, může komunikovat s partnerem a operačním týmem, dítě není ovlivněno a utlumeno léky a velkým pozitivum je, že ihned po porodu je žena v kontaktu s dítětem a může dojít k přiložení dítěte k prsu ženy. K nevýhodám místní anestezie autoři zařazují pozdější nástup účinku anebo pokles krevního tlaku, kdy může dojít k narušenému zásobování okysličené krve pro dítě.

CELKOVÁ ANESTEZIE

Dle Doležala (2007) se celková anestezie u sectio caesarea vyskytuje méně často než regionální, používá se zejména v případech akutního výkonu.

Autor (2007) dále uvádí, že indikací k celkové anestezii je zejména kontraindikace místní anestezie, pokud se jedná o akutní sectio caesarea, přání těhotné ženy, nebo pokud se nejedná pouze o sectio caesarea ale o rozšířený chirurgický zákrok.

Pařízek (2012) popisuje kontraindikace, mezi které patří dýchací onemocnění těhotné ženy, např. astma, nesnadná intubace nebo maligní hypertermie.

K výhodám celkové anestezie patří dle Honzíka a Pařízka (2015) rychlý nástup účinku, neobjevuje se zde riziko, že dojde k poklesu krevního tlaku, operační tým má lepší kontrolu dýchání pacientky během výkonu. Naopak nevýhodou bývá větší riziko aspirace obsahu ze žaludku. Dítě může být utlumeno léky, které se podávají nitrožilně těhotné ženě, a protože není při vědomí, není možné dítě ihned po porodu přiložit k prsu ani „bondovat“.

VLIV ANESTEZIE NA ŠESTINEDĚLÍ

Pařízek (2012) uvádí, že během šestinedělí se navrácí celkový stav ženy do období před otěhotněním. Mohou nastat poporodní komplikace, vyskytují se změny jednotlivých tělních systémů a začíná laktace. Je důležitý výběr anestetik, z důvodu možného uvolňování látek do mateřského mléka, aby došlo k co nejmenšímu ovlivnění novorozence. Komplikace, které mohou nastat vlivem anestezie, jsou postpunkční cefalea, bolest zad či dolních končetin nebo neurologické obtíže způsobené polohou při porodu.

1.6 OČEKÁVÁNÍ TĚHOTNÝCH ŽEN A NEMOCNIČNÍ REALITA

Procházková (2013) ve své práci zjišťovala, zda vize těhotných žen o průběhu anestezie při plánovaném sectio caesarea odpovídá realitě. Také autorka zkoumala zdroje, z nichž dané vize čerpají a jaké faktory nejsou dostatečně vysvětleny a objasněny. Z jejich závěrů pak vyplynulo, že představy těhotných žen jsou shodné s realitou. Dalším zjištěním byl fakt, že nejvíce preferovanou je regionální anestezie, a to nejen ve světě, ale i v České republice. Mezi hlavní informační zdroje těhotných žen patří internet, knihy, časopisy a jiné těhotné ženy. I přes jejich nejednotnost v názorech na výběr anestezie, získaly ženy správné informace a mohly se tak snadněji vybrat pro ně nejvýhodnější typ. Z práce Procházkové vyplynulo pozitivní zjištění, že informace, které se těhotným ženám sdělují během anesteziologického konzilia, jsou ve většině případů dobře formulované, tudíž pro ženy dobře pochopitelné a dostačující.

1.7 PROVEDENÍ SECTIO CAESAREA

Bubeníková, Pilka, Procházka a kol. (2016) popisují, že při vykonávání sectio caesarea jsou na sále přítomni: gynekologové a v některých případech i porodní asistentka, lékař a sestra z anesteziologického oddělení, instrumentárka, pediatr a všeobecná sestra, kteří si plod po vybavení přebírají a ošetřují. Po prvním ošetření, v případě, že má těhotná žena místní anestezii, se může krátce bondovat a přiložit k prsu, což zmírňuje bolest maminky. Poté miminko odjíždí v inkubátoru na novorozenecké oddělení, aby lékaři mohli dokončit operační výkon. Pokud je přítomen otec novorozence, může se veškerého ošetření, které se bude u dítěte provádět, účastnit.

Výše zmínění autoři (2016) také uvádí polohu a popis jednotlivých etap výkonu. Těhotná žena leží ve většině případů na zádech. Prvním korkem je kožní řez, poté dojde k rozvolnění podkožní tkáně, následně k fascii přímého svalu břišního – musculus rectus abdominis, otevření peritonea. Dalším krokem je řez na děloze, samotný porod plodu, porod placenty. Nakonec dojde k sešití dělohy a uzávěru břišní stěny.

1.7.1 KOŽNÍ ŘEZ

Dle Bubeníkové, Pilky, Procházky a kol. (2016) se nejčastěji používá **Pfannenstielův řez** neboli nízká transversální incize. Je veden příčně cca 3 cm nad symfýzou. Zábranský (1997) považuje za výhodu, že nedochází ke kosmetickému poškození, neobjevují se hernie po operaci, nastává rychlé hojení jizvy, lepší pooperační proces a méně se vyskytující infekce.

Bubeníková, Pilka, Procházka a kol. (2016) tvrdí, že lze také provést i **dolní střední laparotomii**, v případě, že se jedná o velmi obézní těhotnou ženu, nebo pokud žena v minulosti podstoupila dolní střední laparotomii. Zábranský (1997) popisuje, že se jedná o řez, který je realizován v oblasti linea alba. Za výhodu považuje rychlý průběh, vznik velkého prostoru. Tento řez se může používat i v případě, kdy je riziko ohrožení plodu i těhotné ženy a je nutné velmi rychle provést sectio caesarea.

Bubeníková, Pilka, Procházka a kol. (2016) popisují, že následně po řezu dojde k rozvolnění podkožní tkáně, protne se fascie přímého břišního svalu, operatér poté oddělí přímé svaly až k peritoneu, které rozvine co nejvýše, aby nedošlo k poškození močového měchýře.

1.7.2 DĚLOŽNÍ ŘEZ

Ve většině případů se využívá **Geppertův řez**, kdy se jedná o krátký příčný poloměsíčitý řez v dolním segmentu. Poté je děloha rozšířena do stran, většinou prsty operátéra. Pokud se jedná o plod, který není dostatečně zralý, používá se tzv. „U **incize**“, protože pokud by se provedla příčná incize, nebylo by možné plod vybavit (Bubeníková, Pilka, Procházka a kol., 2016). Výhodou „U řezu“ je dle Doležala (2007) dostatek místa pro vybavení plodu a téměř nedochází k roztržení dělohy.

Bubeníková, Pilka, Procházka a kol. (2016) uvádí, že klasická incize se využívá zřídka, je vedena podélně přes dělohu. Tento typ řezu je nevýhodný i z důvodu možné ruptury jizvy v další graviditě. Využívá se především u předčasného porodu, vcestné placenty, nebo pokud jsou přítomny v dolním segmentu dělohy myomy.

Dle Roztočila (2008) je dalším typem řezu **sectio caesarea radicalis**, kdy se po vybavení plodu odstraňuje děloha. Provádí se hysterektomie nebo pouze supravaginální amputace těla děložního. Indikací je nejčastěji karcinom děložního čípku.

1.7.3 VYBAVENÍ PLODU

Bubeníková, Pilka, Procházka a kol. (2016) uvádí, že k vybavení dítěte využívá operatér své dlaně, kdy nadzvedává hlavičku a směřuje ji směrem do otevřeného prostoru dělohy. Výbava plodu může být komplikovaná, zejména pokud je záhlaví dítěte vystouplé hluboko do pánve. Pokud nejde plod vybavit dlaní porodníka, využívá se vakuumentraktor nebo forceps. Tyto pomůcky se využívají v případech, kdy je hlavička dítěte vysoko nad vchodem pánve. Při užití jakýchkoliv pomůcek se dbá především na bezpečnost dítěte, aby nedošlo k jeho poškození. Větší pozornost se věnuje plodu, pokud je nezralý.

Doležal (2007) hovoří o tom, že i přesto, že porod vede zkušený operatér, může dojít ke komplikacím při vybavování plodu. K nejčastějším se řadí:

- **Malý řez** – Operatér provede malý kožní i děložní řez a dojde k obtížnému vybavování plodu dlaní gynekologa. Může dojít k poškození dítěte i těhotné ženy. Pokud k dané situaci dojde, operatér se většinou rozhodne pro vybavení plodu pomocí porodnických kleští nebo vakuumextraktoru.
- **Záhlaví se nachází vysoko nad vchodem** – Může dojít k roztržení dělohy do stran a poškození plodu. Gynekolog by se měl před začátkem sectio caesarea informovat o vztahu záhlaví k pánevnímu vchodu a dle toho zvážit techniku řezu.
- **Šikmá či příčná poloha.**

1.7.4 VYBAVENÍ PLACENTY

Leifer (2004) uvádí, že po vybavení plodu a jeho předání všeobecné sestře a lékaři, porodník vybavuje placentu, kontroluje její celistvost a odstraňuje z děložní dutiny krevní sraženiny a další zbytky tkání. Poté se provede sutura dělohy a kůže.

1.8 PRVNÍ OŠETŘENÍ NOVOROZENCE PO PORODU

Borek a Fendrychová (2012) popisují velmi obsáhle první ošetření novorozence, na které musí být všeobecná sestra velmi dobře připravena. Nachystá si veškeré potřebné pomůcky – jednorázovou plenu na osušení, svorku + gumičku na pupečník, identifikační náramek, sterilní čtverec na překrytí pupečníku. Zkontroluje, zda jsou veškeré přístroje, které by mohla využívat, funkční – např. ambuvak, odsávačka, kyslíkový přístroj.

První ošetření novorozence by mělo proběhnout na vyhřevném lůžku, důvodem dle Borka a Fendrychové (2012) je, aby se zabránilo úniku tepla. Nejprve dítě osušíme předem zahřátou plenou, kterou poté vyměníme za suchou a čistou.

Daní autoři (2012) dále uvádí, že po vybavení plodu operatér přestřihne pupečník a zapeauje. Poté předá dítě všeobecné sestře, která jej přenesne na vyhřevné lůžko, kde provede veškeré úkony. Všeobecná sestra pupečník zasvorkuje a podváže

sterilní gumou. Teprve poté může pean oddělat. Prvních 24 hodin se pupečník kryje sterilním čtvercem, poté se nechává volně schnout. Bráníme znečištění smolkou či močí a plenky se ohýbají, aby pupečník nekryly. Samovolně odpadne během 10-14 dnů. Všeobecná sestra jej pravidelně kontroluje, a pokud je to nutné, provede dezinfekci. Po ošetření pupečníku sestra dítě překryje suchými a čistými plenami a jde miminko přiložit na tělo ženy – bondovat. Tato fáze je velmi důležitá, dochází k oboustrannému navázání vazeb. Žena často zapomene na bolest, dítě slyší tlukot jejího srdce a zklidní se. Další výhodou bondingu je lepší tvorba mléka, protože po sectio caesarea je rozvoj laktace pomalejší oproti vaginálnímu porodu. Pokud je těhotná žena v celkové anestezii, bonding není možný, dítě se přikládá ženě až po odeznění anestezie a úpravě jejího stavu.

Borek a Fendrychová (2012) uvádějí, že po procedurách na operačním sále všeobecná sestra bere novorozence a v inkubátoru odjíždí na novorozenecké oddělení, kde dokončí ošetření, které na sále nebylo možné vykonat. Pokud je otec dítěte přítomen, jde spolu se sestrou, protože je možné, aby se dalšího ošetření účastnil. Po návratu z porodního sálu se dítě zváží, změří se jeho délka, tělesná teplota i obvod hlavy. Dá se dítěti identifikační náramek, který obsahuje – jméno, příjmení, číslo dítěte a datum narození. Pokud je otec přítomen, může si dítě sám označit, barvou na novorozence napíše na hrud' dítěte číslo novorozence a na levé stehno příjmení.

Zmínění autoři také (2012) uvádí, že se jako prevence krvácivé poruchy dítěti aplikuje 1mg Kanavitu (vitamín K) intramuskulárně. Výhodou i. m. podání je, že se nemusí již opakovat, u podání per os se dávkování opakuje jednou týdně 10-12 týdnů. Dalším úkonem je podání Ophtalmo-Septonexu do spojivkových vaků. Vykapání se provádí 2krát, ihned po porodu a poté po koupání – tedy za 2 hodiny po porodu. Spojivkové vaky se vykapávají jako prevence konjunktivitidy. Odsávání dítěte se provádí jen v nezbytně nutných případech, kdy je velmi zahleněné. Nejprve se odsává dutina ústní, poté dutina nosní a nosohltan. Pokud to není nutné, doporučuje se neodsávat, protože se mohou rozvinout komplikace – např. podráždění vagu, bradykardie, bolest, poškození sliznice dutiny ústní i nosní a může se objevit i zvracení.

1.9 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O ŽENU PO SECTIO CAESAREA

Kadlecová (2010) popisuje péči o ženu od momentu, kdy se vrací ze sálu. Všeobecná sestra kontroluje celkový stav ženy. Dle druhu anestezie ženu poučí o pohybovém režimu. Žena po neuroaxiální anestezii musí ležet 24 hodin na zádech. U žen po sectio caesarea se sleduje zvracení, bolesti hlavy, fyziologické funkce, hodnotí se bolest. Podávají se infuzní roztoky, antibiotika, opiáty a antikoagulantia dle ordinace lékaře. Sestra musí sledovat, zda žena nekrvácí, zavinování dělohy a samotnou operační ránu. Důležité je i sledovat, zda permanentní močový katétr odvádí moč, její množství, zbarvení a zápach. Sleduje se bilance tekutin. Pokud je žena schopna, je vhodné ji umožnit kontakt s novorozencem.

Leifer (2004) upozorňuje, že vyšetřování výšky fundu po sectio caesarea se musí provádět co nejjemněji, žena pokrčí nohy v kolenu a pomalu a hluboce dýchá, což jí pomůže zmírnit bolest při vyšetření.

Dle Kadlecové (2010) se druhý den ráno po sectio caesarea provede ženě odběr krve na vyšetření krevního obrazu. Během dopoledních hodin se odstraní permanentní močový katétr a sleduje se, zda se rodička do šesti hodin od vytažení vymočí. Pokud ne, musela by se vycévkovat. Žena by měla druhý den vstávat. Všeobecná sestra jí bude nápomocna a edukuje ji, jak z postele vstávat, aby ji rána bolela co nejméně. Důležité je, aby žena provedla ranní hygienu a sestra ji informovala, jak vykonat hygienu operační rány. Druhý den se také sleduje odchod plynů a stolice, zda žena přijímá dostatečné množství tekutin, jestli nemá problémy s močením. Sestra pozorováním a dotazováním kontroluje se i nástup laktace.

Kadlecová (2010) uvádí, že pokud je vše v pořádku, pátý až šestý pooperační den je žena společně s dítětem propuštěna domů. V daný den musí ještě rodička absolvovat vyšetření na ultrazvuku, lékař ženu edukuje o péči o operační ránu. Důležitým faktorem při propuštění z nemocniční starostlivosti je i zdravotní stav dítěte.

1.10 KOJENÍ PO SECTIO CAESAREA

Kojení po sectio caesarea je někdy o něco obtížnější než po vaginálním porodu. U těhotné ženy nedochází k vyplavení hormonu oxytocinu, který napomáhá rozvoji laktace. Vzhledem k pooperačnímu stavu ženy nebývá dítě přiloženo ihned po porodu. Aby bylo dítě i po sectio caesarea plně kojeno je důležité umožnit kontakt kůži na kůži mezi ženou a dítětem, nechat dítě, aby se pokusilo o „samopřísátí“. Je vhodné, aby matka a dítě trávili co nejvíce času společně, nejlépe v jednom pokoji. Zdravotnický personál by měl ženu edukovat o vhodných polohách při kojení, aby se cítila dobře žena i dítě (www.modrykonik.cz, 2017).

1.11 REHABILITACE PO SECTIO CAESAREA

Roztočil a Roztočilová (2008) ve svém článku uvádí, že se péče a následná rehabilitace ženy po porodu liší tím, zda prodělala sectio caesarea nebo vaginální porod. Těhotná žena, která podstoupila sectio caesarea má větší bolesti, stráví v nemocnici více dní a může být více unavená. Vzhledem k jejímu stavu je možné, že bude potřebovat větší pomoc při péči o novorozence. Rehabilitace po sectio caesarea zahrnuje dechová cvičení, zajištění pohodlí, relaxování.

Dle Roztočila a Roztočilové (2008) je v prvních hodinách po operačním porodu vhodné, pokud žena přijímá dostatek tekutin slámkou, nebo je jí někdo nápomocen při zvedání hlavy, aby se mohla pohodlně napít. Autoři rovněž zmiňují fakt, že první dva pooperační dny by se měla žena šetřit, neměla by dělat prudké pohyby, aby nedošlo k velkému napětí břišní stěny a ke vzniku bolesti. Je vhodné, pokud si žena zónu laparotomie při vstávání drží rukama. Pro rychlé obnovení psychického i fyzického stavu se matce doporučuje, aby co nejdříve obnovila svoji fyzickou aktivitu. Včasně zahájení fyzických aktivit má kladný účinek na zmírnění bolesti, lepší motilitu střev a vyprazdňování močového měchýře. Dochází i k rychlejšímu pooperačnímu hojení. Žena by po sectio caesarea měla do 24 hodin vstát z postele a mít dostatečný pohyb. V případě, kdy byla použita celková anestezie, která redukuje motilitu střev, může dojít k jejich plynatosti. Vhodnou rehabilitací pro odstranění plynatosti je poloha na levém boku s kolenem v abdukci a masáž břišní stěny.

Dle Honzíka a Pařízka (2015) je důležitá prevence tromboembolické nemoci. Za nejvhodnější rehabilitaci se považuje stav, když žena leží na zádech, kdy se střídavě propínají a přitahují špičky na nohou. Dalším cvikem na zádech je položení rukou na jizvu a nadechování, dochází tím k rychlejšímu hojení pooperační rány.

Roztočil a Roztočilová (2008) uvádí, že vhodná je i dechová rehabilitace, pro kterou je cílem obnovit dostatečnou aktivitu plic, eliminovat sekreci z bronchů a zajistit vhodnou ventilaci. Mezi základní dechová cvičení patří brániční dýchání, pohyby horních, středních i dolních žeber a vyfukování, které nahrazuje vykašlávání. U ženy po sectio caesarea může docházet také k netradičním emocionálním projevům. Žena je více emočně labilní, náhodně a nekontrolovatelně pociťuje smutek, strach, lítost nebo úplné selhání. Úkolem fyzioterapeuta je, aby naučil ženu relaxovat a tím vyvolat situaci, kdy dojde ke zmírnění negativních pocitů a navození fyzické i psychické pohody.

1.12 ZOTAVENÍ V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ

Majerová (2010) uvádí, že ženy v porodnici mají pohodlí, všeobecné sestry jim pomáhají s péčí o novorozence. V domácím prostředí už se ženy musí postarat o dítě samy. Není rovněž možné, aby všechny situace každodenního života zvládaly okamžitě po návratu z nemocnice. Například, řídit auto nemohou dva týdny, cvičit šest týdnů a úplné zotavení nastane až po dvanácti týdnech. Autorka dále upozorňuje, že by se měly ženy vyvarovat zvedání těžkých břemen, aby nedošlo k namáhání podbřišku a jizvy. Měly by kontrolovat svůj zdravotní stav, zejména tělesnou teplotu a bolest podbřišku. Ženy, které byly během gravidity fyzicky aktivní, mají rychlejší průběh regenerace.

1.13 POROVNÁNÍ SECTIO CAESAREA A VAGINÁLNÍHO PORODU

Doležal (2007) porovnává rozdíl mezi vaginálním porodem a sectio caesarea. Každý má své výhody, nevýhody, zastánce a odpůrce. Mnoho žen si myslí, že sectio caesarea je zcela bez komplikací a bez bolesti na rozdíl od vaginálního porodu. Ne vždy tomu tak je, u sectio caesarea může dojít k poškození dělohy, močového

měchýře či k samotnému poškození plodu nebo může vzniknout tromboembolická nemoc. Žena má větší porodní bolesti a potřebuje více času, než je schopna se zcela sama starat o novorozence.

Doležal (2007) také tvrdí, že u vaginálního porodu se mohou také objevit komplikace, jako je ruptura konečníku, může dojít k velké krevní ztrátě, ženy mohou později trpět inkontinencí moče i stolice a může dojít k přenosu infekčního onemocnění z těhotné ženy na dítě.

Honzík a Pařízek (2015) uvádí, že výhodou u plánovaného sectio caesarea, na rozdíl od vaginálního porodu, může být vlastní stanovení data porodu. Těhotná žena přesně ví, kdy se dostaví do porodnice a je schopna si vše potřebné zařídit a připravit. I když je vše pečlivě naplánováno, i přesto mohou nastat nepředvídané situace, může dojít k dřívějšímu nástupu porodu a najednou se z plánovaného sectio caesarea stává akutní, který přináší s sebou i více komplikací a rizik.

Vysloužil (2011) popisuje výhodu vaginálního porodu, kterou je to, že se jedná o přírodní a fyziologický děj, není viditelná jizva na bříše, má kladný vliv na imunitní systém dítěte a dozrání plicní tkáně.

1.14 SECTIO CAESAREA NA PŘÁNÍ

Dle Křepelky (2008) je sectio caesarea častěji indikován na základě zkušeností a méně vědecky. Hlavním cílem indikace je snížení komplikací, které mohou nastat u vaginálního porodu. Autor uvádí, že je na lékaři, aby těhotné ženě vysvětlil veškeré potřebné informace a měl by se pokusit plně pochopit její motivaci a postoj pro výběr sectio caesarea. Rozhodnutí, zda se těhotné ženě vyhoví a provede se sectio caesarea na přání či nikoliv, je pouze na lékaři.

1.15 PSYCHOLOGICKÁ HLEDISKA SECTIO CAESAREA

Už samotný porod je situací, která u žen vyvolává rozporuplné pocity. Ty se mohou ještě znásobit v případě, kdy se jedná o porod sectio caesarea, což je v podstatě regulérní operační zákrok. Čepický a Čepická-Líbalová (2008) popisují

výskyt úzkosti u ženy, která má podstoupit plánovaný sectio caesarea. Ke zmírnění těchto nepříjemných stavů může napomoci například přítomnost partnera u porodu a kvalitní edukací těhotné ženy. Vyšší výskyt psychosomatických problémů nastává dle autorů právě po prodělaném sectio caesarea. Často se objevují poruchy spánku. Ženy mívají pocit neschopnosti postarat se o novorozence, na povrch může proniknout i negativní vzpomínka na sectio caesarea, a z toho důvodu se následně vyhýbají dalšímu otěhotnění.

Pro předcházení psychologickým komplikacím, Čepický a Čepická-Líbalová (2008) uvádí důležitost komunikace mezi těhotnou ženou a zdravotnickým personálem, který je kvalifikován těhotnou ženu edukovat, aby se na sectio caesarea důkladně připravila a doporučuje se tedy, pokud je to možné, aby si žena sama zvolila pro ni nepřijatelnější variantu anestezie.

1.15.1 PSYCHOLOGICKÁ HLEDISKA PŘI POROVNÁNÍ PLÁNOVANÉHO A AKUTNÍHO SECTIO CAESAREA

Takács, Sobotková a Šulová (2015) porovnávají akutní a plánovaný sectio caesarea a tvrdí, že v případě předem naplánovaného zákroku, jsou ženy v dobrém psychickém stavu, jsou s ním smířené a ve většině situací jsou s plánovaným sectio caesarea, jako typem porodu, spokojené. Pokud se ale jedná o akutní sectio caesarea, s kterým těhotná žena předem nepočítala, může se u ní objevit psychická deprivace z důvodů neopodstatněných pocitů, že jako žena selhala. Nejhuře sectio caesarea prožívají ženy, které jsou úzkostné, a které měly velké obavy a strach z porodu již v těhotenství.

Výše uvedení autoři (2015) ve své publikaci popisují i dopad akutního sectio caesarea na těhotnou ženu i její rodinu. U rodičky se velmi často po akutním zákroku vyskytuje posttraumatický symptom. Hlavním faktorem jeho výskytu je celkové prožívání ženy těhotenství, samotný porod i čas po porodu. Nejčastějšími ukazateli rozvinutí posttraumatického symptomu je pocit ztráty kontroly, strach o zdraví i život svůj i dítěte, velká bolest, která je neefektivně tišena a nedostatečná informovanost a podpora od zdravotnického personálu. Nižší výskyt posttraumatických symptomů u plánovaného sectio caesarea souvisí se situací, že těhotné ženy mají více času na přípravu, jsou lépe informované a vše probíhá méně hekticky jako v případě zákroku akutního.

1.16 POČET PROVÁDĚNÝCH SECTIO CAESAREA

Komár (2011) ve svém článku zmiňuje, že v současné době dochází v České republice k velkému nárůstu těhotenství, která jsou ukončena sectio caesarea. Důvody, pro které dochází k operačnímu porodu, jsou nejčastěji psychologické, sociální a medicínské. Počet sectio caesarea je velmi diskutovaným tématem mezi odborníky i laiky. Světová zdravotnická organizace udává hranici počtu sectio caesarea 15 % na 100 % porodů. Pokud se objeví větší počet, nedochází k výhodám ze strany zdokonalení neonatální a mateřské mortality i morbidity. Ideální situace by nastala, kdyby se zaměnil počet akutních zákroků za plánované sectio caesarea, kdy je výskyt komplikací nižší, nebo nejsou tak závažné.

Komár (2011) uvádí, že z důvodu tlaku společnosti, aby se dosahovalo co nejlepších perinatologických výsledků a z důvodu úbytku porodníků, kteří budou znalí ve vedení rizikového či patologického těhotenství vaginální cestou, dojde opět k dalšímu nárůstu sectio caesarea.

1.17 PŘÍDATNÉ OPERACE U SECTIO CAESAREA

Dle Doležala (2007) existuje několik typů operací, které se mohou spojit se sectio caesarea. Jedná se například o myomauterii, sterilizaci a abdominální hysterektomii. Je výhodné, pokud s tím těhotná žena souhlasí, že se výkony spojí v jeden.

MYOMA UTERI

Dle Doležala (2007) se myomy nejčastěji vyskytují u žen ve fertilním věku, tudíž se mohou objevit i v těhotenství. U myomatózy je důležité vědět, kolik myomů je, jejich velikost a lokalitu umístění, jaký mají vztah k placentě a zda způsobují degenerativní změny, které se projevují bolestí v podbříšku.

Pokud se provede sectio caesarea a myomektomie, Doležal (2007) uvádí větší krevní ztráty, ale jiné komplikace se nevyskytují a je velmi výhodné oba výkony spojit v jeden.

STERILIZACE

Dle Doležala (2007) se sterilizace provádí zejména po opakované sekci. Počet sekcí, které žena podstoupí, by neměly být více jako tři. S dalšími stoupá riziko komplikací pro těhotnou ženu. K provedení plánované sterilizace je potřeba komisi schválená žádost ženy a podepsaný informovaný souhlas. Výkon není nijak náročný, ale komplikace se mohou vyskytnout.

Doležal (2007) dále vysvětluje, že pokud žena výkon odmítne, musí ji lékař informovat o komplikacích, které by mohly ohrozit její život. Odmítnutí je nutné nechat písemně potvrdit za přítomnosti svědka.

ABDOMINÁLNÍ HYSTEREKTOMIE

Doležal (2007) popisuje, že se abdominální hysterektomie po sectio caesarea dělá u malignit. K hysterektomii dochází zejména u nezastavitelného krvácení, poranění dělohy či roztrhnutí dělohy u sectio caesarea, kdy nelze uplatnit konzervativní operační postup.

2 EDUKACE

Slovo edukace má původ v latinském slově *educare* nebo *educare*, což v českém překladu znamená vést vpřed nebo vychovávat. Juřeníková (2010, s. 9) definuje edukaci jako „*proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech*“.

Dle Juřeníkové (2010) ze slova edukace vyplývá, že se jedná o výchovu a vzdělávání člověka. Obě tato slova spolu úzce souvisí, a proto je nelze za žádných okolností od sebe oddělit. Výchova u člověka podporuje rozvoj jeho postojů, potřeb zájmů a chování. Vzdělávání je postup, který u jednotlivců rozvíjí jejich dovednosti, vědomosti, návyky a vlohy. Edukační proces je jednání lidí, kdy dochází k učení. Součástí edukačního procesu je: edukant, edukátor, edukační konstrukty a edukační prostředí. Edukantem je jakákoliv osobnost, edukátorem je aktivní účastník, který edukaci provádí. Jako edukační konstrukty jsou vymezeny určité plány či materiály, které mají vliv na samotný edukační proces. Edukační prostředí je působiště, kde se edukace odehrává.

2.1 EDUKACE JAKO SOUČÁST OŠETŘOVATELSTVÍ

Juřeníková (2010) uvádí, že hlavním cílem edukace v ošetrovatelství je vyvarovat se nemoci, udržení či obnovení zdraví a vést jedince k tomu, aby se podílel na zkvalitnění svého života. Edukace je součástí i primární, sekundární a terciární prevence. Primární prevence se soustředí na zdravé jedince, kdy se snaží předcházet nemoci a podporovat jejich zdraví. Sekundární prevence se soustředí na nemocné osoby, snaží se zlepšit vědomosti pacientů, aby došlo k obnovení zdraví a nedošlo k rozvoji komplikací vlivem daného onemocnění. A terciární prevence je zaměřená na jedince s trvalými změnami svého zdravotního stavu, kdy se snaží zlepšit kvalitu života a předcházet dalším komplikacím.

Dle Sedlářové (2008) je na edukační proces i samotnou edukaci přikládán neustále větší důraz, protože je významnou součástí kvalifikované péče, která velice napomáhá naplňovat preventivní cíle moderního ošetrovatelství.

Svěráková (2008) uvádí, že hlavním významem edukačního procesu je uspořádané vedení jedince k získání určitých dovedností a schopností. Správná

a efektivní edukace provedená všeobecnou sestrou nespočívá pouze v podání určitých informací. Úkolem zdravotnického personálu, speciálně všeobecné sestry, je zejména sestavení vhodného edukačního programu ve spolupráci s jedincem, tak aby mu vytvořený edukační program byl nápomocen k osvojení si důležitých informací a dovedností. Aktivní účast člověka na přípravě edukačního programu je známkou dobré spolupráce edukanta i edukátora, což je považováno za nezbytné.

Dále dle Svěrákové (2008) v holistickém konceptu léčebného a ošetrovatelského procesu je nezbytné využívat znalosti dalších vědeckých disciplín, kterými jsou zejména psychologie, sociologie, etika a pedagogika. Za důležité se považují i vědomosti z oblasti komunikace.

Juřeníková (2010) uvádí, že komunikace neboli dorozumívání se, je nezbytnou složkou edukace. Mezi úrovní komunikace a efektivitou edukačního procesu je těsný vztah, z čehož vyplývá, že všichni členové edukace musí mít dobré komunikační znalosti i dovednosti. Komunikace se dělí na verbální, což je komunikace slovní a pomocí symbolů. Nonverbální je komunikace beze slov. Verbální sdělování je spojeno s myšlenkovými procesy člověka a jeho emocemi. Při vzájemné komunikaci se klade důraz na to, aby komunikace byla jednoduchá, přesná, dobře načasovaná a aby byla uzpůsobena dovednostem a znalostem daného člověka. Edukátor by měl hovořit jednoduše, spisovně, gramaticky správně, vyvarovat se odborných výrazů a neodbíhat od tématu.

Dle Juřeníkové (2010) plní komunikace v edukačním procesu následující funkce:

- zajišťuje výměnu informací, zkušeností, motivů, emocí a postojů,
- zajišťuje kontakt mezi jedinci, kteří se účastní edukace,
- má vliv na účastníky edukačního procesu,
- je nástrojem pro uskutečnění edukace.

Autorka dále popisuje, že rozsah, styl a složení komunikace v edukačním procesu jsou ovlivněny počtem účastníků na edukačním procesu, metodou a formou edukace. Hlavní neboli řídicí funkci v komunikaci edukačního procesu má edukátor, který ovládá činnost edukanta v harmonii se stanovenými cíli.

PRAKTICKÁ ČÁST

3 EDUKAČNÍ PROCES

Součástí praktické části bakalářské práce je i popis kazuistiky. Vzhledem k nařízení pro ochranu osobních informací nebude jméno vybrané pacientky zveřejněno.

KAZUISTIKA

Dne 8. 2. 2017 v 9:00 byla na oddělení šestinedělí v nemocnici ve Šternberku plánovaně přijatá 28letá těhotná žena k sectio caesarea, který se bude vykonávat následující den. Těhotná žena přišla v doprovodu svého manžela. Těhotná žena má gestační diabetes, porod sectio caesarea byl naplánován z důvodu polohy plodu koncem pánevním.

Těhotná žena přichází na oddělení plně při vědomí. Fyziologické funkce při příjmu jsou v normě: TK 125/90 mmHg, P 70/min, D 18/min, TT 36,8 °C, dieta č. 9. Vylučování moče i stolice bez problémů. Spánek narušený z důvodu nervozity a strachu z porodu.

1. FÁZE – POSOUZENÍ

Jméno: X. X.

Pohlaví: žena

Věk: 28 let

Bydliště: Šternberk

Rasa: europoidní

Etnikum: slovanské (české)

Vzdělání: ošetřovatelka

ANAMNÉZA

Nynější onemocnění: gestační diabetes

Osobní anamnéza: běžné dětské nemoci

Alergická anamnéza: neudává žádné alergie

Abúzy: neguje

Farmakologická anamnéza: Magnosolv

Základní údaje

Tělesný stav	Nárůst hmotnosti z důvodu těhotenství, otoky DK
Mentální úroveň	Dobrá, plně orientována
Komunikace	Bez omezení
Zrak, sluch	Porucha zraku, nosí dioptrické brýle. Sluch bez omezení
Řečový projev	Srozumitelný, bez omezení
Paměť	Krátkodobá i dlouhodobá paměť bez porušení
Motivace	Dobrá, jeví zájem o nabytí nových informací
Pozornost	Dobrá, bez omezení, vyjadřuje zájem
Typové vlastnosti	Sangvinik
Vnímavost	Bez poruch
Pohotovost	Reakce jsou rychlé, bez omezení
Nálada	I přesto, že těhotná žena vyjadřuje obavy z porodu, má náladu pozitivní
Sebevědomí	Přiměřené
Charakter	Upřímná, trpělivá, milá
Poruchy myšlení	Myšlení bez porušení
Chování	Přívětivé, společenské
Učení	Typ – racionální Styl – logické, auditivní, vizuální Postoj – jeví zájem o nové informace Bariéry – žádné

POSOUZENÍ FYZICKÉHO STAVU, ZDRAVOTNÍCH PROBLÉMŮ A EDUKAČNÍCH POTŘEB

Model fungujícího zdraví Marjory Gordonové

Posouzení ze dne 8. 2. 2017

1. Podpora zdraví

Těhotná žena má strach a obavy ze sectio caesarea. Vždy pravidelně navštěvovala svého gynekologa a o své zdraví pečuje. Během těhotenství měla gestační diabetes, dodržovala dietu, měla dostatek pohybu a pravidelně si kontrolovala hladinu glykémie v krvi. Těhotná žena nebyla nikdy vážně nemocná. Nyní přichází k hospitalizaci na oddělení šestinedělí z důvodu plánovaného sectio caesarea.

Edukační problém: nedostatečné informace o sectio caesarea.

2. Výživa

Těhotná žena měří 165 cm a před otěhotněním vážila 58 kg, nyní ve 39. týdnu těhotenství má váhu 70 kg. BMI na konci těhotenství je 25,71, což je nadváha a před otěhotněním bylo 21,3, což jsou optimální hodnoty. Těhotná žena během těhotenství dodržovala dietu z důvodu gestačního diabetu. Jí pravidelně 6 jídel denně, pije neperlivé neochucené minerální vody, vypije cca 2,5l denně. Do svého jídelníčku pravidelně zařazuje ovoce, zeleninu a dostatek vlákniny. Alkohol před otěhotněním konzumovala příležitostně. V nemocnici má dietu č. 9 – diabetickou z důvodu gestačního diabetu.

3. Vylučování a výměna

Těhotná žena neuvádí žádné problémy s vylučováním moče ani stolice. Vylučování stolice je pravidelné 1krát denně. Je plně kontinentní. Poslední stolice byla 7. 2. 2017 večer. Onemocnění urogenitálního systému neudává. Před sectio caesarea jí bude zaveden permanentní močový katétr.

4. Aktivita, odpočinek

Těhotná žena je ve svém životě aktivní. Pravidelně chodí na procházky se psem, jezdí na kole a jednou měsíčně chodí s kamarádkami plavat. Spí 8 hodin denně. Před otěhotněním neměla problém se spánkem. Nyní udává časté buzení během noci.

5. Percepce, kognice

Těhotná žena nemá problém s vnímáním, je plně při vědomí a orientovaná. Používá dioptrické brýle na dálku, trpí dalekozrakostí. Se sluchem problémy nemá. Těhotná žena nemá veškeré a dostatečné informace o sectio caesarea, který má podstoupit následující den.

6. Sebepercepce

Těhotná žena se hodnotí jako sangvinik. Je přátelská, ráda se pohybuje v kolektivu svých přátel. Je klidná, laskavá, optimistická, umí dávat najevo své emoce.

7. Vztahy mezi rolemi

Těhotná žena žije se svým manželem v rodinném domě ve Šternberku. V rodině panují vřelé vztahy, manžel i jeho rodiče a rodiče těhotné ženy jsou jí oporou. Žena je velmi společenská, přátele si hledá dobře.

8. Sexualita

Těhotná žena neudává žádné podstatné informace.

9. Zvládání, tolerance zátěže

Se stresovými situacemi se těhotná žena vyrovnává špatně, proto je potřeba ji řádně edukovat. Někdy jedná impulzivně. Rodina ji napomáhá stresové situace vyřešit. Nyní má obavy ze sectio caesarea, jak zvládne pooperační období.

Edukační problém: nedostatečné znalosti o pooperační péči po sectio caesarea.

10. Životní principy

Pro těhotnou ženu je důležité mít spokojenou a fungující rodinu. Důležitou hodnotou je pro ni zdraví, láska a přátelství. Už se těší, až bude z nemocnice doma a bude veškerý čas trávit se svým potomkem, manželem a rodiči.

11. Bezpečnost, ochrana

Těhotná žena se cítí nejlépe ve svém domácím prostředí. Má obavy, aby nedošlo k pooperačním komplikacím po sectio caesarea, aby se mohla co nejdříve starat o své dítě.

Edukační problém: nedostatečné informace o pooperačních komplikacích po sectio caesarea.

12. Komfort

Těhotné ženě se hůře pohybuje z důvodu těhotenství a oteklých nohou. Pociťuje úzkost, že bude trávit v nemocnici čas bez svého manžela.

13. Růst, vývoj

Růst i vývoj je u těhotné ženy fyziologický.

RODINNÁ ANAMNÉZA

Těhotná žena žije s manželem v rodinném domě. Má dvě sestry, mají spolu hezký vztah. Se svými rodiči i rodiči od manžela se vzájemně navštěvují a jsou mezi nimi vřelé vztahy. Těhotná žena má vystudovanou střední odbornou školu s maturitou. Před otěhotněním pracovala jako ošetřovatelka v nemocnici ve Šternberku. Manžel je zdravý. Rodiče těhotné ženy trpí hypertenzí a otec má diabetes mellitus II. typu.

Zdroje pomoci a podpory rodiny, sociálně – ekonomický stav

Manžel těhotné ženy pracuje jako policista, těhotná žena je nyní nezaměstnaná. Rodina je finančně zajištěná a má dobré sociální zázemí.

Životní styl, kultura, náboženství, hodnoty, postoje

Těhotná žena jí pravidelně vzhledem ke gestačnímu diabetu, ke zdravému životnímu stylu vede i svého manžela a otce vzhledem k jeho onemocnění – diabetes mellitus II. typu. Má ráda masité pokrmy a dostatek zeleniny. Dodržuje pravidelný pitný režim, vypije cca 2,5 l neperlivé minerální vody denně. Spí 8 hodin denně, nyní se často v noci budí.

Kultura: Televize, knihy, někdy chodí s manželem do divadla.

Náboženství: Nevyznává žádné náboženství.

Hodnota: Otec těhotné ženy.

Postoj k nemoci: Těhotná žena se zajímá o veškeré informace, které se týkají sectio caesarea. Těší se, až půjde spolu s dítětem domů.

Adekvátnost a neadekvátnost rodinných funkcí

Velký vzor má těhotná žena ve svém otci. Oporou jí je zejména manžel, snaží se jí se vším pomáhat během těhotenství, neustále spolu komunikují.

Porozumění současné situace rodinou

O zdravotním stavu je informovaná zejména samotná těhotná žena a její manžel, který jí před sectio caesarea plně podporuje a je útěchou.

Pro zjištění vědomostí těhotné ženy o plánovaném sectio caesarea jsme použili vstupní test, který zahrnoval následující otázky:

Tabulka 1 Vstupní test

OTÁZKA	ODPOVĚĎ ANO/NE
Víte, co je sectio caesarea?	ANO
Víte, jaká Vás čeká příprava před sectio caesarea?	NE
Znáte typy anestezie, které si můžete vybrat?	NE
Znáte komplikace, které mohou nastat po sectio caesarea?	NE
Znáte zásady pooperační péče po sectio caesarea?	NE
Znáte způsoby rehabilitace po sectio caesarea?	NE

Zdroj: Vlastní zpracování, 2017

V první fázi edukačního procesu jsme vytvořili vstupní test, abychom zhodnotili vědomosti těhotné ženy. Test obsahoval 6 otázek, na výběr byla možnost ANO/NE.

Na základě vstupního testu jsme odhalili nedostatečné znalosti o přípravě před sectio caesarea, o typech anestezie, o komplikacích po zákroku, dále se objevovala neznalost o zásadách pooperační péče a o možných způsobech rehabilitace po sectio caesarea. Z tohoto důvodu je nutné u těhotné ženy provést edukaci o dané problematice.

Motivace těhotné ženy: Těhotná žena má zájem o veškeré informace, chce se naučit novým dovednostem i vědomostem, aktivně klade otázky. Chce se co nejdříve vrátit domů. Oporu má zejména v manželovi.

2. FÁZE – STANOVENÍ EDUKAČNÍ DIAGNÓZY

Deficit vědomostí:

- O předoperační přípravě.
- Typy anestezie.
- O možných komplikacích.
- Pooperační péče.
- Rehabilitace.

Deficit v postojích:

- Obavy ze sectio caesarea.
- Strach z komplikací.

Deficit zručností:

- Správná technika při rehabilitaci.

3. FÁZE – PLÁNOVÁNÍ

Podle priorit: Na základě vyhodnocení vědomostního vstupního testu jsme sestavili priority edukačního procesu:

- O předoperační přípravě.
- O typech anestezie.
- O pooperačních komplikacích.
- O pooperační péči.
- O rehabilitaci.

Podle struktury: 4 edukační jednotky

Záměr edukace:

- Předat co nejvíce informací a vědomostí.
- Seznámit těhotnou ženu s předoperační přípravou.
- Seznámit se s různými typy anestezií.
- Získat vědomosti o pooperačních komplikacích.
- Seznámit se s pooperační péčí.
- Osvojit si rehabilitaci po sectio caesarea.

Podle cílů:

Kognitivní – těhotná žena získá dostatečné znalosti o svém zdravotním stavu, o předoperační přípravě, různých typech anestezií, o možných pooperačních komplikacích a o pooperační péči a rehabilitaci do dvou dnů.

Afektivní – těhotná žena projevuje zájem získat nové vědomosti, je ochotna se zúčastnit edukačního sezení, spolupracuje dobře, chápe důležitost získat veškeré informace. Nové informace a poznatky akceptuje a dodržuje je do tří dnů.

Behaviorální – těhotná žena dodržuje pooperační režim a umí provádět rehabilitaci po sectio caesarea do tří dnů.

Podle místa realizace: Edukace bude realizována v nemocničním prostředí během hospitalizace těhotné ženy, na jejím pokoji.

Podle času: Edukační proces bude rozdělen do čtyř jednotek, které budou realizovány po dobu dvou dnů. První dvě edukační jednotky budou realizovány první den hospitalizace těhotné ženy v dopoledních a odpoledních hodinách. Třetí a čtvrtá edukační jednotka bude uskutečněna druhý den hospitalizace v dopoledních hodinách.

Podle výběru: Vysvětlování, výklad, rozhovor, vstupní a výstupní test, diskuze, názorná ukázka.

Edukační pomůcky: Odborné brožury, edukační leták, vstupní a výstupní test, papír a psací potřeby.

Podle formy: Individuální.

Typ edukace: Úvodní – iniciální.

Struktura edukace:

1. edukační jednotka: Předoperační příprava.
2. edukační jednotka: Typy anestezie.
3. edukační jednotka: Pooperační komplikace.
4. edukační jednotka: Pooperační péče a rehabilitace.

Časový harmonogram edukace:

1. edukační jednotka: 8. 2. 2017 od 10:00 do 10:30 (30 minut).
2. edukační jednotka: 8. 2. 2017 od 13:00 do 13:25 (25 minut).
3. edukační jednotka: 9. 2. 2017 od 8:00 do 8:30 (30 minut).
4. edukační jednotka: 9. 2. 2017 od 9:00 do 9:45 (45 minut).

4. FÁZE – REALIZACE

1. EDUKAČNÍ JEDNOTKA

Téma edukace: Předoperační příprava.

Místo edukace: Oddělení šestinedělí, pokoj těhotné ženy.

Časový harmonogram: 8. 2. 2017 od 10:00 do 10:30 (30 minut).

Cíl:

Kognitivní – těhotná žena získá dostatečné vědomosti, je poučena o zásadách předoperační přípravy, zná, co má před operací očekávat.

Afektivní – těhotná žena má zájem získat nové informace, spolupracuje dobře, naslouchá a klade otázky.

Behaviorální – těhotná žena představuje nově získané informace, správně odpovídá na kontrolní otázky.

Forma: Individuální.

Prostředí: Pokoj těhotné ženy, zajistit soukromí a klidné prostředí.

Edukační metody: Vysvětlování, rozhovor, diskuze, zodpovězení otázek.

Edukační pomůcky: Edukační leták, odborné brožury.

Realizace 1. edukační jednotky

Motivační fáze: (5 minut) pozdravení a představení se těhotné ženě, seznámení se s těhotnou ženou, obeznámení ženy s tématem edukace, zajistit soukromí.

Expoziční fáze: (15 minut)

Předoperační období

Příprava těhotné ženy k plánovanému sectio caesarea má určité výhody, protože se může těhotná žena na operativní porod velmi dobře připravit, podstoupit veškerá potřebná vyšetření a rozhodnout se pro nejvýhodnější anestezi.

Velký důraz na předoperační péči je kladen zejména u těhotné ženy, která má určitá specifická onemocnění např. diabetes mellitus.

Předoperační příprava ženy k plánovanému sectio caesarea

Byla jste přijata na oddělení šestinedělí, protože zítra budete podstupovat plánovaný sectio caesarea, který se bude provádět z důvodu polohy Vašeho dítěte, která je hlavičkou nahoru a z tohoto důvodu by byl vaginální porod velmi náročný. Nyní jste na pokoji, kde budete trávit čas, než Vás odvezou na operační sál a poté se sem opět vrátíte, proto si veškeré věci můžete zde vybalit.

Nemusíte se ničeho bát, všeobecné sestry i lékaři Vám vše vysvětlí, pokud budete mít doplňující otázky, ptejte se. Před operačním výkonem Vám sloužící všeobecná sestra bude poslouchat ozvy plodu, zda je vše v pořádku. Provedou se Vám laboratorní odběry a fyzikální vyšetření, což je pohled, pohmat, poslech a poklep. Dále s Vámi všeobecná sestra sepíše ošetrovatelskou anamnézu, která zahrnuje veškeré informace o vašem zdravotním stavu a zavede Vám periferní žilní katétru, což je ohebná jehla, která se zavádí do žíly a pomocí níž se aplikují potřebné léky do krve. Je domluvená i návštěva anesteziologa, který Vám sdělí veškeré informace o anestezii. Všeobecná sestra Vám aplikuje injekci antikoagulantia do podkoží, Je to lék, který snižuje srážení krve a oholí pubické ochlupení. Před sectio caesarea je nutné, aby se provedlo klyzma a aby jste si sundala veškeré šperky, které si můžete odložit do trezoru na oddělení, nebo je můžete nechat zde na pokoji v nočním stolku, který si zamknete. Pokud máte nalakované nehty, je nutné, abyste si je odlakovala, pokud budete chtít zapůjčit potřebné věci k odlakování nehtů, řeknete sestře, ráda Vám pomůže.

V den operace všeobecná sestra vše zkontroluje, podá Vám antibiotika, které si musíte zapít a zavede se permanentní močový katétru, což je cévka, která se zavádí do močového měchýře, která Vám bude během výkonu a po něm odvádět moč. Před výkonem se bude provádět prevence tromboembolické nemoci pomocí elastických punčoch, které si nasadíte na dolní končetiny. Dále je důležité, abyste měla podepsaný informovaný souhlas, že s výkonem souhlasíte. Jakmile tyto úkony budou splněny, sestry z oddělení šestinedělí Vás odvezou na operační sál, kde se o Vás už bude starat anesteziologická sestra.

Fixační fáze: (5 minut) dát těhotné ženě edukační leták, shrnutí a zopakování důležitých věcí, prostor pro dotazy.

Hodnotící fáze: (5 minut) diskuze, zhodnocení zpětné vazby při diskuzi, kladení kontrolních otázek a jejich vyhodnocení.

Kontrolní otázky:

Co se Vám bude aplikovat za léčivo, které snižuje srážení krve?

Co uděláte pro prevenci tromboembolické nemoci?

Co vše musíte z těla odstranit, abyste mohla být předána na operační sál?

Zhodnocení edukační jednotky:

Edukace probíhala bez obtíží, těhotná žena byla aktivní, jevila zájem o získání nových informací, kladla otázky. Stanovené cíle v edukační jednotce byly splněny, těhotná žena odpověděla na kontrolní otázky zcela bezchybně. Edukační jednotka probíhala 30 minut, čas byl vhodně zvolen, byl dostačující.

2. EDUKAČNÍ JEDNOTKA

Téma edukace: Typy anestezie.

Místo edukace: Nemocniční prostředí, pokoj těhotné ženy.

Časový harmonogram: 8. 2. 2017 od 13:00 do 13:25 (25 minut).

Cíl:

Kognitivní – těhotná žena zná typy anestezí a jejich výhody a nevýhody.

Afektivní – těhotná žena projevuje zájem o nové informace, je aktivní, klade doplňující otázky.

Behaviorální – těhotná žena správně odpovídá na kontrolní otázky.

Forma: individuální.

Prostředí: Nemocniční, pokoj těhotné ženy.

Edukační metody: Výklad, diskuze, zodpovězení otázek.

Edukační pomůcky: Vstupní test, edukační leták.

Realizace 2. edukační jednotky

Motivační fáze: (5 minut) pozdravit těhotnou ženu, navázat s ní kontakt, vytvořit klidné prostředí, seznámit těhotnou ženu s tématem edukace a její důležitostí.

Expoziční fáze: (10 minut).

Anestezie při sectio caesarea

Výběr anestezie pro sectio caesarea záleží na mnoha faktorech, na Vašem zdravotním stavu a Vašem přání. Podrobně o anestezii Vás bude informovat anesteziolog, já Vám podám jen nejnnutnější informace, abyste rozhodování o typu anestezie měla snadnější.

Typy anestezie

Jsou dva typy anestezie, ze kterých si můžete vybrat. Jedná se o místní anestezii a celkovou anestezii. Oba typy mají své výhody i nevýhody, proto nelze jednoznačně říct, která je lepší nebo horší. Ať už si vyberete jakoukoliv anestezii, nemine Vás odběr krve na laboratorní vyšetření, zjištění krevní skupiny a protilátek a sepsání anamnézy.

Místní anestezie

Místní anestezie může být – spinální, epidurální a kombinovaná. Místní anestezie se upřednostňuje, pokud si ji budete přát, nebo v případě, že by u Vás z jakéhokoliv důvodu nemohla být provedena celková anestezie.

Výhodou místní anestezie může být, že budete celý operační výkon při vědomí, dítě není ovlivněno anestezí a budete moci vidět a držet miminko ihned po vytažení z dutiny břišní. Nevýhodou může být delší nástup anestezie.

Celková anestezie

Celková anestezie se volí, pokud byste z nějakého důvodu nemohla podstoupit místní anestezii, pokud byste si celkovou anestezii přála anebo pokud by se současně prováděl se sectio caesarea i další chirurgický zákrok.

Výhodou je, že tento druh anestezie začne rychleji působit než místní anestezie. Naopak nevýhodou může být, že je zde určité riziko vdechnutí obsahu ze žaludku. Také nebudete při výkonu při vědomí, proto uvidíte dítě až po probuzení a odeznění anestezie, dítě bude mezitím na novorozeneckém oddělení, kde se o něj postarají všeobecné sestry.

Fixační fáze: (5 minut) dát těhotné ženě edukační leták, shrnutí a zopakování důležitých pojmů, zodpovězení otázek.

Hodnotící fáze: (5 minut) zhodnocení, zda těhotná žena všemu porozuměla, kladení kontrolních otázek a jejich vyhodnocení.

Kontrolní otázky:

Jaké typy anestezie si můžete k provedení sectio caesarea zvolit?

Jaké jsou výhody a nevýhody místní anestezie?

Jaké jsou výhody a nevýhody celkové anestezie?

Zhodnocení edukační jednotky:

Na základě kontrolních otázek, jsme vyhodnotili, že těhotná žena všemu porozuměla. Během edukace byla aktivní, kladla otázky, naslouchala. Cíle edukační jednotky byly splněny. Edukační jednotka probíhala 25 minut, čas byl zvolen vhodně.

3. EDUKAČNÍ JEDNOTKA

Téma edukace: Pooperační komplikace.

Místo edukace: Pokoj těhotné ženy.

Časový harmonogram: 9. 2. 2017 od 8:00 do 8:30 (30 minut).

Cíl:

Kognitivní – těhotná žena má dostatečné informace o pooperačních komplikacích.

Afektivní – těhotná žena je aktivní, má zájem o získání nových vědomostí.

Behaviorální – těhotná žena správně odpovídá na kontrolní otázky.

Forma: Individuální.

Prostředí: Nemocniční, pokoj těhotné ženy.

Edukační metody: Vysvětlování, rozhovor, zodpovězení otázek.

Edukační pomůcky: Odborné brožury, papír a tužka.

Realizace 3. edukační jednotky

Motivační fáze: (5 minut) pozdravení těhotné ženy, zajištění soukromí a příjemné atmosféry, seznámení těhotné ženy s tématem edukace.

Expoziční fáze: (15 minut).

Pooperační komplikace

Nejčastější pooperační komplikace, které se po sectio caesarea mohou objevit, jsou infekční, kdy může dojít k infekci jizvy. Dalším problémem může být samovolný rozestup jizvy. Mezi potíže se řadí i tromboembolie, což je ucpání cévy krevní sraženinou. Jako prevence Vám budou před výkonem nasazeny elastické bandáže. Dále se může objevit cystitida, což je zánět močového měchýře nebo neschopnost vyprázdnit močový měchýř. Po operačním výkonu se může objevit i chudokrevnost, která by se řešila podáním krevní transfúze. Ze střevních komplikací je možnost výskytu paralytického ileu, což znamená ochabnutí střeva a střevní neprůchodnost. Může dojít i k pooperačnímu krvácení. Základním znamením, že se u Vás nějaké pooperační komplikace vyskytly, jsou bolesti hlavy, hrudníku, břicha či končetin. V případě, že byste na sobě pozorovala jakékoliv ze zmiňovaných příznaků, musíte to ihned oznámit zdravotnickému personálu.

Mezi pozdější komplikace sectio caesarea se řadí zejména estetická vada, což znamená, že se Vám jizva nebude zcela líbit, může se objevit i kýla v jizvě. Pokud byste byla znovu těhotná, v důsledku nyní vykonaného sectio caesarea, může při dalším těhotenství dojít k předčasnému porodu a plod může být hypotrofický. To znamená, že by dítě mohlo mít nižší porodní váhu, než v daném termínu má mít.

Fixační fáze: (5 minut) zopakovat důležité informace, nechat těhotnou ženu klást otázky a odpovědět na ně.

Hodnotící fáze: (5 minut) klást kontrolní otázky a zjistit, jaké informace si těhotná žena zapamatovala, zhodnocení zpětné vazby.

Kontrolní otázky:

Vyjmenujte alespoň 3 pooperační komplikace.

Jak se řeší chudokrevnost jako pooperační komplikace?

Jaká rizika po sectio caesarea jsou při dalším těhotenství?

Zhodnocení edukační jednotky:

Pomocí kontrolních otázek, na které těhotná žena odpověděla správně, jsme zjistili, že rodička všemu porozuměla a získala nové informace. Cíle stanovené v edukační jednotce byly splněny. Těhotná žena byla během edukace koncentrovaná, kladla otázky. Edukační jednotka probíhala 30 minut.

4. EDUKAČNÍ JEDNOTKA

Téma edukace: Pooperační péče a rehabilitace.

Místo edukace: Pokoj těhotné ženy.

Časový harmonogram: 9. 2. 2017 od 9:00 do 9:45 (45 minut).

Cíl:

Kognitivní – těhotná žena má dostatečné informace o pooperační péči a rehabilitaci, uvědomuje si důležitost dodržovat pooperační péči a rehabilitaci, dokáže v praxi využít získané informace.

Afektivní – těhotná žena má zájem dozvědět se nové informace, je aktivní, pokládá otázky.

Behaviorální – těhotná žena je schopna uskutečnit rady a informace, které jí byly doporučeny, umí prakticky zvládnout rehabilitaci.

Forma: Individuální.

Prostředí: Pokoj těhotné ženy, zajistit soukromí a klidnou atmosféru pro edukaci.

Edukační metody: Výklad, rozhovor, zodpovězení otázek, praktická ukázka.

Edukační pomůcky: Papír a psací potřeby, edukační leták.

Realizace 4. edukační jednotky

Motivační fáze: (5 minut) těhotnou ženu pozdravíme, navážeme kontakt, zjistíme, zda se cítí dobře, aby mohla proběhnout edukace, seznámíme těhotnou ženu s tématem edukace a vysvětlíme její důležitost.

Expoziční fáze: (30 minut).

Pooperační období

Pooperační období začíná, jakmile se žena vrací z operačního sálu na oddělení, kde jí všeobecná sestra poskytuje další péči.

Pooperační péče o ženu po sectio caesarea

Jakmile se vrátíte ze sálu na oddělení, všeobecná sestra zkontroluje Váš celkový zdravotní stav. Podle druhu anestezie, který si vyberete, Vás poučí o pohybovém režimu. Pokud byste si vybrala místní anestezii, budete muset ležet 24 hodin na zádech. Může Vás bolet hlava nebo se objeví zvracení. Sestry Vás budou pravidelně kontrolovat, měřit Vám tlak krve. V případě, že by se u Vás objevila bolest, ihned informujte zdravotnický personál, který Vám podá lék na zmírnění bolesti. Bude Vám aplikována i injekce do podkoží, která snižuje srážlivost krve. Dále se bude sledovat,

zda nekrvácíte, zda se Vám zavínuje děloha a stav jizvy na břicho. Budete mít stále zavedený permanentní močový katétr, který Vám bude odvádět moč. Z důvodu kojení je nutné, abyste hodně pila. Pokud to Váš zdravotní stav umožní, bude se Vám dítě pravidelně vozit ke kojení.

Druhý den ráno Vám všeobecná sestra odebere krev, na vyšetření krevního obrazu a odstraní se Vám permanentní močový katétr a budete se muset do šesti hodin vymočit, Pokud by se Vám to nepodařilo, musela by Vás všeobecná sestra vycévkovat. V dopoledních hodinách Vám zdravotnický personál pomůže vstát z postele a vy pod jejich dohledem provedete důkladnou hygienu.

V ideálním případě, kdy by vše probíhalo, jak má, jizva by se pěkně hojila a laktace by nastoupila, pátý až šestý pooperační den byste byla propuštěna i s dítětem do domácího prostředí. V den propuštění musíte ještě absolvovat kontrolní ultrazvuk a službukonající lékař by Vás poučil o tom, jak se starat o operační ránu, aby nedošlo ke komplikacím. Abyste mohla být propuštěna domů, je důležité, aby i dítě bylo v pořádku.

Rehabilitace po sectio caesarea

Jelikož je sectio caesarea operační porod, budete mít pravděpodobně větší bolesti, než tomu bývá po vaginálním porodu. Pravidlem je déle trvající hospitalizace a pocity silné únavy. Všeobecné sestry Vám budou nápomocny i při péči o novorozence.

Aby došlo k rychlejšímu zotavení po sectio caesarea, je důležitá rehabilitace, která by měla obsahovat dechová cvičení, zajištění pohodlí a relaxování. První hodiny po sectio caesarea byste měla pít dostatek tekutin.

První dva dny po operaci byste se měla šetřit, omezit prudké pohyby, aby se břišní stěna nenapínala a zbytečně se u Vás neobjevila bolest. Vhodné je, když si budete při vstávání oblast jizvy držet rukama.

Abyste se co nejdříve cítila dobře, je vhodné, když co nejdříve obnovíte svoji fyzickou aktivitu, která má kladný vliv na zmírnění bolesti, na lepší pohyblivost střev a vyprazdňování močového měchýře a dochází i k rychlejšímu pooperačnímu hojení.

V případě, že si zvolíte celkovou anestezii, která snižuje pohyblivost střev, může se u Vás objevit plynatost. Vhodnou rehabilitací na její odstranění je poloha na levém boku s odtaženým kolenem a masáž břišní stěny.

Důležitá je i prevence tromboembolické nemoci, což je vznik krevní sraženiny, která vzniká nejčastěji v hlubokých žilách dolních končetin nebo pánve a následně je vmetena do plic. Ideální rehabilitací je, když si lehnete na záda a střídavě budete propínat a přitahovat špičky na nohou. Nebo si lehnete na záda a položíte si ruku na jizvu a budete se nadechovat, dochází tím k rychlejšímu hojení pooperační rány.

Doporučuje se i dechová rehabilitace, kdy dochází k aktivitě plic a vhodnému dýchání. Vhodným cvičením je brániční dýchání, pohyby horních, středních i dolních žeber a vyfukování, které nahrazuje vykašlávání.

Může se u Vás objevit i emoční labilita, můžete pociťovat smutek, strach i lítost. Důležité je, abyste uměla relaxovat a navodila si tím fyzickou i psychickou pohodu. Ideální je, když si uděláte čas sama pro sebe a budete dělat věci, které Vás baví a naplňují.

Fixační fáze: (5 minut) zopakovat důležité informace, dát možnost, aby těhotná žena mohla klást otázky.

Hodnotící fáze: (5 minut) zhodnotit zájem těhotné ženy, kladení kontrolních otázek a jejich zhodnocení.

Kontrolní otázky:

Jakou rehabilitací odstraníte plynatost střev a předved'te.

Co budete dělat při vstávání, abyste snížila bolest?

Ukažte dechové cvičení.

Zhodnocení edukační jednotky:

Cíle stanovené v edukační jednotce byly splněny. Těhotná žena všem informacím porozuměla, aktivně kladla otázky. Těhotná žena odpovídala na kontrolní otázky, které zodpověděla správně a názorně ukazovala dechové cvičení a rehabilitaci

na odstranění plynatosti střev. Zhodnotila, že byla edukace přínosná. Edukace trvala 45 minut.

5. FÁZE – VYHODNOCENÍ

Těhotná žena vyplnila výstupní test, který obsahoval stejné otázky jako vstupní test. Na jehož základě jsme zhodnotili efekt edukace.

Tabulka 2 Porovnání vstupního a výstupního testu

OTÁZKA	VSTUPNÍ TEST	VÝSTUPNÍ TEST
Víte, co je sectio caesarea?	ANO	ANO
Víte, jaká Vás čeká příprava před sectio caesarea?	NE	ANO
Znáte typy anestezie, které si můžete vybrat?	NE	ANO
Znáte komplikace, které mohou nastat po sectio caesarea?	NE	ANO
Znáte zásady pooperační péče po sectio caesarea?	NE	ANO
Znáte způsoby rehabilitace po sectio caesarea?	NE	ANO

Zdroj: Vlastní zpracování, 2017

Těhotná žena věděla, co znamená pojem sectio caesarea, ale veškeré podrobnější informace, které se sectio caesarea týkají, neznala. Veškeré informace jí byly upřesněny a vysvětleny. Na základě výstupního testu jsme zjistili, že edukace byla přínosná. Těhotná žena získala dostatečné znalosti o předoperační přípravě, o pooperační péči a rehabilitaci, o typech anestezie, o komplikacích, jež se po zákroku mohou objevit. Pro potvrzení, že těhotná žena tématům edukace porozuměla, nám pomohly i kontrolní otázky na konci každé edukační jednotky.

Těhotná žena chápe důležitost pooperační péče, umí aplikovat rehabilitaci po sectio caesarea a orientuje se v i typech anestezie.

Těhotná žena je spokojená s informacemi, které získala. Edukace obsahovala čtyři edukační jednotky, těhotná žena byla po celou dobu edukace velmi koncentrovaná, aktivní, kladla otázky. Edukace probíhala na pokoji těhotné ženy, kde byl dostatek soukromí.

Veškeré stanovené cíle edukačních jednotek byly splněny. Na základě vstupního a výstupního testu jsme usoudili, že edukace byla pro těhotnou ženu přínosná.

4 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Sectio caesarea je běžným typem operačního porodu. I přesto se však mohou vyskytnout komplikace. Aby předoperační příprava, samotný operační výkon i pooperační období probíhali co nejlépe, měla by být těhotná žena dostatečně edukovaná a veškerá doporučení respektovat a dodržovat. Je důležité, aby těhotná žena dodržovala rehabilitaci po sectio caesarea a byla fyzicky aktivní, aby se co nejdříve obnovil její fyzický i psychický stav.

DOPORUČENÍ PRO TĚHOTNOU ŽENU

1. Vyslechněte veškeré rady všeobecné sestry a dodržujte je.
2. Důkladně se zeptejte na veškeré informace o anestezii, ať se dobře rozhodnete.
3. Vezměte si s sebou do nemocnice veškeré potřebné věci pro sebe i dítě.
4. Pokud se budete cítit lépe, zaříd'te si, aby s Vámi v nemocnici mohl být partner či jiný člen rodiny, který Vás bude podporovat.
5. Vezměte si s sebou do nemocnice např. lanolin na ošetření bradavek a borovou vodu na péči o jizvy po sectio caesarea.
6. Při vstávání po zákroku sectio caesarea dodržujte pokyny zdravotníků, aby Vás jizva nebolela.
7. V domácím prostředí se vyhněte zvedání těžkých břemen alespoň po dobu 6 - ti týdnů.
8. Pravidelně provádějte rehabilitační cvičení.
9. Dodržujte hygienu, lepší je sprchování než koupel ve vaně.
10. Dostatečně pijte, zejména neperlivé minerální vody.
11. Vyhněte se nadýmavému jídlu.
12. Po odstranění stehů, je vhodné provádět tlakovou masáž na jizvu.

DOPORUČENÍ PRO VŠEOBECNÉ SESTRY

Žena v období těhotenství před plánovaným sectio caesarea může být netrpělivá, může mít strach, je potřeba ji vše důkladně vysvětlit a být empatický.

1. Před výkonem těhotné ženě vše důkladně vysvětlete, názorně ukažte, uklidněte ji.
2. Před sectio caesarea proveďte veškeré nezbytné úkony – poslech ozev, aplikace bandáží, aplikace antikoagulancia, zavedení periferního žilního katétru atd.
3. Seznamte těhotnou ženu s oddělením, aby věděla, kde se nachází oddělení šestinedělí, oddělení novorozenecké, jídelna, toaleta a koupelna.
4. Po sectio caesarea pravidelně kontrolujte celkový zdravotní stav těhotné ženy.
5. Edukační proces byste měla mít dobře promyšlený, zajistit příjemné prostředí a těhotnou ženu edukovat, aby všemu porozuměla.

DOPORUČENÍ PRO RODINU TĚHOTNÉ ŽENY

1. Buďte těhotné ženě oporou, povzbuzujte ji, aby se sectio caesarea neobávala.
2. Pokud to bude její přání, zůstaňte s ní v nemocnici po dobu operačního zákroku i po něm.
3. Projevujte zájem o její zdravotní stav a následně i o zdravotní stav dítěte.
4. Pokud s ní žádný člen rodiny v nemocnici nezůstane, zeptejte se, zda má zájem o návštěvy, ne vždy ženy stojí o časté návštěvy v době po sectio caesarea.

ZÁVĚR

Cílem úvodní části bylo seznámit čtenáře s veškerými informacemi, které se týkají sectio caesarea, který má těhotná žena podstoupit. Úvodní část obsahovala informace o indikacích a kontraindikacích sectio caesarea, dále obsahuje poznatky o komplikacích, které se mohou během i po operačním zákroku vyskytnout. Je zde rovněž popsána předoperační příprava těhotné ženy k sectio caesarea a následně i pooperační péče. Veškeré informace zahrnuté v úvodní části by měla těhotná žena znát, aby věděla, jaký typ porodu bude podstupovat a jak se následně chovat, aby došlo k co nejlepšímu zhojení a rychlému návratu celkovému stavu ženy před otěhotněním.

V praktické části práce jsme zrealizovali edukační proces u ženy před plánovaným sectio caesarea. Těhotné ženě jsme dali na vyplnění vstupní test, na základě, kterého jsme zjistili, že těhotná žena má deficit v informacích.

Edukační proces jsme rozdělili do čtyř edukačních jednotek. První edukační jednotka zahrnovala poučení o předoperační přípravě. Během druhé fáze jsme pacientce poskytli informace o typech anestezie. Třetí fáze se zmiňovala o pooperačních komplikacích, které by se po zákroku sectio caesarea mohly vyskytnout a čtvrtá edukační jednotka pojednávala o pooperační péči a rehabilitaci.

Během edukace byla těhotná žena aktivní, aktivně naslouchala a kladla otázky. Při nácviku rehabilitace byla žena velice šikovná, vše úspěšně zvládla. Těhotné ženě byl dán edukační leták, který shrnoval veškeré důležité informace. Na základě porovnání vstupního a výstupního testu jsme vyhodnotili, že edukační proces byl úspěšný. Cíle bakalářské práce byly splněny.

Výstupem práce je i edukační leták, který obsahuje nejdůležitější informace ze všech čtyř fází edukačního procesu. Výhodou edukačního letáku je, že jej bude mít těhotná žena neustále u sebe a kdykoliv si může nejdůležitější body opět připomenout.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ANON. Kojení po císařském řezu.[online]. [cit. 25. 1. 2017]. Dostupné z: <https://www.modrykonik.cz/kojeni-po-cisarskem-rezu/>

BINDER, Tomáš, 2008. Komplikace císařského řezu. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 17(1), 89-95. ISSN 1211-1058.

BINDER, Tomáš, 2011. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1907-1.

ČECH, Evžen, 2006. *Porodnictví*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1303-9.

ČEPICKÝ, Pavel a Zuzana ČEPICKÁ-LÍBALOVÁ, 2008. Psychologické aspekty císařského řezu. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 17(1), 79-84. ISSN 1211-1058.

DOLEŽAL, Antonín, 2007. *Porodnické operace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-0881-2.

FENDRYCHOVÁ, Jaroslav a Ivo BOREK, 2012. *Intenzivní péče o novorozence*. 2. přeprac. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-701-3547-1.

JAMIE, Whitney a Patrick DUFF, 2003. Prevence infekcí v průběhu elektivního císařského řezu a abdominální hysterektomie. *Gynekologie po promoci*. 3(3), 33-37. ISSN 1213-2578.

JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2171-2.

KADLECOVÁ, Miloslava, 2010. Manuál ošetrovatelské péče u plánovaného císařského řezu. *Sestra*. [online]. [cit. 6. 1. 2017]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/manual-osetrovatelske-pecce-u-planovaneho-cisarskeho-rezu-450459>

KOMÁR, Matej, 2011. Umí ženy ještě rodit spontánně? *Sestra*. 21(3), 32-33. ISSN 1210-0404.

KŘEPELKA, Petr, 2008. Císařský řez – indikace, nebo volba? *Česká gynekologie*. 73(5), 303-307. ISSN 1210-783.

LEIFER, Gloria, 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. 1. vyd. české. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-0668-7.

MAJEROVÁ, Jana, 2010. Zotavení po císařském řezu: Co máte čekat. In: Forexample.cz [online]. [cit. 27. 1. 2017]. Dostupné z: <http://forexample.cz/view.php?navezclanku=zotaveni-po-cisarskem-rezu-co-mate-cekat&cislolanku=2010020057>

NĚMCOVÁ, Jitka a kol., 2015. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetřovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Třetí vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-904955-9-3.

PAŘÍZEK, Antonín, 2012. *Analgezie a anestezie v porodnictví*. 2. rozšř. a přeprac. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-893-3.

PAŘÍZEK, Antonín a Tomáš HONZÍK, 2015. *Knih o těhotenství, porodu a dítěti*. 5. vydání. Praha: Galén. ISBN 9788074922138.

PROCHÁZKA, Martin, Radovan PILKA, Štěpánka BUBENÍKOVÁ a kol., 2016. *Porodnictví pro studenty všeobecného lékařství a porodní asistence*. Olomouc: AED. ISBN 978-80-906280-0-7.

PROCHÁZKOVÁ, Zuzana, 2013. Očekávání rodiček versus nemocniční realita u plánovaného císařského řezu. *Praktická gynekologie*. 17(4), 323-329. ISSN 1211-6645.

ROZTOČIL, Aleš, 2008. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1941-2.

ROZTOČILOVÁ, Simona a Aleš ROZTOČIL, 2008. Rehabilitace a císařský řez. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 17(1), 70-78. ISSN 1211-1058.

SÁK, Petr, 2008. *Standardy ošetřovatelské péče pro porodní asistenci*. 1. vyd. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice. ISBN 978-80-254-3774-2.

SEDLÁŘOVÁ, Petra, 2008. *Základní ošetřovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1613-8.

SVĚRÁKOVÁ, Marcela, 2012. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-845-2.

SZOTKOWSKA, Jana, 2012-2014. Mendelsonův syndrom – příznaky, projevy, symptomy. In: *Příznaky, projevy*. [online]. [cit. 5. 1. 2017]. Dostupné z: <http://www.priznaky-projevy.cz/plicni/mendelsonuv-syndrom-priznaky-projevy-symptomy>

TAKÁCS, Lea, Daniela SOBOTKOVÁ a Lenka ŠULOVÁ. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5127-6.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Velký lékařský slovník*. 10. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf, 2015. Jessenius. ISBN 9788073454562.

VYSLOUŽIL, Miloš, 2011. Císařský řez, nebo přirozený porod? *Sestra*. 21(3), 34-36. ISSN 1210-0404.

ZÁBRANSKÝ, František, 1997. *Technika císařského řezu*. Praha: Galén. ISBN 978-80-858-2469-8.

PŘÍLOHY

Příloha A – Edukační leták	I
Příloha B – Edukační leták – rehabilitace po sectio caesarea	II
Příloha C – Žádost o povolení sběru dat pro účely bakalářské práce	III
Příloha D – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů	IV
Příloha E – Rešeršní protokol	V

Příloha A – Edukační leták



Místní anestezie u sectio caesarea

Výhody:

- Po celou dobu sectio caesarea jste při vědomí.
- Na dítě nepůsobí anestezie.

Nevýhody:

- Delší nástup anestezie.
- Může ovlivňovat krevní tlak.

Nejčastější pooperační komplikace po sectio caesarea

- Infekce jizvy.
- Zánět močového měchýře.
- Chudokrevnost.
- Pooperační krvácení.

Známky pooperačních komplikací:

Bolest hlavy, hrudníku, břicha či končetin.



Zdroj:
<http://www.maminka.cz/clanek/nastrih-hrace-i-cisarsky-rez-jak-pecovat-o-ravy>

Sectio caesarea

Přepoperační příprava před sectio caesarea

- Laboratorní odběry.
- Sepsání ošetrovatelské anamnézy.
- Zavedení periferního žilního katétru.
- Aplikace antikoagulantů do podkoží.
- Provedení klyzmatu.
- Odstranit veškeré šperky a odlakovat nehty.
- Zavedení permanentního močového katétru.
- Bandáže dolních končetin.



Zdroj:
<http://www.tehotenstvi.cz/ztrata-pohybu-plodu>

Celková anestezie u sectio caesarea

Výhody:

- Rychlý nástup anestezie.

Nevýhody:

- Riziko vdechnutí žaludečního obsahu.
- Po celou dobu výkonu nebudete při vědomí.

Zdroj informací:

DOLEŽAL, Antonín, 2007. *Porodnické operace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-0881-2.

PAŘÍZEK, Antonín a Tomáš HONZÍK, 2015. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti*. 5. vydání. Praha: Galén. ISBN 978 80 7492 213 8.

KADLECOVÁ, Miloslava, 2010. *Manuál ošetrovatelské péče u plánovaného císařského řezu*. *Sestra*. [online]. [cit. 2017-01-06]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/manual-osetrovatelske-pecu-u-planovaneho-cisarskeho-rezu-450459>

Leták je výstupem k bakalářské práci na téma Edukace ženy před plánovaným sectio caesarea. Obhájení na Vysoké škole zdravotnické, o.p.s., Duškova 7, Praha, 2017. Autor: Lenka Vavřdová

Příloha B – Edukační leták – rehabilitace po sectio caesarea.



Rehabilitace po sectio caesarea

Poloha na levém boku



Poloha na levém boku s kolenem v abdukci napomáhá k odstranění plynatosti střev.

Zdroj: ROZTOČILOVÁ, ROZTOČIL, 2008, 72.

Brániční dýchání



Zdroj: ROZTOČILOVÁ, ROZTOČIL, 2008, 73.

Cvičení hlezenních kloubů



Cvičení dolních končetin je prevencí vzniku hluboké žilní trombózy.

Zdroj: ROZTOČILOVÁ, ROZTOČIL, 2008, 74.

Přitahování kolen k hrudníku



Zdroj: ROZTOČILOVÁ, ROZTOČIL, 2008, 75.

Zdroje informací: ROZTOČILOVÁ, Simona a Aleš ROZTOČIL, 2008. Rehabilitace a císařský řez. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 17(1), 70-78. ISSN 1211-1058.

Leták je výstupem bakalářské práce na téma Edukace ženy před plánovaným sectio caesarea. Obhájení na Vysoké škole zdravotnické, o.p.s., Duškova 7, Praha, 2017. Autor: Lenka Vavrdová.

Příloha C – Žádost o povolení sběru dat pro účely bakalářské práce

Středomoravská nemocniční a.s. – Nemocnice Šternberk

Jívavská 20

Šternberk 785 01

K rukám vrchní sestry gynekologicko – porodnického oddělení Bc. Jarmily Starostové

Ve Šternberku, dne 9. 1. 2017

Věc: Žádost

Žádám o povolení provést sběr dat pro praktickou část mé bakalářské práce na gynekologicko-porodnickém oddělení. Práce se zabývá edukací ženy před plánovaným sectio caesarea. Praktická část obsahuje zhodnocení vědomostí těhotné ženy, na tomto základě vytvoření edukačního plánu a realizaci edukačního procesu. Zavazuji se, že veškeré získané informace zůstanou anonymní.

S pozdravem a poděkováním

Lenka Vavrdová – studentka Vysoké školy zdravotnické, o.p.s., obor všeobecná sestra

Renoty 15

Uničov, 783 91

Tel.: 725 657 643

Email: lenkavavrdova@seznam.cz

Vyjádření vrchní sestry gynekologicko – porodnického oddělení Bc. Jarmily Starostové:


Bc. Starostová Jarmila

 Středomoravská nemocniční a.s.
Nemocnice Šternberk, o.z.
člen skupiny AGEL a.s.
porodnicko-gynekologické odd.
Jívavská 20, 785 01 Šternberk
tel. 587 800 301

Příloha D – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Edukace ženy před plánovaným sectio caesarea v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5 a se souhlasem dotyčné osoby.

V Praze dne 20. 3. 2017

.....
Jméno a příjmení studenta



Edukace ženy před plánovaným sectio caesarea

Klíčová slova: císařský řez (caesarean section), edukace (education), edukační proces (educational proces)

Rešerše č. 14/2017

Bibliografický soupis

Počet záznamů:	celkem 32 záznamů (vysokoškolské práce – 4, knihy – 16, články – 12)
Časové omezení:	2006-2017
Jazykové vymezení:	čeština, slovenština, angličtina
Druh literatury:	vysokoškolské práce, knihy, články a ostatní
Datum:	10. 3. 2017

Základní prameny:

- katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz)
- Jednotná informační brána (www.jib.cz)
- Souborný katalog ČR (<http://sigma.nkp.cz>)
- Databáze vysokoškolských prací (www.theses.cz)
- Online katalog NCO NZO