

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

# **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2019**

**Anna Křest'anová**

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B 5349

**Anna Křest'anová**

Studijní obor: Porodní asistentka 5341R007

**VAGINÁLNÍ POROD PO CÍSAŘSKÉM ŘEZU**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Mgr. Hendrych Lorenzová

PLZEŇ 2019

Zadání BP ze sekretariátu

## Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité prameny jsem uvedl/a v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 29. 3. 2019.

.....

vlastnoruční podpis

## **Abstrakt**

Příjmení a jméno: Anna Křest'ánová

Katedra: Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Vaginální porod po císařském řezu

Vedoucí práce: Mgr. Hendrych Lorenzová

Počet stran – číslované: 59

Počet stran – nečíslované: 20

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 34

Klíčová slova: porod, císařský řez, vaginální porod po císařském řezu, ruptura dělohy, pooperační jizva, rekonvalescence

### **Souhrn:**

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou vaginálního porodu po císařském řezu. Teoretická část obsahuje poznatky o vaginálním porodu, císařském řezu, jeho indikacích a zvyšující se frekvenci, vaginálním porodu po císařském řezu a o jeho výhodách a nevýhodách. V neposlední řadě se zabývá péčí porodních asistentek během porodu. Teoretická část obsahuje poznatky dostupné z odborné literatury a internetových zdrojů.

Praktická část se zaměřuje na konkrétní případy žen, které porodily první dítě císařským řezem a druhé dítě vaginálně, a to formou kvalitativního výzkumu. V závěru práce jsou shrnuty poznatky, které byly zjištěny během výzkumné činnosti a doporučení pro praxi.

## **Abstract**

Surname and name: Anna Křest'ánová

Department: Department of Nursing and Midwifery

Title of thesis: Vaginal birth after caesarean

Consultant: Mgr. Hendrych Lorenzová

Number of pages – numbered: 59

Number of pages – unnumbered: 20

Number of appendices: 2

Number of literature items used: 34

Keywords: childbirth, caesarean section, vaginal birth after caesarean section, uterine rupture, postoperative scar, convalescence

### Summary:

This bachelor thesis deals with the issue of vaginal birth after caesarean section. The theoretical part contains knowledge about childbirth, caesarean section, its indications and increasing frequency, vaginal birth after caesarean section and its advantages and disadvantages. Last but not least, it deals with the care of midwives during childbirth. The theoretical part contains knowledge available from professional literature and internet sources.

The practical part focuses on the specific cases of women who gave birth to the first child by caesarean section and the second child vaginally by qualitative research. The conclusion summarizes the findings that have been identified during the research activities and recommendations for practice.

## **Předmluva**

Toto téma jsem si vybrala zcela záměrně, protože jsem během své praxe potkala ženy, které měly císařský řez v anamnéze a nyní chtěly родit vaginálně. K těmto ženám se řadí i má sestra, ke které mám velice blízký vztah. Z tohoto důvodu jsem se chtěla hlouběji zaměřit na toto téma. Hlavním cílem této práce je popsat problematiku vaginálního porodu po císařském řezu, jelikož si myslím, že tato oblast ještě není dostatečně prozkoumaná.

## **Poděkování**

Děkuji Mgr. Hendrych Lorenzové za odborné vedení práce, shovívavost, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji mým respondentkám za poskytnutí informací do mé výzkumné části.

Děkuji své rodině, která mi byla oporou po celou dobu studia.

## **Motto**

*Porod, podobně jako smrt, představuje univerzální zkušenost. Může být tím nejmocnějším tvůrčím zážitkem v životě mnoha žen. Může být zlomkem v proudu lidské existence, fragmentem, který nemá nic nebo jen málo společného s vášnivou touhou, jež vytvořila toto dítě. Anebo je možné prožívat ho krásně a s důstojností a porod sám může být oslavou radosti.*

*Michel Odent*

# OBSAH

SEZNAM ZKRATEK .....	12
ÚVOD.....	13
TEORETICKÁ ČÁST .....	15
1 VAGINÁLNÍ POROD .....	15
1.1 Úvod do problematiky přirozeného porodu.....	15
1.1.1 Historie .....	15
1.1.2 Filosofie přirozeného porodu.....	15
1.1.3 Teorie bolesti .....	16
1.2 Význam vaginálního porodu pro ženu a novorozence.....	17
1.2.1 Význam vaginálního porodu pro ženu.....	17
1.2.2 Výhody vaginálního porodu pro dítě.....	18
1.3 Fyziologický průběh vaginálního porodu .....	19
1.3.1 Porodní síly .....	19
1.3.2 První doba porodní .....	20
1.3.3 Druhá doba porodní .....	20
1.3.4 Třetí doba porodní .....	21
1.3.5 Emoční krize u porodu.....	22
1.4 Péče porodní asistentky o ženy při a po vaginálním porodu .....	23
1.4.1 Péče porodní asistentky během I. doby porodní: .....	23
1.4.2 Péče porodní asistentky během II. doby porodní.....	24
1.4.3 Péče porodní asistentky během III. doby porodní .....	24
1.4.4 Péče porodní asistentky během poporodního období .....	25
2 CÍSAŘSKÝ ŘEZ .....	26
2.1 Historie císařského řezu.....	26
2.2 Aktuální situace problematiky porodů vedených císařským řezem .....	27
2.3 Indikace k císařskému řezu.....	27



2.3.1	Maternální indikace .....	27
2.3.2	Fetální indikace.....	28
2.3.3	Sdružené indikace .....	29
2.4	Klasifikace .....	30
2.5	Průběh vlastního císařského řezu.....	30
2.5.1	Předoperační vyšetření a příprava .....	30
2.5.2	Operační technika .....	30
2.5.3	Operační metoda .....	31
2.6	Péče porodní asistentky o ženu v perioperačním období.....	31
2.6.1	Dlouhodobá předoperační příprava .....	31
2.6.2	Krátkodobá předoperační příprava .....	32
2.6.3	Bezprostřední předoperační příprava.....	32
2.6.4	Intraoperační péče.....	33
2.6.5	Pooperační péče .....	33
2.7	Rekonvalescence.....	33
2.7.1	Celková péče o jizvu.....	33
2.7.2	Kojení po císařském řezu.....	34
2.7.3	Psychický stav ženy vzhledem k prodělanému císařskému řezu.....	34
3	VAGINÁLNÍ POROD PO CÍSAŘSKÉM ŘEZU .....	35
3.1	Úvod do problematiky vaginálního porodu po císařském řezu .....	35
3.2	Podmínky k vaginálnímu porodu po císařském řezu.....	35
3.3	Možná rizika a komplikace .....	36
3.4	Přednosti a výhody.....	37
3.5	Specifika péče porodní asistentky o ženy s vaginálním porodem po císařském řezu.....	38
	PRAKTICKÁ ČÁST .....	40
4	FORMULACE PROBLÉMU .....	40

5	CÍL A ÚKOLY PRÁCE.....	41
5.1	Hlavní cíl.....	41
5.2	Dílčí cíle.....	41
6	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU .....	42
7	METODIKA PRÁCE.....	43
8	ORGANIZACE VÝZKUMU .....	44
9	KAZUISTIKA A.....	45
9.1	ANAMNÉZA.....	45
9.1.1	Osobní anamnéza.....	45
9.1.2	Rodinná anamnéza.....	45
9.1.3	Gynekologická a porodnická anamnéza .....	45
9.1.4	Sociální anamnéza .....	46
9.2	Průběh prvního těhotenství .....	46
9.3	Císařský řez.....	47
9.4	Rekonvalescence po císařském řezu.....	48
9.5	Průběh druhého těhotenství .....	49
9.6	Vaginální porod .....	50
9.7	Rekonvalescence po vaginálním porodu .....	52
9.8	ZHODNOCENÍ .....	53
10	KAZUISTIKA B .....	55
10.1	ANAMNÉZA .....	55
10.1.1	Osobní anamnéza.....	55
10.1.2	Rodinná anamnéza.....	55
10.1.3	Gynekologická a porodnická anamnéza .....	55
10.1.4	Sociální anamnéza .....	56
10.2	Průběh prvního těhotenství.....	56
10.3	Císařský řez.....	57

10.4	Rekonvalescence po císařském řezu .....	58
10.5	Průběh druhého těhotenství .....	59
10.6	Vaginální porod .....	60
10.7	Rekonvalescence po vaginálním porodu .....	63
10.8	Zhodnocení .....	63
11	DISKUZE .....	66
11.1	Doporučení do praxe .....	69
11.2	Sebereflexe .....	69
	ZÁVĚR .....	71
	SEZNAM LITERATURY .....	72
	SEZNAM PŘÍLOH .....	76
	PŘÍLOHY .....	77

## **SEZNAM ZKRATEK**

CTG – kardiokografie

HSV – herpes simplex virus

IgG – imunoglobulin G

HIV – human immunodeficiency virus

EKG – elektrokardiografie

DIC – diseminovaná intravaskulární koagulace

ATB – antibiotika

SC – caesarean section

VBAC – vaginal birth after caesarean section

ERCS – elective repeat caesarean section

USA – Spojené státy americké

VEX – vakuumextrakce

KP – konec pánevní

# ÚVOD

Člověk se ve srovnání se zbytkem živočišné říše v mnohém liší. Jistě každého při hledání anatomických rozdílů, ihned napadne vzpřímená chůze. Ta zapříčinila změnu pánevních proporcí, které úzce souvisí s náročností lidského porodu. Je daleko komplikovanější, nebezpečnější a rodí se při něm jedinci daleko zranitelnější, nikoli plně připraveni do tohoto světa.

Porod je v reprodukčním období nedílnou součástí téměř každé ženy. Každá kultura pohlíží na porod trochu odlišně. Co je u jedné společnosti vnímáno za zcela normální může být u jiné zcela nevídané. Tento odlišný pohled se vyvinul naprosto přirozeně na základě toho, jak se daná společnost vyvíjela. Tato lidská zvědavost přinesla v životech lidí mnoho nového ať už prospěšného či nikoliv.

Významným okamžikem v porodnictví bylo vyvinutí císařského řezu. Ten významně ovlivnil životy žen a dětí na celém světě. Na svém počátku s sebou však nesl mnoho obav. Postupem času však porodníci začali císařský řez bravurně ovládat a na základě toho rapidně klesla maternální a perinatální mortalita. Díky tomu se v současnosti využívá čím dál tím více a u mnoha lidí vyvolává pocity bezpečí a důvěry.

Na základě toho se v dnešní době velmi často setkáváme se ženami, které porodily císařským řezem. Tyto ženy se v dalším těhotenství rozhodují, zda si zvolí opakovaný císařský řez nebo spontánní porod. Vaginální porod po císařském řezu s sebou však nese určitá rizika, s kterými musí být ženy předem obeznámeny.

Pro ženu, která se rozhodne pro vaginální porod po císařském řezu, je zcela zásadní, aby byla dostatečně informovaná a podporovaná porodní asistentkou a lékařem, kteří jí budou provázet jednotlivými etapami těhotenství a porodu.

Toto téma jsme si s paní Mgr. Lorenzovou zvolily, protože nás zajímala jeho problematika, spolu s prožitky a zkušenostmi žen, které si vaginálním porodem po císařském řezu již prošly. Na základě zjištěných údajů jsme stanovily důležitá doporučení pro porodní asistentky, které pečují o ženy během porodu s císařským řezem v anamnéze.

Informace o vaginálním porodu po císařském řezu vycházejí z odborné literatury a z internetových zdrojů, ty jsme našly prostřednictvím rešerše, kterou jsme si nechaly

vypracovat ve Vědecké knihovně v Plzni. Další zdroje do dané bakalářské práce jsme našli v knihovně Fakulty zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 VAGINÁLNÍ POROD

Pojem *vaginální porod* znamená vypuzení dítěte z dělohy skrze pochvu. Porodem se rozumí všechna ukončená těhotenství narozením živého či zesnulého novorozence. Za živě narozeného novorozence se pokládá vyloučení nebo vyjmutí plodu z matčina těla, jestliže plod po narození dýchá nebo vykazuje alespoň jednu známku životaschopnosti. Mezi znaky životaschopnosti patří srdeční činnost, pohyby kosterního svalstva a pulzující pupečník. Za mrtvě rozeného novorozence se považuje plod, jenž nevykazuje žádnou známku života a jehož váha je 500g a více. Pokud váhu nelze určit, tak pokud gestační stáří dosáhlo ukončeného 22 týdne těhotenství (Čech, 2014, s. 175).

### 1.1 Úvod do problematiky přirozeného porodu

#### 1.1.1 Historie

Ženy již od nepaměti rodily na známých místech a byly obklopené známými lidmi, kterým plně důvěřovaly. Přesun z domovů do porodnic nastal v osmnáctém století, kdy byla poskytnutá bezplatná péče chudým ženám, které mnohdy neměly ani vlastní domov. Tato bezplatná péče měla opodstatněný důvod a to ten, že porodníci se snažili přicházet co nejvíce do kontaktu s porodem, aby tak neustále zlepšovali své porodnické schopnosti. První porodnice byla zřízena v Dublinu, v roce 1745. Později byly vystavěny další porodnice, v ostatních částech Evropy a Spojených států. Nemocniční péče byla zpočátku velmi nebezpečná, protože se nezachovávaly aseptické postupy a šířila se tak infekce. Vznikla také zcela nová nemoc, která se nazývá „horečka omladnic“, ta v roce 1846, ve Vídni vedla k úmrtí třináct procent žen. Na rozdíl péče vedená porodními asistentkami, vedla k úmrtí dvou procent. Ignác Semmelweis jako první odhalil tuto problematiku a chtěl nastavit pravidla ohledně dodržování aseptických postupů. Tato teorie byla však přijata až koncem devatenáctého století (Buckley, 2016, s. 269, 270).

#### 1.1.2 Filosofie přirozeného porodu

Přirozený porod je chápán jako porod, který samovolně začíná, probíhá a končí. Není radno do něj v žádném případě zasahovat a žena na základě svých instinktů sama koriguje jeho průběh. Během přirozeného porodu je přítomen u porodu její partner, který ženu podporuje a pomáhá ji zvládat akt zrození. Rutinně se u žen neprovádí holení ani klystýr. Během porodu se nevyužívají žádné prostředky k urychlení porodu. V případě zvýšené

vnímané bolesti se ženě doporučují přírodní metody tišení bolesti, například změna polohy, sprcha, masáže. Rodičce je umožněn zcela volný pohyb a při druhé době porodní si sama může zvolit vhodnou polohu. Okamžitě po porodu je dítě vloženo do náruče matky, aby tak došlo k důležitému prvnímu kontaktu mezi matkou a novorozencem.

Základním stavebním kamenem filosofie přirozeného porodu je schopnost matky porodit dítě sama, bez cizí pomoci. Kladen je důraz na přirozený a tradiční přístup k rodičce a samotnému porodu. Žena by si měla být vědoma svých sil a energií, které se zatím ukrývají uvnitř ní samotné a čekají na vhodnou dobu odhalení. Tyto energie a síly pak umožní ženě okusit spirituální moment porodu zdravého dítěte, abychom však ženě umožnili prožít tento krásný zážitek bez lékařské pomoci, musíme naplno respektovat její základní potřeby. Mezi tyto potřeby patří nerušený klid, teplo, intimita a pocit bezpečí. Zcela nezbytné je také zajištění příjemného a klidného prostředí pro porod. Žena se pak bude schopna lépe napojit na své tělo a to následně vytvoří a vyloučí hormony pro zahájení porodní a kontrakční činnosti. Porod je řízen podkorovými centry v mozku, mozková centra se dostávají do jistého útlumu a samotná žena se nachází v „tranzu“. Tento stav vědomí lze přirovnat k sexuálnímu vzrušení během milostného splynutí. Jelikož je tento stav velmi žádoucí pro porod, neměli bychom ženu zbytečně rušit. Negativním působením dochází k přerušení přirozeného porodu a útlumu hormonů. Následně tato situace může vést k nežádoucímu lékařskému zásahu. Jedním z nejdůležitějších úkolů porodních asistentek a lékařů je jednoznačně bedlivé pozorování, aby v případě potřeby odhalili eventuální komplikace a byli schopni včas zasáhnout (Štromerová, nedatováno).

Velmi zajímavá myšlenka Michela Odenta vychází z názoru, že porod je zcela instinktivní záležitost, je to způsob jak odhodit rozumové zdůvodňování přes palubu. Toto tvrzení tedy vyžaduje, aby žena zapomněla na všechno, co se doposud naučila. Musí pochopit, že na porod nepotřebuje žádnou přípravu, ale naopak by se měla přizpůsobit biologickému procesu (Odent, 2004, s. 19).

### **1.1.3 Teorie bolesti**

Žena má celé těhotenství možnost psychicky se připravit na bolest, která je neodlučitelnou součástí porodu, je zcela individuální a každá žena ji cítí zcela subjektivně. Vnímání bolesti je závislé na fyzické dispozici a psychické pohodě rodící ženy, význam mají i sociální a kulturní vlivy. Během porodu je bolest ohraničená, začíná vždy s nástupem kontrakcí a vždy s nimi také končí. Neopomenutelným faktem zůstává, že netrvá měsíce



nebo dny, ale řádky hodin. Bolest je sama o sobě prospěšná, protože se žena zaměří sama na sebe, přestane vykonávat veškerou aktivitu a vyhledá pomoc. Organismus reaguje vyplavováním potřebným hormonům. K nim bezesporu patří adrenalin, endorfin a oxytocin. Adrenalin dodává ženě potřebnou sílu a endorfin tlumí porodní bolest, jeho hladina narůstá až 30 krát. Přírozený oxytocin má za následek útlum paměťových center, zvyšuje schopnost snášení bolesti a zlepšuje náladu. Syntetický oxytocin však tyto schopnosti nemá. Porodní bolest je dvojího charakteru. V první době porodní se jedná o bolest viscerální a tupou. Vychází z děložních kontrakcí a z otevírání porodní branky. Naproti tomu ve druhé době porodní se bolest charakterizuje jako somatická a ostrá, která je způsobená traumatizací pochvy a hráze (Ratislavová, 2008, s. 67; Bašková, 2015, s. 72).

## 1.2 Význam vaginálního porodu pro ženu a novorozence

### 1.2.1 Význam vaginálního porodu pro ženu

Náročnost porodu je jedním z aspektů, kterým se žena formuje během svého života. Pokud tedy obstojí samotný porod bez větších zásahů okolí, vzbuzuje to v ní **pozitivní pocity** jak k sobě samé, tak i ke svému tělu. Tato jedinečná a nezapomenutelná zkušenost ji dodává na **sebevědomí, sebepojetí a hrdosti**. Taková žena cítí pokoru a lásku k vlastnímu tělu a jeho síle. Na rozdíl od rodičky, která během porodu strádá a má pocit, že se jí samotný akt vymyká či dokonce jde zcela mimo ni. Ta může mít v závěru velké problémy se ztrátou sebedůvěry v sebe a ve své vlastní tělo (Ratislavová, 2008, s. 58).

Předností vaginálního porodu pro matku je celá řada, a přesto tomu mnohé ženy nevěří a přirozeného porodu se obávají, tak s jistotou lze říci, že **bolesti trvají kratší dobu** a vlivem vyloučených hormonů se snášejí mnohem lépe. Císařský řez je operační výkon, při kterém dochází k velkému zásahu do těla a ženy potřebují delší čas na zotavení. Extrémně velkou výhodou vaginálního porodu naproti císařskému řezu je **minimální šance přestupu infekce**. Normální porod nevyžaduje použití anestezie. Díky tomu se eliminují rizika s ní spojená, jako je například nevolnost, nízký krevní tlak, bolesti hlavy a další vedlejší účinky.

Ženy, které porodily přirozenou cestou, se beze sporu **rychleji zotavují** než ženy, které porodily pomocí císařského řezu. Většina žen je schopná po pár hodinách vstát a samovolně se pohybovat. Tato skutečnost je ovlivněna působením hormonu - endorfinu. Endorfin se uvolňuje za porodu a jeho nejdůležitější funkcí je tlumení bolesti. Během vaginálního porodu je žena napojena na celý proces. Obvykle se nevyužívají léky na snižování bolesti při porodu. Matka je tedy **plně při vědomí** a je úzce spjatá se sebou samou,

svým tělem a později i s novorozencem. Použití medikace ženu může odtrhnout od procesu porodu a ta pak pravděpodobně nebude ve vzájemné vazbě s jejím miminkem.

Ženy, které si zvolily vaginální porod, jsou schopné vrátit se do režimu téměř okamžitě. Rychlejší poporodní péče pomáhá ženám znovu získat jejich původní křivky a sílu. **Snižují se bolesti zad** a dochází k **lepší produkci mléka**. Přirozený porod neovlivňuje další těhotenství a průběh porodu. Po císařském řezu je větší riziko, že se v nadcházejícím těhotenství opět provede tato chirurgická operace. Pro vaginální porod po císařském řezu je stěžejní jizva na děloze.

**Kratší délka hospitalizace** v nemocnici je jistě velkou výhodou pro ženy, které se nemocnic děsí nebo mají doma malé dítě. Hospitalizace po císařském řezu odpovídá minimálně pěti dnům (Pařízek, 2015; Khan, 2018).

### 1.2.2 Výhody vaginálního porodu pro dítě

Při průchodu dítěte porodním kanálem dochází ke stlačení hrudníku. To má za následek **vyloučení a vyčištění plic od amniotické tekutiny**. Riziko respiračních problémů se tak významně snižuje a plíce jsou připraveny dýchat přirozeně.

Novorozenci narozeni vaginální cestou, se setkali při průchodu porodním kanálem s řadou mikrobů. Tyto mikroby je chrání před nemocemi a pomáhají vybudovat **silný imunitní systém**. Ženy po porodu císařským řezem nejsou schopny ihned kojit, protože potřebují čas na zotavení. Pokud tedy pohlížíme na časné zahájení laktace, pak je porod vaginální cestou mimořádně cenný. Novorozenec pociťuje maximální nutkání sát v prvních 2 – 3 hodinách po porodu.

**Lepšího hodnocení Apgar skóre** dosahují novorozenci narozeni vaginální cestou. Ty jsou totiž stimulováni přirozeným průběhem porodu. Novorozenci narozeni pomocí císařského řezu mohou být také negativně ovlivněni anestezií, která podstatně snižuje skóre. Jestliže porod začne přirozeně je to stěžejní informace pro matku, že dítě je dostatečně zralé a je připraveno přijít na svět. Životně důležité orgány jako srdce a plíce jsou již plně funkční a nepotřebují žádnou vnější podporu pomocí medikace. Dítě narozeno operační cestou může být ještě nezralé, zvláště pokud je špatně vypočítaný termín porodu (Pařízek, 2015; Khan, 2018).

### 1.3 Fyziologický průběh vaginálního porodu

Z praktického hlediska lze porod rozdělit následovně. Vaginální porod začíná **přípravným obdobím**, při němž žena pociťuje mírné, nepravidelné kontrakce, které však nevedou k otevírání porodních cest. Po té přichází na řadu **aktivní fáze porodu**, během této fáze žena pociťuje pravidelné, bolestivé kontrakce, které vedou k otevírání porodních cest a sestupu plodu porodním kanálem. Následuje **přechodná fáze**, při které dochází k absolutnímu zániku děložního hrdla a pozvolné rotaci hlavičky plodu. Dále nastupuje **fáze tlačení**, při které hlavička plodu narazí na dno pánevní a žena během ní zapojuje aktivně břišní lis ve snaze vypudit dítě. Po porodu plodu přichází na řadu **porod placenty**, při němž žena slabě zapojí břišní lis, a tak vyloučí placentu. Tato fáze je také označována jako „zlatá hodinka“ (Odent, 2010, s. 111).

„Vlastní porod probíhá ve třech fázích, ve třech porodních dobách:

- První porodní doba – otevírací
- Druhá porodní doba – vypuzovací
- Třetí porodní doba – porod lůžka a plodových blan“ (Pařízek, 2006, s. 239)

#### 1.3.1 Porodní síly

Mezi porodní síly patří děložní kontrakce, břišní lis a zemská gravitace. Děložní kontrakce jsou spontánní stahy myometria. Během děložní kontrakce nedochází k výměně kyslíku mezi plodem a matkou. Za normálních okolností plodu nehrozí během kontrakce žádné riziko a plod tuto situaci dobře zvládá. Jestliže je však zkrácen mezi kontrakční interval nebo kontrakce trvají delší dobu, pak může dojít k hypoxii až k asfyxii plodu. Břišní lis vzniká stažením svalů bránice a příčně pruhovaných svalů dutiny břišní. Ženy zapojují tuto porodní sílu aktivně během druhé doby porodní. Při tlačení dojde ke zvýšení intraabdominálního tlaku, který napomáhá k další progresi hlavičky směrem k pánevnímu východu. Účinek břišního lisu je závislý na schopnostech rodičky, únavě či rozestupu břišních svalů. Gravitace má během porodu pozitivní účinek na roztažení porodního kanálu a proto se doporučují vertikální polohy. Díky nim dochází k pasivnímu sestupu plodu pomocí vlastní váhy (Najmanová, 2016, s. 18, 19).

Porod začíná nástupem děložní činnosti, která vede k dilataci dolního děložního segmentu, děložního hrdla a branky. Četnost otevíracích kontrakcí lze zpočátku hodnotit během 10 minutového úseku 1 – 2 kontrakcemi. Časem se období mezi stahy snižuje, kontrakce se prodlužují a jejich účinnost roste. V 10 – 15 % je vlastní porod zahájen

samovolným odtokem plodové vody. V případě že, porodní kontrakce nenastoupily do 1 hodiny od odtoku plodové vody, pak hovoříme o předčasném odtoku vody plodové (Čech, 2014, s. 168).

Během kontrakce je vyvíjen tlak naléhající částí plodu na dolní děložní segment. Ten je díky tomuto procesu přetahován přes hlavičku plodu směrem nahoru. Tento mechanismus má za následek zkracování děložního hrdla a otevírání děložní branky. Otevření děložní branky hodnotíme vaginálním vyšetřením. Zpravidla dochází k progresi porodní branky 1 – 2 cm za 1 hodinu. Rozměr dilatace označujeme v centimetrech 1 – 8 cm, další úsek se označuje jako lem a o finální etapě se hovoří jako o zašlé brance, ta má velikost přibližně 10 cm. Při takto zašlé brance hmatáme pouze hlavičku plodu a poševní stěny. Průběh rozvíjení děložního hrdla a branky je zcela rozdílný u prvorodičky a víceroďičky. U prvorodiček dochází nejdříve ke zkracování hrdla. Po zcela zkráceném hrdle zbyde pouze tenká branka, která se postupně otevírá. U víceroďiček se současně zkracuje děložní krček a otevírá se porodní branka. Tento fakt má za následek nesporně rychlejší průběh první doby porodní (Slezáková, 2011, s. 168).

### **1.3.2 První doba porodní**

Prezentuje nejdelší porodní období. U prvorodiček trvá přibližně 10 – 12 hodin a u víceroďiček 6 – 8 hodin. První dobu porodní je možné rozdělit na 3 cykly – latentní, aktivní, přechodnou. V průběhu latentní fáze krček dosahuje 4 cm. Obecně jsou stahy mírné a jemné a často se srovnávají s menstruačními bolestmi. Zpočátku se stahy objevují každých 15 – 20 minut, ale časem se rozmezí mezi nimi zkracuje na 5 minut. Jejich vydatnost roste. Během aktivní fáze se krček výrazně otevře z původních 4 cm na 8 cm. Stahy jsou frekventovanější, bolestivější a mezi kontrakční interval je kratší. U poslední tranzitní fáze rodička vnímá tlak na konečník. Branka je již zašlá, má požadovaných 10 cm. Stahy jsou pravidelné po 2 – 3 minutách a kontrakce samotná trvá přibližně 60 sekund. Tyto kontrakce jsou nejbolestivější a nejjintenzivnější z celého porodu (Bašková, 2015, s. 65).

### **1.3.3 Druhá doba porodní**

Začíná zajítím branky a končí vypuzením dítěte. Děložní kontrakce se opakují asi každé 2 – 3 minuty a setrvávají okolo 60 – 90 sekund. Během této doby má žena intuitivní potřebu využít břišní lis. Vhodným zapojením břišního lisu a bránice rodička aktivně přispívá k vypuzení plodu z porodního kanálu. Plod prochází skrz dolní děložní segment, zašlým krčkem, pochvou a pánevním dnem směrem ke vchodu poševnímu. Pozvolným sestupem

plodu dochází k vypínání děložní hráze a rozestupu stydkých pysků. Po té dochází ke korunovací hlavičky (Slezáková, 2011, s. 177).

Plod zaujímá řadu pasivních pohybů při průchodu porodním kanálem, aby se jim tak co nejlépe přizpůsobil. Jestliže plod zaujímá polohu podélnou hlavičkou, pak primární mechanismus vykonává hlavička a následně raménka spolu s trupem plodu. Mechanismus porodu hlavičky lze rozčlenit do pěti fází. První z těchto etap je iniciální flexe hlavičky. Z neutrálního (indiferentního) držení hlavičky se hlavička flektuje. Dochází tedy k tomu, že nejnižším uloženým místem se stává záhlaví a vedoucím bodem je oblast malé fontanely – lambda. Hlavička vstupuje se švem šípovým v příčném nebo šikmém průměru a postupně prostupuje pánevními rovinami. U primipar začíná tato iniciální fáze hlavičky již na konci těhotenství. U multipar hlavička plodu často pouze naléhá a vstupuje až během druhé doby porodní. Další fází je progresse hlavičky pánevní šíří a úžinou. Hlavička beze změny projde, dostane se na pánevní dno, kde se nachází v pánevní úžině. Zde dochází k odporu pánevního dna a rodička začne reflexně využívat břišní lis. Následující fázi označujeme jako vnitřní rotace. Během této fáze se vedoucí bod otáčí vždy za sponu. Nejčastěji k rotaci dochází v oblasti pánevní úžiny. V rovině pánevního východu je již rotace dokončena a šev šípový je v přímém průměru. Přední postavení rotuje o 45°, zadní postavení o 135°. Následuje fáze deflexe. Hlavička se opře o symfýzu suboccipitem, toto místo označujeme jako první hypomochlion. V introitu jako první vidíme oblast malé fontanely (vedoucího bodu) a postupně se rodí předhlaví, čelo, obličej a bradička. Zatímco se hlavička prořezává, tak do pánve vstupují raménka. Následuje fáze zevní rotace hlavičky a vnitřní rotace ramének. Raménka vstupují buď v příčném, nebo šikmém průměru. Vedoucí raménko vstupuje jako první, je více vpředu. Takto raménka postupují porodními cestami, zatímco se hlavička prořezává. V momentě kdy se hlavička porodí, tak jsou již raménka v pánevní úžině a rotují z příčného nebo šikmého průměru na přímý. Když se porodí hlavička, stáčí se svým záhlavím na stranu, kam směřuje hřbet, který doposud nebyl porozen. Důsledkem vnější rotace hlavičky je vnitřní rotace ramének. Nejdříve se pod sponou rodí vedoucí raménko a druhým hypomochlionem se stává oblast deltového svalu. V tomto místě se trup flektuje a přes hráz se porodí druhé raménko. Porod trupu již probíhá bez jakéhokoliv mechanismu (Slezáková, 2011, s. 177, 17; Čech, 2014, s. 185).

#### **1.3.4 Třetí doba porodní**

Začíná narozením novorozence a končí porozením placenty. Během tohoto období dochází k mírným stahům, které podporují odlučování placenty. Jakmile je placenta

odloučena, tak je žena vyzvána, aby zapojila břišní lis k tlačení. Tím dojde k samotnému vypuzení placenty z dělohy. Placenta se po porodu pečlivě kontroluje, aby byla jistota, že v děloze nezůstali žádné zbytky. Poporodní období nastává po vyloučení placenty a doporučuje se ženu kontrolovat ještě následující dvě hodiny. Během této doby kontrolujeme krvácení, výšku fundu a fyziologické funkce. Je zde důležité zachovat kontakt matky s dítětem a zahájit kojení (Bašková, 2015, s. 71).

### **1.3.5 Emoční krize u porodu**

Ačkoli je porod zcela subjektivní záležitostí, tak je během porodu možné vypořádat určité chvíle, které ženy ochromí. Tyto momenty nazýváme jako emoční krize při porodu a dělíme je do následujících stádií:

- 1) Počátek porodu
- 2) Počátek aktivního porodu
- 3) Přejít z I. a II. doby porodní
- 4) Vypuzování hlavičky plodu

Žena zná poslíčky, ale nyní cítí určité změny. Začíná si uvědomovat, že nastal ten dlouho očekávaný den, na který se tak těšila a zároveň se ho tolik bála. Toto je moment, kdy může nastat první emoční krize a i dobře připravená žena podlehně panice. Ženy mají strach z toho, zda mají vše nachystáno, kdy mají jet do porodnice a zda jen zbytečně neplaší. Často tedy volají své porodní asistence, partnerovi či mamince. Důležité je během této fáze odvést ženinu pozornost a navodit klidnou a příjemnou atmosféru. Během aktivní fáze žena odjíždí s partnerem do porodnice. Kontrakce jsou silnější, pravidelnější a ženu jejich intenzita ochromuje. Je si vědoma, že porod se rozběhl, ale do dosažení jeho cíle zbývá ještě velký kus práce. Proto se stává neklidnou, nejistou a chladnou. Tato situace vyžaduje od okolí poskytnutí dostatečné podpory. Ke zmírnění porodních bolestí se využívají psychologické techniky, vhodné polohy i hydroterapie. Pokud je však zřejmé, že žena porod nezvládá a trpí, pak se přistupuje k medikamentóznímu tišení bolesti. Žena ztrácí trpělivost při přechodu z první doby porodní do druhé doby porodní. Často se dotazuje jak dlouho ještě. Cítí progresi hlavičky a nucení na tlačení. Mění se zde pozice partnera, který se ženou aktivně dýchá a podporuje zaujetí polohy. Významná pomoc pro ženu může být představa toho, že každou další kontrakci je blíž svému miminku. V závěru I. doby porodní žena pociťuje nový příval energie. Cítí se opět vládcem nad svým tělem, protože využívá své schopnosti k tlačení. Objevují se zde nové pocity bolesti, které jsou provázeny s nepříjemným pálením v pochvě.

Žena z toho může být bezradná a přichází o odvahu k tlačení. Porodní asistentka zaujímá neustálý kontakt s rodičkou, podporuje ji v intuitivním tlačení a povzbuzuje ji, aby uvolnila svaly pánevního dna. Na muže během této fáze dopadá vyčerpání (Ratislavová, 2008, s. 61).

## **1.4 Péče porodní asistentky o ženy při a po vaginálním porodu**

### **1.4.1 Péče porodní asistentky během I. doby porodní:**

Porodní asistentka uloží ženu na porodní pokoj a seznámí ji s vybavením pokoje a signalizačním zařízením. Zajišťuje klidné a příjemné prostředí pro porod. Zaměřuje se na psychický stav rodičky, dodává jí odvahu a je s ní v neustálém kontaktu. Monitoruje krevní tlak, pulz a teplotu. Kontroluje náplň močového měchýře, který může být přirozenou bariérou. Zaměřuje se na somatický stav těhotné – nauzea, průjem, atd. V první době porodní sleduje srdeční ozvy každých 15 minut, pomocí krátkodobého přiložení kardiosondy CTG monitoru nebo přenosného fetálního monitoru. Jestliže tyto přístroje nejsou dostupné, pak je možné využít auskultačního stetoskopu. Kardiotokografický záznam provádí každé 3 hodiny, délka u fyziologického měření/ záznamu se doporučuje přibližně na 20 – 30 minut. Dohlíží na děložní kontrakce, sleduje jejich sílu, frekvenci, délku a mezikontrakční interval. To vše určuje na základě pozorování, komunikace se ženou, pohmatem a v neposlední řadě z kardiotokografického záznamu. Edukuje rodičku i jejího partnera o následujících krocích. Pokud není pokročilý nález, tak standartně nabízí očistné klyzma. Ženu upozorní na výhody využití klystýru, mezi ně patří nejen vyčištění střev, ale i prohřátí a uvolnění porodních cest. Rodička má však plné právo odmítnout tento výkon a porodní asistentka plně respektuje její rozhodnutí. Sleduje vstupování hlavičky do porodních cest a progresi nálezu na děložním hrdle pomocí vaginálního vyšetření, které provádí každé 2 hodiny nebo po odtoku plodové vody. K diagnostice postupu využívá také zevní hmaty. Sleduje odtok plodové vody, hodnotí množství, barvu a kvalitu. Po odtoku ihned poslechne srdeční ozvy plodu a ženu vaginálně vyšetří, aby se ujistila, že nedošlo k prolapsu pupečníku. V případě, že voda plodová neodtekla, tak se provádí dirupce vaku blan na brance 3 – 5 cm. Dohlíží na příjem stravy a tekutin během porodu. Strava ani pití není striktně zakázáno. Porodní asistentka však doporučuje lehce stravitelné potraviny a neslazené nápoje. Doporučuje využití hydroterapie během porodu. Ve sprše je možné využít balón na sezení. Těhotná si může sprchovat jak břicho, tak záda. Vanu doporučuje v případě, že je porod „v běhu“. Pokud se využije vana předčasně, může dojít k zástavě kontrakcí. Doporučená teplota vody je 37 – 38° a lze využít olejů do koupele. Aktivně nabízí metodu aromaterapie. Při bolestech v bederní krajině může využít oleje a namasírovat ji. Podává léky dle ordinace lékaře. Vede zdravotnickou

dokumentaci rodičky (Leifer, 2004, s. 163 – 165; Klímová, 2014, s. 14 – 16; Slezáková, 2017, s. 173 – 175).

#### **1.4.2 Péče porodní asistentky během II. doby porodní**

Příprava klidného prostředí a tlumeného osvětlení. Zajištění předem připraveného porodnického stolku se všemi pomůckami k porodu. V závěru druhé doby porodní ukládá ženu do polohy na zádech. V alternativních porodnicích lze využít i jiné polohy, například poloha na boku, vkleče, atd. Na základě zvyklostí porodního sálu zabezpečí přítomnost porodníka a pediatra. Nastaví porodnické lůžko do vhodné polohy, pod hýždě ženy položí nepromokavou podložku. Připraví si sterilní pole. Oblékne si ochranný plášť a sterilní rukavice. Následně vydezinfikuje oblast zevních rodidel s vnitřní stranou stehen, dolní částí břicha, labia i perineum. Kontroluje srdeční akce po každé kontrakci. Udržuje neustálý slovní kontakt. Žena tlačí na základě svého pocitu, pokud je to neefektivní, porodní asistentka ženu poučí o správném tlačení. Při prořezávání hlavičky využije porodnickou vložku a svou pravou rukou chrání hráz před rupturou, levou rukou zmírňuje rychlost progresu hlavičky a zároveň chrání labia. Pokud je hráz vysoká, zjizvená či se leskne a napíná, je možné využít mediolaterální epiziotomii. Nastává porod hlavičky, hlavička začíná zevně rotovat. Porodní asistentka pomáhá porodu vedoucího raménka lehkým tahem směrem k podložce. Zadní raménko rodíme mírným tahem směrem nahoru při neustálém chránění hráze. Rození dítěte dokončíme za pevného úchopu oběma rukama. Po celou dobu se respektuje osa porodních cest. Porodní asistentka zaznamenává čas porodu. Novorozence ihned pokládá na břicho matky, přikryje ho a nechá dopulzovat pupečník. Zachování pupečníku má významný vliv na snížení novorozenecké anémie. Po vymizení pulzace pupečníku porodní asistentka využije dva peány a mezi nimi přestřihne pupečník. Následně dítě předá dětské sestře a označí ho identifikačním náramkem. Pokud je dítě v dobré fyzické kondici, co nejdříve se pokládá matce na hrud'. Z pupečníku, který vede k placentě, odebere dvě injekční stříkačky krve na vyšetření (Slezáková, 2017, s. 183 – 185; Klímová, 2014, s. 16 – 17; Leifer, 2004, s. 165).

#### **1.4.3 Péče porodní asistentky během III. doby porodní**

Při aktivním vedení III. doby porodní asistentka aplikuje ženě methylergometrin nebo oxytocin (2 – 5j). Sleduje známky odlučování placenty a po jejím odloučení vyzve ženu, aby slabě zatlačila k porodu placenty a plodových obalů. Preventivně použije hmat podle Jacobse, aby nedošlo k odtržení plodových blan. Po porodu si placentu dobře prohlédne. Sleduje úpon pupečníku, jeho délku, plodové obaly, fetální i maternální část, přídatné



kotyledony a infarkty na placentě. Kontroluje porodní poranění pomocí porodnických zrcadel. V případě ruptury I. a II. stupně porodní poranění ošetří sama, v případě poranění III. a IV. požádá o pomoc lékaře (Klímová, 2014, s. 18 – 19; Slezáková, 2017, s. 187, 188).

#### **1.4.4 Péče porodní asistentky během poporodního období**

Po hygienické očištění ženu ukládá do klidové polohy. Monitoruje a zaznamenává hodnoty krevního tlaku, pulzu a teploty. Kontroluje zavínování dělohy a množství krvácení. Zaměřuje pozornost na celkový stav ženy a její psychickou pohodu. Dětská sestra přikládá dítě na první přisátí. Doporučuje se, aby k tomuto jedinečnému kontaktu došlo do 30 – 60 minut po porodu. Pokud žena pociťuje potřebu na močení, může si dojít pod dozorem porodní asistentky na toaletu (Slezáková, 2017, s. 188; Klímová, 2014, s. 19).

## 2 CÍSAŘSKÝ ŘEZ

Císařský řez je nejčastější operací, kterou ukončujeme těhotenství a porod ve třetím trimestru nebo v první době porodní. Během této porodnické operace je plod extrahován z dělohy břišní cestou (Čech, 2014, s. 492). Téma císařského řezu je v současnosti velice diskutabilní. Neustálý nárůst tohoto výkonu nutí porodníky přemýšlet nad tím, jak předejít neustále zvyšujícímu využití císařských řezů a naopak dosáhnout poklesu (Daňková, 2016, s. 11).

### 2.1 Historie císařského řezu

Historie císařského řezu sahá hluboko do minulosti. Již v 6. stol. př. n. l. bylo v Indii zaznamenáno, že se z „boku své matky“ narodil Guatáma, později nazývaný Buddha. Jeho matka však po 7 dnech zemřela. Další zmínky můžeme najít také v Mezopotámii, Egyptě či ve starověkém Řecku. Přesto je však historie císařského řezu neodmyslitelně spojená s antickým Římem. (Brzosková, 2010, s. 9) Název operace „section caesarea“ si často lidé mylně pojí s císaři, s kterými to však vůbec nesouvisí. Tento název se pravděpodobně pojí s Pliniem starším (23 – 79 n. l.), podle kterého se děti narozeny pomocí císařského řezu, nazývaly „caesones“ nebo „caesares“. Tyto termíny jsou odvozeny z latinského slova „caedo“, které znamená rozřezávat. Slovo „sectio“ vychází ze slova „seco“ - řezati, má to tedy podobný význam jako „caesares“ (Pařízek, Doležal, 2010). Uvádí se, že první císařský řez byl proveden v 16. století. Údajně ho měl provést Švýcar Jacques Nufer, který se živil kastrací prasat. Pravděpodobně šlo o těžký porod jeho ženy, který nepostupoval. Dítě i matka tento výkon přežili. To je poměrně významný okamžik, protože do té doby se císařský řez pojí s tragickým úmrtím matek. Někteří lékaři to však zpochybňují, protože paní Nuferová později porodila dalších 6 dětí přirozenou cestou. (Odent, 2016, s. 31) V 18. století dochází k rozmachu císařských řezů na živých ženách, které však byly unavené a na pokraji smrti. Tyto ženy většinou podlehly zánětům pobřišnice. Úmrtnost se blížila 100%. Významným mezníkem se stává zavedení anestezie, která se do té doby během chirurgické operace nevyužívala. Stále však zůstává problém s infekcí. Tato záležitost se vyřešila po evoluci lékařské mikrobiologie. Využití sepsu a aseptu má za následek bezpečnější hojení operační rány. Po 2. světové válce dochází k zavedení antibiotické léčby a krevních transfuzí. Tyto prostředky mají bezesporu významný vliv na bezpečnost žen (Pařízek, Doležal, 2010; Brzosková, 2010, s. 9).

## 2.2 Aktuální situace problematiky porodů vedených císařským řezem

Jedním z nejčastějších témat v porodnictví je beze sporu, stále stoupající míra císařských řezů. Po 2. světové válce se tato chirurgická operace začala objevovat čím dál častěji a nyní se již těší oblibě na celém světě. V USA četnost stoupla na 30,3 % a v Brazílii dokonce až na 80 %. Faktem zůstává, že je tato metoda vedení porodu velmi oblíbená, protože ji veřejnost i zdravotníci pracovníci vnímají za bezpečnou. Bohužel se však zapomíná na rizika spojená s císařským řezem, která bývají mnohonásobně vyšší než u vaginálního porodu. Například zde řadíme rizika spojená s anestezií, ta může nejčastěji vyvolat nevolnost a zvracení. Jednou z dalších běžných komplikací bývá větší krevní ztráta, která dosahuje při císařském řezu až 1000 ml. Naproti tomu u spontánního porodu je krevní ztráta přibližně dva krát menší. Imobilizace ženy během císařského řezu a po něm může vyvolat mnohonásobně vyšší riziko tromboembolické nemoci a má také vliv na respirační komplikace a sníženou peristaltiku. Závěrem nesmím opomenout riziko přestupu infekce, díky snadnějšímu přístupu přes břišní stěnu. Dalším zajímavým zjištěním zůstává, že císařský řez nezlepšuje perinatální výsledky (Baďurová, 2014, s. 17; Odent., 2016, s. 9; Křepelka, 2008).

V posledních letech se často hovoří o císařském řezu na přání. Ten je možný provádět ženám bez jakékoliv indikace. O provedení tohoto výkonu rozhodují samy ženy, které tak činí na základě svých subjektivních pocitů a přesvědčení. Císařský řez na přání se poprvé objevil v Itálii a v Latinské Americe a postupně se dostal do celého světa. V České republice není oficiálně možné využít císařský řez na přání. Celkově však podíl císařských řezů stále narůstá po celém světě. Mezi nejčastější indikace patří právě císařský řez na přání dále hypoxie a poruchy děložního mechanismu. Schválení císařského řezu na přání je složité téma, protože zatím nejsou žádné studie o zjevných výhodách či nevýhodách císařského řezu na přání, ve srovnání s vaginálním porodem (Odent., 2016, s. 9; Křepelka, 2008).

## 2.3 Indikace k císařskému řezu

V dnešní době máme spoustu indikací k císařskému řezu. Některé se týkají matky a porodních cest, jiné zase plodu, jelikož je však matka s plodem ve vzájemné interakci máme také společné indikace. O těch se více do hloubky zaměřuji v následujících podkapitolách.

### 2.3.1 Maternální indikace

Tato podkapitola pojednává o maternálních indikacích, které vedou k provedení císařského řezu. Řadíme zde **celkové onemocnění ženy**, například specifická

kardiovaskulární, respirační a oční onemocnění a těžší či zhoršující se onemocnění („diabetes mellitus“, preeklampsie), které mohou negativně ovlivnit průběh porodu a zdraví rodičky. Další indikací jsou **stavy po transplantaci orgánů**. O způsobu vedení porodu se vždy žena radí s lékařem, který zhodnotí spojená rizika s proběhlou transplantací a sleduje průběh těhotenství. Závažným důvodem k provedení císařského řezu je bezesporu **stav po operaci dělohy a výkonech v malé pánvi**. Jedná se především o stav po cervikokorporálním, korporálním a T císařském řezu, při kterém se porodník zaměřuje na jizvu, její velikost a bolestivost. Dále zde řadíme enukleaci myomu, rozsáhlejší plastiky na děložním hrdle a operace při řešení močové inkontinence. Důležitým faktorem jsou také **překážky a změny v měkkých porodních cestách**. Patří k nim varixy na pochvě a vulvě, vcestné myomy a patologie dělohy (nádory), ty by se mohly během spontánně vedeného porodu porušit a mohlo by dojít k nežádoucím komplikacím. Jako akutní, maternální indikace se také uvádí **porucha vypuzovacích sil**, která souvisí s poruchou břišního lisu, ale také s primárními a sekundárními hyperkinetickými, hypokinetickými a dyskinetickými poruchami děložní činnosti. Závěrem je nezbytné zmínit **pelveolýzu a symfyzeolýzu**. Tyto onemocnění jsou pro vaginální porod nebezpečné, protože může dojít k většímu rozvolnění pánevního pletence. Následující podkapitola je zaměřená na indikace, které jsou spojené se samotným plodem (Čech, 2014, s. 494 – 495; Odent, 2016, s. 87).

### 2.3.2 Fetální indikace

Jedním z nejčastějších důvodů ukončení těhotenství nebo právě probíhajícího porodu bývá **akutní a chronická hypoxie**. Ta vzniká díky nedostatečnému zásobení plodu kyslíkem a často se spojuje s nepostupujícím porodem. Dále porodník hodnotí veškeré **nepravidelnosti**, které se týkají **uložení plodu**, ty negativně ovlivňují průběh přirozeného porodu, a tak je nutné včas zhodnotit situaci a popřípadě využít císařský řez. Řadíme sem vysoký přímý stav, přední a zadní asynklitismus, deflexní polohu čelní a obličejovou, výhřez ruky spolu se šikmou a příčnou polohou. Samostatně se dále hodnotí **poloha plodu koncem pánevním**, která je závislá na velikosti plodu. U primipar se poloha plodu koncem pánevním využívá jako jednoznačná indikace, je-li váhový odhad plodu větší než 3500 gramů. Naproti tomu multipary mohou rodit vaginálně, pokud je váhový odhad plodu stanoven do 3800 gramů. Dále se využívá císařský řez u plodů, které jsou menší než 2500 gramů. V poloze koncem pánevním se také zaměřujeme na porušené držení plodu, nitroděložní růstovou retardaci, vysoké naléhání konce pánevního bez známek progresu do vchodu pánevního a na známky hypoxie již na počátku porodu. Stav po císařském řezu hraje u této indikace velkou

roli, protože je zde větší riziko abrubce dělohy. Tato možná komplikace je způsobená jizvou na děloze po předchozím císařském řezu. Čím dál tím běžnější indikace je **vícečetná gravidita**. Při porodu dvojčat hraje zásadní roli poloha a velikost obou plodů (velké/nezralé). Mezi další indikace například řadíme oligohydramnion, dlouhodobě odteklou plodovou vodu a hmotnostní rozdíl mezi dvojčaty více než 500 gramů. Velice akutní indikace při poloze plodu podélné hlavičkou je **naléhání a výhřez pupečníku**. V případě přerušení zásobení plodu kyslíkem a živinami, které plod získává přes pupečník, dochází k fatálnímu ohrožení života plodu. K dalším indikacím pak bezesporu patří **primární genitální herpes**, protože je zde vysoké riziko přenosu HSV na novorozence. Na druhé straně opakující se genitální herpes, však není jasnou indikací, protože žena si mohla vyvinout protilátky (IgG), které dítě chrání. Císařský řez se také provádí u žen, které jsou nakaženy virem HIV. Eliminuje se tak riziko přenosu z matky na dítě. Na závěr nelze opomenout **fetální malformace**, při kterých se také provádí plánovaný císařský řez. Nadcházející podkapitola hovoří o sdružených indikacích (Čech, 2015, s. 494 – 495; Odent, 2016, s. 83 – 91).

### 2.3.3 Sdružené indikace

Sdružených indikací máme celou řadu a jednoznačně k nim řadíme **kefalopelvický nepoměr**. Tento stav pojednává o tom, že velikost hlavičky dítěte není úměrná k velikosti matčiny pánve. Dále mezi důležité indikace patří **abrubce placenty**, která hovoří o předčasném odloučení lůžka nebo její velké části. Většinou k tomu dochází před a, nebo v průběhu porodu. Hlavním příznakem odloučení je silná, neustupující bolest, která může být doprovázená krvácením, to však může být i retroplacentární. Důvodem odloučení může být trauma (autonehoda, domácí násilí) nebo preeklampsie, často je však důvod neznámý. Mezi další indikace řadíme **placentu preavii**, což je vcestně nasedající lůžko do porodního kanálu. Placenta se hodnotí až na konci těhotenství pomocí ultrazvukového vyšetření. Prvotním příznakem může být slabé krvácení, které se vyskytuje především v noci. Tato komplikace je absolutní indikací pro provedení císařského řezu. Následující sdružená indikace je **nepostupující porod**, ten se udává tehdy, pokud má žena pravidelné děložní kontrakce po dobu 3 hodin, ale vaginální nález se nezměnil. Dalším důvodem k provedení císařského řezu patří bezesporu dlouhodobě **odteklá voda plodová**. Hodnotí se většinou po opakovaných provokacích, které nezabraly a při rozvíjející intraovulární infekci. **Horečka za porodu** se stanovuje jako indikace na základě individuálního postupu lékaře a zajišťuje se antibiotiky. Samostatně se dále hodnotí takzvané **sdružené indikace**, které závisí na

komplexním rozhodování a podílí se na nich například věk rodičky, parita, léčená sterilita a předčasný porod (Čech, 2015, s. 494 – 495; Odent, 2016, s. 84).

## 2.4 Klasifikace

*„Při nepříznivém vaginálním nálezu u potermínové gravidity je vhodné zvážit ukončení těhotenství primárním iterativním císařským řezem.*

*Iterativní císařský řez - jasně stanovená indikace a těhotnou a lékařem podepsaný informovaný souhlas.*

*Akutní císařský řez - nejméně vhodná alternativa řešení a s nejhorsími perinatálními výsledky“ (Roztočil, 2013).*

## 2.5 Průběh vlastního císařského řezu

### 2.5.1 Předoperační vyšetření a příprava

Pokud ženy přichází k hospitalizaci z již známé operační indikace. Jedná se o plánovaný císařský řez. V nemocnici bývají komplexně vyšetřovány a současně lékař hodnotí aktuální porodnický nález a finálně posuzuje operační indikaci. Dále hodnotí biochemické a laboratorní vyšetření, vedle těchto základních vyšetření také kontroluje srdeční činnost pomocí EKG a provede celkové zhodnocení zdravotního stavu. Při zjištění abnormalit se zahajuje příslušná léčba onemocnění. Před operací je důležité upravit anémii, kompenzovat diabetes mellitus, léčit příznaky celkové i místní infekce, hypertenze a preeklampsie. V dnešní době se všem ženám podávají antibiotika jako ochrana před zánětlivými komplikacemi. Důležitá je primární prevence tromboembolických komplikací, která je zároveň spojená s prevencí DIC. Ta spočívá v aplikaci heparinu a bandáži dolních končetin. Těhotná podstoupí před operací očistné klyzma a těsně před odjezdem na operační sál se jí zavede permanentní močový katétr, který zachycuje moč. Na celé přípravě se podílí anesteziolog, který se večer před plánovaným císařským řezem přichází domluvit na způsobu anestezie. V mnoha případech však dochází k akutnímu a neodkladnému císařskému řezu. V takových situacích se ženě provede jen nejnnutnější vyšetření a jiná opatření (Hanáková, 2015, s. 160).

### 2.5.2 Operační technika

Supracervikální transperitoneální řez se dnes využívá nejčastěji během císařského řezu. Během této operační metody lze využít dvou typů laparotomií. Dolní střední laparotomie se provádí v sagitální rovině mezi sponou a pupkem, řez dosahuje 10 – 12 cm.

V dnešní době je však na ústupu. Příčná suprapubická laparatomie – Pfannenstiel se provádí poloobloukovitě asi 2 cm nad sponou. Příčně přetíná kůži, podkoží i fascii, podélně protíná břišní svaly a perineum. Díky svému kosmetickému efektu se dnes řadí mezi nejvyužívanější operační techniku.

### **2.5.3 Operační metoda**

Při supracervikálním transperitoneálním císařském řezu se nejdříve protne viscerální peritoneum před úponem plic vesicouterina, kde je pohyblivá. Následně se posune močový měchýř spolu s touto řasou směrem dolů a díky tomu se odhalí přední část dolního děložního segmentu. Operatér pak provede příčný řez přes myometrium do děložní dutiny, v délce cca 4 cm a dvěma ukazovákem rozšíří ránu v poloobloukovitém směru. Musí však dávat pozor, aby se rána nerozšířila do děložních hran, kde je uložena vasa uterina. Dochází k porušení vaku blan a nejdříve se vybaví naléhající část plodu a později nastává porod celého plodu před ránu. Novorozenec se předává do neonatologické péče ihned po přerušení a podvázání pupečníku. Ženě se zatím aplikuje oxytocin a při děložní kontrakci dochází k vybavení placenty. Jestliže není vnitřní branka otevřená, tak se musí skrz děložní dutinu jemně dilatovat pomocí prstu. Tento výkon se ukončuje sešitím jednotlivých vrstev. Cervikokorporální císařský řez se provádí ve střední čáře, jeho kraniální část zasahuje do děložního těla a kaudální část do dolního děložního segmentu. Dnes se využívá především u předčasných porodů, kdy ještě není zcela rozvinutý děložní segment. Korporální císařský řez je veden ve střední čáře a směřuje od fundu dolů. Dnes se využívá naprosto mimořádně, například při mnohočetné myomatóze (Čech, 2014, s. 495).

## **2.6 Péče porodní asistentky o ženu v perioperačním období**

Perioperační péče vyjadřuje péči před, během a po operaci. Ošetrovatelská péče vychází ze zvyklostí zdravotnických oddělení a individuálních potřeb pacientů. Předoperační péče nelze časově ohraničit, je zahájena rozhodnutím o výkonu operace a končí předáním pacienta na operační sál. Jejím cílem je vytvoření co nejpříznivějšího prostředí pro zvládnutí operace a bezproblémové zotavení. Lze ji rozčlenit do určitých bodů, které se však společně prolínají (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 26)

### **2.6.1 Dlouhodobá předoperační příprava**

Závisí na celkovém zdravotním stavu a na plánovaném výkonu. Lékař ženě poskytne veškeré informace o nabízeném výkonu, možných alternativách, výhodách či nevýhodách spolu s riziky. Na závěr ženě ponechá prostor na možné dotazy. Tento rozhovor by měl být

završen podepsáním informovaného souhlasu. Lékař během předoperační přípravy zhodnotí veškerou zdravotnickou dokumentaci včetně anamnézy a fyzikálního vyšetření. Na základně shromážděných dat vyhodnotí rizikové faktory, které jsou potřebné pro pooperační péči. Dále indikuje veškerá předoperační vyšetření a žena je s sebou přinese v den nástupu do nemocnice. Vyšetření by neměla být starší více než 14 dní (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 26, 27).

### **2.6.2 Krátkodobá předoperační příprava**

Plynule navazuje na dlouhodobou, začíná 24 hodin před zahájením operace. Lékař a porodní asistentka během této doby zhodnotí veškeré dostupné informace a provedená předoperační vyšetření, v případě potřeby zajistí, provedení nových vyšetření dle svých kompetencí. Na základě těchto údajů z dokumentace anesteziolog rozhodne o vhodném typu anestezie a žena podepisuje informovaný souhlas s anestézií. Dále žena vyplňuje informovaný souhlas s podáváním informací. Porodní asistentka večer před výkonem podá ženě klystýr na očistu střev, aplikuje léky dle ordinace lékaře, zajistí hygienickou péči spolu s odlakováním nehtů a dezinfekcí pupku. Žena od půlnoci lační (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 34 – 35).

### **2.6.3 Bezprostřední předoperační příprava**

Probíhá v den operace a provádí se přibližně 2 hodiny před plánovaným císařským řezem. Porodní asistentka vyzve ženu, aby odložila veškeré šperky z těla, popřípadě piercingy. Následně ženě oholí operační pole dle typu řezu a zavede ji permanentní močový katetr. Preventivně přiloží na dolní končetiny bandáže nebo elastické punčochy spolu s aplikací nízkomolekulárního heparinu jako prevenci tromboembolické nemoci. Zajistí žilní přístup a aplikuje léky dle ordinace lékaře (infuzní terapie, premedikace, ATB). Hlavním cílem premedikace je zmírnění úzkosti a strachu před operací, snížení tvorby slin a žaludečních šťáv. Často využívanou skupinou léků v rámci premedikace jsou Analgetika opiátového typu, například Dolsin. Premedikace se podává buď perorálně, nebo intramuskulárně a vždy musí být zaznamenána do dokumentace. Porodní asistentka po té ženu poučí, že již nesmí vstávat z lůžka a musí dodržovat klidový režim. Také sleduje zdravotní stav těhotné a kontroluje, zda se na ženě neprojeví nějaké vedlejší účinky. Jestliže se jedná o akutní císařský řez, pak se premedikace provádí až na operačním sále (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 36).



#### **2.6.4 Intraoperační péče**

Poskytuje personál operačního sálu - operační tým. Začíná předáním pacienta v předsáli operačního sálu a končí předáním pacienta sestřám na standardní oddělení nebo na jednotku intenzivní péče (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 40).

#### **2.6.5 Pooperační péče**

Lze rozdělit na bezprostřední a následnou. Bezprostřední je poskytována ihned po operaci jako prevence pooperačních komplikací. Následná se zaměřuje na rehabilitaci a návratu k běžnému životu. Porodní asistentka po operaci pokračuje ve sledování fyziologických funkcí (krevní tlak, pulz, počet dechů, aj.) na jednotce intenzivní pooperační péče. Dle ordinací lékaře dále podává léky a tlumí bolest. V případě potřeby opakovaně vyšetřuje krevní obraz a hemokoagulaci. Sleduje ženin stav vědomí, krvácení, příjem a výdej tekutin. Pečuje o mikci a vyprazdňování, v případě potřeby podává druhý pooperační den ženě klyzma a postupně se převádí dieta z původní tekuté na kašovitou a později na racionální dietu. Porodní asistentka nesmí opomenout pooperační rehabilitaci a včasné vstávání. Také je nezbytné poskytnout nedělcce kontakt s novorozence co možná nejdříve a při nekomplikovaném průběhu se již od druhého dne novorozenec krátkodobě přikládá na kojení. Většina žen po císařském řezu je propouštěna do domácího prostředí pátý den, pokud však probíhá vše bez problémů, je možné opustit nemocniční prostředí dříve než pátý den (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 47).

### **2.7 Rekonvalescence**

#### **2.7.1 Celková péče o jizvu**

Ihned po porodu SC by se žena měla dotýkat svého břicha a to i kryté oblasti jizvy. Díky těmto dotykům se žena seznámí s velikostí břicha, citlivostí na dotyk a dechem. Po 3 – 6 hodinách se žena polohuje na bok, důležité je ženu upozornit, že první přetáčení je velmi nepříjemné a bez bolesti se to určitě neobejde. K prvnímu vstávání dochází nejčastěji po 24 hodinách a veškeré změny polohy by žena měla provádět kontaktem ruky v oblasti podbříšku. Často ženám napomáhá pro získání motivace a překonání bolesti jejich novorozené dítě. V šestinedělí je nezbytné kontrolovat stav jizvy. Hojící se jizva je bolestivá, ale bolí především při zatížení (vstávání z lůžka, pohybu). Maminky by měly být včas informovány o patologickém hojení rány - svědění, pálení, bolestivost, hnisání rány, výtok a krvácení z pochvy, horečka nad 38°, to jsou příznaky, při kterých by žena měla neprodleně navštívit lékaře. Po ukončeném šestinedělí péče o jizvu nekončí. Žena by si i nadále měla oplachovat oblast jizvy a okolí i nadále ošetřovat pomocí kalciové masti nebo třezalkového

oleje. Dle dermatologů se jizva hojí 12 – 24 měsíců, takto dlouho by měla trvat minimální péče o ni. Pokud žena otěhotní po předchozím císařském řezu, měla by pečovat o jizvu od prvních dní, ale i značnou dobu před samotným početím (Bajerová, 2018, s. 22 - 32).

### **2.7.2 Kojení po císařském řezu**

I po císařském řezu je kladen velký důraz na klokákování a kontaktní kojení. To je prospěšné pro dítě, protože to je podněcováno tělem maminky k častějšímu pokusu o sání. Na základě těchto faktů dochází k časnému zahájení laktace (Hanáková, 2015, s. 193). Jaká poloha je vzhledem k jizvě nejpříznivější pro kojení? Jednoznačně je to ta poloha, která je pohodlná mamince i miminku. Primárně se však doporučuje poloha vleže na boku a vsedě, kdy je miminko podloženo velkým polštářem (poloha Madony), ten vytvoří oporu a břicho se tak zbytečně nezatěžuje (Bajerová, rok, s. 24 – 26). Porodní asistentky by vzhledem k problematice kojení po císařském řezu měly ženě věnovat dostatečnou pozornost a být jí oporou. Důležité také je, aby ženě předaly informace ohledně stravy pro kojící maminky. Ta by se měla skládat z kvalitních, výživově bohatých potravin, které nijak nedráždí střevní peristaltiku novorozence. Jedním z nejdůležitějších prvků, které bych ráda uvedla vzhledem k operační jizvě, je bezpochyby železo. To nám zajišťuje tvorbu červených krvinek a řadu vitálních funkcí. Mezi ně patří: růst, reprodukce a pro nás stěžejní hojení ran. Denní doporučená dávka železa u kojících maminek se pohybuje okolo 20mg/ den a jeho nepřítomnost v potravě může vést k anémii a častějším infekcím v období šestinedělí. Z tohoto důvodu je nezbytné hlídat si jeho příjem a nepodceňovat jeho význam v potravě. Železo nalezneme v masu, listové zelenině, sušeném ovoci a v dalších potravinách (Nováková, 2012, s 17, 19, 20, 24).

### **2.7.3 Psychický stav ženy vzhledem k prodělanému císařskému řezu**

Psychika žen je v období šestinedělí ovlivněna řadou hormonálních změn, které probíhají po porodu v organismu. K těmto změnám se také připojují fyzické změny a adaptace na novou sociální roli – matky. Důležitým aspektem, který se podílí na psychice ženy, jsou zážitky spojené s proběhlým porodem. Čím více se žena těšila na přirozený porod, tím větší bývá její zklamání po porodu císařským řezem. Ženy po tomto zážitku většinou pronásledují pocity selhání a nízkého sebevědomí. Zároveň mají výčitky svědomí, že sebe i své dítě připravily o unikátní zkušenost přirozeného porodu. Proto je nutné zajistit ženám již na oddělení šestinedělí dostatečnou psychickou podporu a podnítit je hovořit o svých pocitech a trápeních. V případě potřeby je také možná komunikace s psychologem (Brzosková, 2010, s. 23).

### **3 VAGINÁLNÍ POROD PO CÍSAŘSKÉM ŘEZU**

*„Vaginální vedení porodu po císařském řezu (vaginal birth after caesarean section – VBAC) je alternativou elektivního opakovaného císařského řezu (elective repeat caesarean section – ERCS) u žen s císařským řezem v anamnéze“ (Pařízek, 2012, s. 203).*

#### **3.1 Úvod do problematiky vaginálního porodu po císařském řezu**

Těhotným ženám, které podstoupily císařský řez v předchozím těhotenství, musí být poskytnuto dostatek kvalitních informací, aby se mohly rozhodnout, zdali se pokusí o vaginální porod po císařském řezu, anebo zvolí plánovaný, opakovaný císařský řez. Na základě většiny studií je zjištěno, že tři čtvrtiny žen pokoušející se o vaginální porod jsou úspěšné, se skvělými výsledky pro matku i dítě (Buckley, 2016, s. 262).

Díky neustále zvyšujícímu se počtu císařského řezu, se čím dál tím častěji setkáváme se ženami, které mají císařský řez v anamnéze. Ty by se měly již v těhotenství poradit s porodníkem o vedení porodu. Ten musí odhalit, z jakého důvodu byl vykonán císařský řez, zjistit typ operace a jaký byl stav pooperační rány spolu s jejím hojením. Vedení porodu je závislé na zhodnocení rizik obou možností ukončení porodu. Klíčovým rizikem VBAC je častější ruptura dělohy. Strach o bezpečí matky a dítěte vede ke sníženému využití VBAC ve vyspělých zemích. Na druhé straně riziko z ERCS (volený, opakovaný císařský řez) vychází z opakovaného operačního výkonu a patří sem anesteziologické komplikace, poranění orgánů malé pánve, prodloužená hospitalizace, výskyt respiračních onemocnění u novorozence a hojnější komplikace v dalším těhotenství. Prosperita VBAC je závislá na řadě faktorů, které mohou hrát důležitou roli při rozhodování o vedení porodu (Pařízek, 2012, s. 203; Čech, 2014, s. 499).

#### **3.2 Podmínky k vaginálnímu porodu po císařském řezu**

Mnoho indikací, které vedou k císařskému řezu, se v následujícím těhotenství nemusí opakovat. V případě, že není přítomna žádná kontraindikace vaginálního porodu je možné, vést další porod přirozenou cestou, při pečlivém sledování. Zdravotní personál přísněji hodnotí průběh porodu, který by neměl být za žádnou cenu komplikovaný. Jednou z podmínek je, aby váha plodu nepřesahovala více než 4000g a plod byl v poloze podélné hlavičkou. Příčný řez v dolním děložním segmentu po předchozím císařském řezu musí být zdokumentovaný a velikost jizvy musí být více než 2 mm. Ve výjimečných případech se můžeme setkat s řezem korporálním nebo cervikokorporálním, u těchto řezů se primárně doporučuje tubulární sterilizace, (kterou ženy schvalují podepsáním informovaného

souhlasu) protože již samotné těhotenství je velice rizikové pro nebezpečí ruptury dělohy a následující spontánní porod je absolutně kontraindikovaný. Během porodu není doporučovaná aplikace větších dávek oxytocinu a prostaglandinu v I. a II. době porodní. U těchto žen se také intenzivněji monitoruje plod během porodu a je možné využít epidurální analgezii. Snaha o násilnou expresi je přísně kontraindikovaná. Císařský řez se vždy opakuje po komplikovaném hojení děložní stěny a při trvalé indikaci. Dalšími kontraindikacemi vaginálního porodu jsou stavy po rozsáhlejších poraněních dělohy, při velkém plodu, při kefalopelvicím nepoměru, při vícečetném těhotenství, při jiné poloze plodu než záhlavím nebo při změněném množství plodové vody. Jednoznačnou indikací jsou více než dva císařské řezy v anamnéze. V průběhu vaginálně vedeného porodu jsou sekundárně operační indikací dystokie, rigidita hrdla a branky a počáteční příznaky hrozící děložní ruptury. Správně indikované a úspěšné odvádění spontánních porodů po předchozím císařském řezu svědčí o vysoké úrovni porodnického pracoviště a je pro ženy cenným řešením, a to nejen z hlediska další gestace (Čech, 2014, s. 499; Pařízek, 2012, s. 203; Marešová, 2018, s. 347).

### 3.3 Možná rizika a komplikace

Největším rizikem pro ženu, která rodí vaginálně je riziko ruptury dělohy, posuzované riziko u pokusu vaginálního porodu po předchozím císařském řezu je 1 ku 200, vůči 1 ku 600 u plánovaného opakovaného císařského řezu. Ruptura dělohy se může projevit jako drobná dehiscence rány, kdy se rána začne pomalu sama otevírat. V některých případech dochází k ohrožení života matky i plodu. Britská, královská asociace porodníků a gynekologů prohlašuje: „*Ženy, jež přemýšlí o vaginálním porodu po císařském řezu, by měly vědět, že spontánní porod v porovnání s císařským řezem zvyšuje perinatální mortalitu o 2 – 3 případy z 10 000*“ (Buckley, 2016, s. 262). Většina institucí doporučuje neustálou monitoraci plodu během porodu, aby se popřípadě včas zachytily příznaky ruptury dělohy. Také je vhodné rodit na místě, kde je v případě potřeby, možné provést neplánovaný císařský řez (Buckley, 2016, s. 262, 263).

Zahraniční literatura uvádí, že riziko ruptury děložní se zvyšuje v závislosti na způsobu porodu a použité indukci. Nejmenší riziko (1 %) se udává u opakovaného císařského řezu, při pokusu o vaginální porod se samovolným začátkem riziko mírně stoupá na 3,3 procent, u indukovaného porodu při, kterém nejsou podávány prostaglandiny je to 4,9 % a nejvyšší riziko ruptury děložní hrozí u indukovaného porodu s využitím prostaglandinů 15,5 %.

Další komplikací může být placenta adherens, accreta, increta a percreta. Placenta adherens se označuje tehdy, když odlučovací vrstva je fyziologicky v decidua basalis, ale vazivová septa jsou zpevněná. V případě, že placentární klky jsou přímo spojené s myometriem, ale nevrůstají do něj, pak se jedná o placentu accreta. Jestliže placenta zasahuje svými fixačními klky až do hloubky myometria, hovoříme o placentě increta. Nejzávažnějším typem je placenta percreta, která zcela prorůstá svalovinu až do perimetria, v některých případech může prorůstat až do okolních orgánů, nejčastěji do močového měchýře. Predilekční místo je jizva po císařském řezu. Výskyt této závažné komplikace je závislý na počtu císařských řezů v anamnéze, čím vyšší počet císařských řezů, tím je vyšší riziko. Během vaginálního porodu nezpůsobuje téměř žádné potíže. Placenta accreta se většinou pozná až při neúspěšném vybavení placenty ve třetí době porodní. V tomto případě je potřeba ihned aplikovat uterotonika a rodičku dopravit na operační sál. Ženě je podaná celková anestezie a Bummovou kyretou se lékař pokusí o vybavení placenty. V případě, že se pokus povedl a krvácení ustává, tak se dále volí konzervativní postup. Pokud však krvácení dále přetrvává, je nezbytné včas zvážit provedení postpartální hysterektomie. Toto rozhodnutí může ženu uchránit před rozvinutím hemorrhagického šoku spolu s rozvojem syndromu DIC (Najmanová, 2016, s. 26; Pařízek, 2012, s. 145, 146).

Jestliže VBAC není úspěšné a končí akutním císařským řezem, hrozí dvakrát větší zdravotní problémy, než pokud by se vykonala plánovaná operace. Určité komplikace, například poranění močového měchýře a střeva mohou být častější u žen, které podstoupily císařský řez po plánovaném VBAC. I přesto je 70 – 80 procent plánovaných VBAC úspěšných a nesou nižší rizika než císařský řez (Churchill, 2010, s. 27)

### **3.4 Přednosti a výhody**

Ženy, které zvolí vaginální porod, mohou přijet do nemocnice dříve, jsou tak více uvolněné a jsou méně vystavené zákrokům, jež sledují progresi jejich porodu. Méně intervencí během porodu znamená větší pravděpodobnost úspěšného vaginálního porodu. Doma mohou využít teplou vanu, která jim umožní pozdější příchod do porodnice. Žádaná zkušenost pro některé ženy spočívá také v možnosti zvolit si porodní plán, tato zkušenost jim často vynahrazuje negativní zážitky z císařského řezu. Dalším pozitivem je možnost pohybu. Ten napomáhá lepší progresi a je tak možné najít co nejpříjemnější polohu na zvládání porodní bolesti během kontrakcí. Během porodu není striktně zakázaný příjem potravy a tekutin. Doporučovaná je však konzumace lehce stravitelných pokrmů. Ty by měly být složeny ze sacharidů, které působí dlouho a pomalu uvolňují potřebnou energii.

V případě potřeby mohou ženy zažádat o epidurální anestezii. To je forma regionální anestezie, kterou podává anesteziolog mezi obratle L3 – L4. Anestezii je vhodné aplikovat alespoň na brance 4 cm. Ženy, které využijí epidurální anestezii, však musí být po celou dobu monitorovány (Churchill, 2010, s. 16 - 21). Po vaginálním porodu mají ženy jedinečnou možnost zakusit bonding. Ten se provádí ihned po porodu na porodním sále, kde je právě narozené miminko položeno mamince na břicho a prsa. Bonding slouží k vytvoření raného spojení mezi rodiči a novorozencem během prvních hodin po porodu. Při nerušeném bondingu se dítě v prvních minutách nalézá v nerušené bdělosti a hledí matce do očí. Později si začne olizovat ručičky a pomalu se přesunuje k bradavce, kterou očichává, olizuje a postupně směřuje k prvnímu samopřisátí (Hanáková, 2015, s. 154). Zásadní je také pocit spokojenosti, pramenící z úspěšného dosáhnutí vaginálního porodu. Ten dodá ženám na sebedůvěře a sebehodnocení. Všeobecně je známo, že ženy po spontánním porodu trpí menší morbiditou, vyskytuje se u nich menší postpartální infekce a jsou kratší dobu hospitalizované než ženy, které se rozhodly pro opakovaný císařský řez (Sinclair, 2004, s. 213). Závěrem bych ráda zmínila, že VBAC je vhodné pro ženy, které plánují větší rodinu. Císařský řez se pojí se zjizvením na děloze, které ztěžují další operace a zvyšuje riziko placentárních problémů při těhotenství (Churchill, 2010, s. 33).

### **3.5 Specifika péče porodní asistentky o ženy s vaginálním porodem po císařském řezu**

Již v ambulantní péči je nezbytné, aby porodní asistentky zacházely s těhotnými ženami, které porodily císařským řezem jako s rizikovými. To znamená, že mají zvláštní povinnosti, které jsou závislé na standartu jednotlivé ambulance. Tato péče se primárně vyvíjí od jednotlivých potřeb každé ženy.

Porodní asistentka na porodním sále získává informace z osobní anamnézy. Zde je důležité, aby zjistila průběh předchozího těhotenství, porodu a období šestinedělí. Při sběru anamnézy ji také zajímá způsob provedení císařského řezu a okolnosti, které nastaly před císařským řezem. Ty by mohly ovlivnit nynější porod. Porodní asistentky vykonávají nejen vyšetření plodu a ženy, ale měly by se také zaměřit na psychologickou podporu ženy (Velemínský, 2011).

Důležitým faktorem pro ženy, které se rozhodly pro VBAC je, aby se svěřily do péče člověku, v něhož mají důvěru a který má s tímto porodem dostatek zkušeností. Pro mnohé ženy je výhodné, když se o ně stará po celou dobu pouze jedna porodní asistentka, které

mohou plně důvěřovat. Ta by měla být natolik empatická, aby dokázala u ženy rozpoznat obavy a strach, které je mohou během VBAC ochromit a v tom případě ji ochotně pomoci (Goer, 2002, s. 239, 242).

Na porod se musí porodní asistentka i doprovod naladit. Rodička musí cítit, že jsou ji všichni plně k dispozici a skutečně ji doprovázejí během jejích porodních bolestí. Porodní asistentka by měla zajistit klidné prostředí, aby se v něm žena cítila pohodlně a co nejvíce v bezpečí (Stadelmann, 2009, s. 199). Tato individuální péče je založená na velké podpoře rodičky svou neustálou přítomností a dodáváním sil. Porodní asistentka by měla být během porodu pružná a vycházet vstříc individuálním potřebám ženy a zároveň nezapomínat na její emoce (Goer, 2002, s. 250, 267).

## **PRAKTICKÁ ČÁST**

### **4 FORMULACE PROBLÉMU**

V současné době dochází k nárůstu vaginálních porodů po císařském řezu. Toto téma je však pro většinu odborné porodnické společnosti stále kontroverzní. Vaginální porod po předešlém císařském řezu má své výhody i nevýhody a tak není vhodné k tématu přistupovat s paušalizujícím přístupem. Dovolím si nyní položit otázku: Jaké jsou výhody a nevýhody vaginálního porodu po předešlém císařském řezu?



## **5 CÍL A ÚKOLY PRÁCE**

### **5.1 Hlavní cíl**

Hlavním cílem této práce je popsat problematiku vaginálního porodu po císařském řezu.

### **5.2 Dílčí cíle**

- 1) Popsat prožitky a zkušenosti ženy s vaginálním porodem po císařském řezu.
- 2) Porovnat zkušenosti a prožitky ženy s porodem císařským řezem a vaginálním porodem.
- 3) Zjistit subjektivně vnímanou roli porodní asistentky, která pečovala o ženu v období těhotenství, porodu a po porodu.
- 4) Zjistit spokojenost ženy s podanými informacemi v souvislosti s vaginálním porodem po císařském řezu.
- 5) Vytvořit doporučení pro porodní asistentky, které pečují o ženy rodící vaginálně po císařském řezu.

## 6 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Výběr případu byl zcela záměrný. Pro tento výzkumný účel jsem hledala dvě respondentky, které porodily nejdéle před dvěma lety vaginálním porodem své dítě, přičemž mají v anamnéze předešlý císařský řez. Časové rozmezí dvou let jsem si vybrala z toho důvodu, aby si žena dokázala vybavit své pocity a prožitky a zároveň pro ni nebyla celá situace, tak vzdálená. Další kritéria jako například věk, vzdělání či rodinný stav pro tento výzkum nebyla rozhodující. Ženy jsem oslovila, při našem setkání v porodnici.

Respondentka A je 30 letá žena, která porodila v roce 2015 plánovaným císařským řezem a v roce 2018 porodila vaginální cestou. Před zahájením rozhovoru podepsala žena informovaný souhlas s nahráváním zvukového záznamu, který jí seznámil s tím, že bude zachována její anonymita, nemusí odpovídat na otázky, které ji budou nepříjemné a může kdykoliv rozhovor ukončit a odejít. Informovaný souhlas je uveden v příloze. V práci místo jména používám pseudonym.

Respondentka B je 42 letá žena, která porodila v roce 2014 akutním císařským řezem a v roce 2018 porodila vaginálně. Před zahájením rozhovoru podepsala žena informovaný souhlas, který jí seznámil s tím, že bude zachována její anonymita, rozhovor bude nahráván na zvukový záznam a nemusí odpovídat na otázky, které jí nebudou příjemné. Informovaný souhlas je uveden také v příloze. Opět jsem využila pseudonym na ochranu jména respondentky.

## **7 METODIKA PRÁCE**

Pro získávání informací pro mou bakalářskou práci jsem zvolila kvalitativní výzkum. Tento typ výzkumu mi umožnil podrobně se zajímat o dvě klientky s danou problematikou vaginálního porodu po císařském řezu.

K výzkumnému šetření jsem si zvolila metodu případové studie (case study). V základních otázkách se zaměřuje na rodinnou, osobní a gynekologickou anamnézu, později na průběh těhotenství a porodů. Etiologie vaginálního porodu po císařském řezu není přesně známá, proto je vhodná kombinace metod pozorování, rozhovoru a důkladné analýzy anamnézy. Tato metoda pomáhá vnímat ženu v bio-psycho-socio-spirituální rovině.

## 8 ORGANIZACE VÝZKUMU

První setkání proběhlo s respondentkou A, v restauraci v Plzni, v odpoledních hodinách. Setkání trvalo celkově přibližně 1, 5 hodiny, z něhož délka zvukového záznamu je přibližně 55 minut. Se svolením respondentky byl rozhovor nahráván na mobilní telefon a probíhal na základě polo strukturovaných otázek. Respondentce jsem se snažila poskytnout co největší prostor pro zodpovězení otázek a vyjádření všech svých emocí a pocitů.

Druhé setkání proběhlo s respondentkou B, v kavárně v Plzni, v odpoledních hodinách. Setkání trvalo přibližně 1 hodinu a 15 minut, z čehož délka zvukového záznamu je přibližně 55 minut. Se svolením respondentky byl rozhovor nahráván na mobilní telefon. Rozhovor probíhal na základě stejných polostrukturovaných otázek, které jsem pokládala i respondentce A. Činila jsem tak z důvodu, abych jejich odpovědi mohla později porovnat.

Výzkum probíhal od února do března 2019.

## **9 KAZUISTIKA A**

Tato kazuistika se týká celkového popisu případu u respondentky A, kterou jsem si vybrala pro mé výzkumné šetření. Zpočátku začínám popisem anamnézy, poté celý případ rozdělují do jednotlivých období.

Jméno respondentky je pro zachování anonymity zaměněno pseudonymem.

### **9.1 ANAMNÉZA**

Má první respondentka pro výzkumné šetření je paní Adéla H. Je narozena v roce 1989 a žije v malém městečku nedaleko Plzně, se svým manželem, dcerou a synem.

#### **9.1.1 Osobní anamnéza**

Během dětství paní Adéla prodělala běžná dětská onemocnění. Ve věku tří let, tedy v roce 1992 podstoupila operaci očí.

V období dospělosti se léčila se syndromem karpálního tunelu.

Žádné alergie neudává.

#### **9.1.2 Rodinná anamnéza**

Adélina matka je plně zdravá a s ničím se neléčí. Její otec měl rakovinu ledvin, ze které se úspěšně vyléčil. Babička z paternální strany se léčí s hypertenzí.

#### **9.1.3 Gynekologická a porodnická anamnéza**

Menarche paní Adéla dostala ve věku 14 let. Menstruační cyklus uvádí jako nepravidelný, v časovém rozpětí 31 – 52 dnů. Bolesti během menstruace popisuje mírného stupně, krvácení je prý středně silné.

Hormonální antikoncepci respondentka užívala od roku 2004 - 2014. S jejím užíváním byla spokojená a vysadila ji jen z důvodu plánovaného těhotenství. Po vysazení hormonální antikoncepce respondentka dostala spontánní menstruaci přibližně po 40 dnech.

Paní Adéla neuvádí žádné gynekologické problémy, které by ji provázely během jejího reprodukčního období.

Koncem roku 2014 spontánně počala, a v roce 2015 v srpnu porodila plánovaným císařským řezem dceru s váhou 3100 gramů, délka nebyla změřena z důvodu KP. Dcera je v současné době plně zdravá.

V roce 2018 spontánně otěhotněla po druhé, a v listopadu porodila přirozenou cestou syna s váhou 3700 gramů a délkou 52 centimetrů. Syn je v současné době plně zdrav.

#### **9.1.4 Sociální anamnéza**

Paní Adéla je vdaná a bydlí v rodinném domě v nejmenovaném městě poblíž Plzně. V domácnosti žije se svým manželem, dcerou a synem. Jejich domov s nimi sdílí také dva psi, které rodina vnímá jako plnohodnotné členy. S manželským soužitím je spokojena. Respondentka i její manžel jsou oba české národnosti.

Paní Adéla vystudovala střední odborné učiliště a před otěhotněním byla zaměstnaná v restauraci, na pozici servírky. Její manžel pracuje jako technik a narodil se v roce 1986. Na finančním zajištění rodiny se podílejí oba dva.

Primární rodina respondentky se skládá z matky a otce. Žádné sourozence paní Adéla nemá.

## **9.2 Průběh prvního těhotenství**

Paní Adéla zpočátku udává, že měla bezproblémové těhotenství, později však vzpomíná: „*Na začátku těhotenství, přibližně ve druhém měsíci mi pan doktor dělal ultrazvukové vyšetření a našel mi hematom v děloze. Tato informace mě překvapila, protože jsem to vůbec nečekala, neměla jsem žádné obtíže, krvácení nic.*“ Na základě tohoto zjištění šla paní Adéla na rizikové těhotenství: „*Opravdu jsem to uvítala, bylo naprosto boží, moct si pořádně odpočinout.*“ Hematom Adélineho těhotenství nijak dál neovlivňoval a výsledky všech provedených vyšetření byli v normě, včetně screeningu chromozomálních aberací v prvním trimestru. Zmiňuje však, že během těhotenství trpěla na syndrom karpálního tunelu. Ten si pravděpodobně způsobila díky svému povolání servírky.

Co se týče partnerského života, tak paní Adéla udává, že její manžel jí byl velkou oporou během těhotenství a pečoval o ni. Žádného předporodního kurzu se s manželem nezúčastnili. „*Neměla jsem potřebu navštěvovat žádné kurzy pro těhotné. Já mám tu výhodu, že mám kamarádku porodní asistentku, které jsem mohla kdykoli zavolat a ona mi poradila. Takový přítel na telefonu (Směje se).*“

Pomocí ultrazvukového vyšetření ve III. trimestru gynekolog zjistil, že se plod nachází v poloze koncem pánevním. „*Můj gynekolog je velmi opatrný a řekl mi špatné zkušenosti s tím, co by se mohlo všechno stát během spontánního porodu a já jsem prostě přes všechna tyto rizika přirozeně родit nechtěla.*“ Paní Adéla udává, že veškeré informace

o porodu koncem pánevním i císařským řezu byly podány gynekologem a jejich rozsah vnímala jako dostatečný. I přes to se však radila ještě se svou kamarádkou porodní asistentkou, která ji doporučila, aby se pokusila porodit spontánně: *„Moje kamarádka mi řekla, že by se okolo mě točilo hodně lidí, ale dala bych to, jenže já opravdu nechtěla riskovat zdravím mojí holčičky.“* O operativním vedení porodu si paní Adéla zjišťovala informace nejen od svého gynekologa a kamarádky, ale také z internetových zdrojů a od své maminky, která ji také porodila císařským řezem: *„Moje maminka rodila normálně a nakonec ji stejně před finálem fikli, protože jsem prý měla silně obmotaný pupečník kolem krku, tak to bych zažít nechtěla. Ta mi právě vyprávěla, že se z toho dostávala hodně dlouho. Měla v té době, ale ještě celkovou anestezii a podélný řez, tak je možné, že to na to mělo taky vliv.“* Její negativní zkušenosti ji však od plánovaného císařského řezu neodradily.

### 9.3 Císařský řez

Lékaři měli na základě ultrazvukové vyšetření podezření na oligohydramnion, a tak byl paní Adéle stanoven termín císařského řezu na 38. týden těhotenství. *„Nepociťovala jsem žádnou obavu z císařského řezu a naopak bylo fajn vědět, kdy se mi narodí dítě.“* Den před plánovaným výkonem byla paní Adéla hospitalizovaná v jedné plzeňské porodnici. Během dne se za ni stavil anesteziolog, se kterým se domluvili na anestezii během porodu: *„O anestezii jsem měla jasno ještě dřív, než vůbec pan anesteziolog dorazil. Přála jsem si spinální anestezii, protože jsem chtěla vidět holčičku hned po porodu a naštěstí mi to bylo umožněno.“* Ještě téhož večera přišel paní Adélu navštívit pan docent a snažil se ji domluvit, aby rodila vaginálně: *„K večeru se za mnou stavil ještě pan docent a přemlouval mě, ať to ještě zkusím normálně, ale já jsem měla strašně informací o tom, ať to nedělám a nerodím konec pánevní normálně. Odhad byl něco málo před tři kila, ale já to prostě nechtěla. Hrozně jsem se bála, že bych jí mohla ublížit a nebylo to kvůli tomu, že bych nechtěla zažívat tu bolest, ale prostě jsem se bála o ni.“* Tuto situaci popisuje paní Adéla jako krajně nepříjemnou a ještě nyní na ni bylo vidět rozrušení při vyprávění.

Od půlnoci již paní Adéla nemohla jíst ani pít a kolem sedmé hodiny ráno vstala, aby ji porodní asistentka připravila k plánovanému císařskému řezu: *„Sundala jsem si veškeré šperky a svlékla jsem se do naha. Porodní asistentka mi zavedla kanylu a močovou cévku. Dále zkontrolovala, jestli jsem dostatečně oholená a zabandážovala mi nohy, pak už mi dala jen něco kapat a čekalo se, až pojedeme.“* Celou dobu přípravy byl s paní Adélou přítomen její manžel a vzájemně byli sami sobě oporou. U porodu však přítomný nebyl.

Po císařském řezu bylo dítě ukázáno, ale samotný bonding neproběhl. Paní Adéla to shrnula následovně: „*Ukázali mi ji a pak ji odnesli pryč. Dá se, ale říct, že jsem měla privilegium, protože mi ji ukázali hned po porodu, když ještě nebyla osušená a měla ještě pupečník. To mi právě zařídila moje kamarádka porodní asistentka.*“ Novorozenec byl následně předán dětské sestře a doktorce, které provedli první ošetření na porodním sále. Po té co byla holčička oblečená a zabalená v peřince, tak ji porodní asistentka přinesla paní Adéle ukázat krátce ještě jednou.

Později byla paní Adéla odvezena na jednotku intenzivní péče, kde byla pod dohledem zdravotnického personálu a mohla, tak v klidu odpočívat po prodělané operaci. Přibližně po 5 hodinách přivezla sestřička z neonatologického oddělení novorozence na první přísátí k prsu. „*Sestřička co mi přinesla malou ukázat, se mi ji snažila přiložit k prsu, ale vlastně to nijak neprobíhalo, protože malé se vůbec nechtělo.*“ Tento pokus o první přísátí trval dle slov paní Adély přibližně 5 minut. Ze samotného pobytu na observačním pokoji byla paní Adéla nadšená a tvrdí, že tam byl moc příjemný personál i atmosféra. „*Bylo to naprosto boží, kdyby se o mě někdo staral tak doma. Chtěla bych ty sestřičky domů, opravdu se mi tam líbilo docela dost,*“ odpovídá se smíchem.

#### **9.4 Rekonvalescence po císařském řezu**

Následující ráno byla paní Adéla převezena na oddělení šestinedělí, kde poprvé vstávala za asistence sestřičky. Ta na ni dohlížela, aby se jí něco nestalo. „*Sestřička se mnou vstala, došla se mnou na toaletu a do sprchy. Ani na chvíli mě nenechala samotnou a po celou dobu si se mnou povídala a říkala mi, jak mám pečovat o jizvu. Musím říct, že jsem se cítila mnohem lépe, než jsem vůbec kdy očekávala.*“ Paní Adéla už byla natolik schopná, že požádala zdravotní personál, aby ji holčičku již neodnášeli a nechali ji o ni pečovat v průběhu celého dne i noci. „*Dceru mi chtěli nosit jen na kojení, ale odmítla jsem je, opravdu mi nic nebylo a cítila jsem se naprosto fit. Mé jediné přání bylo, mít ji konečně u sebe a moci se o ni starat.*“ Adélino přání všichni respektovali, a tak měla svou dceru od té doby u sebe.

Pohyb okolo dítěte snášela paní Adéla velmi dobře a bolest vnímala jako snesitelnou. Uvádí však: „*Už před plánovaným císařem jsem začala užívat homeopatika, která jsou přímo určená na císařský řez. Ty mi doporučila moje kamarádka. Je možné, že mi dost pomohla, ale nevím, nejsem si jistá, zda to mohlo mít opravdu vliv.*“ Během pobytu ji bylo doporučeno, aby zpočátku omývala jizvu čistou vodou a nepoužívala žádné sprchové gely či jakékoliv krémy na tuto oblast. Paní Adéla dále vzpomíná: „*Vlastně mi dali typ na*



*konopnou mast, ale řekli mi, že nemají žádné informace, co to udělá s miminkem. Nemyslím si, že by to mohlo nějak ovlivnit dítě, ale raději jsem ji nevolila.“ Přibližně v období, kdy jí začali vypadávat stehy, začala poprvé pečovat o jizvu: „Jizvu jsem si začala mazat vepřovým sádlem po každé sprše. Postupem času to už bylo spíš závislé na tom, jak jsem si zrovna vzpomněla. Jizva nebolela, ale byla spíš necitlivá. Ted' mám jizvu krásnou.“*

Z celé situace císařského řezu má zpětně paní Adéla pozitivní pocity. Krátce po porodu a přibližně ještě celý rok po té to však, tak nebylo: „*Hrozně dlouho jsem bojovala s tím, že jsem nepřivedla tu malou na svět normálně, že jsem ji o něco připravila, a že sebe jsem o něco připravila. Dneska musím zpětně říct, že jsem ji o nic nepřipravila a ani sebe jsem o nic nepřipravila, ale strašně dlouho jsem s tím bojovala, že jsem já selhala, že já jsem matka na prd, ale ted' zaplat' pánbůh potom, co jsem to mohla srovnat, vím, že jsem měla zbytečné starosti.“* Paní Adéla uvádí, že tyto myšlenky pravděpodobně pramenily z článků, které si četla na internetu, ale určitě byly také zapříčiněny i jejím vlastním sebehodnocením, „*Dlouho, dlouho mi to bylo líto. Prostě všude, když čtete ty chytrý články, má to být přirozený, tak je to podle přírody, a že matky, které si vyberou císaře, jsou srabi, tak mně to bylo líto, ale na druhou stranu já jsem věděla, že jsem to udělala pro ni, ne pro sebe. Nicméně ted' svého rozhodnutí v žádném případě nelituji a jsem vděčná, že jsem ji to neudělala a netahala ji za zadek ven.“*

Jediné na co má paní Adéla výtku ohledně lékařů, kteří o ní pečovali je to, že ji nikdo nenabídl obrat zevními hmaty, o kterém během svého prvního těhotenství nevěděla a určitě by tuto alternativu ráda vyzkoušela: „*V televizi jsem koukala na pořad Malý lásky a dělali tam hmat na otočení plodu. Vůbec jsem nevěděla, že to existuje, takže mi bylo líto, že mi to nikdo nenabídl. Já jsem svítila baterkou, jak to šlo, ale neotočila se a do dneška je tvrdohlavá (usmívá se). Na jednu stranu jsem ráda, že jsem si mohla prožít oboje.“*

## **9.5 Průběh druhého těhotenství**

S druhým těhotenstvím vzplanula u paní Adély naděje, že by mohla druhé dítě porodit přirozeně, a tak si i trochu vynahrádít pocity sebeuznání, které ji z předchozího porodu chyběly. „*Chtěla jsem si to prostě zažít, myslím si, že by si to měla zažít každá žena, to k tomu prostě patří.“* Paní Adéla měla samozřejmě jisté ponětí o tom, že vaginální porod po císařském řezu s sebou nese určitá rizika: „*Jediné čeho jsem se opravdu bála, bylo to, aby mi nepraskla jizva na děloze, přesto jsem cítila, že pokud nenastanou komplikace, tak se o to chci alespoň pokusit.“*

Rozsah informací, které paní Adéla získala od svého ošetřujícího gynekologa, se jí nezdál dostatečný, a tak dále pátrala po informacích, které sbírala především z internetových zdrojů. Díky tomu byla poměrně dobře obeznámena s veškerými podmínkami, které musí splňovat, pokud chce родit přirozenou cestou. Adéla dále udává, že ošetřující gynekolog zareagoval takto: „*V podstatě mi řekl, že by mi doporučoval znovu císařský řez, ale to jsem si postavila hlavu a dál to už se mnou gynekolog nijak extra neřešil.* Porodní asistentka u ošetřujícího gynekologa se jí prý nijak zvlášť nevěnovala a dělala pouze běžná vyšetření. Péče zaměřená více na psychickou oblast, ji však byla vynahrazena její kamarádkou, porodní asistentkou. Ta si udělala čas nejen na vyslechnutí změn, které žena pociťuje s plynoucími dny a týdny, ale také na předání informací ohledně nadcházejících vyšetření či uklidnění jejích pocitů. „*Ona je prostě skvělá, je to držka a proto ji mám taky ráda (usmívá se).* Díky tomu bylo mnohem jednodušší se jí svěřovat.“

Zdravotnický personál v nemocnici, na ambulanci si paní Adéla moc chválí: „*Chovali se ke mně vlastně přednostně. Vyzývali mě díky tomu předchozímu císaři jako první na vyšetření. To se mi líbilo, nejsem na to moc zvyklá.*“ Jediné rozrušení, které však nastalo během konzultace, bylo krátce před termínem porodu. Lékařka změřila pomocí ultrasonografického vyšetření plod a váha odpovídala čtyřem kilogramům. Na základě tohoto faktu bylo paní Adéle oznámeno, že bude muset podstoupit další plánovaný císařský řez. „*Rozbrečela jsem se, opakovala jsem stále dokola, že chci родit normálně. Bylo mi to strašně líto.*“ Na základě této reakce lékařka raději přivolala zkušenou kolegyni, která plod přeměřila znovu a stanovila váhový odhad na 3700 gramů, a tak si paní Adéla mohla splnit své přání a родit spontánně. „*Myslím si, že by mě, ale paní doktorka nepřeměřila, kdybych se nerozbrečela.*“ Chování zdravotnického personálu na porodním sále paní Adéla nedokáže moc zhodnotit, protože přesné vzpomínky nemá, ale spíše jenom střípky. Nicméně si není vědoma, že by se k ní někdo choval nějak nevhodně.

## **9.6 Vaginální porod**

Samotný porod byl zahájen odtokem plodové vody. Ta otekla v půl jedenácté. Paní Adéla se po jejím odtoku ještě osprchovala a vyrazila do porodnice. Zpočátku nepociťovala žádné kontrakce, a tak byla uložena na těhotenském pokoji. Později okolo páté hodiny již měla paní Adéla pravidelné děložní kontrakce po pěti minutách, a tak byla přeložena na porodní pokoj. Tam jí porodní asistentka na základě jejího souhlasu aplikovala klystýr: „*Dali mi klystýr a pak už jsem byla celou dobu jen na té koze a monitorovali mě. To pro mě bylo strašný, těšila jsem se, jak se budu moct pohybovat a nešlo to.*“

Okolo šesté hodiny do porodnice dorazil Adélin manžel a přibližně v tu samou dobu se měnila služba porodním asistentkám. „*Porodní asistentka byla boží. Pomáhala mi dost psychicky a zapojila i mého manžela do porodu, díky tomu mi byl skvělou podporou. Nechci říct, že můj muž je bábovka, ale její chování ho dost uklidnilo a tak se choval uvolněně a věnoval se více mně.*“ Na otázku zda měla nějaké porodní přání, mi paní Adéla odpověděla: „*Nejsem člověk, který by to chtěl ostatním komplikovat, takže jsem žádné porodní přání neměla. Nejsem ta, která by někam přišla a řekla, chci, aby to bylo takhle, takhle a takhle. Nemám to tak prostě, jsem ovečka, poslouchám (směje se).*“

Během porodu ženě pomáhalo, když byla přítomna porodní asistentka. Hodnotí, že měla větší úctu k respektování porodního děje a během její přítomnosti dokázala lépe ovládat předčasné nutkání na tlačení. Zhruba posledních patnáct minut před svolením tlačit, prý propadala hysterii: *Kdybych se mohla alespoň pohnout, ale já musela celou dobu ležet na levém boku.*“

S porodní bolestí byla paní Adéla zprvu schopná pracovat poměrně obstojně. Využívala sprchu a sama vyhledávala úlevové polohy. Uvádí však, že v době, kdy přijel její manžel, už bylo těžší pracovat s porodní bolestí: „*Vnímala jsem to hůř, protože jsem musela být celou dobu na monitoru a to bylo šílené. Pokud počítám jen dobu na porodním sále, tak jsem strávila přibližně 75 % času přivázaná na monitoru. Furt jsem se ptala, jestli se už můžu pohybovat, a ne nemůžu.*“ Paní Adéle byl podán rajský plyn, který ji prý vůbec nepomohl a brzy ho odmítla.

Později na porodní pokoj dorazil lékař a upozornil porodní asistentku, že paní Adélu uvedla do nesprávné polohy, dle jeho slov měla volit pravý bok, který by byl výhodnější pro rotaci plodu. „*Když mi konečně dovolili tlačit, tak to pro mě byla hrozná úleva, ale moc jsem si to neužila, protože malému začali padat ozvy a já přestávala mít kontrakce. Pro jistotu někdo zavolal primáře, a ten rozhodl, že se použije vex. Já jsem byla v takovém stavu, že jsem to ani moc nepostřehla.*“ Pro lepší přístup při použití vakuumextrakce, byla ženě provedena epiziotomie.

Syn se paní Adéle narodil okolo jedenácté hodiny večerní. Jeho Apgar skóre však po porodu nebylo úplně ideální, takže jí nemohl být ihned přiložen na hrud'. Přesnou hodnotu Apgar skóre mi však paní Adéla nebyla schopná říct. „*Malého nejdřív ošetřili a pak mi ho na chvíli přiložili na prsa. To byl nádherný pocit ho mít konečně u sebe a hlavně smět ho hned chovat a pořádně si ho prohlédnout.*“

Během šití porodního poranění si novorozence pro jistotu převzal tatínek. Žena během šití totiž vdechovala rajský plyn, aby tak bolest pramenící ze šití byla přijatelnější. „*Pan doktor, který byl přítomen u porodu, mě pak zašival a dělal během toho fórky, takže jsem se nakonec i trochu zasmála. S manželem jsme se pak shodli, že bychom ho chtěli mít za kamaráda. (směje se)*“

Po úspěšném zašití epiziotomie, si dětská sestřička vzala novorozence od tatínka a pomohla paní Adéle s prvním přiložením. Ten byl šikovní a téměř okamžitě začal sát. „*K prvnímu přísátí došlo již na porodním sále, tam jsem, ale prý nestrávila standartní dobu, protože potřebovali porodní sál, takže nás potom převezli. Mě na šestinedělí a jeho na dvě hodiny na pozorování na neonatologii.*“

## **9.7 Rekonvalescence po vaginálním porodu**

Po vaginálním porodu se paní Adéla cítila velmi spokojeně: „*Byla jsem ráda, že jsem to zvládla a už nejsem za béčko.*“ Dále také uvedla, že pocit štěstí, který se vyplavil s narozením dítěte, byl tak silný, že okamžitě zapomněla na bolesti, které ji provázely během porodu. „*To má příroda opravdu hezky zařízené. Byla jsem toho plná a bylo krásné, že tam se mnou byl manžel, se kterým jsme to mohlo společně sdílet.*“ Paní Adéla se mi však svěřila, že postupem času ji pronásledovaly výčitky svědomí ohledně toho, že syna nezvládla vytlačit a musel být použit vex. „*Chlácholila jsem se, že se to stalo kvůli tomu, že mi přestaly kontrakce. Pro jistotu jsem se na to ještě, ale ptala svojí kamarádky, která mě uklidnila a potvrdila mi, že bych se opravdu hodně nadřela, kdybych se snažila tlačit bez kontrakcí.*“

K prvnímu vstávání došlo přibližně 2 hodiny po porodu na oddělení šestinedělí a syna dostala paní Adéla za krátko k sobě. „*O malého jsem byla schopná starat se takřka okamžitě. Jen ta jizva mě hrozně bolela. Nemohla jsem vůbec sedět. Bylo to mnohem horší než jizva po císaři.*“ I přes bolesti porodního poranění paní Adéla podepsala negativní revers a odešla z nemocnice o den dříve, aby se mohla věnovat starší dcerce. Té se po mamince stýskalo, a tak jí paní Adéla chtěla svou nepřítomnost vynahradit. „*Malou jsem si nechala doma týden a bylo to opravdu náročné. Myslím si, že kdybych byla doma jen se synem, tak to bude lepší, ale takhle s malou to bylo pořád nahoru a dolů. Bolelo to opravdu hodně, ale přibližně za 10 dní se to zlepšilo.*“ V domácím prostředí paní Adélu navštívila její kamarádka, která s ní do hloubky hovořila o jejích zážitcích a pocitech z porodu. Závěrem zmínila: „*Hodně věcí mi vysvětlila, je skvělý mít někoho, kdo Vám všechny ty zkratky v propouštěcí zprávě vysvětlí.*“

## 9.8 ZHODNOCENÍ

Respondentka je přesvědčena, že neprožila ani u jednoho z porodů ideální bonding. Přesto ji významně více uspokojil bonding při spontánním porodu. „*Vaginální porod měl určitě lepší bonding, nicméně taky nebyl úplně podle mých představ, ale to bylo zřejmě způsobené komplikacemi, které provázely závěr porodu.*“ Paní Adéla by si však přála, aby došlo k určité „revoluci“ a na kvalitu bondingu po císařském řezu by se bral větší zřetel. „*Já jsem přesvědčená, že by se to dalo zlepšit. Bylo mi líto, že se to v nějakých porodnicích dělá, ale já bohužel neměla možnost to zažít. Myslím si, že při porodu je spousta lidí, kteří by Vám přitom mohli pomoci.*“

Rozvoj kojení probíhal po císařském řezu pomaleji. Paní Adéla se domnívá, že je to z jedné části způsobeno nedostatečným přikládáním novorozence k prsům a z druhé části za to může její nevědomost ohledně techniky kojení. „*Kojit mi po vaginálním porodu šlo samo. Malý hezky sál a já už věděla díky zkušenostem jak na to. Po císaři to tak jednoduchý nebylo, ale s malou jsme to tenkrát nevzdaly a vyplatilo se.*“

Vaginální porod po císařském řezu splnil respondentce její očekávání. Zároveň však přiznává, že neprobíhal úplně podle jejích představ. Velkým překvapením pro ni samotnou bylo to, že se během závěrečné fáze porodu nebyla schopná ovládat a reagovala instinktivně. „*Ve finále to byl hezký porod, protože časově trval poměrně málo hodin. Myslím, že bolest zvládám dobře, ale taky jsem nereagovala, tak jak jsem si původně přála. Myslela jsem si, že si to všechno prožiju v sobě, ale prostě to nešlo. Musela jsem si i třeba zakřičet, i když jsem původně nechtěla. V souvislosti s tím mě napadlo, že kdyby křičení bylo respektováno, tak by bylo možná jinak pohlíženo na porod.*“ Tuto myšlenku by bylo zajímavé uvést do praxe.

Roli porodní asistentky paní Adéla vnímá jako průvodce během celého těhotenství, porodu a období šestinedělí. „*Být porodní asistentkou je podle mě hrozně hezká práce, přivádět děti na svět, to je krásný. Já jen nevím, jak někoho vůbec napadne zvolit si tohle povolání, ale je to krásný.*“

Vztah ke svému tělu se u paní Adély výrazně nezměnil. Při první graviditě byl váhový přírůstek přibližně 22 kilogramů, při druhé 12 kilogramů. „*Když jsem byla těhotná s malou, nabrala jsem asi 22 kilo. Asi to bylo způsobené tím, jak jsem byla na rizikovém těhotenství a neměla jsem skoro žádný pohyb. To už při druhém těhotenství nešlo, protože jsem se musela starat o malou.*“ Po obou porodech se paní Adéla dostala zpět na svou

původní váhu. Jedinými vzpomínkami jí tedy zůstaly jizvy, které nyní vnímá jako neodmyslitelnou součást svého těla. „*O jizvách ani nevím, naopak jsem ráda, že mám po každém dítěti jednu jizvu, jako jednu vzpomínku.*“

Respondentka roli matky vnímala naprosto stejně, bez ohledu na způsob vedení porodu. „*Jako matka jsem se cítila naprosto ihned. Podle mé zkušenosti hodnotím, že je úplně jedno, jakou cestou přivedete dítě na svět. Hlavní je, aby bylo zdravé, a to je nejdůležitější.*“ Přesto však uvádí, že tato myšlenka se jí potvrdila úplně, až s prožitím spontánního porodu.

Závěrem mi paní Adéla podala doporučení pro porodní asistentky: „*Být za každých okolností milá, i když třeba někdy ty ženy prudí. Mně to hodně pomáhalo, že byla porodní asistentka milá. Žena v tu chvíli prožívá to nejhorší, co prožít může. Proto jsem toho názoru, že je to velmi důležité.*“ Na otázku co jí během porodu chybělo nebo naopak pomohlo, mi odpověděla: „*Porodní asistentku bych při sobě potřebovala mít celou dobu, co už jde do tuhého. Ze začátku ani tak ne. Já jsem ani nevěděla, kdy mám zavolat manžela, protože jsem nevěděla, jak rychle se otvírám. Když přišla, tak mi bylo hrozně dobře, protože jsem se na to necítila sama.*“

## **10 KAZUISTIKA B**

Tato kazuistika se týká celkového popisu případu u respondentky B, kterou jsem si vybrala pro mé výzkumné šetření. Zpočátku začínám popisem anamnézy, poté celý případ rozdělují do jednotlivých období.

Jméno respondentky je pro zachování anonymity zaměněno pseudonymem.

### **10.1 ANAMNÉZA**

Pro dané výzkumné šetření jsem si vybrala paní Marii, která se narodila v roce 1976. Během našeho rozhovoru jí tedy bylo 42 let. Paní Marie bydlí v Plzni v bytě se svým manželem, synem a dcerou.

#### **10.1.1 Osobní anamnéza**

V dětství paní Marie prodělala běžná dětská onemocnění.

U druhého těhotenství jí byl zjištěn gestační diabetes mellitus. Po porodu se stav upravil.

Respondentka má alergii na med.

#### **10.1.2 Rodinná anamnéza**

Matka paní Marie se léčí s astma bronchiale. Otec měl v roce 2013 cévní mozkovou příhodu. Babička z maternální strany zemřela na karcinom žaludku.

#### **10.1.3 Gynekologická a porodnická anamnéza**

První menstruaci paní Marie dostala ve 13 letech. Menstruační cyklus uvádí jako nepravidelný, v časovém rozmezí 23 – 30 dnů. Krvácení hodnotí jako silné první den, dále už je spíše středně silné, délka krvácení je 6 dní. Bolesti během menstruace jsou velice silné první den. Později jsou spíše mírného charakteru.

Hormonální antikoncepci respondentka užívala od roku 1998 - 2012. S jejím užíváním byla spokojená a vysadila ji jen z důvodu plánovaného těhotenství. Po vysazení hormonální antikoncepce respondentka otěhotněla přibližně po půl roce.

Během reprodukčního života se paní Marie neléčila s žádnými gynekologickými onemocněními.

V roce 2012 spontánně otěhotněla a v dubnu, v roce 2013 porodila akutním císařským řezem syna s váhou 3290 gramů a s délkou 49 centimetrů. Lékaři mu diagnostikovali těžkou mentální retardaci, hypotonii a autismus.

V roce 2018 spontánně počala po druhé a v říjnu téhož roku porodila vaginální cestou dceru s váhou 3450 gramů a s délkou 50 centimetrů. V současné době je holčička plně zdráva.

#### **10.1.4 Sociální anamnéza**

Paní Marie je vdaná a bydlí v bytě v centru Plzně. V domácnosti žije se svým manželem, dcerou a synem. S manželským soužitím je spokojena. Respondentka i její manžel jsou oba české národnosti.

Paní Marie vystudovala střední odbornou školu a před těhotenstvím byla zaměstnaná na pozici Specialist quality and customs compliance. Vzhledem k synovým diagnózám respondentka netuší, zda se někdy bude moci vrátit do zaměstnání. Její manžel pracuje jako jednatel firmy a narodil se v roce 1956. Finanční zajištění rodiny je v současné době závislé na manželovi a finanční podpoře od státu.

Primární rodina respondentky se skládá z matky, otce a bratra. S bratrem se v současné době nestýká.

## **10.2 Průběh prvního těhotenství**

Paní Marie podstoupila během těhotenství veškerá doporučená vyšetření. Výsledky všech vyšetření byli v normě, včetně screeningu chromozomálních aberací v prvním trimestru. Nebyl zřejmý žádný výkyv a tak těhotenství u paní Marie probíhalo zcela bezproblémově. V období termínu však gynekolog zjistil, že funkce placenty již není dostatečná a dále definoval oligohydramnion: „*Těhotenství probíhalo naprosto v pořádku, až závěrem byla nedostatečná placenta a málo plodové vody.*“

Partnerský život se u paní Marie během těhotenství výrazně nezměnil. Manžel ji byl v tomto období oporou a snažil se jí v domácnosti co nejvíce pomáhat: „*Manžel měl obrovskou radost, když se dozvěděl, že jsem těhotná, proto se i snažil mi v domácnosti víc pomáhat. To bylo fajn, to se mi líbilo (usmívá se).*“ Oba spolu sdíleli radost z nové, nadcházející životní kapitoly a zároveň spolu sdíleli i veškeré pochybnosti, které souvisí s novou životní rolí. Paní Marie s jejím manželem se neúčastnili žádného předporodního kurzu a veškeré informace, které je zajímali, vyhledávali z internetových zdrojů nebo z knih:



*„Žádný kurz jsem nenavštěvovala. Nějak mě to ani nenapadlo, i když to může být hezký. Já jsem spíš zvyklá si informace zjišťovat sama.“*

V den termínu, který byl stanoven pomocí ultrazvukového vyšetření, byla paní Marie na kontrole u svého ošetřujícího gynekologa. Monitorace plodu však neprobíhala ideálně a gynekolog stanovil záznam CTG jako suspektní. Z tohoto důvodu jí raději ihned odeslal k hospitalizaci, do porodnice na oddělení rizikových těhotných: *„Skončila jsem na rizikovém oddělení v týdnu 40 + 0. Tam mě nechali ležet týden, než se začal vyvolávat porod. Gynekolog mi pak říkal, že byl v šoku, protože si myslel, že mě pošlou hned na vyvolání, ale oni mě nechali ještě týden.“*

### **10.3 Císařský řez**

Při vaginálním vyšetření, které se uskutečnilo okolo půl 6 večer, paní doktorka oznámila paní Marii, že má stále nepřipravený nález a v tom případě je tedy na čase provést preindukci porodu: *„Jedna nepříjemná doktorka mi řekla, že je to jenom, aby se připravili porodní cesty, ale není to vyvolávačka, a že záleží na tom, jak se to zavede nebo co, ale asi to zavedla špatně, protože mi hned vyvolala porod. Víím, že někdo kolem říkal, že nejsem připravená nebo co a začali mi takový dost brutální kontrakce. To mě nikdo nevaroval, každý mi říkal, že to začne pomalu a navyknu si na to, ale najednou to začalo a já myslela, že je se mnou ámen.“* To již byla respondentka v týdnu 41 + 0.

Paní Marie byla upozorněna, že stravu můžu jíst maximálně do půlnoci, proto se krátce před půlnocí ještě najedla: *„Od půlnoci jsem měla zakázáno jíst, ale cca 5 minut před půlnocí jsem sloupila vaničku jahod. Říkala jsem si do rána ještě daleko a ono ejhle (směje se). Anesteziolog potom málem odpadl.“*

Kontrakce začali u paní Marie krátce po půlnoci a porodní asistentka ji pak ihned přeložila na porodní sál. Respondentka uvádí, že byla nespokojena se zdravotním personálem, který jí poskytl nedostatečné množství informací. Uvítala by rady ohledně dýchání, úlevových poloh a v neposlední řadě o poskytnutí utěšujících léků: *„Docela mě tam odbývali a musím říct, že ještě rok po porodu jsem na to měla otrěsné vzpomínky. Místo toho, aby mi někdo řekl, jak mám dýchat, tak to mi nikdo neřekl, to byla katastrofa. Místo toho, aby mě nějak navedli na správnou cestu, jak se s tím srovnat, tak mě jen odpálkovali. Žebrala jsem i o něco na bolest a nikdo nic, nikdo nereagoval. Připadala jsem si jako obtížný hmyz.“*

Na porodním sále pobyla přibližně 3 hodiny, než jí odvezli na operační sál: „*Byl mi proveden akutní císařský řez z důvodu hrozící hypoxie. Po porodu již hypoxie nebyla potvrzena.*“ Paní Marie si není jistá, zda ji o provedení císařského řezu vůbec někdo informoval a dále se zmínila, že měla připravený i porodní plán: „*Vůbec nevím, jako asi ne.. Jenom jsem slyšela: ‚ukončíme to a jedeme‘. Je možný, že mluvili s partnerem, který byl přítomen. Já nevím už jsem byla mimo. Dokonce jsem měla i připravený porodní plán a ten nikoho nezajímal.*“

Příprava před císařským řezem spočívala v zavedení permanentního močového katetru, zabandážování dolních končetin a oholení podbříšku. Pro psychickou přípravu však nebyl časový prostor: „*Opravdu běželi, tam nebyl čas ani na slovo.*“ Paní Marii byla podána na základě akutního císařského řezu celková anestezie a její využití jí nezpůsobilo žádné nežádoucí účinky.

Vzhledem k poskytnutí celkové anestezie se paní Marie setkala s novorozencem až po pár hodinách na observačním pokoji. Tam byla převezena po císařském řezu.

#### **10.4 Rekonvalescence po císařském řezu**

Paní Marie se probudila ráno na observačním pokoji: „*Byla jsem na gynekologické jipce a tam jsem měla pocit, že jsem se probudila do jiného světa. Tam byl, tak úžasný personál, sestřičky i ty sanitářky. Potom porodu jsem se bála, do čeho se probudím. Pomalu jsem otvírala oči a říkala si: ‚ne ať to není to samý‘. Fakt strašně milý na to jak těžkou práci tam dělají v podstatě.*“ Od této doby respondentka shrnuje chování personálu naprosto v pořádku a alespoň trochu ji to vynahradilo špatné zacházení během porodu.

Přibližně okolo půl 10 ráno přivezli paní Marii novorozence a sestřička ho poprvé zkusila přiložit k prsu „*Zkusili ho přiložit k prsu. Nechtěl, tak to vzdaly a já už jsem taky měla dost.*“ Respondentka strávila na observačním pokoji ještě celý den až do následujícího rána. Po té byla převezena na oddělení šestinedělí.

Na oddělení šestinedělí byla paní Marie ubytovaná na nadstandartním pokoji. Ten si vyžádala, aby ji nikdo nerušil a ona se tak mohla v pořádku zotavovat. Porodní asistentky s paní Marií vstávali ihned po převezení na oddělení šestinedělí: „*Snažili se mě hned postavit, ale bylo to drsný.*“ Respondentka od té doby mohla samostatně vstávat a pohybovat se, ale zatím si ještě nevěřila ohledně péče o dítě: „*Ten den jsem se o malého ještě naštěstí nestarala (směje se). Měl žloutenku, tak jsem na jednu stranu byla šťastná, že mi ho odnesli.*“ Novorozence paní Marii přivezli následující ráno a od té doby se již o svého syna starala

sama. Dětské sestřičky ji během pobytu přišly edukovat ohledně kojení, koupání a o průběhu šestinedělí: „*Během koupání mi sestřička řekla: ‚Nebojte, dyť je to jenom člověk, tomu se nic nestane.‘ To mi hodně pomohlo, když jsem přišla domů, tak jsem si to opakovala. Na oddělení šestinedělí si nemůžu ztěžovat.*“

Respondentka zpočátku udává bolest jizvy jako velice nepříjemnou: „*Prvních 14 dní bolela jizva hodně, takže tak ty 3 týdny byli určitě náročnější.*“ Paní Marie dbala rad zdravotnického personálu a sprchovala si jizvu vodou, bez použití jakýchkoliv sprchových gelů a mýdel. Přibližně po týdnu začala pečovat o oblast jizvy krémem: „*Já jsem měla tu jizvu nějakou hrozně dobře srostlou. Právě říkali, že to mám pěkný, že to šil primář. Mazala jsem si to Infadolanem podle toho, jak jsem stíhala, ale zhruba tak dvakrát denně. Polevovala jsem až, když jsem viděla, že je to pěkně zhojené.*“

Paní Marie měla po císařském řezu velice negativní pocity, které ji narušovali život zhruba ještě rok po porodu. Tyto pocity nepramenily z jejího selhání, ale především ze zanedbané péče zdravotnického personálu: „*Já jsem z toho měla strašnej pocit a dokonce takový noční můry ještě rok po porodu. Mě právě budilo, jak se ke mně chovali. Jestli to byli lékaři nebo porodní asistentky, to si už nevybavuju, ale měli takový ignorantský chování. Já si pamatuji, že přesně rok potom se mi o tom zdálo, tak jsem si říkala, že to snad není možný. Hlavně díky té porodní části jsem měla takové otřesné vzpomínky, i když potom už to bylo super.*“ Lékaři diagnostikovali synu paní Marie těžkou mentální retardací, autismus a hypotonii přibližně v 1 roce života, proto respondentka také udala: *Možná to vyvolalo i to, že jsem měla i ty starosti s Lukáškem, ale to je asi nepravděpodobné vzhledem k tomu, že jsem to původně netušila.*“ Respondentka si však váží toho, že při komplikaci během porodu byli lékaři schopni včas zasáhnout a ukončit porod, aniž by ohrozili život dítěte i jí samotné: „*Nicméně jsem byla ráda, že takhle rychle reagují.*“

## **10.5 Průběh druhého těhotenství**

Během druhého těhotenství byla paní Marie více obezřetná. Moc si přála zdravé dítě, proto opět podstoupila veškeré doporučené vyšetření, aby se vyloučila veškerá chromozomální onemocnění v prvním trimestru. Již v prvním trimestru byl paní Marii stanoven gestační DM. Od té doby navštěvovala pravidelně diabetologa, který kontroloval stav onemocnění: „*Těhotenská cukrovka mě nijak zvlášť neobtěžovala, jen jsem si hlídala víc teda co jím a kolik toho jím.*“

Z důvodu většího ubezpečení respondentka navštívila také genetiku. Při zjištění pohlaví dítěte pocívala paní Marie úlevu, protože ji lékaři z genetiky ubezpečili, že holčičky mají menší riziko výskytu genetických onemocnění: *„Přála jsem si zdravý dítě, proto jsme se s manželem rozhodli, že to zkusíme. I přes to jaké má diagnózy Lukášek, tak jsme stále doufali, že další děťátko bude zdravý a vynahradí nám to trochu.“*

Vaginální porod si paní Marie zvolila zcela záměrně, protože chtěla být co nejdříve schopná postarat se o svého syna, který vyžaduje neustálou péči: *„Hlavně proto, abych se mohla starat o Lukáška.“* Dalším důvodem proč si přála respondentka родit vaginálně, bylo rychlejší navázání vztahu s novorozencem a časně zahájení laktace: *„Slibovala jsem si, že to bude lepší spojení mezi mnou a malou a taky jsem si slibovala, že to bude lepší s kojením, že ta laktace nastoupí nějak lépe, když to bude vaginálně. Nicméně to se nestalo.“*

U paní Marie převládali pochyby, zda je vaginální porod tou správnou volbou. I přes to, že si moc přála porodit přirozeně, tak měla velké obavy z toho, aby při spontánním porodu nenastali opět komplikace. *„Měla jsem obavy, že se něco pokazí. I vzhledem k tomu, že je syn postižený, tak jsem přemýšlela, jestli to ode mě není sobecký, jestli bych přeci jen neměla udělat všechno proto, aby to bylo bez rizik, tedy císařský řez. U toho vaginálního porodu jsou přeci jen vždycky nějaká rizika.“* Těmto obavám paní Marie naštěstí nepodlehla a rozhodla se, že se pokusí o vaginální porod po císařském řezu.

Ošetřující gynekolog paní Marii v jejím rozhodnutí podpořil. Současně byl však empatický vůči její situaci se synem: *„No gynekolog mi říkal, že se může naplánovat císařský řez, kdybych měla obavy, tak by to šlo. Pak mi, ale řekl, že vaginální porod je to nejlepší, a že má spoustu pozitiv. Snažil se mě podpořit. On právě malého i viděl, má pochopení. Jinak já jsem byla domluvená, že až vyrazím do porodnice, tak mu zavolám, aby on zavolal do porodnice a zajistil mi lepší péči. K tomu, ale nedošlo, protože když jsem mu volala, tak v ordinaci už nebyl.“* Péči porodní asistentky u gynekologa uvádí paní Marie jako zcela standartní: *„Tlak, ozvy.“* Informace o vaginálním porodu po císařském řezu si respondentka zjišťovala především sama z internetových zdrojů.

## **10.6 Vaginální porod**

Vaginální porod se zahájil nepravidelnými děložními kontrakcemi okolo půl 8 večer. Paní Marie na nic nečekala a vydala se se svým manželem a synem do porodnice. Vzhledem k dobré dostupnosti porodnice z místa bydliště, si paní Marie zvolila porodnici, ve které již rodila, ačkoli na ni neměla hezké vzpomínky. Nyní se však personál choval nad její

očekávání: „*Už od ambulance to bylo super, sice jsem se nejdřív lekla, protože tam byl mladý doktor, ale byl milý a jemný.*“ Z příjmové ambulance byla respondentka zaslaná rovnou na porodní sál. V předsálí porodního sálu se paní Marie rozloučila s manželem a synem. Manžel musel hlídat syna a tak byla během porodu sama. Při příjmu ji přišel vyšetřit lékař, který jí pomohl zbavit se strachu ze spontánního porodu: „*Uklidnil mě pan doktor v porodnici. Mně se líbilo, jak měl sebevědomý přístup a věděl, že kdyby cokoliv, tak to ukončí. Tak mě přišlo, že ví, co dělá a měla jsem z něj takovej dobrej pocit. Najednou jsem měla pocit, že je to správný rozhodnutí, ale předtím jsem dost váhala (usmála se).*“ Do porodnice si tentokrát paní Marie nebrala žádné porodní přání: „*Porodní přání jsem tentokrát nesestavovala. Nabíla jsem dojmu, že to nikoho nezajímalo.*“ Cítila se však jistější, protože již měla zkušenosti s porodem a pan doktor jí naznačil, že by průběh porodu mohl být rychlejší: „*Až při příjmu u druhého porodu jsem se dozvěděla, že jsem byla minule otevřená na 9, 5 centimetru. To zjištění mě mrzelo. Je to strašný, porod skoro za sebou, ale měla jsem naději, že tentokrát to bude aspoň rychlejší.*“

Během porodu byla respondentka častěji monitorovaná a porodní asistentka jí pravidelně informovala o progresi porodu a o ozvách plodu: „*Mám pocit, že jsem byla častěji monitorovaná. Přišlo mi to takové, že se zajímají ve srovnání s minulým porodem, tak nevím, jestli je to teď standart nebo na to měl předchozí císařský řez vliv. Taky se zajímali, jestli mě bolí jizva a podávali mi informace o tom, jak jsem otevřená a jestli jsou ozvy dobrý.*“ Zdravotní péči respondentka uvedla jako dobrou, ale netuší, zda byla nadstandartní k její anamnéze.

Ze začátku paní Marie zvládala porodní bolest, na základě vědomí, že bolest jednou skončí: „*Fakt mě uklidňovalo hrozně, že jsem si říkala, že už to nebude trvat dlouho a uvidím miminko. To jsem si furt opakovala, byl to takovej hnací motor.*“ Dále na porodní bolesti využila hydroterapii. Nejlepší alternativou pro ni bylo využití sprchy, kdy si vlažnou vodou sprchovala oblast podbříšku a zad. Postupem času se však bolest stávala nesnesitelnější a nesnesitelnější, a proto respondentka žádala o nějaké utěšující prostředky: „*Dostala jsem spasmopanový čípek a po něm se teda bolest zlepšila. Byla to úplně jiná péče. Předtím mi nic nedali.*“ Později byl respondentce podán rajský plyn na její vlastní žádost: „*Rajský plyn jsem si vyžádala, ten mi nikdo nenabídl, ale měla jsem pocit, že nefunguje.*“ I přes to ho však respondentka pro jistotu dýchala dál. Přesto má respondentka pocit, že se přibližně od branky 6 cm nedokázala chovat kultivovaně a během kontrakcí vydávala slabé zvuky, kterými si ulevovala.

Během natáčení kardio – toko - grafických záznamů respondentce chyběl přístup k vodě, aby si mohla vyplachovat vyprahlá ústa: „*Ještě mi lezlo na nervy, že jsem se musela dovolávat vody. Mně jako furt vysychalo v krku. Já jsem vyplachovala, ale jak jsem byla přikurtovaná na ten monitor.*“ V závěru porodu přišla za paní Marií porodní asistentka a náhle si vzpomněla, že jí zapomněla dát klystýr: „*Nějaká porodní asistentka za mnou přišla, když už jsem měla takový ty brutální kontrakce, který jsem nezvládala ani prodejšíchvat a přišla s tím, že mi zapomněli dát klystýr. Tak ten bych bývala chtěla, ale to už bych neudržela. V ten moment co mi to, ale připomněla, tak mi to bylo líto, protože to mohlo bejt třeba o hodinu kratší.*“

Paní Marie byla v závěru první doby porodní velice unavená a usínala mezi jednotlivými kontrakcemi: „*Já jsem si hrozně přála rodit přes den, abych se vyspala. Ze mě byla troska i tak, tak teď ještě tohle. To jsem nechápala, že člověk může usnout mezi kontrakcemi. To není možný při takový bolesti.*“ Při druhé době porodní respondentka shromáždila veškeré své zbývající síly a pod vedením lékaře tlačila: „*Akorát vím, že pak doktor řekl, ať zatlačím a pak byla malá během dvou kontrakcí na světě. Pan doktor říkal, že mám páru, že bych vytlačila i dvě (směje se).*“ Pocit na tlačení a samotné tlačení bylo pro paní Marii nejlepší částí porodu: „*Pro mě ta fáze byla nejlehčí, jak to bylo napasovaný dole, tak to bylo takový utlumený hodně, tak mi to přišlo v rámci bolesti jako nejlepší fáze.*“

Dcera se paní Marii narodila 10 minut po 8 hodině a okamžitě jí byla přiložena na hrud': „*To je nejluxusnější pocit na světě, to miminečko, teploučký. Ona kvákala jako žabička, ani nebrečela, tak nesměle plakala (usmívá se).*“ Takto ji u sebe paní Marie měla pár minut a pak si novorozence převzala dětská sestřička spolu s paní neonatoložkou, které jí poprvé ošetřily.

Třetí doba porodní byla vedena aktivně za pomoci aplikace 5j oxytocinu. Placenta se po té odloučila přibližně 10 minut po porodu plodu. Během porodu respondentka utrpěla rupturu perinei prvního stupně: „*Roztrhla jsem se sama a zcela nedobrovolně. Psali tam poranění prvního stupně.*“ Při šití porodního poranění si paní Marie vdechovala rajský plyn, aby se jí tak ulevilo od bolesti: „*Konečně jsem to začala cítit, alespoň přitom šití a to bylo super.*“ Po té co lékař úspěšně dokončil šití, tak byla žena uložena porodní asistentkou do polohy na zádech a dětská sestřička ji přinesla dceru na první přiložení: „*Holčička sála, i když tam nic nebylo. Ta byla úžasná a přisála se ihned po porodu. Sála cokoliv. Saje mi i ruku, taková přisavka (směje se).*“

## 10.7 Rekonvalescence po vaginálním porodu

Úspěšné dosáhnutí spontánního porodu přineslo paní Marii velkou úlevu a pocit sebe uznání: *„Byla jsem ráda. Ono se to totiž musí zvládnout, i kdybych se na hlavu chtěla stavět, tak to nejde zastavit. Víc si sama sebe vážím, dala jsem to.“*

Přibližně 2 hodiny po porodu byla paní Marie převezena na oddělení šestinedělí a její dcerku si dětská sestřička odvezla na dvě hodiny na pozorování na oddělení fyziologických novorozenců. Na oddělení šestinedělí se sestřičky snažili paní Marii ihned vertikalizovat. První vstávání po porodu nebylo lehké, ale proběhlo úspěšně: *„I to vstávání co potom bylo, tak mě překvapilo, že to není taková sranda. Já jsem myslela, že vyskočím jako nic, ale ono to tak nebylo, dost to bolelo.“* a pod dohledem sestřičky se respondentka ještě vysprchovala. Po té se si šla paní Marii ještě odpočinout předtím, než ji dětské sestřičky přivezli novorozence.

I přes to, že oblast porodního poranění byla bolestivá, tak se paní Marie dokázala ihned starat o novorozence: *„Potom co mi malou přivezli, tak jsem se o ni už starala pořád. Péče pro mě byla určitě o dost lehčí než při císaři. Malá naštěstí neměla ani novorozeneckou žloutenku, tak jsme spolu mohly být furt.“* Porodní poranění respondentka omývala často vodou a nosila i síťované kalhotky, aby se poranění co nejlépe hojilo. První dny ji také sestřičky poskytly led, aby si postiženou oblast mohla ledovat: *„Byla jsem tam dole pak celá fialová. Než se to zlepšilo, trvalo to tak týden, ale pořád se to samozřejmě nedá srovnat s císařem.“*

Informace, které byly paní Marii podány o průběhu šestinedělí, si již nepamatuje: *„Edukace ze strany porodních asistentek pravděpodobně proběhla, ale detaily, které jsem věděla už před porodem, si moc nevybavuju.“* Respondentka však uvedla, že na oddělení šestinedělí přišla fyzioterapeutka, která je edukovala o cvičení. Určité cviky se jí líbily a tak ji mrzelo, že k nim nedostala ještě nějaké podklady: *„Fyzioterapeutka co přišla, nám dala informace, jak máme cvičit, ale nedala nám žádné materiály. To mě mrzelo, protože tam byly cviky, které se mi líbily, a už jsem si je nepamatovala a ani je nedohledala na internetu, tak to mě mrzelo, že nemám kopie.“*

## 10.8 Zhodnocení

Vzhledem k použití celkové anestezie respondentka neprožila po porodu císařským řezem bonding. Proto nedokáže porovnat kvalitu bondingu po porodu císařským řezem a vaginálním porodem: *„Bonding jsem si u císařského řezu ani neužila, protože jsem měla*

*celkovou anestezii a dali mi ho až na té jipce a to jsem byla ještě v bolestech. Bonding při vaginálním porodu to byl takovej pocit štěstí, takovej nepopsatelný až.“*

Po císařském řezu bylo velmi obtížné zahájit laktaci. Syn paní Marie se nedokázal přisát. Nikdo však netušil, kde je problém. Tento problém pravděpodobně spočívá v diagnóze ‚autismu‘, která byla stanovena až později: *„Po císaři Lukášek vůbec nechtěl pít, to byly jen pokusy, to vlastně mají nějaký autistický děti, že mají problém s příjmem potravy a on měl vlastně problém vypít i tu celou dávku ze stříkačky Nechával třeba i půlku a sestřičky tomu nemohli uvěřit a potom co to zkusili sami, jen řekli: ‚To jsem ještě neviděla.‘ On má do teď obrovský problém s příjmem potravy, takže je na tom fortune drinku. On prostě skoro nejí, normálně pije z flašky. Už od miminka to bylo patrný, že je tam nějaký problém.“* Po uplynutí šestinedělí tedy paní Marie kojení vzdala. Laktace se rozvinula po spontánním porodu trochu lépe, ale přesto to pro paní Marii nebylo dostačující a nesplnilo to její očekávání: *„Laktace se ani moc nerozběhla, nakojila jsem vždycky tak 40 – 50 mililitrů a zbytek umělé mléko. Týden před naším setkáním jsem přestala kojit úplně, takže jsem kojila tak 4 měsíce.“*

Vaginální porod paní Marii splnil její očekávání pouze částečně. Spokojená byla především s bondingem a přístupem zdravotnického personálu. Zklamána však byla z dlouhého procesu porodu. Doufala totiž, že porod bude probíhat rychleji: *„Jo ten bonding byl super, ale upřímně já jsem doufala, že ten porod bude kratší. Kdybych věděla, že to přijde na svět až v osm ráno, tak bych možná zvažovala i ten císař (směje se). Taky jsem, ale samozřejmě ráda, že jsem to zvládla a mám zkušenost i z toho.“*

Porodní asistentka paní Marii vyhovovala a její péče pro ni byla dostačující na počátku porodu. Později, v závěru první doby porodní by bývala uvítala, aby s ní byla během porodu více: *„Byla v pohodě, ale mohla bejt aktivnější. Během porodu jsem ji nepotřebovala, nechyběla mi tam, jen mi to vadilo kvůli vodě. Na druhou stranu si, ale vážím, že mi radila i co mám zkoušet.“*

Po porodu císařským řezem paní Marie udává, že vnímala své tělo lépe. Pravděpodobně je to způsobeno i tím, že porodní poranění po vaginálním porodu stále cítí: *„Po císaři jsem vnímala svoje tělo v lepším stavu. Poporodní poranění ještě pořád cítím. Gynekolog mi řekl, že to někoho bolí i 20 let, tak to snad nebude můj případ (směje se).“*

Vzhledem k porovnání zkušeností s mateřstvím a porody paní Marie hodnotí, že po vaginálním porodu pro ni bylo jednodušší naladit se na dítě, ale nedokáže zhodnotit, zda na



to měl vliv způsob porodu nebo lepší přístup zdravotnického personálu. Dále udává, že po císařském řezu neměla moc velký zájem se o syna starat a bylo pro ni obtížně najít si k němu cestu: „*Po císaři byl vlastně problém s navázáním toho vztahu. Nevím, jestli to způsobuje císařský řez nebo jestli to způsobilo to chování u toho porodu, že jsem potom ani to dítě vidět nechtěla. Jenom jak jsem ještě měla ty kontrakce, tak jsem si říkala, že už ho ani vidět nechci. To je strašný. Fakt taková nechuť k tomu zrození, ale nevím, co to způsobilo, ale fakt k němu jsem si hledala cestu jako nějakých šest týdnů. Já jsem se o něj starala perfektně mechanicky. Vstala jsem, všechno jsem stíhala, ale ten vztah byl takovej chladnější. I tím, že se nechtěl přisát, mi lezl na nervy. Tím byl taky ten vztah narušený. Jako, že jsem si dokázala představit, že třeba týden bude někde jinde a já vlastně ani nevím, kdy se to zlomilo a pak bych ho už nedala.*“ O problému s navázáním vztahu k synovi se, ale paní Marie bála komukoliv svěřit: „*Já to ani příbuzným neřekla, že nemám vztah ke svému dítěti. To se prostě neříká. Pro mě bylo jednodušší, když měl prdíky a plakal zavřít a jít do jiné místnosti. To jsem s malou snášela mnohem hůř, ale jak tam nebyl navázaný vztah, tak mě to nechávalo chladnou.*“ Na rozdíl od císařského řezu se paní Marie byla po spontánním porodu schopná, naladit na dceru ihned a veškerá její nepřítomnost v ní vyvolávala smutek: „*K malé to bylo jako okamžitě, takže nevím, jestli to bylo porodem nebo, že to bylo druhý, ale to bylo hned. I kdy mi ji odvezli na odběr z patičky nebo na nějaké vyšetření, tak mi chyběla, že u mě není, takže to byl rozdíl.*“

Doporučení pro porodní asistentky od paní Marie znělo: „*Abych je nemusela volat, kvůli výplachu úst. Mohli mi ji dát na dosah, kdy mě natáčeli, takže to bylo naprosto zbytečné. Dál by mohli lépe fotit, jak jsem tam neměla manžela, tak jsem je požádala o fotku malé, ale vyfotili mi jednu a ještě špatně, tak to by mohli zlepšit (směje se).*“

## 11 DISKUZE

V této kvalifikační práci se zabýváme problematikou vaginálního porodu po císařském řezu. Snažíme se zaměřit na prožitky a zkušenosti žen napříč jednotlivými obdobími jako je těhotenství, císařský řez, vaginální porod a rekonvalescence. Oba případy se snažíme pojmout holisticky. Hledáme tedy bio-psycho-socio-spirituální souvislosti, které nám umožňují nahlédnout hlouběji do této problematiky. V této části práce porovnáváme výsledky našeho výzkumného šetření s odbornou literaturou a odbornými výzkumy.

**Hlavním cílem této práce bylo popsat problematiku vaginálního porodu po císařském řezu.** Řada gynekologů a porodníků je přesvědčena o tom, že vaginální porod po císařském řezu je pro ženu příliš rizikový a mohl by ohrozit život ženy i jejího plodu. Z tohoto důvodu se mnoho lékařů přiklání k opakovanému císařskému řezu, bez toho aniž by zvážili možnost VBAC. Respondentka A mi sdělila, že její gynekolog jí doporučil elektivní iterativní císařský řez. Ten byl z jeho pohledu méně rizikový. Buckley uvádí, že největším rizikem pro ženu je bezesporu ruptura dělohy. Potencionální riziko se pohybuje kolem 1% z 200 pokusů o VBAC, u ERCS je odhadované riziko 1% z 600 pokusů (Buckley, 2016, s. 262). Na základě výše zmíněného textu se tedy potvrzuje, že lékaři raději volí ERCS, aby předešli možným komplikacím. Naopak, respondentce B její ošetřující gynekolog doporučil vaginální porod, o kterém tvrdí, že je to nejlepší pro matku a dítě. Begley ve svém výzkumu uvádí, že přirozený porod je nejlepší, pro vytvoření pevného vztahu mezi matkou a dítětem a pro časné zahájení laktace (Begley a kol., 2012). U respondentky B se tato teorie potvrzuje. Marie totiž uvedla, že po vaginálním porodu byla ihned schopná milovat své dítě.

**Dalším cílem bylo popsat prožitky a zkušenosti ženy s vaginálním porodem po císařském řezu.** Dle Velemínského jsou ženy, které se rozhodly pro VBAC intenzivně sledovány a kontinuálně monitorovány (Velemínský, 2011). Respondentka A mi během našeho rozhovoru sdělila, že při VBAC strávila 75% času na porodním sále pouze monitorací plodu. Z tohoto důvodu se nemohla volně pohybovat a hledat, tak vhodné úlevové polohy, na které se těšila. Během porodu měla respondentka A tedy spíše pasivní pozici a bylo pro ni těžké zvládat porodní bolesti. V závěru I. doby již propadala hysterii a vyžadovala přítomnost zdravotnického personálu. Na počátku II. doby porodní tlačila, ale kvůli alteraci ozev musela být provedena vaakumextrakce. Ratislavová uvádí, že ženy, jenž obstojí u porodu bez větších zásahů okolí, jsou zaplaveny pozitivními pocity, které jim dodávají na sebevědomí a hrdosti (Ratislavová, 2008, s. 58). Toto tvrzení se též potvrdilo.

Respondentka zhodnotila, že se u ní po porodu objevovaly ambivalentní pocity. Na jednu stranu byla šťastná a hrdá, že porodila přirozeně, na druhou stranu se sebou nebyla plně spokojena, protože byl během porodu použit VEX.

Respondentka B také uvedla, že byla během porodu častěji monitorovaná nikoliv však nepřetržitě. Vzhledem ke špatným zkušenostem při SC nyní ocenila péči porodní asistentky, která ji pravidelně vyšetřovala a informovala o progresi porodu, což jí výrazně uklidňovalo. Pro respondentku B byla nejdůležitější fáze II. doba porodní, při které pro ni samotné tlačení bylo úlevné. Patrně nejdůležitější částí pro ni byl však bonding. Ten jí dle jejích slov přinesl pocity štěstí. Dle Odenta se po porodu zvýší hladina endorfinů u matky i novorozence a endokrinní systém, tak přispívá k vytváření vzájemné vazby matka – dítě (Odent, 1995, s. 102).

**Jedním z cílů bylo porovnat zkušenosti a prožitky ženy s porodem císařským řezem a vaginálním porodem.** U této otázky jsem se zaměřila na srovnání psychického a fyzického stavu a na vazbu mezi matkou a dítětem.

Respondentka A podstoupila plánovaný císařský řez z indikace KP. Na smíření se s porodem SC tedy měla určitý časový prostor a přibližně věděla, co se bude dít. Tato skutečnost ji však po porodu nepomohla a objevily se u ní pocity selhání. Vaginální porod však také nebyl dle jejích představ a nastaly při něm komplikace. Po porodu se tedy u respondentky A objevily ambivalentní pocity. Přesto pro ni byl přirozený porod přínosnější a posílil jí na sebevědomí. Z toho tedy vyplývá, že po psychické stránce respondentku A více uspokojil a dodal pocit spokojenosti vaginální porod. Po fyzické stránce se cítila dobře po obou typech porodů a byla schopná pečovat o své děti téměř okamžitě. Nicméně jizvu po epiziotomii hodnotí jako bolestivější. Dále bych ráda porovнала vazbu s jejími dětmi. Sama respondentka se mi zmínila, že po porodu SC měla pochybnosti, zda dokáže být plnohodnotnou matkou a milovat své dítě stejně jako kdyby bylo narozené spontánně. Po vaginálním porodu však subjektivně zhodnotila, že vazba mezi matkou a dítětem je nezávislá na způsobu porodu.

Respondentka B měla po akutním císařském řezu velké psychické problémy, které pravděpodobně zapříčinil nevhodný přístup zdravotnického personálu. Jejich chování se jí dokonce projektovalo do snů. Dle Takács se po akutním SC častěji u žen objevují posttraumatické symptomy. Mezi prediktory patří pocit ztráty kontroly, silná bolest, nedostatečná podpora a informace ze stran zdravotnického personálu (Takács a kol., 2015,

s. 66). Má respondentka mi všechny výše zmíněné příklady uvedla, aniž by předem věděla, že to byli spouštěče jejího stavu. Při spontánním porodu měla respondentka B naštěstí ohleduplnou porodní asistentku i lékaře, kteří se jí věnovali. Tím pádem u ní nedošlo k žádným dalším psychickým újmám, a tak hodnotí tento porod jako velice uspokojivý. Po SC se respondentka B cítila velice slabá a zpočátku neměla dostatek sil se starat o jejího syna. Rekonvalescence pro ni byla tedy podstatně náročnější než u spontánního porodu, při němž byla schopná se postarat o dceru ještě tentýž den. Takács (2015, s. 66) ve svém textu uvádí, že akutní císařský řez má vliv na narušení vztahu k dítěti. To se mi u respondentky B potvrdilo, protože se mi svěřila, že po porodu neměla žádný zájem syna vidět a ani o něj pečovat. Její vztah se k novorozenci budoval zhruba 6 týdnů, než k němu začala cítit bezpodmínečnou, mateřskou lásku. Naproti tomu po vaginálním porodu byla citová vazba okamžitě vytvořena.

**Otázkou také bylo, jak ženy subjektivně vnímají roli porodní asistentky, která pečovala o ženu v období těhotenství, porodu a po porodu.** Respondentka A uvedla, že roli porodní asistentky vnímá jako průvodce během celého těhotenství, porodu a po porodu. Lze říci, že respondentka A měla svou osobní porodní asistentku, kterou byla její blízká přítelkyně. Ta jí provázela během obou těhotenství a v období šestinedělí. Po celou dobu jí byla velkou oporou a respondentka A jí mohla plně důvěřovat. Goer tvrdí, že pro mnohé ženy je výhodné, když se o ně po celou dobu stará jedna porodní asistentka, které mohou důvěřovat (Goer, 2002, s. 242). Na porodním sále byla spokojená s péčí a uvedla, že si s porodní asistentkou rozuměli. Dále zmínila, že pro ni bylo velmi důležité, aby porodní asistentka byla během porodu milá a měla pochopení. To se potvrzuje také v bakalářské práci Štruncové, z té vyplývá, že při porodu je pro ženy stěžejní empatický a pozitivní přístup (Štruncová, 2017, s. 47)

Respondentka B nedokázala přesně určit roli porodní asistentky. Tento fakt je pravděpodobně způsobený tím, že při prvním porodu jí netečnost porodní asistentky psychicky poznamenala. Lze však říci, že porodní asistentka jí při VBAC částečně vynahradila chování porodní asistentky přítomné během prvního porodu.

**Dalším cílem bylo zjistit spokojenost ženy s podanými informacemi v souvislosti s vaginálním porodem po císařském řezu..** Obě mé respondentky uvedly, že první informace jim byly podány ošetřujícím gynekologem. Žádná z nich si nestěžovala na nedostatečný rozsah podaných informací, přesto si však obě vyhledávaly další informace

z odborné literatury a internetových zdrojů. Toto se také potvrzuje ve výzkumném šetření Begley (2012), ve kterém vyšlo najevo, že ženy potřebují ve vztahu k rozhodování více faktů o VBAC. Ty vyhledávají pomocí internetu nebo komunikují se ženami, které mají s VBAC zkušenosti. Konkrétně respondentka A si zjišťovala další podrobnosti od porodní asistentky.

## 11.1 Doporučení do praxe

Ženy, které zvažují vaginální porod po císařském řezu, jsou v období těhotenství mnohem citlivější a potřebují dostatek kvalitních informací a podpory. Tyto informace by měly získat nejen od ošetřujícího gynekologa, ale také od porodní asistentky. Na základě výpovědi obou respondentek jsem se, však přesvědčila, že porodní asistentka v ambulanci jim žádné informace ani podporu neposkytla. Objektivně bohužel nedokáži zhodnotit, čím je tento problém způsoben. Dle mého názoru by ženy na porodní sál měly přicházet již se všemi informacemi. Osobně se domnívám, že pro úspěšné VBAC je třeba zavést do praxe:

- Větší erudovanost porodních asistentek v problematice posttraumatických symptomů po císařském řezu.
- Zvýšit povědomí žen o VBAC. Toho lze dosáhnout například z informačních materiálů u ošetřujícího gynekologa.
- Kvalitnější přístup porodních asistentek v gynekologických ambulancích, ty mají šanci pozitivně působit na ženy po dobu 9 měsíců gravidity.
- Kvalitnější přístup porodních asistentek na porodních sálech, ty by se měly snažit být u žen co možná nejvíce a poskytovat jim dostatečnou podporu a klidné prostředí pro porod.
- Větší odbornou vzdělanost porodních asistentek a lékařů v problematice vaginálního porodu po císařském řezu.
- Soukromá praxe porodních asistentek, která se specializuje na ženy, které si přejí родit vaginálně po císařském řezu. Nejlépe napříč všemi obdobími jako je těhotenství, porod a šestinedělí.

## 11.2 Sebereflexe

Psaní bakalářské práce pro mě zpočátku nebylo vůbec jednoduché. Velkým oříškem pro mě byla především teoretická část, při které jsem zvažovala vhodnou literaturu a použití nejdůležitějších pasáží. Někdy se mi také stávalo, že jsem chtěla do mé teoretické části zahrnout informace, které mi byly známy z přednášek či z jiných zdrojů, ale pro jejich použití jsem musela nejdříve najít odbornou literaturu. Tato skutečnost mě při psaní práce

poměrně zdržovala. Postupem času jsem si však navykla na určitý postup a psaní práce se mi začalo relativně dařit.

Osobně mě však nejvíce bavila praktická část. Setkání s mými respondentkami bylo opravdu příjemné, obě byly velice veselé a komunikativní. Díky tomu pro mě bylo velmi snadné sebrat požadovaná data pro mé výzkumné šetření. Upřímně mohu říci, že když jsem ženy poprvé potkala a dotázala se jich, zda by byly ochotné mi poskytnout rozhovor, tak jsem ani v nejmenším netušila, jak zajímavé případy budu moci zpracovat.

Se zvoleným tématem VBAC jsem byla nadmíru spokojená. Jeho problematika mě vždy zajímala a nyní jsem mohla nahlédnout nejen do odborné literatury, ale i do zkušeností žen, které si vaginálním porodem po císařském řezu prošly. Tento zážitek mě velice obohatil a zároveň mi otevřel nové obzory ve vnímání žen.

## 12 ZÁVĚR

V bakalářské práci jsem se zabývala tématem – Vaginální porod po císařském řezu. Teoretickou část jsem si rozdělila do třech stěžejních kapitol. První kapitolou byl vaginální porod, popsala jsem zde jeho problematiku, význam vaginálního porodu pro ženu a novorozence, fyziologický průběh a v neposlední řadě péči porodní asistentky během porodu. Další má kapitola pojednávala o císařském řezu, zde jsem se blíže zaměřila na historii, aktuální situaci problematiky SC, indikace, klasifikace, průběh císařského řezu a na péči porodní asistentky o ženu v perioperačním období. Poslední kapitola teoretické části byla zaměřena na vaginální porod po císařském řezu. Tuto kapitolu jsem si dále rozdělila na jednotlivé podkapitoly – problematika VBAC, podmínky, rizika a komplikace, přednosti a výhody, specifika péče porodní asistentky o ženy s VBAC.

Praktická část bakalářské práce obsahuje dvě případové studie žen, které mají zkušenosti s vaginálním porodem po císařském řezu. V rámci případové studie jsem se zaobírala anamnézou respondentek a popisem jednotlivých období. Zajímaly mě prožitky a zkušenosti z období těhotenství, císařského řezu, vaginálního porodu a rekonvalescence. V popisu výše zmíněných období jsou uvedeny části rozhovorů, které mi byly respondentkami poskytnuty. Oba mé případy jsem se snažila pojmout holisticky a hledala jsem bio-psycho-socio-spirituální souvislosti.

Údaje z mého výzkumného šetření jsem porovnávala s odbornou literaturou v rámci diskuze. V rámci diskuze jsem také uvedla mé doporučení pro praxi. Z výzkumného šetření vyplynulo, že problematika vaginálního porodu po císařském řezu spočívá především ze strachu o ženu a plod a to vede ke sníženému využití VBAC. Prožitky a zkušenosti s VBAC ženy hodnotí spíše pozitivně. Obě mé respondentky byly rády, že mají zkušenost s vaginálním porodem. Co se týče zkušeností a prožitku císařského řezu v porovnání s vaginálním porodem vyplynulo, že ženy měly po SC psychické problémy, které jim ztěžovali život ještě celý rok po porodu. Po vaginálním porodu naopak pocítovaly štěstí, úlevu a pocit hrdosti, že to zvládly. Role porodních asistentek vyplynula spíše pozitivně, ale přes to by ženy ocenily větší podporu ze stran porodních asistentek alespoň na konci I. doby porodní. Dále také vyplynulo, že s poskytnutým rozsahem informací ženy nebyly spokojené a o VBAC sháněly další informace, především z internetových zdrojů

## 13 SEZNAM LITERATURY

- 1 BAĐUROVÁ, Eva. Bakalářská práce. *Porod po císařském řezu*. [online] 2014. [Cit. 26. 2. 2019] Dostupné z:  
[https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/27995/badurova\\_2014\\_dp.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/27995/badurova_2014_dp.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- 2 BAJEROVÁ, Marika, 2018. *Péče o jizvu po porodu císařským řezem z pohledu fyzioterapie*. 1. vyd. Příbor, 2018. ISSN: 2464-6784.
- 3 BAŠKOVÁ, Martina, 2015. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. 1. vyd. Praha: Grada s. ISBN: 978-80-247-5361-4.
- 4 BEGLEY, Cecily. Groping through the fog': a metasynthesis of women's experiences on VBAC (Vaginal birth after Caesarean section). *Biomedcentral*. [online] 21. 8. 2012. [Cit. 26. 3. 2019] Dostupné z:  
<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-12-85>
- 5 BRZOSKOVÁ, Milada. Bakalářská práce. *Císařský řez, výhra nebo selhání?* [online] 2010. [Cit. 25. 2. 2019] Dostupné z: [https://theses.cz/id/4nm6wv/109250-351791852.pdf?fbclid=IwAR05-eFTaxhOd1aGg0j9HkhMvO\\_3zFRMMBYXuoB24U\\_nMSEIOBnq8dVq03Y](https://theses.cz/id/4nm6wv/109250-351791852.pdf?fbclid=IwAR05-eFTaxhOd1aGg0j9HkhMvO_3zFRMMBYXuoB24U_nMSEIOBnq8dVq03Y)
- 6 BUCKLEY, Sarah J, 2016. *Jemný porod, jemné mateřství*. 1. vyd. Praha: Maitrea. ISBN: 978-80-7500-164-1.
- 7 ČECH, Evžen, HÁJEK, Zdeněk, MARŠÁL, Karel a kol., 2014. *Porodnictví*. 3 zcela přepracované vyd. Zdeněk Hájek. Praha: Grada. ISBN: 9788024745299.
- 8 DAŇKOVÁ, Klára. Bakalářská práce. *Vaginální porod po císařském řezu*. [online] 2016. [Cit. 1. 3. 2019] Dostupné z:  
[https://theses.cz/id/8pzl3o/Dankova\\_Klara\\_Vaginalni\\_porod\\_po\\_cisarskem\\_rezu.pdf?fbclid=IwAR1ESG4iz-EV5E0Ra6mVxOaobTOtCgcFJHytvIFDpHfmye\\_h9qwjnX6NPnY](https://theses.cz/id/8pzl3o/Dankova_Klara_Vaginalni_porod_po_cisarskem_rezu.pdf?fbclid=IwAR1ESG4iz-EV5E0Ra6mVxOaobTOtCgcFJHytvIFDpHfmye_h9qwjnX6NPnY)
- 9 GOER, Henci, 2002. *Průvodce přemýšlivé ženy na cestě k lepšímu porodu*. 1. vyd. Praha: One women press. ISBN: 80-86356-13-2.
- 10 HANÁKOVÁ, Taťána a kol., 2015. *Velká česká kniha o matce a dítěti*. 2. aktualizované vydání. Brno: CPress. ISBN: 978-80-264-0755-3.



- 11 CHURCHILL, Helen, 2010. *Vaginal birth after caesarean: The VBAC Handbook*. 1. vyd. Wendy Savage. Londýn: Pinter & Martin Ltd. ISBN: 978-1-905177-24-0.
- 12 ODENT, Michel, 1995. *Znovuzrozený porod*. 1. vyd. Praha: Argo. ISBN: 80-85794-69-1.
- 13 JANÍKOVÁ, Eva, ZELENÍKOVÁ, Renáta, 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-4412-4.
- 14 KHAN, Aliya. Benefits of normal delivery for mom and baby. *Firstery parenting*. [online] 17. 3. 2018. [Cit. 18. 2. 2019] Dostupné z: [https://parenting.firstery.com/articles/benefits-of-normal-delivery-for-mom-and-baby/?fbclid=IwAR28do4uojWqlHBXfj3RCIVNn5YYrvb-sXPQURJ0Tqz2BtMUuLeKHuf3\\_Y4](https://parenting.firstery.com/articles/benefits-of-normal-delivery-for-mom-and-baby/?fbclid=IwAR28do4uojWqlHBXfj3RCIVNn5YYrvb-sXPQURJ0Tqz2BtMUuLeKHuf3_Y4)
- 15 KLÍMOVÁ, Magdaléna. Bakalářská práce. *Spokojenost rodiček s ošetrovatelskou péčí během porodu*. [online] 2014. [Cit. 12. 2. 2019] Dostupné z: [https://theses.cz/id/c149o9/BP\\_Klimova\\_final\\_tisk01.pdf](https://theses.cz/id/c149o9/BP_Klimova_final_tisk01.pdf)
- 16 KŘEPELKA, Petr, 2008. Císařský řez – indikace nebo volba? *Česká gynekologie: časopis České gynekologické a porodnické společnosti, 2008.*, roč. 73, č. 5, s. 303 - 305. ISSN: 1210-7832.
- 17 LEIFER, Gloria, 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 1. vyd. Grada. ISBN: 80-247-0667-8.
- 18 MAREŠOVÁ, Pavlína, 2018. *Moderní postupy v gynekologii a porodnictví*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta a. s. ISBN: 978-80-204-4852-1.
- 19 NAJMANOVÁ, Lenka. Bakalářská práce. *Porod po předešlém císařském řezu*. [online] 2016. [Cit. 10. 2. 2019] Dostupné z: [https://is.muni.cz/th/zlo3h/BP\\_Lenka\\_Najmanova.pdf](https://is.muni.cz/th/zlo3h/BP_Lenka_Najmanova.pdf)
- 20 NOVÁKOVÁ, Kateřina. Bakalářská práce. *Pohybová aktivita a výživa kojících žen*. [online] 2012. [Cit. 28. 2. 2019] Dostupné z: <https://dspace5.zcu.cz/bitstream/11025/3795/1/Bakalarska%20prace%20KN.pdf>
- 21 ODENT, Michel, 2016. *Císařský řez*. 1. vyd. Praha: Maitrea. ISBN: 9788075002273.
- 22 ODENT, Michel, 1995. *Znovuzrozený porod*. 1. vyd. Praha: Argo. ISBN 80-85794-69-1.

- 23 PAŘÍZEK, Antonín, Doležal, Antonín. Historie císařského řezu. *Porodnice*. [online] Nedatováno. [Cit. 12. 2. 2019] Dostupné z: [www.porodnice.cz/clanky-historie-cisarskeho-rezu](http://www.porodnice.cz/clanky-historie-cisarskeho-rezu)
- 24 PAŘÍZEK, Antonín a kol., 2012. *Kritické stavy v porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN: 978-80-7262-949-7
- 25 PAŘÍZEK, Antonín. Výhody a nevýhody přirozeného porodu a císařského řezu. *Porodnice*. [online] Nedatováno. [Cit. 15. 2. 2019] Dostupné z: [http://www.porodnice.cz/porod-a-z/vyhody-a-nevyhody-prirozeneho-porodu-a-cisarskeho-rezu?fbclid=IwAR3fTCiwZi5AhBNSfQ-a2BZFJ65Uc2HzUoU7e3FUibAqL\\_inOCofgChHqC0](http://www.porodnice.cz/porod-a-z/vyhody-a-nevyhody-prirozeneho-porodu-a-cisarskeho-rezu?fbclid=IwAR3fTCiwZi5AhBNSfQ-a2BZFJ65Uc2HzUoU7e3FUibAqL_inOCofgChHqC0)
- 26 RATISLAVOVÁ, Kateřina, 2008. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area. ISBN: 978-80-254-2186-4.
- 27 ROZTOČIL, Aleš a kol., 2017. *Moderní porodnictví*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, ISBN: 978-80-247-5753-7.
- 28 ROZTOČIL, Aleš, VELEBIL, Petr. Vedení porodu u těhotné s císařským řezem v anamnéze – doporučený postup. *Gynultrazvuk*. [online] 2013. [Cit. 10. 3. 2019] Dostupné z: <http://www.gynultrazvuk.cz/data/clanky/6/dokumenty/p-2012-vedeni-porodu-u-tehotne-s-cisarskym-rezem-v-anamneze.pdf>
- 29 SINCLAIR, Constance, 2004. *A midwife's handbook*. 1. vyd. St. Louis: Saunders. ISBN: 978-0-7216-8168-9.
- 30 SLEZÁKOVÁ, Lenka, 2011. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN: 978-80-271-0214-3.
- 31 STADELMANN, Ingeborg, 2009. *Zdravé těhotenství, přirozený porod*. 3. přepracované vydání. Praha: One Woman Press. ISBN: 978-80-86356-50-1.
- 32 ŠTROMEROVÁ, Zuzana. Přirozený porod. *Porodní dům u čápa*. Nedatováno. [Cit. 11. 3. 2019] Dostupné z: <http://www.pdcap.cz/Texty/Versus/AktivniPorod.html>
- 33 TAKÁCS, Lea, SOBOTKOVÁ, Daniela, ŠULOVÁ, Lenka a kol., 2015. *Psychologie v perinatální péči: Praktické otázky a náročné situace*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-5127-6.

34 VELEMÍNSKÝ, Miloš a kol. Birth after caesarean cection. *PubMed Central*. [online] 1. 2. 2011. [Cit. 20. 3. 2019] Dostupné z:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3524712/>

## **14 SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1 – Informovaný souhlas s rozhovorem

Příloha č. 2 – Podklad pro polostrukturovaný rozhovor

# 15 PŘÍLOHY

## Příloha č. 1

### INFORMOVANÝ SOUHLAS

#### NÁZEV BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

#### STUDENT

Anna Křest'anová  
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence  
Fakulta zdravotnických studií ZČU  
23anna12@seznam.cz

#### VEDOUcí BP:

Mgr. Eva Hendrych Lorenzová  
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence  
Fakulta zdravotnických studií ZČU  
elorenzo@kos.zcu.cz

#### CÍL STUDIE

Cílem studie je popsat problematiku vaginálního porodu po císařském řezu.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

#### SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já .....

souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:

## **Příloha č. 2**

### **PODKLAD PRO POLOSTRUKTUROVANÝ ROZHOVOR**

1. Popište mi průběh prvního těhotenství
2. Jaký byl důvod císařského řezu?
3. Kdo Vás informoval o císařském řezu? Byly informace dostatečné?
4. Jak probíhala příprava na císařský řez?
5. Vybírala jste si anestezii sama, anebo Vám byla doporučena?
6. Jaká byla poskytnuta anestezie? Pociťovala jste nežádoucí účinky?
7. Proběhl bonding po císařském řezu? Kdy došlo k prvnímu přiložení k prsu?
8. Popište mi emoce z observačního pokoje. Jak probíhala časná rekonvalescence? Jak rychle jste byla schopná se starat o dítě? Jaká byla péče o jizvu a tělesná rekonvalescence po sekci?
9. Jak byste zhodnotila celou situaci tohoto porodu a jaké máte v souvislosti s tímto porodem pocity? Jak dlouho se Vám vracely myšlenky na porod a úvahy proč to bylo císařským řezem? Jaká byla role porodní asistentky po porodu, případně jakou péči byste uvítala?
10. Proč jste nyní chtěla родit vaginálně?
11. Jaké myšlenky Vás napadaly, když jste zvažovala vaginální porod po císařském řezu? Měla jste nějaké obavy z vaginálního porodu?
12. Jak se k Vám choval zdravotní personál vzhledem k vaší anamnéze? Na co se Vás ptal, popřípadě musela jste se spíš doptávat sama? Jaké Vám poskytl informace? Jakou roli v edukaci hrála porodní asistentka? Kdo se zajímal o vaše pocity? Měla jste nějaké porodní přání?
13. Jaký byl průběh porodu? Jaký byl pocit na tlačení a setkání se s dítětem?
14. Jak se Vám dařilo pracovat s porodní bolestí? Co Vás motivovalo a podporovalo? Jaká byla role porodní asistentky? Využila jste během porodu nějaké léky na tlášení bolesti?
15. Měla jste po porodu nějaké porodní poranění?
16. Jak probíhal bonding po vaginálním porodu?
17. Jaké pocity jste měla po vaginálním porodu? Jaké myšlenky Vás napadaly?
18. Jaká byla rekonvalescence po vaginálním porodu?
19. Jak byste porovnala kvalitu bondingu u císařského řezu a vaginálního porodu?
20. Jak hodnotíte rozvoj a průběh kojení u obou porodů?

21. Splnil vaginální porod po císařském řezu vaše očekávání?
22. Jak jste vnímala roli porodní asistentky během porodu?
23. Jaký jste měla vztah ke svému tělu po císařském řezu a vaginálním porodu?
24. Jaké byste uvedla celkové zhodnocení zkušenosti v souvislosti s mateřstvím a porody?
25. Napadají Vás nějaké doporučení pro porodní asistentky?