

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

# **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2024**

**Lucie Denková**

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence

**Lucie Denková**

**PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY O ŽENU PŘI PORODU  
CÍSAŘSKÝM ŘEZEM**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Ratislavová Ph.D.

PLZEŇ 2024

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 3. 2024

.....

vlastnoruční podpis

## **Abstrakt**

Příjmení a jméno: Denková Lucie

Katedra: Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Péče porodní asistentky o ženu při porodu císařským řezem

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Ratislavová Ph.D.

Počet stran – číslované: 81

Počet stran – nečíslované: 11

Počet příloh: 1

Počet titulů použité literatury: 36

Klíčová slova: císařský řez, indikace, péče porodní asistentky, kojení, péče o jizvu

### **Souhrn:**

Bakalářská práce se zaměřuje na informovanost žen o porodu císařským řezem před, během porodu a po něm a jaké podpůrné intervence jsou jim poskytnuty zdravotníky. Díky dotazníkovému šetření jsme zjistili, že péče porodních asistentek o ženu při porodu císařským řezem je hodnocena často negativně z pohledu žen. Vyplynulo, že ženy nedostaly dostatečnou péči porodní asistentky. Ženám chyběla empatie a porozumění, informovanost při výkonech spojených s císařským řezem, psychická podpora, edukace v péči o jizvu, o kojení a psychice.

## **Abstract**

Surname and name: Denková Lucie

Department: Department of nursing and midwifery

Title of thesis: Midwife's care of a woman in caesarean birth

Consultant: Mgr. Kateřina Ratislavová Ph.D.

Number of pages – numbered: 81

Number of pages – unnumbered: 11

Number of appendices: 1

Number of literature items used: 36

Keywords: caesarean section, indications, midwife's care, breastfeeding, scar care

### Summary:

The bachelor's thesis focuses on women's awareness of cesarean delivery before, during and after delivery and what supportive interventions are provided by health professionals. Through a questionnaire survey, we found that midwives' care of women during caesarean delivery is often evaluated negatively from the women's perspective. It was found that women did not receive sufficient care from midwives. Women lacked empathy and understanding, information during caesarean section procedures, psychological support, education on scar care, breastfeeding and psyche.

## **Poděkování**

Ráda bych tímto poděkovala Mgr. Kateřině Ratislavové Ph.D. za odborné vedení práce, vstřícní přístup, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji podpůrné skupině Císařovněm za pomoc při sběru dat.

# OBSAH

SEZNAM GRAFŮ .....	9
SEZNAM TABULEK .....	10
SEZNAM ZKRATEK .....	11
ÚVOD.....	12
TEORETICKÁ ČÁST .....	14
1 CÍSAŘSKÝ ŘEZ.....	14
1.1 Historie .....	14
1.2 Provedení císařského řezu .....	17
1.3 Indikace císařského řezu.....	18
1.4 Porodnická analgezie.....	19
1.5 Komplikace při císařském řezu .....	21
1.6 Rizika pro matku a dítě spojené s císařským řezem.....	21
1.7 Bonding po císařském řezu.....	22
1.8 Kojení po císařském řezu .....	23
1.9 Laskavý císařský řez.....	26
1.10 Císařský řez na přání matky .....	27
2 PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY .....	30
2.1 Role porodní asistentky v předporodní péči o ženu .....	30
2.2 Role porodní asistentky v poporodní péči o ženu.....	31
2.3 Rehabilitace po císařském řezu .....	33
2.4 Péče o jizvu.....	33
3 PSYCHICKÉ PROŽÍVÁNÍ ŽENY PŘI PORODU CÍSAŘSKÝM ŘEZEM .	35
PRAKTICKÁ ČÁST .....	37
4 FORMULACE PROBLÉMU.....	37
5 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	38
5.1 Hlavní cíl .....	38
5.2 Dílčí cíle a výzkumné otázky .....	38
6 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU.....	40
7 METODIKA PRÁCE.....	41
8 ORGANIZACE VÝZKUMU.....	42
9 ZPRACOVÁNÍ DAT .....	43
10 ANALÝZA DAT.....	44
11 PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ.....	73
DISKUZE .....	77
ZÁVĚR.....	83

SEZNAM LITERATURY.....	85
PŘÍLOHY .....	89
Příloha 1 – Dotazník.....	89



## SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Věk žen.....	44
Graf 2: Vzdělání žen.....	45
Graf 3: Rodinný stav .....	46
Graf 4: Druh císařského řezu.....	47
Graf 5: Provedení císařského řezu.....	48
Graf 6: Získávání informací v předporodním období.....	49
Graf 7: Preference porodu v těhotenství.....	50
Graf 8: Důvod císařského řezu .....	51
Graf 9: Informovanost o důvodech císařského řezu.....	53
Graf 10: Druh anestezie .....	54
Graf 11: Důvod provedení celkové anestezie.....	55
Graf 12: Informovanost při přípravě na císařský řez.....	56
Graf 13: Bonding po porodu císařským řezem.....	57
Graf 14: Přítomnost blízké osoby na operačním sále .....	58
Graf 15: Kontakt s dítětem po operaci.....	59
Graf 16: Péče o jizvu .....	60
Graf 17: Informovanost o laktaci .....	61
Graf 18: Informovanost o polohách pro kojení po operaci .....	62
Graf 19: Péče na oddělení šestinedělí.....	63
Graf 20: Důvěra ve zdravotnický personál.....	64
Graf 21: Kontrola ženy nad situací.....	65
Graf 22: Podpora psychiky na oddělení šestinedělí.....	66
Graf 23: Informovanost o psychických problémech po porodu .....	67
Graf 24: Kontakt s porodní asistentkou v šestinedělí .....	68
Graf 25: Důvody ke kontaktu s porodní asistentkou v šestinedělí .....	69
Graf 26: : Důvody ke kontaktu s porodní asistentkou v šestinedělí .....	72

## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1: Nedostatky v péči porodní asistentky.....	70
--	----

## SEZNAM ZKRATEK

Mgr. ....	Magister (magistr)
PhD. ....	Doctor philosophiae (doktor filozofie)
n. l. ....	Našeho letopočtu
př. n. l. ....	Před našim letopočtem
sv. ....	Svatý
cm ....	Centimetr
JIP ....	Jednotka intenzivní péče
ÚZIS ....	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
CTG ....	Kardiotokografie
STAN.....	ST analýza fetálního elektrokardiofgamu
RH ....	Rhesus faktoru
HELLP .....	zkratka z anglického hemolysis, elevated liver enzymes, low platelet count (hemolýza, zvýšené jaterní enzymy, nízký počet krevních destiček)
i. v. ....	Intravenózní
MAC .....	Maternally assisted caesarean (císařský řez s asistencí matky)
CDMR .....	Caesarean delivery on maternal request (císařský řez na přání matky)
CS .....	Caesarean section (císařský řez)
EKG .....	Elektrokardiogram
ČGPS .....	Česká gynekologická a porodnická společnost
VBAC .....	Vaginal birth after caesarean (vaginální porod po císařském řezu)
MS .....	Microsoft
PA .....	Porodní asistentka
ČR .....	Česká republika
WHO .....	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

## ÚVOD

Počet císařských řezů v České republice i ve světě statisticky každým rokem stoupá. Císařský řez je abdominální operace, která s sebou nese řadu rizik. Mnoho žen si tato rizika neuvědomuje nebo o nich nejsou dostatečně informované. Tento způsob porodu v porodnictví je velice důležitý a má své místo. Často je jediným způsobem, jak udržet matku i dítě při životě. Avšak žen rodících císařským řezem strmě přibývá. Výhodu ženy spatřují v možnosti vyhnout se porodním bolestem. Rekonvalescence je však po císařském řezu oproti vaginálnímu porodu obtížnější. Komplikace se objevují nejen krátce po výkonu, ale i s odstupem několika let.

Cílem porodních asistentek i lékařů je informovat ženy o hledání nejvhodnějšího způsobu porodu, aby klesal počet žen s operačním porodem v anamnéze. Pokud žena musí podstoupit porod císařským řezem, porodní asistentky hrají velkou roli v oblasti edukace žen před, během i po porodu. Důležité je informovanost rodičky o důvodech provedení císařského řezu a o rizicích, které ho doprovázejí.

Bakalářská práce je zaměřena na péči porodní asistentky o ženu při porodu císařským řezem. Během praxe na oddělení šestinedělí jsem se setkala s ženami, které měly různé pocity a názory na péči porodních asistentek. Téma bakalářské práce jsem si vybrala, protože mě zajímala informovanost žen o porodu císařským řezem před, během porodu a po něm a jaké podpůrné intervence jsou jim poskytnuty zdravotníky, což bylo zároveň hlavním cílem této práce. Práce by měla objasnit a poukázat na problémy, ve kterých by měla být péče porodní asistentky důkladnější.

V teoretické části zmiňuji historii, provedení a indikace císařského řezu, porodnickou analgezií, možné komplikace při císařském řezu, rizika pro matku i dítě spojené s císařským řezem. Velmi probírané téma je bonding po císařském řezu. Novinkou ve světě porodnictví, hlavně u nás v České republice, je laskavý císařský řez. Ten se u nás zatím provádí pouze ve dvou nemocnicích. Nedílnou součástí teoretické části je i kapitola o kojení, které je po císařském řezu v začátcích často náročnější. Dále se zaměřuji na péči porodní asistentky v předporodní i poporodní péči, rehabilitaci ženy po císařském řezu a péči o jizvu. V poslední kapitole se dotýkám tématu psychického prožívání ženy při porodu císařským řezem. Informace jsem čerpala z odborných publikací a zahraničních internetových článků z vědeckých databází.

Praktická část je tvořena kvantitativní studií, kde jsem se snažila zjistit spokojenost a informovanost žen při porodu císařským řezem. Vybrala jsem si vzorek žen, které rodily císařským řezem po roce 2020. Tento časový úsek jsem zvolila, aby byl výzkum co možná nejaktuálnější, vzhledem k měnícímu se přístupu porodních asistentek v péči v průběhu let. V dotazníku jsem zmínila témata týkající se informovanosti před porodem, během i při pobytu na oddělení šestinedělí. Dotkla jsem se následujících témat – kojení, péče o jizvu, psychika, bonding, partner u porodu. Ženy mohly sdělit své pocity k péči porodní asistentky a vyjádřit, zda jim v péči něco scházelo.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 CÍSAŘSKÝ ŘEZ

Císařský řez představuje chirurgický zákrok v oblasti porodnictví, kdy je novorozenec vyjmut z dělohy prostřednictvím chirurgického řezu v břišní oblasti. Tento postup se uplatňuje v případech, kdy by byl vaginální porod rizikem poškození zdraví, smrti pro matku, plod nebo obou. (Roztočil, 2020, str. 499)

Císařský řez může zachránit život matce i dítěti. Problémem je, že se často provádí zbytečně. Toto rozhodnutí je v kompetenci lékařů, mimo pravomoc porodní asistentky. Porodní asistentka má však stále určitý vliv, podporuje právo ženy na volbu a v určitých případech projednává s porodníkem jeho rozhodnutí. (Chapman, Charles, 2018, str. 151)

### 1.1 Historie

Už ve starověku byly zaznamenány první zmínky o císařském řezu, počátky historie operace jsou opřené o mýty. Tato procedura se v průběhu staletí měnila na základě času, kultury, smyslu i indikace. Ve starověku měl spíše smysl v záchraně dítěte od zesnulé nebo umírající matky. Jen zřídka byla operace provedena na základě záchrany matky. Úmrtnost matek se zlepšila až v 19. století, kdy operátor po porodu dělohu zašil nebo úplně odstranil. (Jauniaux, Grobman, 2016, str.9)

Termín *sectio caesarea* se poprvé objevil v díle Plinia staršího (23-79 n.l.) a obě slova se překládají jako rozřezávati, řezati. I když je toto slovní spojení v podstatě nesmyslné, ve společnosti se hojně užívá dodnes. (Jauniaux, Grobman, 2016, str.9)

Podle královského zákona *Lex regia* údajně od římského krále Numa Pompilia (715-673 př. n.l.) nesmí být pochována těhotná žena, aniž by jí předem nebyl plod vyňat z lůna. (Roztočil, 2020, str. 499).

Existuje doložená zmínka o dítěti s jménem Gorgias, který přežil operaci císařským řezem přibližně v roce 508 př.n.l. Jiné záznamy s příznivým koncem pro matku i dítě nejsou doloženy. Ani v nejstarším pojednání o porodní asistenci „Soranus of Ephesus’ *Gynaikeia*“ (2. století n.l.) není zmínka o vydařené operaci, což naznačuje, že se tehdy jednalo o posmrtný výkon matky. (Jauniaux, Grobman, 2016, str.12)

Ve Švýcarsku kolem roku 1500 muž provedl císařský řez své ženě, která nebyla schopna donosit své dítě. Muž si běžel na úřad požádat o povolení, zda může operaci provést, živil se jako zvěrokleštič. Za podpory 13 porodních asistentek přežila matka i dítě. Následně matka porodila přirozeně dalších pět dětí a dožila se vysokého věku. To vyvolalo spoustu otázek u historiků, jak je možné, že následující porody proběhly bez ruptury dělohy. (Jauniaux, Grobman, 2016, str.13)

Někteří autoři tento případ nepovažují za první císařský řez na živé ženě. Měla jím být operace břišní kýly, kdy bylo současně vybaveno z dutiny břišní i dítě. Poté byla provedena sutura břicha, dělohy však ne. Dítě přežilo, žena zemřela po 25 dnech. (Pařízek, 2012, str. 292)

V 16. století byla nejčastější indikací císařského řezu absolutně zúžená pánev, kdy nebylo možné porodními cestami vybavit plod ven z dělohy ani po jeho zmenšení. Matky umíraly v 60-90 %. Příčinou úmrtí matky bylo buď vykrvácení, nebo puerperální sepse. (Roztočil, 2020, str. 500).

Velice důležitá byla práce belgického anatoma a lékaře Andries van Wezela (1514-1564), který je autorem knihy o lidské anatomii, velice podrobně zobrazil ženskou pánev a břišní struktury a poskytl teoretické základy pro vývoj porodnictví 18. a 19. století. Dalším významným autorem byl francouzský lékař Francois Rousset (1535-1600), který publikoval knihu „Histerotomotokia“, pojednání o císařském porodu, kde popsal, že lze operaci provést, aniž by matka či plod přišly o život. V knize s názvem „La commare o raccogliatrice“ od římského lékaře Scipione Mercurio (1540-1615) jsou poprvé popsány podrobné indikace pro provádění císařských řezů. (Jauniaux, Grobman, 2016, str.15)

V 18. století se britská žena Mary Donnelly stala známou pro „vytahování mrtvých plodů“. Po selhání tradiční metodiky přes porodní cesty přistoupila k císařskému řezu, při kterém volila řez vrstvou po vrstvě pomocí břitvy. Ránu uzavírala hedvábím a jehlou. Ránu potřela vaječným bílkem a bylinkovou masťou. Hedvábné stehy byly po uzdravení z rány vyndány. (Jauniaux, Grobman, 2016, str.17)

V 18. století začíná růst počet císařských řezů na živých. Byly zde však rizika infekce a stále neexistovala anestezie, proto byla úmrtnost téměř 100 %. Rána se často rozevírala, protože se nešila. (Pařízek, 2012, str. 292)

Lékař městské nemocnice sv. Alžběty a asistent první porodnické školy pro lékaře v Praze napsal učebnici „Porodnictví“ v roce 1876. Zde podrobně popisuje techniku císařského řezu a pojednává zde o porodnickém personálu, který by se měl skládat z osmi pomocníků. (Pařízek, 2012, str. 292)

Dalšími pokroky v 19.-20. století bylo neustálé vylepšování operační techniky, jako například uzavírání dělohy postříbřenými stehy. Spolu s vertikálním řezem se začal používal horizontální řez v dolním segmentu. Anestezie, krevní transfúze a zavedení antibiotik po druhé světové válce podstatně snížily pooperační komplikace. Ke zlepšování péče docházelo hlavně v ekonomicky vyspělých zemích. V roce 1953 byl syntetizován oxytocin, díky němu se výrazně snížil výskyt poporodní krvácení. (Jauniaux, Grobman, 2016, str.23)

Po druhé světové válce došlo k obratu v otázce bezpečnosti, začala se rozšiřovat nová operační technika. Odent (2016, str. 9) uvádí: „Do této doby bylo nejpřímějším způsobem zásahu otevření dělohy. Kůže, fascie a děložní sval byly vertikálním směrem rozříznuty (odshora dolů), z místa přibližně 2,5 cm nad pupkem k místu přibližně 2,5 cm nad stydkou kostí.“ Tato technika se používala pouze v krajní nouzi – riziko krvácení a infekce bylo vysoké. „Principem nové techniky bylo otevřít děložní sval pomocí transverzálního řezu (ze strany na stranu) na jiném místě: v tenkém místě, které se nazývá dolní děložní segment.“ K tomuto převratu došlo v době po druhé světové válce, kdy bylo možné použít antibiotika, anestézii, krevní transfúze a gumové kanyly byly vyměněné za plastové. Během několika let se stala operace císařským řezem bezpečnou. Operační technika, která se používá dnes, se žádným výrazným způsobem neliší od techniky, jež byla vyvinuta v 50. letech 20. století. (Odent, 2016, str. 10)

Postupem času rostla frekvence operace spolu s vývojem perinatální medicíny a rozšíření indikací císařského řezu o indikace ze strany plodu. V dnešní době by se porodnictví bez této operace neobešlo. Operace císařským řezem stala se rutinním výkonem. (Roztočil, 2020, str. 500).

V současné době císařský řez představuje nejčastější operační výkon ukončující těhotenství a porod, jehož frekvence v roce 2021 byla 25,6 % ze 108 303 porodů. (ÚZIS, 2023)



Jde o velkou břišní operaci, operační výkon trvá 30-45 minut. Je nutné myslet na to, že může být doprovázena řadou komplikací jak operačních, tak pooperačních. Klíčová je pooperační péče porodní asistentky na odděleních JIP, která je nástrojem pro snížení mateřské morbidity a mortality. (Šálková, 2021. str. 163)

## 1.2 Provedení císařského řezu

Důležitá je poloha pacientky v leže na zádech na operačním stole. Tlak na dolní dutou žílu redukuje náklonem rodičky na levý bok. (Procházka, 2020, str. 513) Pro provedení císařského řezu nesmí být velká část plodu vstouplá a fixovaná hluboko v pánvi (pánevní šíři). Pokud je horní, zadní okraj spony stydké hmatný, jsou podmínky splněny. (Čech, Hájek, Maršál, Srp, 2014, str. 516)

Při volbě laparotomie se ve většině případech provádí suprapubický Pfannenstielův řez. Dolní střední laparotomii volíme při akutní indikaci u obrovského nebo malformovaného plodu, kde se očekává jeho obtížné vybavování, a u velmi obézních pacientek. (Roztočil, 2020, str. 501) Suprapubický řez je proveden příčně přibližně 2-3 cm nad symfýzou. Tento řez má výhody, jako je kosmetický efekt, menší bolestivost, rychlejší zacelení rány, snížené riziko infekce. „Po provedení kožní incize se rozvolní podkožní tkáň až na fascii m. rectus abdominis, která je příčně protnuta. Operatér poté pokračuje mezi přímými svaly, které jemně separuje a dosáhne peritonea. Po proniknutí do dutiny břišní většinou protínáme a sesouváme pliku močového měchýře, abychom obnažili dolní děložní segment a zabránili poranění měchýře. Řez na děloze lze vést i nad úponem měchýře.“ (Procházka, 2020, str. 513)

Nejčastější typ řezu na děloze je Geppertův. Další možnosti řezu je řez dle Misgava-Ladacha, který je proveden o přibližně 2-3 cm výše. „U řez“ se zvolí nejčastěji při porodu nezralého dítěte. „T řez“ je proveden v případě nouzové situace, kdy není možné plod vybavit původní příčnou incizí. Klasická incize je používána velmi vzácně, řez je veden podélně děložním tělem a pro matku je nevýhodný, při dalším porodu je děloha vystavena riziku ruptury. (Procházka, 2020, str. 513)

Dlaň operátora po řezu na děloze vybaví dítě. Za současného tlaku na děložní fundus operátor nadzvedne hlavičku plodu a usměřuje záhlaví do provedené uterotomie. V situaci, kdy je hlavičku obtížné vybavit, je nutno další asistence, která vytlačuje hlavičku zpět do dělohy směrem nahoru z porodních cest. Další možností k rychlému vybavení plodu jsou porodnické kleště, vakuumextraktor. Při nezralém dítěti musí být operátor velmi

opatrný. Uterotonika jsou aplikována po vybavení plodu. Vybavení placenty je provedeno mírným tahem za pupečník nebo manuální extrakcí. Někteří porodníci preferují preventivní revizi dutiny děložní jako prevenci retence části placenty či blan. Při sutuře je děloha sešita v jedné nebo ve dvou vrstvách vstřebatelným stehem. Po jednotlivých vrstvách je uzavřena celá dutina břišní. (Procházka, 2020, str. 513)

### **1.3 Indikace císařského řezu**

V případech, kdy není možný nebo je nebezpečný vaginální porod, je indikován císařský řez. Indikace pro provedení císařského řezu mohou být rozděleny do dvou hlavních kategorií. Absolutní indikace zahrnuje situace, kdy je rozhodnutí o provedení císařského řezu jednoznačné a nevyhnutelné, protože nedodržení tohoto postupu by mělo fatální následky pro matku nebo dítě. Relativní indikace jsou takové, kdy vaginální porod je možný, ale může přinášet zvýšené riziko (např. porod koncem pánevním). (Procházka, 2020, str. 511) Jiné dělení udává indikace akutní (urgentní), nebo plánované (ze strany matky, plodu, samostatné, jasné, kombinované, sdružené, problematické). (Roztočil, 2020, str. 500)

Kategorie, která je dnes celosvětovým trendem a je zahrnuta vlnou kontroverze, je císařský řez na přání matky, který s sebou nese určitá rizika. S počtem císařských řezů stoupá incidence závažných komplikací. (Binder, 2015, str. 267) Přání rodičky či její rodiny není indikací k provedení císařského řezu. (Čech, Hájek, Maršál, Srp, 2014, str. 516)

Existuje mnoho indikací k císařskému řezu. Mohou se týkat porodních cest, celkového stavu rodičky a plodu. Většina indikací je sdružených, díky tomu, že při porodu jsou matka i plod ve vzájemné interakci. Mezi nejčastější indikace patří akutní ohrožení plodu během porodu (hrozící nebo počínající hypoxie) při patologické křivce CTG záznamu nebo metodou STAN, chronický distres plodu, výhřez pupečníku, abnormální uložení placenty, krvácení v těhotenství či za porodu, těžký stupeň anémie plodu při Rh-izoimunizaci nebo při fetomaternální transfuzi, malprezentace, malpozice, fetopelvický a kefalopelvický nepoměr, pelveolýza, symfyzeolýza, včasně překážky pro vaginální ukončení porodu, vícečetné těhotenství (trojčetná a vícečetná těhotenství, u dvojčetného záleží na dalších faktorech), předchozí císařský řez, jiná jizva na děloze, poruchy děložní činnosti, zdravotní stav matky komplikující těhotenství, kdy není možné vaginálně porodit (těžká preeklampsie, eklampsie, HELLP syndrom, závažné kardiovaskulární a respirační

nemoci, genitální herpes, neurologické indikace, psychologická indikace, žena umírající a mrtvá. (Čech, Hájek, Maršál, Srp, 2014, str. 517)

#### **1.4 Porodnická analgezie**

„Císařský řez je definován jako operační porod, při němž je plod vybaven po protěti břišní stěny (laparotomie) a stěny dělohy (hysterotomie).“ (Pařízek, 2012, str. 293)

Z pohledu anesteziologie je tento operační výkon od jiných chirurgických výkonů břišní chirurgie rozdílný tím, že nebereme v úvahu pouze stav a přání rodičky, ale i stav dítěte, nebo dětí u vícečetného těhotenství. Rizika anestezie také zvyšují fyziologické změny na konci těhotenství způsobené rostoucí dělohou a těhotenskými hormony. Díky těmto fyziologickým změnám (oběhové, ventilační, koagulační, gastrointestinální) se zvyšují metabolické nároky při současně snížených rezervách matky, a to vede k vyšším rizikům anestezie. Anestetika mohou prostupem přes placentu přímo ovlivnit plod. Je proto důležité, aby u císařského řezu podával anestetika zkušený anesteziolog. Problém při intubaci může nastat při často přítomné obezitě, při zúžení horních dýchacích cest vlivem gestagenů a estrogenů. Další obtíže může způsobit zvýšený žaludeční obsah při zpomalené motilitě, zmenšený úhel kurvatury žaludku a vyšší intragastrický tlak, horší kompetence sfinkterů a horizontální poloha žaludku. Obtížnost intubace se s postupujícím porodem ztěžuje. Prevence kyselé aspirace u plánovaných císařských řezů je noční lačnění, nejméně 6-8 hodin. Na většině pracovištích je rutinním postupem oxygenoterapie lehkou obličejovou maskou. Je potřeba počítat i s možností výrazné krevní ztráty nebo s významnou vazodilatací. Samozřejmě musí tedy být zajištěn i.v. vstup, kterým se následně podá infuzní terapie. (Pařízek, 2012, str. 293)

Při císařském řezu může být použita celková anestezie (intravenózní, inhalační, kombinovaná), regionální anestezie – neuroaxilární, mezi kterou patří anestezie epidurální a spinální (subarachnoidální) a kombinovaná spinální-epidurální. (Pařízek, 2012, str. 293)

Výhodou celkové anestezie je rychlý nástup účinku, její spolehlivost a stabilizovanost krevního tlaku. Nevýhodou je riziko vdechnutí tekutiny ze žaludku, problémy s intubací. Dalším rizikem je přechod celkové anestezie z matky na dítě. Problémem je následně i kontakt po porodu s dítětem. Přiložit dítě k prsu je možné, až když je žena plně při vědomí. (Procházka, 2020, str. 513)

Při neuroaxilární anestezii je žena při vědomí, není intubována, je schopna komunikovat s personálem i partnerem. Po porodu není narušen kontakt s matkou, která je při vědomí a je možno ihned dítě přiložit. Díky zachovanému kašlacímu reflexu se snižuje riziko aspirace. Při neuroaxilární anestezii léky neohrožují plod. Operatér zde není natolik omezen časem pro vybavení dítěte jako u celkové anestezie. Nevýhodou je možný diskomfort těhotné jako je nevolnost, zvracení, spavost a únava. Proto se k operaci volí mírná laterální poloha. Těhotná při operaci může vnímat nepříjemné vjemy z operačního pole a po operaci není schopna ovládat a cítit dolní končetiny po dobu desítek minut až hodin. (Procházka, 2020, str. 513)

Celková anestezie je spojena s větším rizikem pro matku než regionální anestezie, kvůli obtížnému zajištění dýchacích cest nebo riziko úmrtí související s aspirací. Spinální a epidurální anestezie se proto staly více využívány pro císařský řez. Spinální anestezie se snadno zavádí, má rychlý účinek a poskytuje vynikající provozní podmínky. Kontinuální epidurální anestezie může způsobit méně hemodynamických změn a může být doplněna v případě prodloužení chirurgického zákroku nebo v případě zmírnění pooperační bolesti. Spinální anestezie je nejčastěji používaná při plánovaném císařském řezu, epidurální se spíše používá k převedení porodní epidurální anestezie na chirurgickou anestezii. Při výběru způsobu anestezie záleží na několika faktorech. Jedná se především o stupeň urgencye a o čas, který je k dispozici. Dále zda je již zavedena epidurální anestezie, preference matky, očekávání nebo předchozí zkušenosti, pravděpodobné trvání operace, přítomné patologie matky (zejména srdeční, neurologické nebo předchozí operace zad), alergie. Ve všech případech by měla každá pacientka před porodem císařským řezem podstoupit vyšetření anesteziologem. (Capogna, 2017, str. 10)

Ačkoli porod musí být rychlý, často se dává přednost neuroaxilární technice, pokud čas umožňuje zavedení spinálního anestetika nebo dávkování existujícího epidurálního. Za určitých naléhavých okolností je však nutné uvedení do celkové anestezie. Tyto situace nastávají, když porodník musí porodit dítě okamžitě z mateřských/fetálních indikací a již není dostatek času pro zavedení neuroaxilární anestezie. V těchto případech celková anestezie poskytuje nejrychlejší a nejspolehlivější formu anestezie pro rychlý porod. (Capogna, 2017, str. 11)

Při selhání standartních postupů anestezie je potřeba mít připraveny i nacvičeny alternativní postupy. Může to být řešení obtížné intubace nebo nezajištění žilního vstupu

k podání anestezie. Pokud není možné podat standartní neuroaxilární či celkovou anestezii, jsou další alternativy anestezie – lokální infiltrační anestezie nebo inhalační anestezie při spontánní ventilaci. Obě metody jsou nouzové. (Pařízek, 2012, str. 299)

## **1.5 Komplikace při císařském řezu**

Pro ženu je výhodnější porodit spontánně než císařským řezem. Důkazem je i šestkrát vyšší výskyt komplikací, které tento operační výkon provázejí. Kvůli akutní indikaci, která je ve více než v polovině případů, se často nestihne důkladná předoperační příprava ženy. (Roztočil, 2020, str. 204)

Krvácení je nejčastější a zároveň velice nebezpečnou komplikací. Řešení situace musí být rychlé a cílené, společně s dostatečnou krevní náhradou. Další závažnou komplikací je embolie. Embolie může být vzduchová, která se vyskytne v průběhu operace, dále embolie plodovou vodou, v pooperačním období embolie při tromboflebitidě. Poškození orgánů nastane při rychlém či komplikovaném postupu. Poškozenou krajinou může být močový měchýř, klička tenkého střeva. Mezi pooperační komplikace řadíme pooperační hematom, infekce. Hematom vzniká krvácením do ohraničených prostorů, řeší se drenáží. Infekce má více forem. Lokální infekce v operační ráně může přestoupit na další struktury s následnými celkovými septickými projevy. Anesteziologické komplikace nejčastěji způsobují nepříznivé okolnosti, jako je vysoký stav bránice v těhotenství, zvýšená hladina progesteronu, náplň zažívacího traktu při nelačnění, vyšší kyselost žaludečního obsahu, některé léky (tokolytika, opioidy). Při špatném zhojení jizvy se může objevit kýla v jizvě, která se častěji objevuje po střední dolní laparotomii než po příčné suprapubické. (Čech, Hájek, Maršál, Srp, 2014, str. 523) Paralyza střevní je další nepříjemnou komplikací, která se objevuje po jakékoli břišní operaci. U pacientek po císařském řezu je riziko nízké z důvodu velmi krátké operace a omezené manipulace se střevy. Časná mobilizace a časný perorální příjem podporuje nastartovat peristaltiku. U žen s císařským řezem v anamnéze se může objevit neplodnost, sterilita, břišní diskomfort. (Procházka, 2020, str. 516)

## **1.6 Rizika pro matku a dítě spojené s císařským řezem**

Operace s sebou nese nevyhnutelná rizika. Studie ukazují, že při porodu císařským řezem je riziko úmrtí matky zhruba čtyřikrát vyšší než při vaginálním porodu. Nejčastější příčinou maternálního úmrtí je infekce, krevní sraženina, nehody při provádění anestezie. Žena bude pociťovat následky císařského řezu po celý zbytek jejího života. Může dojít

k snížení plodnosti, většímu výskytu mimoděložního těhotenství. Po porodu císařským řezem se zvyšuje pravděpodobnost, že v dalším těhotenství plod zaujme polohu koncem pánevním, zvyšuje se riziko ruptury dělohy. Neméně důležité jsou problémy s placentou (vcestná placenta, nízko položená placenta, placenta accreta). Vždy se jedná o komplikace, které ohrožují život matky i plodu. (Buckleyová, 2016, str. 261)

U dětí narozených císařským řezem mohou nastat dýchací obtíže. Důležitým faktorem zde je čas, kdy byl císařský řez proveden. Nalezneme zde rozdíly mezi dětmi narozenými pomocí císařského řezu provedeného před zahájením porodu a dětmi narozenými jiným způsobem. Plíce dítěte udávají signál k zahájení porodu. „Surfaktant, což je protein nacházející se v plicích, funguje jako hormon související s porodem, který vysílá do dělohy matky signál o tom, že plíce plodu jsou dostatečně zralé, aby zvládly zásadní přechod z vodního prostředí do prostředí, kde se dýchá vzduch. Obecně platí, že dítě narozené pomocí císařského řezu provedeného před zahájením porodu je fyziologicky odlišné od jiných dětí.“ (Odent, 2017, str. 71)

Během císařského řezu, je vynechaná fáze, kdy porodní úsilí aktivuje orgány a hormonální systém, díky které se dítě připraví na život mimo dělohu. Rozdíly mezi dětmi narozenými vaginálně a císařským řezem jsou markantní (rozdíly u štítné žlázy, nadledvinek, ledvin, plic, střev, krve, imunitního systému). Rozdíly v imunitním systému jsou vysvětlitelné neprůchodem plodu přes porodní cesty matky, kdy se neseťká s matčinou zdravou střevní mikroflórou. Tato střevní mikroflóra tvoří základ pro imunitní systém dítěte a její absence může přivodit alergie a astma, cukrovku, obezitu. (Buckleyová, 2016, str. 261) V případě, že při porodu císařským řezem nedojde k osídlení těla vaginálními mikroby, doporučuje se potříit kůži a ústa dítěte smotkem gázy, která byla umístěna do vaginy matky k absorpci místních mikrobů. (Odent, 2017, str. 73)

## **1.7 Bonding po císařském řezu**

Bonding po porodu slouží k upevnění vztahu mezi novorozencem a rodičem. V některých nemocnicích je nyní možno provádět bonding s matkou přímo na operačním sále. Pokud dojde k císařskému řezu a není možné bonding provést s matkou, je možný bonding i s otcem. Bonding probíhá na holém těle matky, novorozenec se přiloží s nepřerušným pupečnickem na matčinu hrud'. Dítě je osušeno pouze teplou suchou rouškou. Kontakt skin to skin umožní teplotní stabilitu pro dítě. Výsledkem je větší citová vazba a lepší adaptace novorozence na vnější okolí. (Dušková, 2019, str. 71)

Bonding s otcem probíhá obdobně. Otce upozorníme na mázek, možnost odchodu smolky. U otců se v prvních týdnech po porodu také zvyšuje oxytocin v těle, a to usnadňuje pečovatelské chování. Tyto hladiny stoupají při prvním kontaktu s novorozencem oproti hladině oxytocinu před porodem. (Döblin, Seefeld, Weise, 2023, str.12)

U matky stoupá hladina oxytocinu během první hodiny po porodu. Tím se spustí vrozené pečovatelské chování. Bonding po porodu usnadňuje matce vstup do mateřství, posiluje její mateřské chování a rodičovské schopnosti. Díky časnému vzájemnému kontaktu matka dokáže citlivěji rozpoznat potřeby dítěte, prokazuje větší sebedůvěru v péči o své dítě a klesá riziko poporodní deprese. (Mazúchova, Maskálová, Divoková, 2022, str.49)

V některých případech se pouto mezi novorozencem a rodiči vytvoří hned, jindy trvá sblížení s dítětem déle. Zhruba 20 % matek a otců necítí v hodinách po porodu ke svému novorozenci žádné skutečné citové pouto. To může trvat týdny, nebo dokonce až měsíce, než se toto pouto dostaví. (Watson, 2022, str.1)

## **1.8 Kojení po císařském řezu**

Kojení představuje přirozený, normální a nenahraditelný způsob poskytování výživy pro novorozence. Přináší zdravotní výhody pro ženu i pro dítě. Mateřské mléko je přirozená a lehce stravitelná výživa pro dítě. Obsahuje proteiny, sacharidy, lipidy, množství enzymů, imunoglobulinů, bílých krvinek a dalších látek, které dítě potřebuje ke správnému vývoji. Kojení snižuje výskyt astmatu, riziko výskytu zánětu středního ucha, vzniku kazu, slouží jako ochrana proti nemocnosti a úmrtnosti na průjem, usnadňuje optimální vývoj čelisti a chrupu, snižuje výskyt nekrotizující enterokolitidy u předčasně narozených dětí. Nejen pro novorozence, ale i pro matku má kojení velký význam v jejím zotavování se z těhotenství. Děloha se postupně vrací do své původní velikosti. Díky oxytocinu, který se během kojení vyplavuje, je involuce dělohy rychlejší, očištění odcházejí plynuleji. Kontrakce dělohy při kojení způsobené vyplavováním hormonů pak způsobují v prvních dnech po porodu bolesti. Kojení může sloužit jako antikoncepce, reguluje ovulaci a menstruaci. Laktační amenorea představuje přirozené období po porodu u žen, které kojí. Dalšími výhodami jsou snížená rizika rakoviny prsu nebo vaječníků. (Mazúchová, Maskálová, Divoková, 2022, str. 12)

Po císařském řezu je tvorba mléka v prsu stejná jako po vaginálním porodu, do porodnice přicházíte s prsy, ve kterých je vytvořené mléko. Způsob porodu však ovlivňuje vyplavování hormonů, které kojení ovlivňují. Na rozdíl od vaginálního porodu žena po císařském řezu kojí často své dítě až několik hodin po porodu. Může se stát, že v době před prvním přiložením je dítě nakrmeno lahví nebo dostane dudlík. Kombinace pozdního začátku kojení, dudlíku, nakrmení z lahve a odloučení od matky může způsobit problémy v nastartování kojení. To ale není pravidlem. Je důležité dodržovat určité kroky, které eliminují možné problémy: kontakt kůže na kůži co nejdříve na co nejdéle dobu, kojení zahájit co nejdříve, nejpozději 1 hodinu po porodu odstríkat mléko po kapkách do zkumavky (toto mléko je podáno dítěti ze zkumavky do úst, a to pro vzácné složení mléka), vyhnout se použití dudlíku, říct si o pomoc laktační poradkyni (správné přísátí a přiložení je důležité). (Polonková, 2020, str.67)

Problémem v časném zahájení kojení může být nedostatečně proškolený personál, pomoc laktačních poradkyň, rady ohledně kojenecké výživy, malá podpora kojení strany zdravotnického personálu. Uvolňování mateřského mléka po porodu ovlivňuje několik faktorů. Stres po porodu, bolest, anestezie brání matkám v procesu kojení, naopak cítění a pláč dítěte mohou proces podpořit. Včasné zahájení kojení je prospěšné nejen pro novorozence, ale i pro matky, kdy se snižuje riziko krvácení po porodu. Podpora rodiny, zejména manžela, má velký podíl na povzbuzení matek k včasnému zahájení kojení. Matky, kterým se dostává podpory ze strany rodiny, mají až pětkrát vyšší pravděpodobnost časného zahájení kojení než matky, kterým se podpory nedostalo. (Lajuna, Ramli, Anita, 2022, str. 1,7).

Nástup laktace je ovlivněn výběrem anestezie. Při celkové anestezii je žena během porodu v bezvědomí a nějakou dobu po porodu omámená. Při podání epidurální či spinální anestezie je dnes možné dítě kojit již na operačním stole. Plánovaný císařský řez zřejmě souvisí s většími komplikacemi při kojení, chybí zde přirozené vyplavení hormonů.

Prvních pár dní žena potřebuje podporu. Rozhodujícím okamžikem je obnovení peristaltiky a odchod plynů. V těchto dnech je důležitá podpora personálu, rodiny. Žena by měla být podpořena ke sdílení svých problémů a strastí. V případě potřeby ženy personál doporučí podpůrné skupiny v okolí. (Odent, 2016, str.81)

Po císařském řezu je vhodné dítě ženě ke kojení podat. Žena není v prvních dnech mobilní a kvůli operační ráně není vhodně, aby hned dítě zvedala. Ideálními polohy jsou



poloha v lehu na boku, fotbalová poloha, často se používá poloha na tanečnicka k naučení správné techniky sání. Při poloze v leže na boku si matka odpočine. Matka má podepřená záda a hlavu polštářem. Polštář je možné nastavit i mezi nohy, k maximálnímu zajištění komfortu. (Polonková, 2020, str. 2020) Dítě leží tělem i čelem k matce, která mu podpírá záda rukou, ale nedrží jeho hlavičku. Je možné, že se tato poloha dítěti líbit nebude a bude mít problém se přisát. (Mazúchová, Maskálová, Divoková, 2022, str. 25)

Při fotbalové poloze jsou podepřená záda ženy. Záda a nohy dítěte směřují do podpaží matky, tělíčko je podpíráno rukou matky, která dlaní přidrží hlavičku. Ruka ženy je podepřena kojícím polštářem. Pro naučení správné techniky sání porodní asistentka podá ženě novorozence v příčné poloze v sedě. Tělo dítěte matka podpírá předloktím, stejnou rukou drží hlavičku dítěte, jemně se dotýká temene hlavy. Pod rukou matky je nastaven polštář. Novorozenec leží čelem i tělem k matce a objímá prs shora i zespodu. Správné přisátí je klíčové k úspěšnému kojení. Matka nastaví ruku do tvaru C. Chytne prs tak, aby se prsty ani palec nedotýkaly dvorce. Před samotným přiložením je možné vytlačit z prsu pár kapek mléka. Bradavkou dráždí matka rty dítěte. To spustí u novorozence hledací reflex. Když dítě otevře ústa, matka směřuje bradavku k hornímu patru a vloží do úst co nejvíce dvorec. Kontrolou správného přisátí je vyšpulený horní i dolní ret dítěte, brada a tvář se také opírají o prs. (Mazúchová, Maskálová, Divoková, 2022, str. 25)

Není neobvyklé, že se při kojení vyskytnou problémy. Problémy se mohou objevit včasné nebo později v průběhu laktace.

- Mezi častý problém patří bolestivé nalítí prsou. Pokud dítě neúplně vyprázdní prs spolu se špatnou technikou sání, následuje otok a překrvení doprovázené zvýšenou tvorbou mléka. Pomoc přináší studené až ledové obklady, úprava techniky, masáže prsa. Odstříkání mléka po 6-8 hodinách pomůže toto obtížné období překonat. Zvýšená tvorba mléka se většinou objeví 3-4 den po porodu. Někdy dochází k pozdnímu nástupu laktace, při kterém se zvýšená tvorba objeví 5-6 den po porodu i později.
- Retence mléka se vyznačuje ztuhnutím nebo zarudnutím části prsu v důsledku zadržování mléka. Může být doprovázena vysokou teplotou a bolestivostí. Vzniká špatnou technikou sání, blokádu buněčnou drtí a zaslhlým mlékem s následným otokem. Léčba ledovými obklady, masáže, antipyretika. Kvůli retenci mléka matka nemusí přerušit kojení. Zánět je zde

přesně ohraničený a tím se liší retence od mastitidy. Úprava stavu je v rámci dvou dnů.

- Ani při mastitidě není nutné přerušit kojení. Jedná se o zánět způsobenými bakteriemi nebo plísněmi. Při léčbě se podávají antipyretika, antibiotika a antimykotika.
- Ragády a poranění bradavek vznikají v důsledku špatné techniky kojení. Je potřeba na přechodnou dobu zvolit jinou polohu při kojení a upravit techniku přiložení novorozence k bradavce. I bez léčby se ragáda zacelí během několika dní.
- Absces je ohraničená oblast vyplněná hnisem. Léčbou je chirurgické odstranění.

(Sedlářová, 2008, str. 93)

Důkladná hygiena je součástí péče o prsy. Patří do ní omývání prs teplou vodou a následné osušení. Krém (Bepanthen) lze použít v případě citlivých a popraskaných bradavek. Mateřské mléko má hojivé účinky. Lze jím potírat bradavky. Vlhkost bradavek může vést k popraskání bradavek, a proto je možnost do podprsenky vkládat speciální savé vložky. Takto je možno předcházet zánětu prsní žlázy. (Dosbaba, Křížová, Hartman, 2021, str. 7)

## **1.9 Laskavý císařský řez**

Laskavý císařský řez se snaží o nejbližší přiblížení operačního porodu k porodu vaginálnímu. Dítě je něžně vybaveno z dutiny břišní. Pokud je k tomu prostor, porodník se snaží položit novorozeně na nahý hrudník ženy. Dochází k bondingu – nechá se dotepat pupečník, dítě se poprvé přisaje k prsu matky. Bonding může být proveden na nahém hrudníku otce přímo na operačním sále. Všichni přítomní na operačním sále se snaží o intimní a respektující atmosféru. (Zubec, 2023)

Při MAC (císařský řez s asistencí matky) však může být matka během zákroku při vědomí a bdělá a má možnost pomoci při porodu a přijetí svého dítěte. To může spočívat v tom, že matka sáhne dolů a za asistence porodníka vytáhne dítě ze svého břicha a přinese si ho přímo k hrudníku, aby se mohlo okamžitě přiložit kůže na kůži. (Shary, 2023)

Cílem MAC je poskytnout matce aktivnější roli při porodu jejího dítěte, což může přispět k posílení vazby a podpořit pocit zmocnění a kontroly. Předpokládá se, že má také potenciální výhody pro dítě, včetně zlepšení dýchacích funkcí a hladšího přechodu do života mimo dělohu. (Shary, 2023)

Ne všechny nemocnice nebo porodnice však MAC nabízejí a rozhodnutí o jeho provedení by mělo být konzultováno s poskytovatelem zdravotní péče. Pro umožnění takového druhu porodu je nutné individuální posouzení zdravotního stavu ženy i dítěte. Nelze provádět u rizikových stavů jako je nízko uložená placenta, preeklampsie, akutní císařský řez a další. Je to relativně nový typ porodu, který se nestal ještě běžnou praxí. Jednou z hlavních obav je riziko zavlečení bakterií důsledkem vstupu rukou matky do operačního pole, a to může vést k vážné infekci. Příprava na porod zahrnuje praktický nácvik chirurgického mytí rukou, oblékání pláště a sterilních rukavic, samotné vytáhnutí dítěte z břicha. (Shary, 2023)

Od května roku 2022 tuto možnost laskavého císařského řezu nabízí porodnice v Ostravě. Další nemocnicí, ve které je možný provést císařský řez s asistencí matky, je v Kroměříži. Tyto dvě jsou jediné v České republice, které tuto metodu nabízí. O metodu roste zájem v zahraničních nemocničních zařízeních. (Brotánková, 2024)

### **1.10 Císařský řez na přání matky**

Zkratka CDMR znamená císařský řez na žádost matky, bez lékařské nebo porodnické indikace. Výskyt CDMR se v jednotlivých zemích a regionech značně liší a pohybuje se od 0,2 do 42 %. I když je vaginální porod považován za standart porodní péče, v některých případech ženy považují císařský řez za nejkvalitnější službu, a proto ho považují, i když neexistuje lékařská indikace. Další případ, proč se ženy rozhodnou pro operační porod, je obava z poškození plodu. Jiné ženy chtějí císařský řez z kulturních důvodů. Dále to může být strach z neznámého, úzkost, stres, deprese a strach. Pozornost se věnuje právům ženy, kdy by si ženy měly o sobě samy rozhodnout. Cílem porodních asistentek a lékařů by mělo být poskytnout ženám vhodné rady, především podpořit pacientku v informovaném rozhodnutí a celkově pozitivním zážitku z porodu, poučit ženu o rizicích a výhodách císařského řezu v jejich situaci. (Sorrentino, Greco, Palieri, Vasciaveo, Stabile, 2022)

Tokofobie může být důvod, proč ženy žádají od císařský řez. Jeho prevalence se uvádí kolem 20-25 %. Silný strach z porodu narušuje každodenní rutinu žen a může

ovlivnit jejich schopnost aktivně se účastnit porodu. Stresující a pravděpodobně traumatické zážitky před těhotenstvím jsou spojeny se zvýšeným výskytem tokofobie v těhotenství. Toto se týká zejména matek, které v dětství zažily emocionální, psychické nebo sexuální zneužívání nebo před současným těhotenstvím potratily. Může se objevit i u žen, které počali pomocí asistované reprodukce. Tokofobie úzce souvisí s úzkostí, depresí. Nízká úroveň spokojenosti v páru byla spojena s větší incidencí tokofobie, proto je důležitá zejména partnerská podpora. (Sorrentino, Greco, Palieri, Vasciaveo, Stabile, 2022)

Celosvětově se zvyšuje počet primárních císařských řezů, ale míra CDMR se značně liší. Jednou ze zemí s nejvyšší mírou CS je Brazílie, kde je průměrně 36 % CS a kde ženy často plánují císařský řez, i když dávají přednost vaginálnímu porodu, a to zejména v soukromých zařízeních, kde je míra operačních porodů přibližně dvakrát vyšší než ve veřejných zařízeních, kde se císařský řez plánuje ještě před přijetím. Stejně jako v Brazílii se míra císařských řezů v Chile liší podle typu pojištění a podle toho, zda se jedná o státní nebo soukromou nemocnici. Pravděpodobně tedy nejde o přání matky, ale o vztah mezi veřejným a soukromým vedením těhotenství, který je třeba zkoumat. (Sorrentino, Greco, Palieri, Vasciaveo, Stabile, 2022)

V Číně je vysoká míra císařských řezů bez lékařské indikace na přání matky, asi 16 % v sekundárních nemocnicích a 10 % v terciárních centrech. (Sorrentino, Greco, Palieri, Vasciaveo, Stabile, 2022)

V USA se míra CDMR odhaduje na přibližně 3 %, ačkoli se jedná o nízkou míru, neexistuje shoda ohledně diagnostického kódování CDMR. (Sorrentino, Greco, Palieri, Vasciaveo, Stabile, 2022)

V roce 2015 byla míra CDMR v Itálii odhadována na 8,6 %. V průzkumu provedeném v jižní Itálii (Sicílie) v roce 2005 pouze 41 % lékařů uvedlo, že by CDRM provedlo. Příčinu této preference císařského řezu je tedy pravděpodobně třeba hledat ve složité socioekonomické struktuře italské kultury. Na jedné straně je zde medicínsko-právní aspekt. Přestože je vaginální porod bezpečnější, lékaři jsou často odsuzováni za to, že neprovedli CS. Italští lékaři vysvětlují, že strach ze soudních sporů změnil jejich přístup, zejména v zařízeních s vysokým podílem císařských řezů. (Sorrentino, Greco, Palieri, Vasciaveo, Stabile, 2022)

Pouze malé procento thajských žen by dalo přednost operačnímu porodu, protože se domnívají, že vaginální porod zaručuje rychlejší zotavení a přirozený průběh. Thajské ženy se však domnívají, že i když je nejlepší volbou vaginální porod, musí být matka zapojena do procesu rozhodování o způsobu porodu. (Sorrentino, Greco, Palieri, Vas-ciaveo, Stabile, 2022)

Také ženy v Singapuru by v zásadě preferovaly vaginální porod, ale i v tomto průzkumu ženy uvedly, že mají právo požádat o císařský řez. Ze světové literatury je zřejmé, že ženy sice operaci nepreferují, ale požadují své právo podílet se na rozhodování o způsobu porodu. (Sorrentino, Greco, Palieri, Vas-ciaveo, Stabile, 2022)

## 2 PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY

### 2.1 Role porodní asistentky v předporodní péči o ženu

Rozsah péče se liší na základě druhu císařského řezu. Při plánovaném císařském řezu je adekvátní čas k provedení všech předoperačních vyšetřeních, zatímco při akutním císařském řezu jsou provedeny nezbytné intervence k nejrychlejšímu ukončení těhotenství. (Zubec, 2023)

Péče bude v každém zařízení rozdílná. V některých porodnicích vyžadují nástup na operaci den předem, jiné nástup v den operace. Několik hodin před operací je nutné nejíst, je vhodné dostatečně pít, ovšem ne všechny porodnice příjem tekutin dovolují. Klystýr a holení v oblasti jizvy může být také součástí předoperační přípravy. Úprava nehtů, či pleť bez make-upu je zcela individuální, záleží na zvyklostech daného zařízení. (Zubec, 2023)

Pokud se jedná o výkon plánovaný, těhotná je komplexně předoperačně vyšetřena. Porodník potvrdí definitivně indikaci k císařskému řezu a zhodnotí porodnický nález. Internista posoudí celkový stav ženy. Porodní asistentka natočí EKG, odebere krev a moč pro základní biochemické a další laboratorní vyšetření. Před operací se aplikují potřebné léky, jako jsou antibiotika v rámci profylaxe infekce. Jednotnost podání antibiotik všem ženám před císařským řezem zatím není vyřešena, je však řada indikací, při kterých je tato aplikace nutností (febrilní a protahovaný průběh porodu, odteklá voda více než šest hodin, větší počet vaginálních vyšetření před císařským řezem, opakovaný císařský řez, kardiopatie, diabetes mellitus, obezita matky). Porodní asistentka uváže bandáže dolních končetin v rámci prevence tromboembolické nemoci a zavede cévku do močového měchýře, aby močový sáček během operace moč zachytával, zajistí žilní vstup. Anesteziolog určí premedikaci a nejvhodnější způsob anestezie. Pokud je k ukončení těhotenství důvod akutní nebo neodkladný, provedou se pouze nejnaléhavější opatření. Mezi ně patří základní předoperační interní vyšetření, které v akutních případech zajišťuje anesteziolog. Pokud pacientka požila stravu, anesteziolog rozhoduje o dalším postupu. V případě krvácení se musí zajistit žilní vstup a podávat náhradní roztoky a krev, odeberou se vzorky na nejdůležitější vyšetření (krevní obraz a krevní srážlivost). Pokud došlo k děložní hyperaktivitě, podá se tokolyza k utlumení kontrakcí. (Čech, Hájek, Maršál, Srp, 2014, str. 497)

## 2.2 Role porodní asistentky v poporodní péči o ženu

Operace může být vedena v anestezii celkové, častěji v anestezii částečné (spinální či epidurální). Díky řezu v oblasti nad sponou stydkou se jedná o řez kosmeticky, lépe vypadající a nese s sebou méně komplikací. (Koudelková, 2013, str. 100)

Po císařském řezu si porodní asistentka převezme ženu od anesteziologa na operačním sále a společně se sanitářem ženu převezou na oddělení, kde bude žena intenzivně monitorována. Žena je uložena do zvýšené polohy a je napojena na monitor vitálních funkcí. Na hrud' porodní asistentka aplikuje svody EKG. Na ruku, kde není zavedena kanyla, upevní manžetu na měření krevního tlaku, na druhé končetině saturační aplikuje čidlo na prst ženy. Porodní asistentka nastaví interval měření na monitoru a zkontroluje správnost nastavení, dále ženě omyje dezinfekcí z okolí oblasti rány, rodidla, aplikuje vložky, zkontroluje krvácení a výšku fundu. Množství moči v sáčku je nutné zapsat do dokumentace. Pokud je v operační ráně zaveden drén, zapíše do dokumentace množství krve v drénu. Na operační ránu porodní asistentka aplikuje chladivý sáček ke snížení bolesti. Zároveň sleduje vzhled a krvácení v místě rány, monitoruje křivku EKG, saturaci O<sub>2</sub>, krevní tlak, počet dechů za minutu. Pozoruje celkový stav ženy, vědomí, reakci zornic, odeznívání anestezie, krvácení z rodidel, zavinování dělohy, edémy, bolesti a diurézu za 24 hodin. Podle ordinace lékaře provádí odběry biologického materiálu, podává pravidelně uterotonika, opiáty, antibiotika, krevní deriváty, nízkomolekulární heparin. Porodní asistentka kontroluje jejich účinek, podává ženě tekutiny a vhodnou stravu. Tekutiny ženě podá nejdříve za 2 hodiny po anestezii. Porodní asistentka pečuje o invazivní vstupy. Invazivní vstup je nutné každé 3 hodiny proplachovat a po 3 dnech vstup vyměnit. Vše zaznamenává do dokumentace, zdravotní stav ženy konzultuje s lékařem a průběžně ho informuje. 12 hodin po operaci pomůže porodní asistentka ženě se vstáváním a s hygienou. Ženu edukuje o hygieně genitálu, prsů, péči o operační ránu. Druhý den pokračuje v infuzní terapii, aplikuje léky na bolest podle ordinace lékaře a dle potřeby tlumení bolesti ženy. Pokud je žena mobilní, porodní asistentka odstraní permanentní močový katetr. Žena by se měla do 6 hodin od extrakce sama vymočit. Pokud tomu tak není, je nutné ženu vycévkovat jednorázově. Do dokumentace porodní asistentka zapisuje čas vycévkování, množství, barvu a příměsi moči. Pomocí dostatečného pitného režimu podporuje porodní asistentka vymočení ženy. Odchod plynů a stolice je dalším sledovaným aspektem. Lékař pravidelně kontroluje peristaltiku fonendoskopem. Pokud se střevní pasáž hýbe, ženě je možné podat další strava. Pokud drén z rány neodvádí

žádnou tekutinu, je možné ho odstranit. Porodní asistentka sterilně odstraní drén, provede dezinfekci, přelepí ránu a množství tekutiny zapíše do dokumentace, sterilní krytí z operační rány sejme druhý den po operaci. Prevencí tromboembolie je pravidelný pohyb. Porodní asistentka poučí ženu o nutné návštěvě gynekologa na konci šestinedělí. (Koudelková, 2013, str. 100)

Porodní asistentka spolupracuje v péči o šestinedělku většinou s novorozeneckou sestrou. V posledních letech přibývá porodnic, kde porodní asistentky pečují o nedělku i novorozence. Péče je komplexní, holistická a přístup k ženě a novorozenci osobnější. Ženu edukuje o dodržování dietních opatření, hygieně, vyprazdňování. K první stolici by mělo dojít nejpozději 4. pooperační den. V péči o novorozence edukuje ženu o kojení, odšťíkání mléka, o péči o miminko.

Ošetrovatelská péče po operaci by měla zabránit pooperačním komplikacím jako je infekce, dehiscence sutury operační rány, embolie. Prevence infekcí jsou antibiotika a k prevenci embolie podá porodní asistentka nízkomolekulární heparin subkutánně. O infekci se jedná v případě neustupující horečky po dobu 4-5 dní. V oblasti rány se objevuje erytém, absces. Zdroj infekce je buď z genitálního traktu, kůže nebo amniální dutiny. Porodní asistentka plní ordinace lékaře, přikládá chladivé polštářky. Podle stěru z rány na základě kultivace a citlivosti lékař ordinuje antibiotika. Absces je třeba vyprázdnit, vyčistit postižené místo a následně metodou mokrého hojení ran provést resuturu rány. Postpunkční cefalea je komplikace, ke které dochází po spinální či epidurální anestezii perforací dura mater. Snižuje se intrakraniální tlak, to se projevuje tupým tlakem v zátylku, poruchy zraku a sluchu. Porodní asistentka ženu polohuje na rovnou plochu bez polštáře, dbá na dostatečnou hydrataci, podává podle ordinace lékaře nesteroidní antirevmatika, relaxancia, k ústupu bolesti dochází po podání krevní zátky anesteziologem do oblasti aplikace epidurální analgezie. Mezi další komplikace patří srůsty, které jsou způsobeny poraněním pobřišnice, kde následně započne zánětlivý proces. Zda srůsty vzniknou je rozhodnuto 3-5 dní po operaci. Srůsty jsou hlavním zapříčiněním sekundární infertility u žen. Negativně působí na plodnost. V takových případech je nutná reoperace, která s sebou nese další rizika. Důležitá je proto prevence tvorby srůstů a následné použití antiadhezivních přípravků po chirurgickém rozrušení srůstů (gely a roztoky). (Koudelková, 2013, str. 102)



## 2.3 Rehabilitace po císařském řezu

Fyzický i psychický návrat po porodu císařským řezem je pro ženu pomalejší. Vstávání z lůžka by mělo být pozvolné. Při zvedání si rukou může žena podepřít oblast laparotomie. Po abdominální operaci se zvyšuje plynatost střev. Pro zlepšení je výhodné zaujmout polohu na levém boku s flektovanou pravou dolní končetinou v kolenu. V této poloze dochází k uvolnění análního svěrače. Poloha na boku s polštářem mezi dolními končetinami je vhodná pro uvolnění svalstva v oblasti břicha. (Dosbaba, Křížová, Hartman, 2021, str. 8)

V rehabilitaci pomáhá masáž ve směru peristaltiky, břišní dýchání či relaxační cvičení svalů pánevního dna. Rehabilitace bráničním dýcháním a cvičením dolních končetin napomáhá lepší peristaltice a slouží k prevenci hluboké žilní trombózy. 2.-4. den žena může začít s cviky na aktivaci pánevního dna. (Dosbaba, Křížová, Hartman, 2021, str. 8)

Ve chvíli, kdy žena po odeznění anestezie začne opět cítit nohy, může začít s pohybem, kdy střídavě pokrčí nohy v kolenou, překlopí obě kolena na jednu stranu směrem k matraci, poté překlopí kolena i na druhou stranu. Na posteli se otáčí z boku na bok. (Zubec, 2023)

Vstávání po císařském řezu by mělo být co nejdříve po operaci, a co nejčastěji z mnoha důvodů – soběstačnost, péče o miminko, správné hojení jizvy. Vstávání by mělo probíhat vždy přes bok. Žena se přetočí z lehu na zádech na bok, zapře se o postel a druhou rukou si podrží jizvu. Od bolesti může pomoci zavinutí břicha do šátku, který zároveň napomáhá zavinování dělohy. (Zubec, 2023)

## 2.4 Péče o jizvu

„Nejčastěji používaným kožním řezem je tzv. nízká transverzální incize, tedy Pfannenstielův řez. U řezu dělohy je nejobvyklejší řez Geppertův, který je charakterizován jako transverzální semilunární incize v dolním segmentu s tupým rozšířením do stran.“ (Dosbaba, Křížová, Hartman, 2021, str. 8)

V prvních 2-4 týdnech by měla žena vynechat koupání, zalepená operační rána by se neměla namočit. Rána se převazuje každý den sterilním krytím. Dle zvyklostí oddělení se operační rána odlepuje 0., 1. nebo 2. den. Po odlepení sterilního krytí je dovoleno použít při omývání jemné mýdlo bez parfemace, jizvu osušujeme ručníkem z měkkého materiálu

mírným tlakem. Šestinedělka může po vytažení stehů provádět tlakovou masáž na jizvě. Na tlakovou masáž může použít sádlo, indulon, vazelínu. Dalšími možnostmi je použití silikonu ve formě plátek, které se aplikují na jizvu po dobu několika měsíců. Silikonové plátky snižují bolestivost, minimalizují vystouplost jizev, změkčují stažení svalů, zlepšují rozsah pohybu. (Dosbaba, Křížová, Hartman, 2021, str. 8)

Již v prvních několika hodinách po operaci se žena může seznámit s jizvou tak, že položí dlaně na břicho. Jemným hlazením se seznamuje se změnami, které v této oblasti proběhly. Po odstranění sterilního krytí se žena na jizvu podívá. Prvotní péče o jizvu zahrnuje vědomé dýchání v oblasti jizvy. Předchází tím vzniku srůstů, bolesti zad či kyčlí, problémům s pánevním dnem. Pokaždé, když se objeví bolest či diskomfort, při činnostech jako je vstávání, přetáčení, zdravotnické úkony (vytažení močového katetru, stehů), žena bolest prodýchá. Z důvodu zabránění vzniku infekce žena dbá na to, aby jizva měla přísun čerstvého vzduchu a byla udržována v suchu. Před odstraněním stehů na jizvu neaplikujeme žádné produkty před odstraněním stehů. Při kašlání, kýchání či smíchu si žena přidrží jizvu, nebo se pro menší bolestivost předkloní, posadí z lehu. Při cestování autem si mezi bezpečnostní pás a jizvu vloží polštářek nebo ručník. Vyhnout by se měla těsnému neprodyšnému oblečení. Po uplynutí šestinedělí, i dříve, je vhodné navštívit fyzioterapeuta a svěřit péči o jizvu do rukou odborníka. Po vytažení stehů žena začíná mazat jizvu vhodnými oleji. Začít může i se stimulační sprchou, jemným třením froté ručníkem, následnou jemnou masáží jizvy. (Zubec, 2023)

### 3 PSYCHICKÉ PROŽÍVÁNÍ ŽENY PŘI PORODU CÍSAŘSKÝM ŘEZEM

„Výsledky psychologických studií ukázaly, že po císařském řezu jsou matky méně spokojené s porodní zkušeností, vyskytuje se u nich vyšší riziko opětovné hospitalizace, trpí ohledně péče o dítě nižší sebedůvěrou, je zde nižší pravděpodobnost kojení a i o několik let později cítí vyšší únavu. Některé studie ukazují zvýšený výskyt poporodních depresí po akutním císařském řezu.“ (Buckleyová, 2016, str. 261)

V minulosti nebyla kladena velká váha na psychické problémy žen po porodu. Dnes se tyto problémy neberou na lehkou váhu. Nedílnou součástí šestinedělí jsou pocity štěstí, ale také pláč, podrážděnost a přecitlivělost. Třetí den po porodu přichází často poporodní splín. Příčinou je samotná psychika ženy společně s hormonálními změnami. Po porodu se často všechna pozornost věnuje novorozenci a rodička nedostává dostatečnou péči. Podpora a péče je v tomto období klíčová. V situacích psychické nepohody by se žena měla obrátit na kamarádku, rodinu, partnera, porodní asistentku nebo dulu. (Behynová, 2012, str. 159)

Pokud se negativní pocity nedaří dostat pod kontrolu jsou k dispozici odborníci, kteří se touto problematikou zabývají. Příznaky deprese mohou být nechutenství, žaludeční a střevní potíže, přehnaná nervozita a starostlivost, pocity viny (žena má pocit, že je špatná a neschopná matka), únava a vyčerpanost, náhlé výbuchy pláče. V první řadě je ženě ordinovaná terapie ve formě rozhovoru, pokud toto nestačí, přistoupí se k léčbě antidepressivy. V případě, že nezabere ani medikace, žena je hospitalizovaná. K prevenci poporodní deprese může porodní asistentka doporučit éterické oleje, které napomáhají ke stabilizaci hormonálních výkyvů. Mezi tyto éterické oleje patří pomeranč, kakost, růže, meduňka, santal, jasmín, cypřiš, neroli, olibanum, grapefruit, bergamot, šalvěj, geranium. (Behynová, 2012, str. 159)

Byl zkoumán vztah mezi vnímaným porodním zážitkem a výskytem patologických důsledků na psychické zdraví žen. Bylo prokázáno, že negativní porodní zkušenost má psychologické důsledky, jako je pocit mateřského stresu a neschopnosti, poporodní deprese a posttraumatická porucha. Tyto nepříznivé důsledky mohou ohrozit další těhotenství, vývoj dítěte a mohou mít negativní vliv na tvorbu vazby mezi matkou a dítětem. Někteří autoři uvádí, že způsob porodu nemá vliv na prožívání žen ani na jejich poporodní duševní

zdraví. Jiné studie naopak ukázaly, že způsob porodu je nejvýznamnějším prediktorem porodní spokojenosti. Lze říci, že způsob porodu je důležitým faktorem, který ovlivňuje prožitek z porodu. Zdravotníci by měli poskytovat podporu na základě očekávání žen, zejména u žen s akutním císařským řezem. Tyto ženy vyžadují po porodu zvláštní pozornost. (Carquillat, Boulvain Guittier, 2024)

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 4 FORMULACE PROBLÉMU

V České republice končí císařským řezem každé čtvrté těhotenství. Je to jedna z nejčastějších břišních operací. V roce 2021 v ČR proběhlo celkem 109 644 porodů, z nichž císařským řezem skončilo 25,8 %. Od roku 2000 se počet císařských řezů více než zdvojnásobil (ÚZIS, 2023).

Mnoha žen se dotkne během života i opakovaně. To je důvod proč by žena měla být informovaná, že tato situace může nastat.

Ženy mohou mít císařský řez plánovaný či neplánovaný. V obou případech by žena měla dostat dostatečnou péči porodní asistentky, která ženu připraví na psychickou i fyzickou stránku věci.

Péče porodních asistentek je v ČR na vysoké úrovni, přesto jsem se setkala s ženami, které by chtěly vědět více informací a požadovaly kvalitnější péči. Nedostatek informací je může zavést do náročné psychické situace, která může vyústit i v době poporodní, např. v podobě poporodní psychózy. Proto je potřeba vzhlížet na tuto problematiku komplexně s ohledem na psychickou i fyzickou stránku.

Žena má možnost dozvědět se o císařském řezu na předporodních kurzech, v informovaném souhlasu, který obdrží při registraci, také od lékaře a porodní asistentky. O této možnosti porodu by měl mluvit i obvodní gynekolog.

**Jaká je informovanost žen o porodu císařským řezem před, během porodu a po něm a jaké podpůrné intervence jsou jim poskytnuty zdravotníky?**

## 5 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

### 5.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem bylo zjistit informovanost žen o porodu císařským řezem před, během porodu a po něm a jaké podpůrné intervence jsou jim poskytnuty zdravotníky.

### 5.2 Dílčí cíle a výzkumné otázky

#### **Cíl č. 1. – Zmapovat informovanost žen o porodu císařským řezem.**

*Výzkumná otázka 1:* Jak preferovala žena porodit v průběhu těhotenství a jaký porod by preferovala v dalším těhotenství po zkušenosti s porodem císařským řezem?

Otázky číslo: 7, 27

*Výzkumná otázka 2:* Získaly ženy v předporodním období informace o císařském řezu?

Otázka číslo: 6

*Výzkumná otázka 3:* Jaký byl nejčastější důvod k provedení císařského řezu a byly ženy informovány o důvodech k jeho provedení?

Otázky číslo: 8, 9

#### **Cíl č. 2. – Zjistit, zda byly ženě vysvětleny všechny úkony před operací císařským řezem.**

*Výzkumná otázka 4:* Byla žena dostatečně informována při výkonu intervencí spojených s předoperační přípravou?

Otázka číslo: 12, 21

#### **Cíl č. 3. – Zjistit, jak probíhal bonding po operaci císařským řezem.**

*Výzkumná otázka 5:* Měla žena možnost mít na operačním sále při porodu blízkou osobu?

Otázka číslo: 14

*Výzkumná otázka 6:* Byl proveden na operačním sále bonding a následně umožněn kontakt s dítětem po příjezdu na lůžkové oddělení?

Otázky číslo: 13, 15

**Cíl č. 4. – Ověřit, v jakém rozsahu byly ženy po porodu informovány o nástupu laktace, péči o jizvu, psychice.**

*Výzkumná otázka 7:* Byla žena poučena, jak pečovat o jizvu?

Otázka číslo: 16

*Výzkumná otázka 8:* Byla žena informována o nástupu laktace a vhodné poloze ke kojení po císařském řezu?

Otázky číslo: 17, 18

*Výzkumná otázka 9:* Byla žena poučena porodní asistentkou o psychice?

Otázky číslo: 20, 22, 23

*Výzkumná otázka 10:* Věděla žena, na koho se v případě potřeby obrátit na oddělení šestinedělí?

Otázka číslo: 19

**Cíl č. 5. – Zmapovat roli porodní asistentky v péči o ženu po císařském řezu (z pohledu ženy)**

*Výzkumná otázka 11:* Měly ženy potřebu vyhledat pomoc porodní asistentky?

Otázky číslo: 24, 25

*Výzkumná otázka 12:* Co ženám chybělo v péči porodní asistentky?

Otázka číslo: 26

## **6 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU**

Cílovou skupinou jsou ženy, které podstoupily péči v nemocnici porodní asistentkou při porodu císařským řezem. Věk žen, ani místo porodu není omezeno. Do výzkumu jsou zahrnuty ženy, které porodily císařským řezem po roce 2020.



## 7 METODIKA PRÁCE

V rámci výzkumu byla využita metoda kvantitativního sběru dat. „Úkolem kvantitativního výzkumu je statisticky popsat typ závislosti mezi proměnnými, změřit intenzitu této závislosti. Pracuje většinou s velkým souborem respondentů, používá metod dotazníku, standardizovaného rozhovoru, analýzy dat. Kvantitativní výzkum zahrnuje systematické shromažďování a analýzu numerických informací, za předpokladu kontroly podmínek.“ (Kutnohorská, 2009, str. 21-22).

Tato metoda byla zvolena, aby bylo získáno co nejvíce zkušeností a názorů žen, které slouží k vyhodnocení zkoumaného problému. Byl zvolen nestandardizovaný dotazník, který byl nasdílen v podpůrné skupině online. Začátek dotazníku byl zaměřen na demografické údaje a obecné informace o porodu císařským řezem. Dále se zaměřuje na způsob získávání informací, vlastní informovanost žen o této problematice a úlohu porodní asistentky při úkonech s tím spojených. Dotazník obsahuje 27 otázek, z toho 18 uzavřených, 4 polouzavřených a 5 otevřených. Vyplnění dotazníku trvalo přibližně půl hodiny.

## **8 ORGANIZACE VÝZKUMU**

Výzkum probíhal v podpůrné skupině Císařovně, která sdružuje ženy, které porodily císařským řezem. Skupina byla založena v roce 2023 s cílem otevírat témata spojená s císařským řezem a VBAC. Neziskový spolek se snaží pomáhat ženám a jejich rodinám, kterým do života vstoupil císařský řez. Dotazník byl nasdílen na sociální síti Instagram a probíhal od 4.3.2024 do 17.3.2024. Dotazník vyplnilo 500 respondentek. Věk nebyl omezen. Výzkum byl vymezen pro ženy, které porodily císařským řezem po roce 2020.

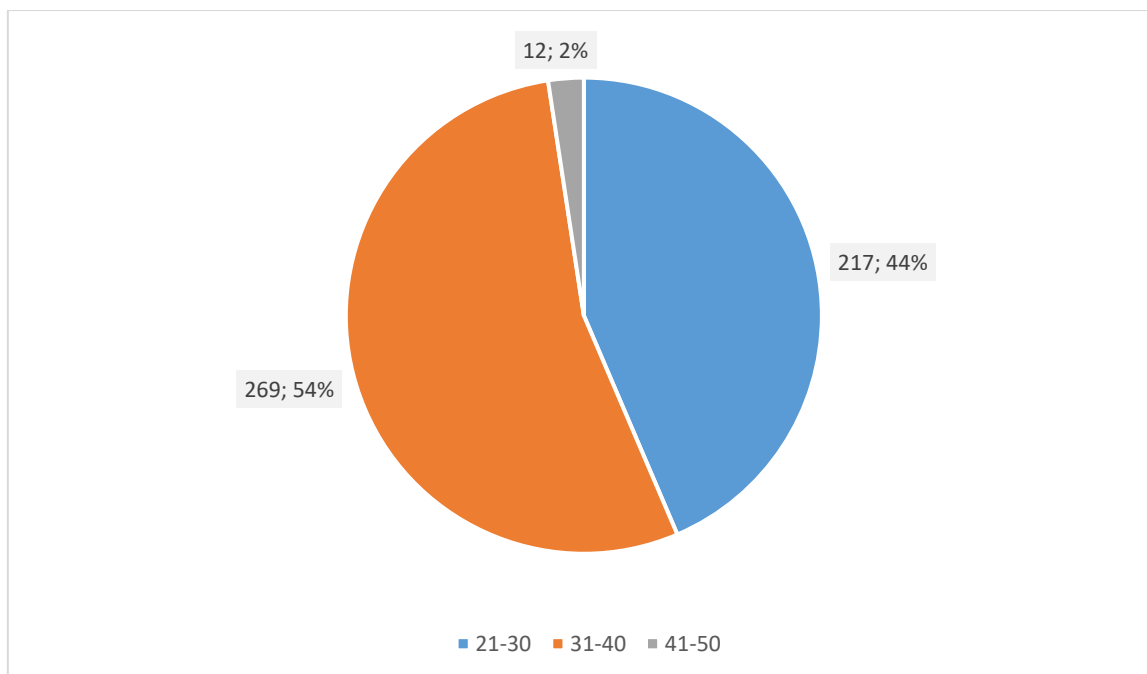
## **9 ZPRACOVÁNÍ DAT**

Dotazník byl zpracován pomocí Formuláře Google a byl sdílen na sociální síti Instagram v podpůrné skupině Císařovnáám. Výsledky byly zpracovány pomocí MS Excel a MS Word do přehledných grafů a tabulek. Pro zpracování byla použita popisná statistika, absolutní a relativní četnost.

## 10 ANALÝZA DAT

Otázka číslo 1: Kolik je Vám let?

**Graf 1: Věk žen**

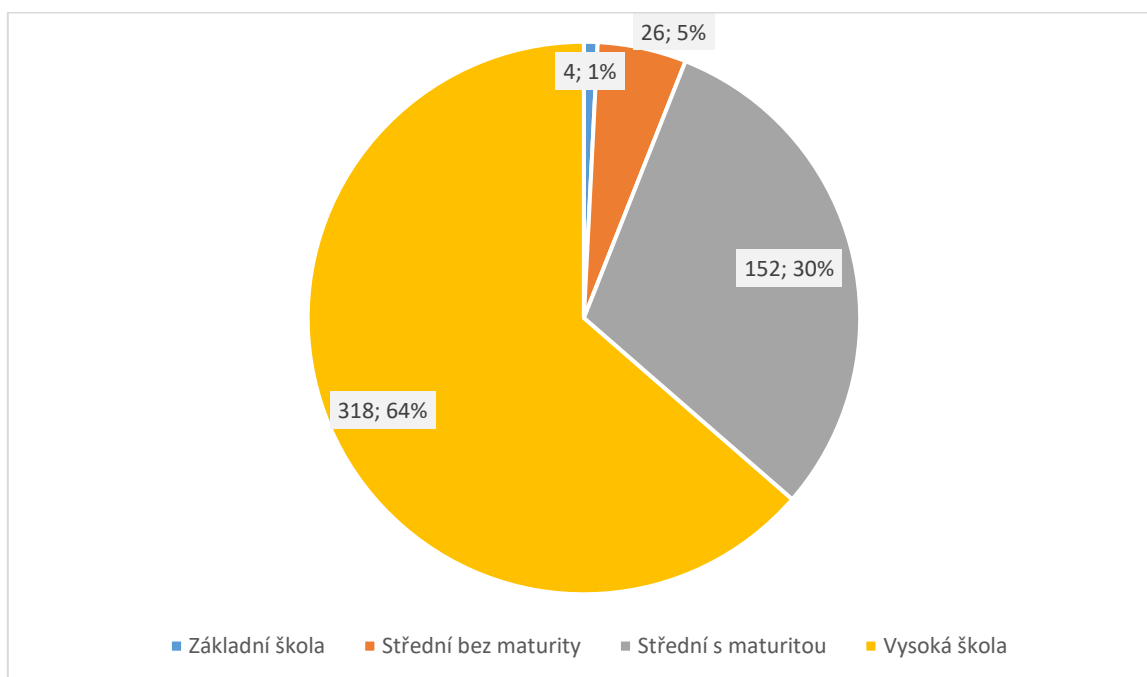


Zdroj: vlastní

Graf 1 popisuje věk žen. Celkový počet tvořil 500 (100 %) respondentek. Největší procento ve výzkumu tvořily ženy ve věku 31-40 let, jejichž počet byl 217 (54 %). Žen ve věku 21-30 let odpovědělo 217 (44 %) a 12 (2 %) ve věku 41-50 let.

Otázka číslo 2: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

**Graf 2: Vzdělání žen**

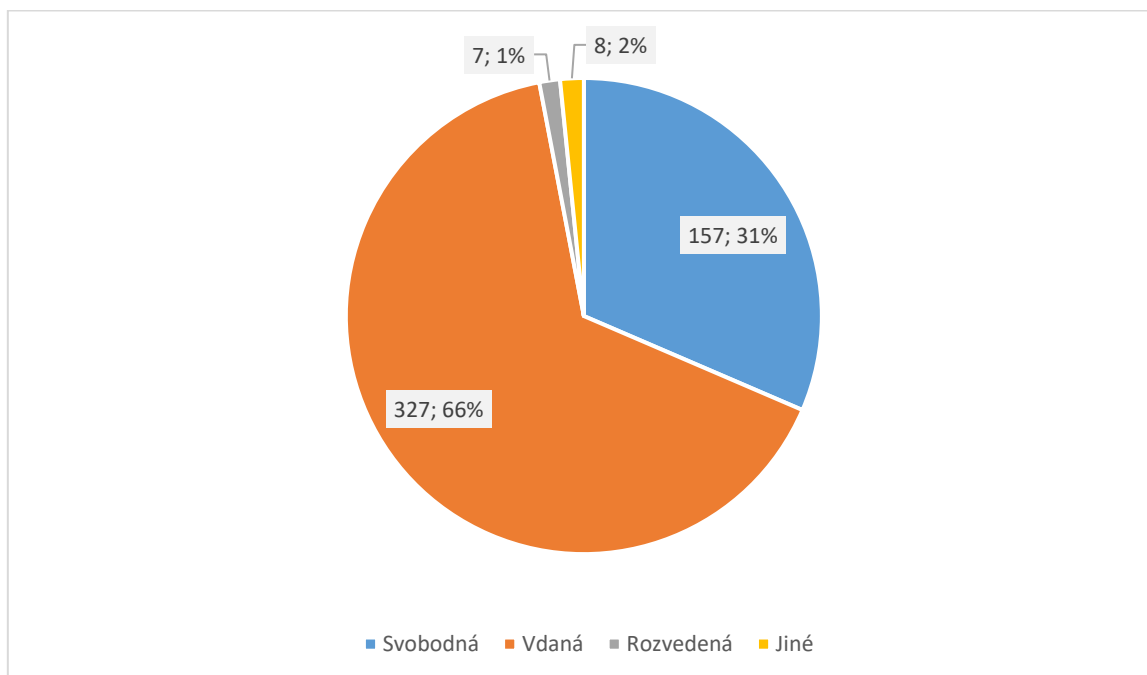


Zdroj: vlastní

Graf 2 zobrazuje nejvyšší dosažené vzdělání žen. Z celkového počtu 500 (100 %) respondentek bylo 1 % se základním vzděláním. 26 (5 %) respondentek uvedlo jako nejvyšší dosažené vzdělání střední bez maturity. Střední školu s maturitou mělo 152 (30 %) žen. Nejvíce žen uvedlo vystudovanou vysokou školu. Vysokou školu uvedlo 318 (64 %) žen.

Otázka číslo 3: Jaký je Váš rodinný stav?

**Graf 3: Rodinný stav**

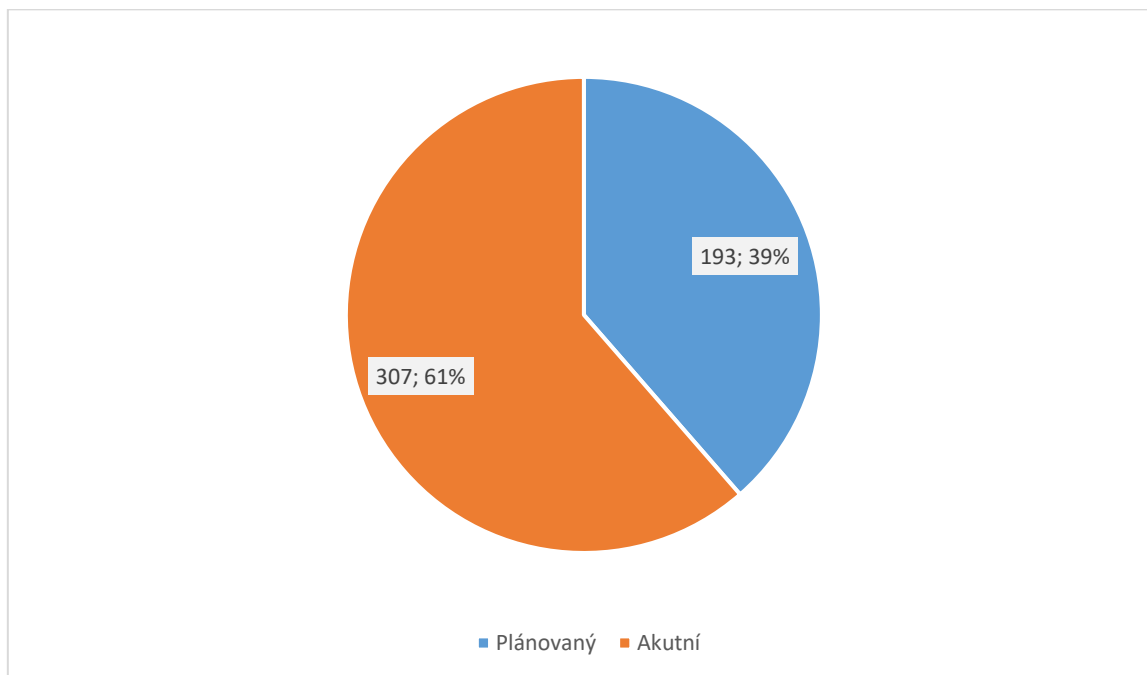


Zdroj: vlastní

Graf 3 představuje rodinný stav žen. Z celkového počtu 500 (100 %) respondentek 327 (66 %) uvedlo, že jsou vdané. Rodinný stav svobodná označilo 157 (31 %) žen a 7 (1 %) žen vybralo možnost rozvedená. 7 (1 %) respondentek uvedlo rodinný stav vdova.

Otázka číslo 4: Císařský řez byl:

**Graf 4: Druh císařského řezu**

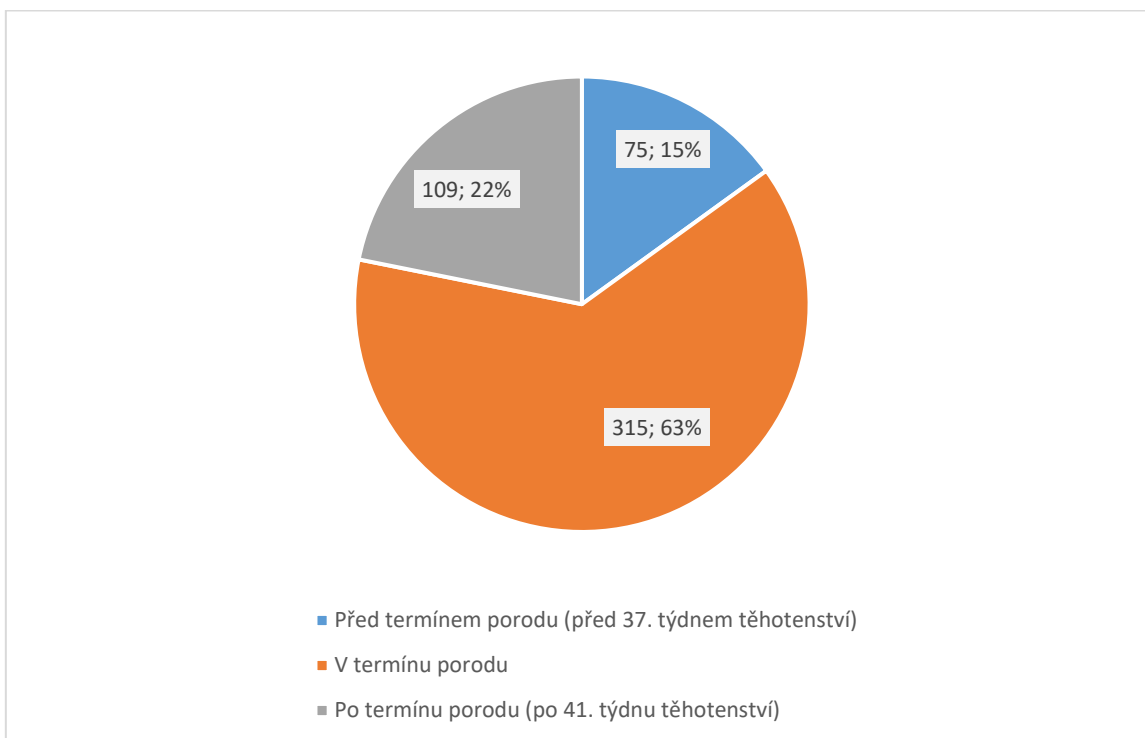


Zdroj: vlastní

Graf 4 znázorňuje, zda respondentky podstoupily plánovaný nebo akutní císařský řez. Z celkového počtu 500 (100 %) respondentek 307 (61 %) podstoupilo akutní císařský řez a 193 (39 %) žen císařský řez plánovaný.

Otázka číslo 5: Kdy byl císařský řez proveden?

**Graf 5: Provedení císařského řezu**



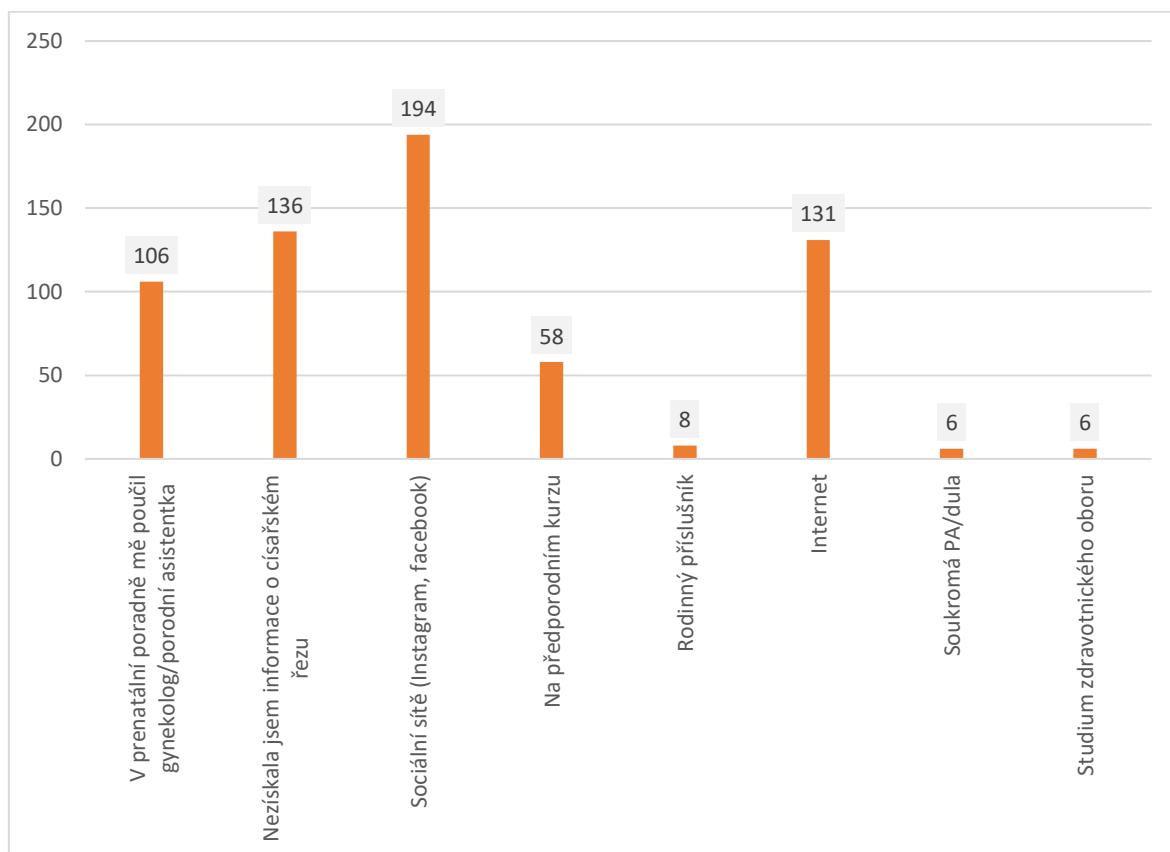
Zdroj: vlastní

Graf 6 vyznačuje dobu provedení císařského řezu. Z celkového počtu 500 (100 %) respondentek 315 (63 %) žen podstoupilo operaci v termínu porodu. 109 (22 %) žen porodilo císařským řezem po termínu porodu a 75 (15 %) rodiček před termínem porodu.



Otázka číslo 6: Kde jste získala podrobné informace o císařském řezu v předporodním období?

**Graf 6: Získávání informací v předporodním období**

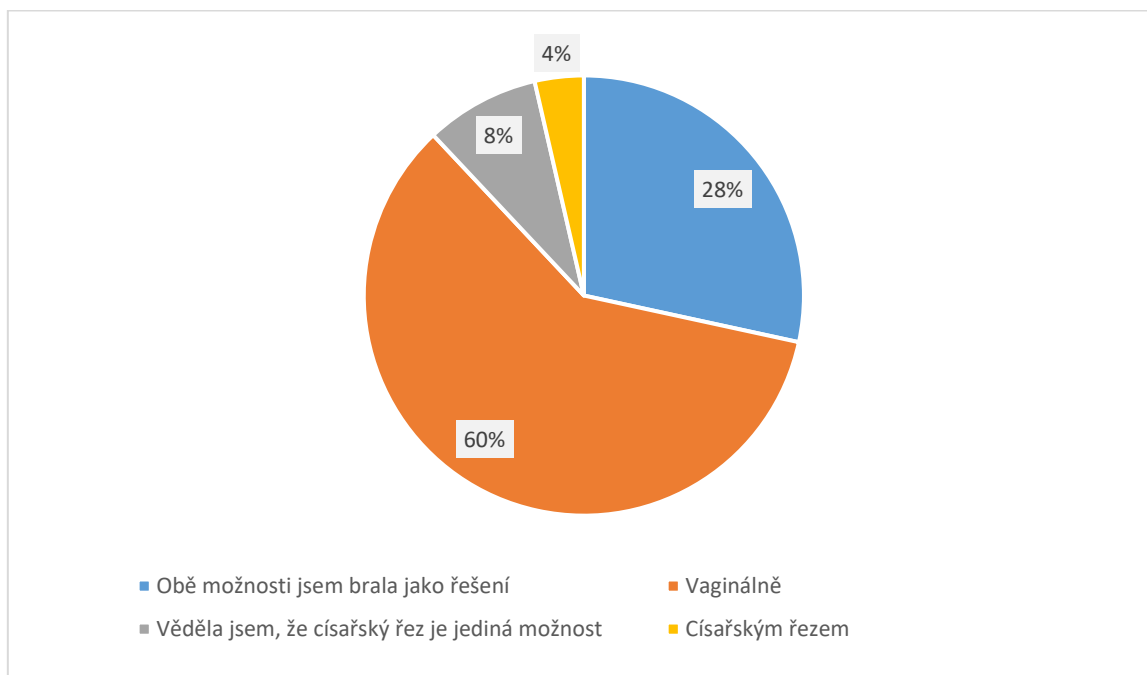


Zdroj: vlastní

Graf 6 představuje zdroje získávání informací o císařském řezu. V grafu bylo možné označit více možností. Z celkového počtu 500 respondentek nejvýznamnějším zdrojem pro 194 (38,8 %) žen byly sociální sítě (Instagram, Facebook). 136 (27,2 %) žen uvedlo, že informace nikde nezískaly. Na internetu hledalo informace 131 (26,2 %) žen. V prenatální poradně 106 (21,2 %) žen poučil o císařském řezu gynekolog nebo porodní asistentka ženu. Dalším zdrojem informací byl ženami navštívený předporodní kurz. Předporodní kurz, ve kterém byly poskytnuty informace o císařském řezu, navštívilo 58 (11,6 %) rodiček. 8 (1,6 %) žen získalo informace od rodinného příslušníka, 6 (1,2 %) žen od soukromé porodní asistentky nebo důly, 6 (1,2 %) z dotazovaných má zdravotnické vzdělání a informace získaly při studiu.

Otázka číslo 7: Jak jste preferovala родit v době těhotenství?

**Graf 7: Preference porodu v těhotenství**

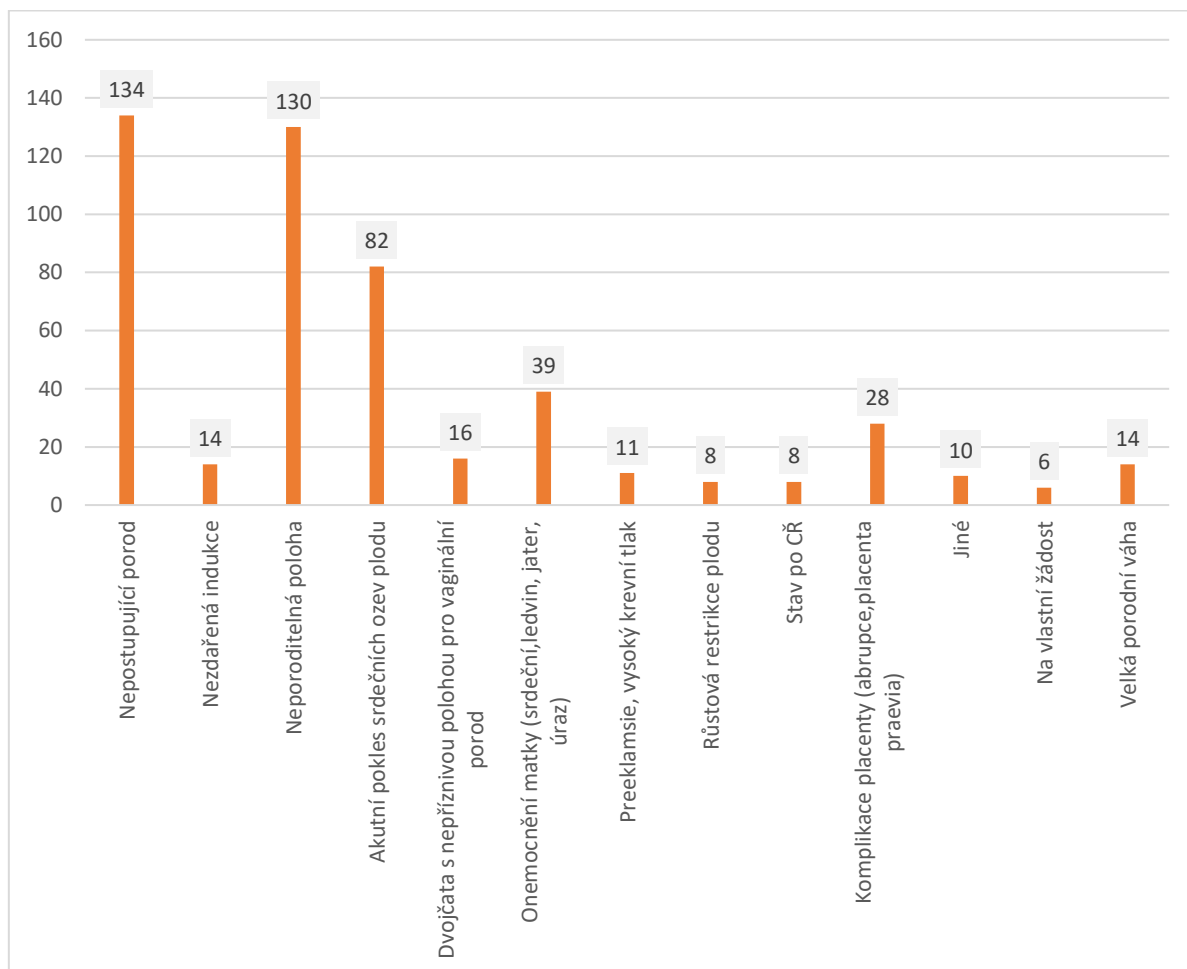


Zdroj: vlastní

Graf 7 znázorňuje, zda ženy preferovaly v období těhotenství vaginální porod před císařským řezem. Z celkového počtu 500 (100 %) respondentek by upřednostnilo 298 (60 %) vaginální porod, pouze 18 (4 %) žen by primárně volilo císařský řez. 142 (28 %) žen bralo obě varianty jako možnost porodu. Pro 42 (8 %) rodiček byl císařský řez jediná možnost porodu.

## Otázka číslo 8: Jaký byl důvod k provedení Vašeho císařského řezu?

**Graf 8: Důvod císařského řezu**



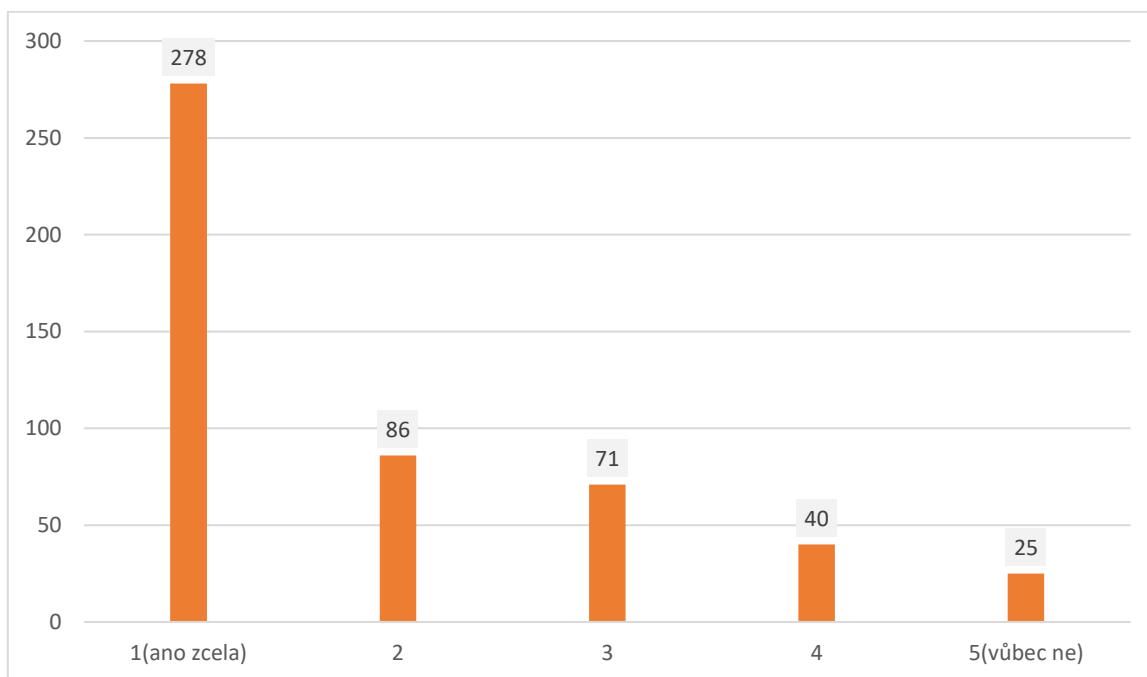
Zdroj: vlastní

Graf 8 zachycuje důvody podstoupení císařského řezu. Z celkového počtu 500 (100 %) respondentek 134 (26,8 %) žen absolvovalo operaci pro nepostupující porod. 130 (26 %) žen z důvodu neporoditelné polohy plodu. Hrozící hypoxie a akutní pokles srdečních ozev plodu byl další indikací k porodu císařským řezem. Tuto možnost uvedlo 82 (16,4 %) žen. Mezi další četné odpovědi patřilo onemocnění matky (srdeční onemocnění, elevace jaterních testů, myomy a cysty v pochvě a děloze, úrazy pánve) u 39 (7,8 %) žen, dále komplikace placenty (abrupce, placenta praevia) u 28 (5,8 %) žen. 16 (3,4 %) žen uvedlo jako indikaci k císařskému řezu dvojčata s nepříznivou polohou pro vaginální porod, 14 (2,8 %) ženám byl porod indukován neúspěšně a bylo přistoupeno k císařskému řezu, 14 (2,8 %) žen nemohlo родit vaginálně kvůli velké porodní váze dítěte, 11 (2,2 %) žen mělo preeklampsii, u 8 (1,6 %) žen byla zjištěna růstová restrikce plodu.

6 (1,2 %) žen požádalo o císařský řez na vlastní přání, dalších 6 (1,2 %) žen uvedlo jako důvod první porod císařským řezem. Dalších 10 (2 %) žen uvedlo jako důvod infekci, HELLP syndrom, stav po ruptuře hráze 3. stupně, atonie dělohy, vrozená vada dělohy.

Otázka číslo 9: Byla jste o důvodech k provedení císařského řezu předem a dostatečně informována?

**Graf 9: Informovanost o důvodech císařského řezu**

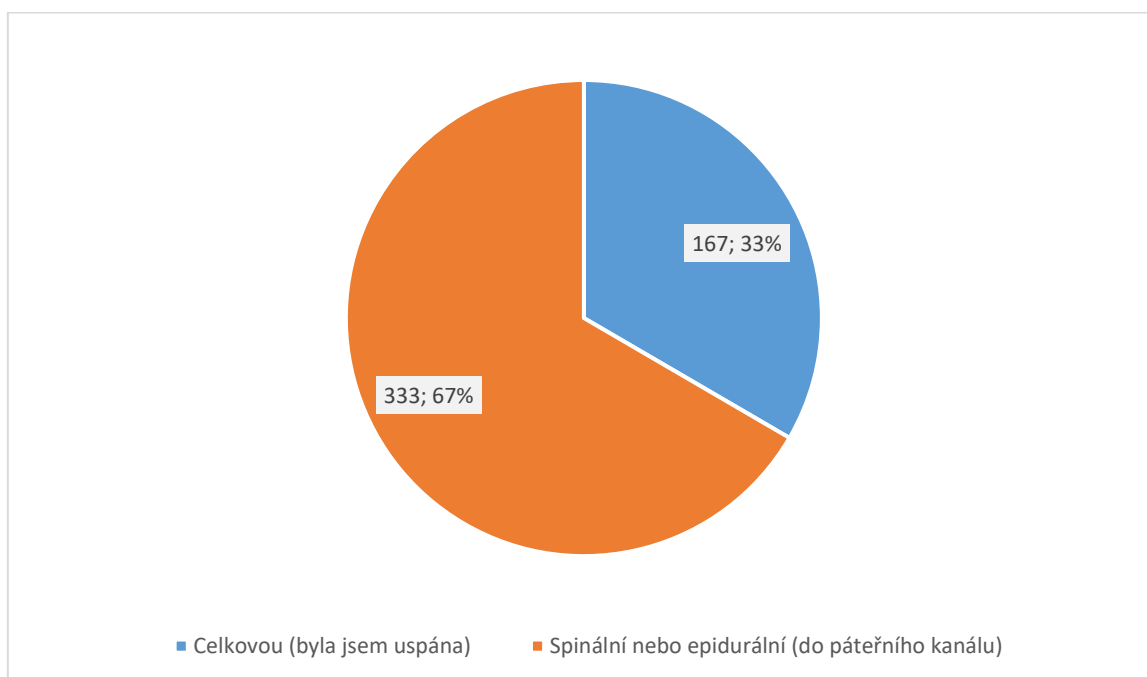


Zdroj: vlastní

Graf 9 zobrazuje informovanost žen o důvodech císařského řezu. Ženy odpovídaly na otázku pomocí škály od 1 (ano zcela) – 5 (vůbec ne). Z celkového počtu 500 (100 %) respondentek možnost 1/5 vybralo 278 (55 %) žen, které byly plně informovány. Možnost 2/5 zvolilo 86 (17,2 %) žen, 3/5 71 (14,2 %) žen, 4/5 40 (8 %) žen a 5/5 25 (5 %) žen.

Otázka číslo 10: Jaký druh anestezie jste měla při císařském řezu?

**Graf 10: Druh anestezie**

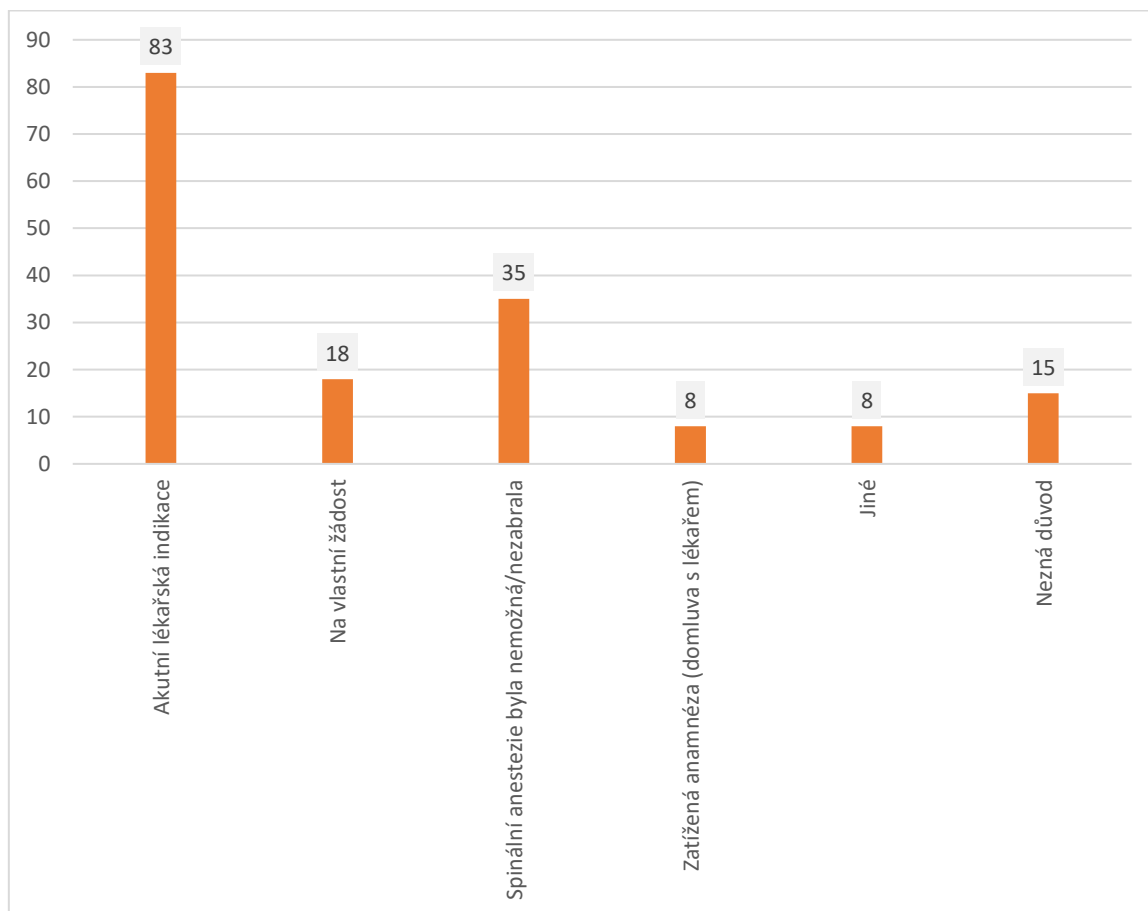


Zdroj: vlastní

Graf 10 poukazuje na zvolený způsob anestezie u dotazovaných žen. Z celkového počtu 500 (100 %) respondentek volilo 333 (67 %) anestezii spinální či epidurální. 167 (33 %) žen podstoupilo císařský řez pod anestezií celkovou.

Otázka číslo 11: Pokud jste měla anestezii celkovou, jaký byl důvod pro její provedení?

**Graf 11: Důvod provedení celkové anestezie**

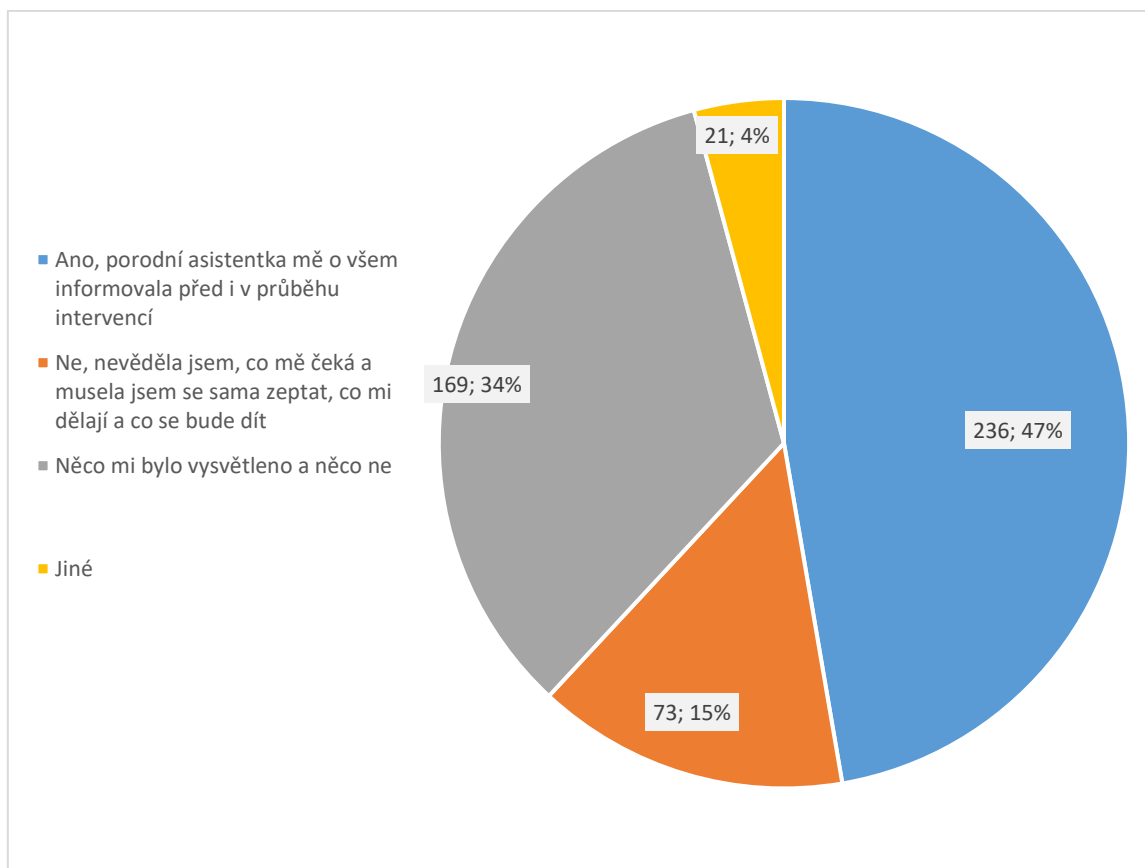


Zdroj: vlastní

Graf 11 znázorňuje důvody provedení celkové anestezie. Z celkového počtu 500 respondentek byl 167 (33 %) ženám proveden císařský řez pod celkovou anestezií. Z akutní lékařské indikace 83 (16,6 %) ženám. 35 (7 %) rodičkám spinální anestezie nezabrala nebo nebyla možná aplikovat. 18 (3,6 %) žen uvedlo, že si celkovou anestezií vyžádalo. 8 (1,6 %) žen mělo zatíženou anamnézu a po domluvě s lékařem byla provedena celková anestezie. 15 (3 %) žen nezná důvod provedení celkové anestezie. 8 (1,6 %) žen uvedlo jiný důvod.

Otázka číslo 12: Byla jste při přípravě na císařský řez informována porodní asistentkou se všemi úkony a informována o následujícím postupu (aplikace permanentního močového katetru, bandáže, odběry krve, zavedení kanyly)?

**Graf 12: Informovanost při přípravě na císařský řez**



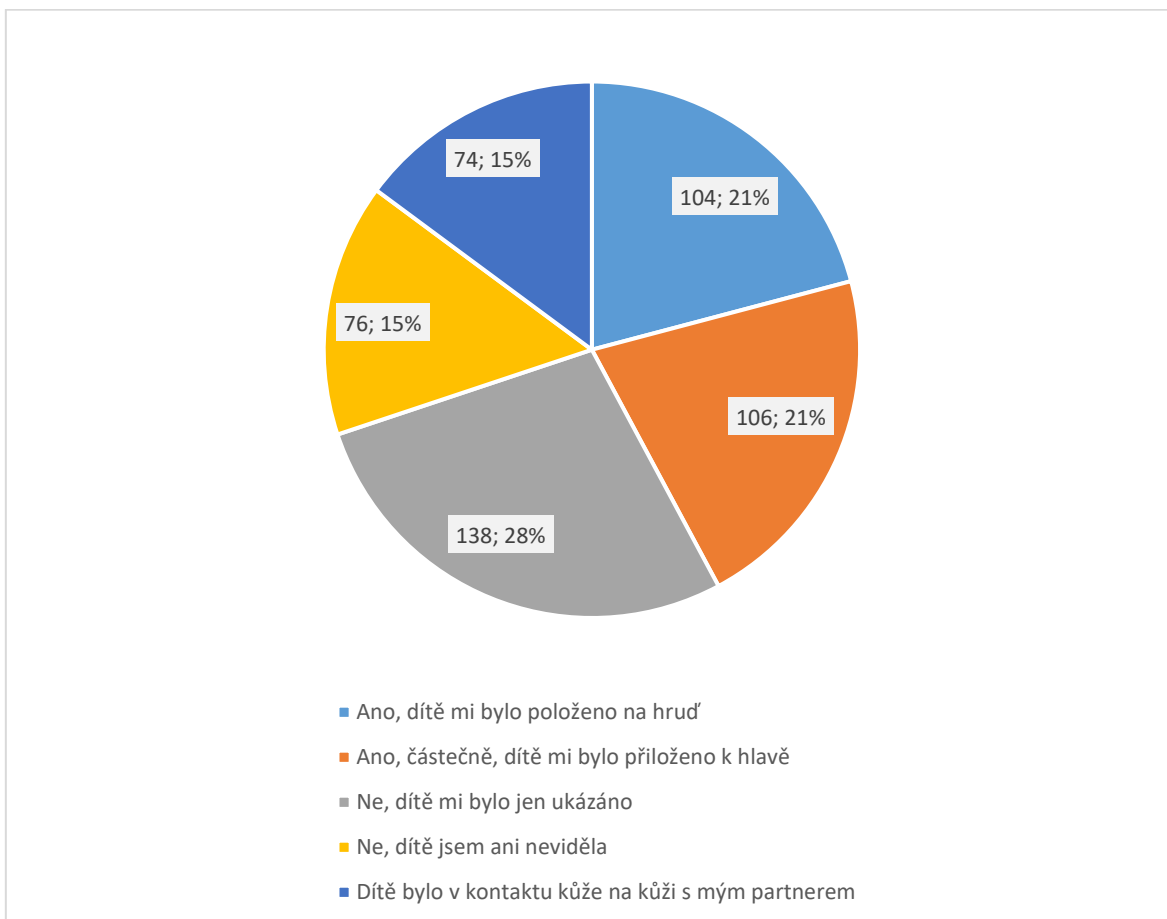
Zdroj: vlastní

Graf 12 popisuje informovanost žen porodní asistentkou při přípravě na operaci císařským řezem. Z celkového počtu 500 (100 %) respondentek bylo 236 (47 %) plně informováno. 169 (34 %) respondentkám porodní asistentka podala informace, ale ne dostatečně. 73 (15 %) žen se muselo samo zeptat na informace, porodní asistentka dostatečně intervence nevysvětlila a neinformovala o následujícím postupu. 21 (21,4 %) žen uvedlo možnost jiné.



Otázka číslo 13: Byl proveden bonding na operačním sále? Případně hned, jak jste se probudila z narkózy?

**Graf 13: Bonding po porodu císařským řezem**

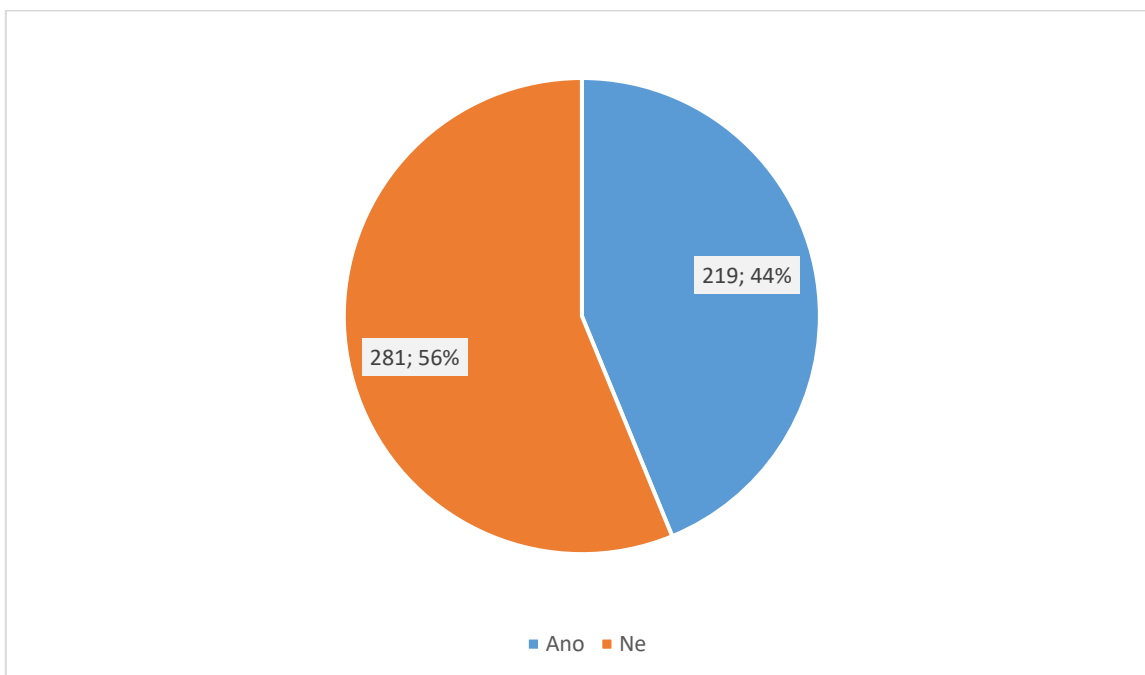


Zdroje: vlastní

Graf 13 představuje bonding po porodu císařským řezem. Z celkového počtu 500 (100 %) respondentek 138 (28 %) ženám bylo dítě pouze ukázáno a bonding neproběhl. 106 (21 %) byl bonding proveden částečně, dítě bylo pouze přiloženo k hlavě. 104 (21 %) žen zažilo pravý bonding, dítě bylo ženě přiloženo na hrud'. 76 (15 %) rodiček svoje dítě ani nevidělo. U 74 (15 %) respondentek proběhl bonding na hrudi partnera.

Otázka číslo 14: Byl s Vámi na operačním sále přítomen partner (blízká osoba)?

**Graf 14: Přítomnost blízké osoby na operačním sále**

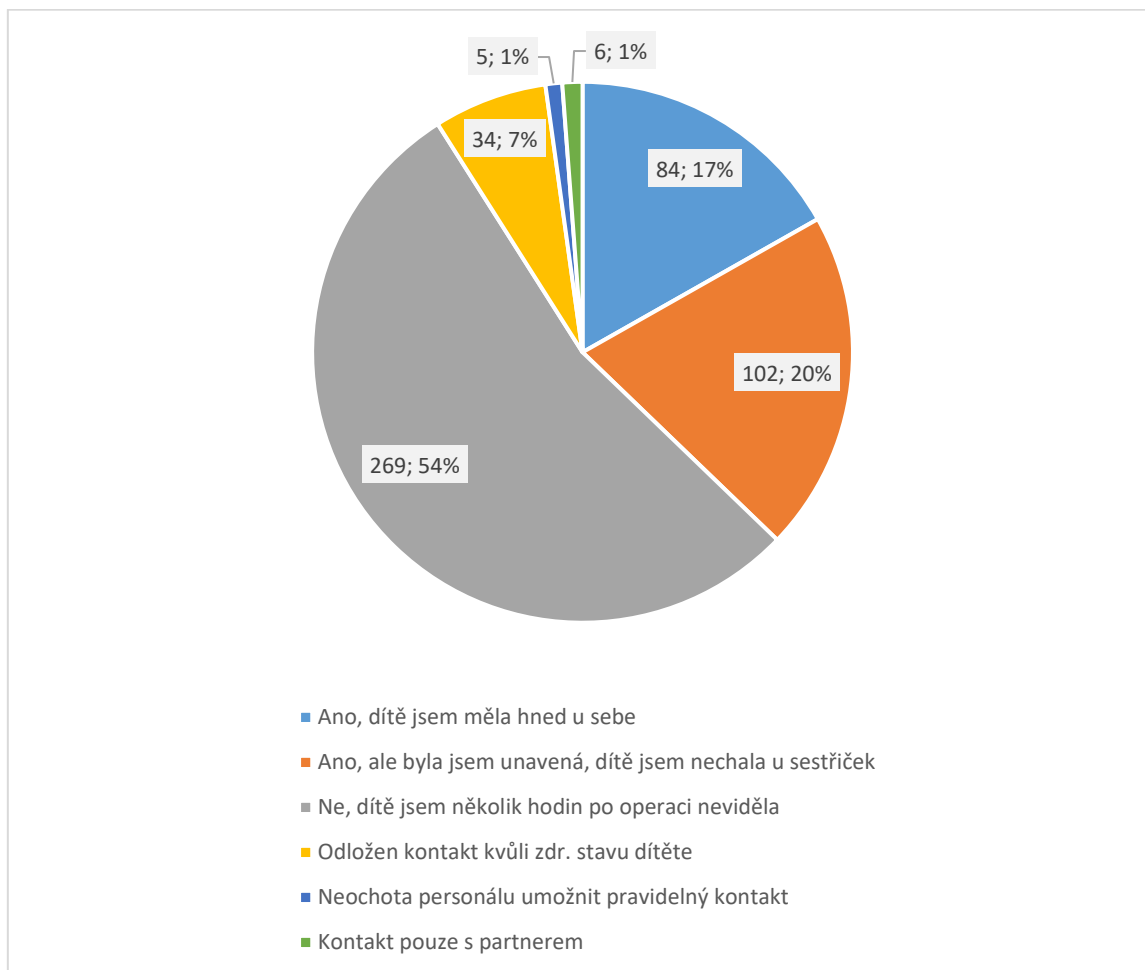


Zdroj: vlastní

Graf 14 uvádí, zda byl s ženou na operačním sále přítomen partner. Z celkového počtu 500 (100 %) respondentek 280 (56 %) žen nemělo přítomného partnera nebo blízkou osobu na operačním sále. 220 (44 %) partnerů nebo jiná blízká osoba měla možnost být na operačním sále při porodu císařským řezem.

Otázka číslo 15: Byl Vám umožněný nepřetržitý kontakt s dítětem po příjezdu na lůžkové oddělení?

**Graf 15: Kontakt s dítětem po operaci**

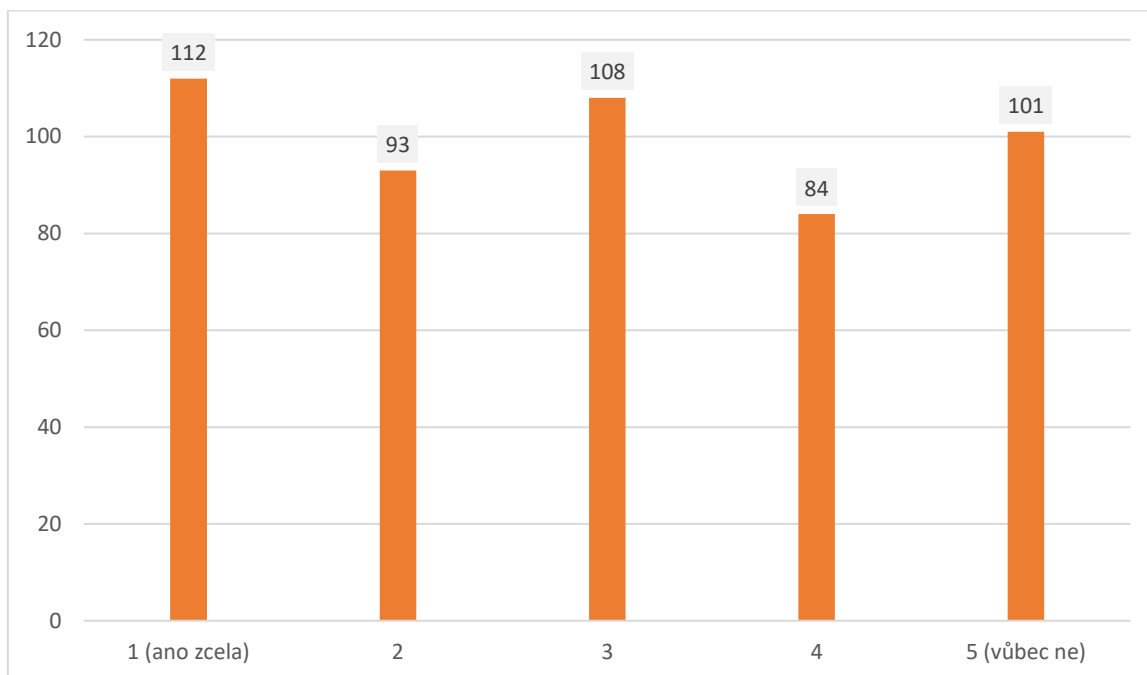


Zdroj: vlastní

Graf 15 vyznačuje, zda byla žena po porodu císařským řezem v kontaktu se svým dítětem. Z celkového počtu 500 (100 %) respondentek 269 (54 %) žen bylo od svého dítěte separováno a několik hodin po operaci dítě nevidělo. 102 (20 %) žen mělo možnost být s dítětem v kontaktu, ale kvůli únavě rodičky po operaci bylo dítě nejčastěji dováženo jen na kojení. 84 (17 %) respondentek uvedlo, že mělo dítě hned po operaci u sebe. U 34 (7 %) žen byl kontakt odložen kvůli zdravotnímu stavu dítěte. Kontakt dítěte pouze s partnerem uvedlo 6 (1 %) žen, 5 (1 %) žen uvedlo problém v neochotě personálu umožnit pravidelný kontakt.

Otázka číslo 16: Byla Vám po operaci císařským řezem vysvětlena péče o jizvu?

**Graf 16: Péče o jizvu**

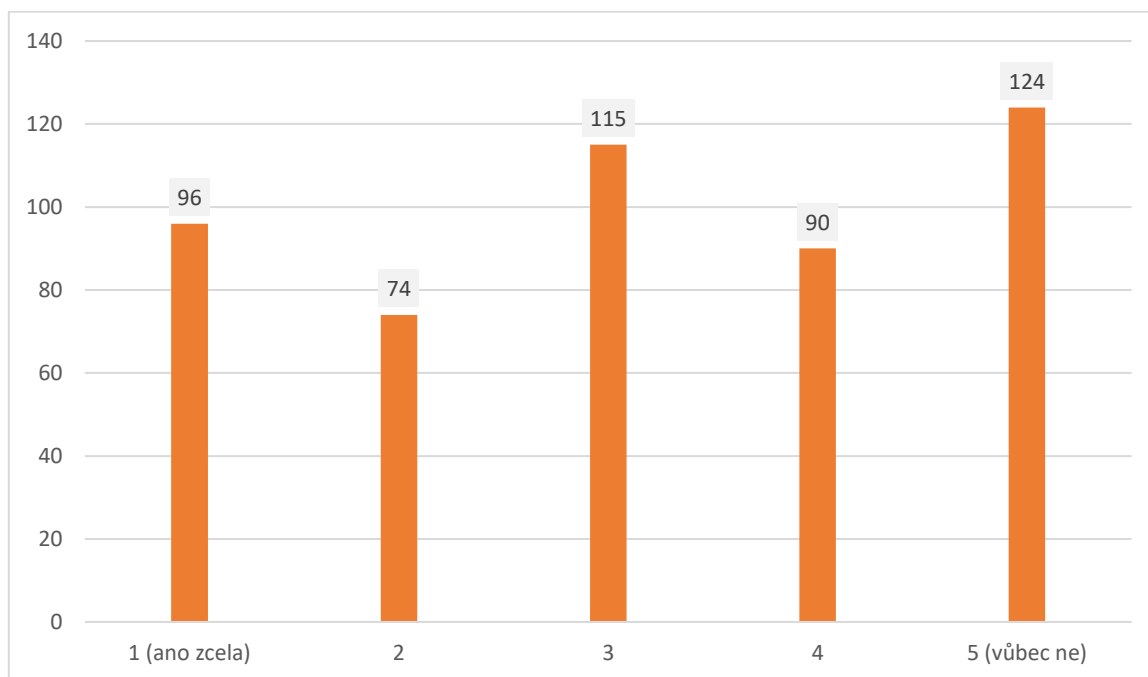


Zdroj: vlastní

Graf 16 zobrazuje informovanost ženy porodní asistentkou v péči o jizvu. Ženy odpovídaly, zda jim byla vysvětlena péče o jizvu na škále 1(ano zcela) – 5 (vůbec ne). Z celkového počtu 500 (100 %) respondentek možnost 1/5 vybralo 112 (22,4 %) žen, 2/5 93 (18,6 %) žen, 3/5 108 (21,6 %) žen, 4/5 84 (16,8 %) žen a 5/5 101 (20,2 %) žen.

Otázka číslo 17: Byla jste po operaci císařským řezem poučena porodní asistentkou o laktaci?

**Graf 17: Informovanost o laktaci**

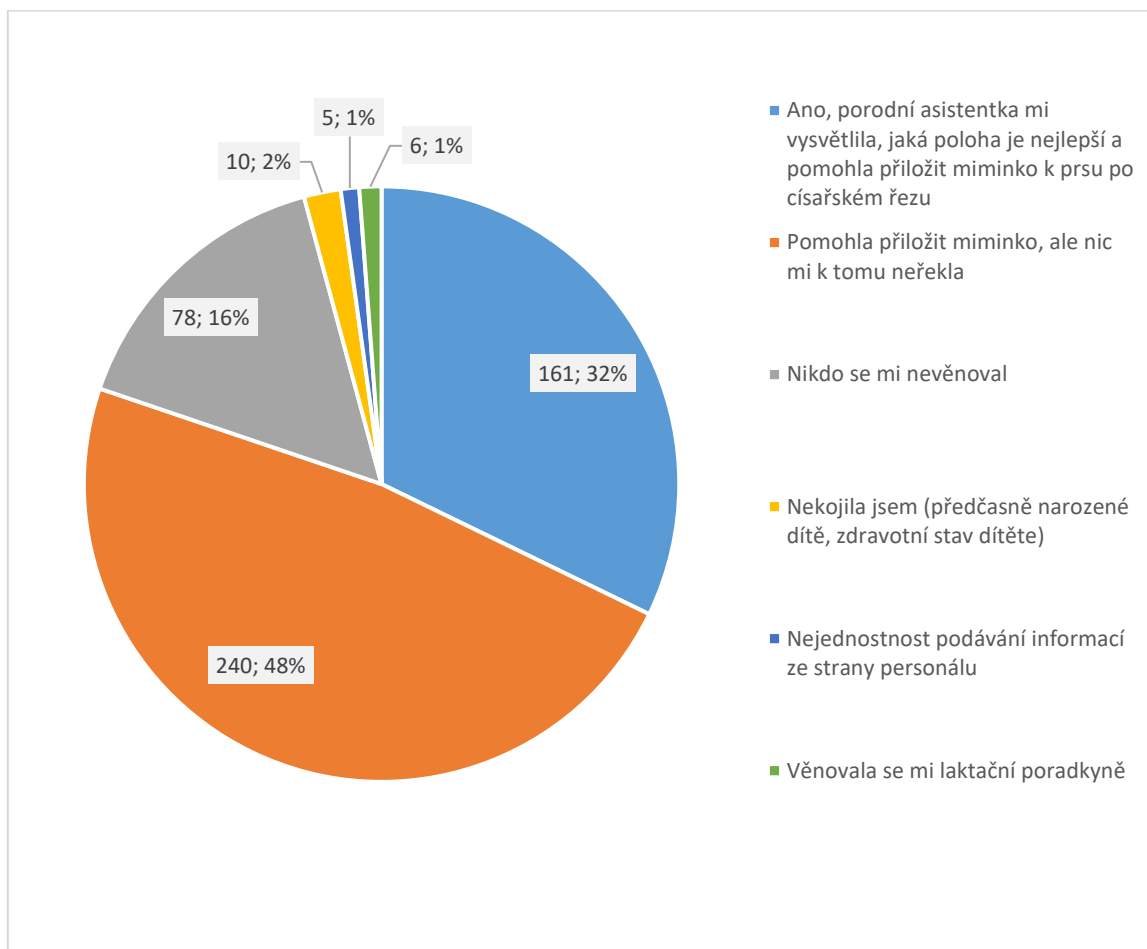


Zdroj: vlastní

Graf 9 popisuje informovanost žen o laktaci. Ženy odpovídaly na otázky pomocí škály od 1 (ano zcela) – 5 (vůbec ne). Z celkového počtu 500 (100 %) respondentek možnost 1/5 vybralo 96 (19,2 %) žen, které byly zcela informované porodní asistentkou o laktaci. Možnost 2/5 vybralo 74 (14,8 %) žen, 3/5 115 (23 %) žen, 4/5 90 (18 %) žen. Vůbec nebylo informováno 124 (24,8 %) žen, jež vybraly možnost 5/5.

Otázka číslo 18: Byla Vám doporučena poloha vhodná pro kojení po císařském řezu?

**Graf 18: Informovanost o polohách pro kojení po operaci**

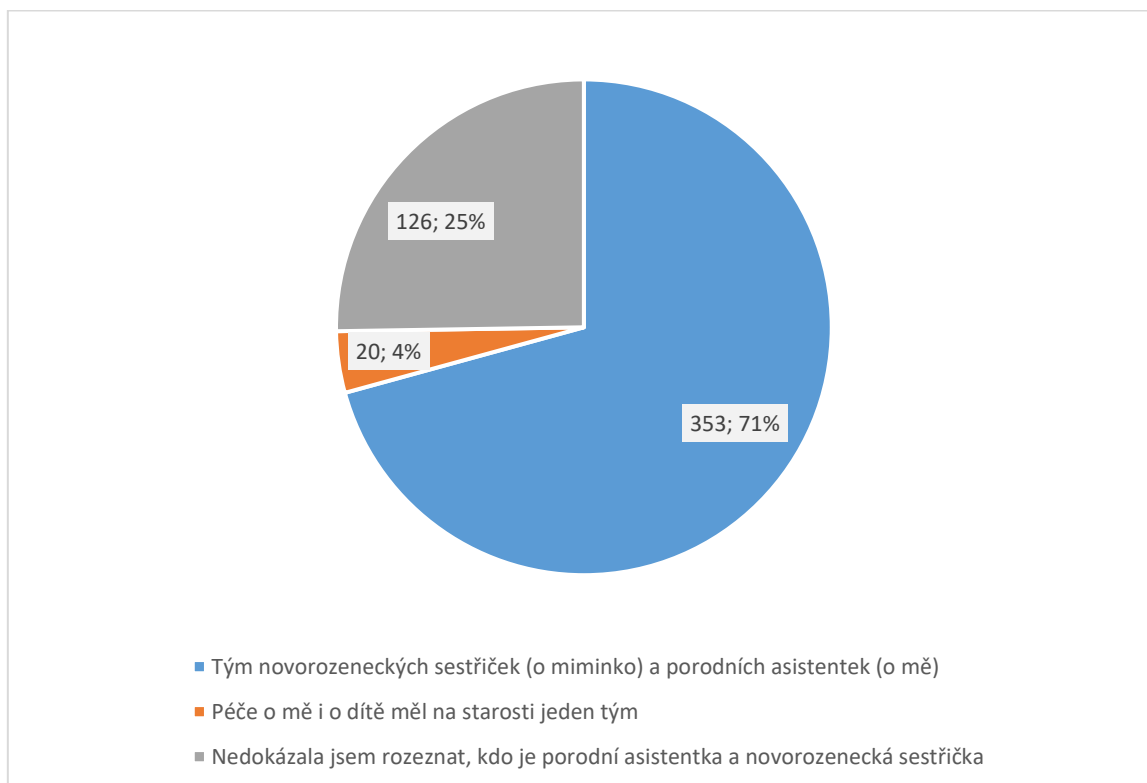


Zdroj: vlastní

Graf 18 mapuje informovanost žen porodní asistentkou o polohách pro kojení po operaci císařským řezem. Z celkového počtu 500 (100 %) u respondentek 240 (48 %) porodní asistentka pomohla přiložit miminko k prsu, ale dále ženu o ničem neinformovala. 161 (32 %) žen uvedlo, že došlo k přiložení, porodní asistentka jim vše vysvětlila a doporučila vhodnou polohu ke kojení po císařském řezu. 78 (16 %) ženám se nikdo nevěnoval. 10 (2 %) žen nekojilo, 6 (1 %) ženám se věnovala laktiční poradkyně, 5 (1 %) žen uvedlo nejednotné podávání informací personálu.

Otázka číslo 19: Na oddělení šestinedělí se o Vás staral:

**Graf 19: Péče na oddělení šestinedělí**

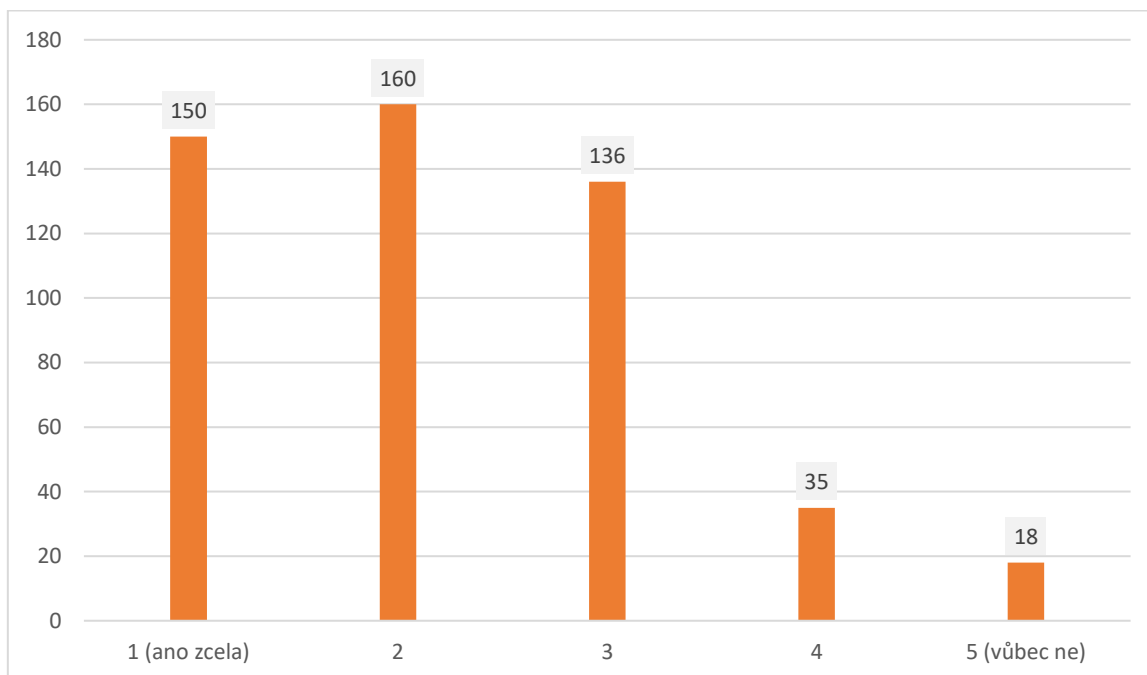


Zdroj: vlastní

Graf 19 ilustruje orientaci žen mezi personálem na oddělení šestinedělí. Z celkového počtu 500 (100 %) respondentek 353 (71 %) žen označilo, že péči o ně měl na starosti tým novorozeneckých sestřiček (o miminko) a porodních asistentek (o ženu). 126 (25 %) žen nedokázalo rozeznat porodní asistentku od novorozenecké sestřičky. 20 (4 %) žen uvedlo, že je měl na starosti jeden tým.

Otázka číslo 20: Měla jste důvěru ve zdravotnický personál?

**Graf 20: Důvěra ve zdravotnický personál**



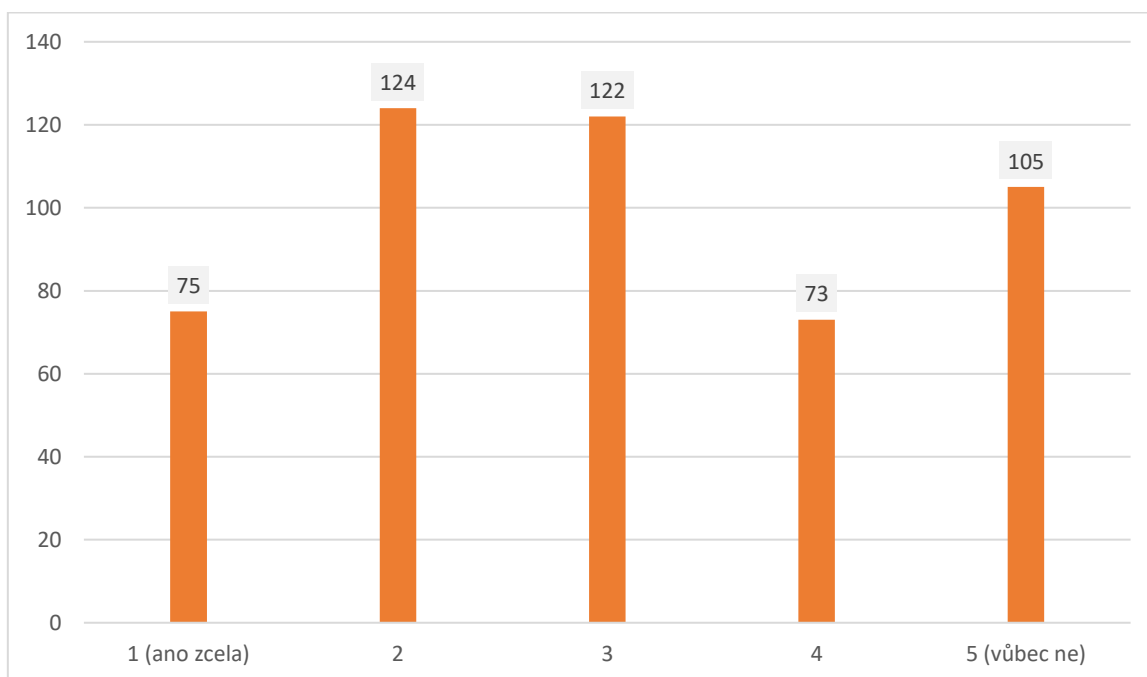
Zdroj: vlastní

Graf 20 prezentuje důvěru žen ve zdravotnický personál. Ženy odpovídaly na škále 1 (ano zcela) – 5 (vůbec ne). Z celkového počtu 500 (100 %) respondentek možnost 1/5 vybralo 150 (30 %) žen, 2/5 160 (32 %) žen, 3/5 136 (27,2 %) žen, 4/5 35 (7 %) žen. Vůbec nedůvěřovalo personálu 18 (3,6 %) žen, jež vybraly možnost 5/5.



Otázka číslo 21: Měla jste pocit kontroly nad situací?

**Graf 21: Kontrola ženy nad situací**

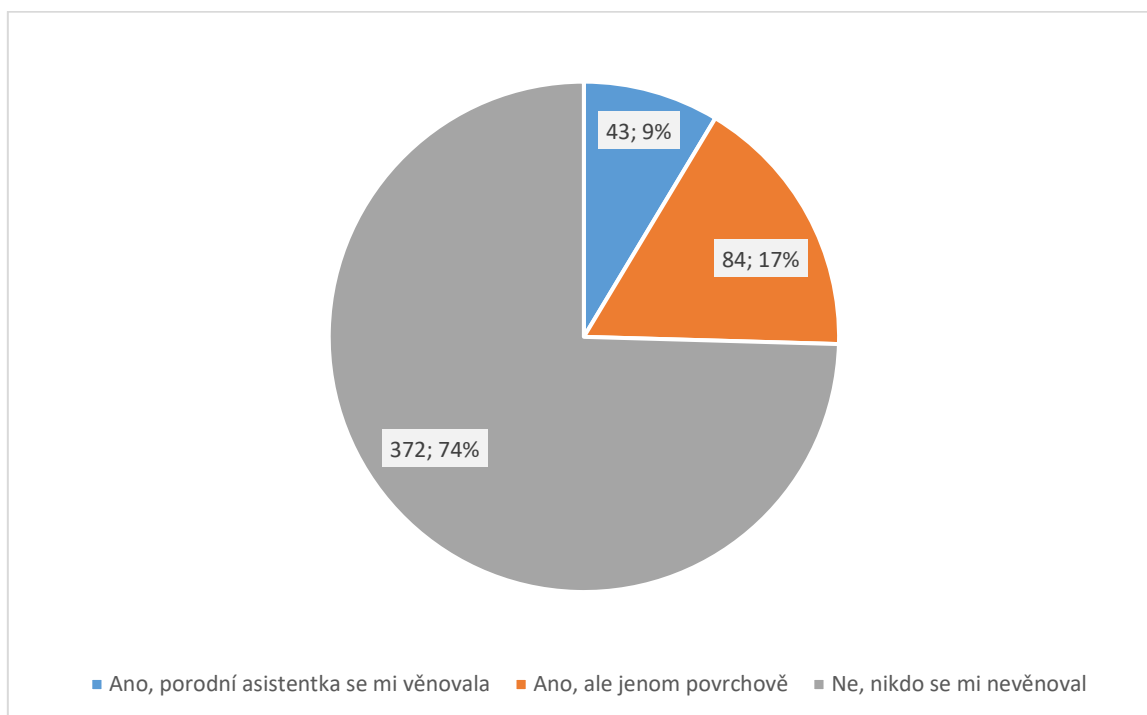


Zdroj: vlastní

Graf 21 zobrazuje pocit kontroly žen nad situací. Ženy odpovídaly na škále 1 (ano zcela) – 5 (vůbec ne). Z celkového počtu 500 (100 %) respondentek možnost 1/5 vybralo 75 (15 %) žen, tyto ženy měly úplnou kontrolu nad situací. Možnost 2/5 vybralo 124 (24,8 %) žen, 3/5 122 (24,4 %) žen, 4/5 73 (14,6 %) žen. Možnost 5/5 zvolilo 105 (21 %) žen, u těchto žen pocit kontroly nad situací chyběl.

Otázka číslo 22: Přišla si s Vámi porodní asistentka po porodu císařským řezem popovídat o Vašich pocitech, psychice, vnímání celého zážitku?

**Graf 22: Podpora psychiky na oddělení šestinedělí**

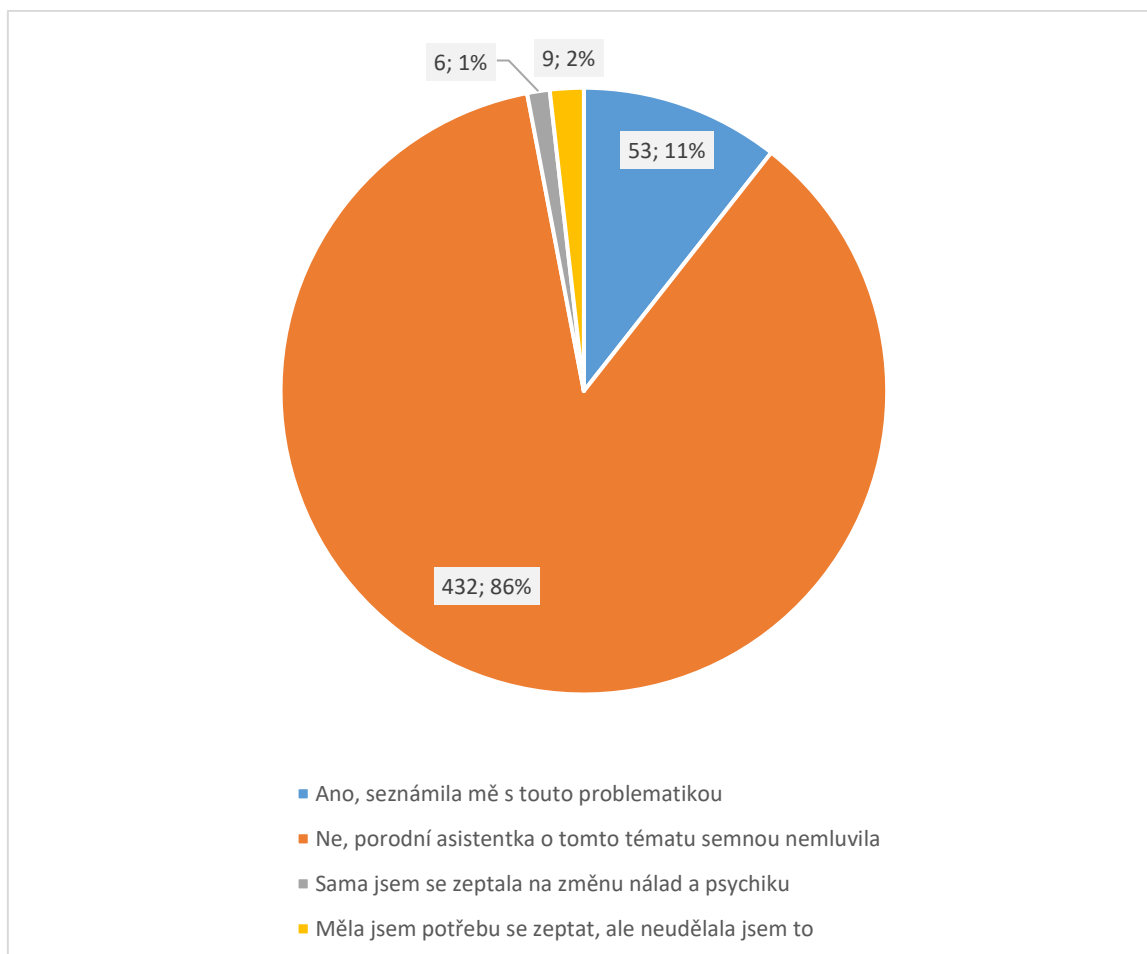


Zdroj: vlastní

Graf 22 uvádí, zda porodní asistentka vedla rozhovor se ženou po porodu o změnách nálady, psychice, pocitech a vnímání celého zážitku. Z celkového počtu 500 (100 %) respondentek 372 (74 %) uvedlo, že se jim po porodu nikdo nevěnoval. Se 84 (17 %) žen porodní asistentka toto téma o psychice otevřela, ale jenom povrchově. Porodní asistentka se plně věnovala psychickému stavu po porodu pouze u 43 (9 %) žen.

Otázka číslo 23: Informovala Vás během pobytu na oddělení šestinedělí porodní asistentka o případné změně nálad po porodu a případně doporučila organizace, na které je možné se obrátit?

**Graf 23: Informovanost o psychických problémech po porodu**

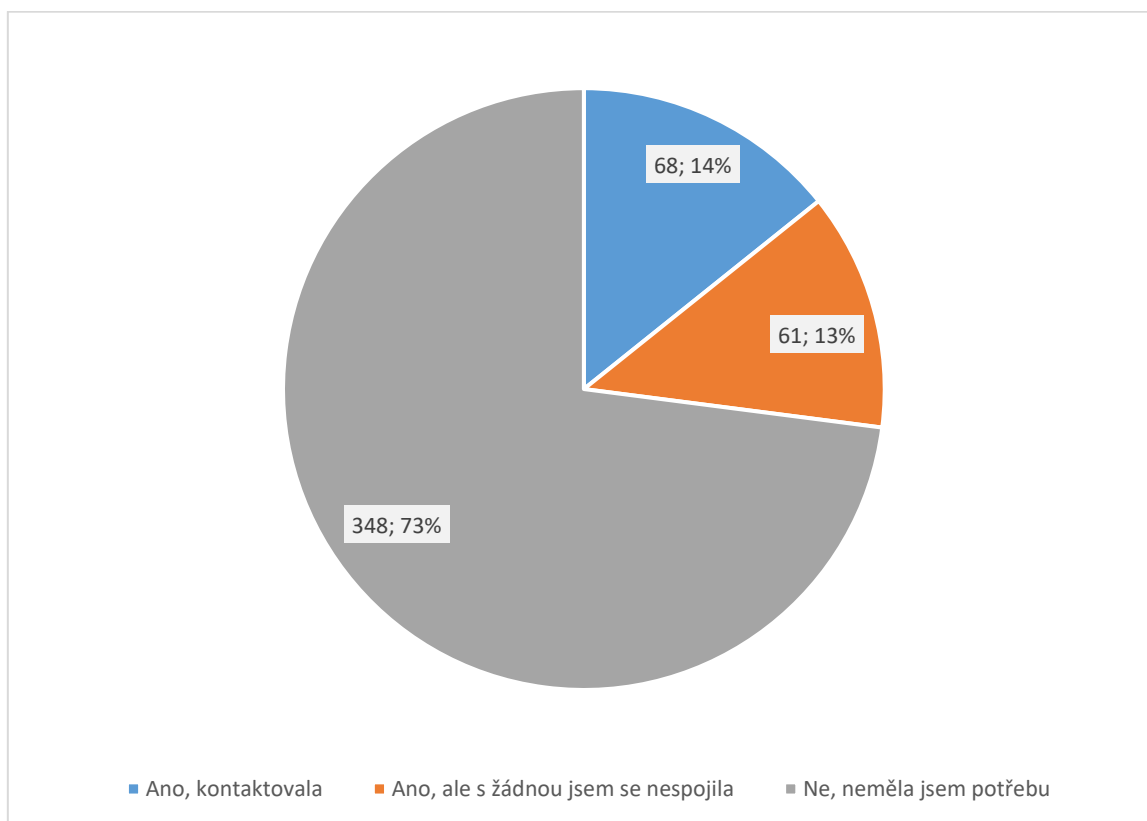


Zdroj: vlastní

Graf 23 poukazuje na informovanost žen porodní asistentkou o psychických problémech po porodu. Z celkového počtu 500 (100 %) respondentek 432 (86 %) žen uvedlo, že se o tomto tématu porodní asistentka ani nezmínila. S 53 (11 %) ženami porodní asistentka o této problematice mluvila. 9 (2 %) respondentek mělo potřebu mluvit o této problematice, ale porodní asistentky se nezeptaly. 6 (1 %) žen se zeptalo porodní asistentky na změnu nálad a psychiku po porodu.

Otázka číslo 24: Měla jste během šestinedělí potřebu kontaktovat porodní asistentku z důvodu řešení nějakého problému?

**Graf 24: Kontakt s porodní asistentkou v šestinedělí**

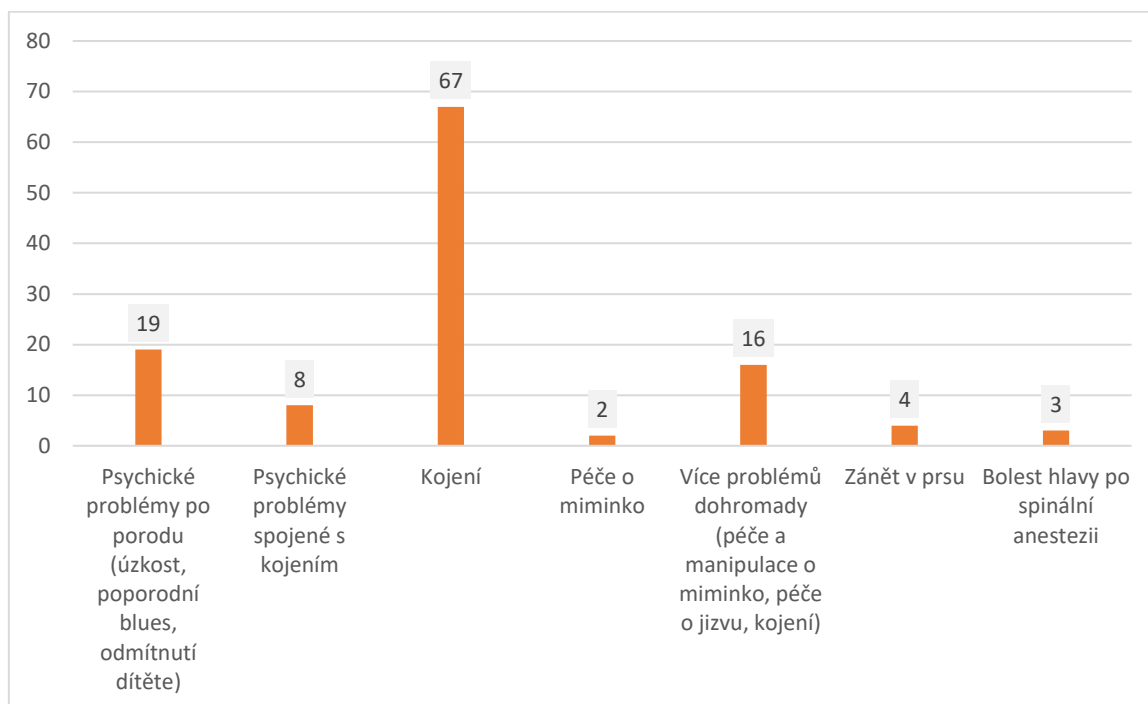


Zdroj: vlastní

Graf 24 znázorňuje potřebu žen kontaktovat porodní asistentku v šestinedělí. Z celkového počtu 500 (100 %) respondentek 348 (73 %) žen nemělo potřebu kontaktovat porodní asistentku s problémem. Respondentek, jež porodní asistentku kontaktovaly, bylo 68 (14 %). 61 (13 %) žen mělo potřebu kontaktovat porodní asistentku v šestinedělí, ale nečinilo tak.

Otázka číslo 25: Pokud jste odpověděla v předchozí otázce ANO, o jaký problém se jednalo?

**Graf 25: Důvody ke kontaktu s porodní asistentkou v šestinedělí**



Zdroj: vlastní

Graf 25 popisuje důvody ke kontaktu s porodní asistentkou. Tato otázka byla otevřená. Z celkového počtu 500 respondentek 127 (25,4 %) žen mělo potřebu vyhledat pomoc porodní asistentky. Nejčastějším důvodem bylo kojení, takto odpovědělo 67 (13,4 %) žen. Dalším důvodem byly psychické problémy po porodu, které mělo 19 (3,6 %) žen. Pro více sdružujících se problémů dohromady mělo potřebu vyhledat péči porodní asistentky 16 (3,2 %) žen. U dalších 17 (3,4 %) žen to byly problémy psychické spojené s kojením, zánět v prsu, bolest hlavy po spinální anestezii, péče o miminko.

Otázka číslo 26: Co Vám chybělo v péči porodní asistentky? Co se Vám nelíbilo a co byste ocenila, kdyby porodní asistentka udělala?

**Tabulka 1: Nedostatky v péči porodní asistentky**

<b>Nejčastěji uvedené nedostatky v péči porodní asistentky</b>	
Čas a prostor na komunikaci, vysvětlení všeho potřebného	Dostatečná informovanost v akutních situacích, vysvětlení situace
Péče o jizvu + praktická ukázka	Kontakt s dítětem
Jednotnost podávání informací zdravotnickým personálem	Individuální empatický přístup, útěcha a porozumění
Pomoc a empatie při zvedání po operaci	Polohování k úlevě bolesti po CŘ
Pomoc s péčí o miminko	Laktační poradenství
Péče o psychiku a odkázání na odbornou pomoc	Příprava na poporodní blues
Reflexe porodní zkušenosti	Zájem o ženu
Intenzivní péče po porodu	Lidský přístup
Psychická podpora, rozhovor	Poporodní fyzioterapie

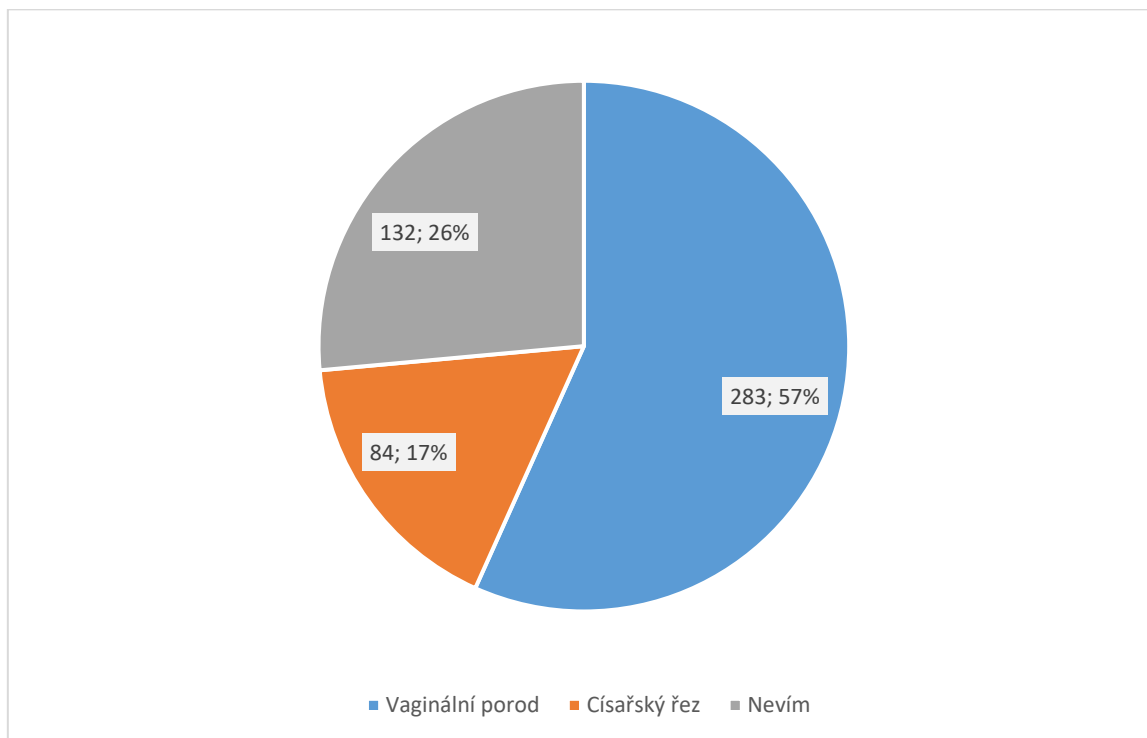
Větší pozornost fyzickému stavu ženy	Trpělivost při prvním přiložení
Možnost návštěvy psychologa	Informovanost po probuzení z anestezie
Delší osobní kontakt s porodní asistentkou	Větší podpora vaginálního porodu
Seznámení s pooperačním režimem	Partner u porodu
Představení porodní asistentky	Přítomnost doly/soukromé PA při CŘ
Sundání plenty, možnost vidět na operační pole	Větší důraz na přání rodičky

Zdroj: vlastní

Tabulka 1 vyobrazuje odpovědi na otevřenou otázku a vyjadřuje co ženám chybělo v péči porodní asistentky. Z celkového počtu 500 (100 %) respondentek 325 (65 %) odpovědělo na otázku. Ženám nejčastěji chyběl čas a prostor na komunikaci, útěcha a porozumění, vysvětlení všeho potřebného, informace v péči o jizvu, poporodní fyzioterapie. Důležitá pro ženy je pomoc při zvedání po operaci a trpělivost při prvním přiložení. Dále ženy uváděly potřebu psychické podpory a odkázání na odborníky zabývající se touto problematikou. Některé ženy by ocenily lidský přístup porodní asistentky a delší kontakt pro navázání osobnějšího vztahu.

Otázka číslo 27: Jaký porod byste preferovala v dalším těhotenství?

**Graf 26: Důvody ke kontaktu s porodní asistentkou v šestinedělí**



Zdroj: vlastní

Graf 27 informuje o preferenci porodu žen v dalším těhotenství. Z celkového počtu 500 (100 %) respondentek by vaginálně chtělo родit 283 (57 %) žen. 132 (26 %) respondentek není pro způsob porodu v dalším těhotenství rozhodnuto. Císařský řez by preferovalo 84 (17 %) žen.



## 11 PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Hlavním cílem bylo zjistit informovanost žen o porodu císařským řezem před, během porodu a po něm a jaké podpůrné intervence jsou jim poskytnuty zdravotníky. Dotazníkové šetření ukazuje, že péče porodních asistentek o ženu při porodu císařským řezem je hodnocena často negativně z pohledu žen. Vyplynulo, že ženy nedostaly dostatečnou péči porodní asistentky. Ženám chyběla informovanost, empatie a porozumění, psychická podpora, edukace v péči o jizvu, o kojení a psychice. Hlavní cíl práce byl splněn.

### **Cíl č. 1. – Zmapovat informovanost žen o porodu císařským řezem.**

K tomuto dílčímu cíli byly přiřazeny výzkumné otázky číslo 1, 2 a 3.

***Výzkumná otázka 1:*** Jak preferovala žena porodit v průběhu těhotenství a jaký porod by preferovala v dalším těhotenství po zkušenosti s porodem císařským řezem?

Výzkumnou otázku 1 jsme si ověřili ve zpracovaných grafech 7 a 27. Na základě získaných informací žen v období těhotenství by porod císařským řezem zvolilo 4 % žen z celkového počtu 500 (100 %) respondentek. Po zkušenosti porodu císařským řezem by v dalším těhotenství zvolilo císařský řez 17 % žen. Z toho můžeme usoudit, že tyto ženy měly pozitivní zkušenost s porodem císařským řezem.

***Výzkumná otázka 2:*** Získaly ženy v předporodním období informace o císařském řezu?

Výzkumnou otázku 2 jsme si ověřili ve zpracovaném grafu 6. Z celkového počtu 500 (100 %) respondentek byly nejčastějším zdrojem informací pro ženy sociální sítě (38,8 %) a internet (26,2 %). 136 (27,2 %) žen uvedlo, že informace nikde nezískaly.

***Výzkumná otázka 3:*** Jaký byl nejčastější důvod k provedení císařského řezu a byly ženy informovány o důvodech k jeho provedení?

Výzkumnou otázku 3 jsme si ověřili ve zpracovaných grafech 8 a 9. Z celkového počtu 500 (100 %) respondentek 134 (26,8 %) žen absolvovalo operaci pro nepostupující porod. 130 (26 %) žen z důvodu neproditelné polohy plodu. Hrozící hypoxie a akutní pokles srdečních ozev plodu byl další indikací k porodu císařským řezem. Tuto možnost uvedlo 82 (16,4 %) žen. 278 (55 %) žen uvedlo, že bylo plně informováno o důvodech provedení císařského řezu.

**Cíl č. 2. – Zjistit, zda byly ženě vysvětleny všechny úkony před operací císařským řezem.**

K tomuto dílčímu cíli byla přiřazena výzkumná otázka číslo 4.

***Výzkumná otázka 4:*** Byla žena dostatečně informována při výkonu intervencí spojených s předoperační přípravou?

Výzkumnou otázku 4 jsme si ověřili ve zpracovaných grafech 12 a 21. Z celkového počtu 500 (100 %) respondentek bylo 47 % žen seznámeno porodní asistentkou se všemi úkony a informováno o následujícím postupu. 15 % uvedlo, že je porodní asistentka neinformovala. Zda měly pocit kontroly nad situací ženy odpovídaly na škále 1(ano zcela) – 5 (vůbec ne). Možnost 1/5 vybralo 15 % žen, 2/5 24,8 % žen, 3/5 24,4 % žen, 4/5 14,6 % žen a 5/5 21 %. Z toho vyplývá, že ženám pocit kontroly v péči porodní asistentky chyběl.

**Cíl č. 3. – Zjistit, jak probíhal bonding po operaci císařským řezem.**

K tomuto dílčímu cíli byly přiřazeny výzkumné otázky číslo 5 a 6.

***Výzkumná otázka 5:*** Měla žena možnost mít na operačním sále při porodu blízkou osobu?

Výzkumnou otázku 5 jsme si ověřili ve zpracovaném grafu 14. Z celkového počtu 500 (100 %) respondentek 280 (56 %) žen nemělo přítomného partnera nebo blízkou osobu na operačním sále.

***Výzkumná otázka 6:*** Byl proveden na operačním sále bonding a následně umožněn kontakt s dítětem po příjezdu na lůžkové oddělení?

Výzkumnou otázku 6 jsme si ověřili ve zpracovaných grafech 13 a 15. Z celkového počtu 500 (100 %) respondentek 104 (21 %) žen zažilo pravý bonding, dítě bylo ženě přiloženo na hrud'. 76 (15 %) rodiček svoje dítě ani nevidělo. 138 (28 %) ženám bylo dítě pouze ukázáno a bonding neproběhl. 106 (21 %) byl bonding proveden částečně, dítě bylo pouze přiloženo k hlavě. U 74 (15 %) respondentek proběhl bonding na hrudi partnera. Po příjezdu na oddělení 269 (54 %) žen bylo od svého dítěte separováno a několik hodin po operaci dítě nevidělo. 102 (20 %) žen mělo možnost být s dítětem v kontaktu, ale kvůli únavě rodičky po operaci bylo dítě nejčastěji dováženo porodní asistentkou jen na kojení. 84 (17 %) respondentek uvedlo, že mělo dítě hned po operaci u sebe. U 34 (7 %) žen byl kontakt odložen kvůli zdravotnímu stavu dítěte. Kontakt dítěte pouze s partnerem uvedlo

6 (1 %) žen, 5 (1 %) žen uvedlo problém v neochotě personálu umožnit pravidelný kontakt.

**Cíl č. 4. – Ověřit, v jakém rozsahu byly ženy po porodu informovány o nástupu laktace, péči o jizvu, psychice.**

K tomuto dílčímu cíli byly přiřazeny výzkumné otázky číslo 7, 8, 9 a 10.

***Výzkumná otázka 7:*** Byla žena poučena, jak pečovat o jizvu?

Výzkumnou otázku 7 jsme si ověřili ve zpracovaném grafu 16. Ženy odpověděly, zda jim byla vysvětlena péče o jizvu na škále 1(ano zcela) – 5 (vůbec ne). Z celkového počtu 500 (100 %) respondentek možnost 1/5 vybralo 112 (22,4 %) žen, 2/5 93 (18,6 %) žen, 3/5 108 (21,6 %) žen, 4/5 84 (16,8 %) žen a 5/5 101 (20,2 %) žen. Informovanost ani neinformovanost zde dominantně nepřevažuje. Minimálně polovina žen nebylo v péči o jizvu dostatečně informováno.

***Výzkumná otázka 8:*** Byla žena informována o nástupu laktace a vhodné poloze ke kojení po císařském řezu?

Výzkumnou otázku 8 jsme si ověřili ve zpracovaných grafech 17 a 18. Ženy odpověděly na otázky pomocí škály od 1 (ano zcela) – 5 (vůbec ne). Z celkového počtu 500 (100 %) respondentek možnost 1/5 vybralo 96 (19,2 %) žen, které byly zcela informované porodní asistentkou o laktaci. Možnost 2/5 vybralo 74 (14,8 %) žen, 3/5 115 (23 %) žen, 4/5 90 (18 %) žen. Vůbec nebylo informováno 124 (24,8 %) žen, jež vybraly možnost 5/5. U 240 (48 %) respondentek porodní asistentka pomohla přiložit miminko k prsu, ale dále ženu o ničem neinformovala, nedoporučila polohy vhodné ke kojení po císařském řezu. Pokud zhodnotíme data z výzkumu, u respondentek nebylo podáno dostatek informací porodní asistentkou o laktaci.

***Výzkumná otázka 9:*** Byla žena poučena porodní asistentkou o psychice?

Výzkumnou otázku 9 jsme si ověřili ve zpracovaných grafech 20, 22 a 23. 74 % žen uvedlo, že se jim po porodu nikdo nevěnoval, porodní asistentka nevedla rozhovor o psychice. 86 % žen nebylo informováno porodní asistentkou o možných psychických problémech po porodu a organizacích, které poskytují pomoc ženám s psychickými problémy po porodu. S 53 (11 %) ženami porodní asistentka o této problematice mluvila. U žen převažovala důvěra ve zdravotnický personál. Z celkového počtu 500 (100 %)

respondentek možnost 1/5 vybralo 150 (30 %) žen, tyto ženy plně důvěřovaly zdravotnickému personálu. Možnost 2/5 zvolilo 160 (32 %) žen, 3/5 136 (27,2 %) žen, 4/5 35 (7 %) žen. Vůbec nedůvěřovalo personálu 18 (3,6 %) žen, jež vybraly možnost 5/5.

***Výzkumná otázka 10:*** Věděla žena, na koho se v případě potřeby obrátit na oddělení šestinedělí?

Výzkumnou otázku 10 jsme si ověřili ve zpracovaném grafu 19. Z celkového počtu 500 (100 %) respondentek 373 (75 %) žen se orientovalo ve zdravotnickém personálu 126 (25 %) nebylo schopné rozeznat a identifikovat zdravotnický personál.

### **Cíl č. 5. – Zmapovat roli porodní asistentky v péči o ženu po císařském řezu (z pohledu ženy)**

K tomuto dílčímu cíli byly přiřazeny výzkumné otázky číslo 11 a 12.

***Výzkumná otázka 11:*** Měly ženy potřebu vyhledat pomoc porodní asistentky?

Výzkumnou otázku 11 jsme si ověřili ve zpracovaných grafech 24 a 25. Z celkového počtu 500 (100 %) respondentek 348 (73 %) žen nemělo potřebu kontaktovat porodní asistentku s problémem. Respondentek, jež porodní asistentku kontaktovaly, bylo 68 (14 %). 61 (13 %) žen mělo potřebu kontaktovat porodní asistentku v šestinedělí, ale neučinilo tak. Nejčastějším důvodem pro kontakt porodní asistentky bylo kojení (13,4 %) a psychické problémy žen po porodu (3,6 %). Pro více sdružujících se problémů dohromady mělo potřebu vyhledat péči porodní asistentky 16 (3,2 %) žen. U dalších 17 (3,4 %) žen to byly problémy psychické spojené s kojením, zánět v prsu, bolest hlavy po spinální anestezii, péče o miminko.

***Výzkumná otázka 12:*** Co ženám chybělo v péči porodní asistentky?

Výzkumnou otázku 12 jsme si ověřili ve zpracované tabulce 1, která vyjadřuje nejčastěji uváděné nedostatky v péči porodní asistentky. Z celkového počtu 500 (100 %) na otázku odpovědělo 325 (65 %) respondentek. Ženám chyběl čas a prostor na komunikaci, útěcha a porozumění, vysvětlení všeho potřebného, informace v péči o jizvu, poporodní fyzioterapie. Důležitá pro ženy je pomoc při zvedání po operaci a trpělivost při prvním přiložení. Dále ženy uváděly potřebu psychické podpory a odkázání na odborníky zabývající se touto problematikou. Některé ženy by ocenily lidský přístup porodní asistentky a delší kontakt pro navázání osobnějšího vztahu.

## DISKUZE

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala informovaností žen o porodu císařským řezem před, během porodu a po něm a jaké podpůrné intervence jsou jim poskytnuty zdravotníky. Byl proveden kvantitativní výzkum s využitím dotazníkového šetření. Výzkumná data byla zpracována statickými metodami, aby byl naplněn hlavní cíl společně s dílčími cíli. Pro sběr dat jsem oslovila podpůrnou skupinu Císařovným, která sdružuje ženy, které mají zkušenost s porodem císařským řezem. Výzkumný soubor se skládal z 500 respondentek.

Z mnohých mezinárodních studií vyplývá, že počet císařských řezů celosvětově roste. Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) by měla být prevalence císařských řezů 5-15 %. Míra vyšší než 15 % znamená zbytečné a neodůvodněné provedení chirurgického porodu, zatímco míra nižší než 5 % může souviset s nedostatečným přístupem populace k lékařské technologii. WHO zveřejnila odhad míry prevalence císařských řezů v roce 2015 podle kontinentů: 36 % v Americe, 23 % v Evropě, 9 % v Asii a 10 % v Evropě. (Soto-Vega, Casco, Chamiza, Flores-Hernández, Landini, 2015)

V České republice končí císařským řezem každé čtvrté těhotenství. Je to jedna z nejčastějších břišních operací. V roce 2021 v ČR proběhlo celkem 109 644 porodů, z nichž císařským řezem skončilo 25,8 %. Od roku 2000 se počet císařských řezů více než zdvojnásobil (ÚZIS, 2023).

Péče porodních asistentek snižuje pravděpodobnost porodu císařským řezem ve všech analýzách, právě díky jejich větší preferenci a dovednostem při fyziologických porodech. Větší intervence porodních asistentek v péči o rodičky může snížit počet porodů císařským řezem. (Hoxha, Grezda, Udutha, Besarta, Agahi, 2023)

První zkoumaná oblast se zabývala informovaností žen o porodu císařským řezem. Informovanost o porodu císařským řezem by měla patřit do základní péče o ženu. Na základě získaných informací žen v období těhotenství by porod císařským řezem zvolilo 4 % žen. Po zkušenosti s porodem císařským řezem by v dalším těhotenství zvolilo císařský řez 17 % žen. Z můžeme usoudit, že tyto ženy měly pozitivní zkušenost s porodem císařským řezem. Nejčastějším zdrojem informací byly pro ženy sociální sítě (38,8 %) a internet (26,2 %). Studie z Číny uvádí, že se zlepšuje kvalita informací týkajících se těhotenství sdílených na sociálních sítích. Nová témata, představují posun

směrem k bezpečnému těhotenství. Této studii se zúčastnilo 20 žen. 19 žen uvedlo pozitivní vliv sociálních sítí na jejich těhotenství. (Zhu, Zeng, Zhang, Evans, He, 2016). Více než čtvrtina žen, což představuje 27,2 %, nezískalo v předporodním období informace o porodu císařským řezem. 11,6 % žen získalo informace o porodu císařským řezem na předporodním kurzu. Z těchto výsledků můžeme usoudit, že větší návštěvnost předporodních kurzů by mohla vést k vyšší informovanosti žen. Z mé dosavadní praxe mohu konstatovat, že je nedostatek komunitních porodních asistentek, které tyto služby nabízejí. Studie ukázala, že ženy, které absolvovaly prenatální vzdělávání, měly lepší výsledky a duševní zdraví. Proto je prenatální vzdělávání nezbytné pro zlepšení zdraví a kvality života matek. (Hajipour, Amiri, Montazeri, Torkan, Tabagdehi, 2017)

Mezi nejčastější indikaci k provedení císařského řezu ženy uvedly nepostupující porod (26 %). V této chvíli může ženě porodní asistentka pomoci psychicky, dát ženě pocit kontroly nad situací. Interakce s porodní asistentkou má zásadní vliv na pocity ztráty a opětovného získání kontroly. Také mě zajímalo, zda byly ženy informované dostatečně a včas o důvodech provedení císařského řezu. Ženy hodnotily informovanost na škále 1(ano zcela) – 5 (vůbec ne). 27,8 % žen bylo zcela informováno. Pouze 2,5 % žen nebylo informováno vůbec. Dá se předpokládat, že k neinformovanosti dochází v akutních situacích, kdy hraje důležitou roli čas ve vybavení plodu z těla matky. Zejména ženy, které měly akutní císařský řez, byly méně spokojené než ženy, které rodily vaginálně. Jedním z důvodů nespokojenosti uvedly neinformovanost. (Lochmanová, Janoušková, Lorenzová, Ratislavová, Krocová, 2023)

Dalším dílčím cílem bylo zjistit, zda byly ženě porodní asistentkou vysvětleny všechny úkony před císařským řezem. Pro tuto oblast byly v dotazníku vymezeny otázky číslo 12, 21. 47 % žen bylo seznámeno porodní asistentkou se všemi úkony a následnými postupy. 15 % uvedlo, že je porodní asistentka neinformovala. Zeptali jsme se žen, zda měly pocit kontroly nad situací na škále 1(ano zcela) – 5 (vůbec ne). Možnost 1/5 vybralo 15 % žen, 2/5 24,8 % žen, 3/5 24,4 % žen, 4/5 14,6 % žen a 5/5 21 %. Z tohoto výsledku můžeme vyvodit, že ženám pocit kontroly v péči porodní asistentky chyběl. „V situaci, kdy bude ženě během porodu poskytnuta důvěra, dána kontrola a možnost svým rozhodnutím ovlivňovat průběh porodu, bude s větší pravděpodobností vést jejich zážitek z porodu k uspokojení, hrdosti a zvýšenému sebevědomí.“ (Ratislavová, 2023, str. 182)

Třetí oblast výzkumu se zabývala bondingem po porodu císařským řezem. Pouze 21 % dotazovaných respondentek zažilo úplný bonding, kdy jim bylo dítě položeno na nahou hrud'. 15 % žen své dítě ani nevidělo. Důvodů pro neumožnění bondingu s matkou může být více (nedostatek ošetrovatelského personálu, zastaralé postupy, nedostatek znalostí o výhodách kontaktu kůže na kůži). Lze usoudit, že překážkou je i celková anestezie matky při porodu císařským řezem. Za značně znepokojující považují odpověď na otázku týkající se kontaktu s dítětem po porodu císařským řezem, ve které ženy uvedly, že byly separovány od svého dítěte a několik hodin své dítě po operaci císařským řezem neviděly. Tuto zkušenost mělo 54 % žen, tedy více než ½ dotazovaných respondentek. Pouze 17 % žen mělo dítě ihned po porodu u sebe. U 56 % žen byl na operačním sále přítomný partner nebo blízká osoba. V jiné studii z roku 2023 je uvedeno, že ze vzorku 870 žen 36,78 % nebyl umožněn kontakt kůže na kůži. Toto poukazuje na fakt, že bonding po císařském řezu není v České republice obvyklý. (Ratislavová, Lorenzová, Janoušková, Martin, 2023)

Dalším dílčím cílem bylo ověřit, v jakém rozsahu byly ženy po porodu informovány o nástupu laktace, o péči o jizvu a o psychice. Dotázali jsme se žen, zda jim byla vysvětlena péče o jizvu na škále 1(ano zcela) – 5 (vůbec ne). Možnost 1/5 vybralo 22,4 % žen, 2/5 18,6 % žen, 3/5 21,6 % žen, 4/5 16,8 % žen a 5/5 20,2 % žen. Pokud zahrneme do vyhodnocení grafu odpovědi na otázku číslo 26, kde ženy často uváděly nedostatečnou péči porodní asistentky v předávání informací v péči o jizvu, můžeme říci, že velké procento žen by ocenilo větší informovanost v této oblasti. V otázce informovanosti o laktaci převládala na škále 1(ano zcela) – 5 (vůbec ne) odpověď 5/5 u 24,8 % žen. 48 % ženám porodní asistentka přiložila dítě k prsu, ale chybělo zde podání informací o laktaci. Do vyhodnocení grafu zahrneme odpovědi z otázky číslo 25, kde ženy často uváděly potřebu kontaktu s porodní asistentkou z důvodu psychických problémů spojených s kojením. Z toho vyplývá, že by měla být porodní asistentka v této oblasti obzvláště obezřetná. MUDr. Antonín Šebela Ph.D. (2023) uvádí, že poporodní psychóza se rozvine asi u 1 ženy z 1000. Ženy v péči porodní asistentky vyžadují dostatek informací, empatický přístup a trpělivost. Dále nás zajímala důvěra žen ve zdravotnický personál. Ženy hodnotily důvěru na škále 1(ano zcela) – 5 (vůbec ne). Možnost 1/5 vybralo 30 % žen, 2/5 32 % žen, 3/5 27,2 % žen, 4/5 7 % žen a 5/5 3,6 % žen. U dotazovaných respondentek převažovala důvěra ve zdravotnický personál. Asi nejzásadnějším zjištěním ve výzkumu bylo zanedbané téma psychiky. 74 % žen uvedlo, že se jim po porodu nikdo

nevěnoval. U těchto žen porodní asistentka nevedla rozhovor o psychice, o vnímání zážitku z porodu. 86 % žen nebylo informováno porodní asistentkou o možných psychických problémech po porodu a organizacích, které poskytují pomoc ženám s psychickými problémy po porodu. Tyto procenta jsou více než znepokojivá.

„Důležité je samotné zpracování zážitků z porodu v poporodním období. Pokud se může žena po porodu svěřit své porodní asistentce s tím, jak porod prožívala, jaké její plány byly naplněny a jaké ne, může leccos objasnit. Negativní porodní zkušenost zvyšuje riziko negativních zdravotních následků, například poporodní deprese nebo sekundární tokofobie, které mohou mít vliv na další reprodukci nebo mohou vést až k žádosti o porod císařským řezem v následujícím těhotenství.“ (Lochmanová, Janoušková, Lorenzová, Ratislavová, Krocová, 2023)

V posledním dílčím cíli jsme zmapovali roli porodní asistentky v péči o ženu po císařském řezu (z pohledu ženy). Zaměřila jsem se na nedostatky v péči porodní asistentky. Dále pak pokud měly ženy potřebu kontaktovat porodní asistentku v šestinedělí, z jakého důvodu to bylo. Ženám nejčastěji chyběl čas a prostor na komunikaci, útěcha a porozumění, vysvětlení všeho potřebného, informace v péči o jizvu, poporodní fyzioterapie. Důležitá pro ženy je pomoc při zvedání po operaci a trpělivost při prvním přiložení. Dále ženy uváděly potřebu psychické podpory a odkázání na odborníky zabývající se touto problematikou. Některé ženy by ocenily lidský přístup porodní asistentky a delší kontakt pro navázání osobnějšího vztahu. Potřebu porodní asistentky z celkového počtu 500 respondentek vyhledalo 127 (25,4 %) žen. Nejčastějším důvodem bylo kojení, takto odpovědělo 67 (13,4 %) žen. Dalším důvodem byly psychické problémy po porodu, které mělo 19 (3,6 %) žen. Pro více sdružujících se problémů dohromady mělo potřebu vyhledat péči porodní asistentky 16 (3,2 %) žen. U dalších 17 (3,4 %) žen to byly problémy psychické spojené s kojením, se zánětem v prsu, s bolestí hlavy po spinální anestetizaci, s péčí o miminko.

Zejména porodní asistentky mají klíčovou roli při pozitivním ovlivňování porodních zkušeností žen. K tomu patří respekt k jedinečnosti každé ženy, porozumění jejich očekávání vůči porodu, péče o psychický stav žen před porodem, umožnění nerušeného kontaktu s novorozencem ihned po porodu, respekt k právu volby a nepřetržitá péče poskytovaná porodními asistentkami. (Ratislavová, Lorenzová, Janoušková, Martin, 2023)



To dokládá studie z roku 2021 zabývající se důležitostí porodní asistentky v péči o ženu v šestinedělí. Výsledky ukázaly, že péče porodní asistentky vede k prevenci zdravotních komplikací u žen v šestinedělí. Ženy, které navštěvovala porodní asistentka, vykazovaly méně problémů s kojením nebo s péčí o novorozence. (Janoušková, 2021)

Myslím si, že kvalita a péče porodní asistentky je velice diskutabilní. Individuální zkušenost každé ženy je ovlivněna mnoha faktory. Mezi tyto faktory může patřit názor blízkých osob, internet, sociální sítě. Dle mého názoru, by ženy měly být více informovány o péči o jizvu, o kojení, o psychice, o výkonech spojených s císařským řezem. Přála bych si, aby více porodních asistentek pracovalo v komunitní péči a do svých předporodních kurzů zahrnulo téma císařského řezu. Porodní asistentka by měla udělat maximum pro pozitivní zážitek ženy z porodu.

## **LIMITY VÝZKUMU**

Online výzkum je limitem této práce. Sběr dat online probíhal v podpůrné skupině Císařovnáám. Tyto podpůrné skupiny častěji vyhledávají ženy s negativním porodním zážitkem. V těchto skupinách hledají pochopení, pocit důvěry, bezpečný prostor pro vyjádření svých negativních zkušeností.

Po porodu péči o ženu může zajišťovat porodní asistentka, ale i dětská nebo všeobecná sestra. Výzkum se zaměřuje pouze na péči porodní asistentky, proto může být výzkum limitovaný ve špatném identifikování personálu.

## **DOPORUČENÍ PRO PRAXI**

Mé doporučení pro praxi vyplývá z výsledku dotazníkového šetření, kterého se účastnilo 500 respondentek se zkušeností s porodem císařským řezem. Porodní asistentky jsou pro ženy průvodci prekoncepčním obdobím, celým těhotenstvím, obdobím po porodu. Práce porodní asistentky nespočívá pouze v plnění ordinací lékaře, ale péče o ženu jako o holistickou bytost. Edukace a informovanost žen v práci porodní asistentky by měla patřit do základních aspektů péče.

V prenatálním období porodní asistentka působící v komunitní péči může zahrnout téma císařského řezu do předporodních kurzů. Při sestavování porodních přání porodní asistentka doporučí flexibilním přístup a otevřenost v případě náhlé změny průběhu porodu. Při návštěvách prenatální poradny by měly mít pro ženy k dispozici

letáčky/brožurky s tématem císařského řezu. Porodní asistentka může edukovat ženu v prenatální poradně o tomto tématu.

Z výzkumu vyplynulo, že při hospitalizaci před císařským řezem ženy potřebují pocit jistoty, ujištění. Rozhovor s porodní asistentkou o svých pocitech, obavách je pro ženy v náročné životní situaci důležitý. Ženy ocení pocit kontroly nad situací. Tu porodní asistentka zajistí zapojením ženy do účasti v procesu. Při zavádění žilního vstupu, permanentního močového katetru, při podávání léků porodní asistentka informuje ženu před výkonem a znovu během výkonu. Vzbuzuje tím v ženě pocit klidu. Nevědomost z prováděných kroků dostává ženy do nepříjemných situací. Součástí těchto úkonů je psychická podpora ze strany porodní asistentky. Pokud to daná nemocnice umožňuje, seznámí porodní asistentka ženu s možností bondingu, nabídne přítomnost partnera nebo blízké osoby u porodu přímo na operačním sále. V případě zájmu a dostupnosti zajistí dle přání ženy nadstandartní pokoj pro maximální pohodlí ženy.

Po porodu porodní asistentka edukuje ženu o následujících úkonech spojených s poporodní péčí na oddělení šestinedělí. Edukuje ženu při prvním přiložení o kojení, o vhodné poloze pro kojení po císařském řezu. Vysvětluje nástup laktace po císařském řezu. Umožní co nejkomfortnější kontakt s dítětem. Ujistí a podpoří ženu v jejích rozhodnutích.

V prvních hodinách po porodu ženě ukáže první péči o jizvu. Naučí ženu do jizvy dýchat, dotýkat se. Porodní asistentka si vyhradí čas na rozhovor se ženou o jejích pocitech a obavách. Vysvětlí možný poporodní nával emocí, hormonální změny. Edukuje ženu o chodu oddělení, personálu, možnosti návštěvy laktační poradkyně, psychologičky. Vzbudí v ženě pocit důvěry, možnost se kdykoliv na porodní asistentku obrátit. Při propuštění do domácí péče edukuje o možnosti kontaktovat porodní asistentku v případě problémů, předá kontakt na organizace zabývající se pomocí při psychických problémech. Nabídne ženě rozhovor, reflexi porodního zážitku.

Pokud by se podařilo zlepšit péči porodních asistentek o ženy při porodu císařským řezem, ženy by odcházely spokojenější s porodním zážitkem. Dalo by se tak předejít možným poporodním psychickým problémům, které se ve výzkumu po porodu císařským řezem často objevovaly. Stejně jako kvalitní péče o ženy je důležitá motivace porodních asistentek ke kvalitnímu výkonu – dostatečné ocenění personální, zaměstnancem i klientkou.

## ZÁVĚR

V této bakalářské práci jsem se zabývala informovaností a spokojeností žen s péčí porodní asistentky. V teoretické části je zmíněna historie, provedení a indikace císařského řezu, porodnická analgezie, možné komplikace při císařském řezu, rizika pro matku i dítě spojená s císařským řezem. Rozebráno je i téma bonding po císařském řezu. Novinkou ve světě porodnictví, hlavně u nás v České republice, je laskavý císařský řez. Nedílnou součástí teoretické části je i kapitola o kojení, které je po císařském řezu často v začátcích náročnější. Část práce je věnována péči porodní asistentky v předporodní i poporodní péči, rehabilitaci ženy po císařském řezu a péči o jizvu. V poslední kapitole je zmíněno psychické prožívání ženy při porodu císařským řezem.

Cílem práce bylo pomocí kvantitativního výzkumu zmapovat informovanost žen o porodu císařským řezem před, během porodu a po něm a jaké podpůrné intervence jsou jim poskytnuty zdravotníky. Cíle bylo dosaženo pomocí dotazníkového šetření. Kvantitativní výzkum obsahoval celkem 27 otázek. 23 otázek bylo uzavřených a 4 otevřené. Dotazník byl vyvěšen na Instagramu podpůrné neziskové organizace Císařovná. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 500 respondentek.

Stanovila jsem si pět dílčích cílů. Prvním dílčím cílem bylo zmapovat informovanost žen o porodu císařským řezem. Na základě získaných dat se prokázalo, že převažuje neinformovanost žen porodní asistentkou nad informovaností. Nejfrekventovanější indikací u dotazovaných žen k provedení císařského řezu byl nepostupující porod. Většina respondentek byla o důvodech k provedení císařského řezu informována. Nejčastěji rodičky hledaly informace na sociálních sítích. To může souviset se stoupajícím počtem profilů na sociálních sítích s tematikou zaměřenou na těhotenství, porod a mateřství. Tyto poznatky souhlasí se zahraniční studií, která je zmíněná v diskuzi. Tato studie uvádí pozitivní vliv sociálních sítí na těhotenství.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit, zda byly ženě vysvětleny všechny úkony před operací císařským řezem. Velká část vzorku žen uvedla, že informovanost ze strany porodní asistentky byla nedostačující. Následujícím dílčím cílem bylo vyobrazit, jak probíhal bonding po operaci císařským řezem. V praktické části je uvedeno, zda ženy zažily bonding přímo na operačním sále. Za zmínku stojí možnost bondingu s otcem v případech, kdy bonding s matkou není možný.

Čtvrtým dílčím cílem bylo ověřit, v jakém rozsahu byly ženy po porodu informovány o nástupu laktace, péči o jizvu, psychice. Dotazované ženy, které byly hospitalizované na oddělení šestinedělí po porodu, nedostaly adekvátní péči porodní asistentky, ve zdravotnický tým však cítily důvěru. Neinformovanost žen pak může vést k poporodním obtížím. Mezi tyto obtíže patří problém s kojením, jizvou po císařském řezu, psychické obtíže. Jak ženy ve výzkumu uvádí, u značného procenta se po propuštění domů problémy objevily a měly potřebu vyhledat pomoc porodní asistentky. Přímá souvislost informovanosti s potřebou vyhledat porodní asistentku v šestinedělí v této práci nebyla ověřena.

Posledním dílčím cílem bylo zmapovat péči porodní asistentky v péči o ženu po císařském řezu z pohledu ženy. Ženy zde uvedly nedostatky v péči. Nejčastěji se objevovala absence empatie, čas a prostor na komunikaci, útěcha a porozumění, vysvětlení všeho potřebného, informace v péči o jizvu, poporodní fyzioterapie.

Díky dotazníkovému šetření jsem zjistila, že péče porodních asistentek o ženu při porodu císařským řezem je hodnocena často negativně z pohledu žen. Dotazované ženy nedostaly dostatečnou péči porodní asistentky. Rodičkám chyběla empatie a porozumění, informovanost při výkonech spojených s císařským řezem, psychická podpora, edukace v péči o jizvu, o kojení a o psychice. Tato práce by mohla sloužit jako podklad pro porodní asistentky ke zlepšení péče o ženy při porodu císařským řezem. Cíl práce byl splněn.

## SEZNAM LITERATURY

1. **PAŘÍZEK, Antonín.** *Analgezie a anestezie v porodnictví.* 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Galén, c2012. ISBN 978-80-7262-893-3.
2. **CHAPMAN, Vicky a CHARLES, Cathy.** *Labour and birth handbook.* 4., přepracované vydání. USA: John Wiley & Sons, 2018. ISBN 9781119235095.
3. **Eric Jauniaux, William Grobman.** *Textbook of Caesarean Section.* vyd. Velká Británie: OUP Oxford, 2016. ISBN 978-01-9107-631-2
4. **ROZTOČIL, Aleš.** *Porodnictví v kostce.* Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2098-7.
5. **ŠÁLKOVÁ, Jana.** *Intenzivní péče v porodní asistenci.* Praha: Grada Publishing, 2021. ISBN 978-80-271-0844-2.
6. **ČECH, Evžen; HÁJEK, Zdeněk; MARŠÁL, Karel a SRP, Bedřich.** *Porodnictví.* 3., přepracované a doplněné vydání. Praha: GRADA, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.
7. **BINDNER, Tomáš.** *Porodnictví.* Praha: Nakladatelství Karolinum, 2014. ISBN 978-80-246-1907-1.
8. **PROCHÁZKA, Martin.** *Porodní asistence.* Jessenius. Praha: Maxdorf, [2020]. ISBN 978-8073456184.
9. **ODENT, Michel.** *Císařský řez: co je dobré vědět o císařském řezu a jak souvisí se schopností milovat.* Přeložil Klára MEISSNEROVÁ. Praha: Maitrea, 2016. ISBN 978-80-7500-227-3.
10. **BUCKLEYOVÁ, Sarah.** *Jemný porod, jemné mateřství.* Praha: MAITREA, 2016. ISBN 9788075001641.
11. **ODENT, Michael.** *Potřebujeme porodní asistentky?* Praha: MAITREA, 2017. ISBN 9788075003003.
12. **POLOKOVÁ, Andrea.** *Praktický návod na kojení.* Druhé vydání, první ve Slovartu. Přeložil Andrea KRBEČKOVÁ. Praha: Mamila, [2020]. ISBN 9788027601790.
13. **DUŠKOVÁ, Bohdana.** *Edukace v porodní asistenci.* 2019. GRADA, 2019. ISBN 9788027127559.
14. **MAZÚCHOVÁ, Lucia; MASKÁLOVÁ, Erika a DIVOKOVÁ, Dominika.** *Úspěšné kojení: sebeúčinnost matek.* Přeložil Ludmila MÍČOVÁ. Praha: Grada Publishing, 2022. ISBN 978-80-271-3390-1.

15. **ČECH, Evžen; HÁJEK, Zdeněk; MARŠÁL, Karel a SRP, Bedřich.** *Porodnictví*. 3., přepracované a doplněné vydání. Praha: GRADA, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.
16. **KOUDELKOVÁ, Vlasta.** *Ošetrovatelská péče o ženy v šestinedělí*. TRITON, 2013. ISBN 9788073876241.
17. **SEDLÁŘOVÁ, Petra.** *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1613-8.
18. **DOSBABA, Filip; KŘÍŽOVÁ, Dagmar a HARTMAN, Martin.** *Rehabilitační ošetřování v klinické praxi*. Praha: Grada Publishing, 2021. ISBN 978-80-271-1050-6
19. **LYON, Shari.** What is a maternal assisted caesarean? Online. S. 1. Dostupné z: <https://www.belly2birth.com.au/>. [cit. 2024-03-17].
20. **ÚZIS.** *Vybrané ukazatele zdravotní péče v porodnicích ČR*. Online. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. 2021. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=vystupy--tematicke-rady&id=771>. [cit. 2023-10-07].
21. **CAPOGNA, Giorgio.** *Anesthesia for Cesarean Section*. Rome, Italy: Springer International Publishing, 2017. ISBN 9783319420530.
22. **LAJUNA, Lia a RAMLI, Nurlaili.** The Challenges of Early Initiation of Breastfeeding in Post Sectio Caesarea Patients. Online. S. 8. Dostupné z: <https://doi.org/10.35335/midwifery.v10i4.722>. [cit. 2023-11-04].
23. **DÖBLIN, S.; SEEFELD, L. a WEISE, V.** The impact of mode of delivery on parent-infant-bonding and the mediating role of birth experience: a comparison of mothers and fathers within the longitudinal cohort study DREAM. Online. Dostupné z: <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12884-023-05611-8>. [cit. 2023-11-28].
24. **WATSON, Stephanie.** Forming a Bond With Your Baby. Online. S. 1. Dostupné z: <https://www.webmd.com/parenting/baby/forming-a-bond-with-your-baby-why-it-isnt-always-immediate>. [cit. 2023-11-28].
25. **BEHINOVÁ, Markéta.** *Nová velká kniha o mateřství: od početí do věku 3 let*. 3. vyd. Maminka (Mladá fronta). Praha: Mladá fronta, 2012. ISBN 978-80-204-2816-5.
26. **ZUBEC, Eva.** *Předoperační příprava na sále*. Online. Dostupné z: <https://www.cisarovnam.cz/blog>. [cit. 2024-03-31].

27. **SORRENTINO, F.; GRECO, F.; PALIERI, T.; VASCIAVEO, L. a STABILE, G.** Caesarean Section on Maternal Request-Ethical and Juridic Issues: A Narrative Review. Online. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/medicina58091255>. [cit. 2024-03-17].
28. **BROTÁNKOVÁ, Lucie Marie.** Matky si mohou vyjmout dítě z těla samy. Netradiční forma porodu má ale i svá rizika. Online. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/medicina58091255>. [cit. 2024-03-17].
29. **HOXHA, Ilir; GREZDA, Krenare; UDUTHA, Anirudh a TAFANOVIQ, Besarta.** Systematic review and meta-analysis examining the effects of midwife care on cesarean birth. Online. S. 1. Dostupné z: [Systematic review and meta-analysis examining the effects of midwife care on cesarean birth - Hoxha - Birth - Wiley Online Library](#). [cit. 2024-03-25].
30. **HAIPOUR, Leila; BEHZADI, Zohreh a TAGHIZOGHI, Zahra.** The Effects of Prenatal Classes on the Quality of Life in Pregnant Women. Online. Dostupné z: [The Effects of Prenatal Classes on the Quality of Life in Pregnant Women - Journal of Holistic Nursing And Midwifery \(gums.ac.ir\)](#). [cit. 2024-03-31].
31. **HE, Rongrong; ZHU, Chengyan; EVANS, Richard a ZHANG, Wei.** Pregnancy-Related Information Seeking and Sharing in the Social Media Era Among Expectant Mothers: Qualitative Study. Online. Dostupné z: [Journal of Medical Internet Research - Pregnancy-Related Information Seeking and Sharing in the Social Media Era Among Expectant Mothers: Qualitative Study \(jmir.org\)](#). [cit. 2024-03-31].
32. **ŠEBELA, Antonín.** *Poporodní psychóza*. Online. Dostupné z: <https://perinatal.cz/pro-zeny/po-porodu/poporodni-psychoza>. [cit. 2024-03-31].
33. **JANOUSHKOVÁ, Kristina; LORENZOVÁ, Eva Henrych; RATISLAVOVÁ, Kateřina a MARTIN, Colin R.** Psychosocial factors affecting women's satisfaction with birth. Online. Dostupné z: <https://doi.org/10.32725/kont.2023.047>. [cit. 2024-03-31].
34. **JANOUSHKOVÁ, Kristina.** Importance of Midwifery Care in the Prevention of Postpartum Depression. Online. Dostupné z: [https://doi.org/10.22359/cswhi\\_12\\_4\\_12](https://doi.org/10.22359/cswhi_12_4_12). [cit. 2024-03-31].
35. **VEGA, Elena Soto; CASCO, S.; CHAMIZO, K.; FLORES-HERNÁNDEZ, D a LANDINI, V.** Rising trends of cesarean section worldwide: a systematic review. Online. Dostupné z: <https://doi.org/10.15406/ogij.2015.03.00073>. [cit. 2024-03-31].

36. **LOCHMANNOVÁ, Alena; DIRGA, Lukáš; LORENZOVÁ, Eva Henrych; JANOUŠKOVÁ, Kristina a KROCOVÁ, Jitka.** *Porod péče.* Pavel Mervart, 2023. ISBN 9788074656187.



# PŘÍLOHY

## Příloha 1 – Dotazník

Milé ženy,

jsem studentka 3. ročníku porodní asistence na Západočeské univerzitě v Plzni. Právě jste otevřely dotazník k mé bakalářské práci na téma „Péče porodní asistentky o ženu při porodu císařským řezem“. V této práci se snažím zjistit spokojenost a informovanost žen při porodu císařským řezem a výzkum by měl sloužit ke zkvalitnění péče porodní asistentky.

Dotazník je určený pro ženy, které po roce 2020 porodily císařským řezem. Vyplněním dotazníku souhlasíte s vaší účastí na výzkumu. Dotazník je zcela anonymní a získaná data budou použita výhradně v mé bakalářské práci. Děkuji!

**1) Kolik je Vám let?**

---

**2) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

- a) Základní škola
- b) Střední bez maturity
- c) Střední s maturitou
- d) Vysoká škola

**3) Jste v rodinném stavu:**

- a) Svobodná
- b) Vdaná
- c) Rozvedená
- d) Jiné:

**4) Císařský řez byl:**

- a) Akutní
- b) Plánovaný

**5) Císařský řez byl proveden:**

- a) V termínu porodu
- b) Před termínem porodu (před 37. týdnem těhotenství)
- c) Po termínu porodu (po 41. týdnu těhotenství)

**6) Podrobné informace o císařském řezu jste v předporodním období získala:**

- a) Na předporodním kurzu
- b) V prenatální poradně mě poučil gynekolog/porodní asistentka
- c) Letáček, brožura
- d) Sociální sítě (Instagram, facebook)
- e) Internet
- f) Nezískala jsem informace o císařském řezu
- g) Jiné:

**7) V době těhotenství jste preferovala porodit:**

- a) Vaginálně
- b) Císařským řezem
- c) Obě možnosti jsem brala jako řešení
- d) Věděla jsem, že císařský řez je jediná možnost

**8) Jaký byl důvod k provedení Vašeho císařského řezu?**

---

**9) Byla jste o důvodech k provedení císařskému řezu předem a dostatečně informována? (1 – ano zcela, 5 – vůbec ne)**

1 - 2 - 3 - 4 - 5

**10) Měla jste anestezii:**

- a) Celkovou (byla jsem uspána)
- b) Spinální nebo epidurální (do páteřního kanálu)

**11) Pokud jste měla anestezii celkovou, jaký byl důvod pro její provedení?**

---

**12) Byla jste při přípravě na císařský řez informována porodní asistentkou se všemi úkony a informována o následujícím postupu (aplikace permanentního močového katetru, bandáže, odběry krve, zavedení kanyly)?**

- a) Ano, porodní asistentka mě o všem informovala před i v průběhu intervencí
- b) Ne, nevěděla jsem, co mě čeká a musela jsem se sama zeptat, co mi dělají a co se bude dít
- c) Něco mi bylo vysvětleno a něco ne
- d) Jiné:

**13) Byl proveden bonding na operačním sále nebo hned, jak jste se probudila z narkózy?**

- a) Ano, dítě mi bylo položeno na hrud'
- b) Ano, částečně, dítě mi bylo přiloženo k hlavě
- c) Ne, dítě mi bylo jen ukázáno
- d) Ne, dítě jsem ani neviděla
- e) Dítě bylo v kontaktu kůže na kůži s mým partnerem

**14) Byl s vámi na operačním sále přítomen partner (blízká osoba)?**

- a) ano
- b) ne

**15) Byl vám umožněný nepřetržitý kontakt s dítětem po příjezdu na lůžkové oddělení?**

- a) Ano, dítě jsem měla hned u sebe
- b) Ano, ale byla jsem unavená, dítě jsem nechala u sestřiček
- c) Ne, dítě jsem několik hodin po operaci neviděla
- d) Jiné:

**16) Byla vám po operaci císařským řezem vysvětlena péče o jizvu? (1 – ano zcela, 5 – vůbec ne)**

1 - 2 - 3 - 4 - 5

**17) Byla jste po operaci císařským řezem poučena porodní asistentkou o laktaci? (1 – ano zcela, 5 – vůbec ne)**

1 - 2 - 3 - 4 - 5

**18) Byla vám doporučena poloha vhodná pro kojení po císařském řezu?**

- a) Ano, porodní asistentka mi vysvětlila, jaká poloha je nejlepší a pomohla přiložit miminko k prsu po císařském řezu
- b) Pomohla přiložit miminko, ale nic mi k tomu neřekla
- c) Nikdo se mi nevěnoval
- d) Jiné:

**19) Na oddělení šestinedělí se o Vás staral:**

- a) Tým novorozeneckých sestřiček (o miminko) a porodních asistentek (o mě)
- b) Péče o mě i o dítě měl na starosti jeden tým
- c) Nedokázala jsem rozeznat, kdo je porodní asistentka a novorozenecká sestřička

**20) Měla jste důvěru ve zdravotnický personál? (1 – ano zcela, 5 – vůbec ne)**

1 - 2 - 3 - 4 - 5

**21) Měla jste pocit kontroly nad situací? (1 – ano zcela, 5 – vůbec ne)**

1 - 2 - 3 - 4 - 5

**22) Přišla si s Vámi porodní asistentka po porodu císařským řezem popovídat o vašich pocitech, psychice, vnímání celého zážitku?**

- a) Ano, porodní asistentka se mi věnovala
- b) Ano, ale jenom povrchově
- c) Ne, nikdo se mi nevěnoval

**23) Během svého pobytu na oddělení šestinedělí Vás porodní asistentka informovala o případné změně nálad po porodu a případně doporučila organizace, na které je možné se obrátit.**

- a) Ano, seznámil mě s touto problematikou
- b) Ne, porodní asistentka o tomto tématu semnou nemluvila
- c) Sama jsem se zeptala na změnu nálad a psychiku
- d) Měla jsem potřebu se zeptat, ale neudělala jsem to

**24) Měla jste během šestinedělí potřebu kontaktovat porodní asistentku z důvodu řešení nějakého problému?**

- a) Ano, kontaktovala
- b) Ano, ale s žádnou jsem se nespojila
- c) Ano, ale v mém okolí jsem žádnou nenašla
- d) Ne, neměla jsem potřebu

*Tuto otázku vyplňte, pokud jste v předchozí možnosti odpověděla ano*

**25) O jaký problém se jednalo?**

---

**26) Co Vám chybělo v péči porodní asistentky? Co se vám nelíbilo a co byste ocenila, kdyby porodní asistentka udělala?**

---

**27) Jaký porod byste preferovala v dalším těhotenství?**

- a) Vaginální porod
- b) Císařským řezem
- c) Nevím