

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

ÚSTAV PORODNÍ ASISTENCE

Bc. Tereza Hluchníková

**Prožívání žen při porodu císařským řezem a při spontánním
porodu**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Šárka Vévodová, Ph.D.

Olomouc 2019

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma prožívání žen při porodu císařským řezem a při spontánním porodu vypracovala samostatně pod vedením Mgr. Šárky Vévodové, Ph.D. s použitím uvedených bibliografických a elektronických zdrojů.

V Olomouci dne 10. 5. 2019

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala paní Mgr. Šárce Vévodové, Ph.D. za odborné vedení, cenné připomínky a rady při zpracování diplomové práce. Poděkování patří také mé rodině a příteli za všestrannou podporu během celého studia.

Děkuji také všem respondentkám za jejich spolupráci a ochotu při rozhovoru.

ANOTACE

Typ závěrečné práce: Diplomová práce

Téma práce: Prožívání žen při porodu císařským řezem a při spontánním porodu

Název práce: Prožívání žen při porodu císařským řezem a při spontánním porodu

Název práce v AJ: Women's experience during delivery by Cesarean section and spontaneous delivery

Datum zadání: 2018-01-29

Datum odevzdání: 2019-05-10

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotnických věd
Ústav porodní asistence

Autor práce: Bc. Hluchníková Tereza

Vedoucí práce: Mgr. Šárka Vévodová, Ph.D.

Oponent práce: Mgr. Radka Kozáková

Abstrakt v ČJ

Diplomová práce se zabývá problematikou subjektivního prožívání žen po porodu císařským řezem a po spontánním porodu. Jedná se o kvalitativní výzkum. V teoretické části jsou předloženy poznatky z oblasti psychologie rodiček po spontánním porodu a prodělaném císařském řezu. Výzkumná část se zaměřuje na popis a analýzu subjektivních prožitků u těchto rodiček a jejich srovnáním. Na základě získaných poznatků jsou formulovány návrhy doporučení ke zkvalitnění práce porodních asistentek.

Abstrakt v AJ

My diploma thesis is specialized to the issue of subjective women's experience after the C-section and the spontaneous birth. It is a qualitative research. In the theoretical part I submit the knowledge from the psychological field which are related to mothers after the spontaneous birth and C-section. The research part is focused on description, analyses and comparing of mother's subjective experience. On the basis of the gained findings I am making suggestion and recommendation which are helping to improve the quality of midwives work.

Klíčová slova v ČJ: prožívání porodu, psychika ženy po spontánním porodu, císařský řez, prožívání císařského řezu, psychika ženy po císařském řezu

Klíčová slova v AJ: experiencing delivery, the psyche of a women after a spontaneous delivery, Cesarean section, experiencing the cesarean section, psyche of woman after cesarean section

Rozsah: 92 stran / 3 přílohy

OBSAH

ÚVOD	8
1 Císařský řez.....	13
1.1 Prevalence	13
1.2 Dělení císařských řezů	15
1.2.1 Anestezie při císařském řezu	16
1.3 Výhody císařského řezu	18
1.4 Nevýhody císařského řezu	19
1.5 Indikace a podmínky císařského řezu	21
1.6 Šestinedělí a kojení po císařském řezu	24
1.7 Komplikace po císařském řezu.....	25
1.8 Prožívání císařského řezu.....	27
2 Spontánní porod.....	29
2.1 Výhody a rizika spontánního porodu.....	31
2.2 Vazba matka-dítě	32
2.2.1 Bonding.....	33
2.3 Psychologie porodu a šestinedělí.....	35
2.3.1 Strach z porodu.....	36
2.3.2 Úzkost z porodu.....	37
2.3.3 Tokofobie	38
2.3.4 Úzkost v šestinedělí	39
2.3.5 Poporodní blues	39
2.3.6 Poporodní deprese	40
2.3.7 Poporodní posttraumatická stresová porucha.....	41
2.4 Spontánní porod po císařském řezu	43
2.4.1 Kontraindikace a specifika VBAC	44
2.4.2 Výhody porodu po předchozím císařském řezu	45
2.4.3 Rizika porodu po předchozím císařském řezu	46
2.4.4 Vedení	47
3 Formulace problému	49
3.1 Cíle výzkumu.....	49
3.2 Metodika	50
3.3 Sběr dat.....	50
3.4 Charakteristika souboru	51
3.5 Zpracování dat	51
3.6 Výsledky	52
Strach, úzkost.....	53

Informovanost	54
Šestinedělí	58
Bonding	67
Zvládání role matky	70
Co je lepší?	73
DISKUSE	77
ZÁVĚR	80
ZDROJE	82
SEZNAM ZKRATEK	91
SEZNAM PŘÍLOH	92

ÚVOD

Císařský řez je tématem, které je v dnešní době velmi aktuální, protože počet porodů vedených plánovaným nebo ukončených akutním císařským řezem stále stoupá a ve vyspělých zemích již překračuje hranici 20 % (Hruban a kol., 2012, s. 127). Proto stále stoupá procento žen, které mají císařský řez v anamnéze, a je nutno s touto skutečností pracovat v případě vedení následujícího porodu. Prohlášení Edwina Craiga: „Jednou císařský řez, vždy císařský řez“ z roku 1916, díky němuž byl císařský řez v anamnéze jasnou indikací k provedení císařského řezu při dalším těhotenství, už dnes neplatí (Boháčová, 2016, s. 58). Přesto se o způsobu a vedení porodu po předchozím císařském řezu vedou mezi odborníky polemiky. Laická veřejnost je zahlcena nejrůznějšími, často mylnými a protichůdnými informacemi, ve kterých se nedokáže správně orientovat. Svoji roli zde hrají také sociální sítě a nejrůznější fóra. Vzniká tak skupina žen, které v další graviditě volí ukončení těhotenství právě touto operací vzhledem k mnoha rizikovým faktorům, které vaginální porod po předchozím císařském řezu přináší (Dostálek a kol., 2015, s. 51).

Porod je přirozený děj, který má významný vliv nejen na psychickou, ale i fyzickou pohodu matky a dítěte. Způsob a vedení porodu je zásadním rozhodnutím v nadcházejícím období života ženy. Jestliže nastane situace a rodičce je proveden císařský řez, je v mnoha případech vnímán jako osobní selhání a představuje pro ženu fyzicky nepříjemný, až bolestný zážitek, který se často odráží na psychice ženy. U některých žen je daná situace doprovázena pocity hněvu či agrese vůči zdravotnickému personálu, který je v očích ženy za průběh porodu zodpovědný (Čepický, Čepická Líbalová, 2008, s. 81). Ženy, které rodí operativně, mají více psychosomatických příznaků, více se zaměřují na sebe a jsou méně schopné pečovat o dítě. Nevýhodou císařského řezu je také dvojnásobně delší hospitalizace než po spontánním porodu a minimální kontakt mezi matkou a novorozencem v prvních dnech po porodu. Přijde-li druhá šance a ženě je umožněno родit vaginální cestou, přispívá toto rozhodnutí k vnitřnímu uspokojení, k naplnění svých životních potřeb a mnoho žen si tak následně vyléčí své negativní pocity a traumata spojená s předchozím porodem. I po spontánním porodu jsou ženy unavené a mnohdy fyzicky vyčerpané, ale tělesný kontakt s dítětem dává rodičkám pocit uspokojení a nabíjí je energií, se kterou lépe zvládnou navázat s dítětem citový vztah a prakticky ihned jsou schopny o dítě pečovat.

Úspěšné dokončení vaginálně vedeného porodu je ovlivněno řadou faktorů, jejichž zhodnocení může hrát při rozhodování o způsobu vedení porodu důležitou roli. A proto je nutno

podat těhotné ženě náležité, dostatečné a vyčerpávající informace, na jejichž základě se žena rozhodne pro způsob porodu (Hruban a kol., 2012, s. 128).

Bezproblémová situace nastává u žen, jejichž těhotenství je fyziologické a plod je uložen v poloze podélné hlavičkou. Jak se žena dokáže vyrovnat s danou zátěží a možnými komplikacemi v podobě porodu po předchozím císařském řezu, záleží na její osobnosti a odolnosti vůči zátěžovým situacím. Jestliže žena přijme možná rizika, která mohou nastat u takto vedeného porodu, může to být pro ni zdroj uspokojení, hrdosti a sebedůvěry (Ratislavová, 2008, s. 58).

Autorka této práce se na svém pracovišti stále častěji setkává s ženami, jejichž první porod byl ukončen akutním či plánovaným císařským řezem a svůj druhý porod se rozhodly родit přirozenou cestou. Proto ji zajímalo, jaké jsou subjektivní prožitky při srovnání obou způsobů porodu u těchto žen, a případně, který způsob porodu tyto ženy preferují. Diplomová práce se zabývá ženami, jejichž anamnéza je zatížená císařským řezem a následně porodily spontánně a jsou na konci svého šestinedělí. Práce je zaměřena na popis subjektivních prožitků a pocitů těchto žen a případnou identifikaci jejich potřeb. Správné pochopení těchto potřeb by mohlo pomoci nejen lékařům, ale i porodním asistentkám ve zkvalitnění ošetrovatelské péče, a to nejen v ústavní, ale hlavně komunitní péči.

Vstupní literatura:

ROZTOČIL, Aleš. Moderní porodnictví. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-247- 5753-7.

ZACHAROVÁ, Eva a kol. Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení. Praha: Grada, 2007. Sestra. ISBN 978-80-247- 2068-5.

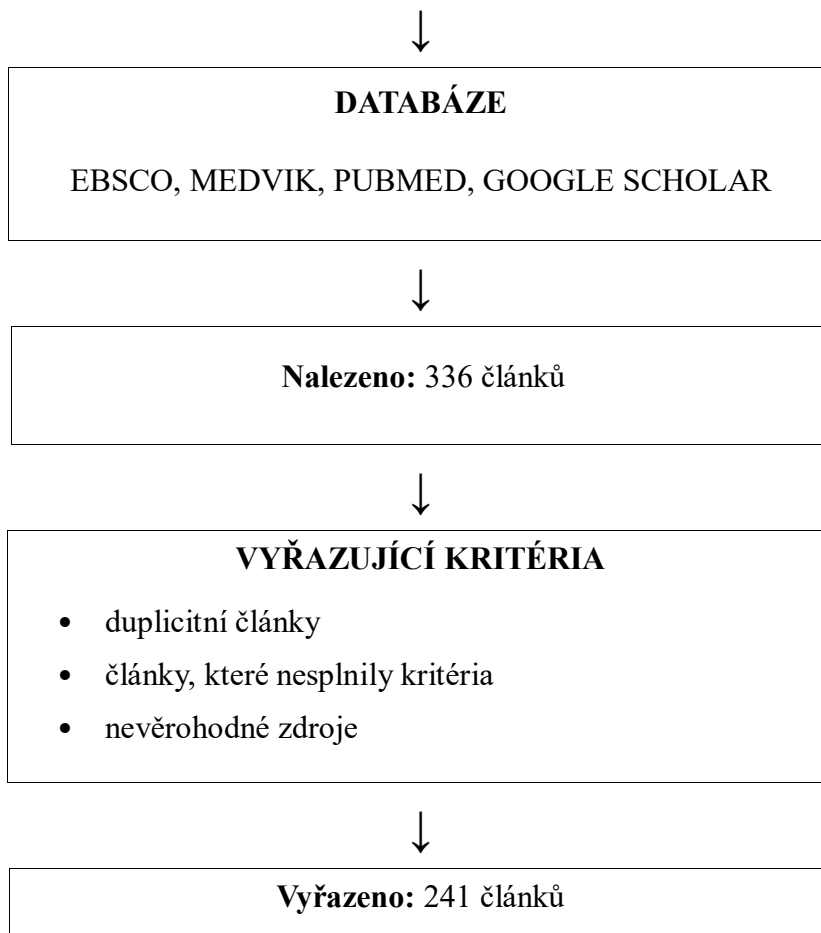
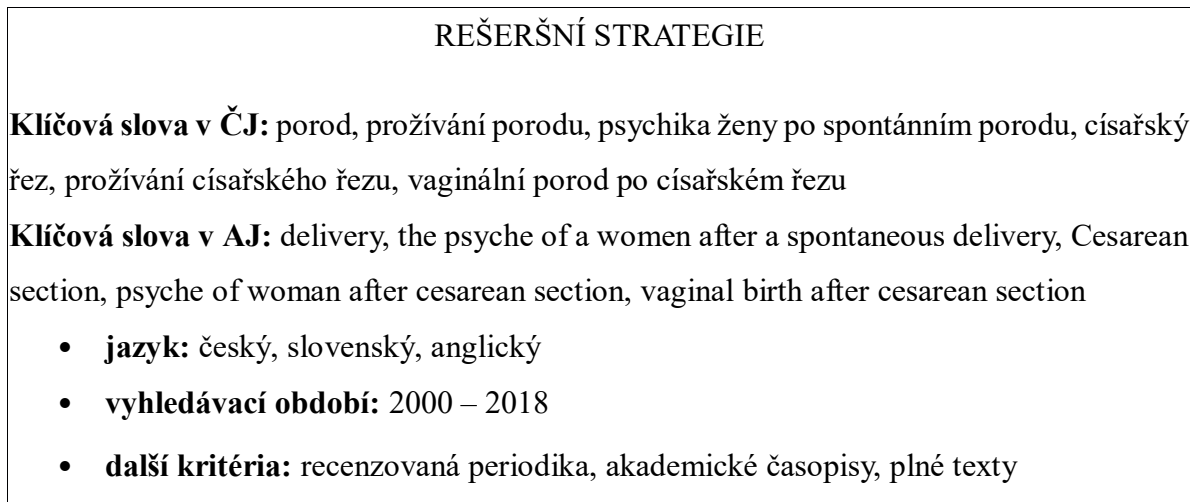
TAKÁCS, Lea a kol. Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5127-6.

HÁJEK, Zdeněk. Rizikové a patologické těhotenství. Vydání 1. české. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0418-8.

HÁJEK, Zdeněk. Indikace k císařskému řezu. Moderní gynekologie a porodnictví, 2008, roč. 17, č. 1, s. 19-22. ISSN: 1211-1058. ROZTOČIL, Aleš. Spontánní porod po císařském řezu. Moderní gynekologie a porodnictví, 2006, roč. 15, č. 4, s. 547-552. ISSN: 1211-1058.

FARIDOVÁ, Adéla, FAIT, Tomáš. Spontánní porod po císařském řezu význam ultrazvukového měření dolního děložního segmentu. Praktická gynekologie, 2015, roč. 19, č. 2, s. 136-139. ISSN: 1211-6645.

Vyhledávací strategie



SUMARIZACE DOHLEDANÝCH PERIODIK A DOKUMENTŮ

Aktuální Gynekologie a Porodnictví – 1 článek
Anesteziologie a intenzivní medicína – 3 články
Birth – 2 články
Česká gynekologie – 9 články
Česko – slovenská pediatrie – 2 články
Česko-slovenská psychiatrie – 2 články
Časopis lékařů českých – 2 články
Gynekologie po promoci – 2 články
Lékařská psychologie – 1 článek
Moderní babictví – 6 článků
Moderní gynekologie a porodnictví – 11 článků
Neonatologické listy – 2 články
Pediatrie pro praxi – 4 články
Postgraduální-medicína – 4 články
Praktická gynekologie – 6 článků
Psychiatrie – 6 článků
Psychosom – 4 články
Psychologie a její kontexty – 1 článek
Sestra – 4 články
The American journal of clinical nutrition – 2 články
Zdravotní noviny – 1 článek

A další (European archives of psychiatry and clinical neuroscience, Span PSYCHOL, European journal of epidemiology, Postgrad Med, Clin Nutr, Deutsches Arzteblatt international, Pregnancy and childbirth, The Cochrane database of systematic reviews, Depress Res Treat, American journal of perinatology, The Journal of perinatal education, Medical science monitor, Psychosom Obstetrics Gynecology ...)

Pro tvorbu teoretických východisek bylo použito 95 dohledaných článků.

EBSCO: 17

MEDVIK: 25

PUBMED: 27

GOOGLE SCHOLAR: 26

1 Císařský řez

Císařský řez se řadí mezi porodnické operace, při nichž dochází k vybavení plodu z dělohy přes otevřenou břišní stěnu (Roztočil, 2015, s. 40).

Každoročně se na světě narodí přibližně 131 milionů dětí a nejméně 20 milionů z nich je porozeno pomocí císařského řezu. Tato realita řadí císařský řez v pomyslném žebříčku na první místo v počtu prováděných operací (Křepelka, 2008, s. 84). Je tedy logické, že císařský řez je v současnosti nejčastěji indikovanou operací na světě, jak se shoduje mnoho autorů, například Roztočil, Křepelka a Lomíčková. Stoupající tendence takto vedených porodů s sebou přináší mnoho odborných polemik a kontroverzí nejen pro skupinu odborníků, ale rovněž pro širokou veřejnost (Roztočil, 2015, s. 40; Křepelka, 2008, s. 304; Lomíčková, 2009, s. 49).

Jedním z faktorů k nárůstu počtu císařských řezů patří zvyšující se věk rodiček, který s sebou nese i vyšší výskyt závažných onemocnění. Dalším faktorem jsou stále se rozšiřující indikace k této operaci, které mohou porod vedený vaginální cestou výrazně ztížit a přivodit tak některé další komplikace (Gregora, 2013, s. 405). Tato situace, kdy počty císařských řezů stále stoupají, nutí mnoho odborníků z řad gynekologů, porodníků či pediatriů se zamyslet nad možnostmi, jak tento trend zastavit či jej snížit (Křepelka, 2010, s. 8).

Císařský řez dle historických pramenů patří mezi nejstarší porodnické operace. Pojmenování této operace lze odvodit z díla *Historia naturalis* od Plinia (Pařízek a kol., 2018, s. 252). Latinský název této operace *sectio caesarea* je používán v lékařské terminologii od 17. století. Caesar (císař) pochází ze slova řezat (*caedere*), protože císař byl z matčina těla vyříznut. Avšak doslovný překlad této operace není císařský řez, ale řez řezem. Ovšem pojmenování císařský řez je zakořeněné dodnes (Gregora, 2013, s. 405).

1.1 Prevalence

Jaká je incidence císařských řezů v České republice, nelze obecně uvést, protože jednotlivé ukazatele se mění podle typu zdravotnického zařízení. V současnosti tvoří císařský řez zhruba 21 % všech porodů s menšími či většími rozdíly, kde záleží nejen na velikosti porodnice, ale především na erudici personálu (Gavendová, Bydžovská, 2018, s. 285). Procento císařských řezů je vyšší ve velkých Perinatologických centrech, kde se vyskytuje velká skupina nejen rizikových, ale také patologických gravidit. Perinatologická centra jsou tvořena

multidisciplinárním týmem, kde dochází k úzké spolupráci oborů gynekologie-porodnictví a neonatologie. Zcela pochopitelné je, že incidence ukončení porodu pomocí císařského řezu je v centrech mnohem vyšší oproti běžnému zdravotnickému zařízení. Pozoruhodné jsou velké existující rozdíly mezi samotnými perinatologickými centry (Mardešicová, Velebil, 2010, s. 171).

Narůstající výskyt císařských řezů byl zjištěn nejen ve světě, ale také v Evropě. Celosvětový vzestup primárních císařských řezů lze sledovat zejména na přelomu 80. a 90. let minulého století, kdy například ve Spojených státech amerických vzrostl celkový počet císařských řezů z 20,7 % v roce 1991, na 31,1 % v roce 2006. Což během 15 let představuje nárůst o více než 40 %. Z tohoto množství připadá 83,6 % na akutní operace. V Austrálii v roce 2007 porodilo téměř 30 % žen císařským řezem v porovnání s 21 % v roce 1998 (Výmolová, 2013, s. 123). V Asii incidence této operace prudce stoupá na 19,5 % a v severní Africe procento výskytu císařských řezů dosahuje až k 27,8 %. V Německu se procento porodů vykonané pomocí císařského řezu více než zdvojnásobilo, v roce 1991 činilo 15,3 % a v roce 2012 bylo porodů ukončených císařským řezem celkem 31,7 %. Za pozoruhodné stojí také zmínit Švédsko, kde procento císařského řezu za posledních 10 let kleslo z 12,9 % na 10,6 % (Adams, 2010, s. 24; Mylonas a kol., 2015, s. 29).

Podle Hájka a kol. v roce 2011 prudce vzrostl počet císařských řezů ve zdravotnických zařízeních na 24,35 % a v perinatologických centrech hodnota činila 35 % (Hájek a kol., 2014, s. 500). Podle nejnovějších dostupných dat z roku 2015 činí v České republice podíl císařských řezů 26 %. Dle evidence NRC (Národní referenční centrum) za období 2009 – 2013 stoupla míra incidence císařských řezů v České Republice o 4 procentní body (ÚZIS, 2017). Tento fakt nám připomíná Pavlíková ve své publikaci, kde prezentuje celkový vývoj míry císařských řezů podle jednotlivých krajů. Např. v období 2009 – 2013 byl největší nárůst počtu císařských řezů v Olomouckém kraji, kdy hodnota v roce 2013 překročila 30 % (hodnota je počítána nejen pro perinatologické centrum, ale pro celý kraj). Což je jen o 1,2 % méně, než představuje procentní podíl hlavní město Praha s 31,8 %. Nejnižší míra císařských řezů byla zaznamenána v Jihomoravském kraji s 19,8 % (Pavlíková, 2015, s. 16).

Císařský řez je velký chirurgický zákrok, který může vést k mnoha komplikacím jak u matky, tak u dítěte. Studie WHO, která probíhala v letech 2004 až 2008 ve 24 zemích světa poukazuje na možné nepříznivé důsledky této operace, jak pro matku, tak pro plod a následně novorozence. Z tohoto důvodu nelze císařský řez považovat za rovnocennou alternativu, jako spontánní porodu vaginální cestou a k jeho provedení by mělo být přistupováno s uvážlivostí a obezřetností (Mylonas a kol., 2015, s. 30).

Na základě zmíněných poznatků lze vyvodit, že při narůstající frekvenci císařských řezů roste také počet žen s císařským řezem v anamnéze. Většina těchto žen volí v další graviditě ukončení těhotenství právě tuto operaci vzhledem k mnoha rizikovým faktorům vaginálního porodu po předchozím císařském řezu. Frekvence císařských řezů je také ovlivněná zvyšujícím se věkem rodiček, jejichž anamnéza je zatížena rizikovými faktory v podobě přidružených nemocí, kterými mohou rodičky trpět. Statisticky lze vyhodnotit častější operační ukončení porodu u žen vyšších věkových kategorií (Roztočil, Peschout, 2018, s. 252). Adams narůstající tendenci císařských řezů odůvodnil tím, že císařský řez je považován za zdánlivě příliš jednoduchý výkon, na jehož vině může být, jak neochota lékařů pracovat v noci, tak ztráta dovedností vést obtížné vaginální porody, či chybně diagnostikovaná primární indikace (Adams, 2010, s. 24).

1.2 Dělení císařských řezů

V porodnictví existuje několik klasifikací, jak dělit císařské řezy. Například Dosedla a kol. klasifikují císařské řezy podle urgentnosti na Emergentní císařský řez, který je velmi naléhavý (neodkladný). Tato operace je vykonávána v situaci, která je velmi naléhavá, extrémní, kdy je na životě ohrožena matka nebo plod. Tento císařský řez musí být proveden okamžitě, bez jakékoliv časové prodlevy. Řadíme sem například abrupci placenty, prolaps pupečníku, placenta praevia s masivním krvácením, či bradykardie plodu. Dále je císařský řez Urgentní, který je nevyhnutelný. Císařský řez není indikován v náhle život ohrožující situaci, ale existuje vysoké riziko fetálního či maternálního poškození. Tím je například abnormální srdeční frekvence plodu, která nevznikla akutně, distres plodu, nebo stav po dvou císařských řezech s děložní činností. Poté je plánovaný císařský řez vykonaný před určeným termínem. Výkon je plánován na určitý termín, ale daná situace si vyžaduje dřívější intervenci, při které nehrozí bezprostředně riziko pro matku ani plod. Jedná se například o polohu koncem pánevním s předčasným odtokem plodové vody a v neposlední řadě je císařský řez plánovaný, který je vykonaný ve stanoveném termínu. Operace je prováděna v předem určeném termínu, v ranních hodinách, s dobře naladěným a odpočatým operačním týmem včetně neonatologické péče o porozeného novorozence a plánovaným zajištěním všech potenciálních komplikací (Dosedla a kol., 2017, s. 31, Roztočil, Peschout, 2018, s. 253).

Čech a kol. dělí císařský řez podle indikace na primární (plánovaný) císařský řez, který je stanoven již v průběhu těhotenství, a je předem rozhodnuto o jeho vykonání. Patří sem

například indikace ortopedická, kde se jedná o zúženou pánev, stav po autonehodě s operačním řešením, nebo oční indikace pro nedostatečnou funkci sítnici oka, či psychiatrická a neurologická indikace. Druhým případem je sekundární (neplánovaný) císařský řez. Indikace vzniká akutně a nepředpokladaně. Diagnostikuje se v průběhu těhotenství, nebo během porodu. Zde se jedná například o hypoxii plodu, nepravidelné naléhání plodu, preeklamsii atd. (Čech a kol., 2006, s. 207).

Dle Bindera lze císařský řez rozdělit na elektivní (plánovaný), který se provádí v průběhu těhotenství před nástupem děložních kontrakcí. Akutní (krizový) císařský řez, jehož indikaci nelze předvídat a provádí se během porodu, či iterativní císařský řez (opakovaný) (Binder, 2011, s. 266).

Z anesteziologické stránky císařský řez dělíme, dle časového hlediska a možnosti aplikace subarachnoideální anestezie, na neurgentní (plánovaný) císařský řez. Urgentní (neplánovaný), kdy je při císařském řezu možnost aplikace spinální anestezie a (Hyper)urgentní císařský řez, kdy jakákoliv časová prodleva ohrožuje život matky či dítěte. Zde je výkon proveden v celkové anestezii (Šrámková a kol., 2014, s. 18).

1.2.1 Anestezie při císařském řezu

Jaký druh anestezie zvolit během císařského řezu je pro anesteziologa zásadní věc, protože zodpovídá za dva pacienty najednou. Důležitým rozdílem, se kterým se potýká, jsou fyziologické změny ženy, které nastaly v průběhu těhotenství. Tyto specifické změny jsou způsobené rostoucí dělohou a těhotenskými hormony. Vlivem těchto pochodů dochází v těle ženy ke změnám v krevním oběhu, v dýchání či koagulaci. Významnou roli hraje zkušenost a znalost anesteziologa v porodnické anestezii (Hájek a kol., 2004, s. 76-79).

Dle Fuňka je volba anestezie závislá na několika faktorech. Těmi jsou: celkový zdravotní stav pacientky, správná indikace k provedení císařského řezu, stupeň naléhavosti operačního výkonu, ale také případně na úsudek a zkušenost anesteziologa (Fuňka, 2008, s. 28). Pařízek uvádí dva základní anesteziologické postupy, které se v dnešní době používají. Řadí sem celkovou anestezii (narkózu) a regionální anestezii (neuroaxiální), kterou lze rozdělit na epidurální, spinální či kombinovanou (Pařízek, 2015, s. 87-88).

Celková anestezie. Tento druh anestezie je v porodnictví první volbou při řešení naléhavých stavů, kdy je na životě ohrožen plod nebo matka. Při této anestezii se rodička uvede do umělého bezvědomí za použití inhalačních anestetik (Pařízek, 2015, s. 88). Mezi možné komplikace z hlediska matky patří neúspěšná intubace, zvracení a následná aspirace

žaludečního obsahu. Ze strany dítěte je při této anestezii náročnější adaptace novorozence. Uvádí se, že dítě je ve větší depresi vlivem zvýšeného průniku anestetik přes placentární, fetální a hematoencefalickou bariéru. Dochází k omezení bezprostředního kontaktu a vytvoření rané vazby mezi matkou a dítětem a ve většině případů není možná přítomnost otce u porodu. Přiložení novorozence k prsu matky je možné až po odeznění anestetik. Důležitým mezníkem u celkové anestezie je úvod do samotné operace, délka operace a přerušování pupečníku (Pařízek a kol., 2002, s. 46).

Celosvětově je u císařských řezů upřednostňována regionální anestezie, která se používá až u 80 % rodiček, které císařský řez podstupují (Voigt a kol., 2013, s. 993). Mezi její výhody lze zařadit minimální riziko aspirace žaludečního obsahu a tím následné poškození plic matky během operace. Nedochozí k útlumu novorozence léky oproti některým lékům, které jsou využívány v průběhu porodu. Dítě tak může být ihned po porodu v přímém kontaktu s matkou a je možné provádět bonding, kdy je novorozenec po vybavení a osušení položen na matčinu nahou hrud' (skin-to-skin). Tento proces je velmi důležitý, napomáhá k upevnování a vytvoření citového pouta mezi matkou a dítětem (Gregora, 2013, s. 405) Další výhody, které s sebou regionální anestezie nese a na čem se shoduje mnoho autorů jako je Procházková a Nosková, jsou nižší pooperační třes, nižší krevní peroperační a pooperační ztráta (Procházková, 2013, s. 324; Nosková, 2016, s. 93).

Regionální anestezii lze rozdělit podle technik podání na epidurální, spinální a kombinovanou.

O epidurální anestézii hovoříme tehdy, pokud je anestetikum podáno speciálním epidurálním katetrem do epidurální oblasti. Epidurální katetr je zaveden na zevní stranu mozkomíšního obalu do blízkosti míšních nervů. Zde se aplikují zředěná anestetika. V porodnictví se setkáváme s pojmem epidurální analgésie, kdy je pomocí stejného epidurálního katetru podáváno do epidurální oblasti analgetikum pro zmírnění vnímání porodních bolestí. Má-li rodička zaveden tento katetr, je snadné aplikovat do katetru anestetika. Epidurální anestezie má výhodu, že při ní dochází k méně výraznému poklesu krevního tlaku. Jejich účinek nastupuje sice pomaleji než u spinální anestezie, ale odpadá další manipulace s katetrem, čímž se časový deficit srovná (Procházková, 2013, s. 323-324). Jako nespornou výhodou se jeví fakt, že epidurální katetr lze ponechat zavedený a lze jej využít pro podávání analgetik ke tlumení pooperačních bolestí a nedělka není traumatizována dalšími invazivními vstupy (Nosková, 2016, s. 94).

Spinální anestezie se provádí ve stejné oblasti páteře jako epidurální anestezie a u císařských řezů se používá nejčastěji. Rozdíl je v tom, že místní anestetikum se vstříkne

tenkou jehlou hlouběji do subarachnoidálního prostoru mozkomíšního moku (subarachnoidální prostor) v dolní části páteře. Lokální anestetikum začne působit ihned po podání. Nevýhodou této anestézie je nutnost několikahodinového ležení ve vodorovné poloze, aby nedošlo k bolestem hlavy, které mohou být způsobeny únikem malého množství mozkomíšního moku (Nosková, 2016, s. 93-96).

Při kombinované regionální anestezii, jde o spojení a vhodnou kombinaci epidurální a spinální anestezie, za účelem získat výhody obou těchto metod. Výhoda rychlého nástupu účinku spinální anestezie je využita pro samotnou operaci a výhoda epidurální analgezie pak pokračuje v pooperačním období (Bláha, 2014, s. 30).

Tak jako ve světě, tak i u nás evidujeme za posledních 20 let vzestup regionální anestézie oproti anestezii celkové. V rámci projektu OBAAMA-CZ bylo zaznamenáno, že byla v České republice v roce 2011 podána regionální anestezie v 53 % císařských řezů a celková anestezie ve 47 %. Bláha také poukazuje na dostupnost anesteziologické péče, kdy v 84 % českých porodnic je anesteziologická péče dostupná non-stop. Ve srovnání s Velkou Británií, kde je trvalá dostupnost anesteziologa pouze na 44 % porodnických pracovištích. Ve Spojených státech je přítomnost anesteziologa pouze v centrech s více než 2000 porody za rok (Bláha, 2013, s. 287-292).

1.3 Výhody císařského řezu

Jestli má císařský řez výhody či nevýhody, a jak danou situaci prožívá samotná rodička, zaleží na mnoha faktorech. Zda se jedná o císařský řez plánovaný (ať už mluvíme o porodnické či jiné lékařské indikaci, nebo je operace vyžadována na přání rodičkou) či se jedná o akutní císařský řez. Čepický a Čepická Líbalová ve své publikaci popisují zvláštní skupinu lékařů, které v pracovním životě doprovází tzv. „porodní strach“. Do této skupiny řadíme především rodičky s polohou koncem pánevním, kde jsou všechny podmínky k vaginálnímu vedení porodu, případně ženy po císařském řezu. Zde se na základě osobního rázu porodníka hledají indikace k ukončení těhotenství a provádí se tzv. „programovaný“ císařský řez. Krátký čas a samotný výkon se řadí mezi výhody císařského řezu ze stran některých porodníků (Čepický, Čepická Líbalová, 2008, s. 79).

Jestliže mluvíme o plánovaném císařském řezu, jako hlavní výhodu této operace rodičky vnímají možné načasování data příchodu svého dítěte na svět. Pociťují méně stresu, dostatek času na přípravu a snazší organizaci rodinného života. Z estetické stránky jsou císařské

řezy hodnoceny kladně, a to především z důvodu neporušených zevních a částečně i vnitřních rodidel. Jsou pružná, bez defektů, nastřižení či natrhnutí hráze. Záporné hodnocení tak připadá doživotní památce v podobě jizvy na břicho ženy po císařském řezu. O tom, jakou bude mít žena jizvu po císařském řezu rozhoduje prvních pár měsíců po jejím vzniku. Záleží přitom na genetických dispozicích, místě jejího vzniku či na správné péči o ní. Mnoho žen vnímá císařský řez jako rychlý a bezbolestný porod s následným výsledkem v podobě svého dítěte. Plánovaný císařský řez je pro matku bezpečný a bezbolestný (Křepelka, 2008, s. 84).

Císařský řez má určité výhody zejména pro nedonošené a nezralé novorozence, u kterých je vyšší riziko vzniku komplikací spojené s nezralostí dítěte, a snižuje tak incidenci intraventrikulárního krvácení a neonatální encefalopatii až o 80 %. Multicentrická švédská studie zabývající se incidencí perinatální asfyxie, kde nebylo rozlišeno, zda se jedná o zralé či nezralé novorozence, dosud nepotvrdila její redukci při narůstající frekvenci císařských řezů (Chvílová-Weberová, 2014, s. 22-27).

1.4 Nevýhody císařského řezu

Přestože se císařský řez jeví jako rutinní záležitost, přece jen se jedná o velkou břišní operaci s možným vznikem komplikací. Ty mohou vzniknout perioperačně, postoperačně či vlivem anestezie. S narůstajícím počtem provedených operací stoupá také incidence vzniku poruch placentace, a tím jde o ztížený terén pro operátora a mohou tak vzniknout komplikace s následným iatrogenním poškozením rodičky (Hanáček, 2008, s.18). Norská studie potvrzuje zvýšené riziko vzniku placentární komplikace v těhotenství a v průběhu porodu po předchozím císařském řezu. Zde hovoříme o známé triádě v podobě placenty praevia, accreta či abrupce placenty. Tyto velké komplikace mohou ohrozit nejen život matky, ale i plodu. Tato rizika zvyšují mateřskou morbiditu a mohou u operátora vyvolat stresující situaci (Daltveit a kol., 2008, s. 1331–1333).

Císařský řez je považován za nebezpečný jako porod vaginální, a to především kvůli možnosti vzniku určitých rizik pro matku. Mezi tato rizika patří infekce, hemoragie, viscerální poranění a žilní trombóza. U akutního císařského řezu se může vyskytovat až 6x více komplikací než u jakéhokoliv porodu vaginálního (Mardešicová, Velebil, 2010, s. 172).

V některých studiích je popsáno několik krátkodobých nežádoucích důsledků této operace pro matku (Norman a kol., 2018, s. 3). Důsledek, vznikající na základě císařského řezu, je jizva, která může být zdrojem mnoha gynekologických komplikací, které mohou výrazně

ovlivnit život ženy. Jedná se zejména o abnormální děložní krvácení, dysmenorheu (bolestivá menstruace) a dyspareunii (nepříjemné až bolestivé pocity během pohlavního styku) (Hanáček a kol., 2014, s. 493). Riziko poporodní hysterektomie je 0,7-0,8 %, pravděpodobnost potřeby další chirurgické intervence 0,5 %, riziko poranění močového měchýře 0,1 % a močovodu 0,03 % (Matthews, Rebarber, 2010, s. 39).

Císařský řez může být také zdrojem některých patologických nálezů, které se mohou na děloze objevit. Pak hovoříme o rozšíření dolního děložního segmentu, kde se v místě defektu děložní stěny může vytvořit porucha a následně zde může dojít k hromadění menstruační krve a vzniknout tak adenomyóza v místě jizvy (Hanáček a kol., 2014, s. 494-495). Podle francouzské studie je bezpečná hranice šíře dolního děložního segmentu, měřené v nejtenčím místě jizvy, 3,5mm (Faridová a kol., 2015, s. 136).

Mezi další možná rizika, která mohou nastat po císařském řezu ze strany matky, jsou komplikace spojené s anestezii, kdy je důležité zmínit především nízký krevní tlak při vybavení plodu, který způsobuje pocity nevolnosti, dále je to bolest hlavy, či alergická reakce. Dle německé studie až 80 % žen trpí nevolností a zvracením v průběhu císařského řezu či v pooperačním období (Voigt a kol., 2013, s. 994).

Ze strany novorozence s sebou nese císařský řez určitou skupinu rizik. Mezi ně patří celková nepřipravenost plodu na porod a narození do sterilního prostředí, přičemž je novorozenec ochuzen o přirozenou kolonizaci sliznic z poševní mikroflory matky. Častým problémem císařského řezu také bývá nemožnost okamžitého přiložení novorozence k prsu matky, a tím správné a včasné nastartování laktace (Chvílová-Weberová, 2014, s. 22-27). Výjimku tvoří skupina žen, kterým byla při císařském řezu aplikována regionální anestezie a matka i dítě jsou v pořádku, v této situaci může být proveden bonding a první přisátí novorozence hned na operačním sále. Novorozenci porození císařským řezem jsou ošetřováni na jednotce intenzivní péče v 9,8 % proti 5,2 % novorozenců porozených vaginálně. Četné studie a metaanalýzy dat potvrzují, že operační porod má podstatnější vliv na život jedince a znamená 20 % vzestup rizika pro rozvoj alergie, celiakie či diabetu I. typu (Gregora, 2013, s. 404-406). Roztočil a Peschout ve své publikaci poukazuje na vyšší frekvenci vzniku diabetu u dětí, jejichž matky trpěly nadváhou či měly prediabetes diagnostikován v průběhu těhotenství (Roztočil, Peschout, 2018, s. 257).

Některé studie také poukazují na vztah stoupajících porodů císařským řezem a následnou vzrůstající celosvětovou epidemií obezity u starších dětí. Ačkoli vznik obezity má multifaktoriální příčiny, jimiž jsou například regulace v příjmu potravy, socioekonomické faktory či genetické predispozice (Gregora, 2013, s. 404-406). Goldani a kol. ve své studii

vyšetřil 2057 dětí narozených od roku 1978-1979, které pak byly znovu vyšetřeny mezi 23. až 25. rokem věku. Vaginálním porodem bylo narozeno 1400 jedinců a císařským řezem 657 dětí. Nezávisle na socio-ekonomických faktorech, které mohou ovlivnit výskyt obezity, bylo riziko obezity vyšší u jedinců porozených císařským řezem (Goldani a kol., 2013, s. 134). Toto tvrzení také potvrzuje Barros, který ve své studii došel k závěru, že děti narozené císařským řezem mají větší riziko vzniku obezity, a to především v období dětství a dospívání (Barros, 2012, s. 465). Někteří autoři se ve svých studiích zaměřují na děti, které jsou narozeny císařským řezem a mají vyšší riziko astmatu než děti porozené vaginálně. Operativní porod negativně ovlivňuje imunitní systém a zvyšuje senzibilaci organismu na běžné alergeny u dětí. Také sedminásobně častější jsou dechové obtíže u novorozence, zánětlivé onemocnění střev, leukemie, autismus či velká pravděpodobnost užívání léků ve věku 6-7 let (Gregora, 2013, s. 404-406).

Chen a kol. se ve svých studiích zabývá emocionálním vztahem mezi matkou a dítětem, které je narozené císařským řezem. Zde poukazuje na negativní vliv operačního porodu na vytvoření bezpečné vazby mezi matkou a dítětem. V jedné studii je také popsán vliv císařského řezu a jeho negativní dopad na smyslové vnímání dětí, poruchy senzorycké integrace či opožděný neuropsychiatrický vývoj (Chen a kol., 2007, s. 559).

1.5 Indikace a podmínky císařského řezu

Při rozhodnutí o provedení císařského řezu musí být dodrženo, že naléhající část plodu nesmí být vstoupila do porodních cest, protože by mohlo dojít k poranění plodu při laparotomickém vybavování dítěte z nižších pánevních rovin a následně může dojít k poranění plodu a porušení měkkých tkání matky (Čech a kol., 2006, s. 207).

Indikace k provedení císařského řezu můžeme dělit podle několika hledisek. Jsou zde zahrnuty indikace ze strany matky, plodu, samostatné, kombinované či problematické (Lomíčková, 2009, s. 42).

Základní indikace k provedení císařského řezu řadíme

Hypoxie plodu. Příčina hypoxie plodu může být akutní či chronická. Akutní hypoxie plodu se většinou projevuje v průběhu porodu, a to zejména v I. a II. době porodní, kdy může dojít k vyhrěznutí pupečníku. Chronická hypoxie může být důsledkem insuficience placenty, nebo projevem nemoci matky, jako je například anémie.

Fetopelvický a kefalopelvický nepoměr. Tento nepoměr je způsoben pánevním zúžením a deformitou. Nepoměr mezi hlavičkou plodu a rozměry pánevního východu matky. V průběhu těhotenství by se měly měřit pánevní roviny všem ženám a díky tomu lze odhalit zúžení pánevního východu. Odchytky v pánevních rozměrech lze předpokládat drobných žen, které jsou menší než 150 cm, a u rodiček které, v minulosti utrpěly úraz v pánevní oblasti (autonehody, zlomeniny kostrče).

Patologické procesy v malé pánvi, jako například vcestné překážky v porodních cestách, které mohou bránit průchodu plodu. Patří sem: vcestné myomy, nádory vaječníku, karcinom cervixu.

Pooperační stavy. Jestliže rodička prodělala operaci na děloze z jakéhokoliv důvodu enukleace myomu, korekce vrozených vývojových vad dělohy, vytvoření jizev na děložní stěně, která by v průběhu vaginálního porodu mohla prasknout a ohrozit tak matku a plod na životě. Podobná situace může nastat i při operacích v pochvě, např. poševní plastiky, operace pro inkontinenci, kdyby bylo nutno po porodu operaci opakovat.

Porodnické krvácení. Jedná se o krvácení, které je projevem patologie týkající se především placentární složky. Hovoříme zde o abrupci placenty, placenta praevia, ruptura dělohy aj.

Patologické naléhání plodu. Zde se může jednat o vysoký přímý stav, asynklitismus (přední, zadní), deflexní polohy plodu (čelní, obličejová, temenní, příčná a šikmá poloha plodu), či poloha podélná koncem pánevním – naléhání kolénky, nožkami nebo, plod s odhadem hmotnosti nižší než 1500 g a vyšší než 3800 g.

Velký plod. Sem se řadí plod vážící 4000 g při sdružené indikaci (diabetes mellitus, zralá primipara a jiné). Váhový odhad nad 4500 g je samostatnou indikací.

Poloha plodu koncem pánevním. O této indikaci rozhoduje především váhový odhad plodu. Váhový odhad plodu menší než 2500 g, nebo větší než 3500 g u prvorodiček a 3800 g u vícerorodiček je indikací. Absolutní indikací je porušené naléhání plodu jako například naléhání nožkami nebo kombinace obou. Důležité je zohlednit faktory, jako je například parita, věk matky, stav porodních cest, stav po předchozím císařském řezu apod. Křepelka uvádí, že porody plodů v poloze koncem pánevním představují 4,8 % všech porodů a jsou z 84,3 % vedeny císařským řezem (Křepelka, 2008, s. 305).

Akutní a chronické onemocnění matky. Jedná se o těžké a zhoršující se onemocnění orgánů – srdce, plic, ledvin. Závažné celkové onemocnění matky jako je diabetes mellitus, hypertenze, roztroušená skleróza. Hrozící eklampsie matky, stav po již proběhlém

eklamptickém záchvatu. Do této skupiny se také řadí oční onemocnění – těžká myopie se změnami na sítnici, diabetická retinopatie či glaukom.

Infekční onemocnění rodičky. Zejména infekce HIV, flolidní herpes simplex virus či nález MRSA v pochvě, nebo prodloužené těhotenství po opakovaných a neúspěšných indukci porodu.

Cervikokorporální dystokie. Stav, kdy dochází k poruchám vypuzovacích sil. Mohou se vyskytnout primární, sekundární, hypokinetické, hyperkinetické a dyskinetické poruchy děložní činnosti, které jsou nezvládnutelné konzervativně. Do této skupiny lze také zařadit poruchu břišního lisu.

Stav po předchozím císařském řezu. Pokud se projeví cervikokorporální dystokie a odhad hmotnosti plodu je větší než 4000 g a hrozí-li ruptura dělohy, která se projevuje bolestí v jizvě. Dále do této skupiny řadíme stav po dvou či třech císařských řezech.

Psychologická indikace. Zde se jedná především o obavy matky z porodu a jeho možných komplikací, z porodních bolestí, případně výrazný strach o novorozence.

Psychiatrická indikace. Do této skupiny patří vážnější psychiatrické onemocnění, jako jsou úzkostné poruchy nebo psychotická onemocnění matky. Indikaci k císařskému řezu vystavuje lékař psychiatr.

(Křepelka, 2008, s. 303-307; Roztočil a kol., 2015, s. 40; Hájek a kol., 2014, s. 500; Lomíčková, 2009, s. 42-44; Výmolová, 2013, s. 123-127; Korečko, 2016, s. 13-14)

Císařský řez na přání – existující indikace či neindikace. Tato indikace představuje situaci, kdy je operace provedena na základě subjektivního postoje a přání ženy, bez odborné indikace. Císařský řez na přání je proveden v 39. týdnu těhotenství, kde jsou vyloučeny komplikace vyplývající z iatrogení prematurity nebo postmaturity novorozence. Americká gynekologicko-porodnická společnost odhaduje, že přibližně 2,5 % všech porodů jsou vedeny císařským řezem na přání (Křepelka, 2008, s. 303-307). Toto tvrzení potvrzuje také Roztočil a kol., který popisuje studii prováděnou v USA a poukazuje na stoupající procento císařských řezů, které je ovlivňováno nejen vlastním přáním rodiček, ale také na pracovní době lékařů. Zda výkon prováděl lékař rezidentní, či externista. Také uvádí údaje vyššího výskytu císařských řezů z ostatních zemí z roku 2001, které plnily žádost císařských řezů na přání rodičky. Irsko 2 %, Velká Británie 7 % a Švédsko 8,2 %. Skupinu rodiček, které vyžadují císařský řez na přání tvoří především ženy, které žijí ve městě, jsou vzdělané a zaměřené na svou kariéru. Naproti tomu se může také jednat o ženy, které jsou zklamané z partnerství, nezaměstnané a chybí jim pocit sociální podpory. Mohou se sem také řadit matky, které mají špatnou zkušenost z předchozího porodu a nechtějí danou situaci opakovat (Roztočil, Peschout, 2018, s. 253).

Česká odborná společnost indikaci císařského řezu na přání oficiálně neuznává, proto tedy neexistují žádné údaje o množství takto provedených operací v České republice (Křepelka, 2008, s. 304).

1.6 Šestinedělí a kojení po císařském řezu

Šestinedělí (puerperium) je období do 42. dne od ukončení porodu, ať už mluvíme o vaginálním porodu či porodu císařským řezem. Toto období je charakterizováno ústupem fyziologických změn spojených s adaptací organismu na těhotenství. V tomto období dochází také k ústupu některých těhotenských patologií (gestační diabetes, preeklampsie, těhotenská hepatopatie apod.) Nicméně toto období je stále dost zranitelné a náchylné k jednotlivým komplikacím, které mohou vzniknout v této době. Jedná se o infekce, poporodní krvácení či poruchy psychiky ženy ve zvládnání nové životní role matky, péče o potomka a kojení. Šestinedělí lze rozdělit na rané (do 7. dne po porodu) a pozdní (Fait, 2006, s. 43-44).

Po porodu císařským řezem je rodička prvních 24 hodin umístěna na jednotce intenzivní péče. Zde se sledují základní životní funkce, bilance tekutin a poporodní krvácení. Podává se standardní infuzní terapie a analgetická terapie. V následné péči se zaměřujeme na nástup peristaltiky a hojení laparotomie. Délka hospitalizace po císařském řezu se liší od spontánní porodu a obvykle trvá 5-6 operačních dnů. V době hospitalizace je matkám doporučována bezsezbytková dieta trvající 3-5 dnů (Roztočil, 2004, s. 34-38).

U žen, jejichž císařský řez probíhal v regionální anestezii, se mohou objevit postpunkční bolesti hlavy (cefalea), které jsou způsobené perforací dura mater a tím dochází ke snížení intrakraniálního tlaku. Tento deficit se objevuje nejčastěji druhý den po punkci a bez poskytnutí léčby může přetrvávat několik hodin až měsíců. Jedná se o bolest hlavy, která se zhoršuje ve stoje nebo v sedě a projevuje se tupým tlakem v zátylku. Léčí se konzervativně, a to polohou v leže s dostatečnou hydratací a léky. Okamžitý ústup potíží z 90 % přináší aplikaci tzv. „krevní zátky“ do oblasti místa vpichu regionální anestezie (Šrámková a kol., 2014, s. 18).

Cíl pooperační péče není pouze medicínského charakteru, ale musí se také dbát na psychickou stránku rodičky a zlepšovat tak její subjektivní vnímání pooperačního stavu. Rodička v tomto období pociťuje viscerální bolest v oblasti laparotomie (jizvy) a je důležité tento deficit eliminovat. Plná mobilita je pro matku důležitým mezníkem proto, aby došlo k vytvoření pevné vazby s novorozencem a správnému nástupu laktace (Gregora, 2013, 404-406).

Kojení po císařském řezu

Kojení je základem výživy novorozenců a kojenců. Mateřské mléko obsahuje všechny živiny v optimálním poměru a jeho složení je přizpůsobeno k snadnému vstřebávání a trávení. Laktace je spojována s psychosociálním vývojem jedince a má své výhody jak pro dítě, tak pro matku (Fait, 2006, s. 45).

Kojení výrazně přispívá k zahojení hluboké psychické rány a posiluje sebevědomí ženy, a to i v případě, kdy porod neproběhl přesně podle jejích představ a skončil císařským řezem (Takács, 2012, s. 196). Zde sehrává důležitou roli hlavně zdravotnický personál, který se podílí na kvalitě kojení a pomáhá šestinedělce se zahájením kojení a přikládáním novorozence. Po císařském řezu nastupuje laktace za 72 hodin. Proto je důležité, pokud je císařský řez proveden v regionální anestezii a matka i dítě jsou v pořádku, aby byl proveden bonding a první přisátí novorozence ihned na operačním sále. Toto je důležitý krok ke správnému kojení (Roztočil, 2009, s. 203).

Novorozenci narození císařským řezem jsou více spaví a nejeví tolik aktivity o prs jako děti po spontánním porodu. Proto je důležitá vytrvalost a trpělivost zdravotnického personálu, přikládat dítě matce co nejčastěji k prsu. V prvních dnech po porodu se matkám tvoří mlezivo (kolostrum), které je bohaté na imunoglobuliny a po několika dnech se mění ve zralé mléko. Ženy po císařském řezu se častokrát setkávají s nedostatečnou tvorbou mateřského mléka, která může být způsobena několika faktory, jako jsou stresující porod, plánovaný či neplánovaný císařský řez, psychosociální stres a bolest. Negativní prožitek z porodu a stres narušuje uvolňování oxytocinu, jehož funkcí je i sekrece mateřského mléka. Také v tomto případě je nesmírně důležitá trpělivá podpora ze strany zdravotnického personálu (Takács, 2012, s. 19).

1.7 Komplikace po císařském řezu

Tak jako každá jiná operace tak i císařský řez má svá rizika a komplikace. Komplikace, které mohou vzniknout při císařském řezu, se pohybují okolo 5 %. Toto procento je ovlivněno typem císařského řezu. Jestliže je výkon plánovaný, je riziko komplikace menší a procento klesá oproti císařskému řezu akutnímu, kde procenta naopak narůstají (Komár, 2011, s. 33). Císařský řez je pro ženu mnohem náročnější než spontánní porod a jeho mortalita je 7x vyšší než u vaginálního porodu (Roztočil, 2009, s. 203).

Komplikace císařského řezu lze rozdělit na anesteziologické, chirurgické, neonatologické a pooperační (Hanáček, 2014, s. 494).

Na vzniku anesteziologických komplikací se podílí mnoho faktorů. Nejčastěji popisovanou komplikací u celkové anestezie je Mendelsonův syndrom (vdechnutí žaludečního obsahu, který může vyvolat chemický zápal plic a laryngospasmus) poruchy ventilace a hypotenze. Proto je důležitá intermitentní kontrola pacientky při vyvádění z anestezie. Jestliže je pacientce aplikována regionální anestezie jsou zde nejčastějšími komplikacemi postpunkční bolesti hlavy (cefalea), nauzea a zvracení. Další komplikace, které se mohou vyskytnout v důsledku podání anestezie, jsou bolesti zad, poškození míšního kořene nebo páteřní míchy (Fuňka, 2008, s. 28).

Krvácení je nejčastější komplikací, která vzniká při operačním výkonu. Velmi nebezpečná je porucha koagulace a následný rozvoj DIC (diseminovaná intravaskulární porucha kolagulopatie), která ohrožuje ženu na životě a může být ukončena poporodní hysterektomií. V peroperačním období se také může vyskytnout vzduchová embolie či embolie plodovou vodou. Na základě těchto komplikací je zavedená prevence v podobě miniheparinizace všem ženám před císařským řezem (Čech a kol., 2006, s. 246). Krvácivé stavy jsou nejvážnějšími komplikacemi při akutním císařském řezu (Roztočil, 2004, s. 34-38).

Komplikacemi, které se mohou vyskytnout po císařském řezu, vztahující se na novorozence, jsou opožděná poporodní adaptace, pozdní nástup laktace, hypoglykémie, ikterus (žloutenka) a v neposlední řadě delší pobyt v nemocnici. Těmto dětem jsou častěji podávána antibiotika, která mohou ovlivňovat imunitu novorozence a v budoucnu se tak mohou podílet na vzniku alergické reakce. Za velkou ztrátu u císařského řezu je považován minimální kontakt matky s novorozencem. Rodička je po operačním porodu 24 hodin upoutaná na nemocniční lůžko a nedokáže se postarat o sebe ani o novorozence, což má za následek pozdní adaptaci novorozence na matku a pozdní nástup laktace (Wiedermannová, 2012, s. 40-41).

Binder rozděluje pooperační komplikace na rané a pozdní. Mezi rané pooperační komplikace patří infekce. Jedná se většinou o lokální infekci, která se vytváří v oblasti operační rány a narušují jakoukoliv vrstvu břišní stěny. Patří sem kůže, podkoží, fascie, peritoneum, hysterotomii, dutina děložní či břišní. Tato komplikace může způsobit celkovou sepsi, která je ve většině případů smrtelná (Binder, 2008, s. 89). K této skupině řadíme také pozdní komplikace, mezi které řadíme chronickou pánevní bolest v důsledku vytvoření pooperačních srůstů, které v budoucnu mohou vyžadovat chirurgickou intervenci (Binder, 2008, s. 89).

1.8 Prožívání císařského řezu

Každá operace vyvolává u člověka strach a obavy. Jak prožít a smířit se s danou situací. Záleží na tom, jestli je u rodičky proveden císařský řez, který je plánovaný, nebo akutní.

Základem všech plánovaných operací je předoperační příprava, která by měla zmírnit psychický dopad na operativního jedince. U plánovaných císařských řezů není předoperační strach srovnatelný s jinými operacemi. Důležitou roli zde hraje psychika a vědomí těhotné, že se nejedná jen o ni samou, ale i o její dosud nenarozené dítě. Existuje mnoho faktorů, které mohou výrazně ovlivnit psychický stav rodičky, těmi jsou například, počet těhotenství a porodů, průběh samotného porodu, indikace k operaci či osobnost těhotné. Pokud je porod veden v epidurální či spinální anestezii, pak snížení strachu lze ovlivnit přítomností a podporou partnera přímo na operačním sále či kvalitní informovaností zdravotnického personálu (Rastislavová, 2008, s. 27-31).

Jestliže nastane situace a rodiče, kdy je proveden neplánovaný císařský řez, znamená to pro ženu nejen fyzicky nepříjemný bolestný zážitek, ale i psychickou zátěž, se kterou se každá žena vyrovnává individuálně v různém časovém období. Při akutním císařském řezu obvykle rodičku obklopují pocity úlevy. Některé ženy mohou mít pocity hněvu či agrese vůči zdravotnickému personálu, který může být v očích ženy za průběh porodu zodpovědný. Čtvrtina žen se sama za neúspěšný porod obviňuje a považuje danou situaci za osobní selhání. Zpětně mohou ženy vnímat porod zakončený akutním císařským řezem jako dlouhý, krutý, nemilosrdný. Na psychologickou přípravu k akutní operaci by žena potřebovala 2 hodiny času, což při skutečném akutním císařském řezu nelze umožnit. Pokud je porod proveden v epidurální anestezii, ženy vnímají méně negativních pocitů, kladný vliv má také přítomnost partnera u porodu (Čepický, Čepická Líbalová, 2008, s. 81).

Prevence vzniku psychologických komplikací po císařském řezu spočívá v předporodní přípravě, která by měla být zakomponována v těhotenství, kde budou rodičky seznámeny také s císařským řezem. V pooperačním období je kladen důraz na dostatečnou analgezii ženy. Po operativním porodu je bolest intenzivní a může výrazně ovlivnit psychiku ženy (Rastislavová, 2008, s. 30).

V České republice není poskytováno psychologické poradenství, ani neexistují svépomocná sdružení, která by nabídla pomoc ženám po císařském řezu. Žena, která se připravuje a těší na přirozený porod, pak může být zklamaná, pokud je její porod ukončen císařským řezem. Mohou se dostavit pocity sníženého sebevědomí, mohou se objevit výčitky, že ona i dítě byli ochuzeni o zážitek z přirozeného porodu. Větší psychickou zátěží je císařský

řez u prvorodičky, kdy hrozí možnost, že žena vstoupí do rodičovství s pocitem neschopnosti přivést na svět miminko sama svou vlastní silou. Situace je zhoršena přístupem jejího okolí, rodiny, ošetřujícím personálem, kteří vnímají císařský řez jako východisko úspěšného ukončení těhotenství, kdy matka i dítě jsou v pořádku a nestarají se o vnitřní pocity a emoce matky. Jestliže se klientka s danou situací nedokáže vnitřně vyrovnat, může se u ní projevit syndrom zapouzdřené bolesti. Tento syndrom může ovlivnit její vztah k sobě samé, k dítěti, ale i k partnerovi, a v nejhorších případech může vést k depresi (Čepický, Čepická Líbalová, 2008, s. 81).

2 Spontánní porod

Porod neboli *partus* je děj, který vede k ukončení těhotenství, dochází k vypuzení plodového vejce (plod, pupečník, placenta, plodová voda, plodové obaly) z organismu matky. Porodem nazýváme děj, při němž dochází k narození dítěte, které má minimální hmotnost 500 g a které jeví alespoň jednu ze známek života. Za známky života novorozence je považován dech, srdeční akce, případně pulsace pupečníku a aktivní pohyb svalstva (Čech a kol., 2006, s. 207).

Někteří autoři jako například Peschout nebo Pařízek popisují průběh porodu ve čtyřech fázích, které odborně nazývají jako porodní doby (Pařízek, 2002, s. 124; Peschout, 2007, s. 17).

První doba porodní nazývaná také jako otvírací doba začíná nástupem pravidelných kontrakcí děložní svaloviny. Protože jsou tyto kontrakce (stahy) vnímány bolestivě, rodičky hovoří o porodních bolestech. V průběhu první doby porodní dochází ke zkracování intervalu mezi jednotlivými kontrakcemi a kontrakce postupně trvají delší dobu a nabývají vyšší intenzity. Intenzivní stahy rodičku zcela vyčerpávají a komunikace je pro ni velmi zatěžující. V této době se rodička může cítit osamocená a opuštěná, zvláště pokud jí během porodu nikdo nedoprovází (Čech a kol., 2006, s. 207). Na základě této kontrakční práce děložní svaloviny dochází k postupnému spotřebování děložního čípku a postupnému otevírání děložního hrdla. Je-li hrdlo již otevřeno natolik, že jím projde hlavička plodu, jedná se o ukončení první doby porodní a hovoříme o tom, že je branka zašlá (Pařízek, 2002, s. 124). Tuto skutečnost většinou rodička sama pozná díky velkému tlaku hlavičky na konečník. Pocity, které žena vnímá v průběhu první doby porodní mohou být různé. Mohou se objevovat pocity úlevy, radosti, ale také pocity vzrušení z očekávání narození dítěte. Rodičky mohou projevit odmítavý postoj k samotnému porodu a nejsou schopné si věřit, že zvládnou porodit dítě a může je provázet úzkost (Rastislavová, 2011, s. 36). Některé rodičky mohou propadat panice. Projevují se pláčem a křikem, často se ptají: „Kdy už bude konec?“ nebo sdělují: „Já už nemůžu.“ Rodičky bývají v průběhu porodu podrážděné, nebo jsou naopak klidné a přizpůsobí se samotnému ději (Juříková, 2007, s. 28).

Druhá doba porodní, která je také nazývaná vypuzovací, začíná úplným rozvinutím hrdla děložního a končí porodem dítěte. V této situaci rodička vytlačuje dítě porodním kanálem z intrauterinního prostředí do mimomateřského prostředí. V této fázi žena odpočívá a nabírá síly k dokončení porodu (Čech a kol., 2006, s. 207). Rodička prožívá nový příval energie a optimismu. Začíná vnímat reálně své okolí a komunikuje s ním. Jestliže klidové období trvá příliš dlouho, může žena pocítit neschopnost a obavy. Zvláště dojde-li k nevhodnému zásahu

personálu v průběhu porodu (Juříková, 2007, s. 28). Díky síle děložních kontrakcí a aktivního tlačení matkou, která využívá funkci břišního lisu, je porozeno dítě. Zpravidla u prvorodiček tato doba trvá déle než u žen vícerodiček. Ženy pociťují naléhavé nutkání tlačit, které je vyvoláváno tlakem hlavičky na pánevní dno a konečník. V této fázi rodící žena cítí protichůdné pocity. Má silné nutkání tlačit, ale současně prožívá úpornou bolest, pálení v pochvě a snaží se zabránit průchodu dítěte. Vytvořený tlak hlavičky na stěnu pochvy může být velmi nepříjemný až nesnesitelný (Pařízek, 2002, s. 125). V této době je důležité, aby rodička uvolnila svaly pánevního dna a umožnila dítěti přijít na svět. Ženu v dané situaci provází pocit nejistoty a potřebuje slyšet povzbuzení a emocionální podporu ze strany partnera a zdravotnického personálu. Jestliže je závěr porodu velmi rychlý, může být klientka z průběhu porodu zaskočená a mít pocit, že nedokáže ovládat své tělo. Pokud však dojde ke zdlouhavé konečné fázi, může ženu provázet pocit nedostatečnosti. Závěr porodu je završen příchodem dítěte na svět, kdy žena pociťuje vyčerpanost a nesmírnou úlevu (Rastislavova, 2008, s. 107; Juříková, 2007, s. 28-29).

Třetí doba porodní probíhá od porodu dítěte po porod placenty a plodových obalů. Tato doba má zcela bezbolestný průběh. Žena porod placenty může prožívat jako něco úžasného, nebo celou svou pozornost věnuje svému dítěti a samotný porod placenty ani nepostřehne (Čech a kol., 2006, s. 207). Po porodu plodových obalů a placenty je rodička pečlivě prohlédnuta lékařem či porodní asistentkou. Okamžiky žen bezprostředně po porodu jsou popisovány jako nejsilnější a nejnádhernější chvíle života. Dochází k vyplavování hormonů lásky v podobě oxytocinu a endorfinů. Právě tyto hormony zajišťují vznik silného pouta mezi matkou a novorozencem. Ženy prožívají euforii a pociťují narození svého potomka jako něco velmi emotivního a nepopsatelného (Komár, 2011, s. 33).

Čtvrtá doba porodní se jinak nazývá doba k lůžku. Jedná se o poporodní období, které začíná porodem placenty a končí převozem rodičky na oddělení šestinedělí (Peschout, 2007, s. 17). Po porodu dochází mezi matkou a novorozencem k vzájemné sounáležitosti v podobě bondingu, který zanechá v mysli dítěte hluboce uložené stopy. Tento bezprostřední kontakt významně ovlivní schopnost péče matky o dítě. Silná citová vazba může být také vytvořena u otců, kteří byli přítomni u porodu. Základ tohoto emocionálního svazku je pro rodiče vodítkem k rozpoznání signálu dítěte, ať už je fyzické či emocionální (Fait, 2006, s. 43).

2.1 Výhody a rizika spontánního porodu

Spontánní porod vaginální cestou představuje nejpřirozenější způsob příchodu dítěte na svět. Ženské tělo je k porodu stvořeno a rodičky, které si tímto dějem projdou, považují celou záležitost za pozitivní zkušenost. Pocit, že se aktivně podílejí na příchodu svého vlastního dítěte, jim dodává sílu, radost a vnitřní uspokojení. Spontánní porod je fyziologický děj, kdy dochází k vytvoření první citové vazby mezi matkou a dítětem. Rozbíhá se laktace a dochází k útlumu porodních bolestí (Kodyšová, Mrowetz, 2013, s. 37).

K výhodám, které s sebou přináší spontánní porod oproti císařskému řezu, se řadí například absence jizvy v podbřišku a na děloze. Tím se snižuje možnost výskytu srůstů v dutině břišní, lepší poporodní adaptace matčina organismu, nižší riziko infekcí či poranění vnitřních orgánů ženy a v neposlední řadě velká pravděpodobnost kratšího a rychlejšího porodu v dalším těhotenství. Žena po přirozeném porodu je kratší dobu hospitalizována a je schopna se ihned postarat nejen o sebe, ale hlavně o své dítě. Vaginální porod přináší své výhody také pro novorozence. Jsou jimi například nižší výskyt dýchacích obtíží po porodu, nižší výskyt alergií či astmatu nebo lepší vývoj imunitního stavu novorozence či dozrávání plicní tkáně (Gregora, 2013, s. 405).

Spontánní porod s sebou nese také rizika v podobě ruptury hráze a konečníku, případně části střevní stěny. Poranění vzniklé na základě porodu mohou v některých případech vést k inkontinenci moči či stolice. Defekty vzniklé v oblasti závěsného pánevního aparátu mohou způsobit sestup dělohy do pochvy. Tato komplikace může vést k řadě komplikací u žen převážně v období menopauzy. Kašíková ve své publikaci uvádí, že každá žena, která absolvovala vaginálně vedený porod, má 4-11x vyšší pravděpodobnost prolapsu pánevních orgánů (Kašíková, 2012, s. 274). Dále sem řadíme závažná porodní poranění, která mohou významně a dlouhodobě ovlivnit kvalitu života ženy ve smyslu dyspaurení (bolestivé vnímání sexuálního styku) (Wágner, Bilová, 2018, s. 263).

K rizikovým faktorům také řadíme tělesné vyčerpání rodičky, které může negativně ovlivnit průběh porodu (Ratislavová, 2008, s. 27). Jako negativní prožitek v rámci porodu mnoho žen popisuje porodní bolest, která je považována za fyziologický děj v lidském organismu (Vrublová, Dvořáková, 2018, s. 307). Vnímání bolesti při porodu je individuální a může být ovlivňováno mnoha faktory, jako je popis bolesti matkou, která vlastní zážitek z porodu přenáší na své dcery, či hororové zobrazování porodu v televizních seriálech a filmech (Filausová a kol., 2018, s. 245). Dále záleží na psychických, fyzických a sociálních faktorech.

Většinou se nesetkáváme se subjektivním popisem porodu a vnímáním bolesti jako pozitivní zkušeností a úspěchem, který ženu vnitřně naplní hrdostí a posilní (Vrublová, Dvořáková, 2018, s. 307). Filausová a kol. ve své publikaci uvádí skupinu autorů, kteří mají pozitivní názor na porodní bolest. Tím je například Niven a Brodie, kteří bolest při porodu popisují jako pozitivní zážitek a prvním krokem k uvědomění si mateřství. Jahdi a kol. zmiňují bolest jako zkušenost komplexní a multidimenzovanou. Leifer například popisuje bolest jako součást normálního tělesného procesu, kde je žena na porod připravená a může se na ní v průběhu těhotenství nastavit, je časově omezená a končí narozením dítěte (Filausová a kol., 2018, s. 245). Důležitou roli při zvládnání porodních bolestí sehrává parita a zkušenost ženy s předchozími porody. Na základě vyrovnaného psychického stavu žena pozitivně vnímá porodní bolesti a tím může dosáhnout úspěšného porodu bez komplikací. Důležitým mezníkem porodních bolestí rodičky je práh a tolerance bolesti (Vrublová, Dvořáková, 2018, s. 307).

2.2 Vazba matka-dítě

Průběh těhotenství, porodu a poporodního období je označováno jako senzitivní životní etapa. Toto stádium života popisuje velmi úzké propojení mezi matkou a jejím dítětem, kdy není možné pečovat jen o jednoho, aniž by to nesouviselo s druhým. Tato perioda je významná k rozvíjení pozitivní emocionální vazby mezi matkou a dítětem (Hendrych Lorenzová a kol., 2018, s. 332-336). John Bowlby je zakladatelem teorie Attachmentu a je jedním z prvních lidí, kteří uznávají potřebu kojence a malého dítěte pro vytvoření silného a stabilního vztahu s matkou jako primárního pečovatele. V roce 1951 předložil Světové zdravotnické organizaci práci „Maternal care and mental health“, kde vyslovil hypotézu, že děti v raném dětství prožívají nepřetržitý, vřelý, intimní vztah se svou matkou a nedostatek této zkušenosti může mít vážný a nezvratný dopad na jejich psychické zdraví (Lorincová, 2014, s. 30-31).

Vazba, která vzniká v určitých životních etapách, napomáhá ženě hledat mateřskou roli a přijímat změny v životě, které v průběhu mateřství vznikly (Hendrych Lorenzová a kol., 2018, s. 332-336). Role matky má hluboký význam v budování bezpečné vazby. Znamená to schopnost dostatečně vnímat dětské potřeby, které se vyznačují správným vyhodnocováním signálů dítěte a naplňováním jeho potřeb s pocitem tělesného kontaktu a umožňování spontánního chování (Hašto, 2006, s. 37). Pocit jistoty a lásky vyvolává u dítěte pozitivní emocionální vazbu, která na základě těchto vjemů formuje jeho budoucí život (Hendrych

Lorenzová a kol., 2018, s. 332-336). Základ vztahové vazby je dán silným emocionálním poutem k dané osobě, které může být při odloučení či ztrátě napnuté a projeví se bolestí. Emocionální bolest z odloučení je popisována jako obrovská bolest srovnatelná s bolestí fyzickou a daný vztah nelze nahradit jinou osobou (Brisch, 2012, s. 15).

Novorozené dítě je popisováno jako do sebe uzavřený organismus, jehož fungování je omezeno na uspokojování biologických potřeb na základě elementárních reflexů. Novorozenec je vybaven funkčním smyslovým aparátem, který je schopen se učit, pamatovat si a zpracovávat podněty z okolí. Také je schopen predisponovat k sociálnímu kontaktu od první chvíle po porodu, kde dochází k rozvíjení vztahu mezi svými pečovateli, který byl vytvořen již v prenatálním období. Jeho aktivity, které mají sociální rozměr a jsou schopné cítit bolest, se řadí do základů potřeb sociálního a citového zázemí. Tyto potřeby hrají klíčovou úlohu nejen při zajišťování stability jako biologické potřeby, ale také při získávání podnětů orientovat se v prostředí a účelně se ovládat (Takács, 2012, s. 196).

Rodičí žena potřebuje mít určitou kontrolu nejen nad tím, co se děje při porodu s jejím tělem, ale hlavně nad tím, co probíhá u jejího dítěte. V této chvíli pomáhají k podpoře rané vazby mezi matkou a dítětem specializovaní odborníci jako jsou pediatři, neonatologové, dětské sestry, a především porodní asistentky (Kodyšová, Mrowetz, 2009, s. 23). Z psychologického hlediska je pro vytvoření senzitivní životní etapy kladen důraz především na podporu časného kontaktu mezi matkou a dítětem. V prvních okamžicích po porodu dochází k vtisknutí obrazu matky jako kontextu jejího těla a okolností příchodu na svět do podvědomí jejího dítěte. Zohledňovány jsou také individuální potřeby rodičky a novorozenců na podporu kojení. Prvním poporodním kontaktem mezi matkou a dítětem se zabývá v další podkapitole (Takács, 2012, s. 1196).

2.2.1 Bonding

Bonding je proces, který příznivě podporuje vznik vztahové vazby, a proto je důležité správně rozlišovat termín bonding a vztahovou vazbu. T. Berry Brazelton je americký pediatr, který uvádí rozlišení těchto termínů. Bonding je, když se zamilujete, ale vztahová vazba je o tom, když člověk zůstane zamilován (Kurzová a kol., 2015, s. 5-7). Bonding je metoda, jejíž hlavním cílem je podporovat zdravé adaptační mechanismy dítěte a vytvořit tak vzájemný vztah mezi matkou a dítětem, potažmo dalších rodinných příslušníků (Mrowetz, Peremská, 2013, s. 201). Rané formy vztahové vazby mezi matkou a jejím dítětem slouží jako regulační faktor,

který sníží nebo ukončí stresovou situaci dítěte a umožní mu zažívat pohodu a radost (Sobotková, Dittrichová, 2013, s. 167).

První a nepřetržitý kontakt mezi matkou a dítětem po porodu má zásadní význam pro nově vzniklou rodinu a vede k pozitivním reakcím. V průběhu 3. a 4. doby porodní dochází k hormonálním změnám, které za předpokladu trvajících kontaktu vytváří mezi matkou a dítětem jedinečnou psychickou a zdravotní stabilitu. Kontaktem „kůže na kůži“ mezi dítětem a matkou dochází k základu mateřského chování a lepší poporodní adaptaci u novorozence. Novorozenec se lépe přisává k prsu matky, tím se urychlí nástup laktace a dochází rovněž ke snížení poporodního krvácení matky. Podpora vytvořená již v raném kontaktu je základním kamenem pro kvalitní poporodní péči. Pokud se žena nachází v situaci, kdy není schopna tohoto kontaktu, může převzít tuto úlohu otec dítěte (Mrowetz, Peremská, 2013, s. 201-204).

Bonding po porodu představuje biokomfort pro matku, který se projevuje zvýšenou tvorbou oxytocinu, lepším rozběhem laktace, lehčím překonáváním bolesti a v neposlední řadě dochází k rychlejšímu zavinování dělohy. Zároveň představuje určitý komfort pro dítě, a to zejména při podpoře adaptace dítěte, termoregulace a také jeho imunity. Dítě má hned po porodu neobyčejný behaviorální potenciál, který mu umožňuje slyšet, vidět a je biologicky připraveno navázat citový vztah s matkou. Naopak separace matky od dítěte představuje diskomfort pro oba. Bonding matky s dítětem by měl být nejen respektován, ale i maximálně podporován ze stran zdravotníků, pokud se nevyskytnou vážné komplikace, jako je například nějaký patologický nález, ať už ze strany matky či novorozence. Pokud však porod probíhal bez komplikací, novorozenec je životaschopný a matka projeví zájem, měla by mít možnost bondingu (Mazúchová a kol., 2016, s. 196-201). Znamená to, že hned po porodu je matce umožněn nepřerušovaný kontakt s dítětem, který trvá tak dlouho, jak chtějí a potřebují. Základem je vytvořit optimální podmínky, kdy dítě nikdo neodnáší na rutinní vyšetření, ošetření či koupání. Po jemném osušení je novorozenec položen matce na břicho či hrudník a dochází k vytvoření raného kontaktu „kůže na kůži“ (Mrowetz, Peremská, 2013, s. 201-204).

Podpora bondingu je zahrnuta v základních dokumentech WHO a UNICEF, v nichž se uvádí, že bezprostřední kontakt rodičky s novorozencem po porodu má být zajištěn na všech porodních sálech a ve zdravotnických zařízeních, které jsou označené jako „nemocnice přátelské k matkám a dětem“ Mother and Baby Friendly Hospital Initiative (MBFHI) (Mazúchová a kol., 2016, s. 196-201).

Mazúchová a kol. ve své publikaci popisuje zajímavý výzkum, který byl proveden na Slovensku, kde se zaměřuje na podporu bondingu po porodu. Studie se zúčastnilo 2001 žen ve věkové hranici 30 - 35let. Bylo zjištěno, že bonding nebyl umožněn u 55,7 % žen. U 31,6 %

matek bylo přiložení dítěte „kůže na kůži“ pouze na krátkou dobu v podobě 1-5 minut a 27,1 % rodiček prožily čistou podporu bondingu. Z toho vyplývá, že podpora bondingu byla pouze u 20,3 % matek (Mazúchová a kol., 2016, s. 196-201).

Podpora raného kontaktu vyžaduje pečovat o matku a dítě jako o celek rodiny, který lze eliminovat ze strany a sebevědomí zdravotníků. Čím více podpoří vzájemný kontakt „kůže na kůži“, tím více ulehčí start do života a adaptaci dítěte na vnější prostředí. Zdravotní personál tak napomáhá k posílení schopnosti ve zvládnutí rodičovské kompetence a jsou oporou pro upevnění zvládat následné situace spojené s výchovou (Mrowetz, Peremská, 2013, s. 201-204).

2.3 Psychologie porodu a šestinedělí

Porod je proces, který symbolizuje přechod do mateřství a je výjimečnou událostí v životě ženy. Celkový průběh porodu má značný dopad na duševní zdraví matky a dítěte (Wijma, 2003, s. 146). Radost a spokojenost z porodu přispívá k sebeúctě ženy, schopnosti vážit si sebe sama a ovlivňuje tak očekávání a průběh dalšího těhotenství a následného porodu (Simkin, 2011, s. 166). Prožívání porodu je stav, kdy dochází k vzájemné interakci mezi rodící matkou a sociálním okolím. Na základě tohoto prožitku žena vyhodnotí prostředí, ve kterém rodí, jako bezpečné či nikoliv. Jestliže se jedná o prostředí, ve kterém se žena cítí bezpečně a je vnitřně klidná, mohou se pozvolna vyplavovat hormony štěstí (oxytocin a endorfiny), které se podílejí na hladkém průběhu porodu (Kodyšová, Mrowetz, 2009, s. 23).

Schopnost vyrovnat se s výraznou psychickou zátěží v průběhu porodu, která ženu provází, se odráží na samotné osobnosti rodící ženy. Velmi důležitým předpokladem pro zvládnutí zátěže jsou vrozené vlastnosti a rovněž životní zkušenosti s vyrovnáváním se se zátěžovými situacemi. Prožitek a překonání z porodu může být u mnoha žen zdrojem sebedůvěry, sebevědomí, hrdosti a uspokojení (Ratislavová, 2011, s. 36-37).

Velmi náročnou životní etapu ženy představuje nejen porod, ale také období šestinedělí, kdy dochází k mnoha výrazným změnám nejen fyzickým, ale především psychickým a sociálním. Dnes je žena po porodu v porodnici hospitalizována 3-5 dnů. Přestože se nejružnější problémy objevují již při pobytu v porodnici, nejvýraznější obtíže se projeví až po propuštění. Problémy mohou být velmi různorodé, nejčastěji se jedná o obtíže v podobě nástupu a průběhu laktace, vyprazdňování, strava či bolest. Dále se může jednat o péči o dítě, episiotomii a prsy. Tyto obtíže mohou výrazně ovlivnit ženu nejen po fyzické, ale hlavně po psychické stránce. Může dojít k narušení sebevědomí, k nezvládnutí porodního traumatu nebo

nezvládnutí role matky. Ženy mohou prožívat úzkost, obavy, poruchy interiorizace a plnění rodičovské role (Vrublová, Dvořáková, 2018, s. 270-273).

Emoční stránka matky po porodu je velmi nevyrovnaná, což se projevuje prudkým a často zcela nepochopitelným střídáním emocí. Jednu chvíli je matka zcela euforická a plná pozitivní energie, vzápětí propadá neztišitelnému a často bezdůvodnému pláči a téměř depresivní náladě. Faktory, které ovlivňují psychiku šestinedělky, jsou hormonálního původu. Dochází k poklesu progesteronu a estrogenu, a naopak k sekreci prolaktinu a oxytocinu. Dále se jedná o průběh porodu a fyzické změny v poporodním období, jako je pokles hmotnosti, zavínování dělohy či změny tělesného schématu. V neposlední řadě je zde adaptace na novou životní etapu v roli matky, která obnáší mnoho změn v životním stylu, jako je nedostatek spánku, únava a neustálá pohotovost v péči o dítě. I když se většina žen po porodu cítí vyčerpaná a unavená, často nemůže usnout a ve svých myšlenkách si neustále přehrává celkový průběh svého porodu. Mnoho žen se snaží tento prožitek zpracovat a na základě této zkušenosti přijímá novorozené dítě jako bytost, která existuje. V zasetí svých myšlenek během kojení a péči o nového človíčka upevňuje matka citovou vazbu mezi sebou a svým dítětem. V období šestinedělí je matka v neustálé pohotovosti v péči o dítě, která je provázená vyčerpaností a únavou. Než si na tyto změny v této životní etapě zvykne, mohou se u ní projevit stavy spojené s pocitem neschopnosti a nedokonalosti (Ratislavová, 2008, s. 30).

2.3.1 Strach z porodu

Poprvé byl tento pojem popsán francouzským psychiatrem Louistem Victorem Marcé. V roce 1981 byl tento termín charakterizován a popsán v populaci švédských těhotných žen jako silná úzkost, která narušuje každodenní fungování a pohodu ženy (Nilsson a kol., 2018, s. 18).

Fyzické a psychické změny v průběhu těhotenství u většiny žen vyvolávají strach, který může souviset s porodem, zejména prožíváním porodu a nadcházejícím mateřstvím. Mírné obavy a strach v těhotenství je normální, napomáhá ženě v adaptaci na těhotenství a mateřství. Ovšem může mít také negativní dopad na kvalitu každodenního života těhotné ženy. Melender ve své studii z roku 2000 došel k závěru, že těhotné ženy pociťují největší strach z porodu, zdravotnického personálu a císařského řezu (Melender, 2002, s. 101).

Nejčastějším strachem při porodu je strach z bolesti, z nevlídného personálu a nátlaku na rodičku. Dále se může jednat o strach z dlouhého a vyčerpávajícího porodu, kde mohou být

použity porodnické kleště, nástřih hráze či porodní poranění sebe, nebo dítěte. Dále mohou ženy při porodu prožívat strach z bolesti po aplikaci epidurální či spinální analgezie (Mazúchová a kol., 2016, s. 149).

V průběhu samotného porodu se musí rodička cítit bezpečně po stránce fyzické, ale hlavně psychické. Pocity psychické nepohody, úzkosti a strachu mohou výrazně zkomplikovat průběh a následně prožitek porodu. Pokud je žena ve fyzické i psychické nerovnováze či případně křeči, stoupá u ní riziko zpomalení porodu či vzniku hypoxie plodu. Tyto pocity mohou průběh porodu zkomplikovat natolik, že je potřeba porod ukončit císařským řezem, což pocity úzkosti a psychické nepohody jen prohloubí a bludný kruh se roztáčí (Kodyšová, Mrowetz, 2009, s. 23).

Je důležité, aby se porodní asistentka a lékař věnovali psychickému stavu rodičky během porodu a aktivně vyhledávali projevy strachu, které by dokázali eliminovat vhodnými intervencemi. Některé rodičky vyhledávají pomoc samy pomocí internetu a strach z porodu se snaží zamezit vlivem hypnoporodu či modlitbou (Mazúchová a kol., 2016 s. 116).

2.3.2 Úzkost z porodu

Podkladem pro vznik úzkosti v těhotenství, a hlavně při porodu jsou především hormonální změny v organismu ženy a sociopsychologické faktory, které souvisí se změnou společenské role vůbec. Závažné nároky na ženu v tomto období klade mateřství (Praško a kol., 2002, s. 68).

Úzkost je popisována jako charakteristický rys, který určuje sílu emocí v těhotenství, a hlavně při porodu. Na úzkosti má dopad řada dřívějších událostí, jakým je například vliv negativního příběhu o porodu, který žena slyšela nebo četla (Zar a kol., 2001, s. 6). Vliv na průběh těhotenství a vnímání porodu má také posttraumatická stresová porucha, jež může být důsledkem znásilnění, zneužívání v době dospívání a následkem předcházejícího traumatizujícího porodu. Na podkladě dřívější zkušenosti se situacemi, které jsou citově a emocionálně velmi silné a ke kterým je možno přiřadit například porod, může snadno dojít k vyvolání vzpomínky na dřívější stresovou událost (Zar a kol., 2001, s. 6; Praško a kol., 2002, s. 68). Řada událostí, které se odehrály v minulosti, mohou do určité míry predisponovat a podílet se tak na rozvoji úzkosti v těhotenství a při porodu.

Velmi zúzkostňujícím faktorem je pro ženu ztráta dítěte v minulých těhotenstvích či narození dítěte s postižením. Dále hrají významnou roli faktory v podobě strachu, které se mohou také podílet na vzniku úzkosti. Tím je například strach z vlastní neschopnosti, strach z nesnesitelné bolesti, nebo strach ze ztráty sebeovládání při porodu (Praško a kol., 2002, s. 68).

2.3.3 Tokofobie

Chorobný, panický strach z porodu je definován jako tokofobie. Existuje celá řada fobií, které se mohou manifestovat mnoha symptomy, jako jsou například noční můry, zhoršené soustředění v práci či v domácích činnostech, záchvaty, panika nebo psychosomatická porucha. Jelikož může být tato úzkostná porucha spojena s posttraumatickým stresem a depresí, vyžaduje bezprostřední péči odborníků (Polívková, 2010, s. 16).

Během těhotenství je úzkost u ženy považována za běžnou součást přípravy na nadcházející porod. Tokofobie může ovlivňovat celkový průběh porodu. Jeho negativní dopad ovlivňuje dobu trvání porodu a zvyšuje incidenci akutních císařských řezů. Ve Švédsku tokofobie postihuje 3-16 % žen. Ženy, u kterých se na základě testů může rozvinou tokofobie, jsou již v průběhu těhotenství odkázány na psychosociální oddělení v rámci porodnictví a gynekologie, kde je jim poskytnutá rozšířená psychická podpora z týmu porodních asistentek, porodníků a psychologů. Studie prováděné v této zemi ukázala, že nepřetržitá podpora porodních asistentek či zdravotních sester má pozitivní vliv na průběh a dobu porodu a také ovlivňuje četnost císařských řezů (Sydsjö a kol, 2012, s. 468).

Existuje několik dělení, jak tokofobii kategorizovat. Raudenská rozděluje tokofobii na strach z bolesti, z neschopnosti a ze ztráty sebekontroly (Raudenská, 2014, s. 96). Polívková tuto poruchu ve své publikaci dělí dle rozdílné etiologie na primární, sekundární a terciální. Primární tokofobie se může vyvíjet již v období adolescence, kde vyvolávajícím podnětem může být například znásilnění, nebo převzetí vzorce chování od matky, která sama prožila traumatizující porod. Sekundární tokofobie se vytváří z traumatizující zkušenosti v předchozím těhotenství, jako je spontánní potrat ve vysokém stádiu těhotenství, porození mrtvého dítěte či akutní císařský řez. Jedním z příznaků terciální tokofobie je depresivní onemocnění ženy (Polívková, 2010, s. 16).

Profil ženy trpící tokofobií je charakteristický v pečlivém užívání antikoncepce, kdy kombinuje více metod, aby zabránila početí. Odmítavost těhotenství trvá do chvíle, než jí lékař přislíbí porod císařským řezem. I v této situaci je pro ni těhotenství zátěžovým životním

obdobím. Hofbergová a Brockington provedli výzkum, kdy se setkali s prvorodičkami, které svá těhotenství plánovaly a v průběhu této doby se rozhodly pro jejich ukončení. Jedna žena žádala umělé přerušování těhotenství a druhá prvorodička začala extrémně cvičit a doufala, že si tak přivodí spontánní potrat (Hofberg, Ward, 2003, s. 28).

2.3.4 Úzkost v šestinedělí

Poporodní období je vnímáno jako období zvýšené zranitelnosti vzhledem k možnému rozvoji afektivních poruch, mezi které patří poporodní deprese a úzkostná porucha. V šestinedělí dochází k hormonálním změnám, které se mohou výrazně podepsat na psychické stránce ženy. Míra úzkosti v období těhotenství a šestinedělí může být ztížena somatickými problémy, jimiž jsou například poruchy spánku, příjmu potravy, přibírání na váze či únava (Talová a kol., 2014, s. 30).

Dostatečná informovanost o dané problematice dokáže těhotnou či šestinedělku zbavit úzkostných pocitů, které jí mohou provázet v daném období. Důležitou roli v zachycení úzkosti hrají samotné známky úzkostných pocitů, které by měly být u žen vysledovány a nebagatelizovány. Jestliže žena trpěla úzkostmi již před těhotenstvím, je zde pravděpodobné, že se úzkost také projeví v období těhotenství a po porodu. Úzkostné matky kojí kratší dobu a častěji vyhledávají lékaře (Mohr, 2002, s. 22-24).

Těhotenská a poporodní úzkost jsou významnými rizikovými faktory, které se mohou podílet na vzniku psychopatologii u dítěte v průběhu dospívání. Dále pak můžeme hovořit ještě o mateřské úzkosti, která je rizikovým faktorem pro normální vývoj plodu (Correia, Linhares, 2007, s. 1).

2.3.5 Poporodní blues

Poporodní blues (někdy nazýváno jako baby blues) je charakterizováno jako syndrom, který je zcela specifický pro období šestinedělí. Tato porucha se nepovažuje za patologickou změnu v psychice ženy, ale je chápána jako přirozený adaptační proces v organismu ženy po porodu, která se může objevit ve všech kulturách (Rastislavová, 2008, s. 29). Provází je symptomy, jako jsou například plačtivost, náládovost, emoční labilita, podrážděnost, poruchy koncentrace, smutek, pocity bezmoci, zmatek, izolace, únava, neklid, napětí a úzkost (Takács a kol., 2016, s. 355).

Dle Talové a kol. se tato problematika vyskytuje u 50-80 % žen, jeho nástup může přijít již několik hodin po porodu, ale nejčastěji se objevuje v době, kdy je matka propuštěná do domácí péče, což je 3. den po porodu a zpravidla do 10 dnů spontánně odezní (Talová a kol., 2014, s. 31). Poporodní blues má u 75 % žen přechodný charakter, ale u 20-25 % se může rozvíjet do symptomů poporodní deprese (Takács a kol., 2016, s. 359). Jestliže tento stav u šestinedělky přetrvává déle než 14 dnů, je zde velké riziko vážné poporodní deprese. Poporodní změny nálad mohou být neškodné a spontánně odeznívají bez jakékoliv potřebné terapie. Pokud však potíže přetrvávají, je ženě doporučeno vyhledat odborníka. Tím je například psychiatr, psycholog, psychoterapeut, který posoudí závažnost poruchy, protože se z této poruchy může vyvinout depresivní porucha. Po císařském řezu je vyšší riziko závažnějších stupňů poporodního blues (Rastislavová, 2008, s. 27-31).

2.3.6 Poporodní deprese

Poporodní deprese je definována jako vážná a potenciálně ohrožující psychická nemoc. Může se objevit v kterémkoliv období po ukončení těhotenství. Jedná se například o potrat, mimoděložní těhotenství, nebo spontánní či operativní porod. Deprese je charakterizována jako nálada, která je často doprovázená pocity smutku, bezcennosti či beznaděje (Pope a kol., 2016, s. 1155). Samotné těhotenství a porod je pro matku obrovským zásahem do organismu, dochází k aktivaci hormonů, mění se stav vnitřního prostředí a kombinace těchto pochodů společně se stresem může vyvolat některý typ deprese (Jedličková, 2008, s. 87).

Poporodní deprese může navazovat na poporodní blues a liší se zkrácenou dobou emočních poruch. Může se objevovat za 6-12 týdnů, ale i do jednoho roku po porodu. Projevuje se déletrvajícím zhoršením nálady různého stadia a délky trvání. U 10-50 % žen tato porucha může přetrvávat až do dalšího těhotenství. Nejzávažnější druhy deprese se vyskytují většinou brzy po porodu. Méně závažnější se objevují od druhého týdne do jednoho roku po porodu (Pope a kol., 2016, s. 1155).

Poporodní deprese se u ženy projevuje nadměrnou vyčerpaností, nespavostí, podrážděností, sebevýčitkami, úzkostí či pocity strachu z nejistoty. Péče o dítě značně klesá a může dojít k rozvoji pokročilého stupně deprese, jimiž jsou například poporodní psychózy (Jedličková, 2008, s. 86-90). Riziko vzniku deprese se výrazně zvyšuje u žen, které mají věk pod 20 let, u žen bez partnera, se zdravotním handicapem, u rodiček, které mají 5 a více sourozenců, či u žen, které trpěly depresivními příznaky již před porodem, případně ty, které prodělaly závažnou depresivní poruchu v minulosti, která nemusela souviset s těhotenstvím,

nebo ty, u nichž se poporodní deprese objevila už dříve. Doplňujícím rizikovým faktorem je také vzdělání rodičky. Mezi další příčiny, které se podílejí na vzniku deprese, je náročný porod, který je ukončen císařským řezem či hormonální změny po porodu a reakci na stres (Hirst a kol., 2011, s. 34).

Existují dvě nejrizikovější období vzniku deprese v poporodním období: po příchodu ženy s dítětem domů z porodnice, nebo cca po 2 až 3 týdnech po porodu. V tento čas se matka vrací do všedního života a ztrácí pomoc příbuzných. Deprese se však může objevit kdykoliv během prvních šesti až dvanácti měsíců po porodu (Ratislavová, 2008, s. 28). U žen, jejichž anamnéza je zatížená rizikovými faktory, je vhodné provádět vyšetření podle Edinburské škály poporodní deprese (Hirst a kol., 2011, s. 30-36).

Léčba deprese probíhá během několika týdnů až měsíců. Jako základ léčby lze použít psychoterapii, která může být také prevencí. Každý zdravotník by měl ovládat základní prvky psychoterapie, jako je například rozhovor, který může být ženě nápomocný k přijetí situace (Jedličková, 2008, s. 86-90).

2.3.7 Poporodní posttraumatická stresová porucha

Posttraumatická stresová porucha je definována jako úzkostná porucha, která se rozvíjí po typicky emočně těžké, stresující, nadlimitní události. Závažnost dané situace přesahuje obvyklou lidskou zkušenost a je traumatizující pro většinu lidí (Praško a kol., 2002, s. 69). Poporodní posttraumatická stresová porucha, nebo také PTSD, se nejčastěji vyskytuje u žen, které buď dítě nedonosily, nebo došlo k předčasnému úmrtí dítěte v časném poporodním období. Porucha může také nastoupit v poporodním období, jestliže průběh porodu byl pro rodičku komplikovaný a výrazně bolestivý. K rozvoji této poruchy mohou přispět také okolnosti reálného života, těmi jsou tragédie v rodině, havárie, přepadení či živelná pohroma (Ratislavová, 2008, s. 27-31).

Trauma z porodu vychází především ze subjektivního vnímání porodu ženou. Jedná se o prožitky strachu, bezmoci a hrůzy v reakci na pocit ohrožení sebe sama nebo dítěte. Pocit z ohrožení dítěte nebo sebe sama jako celku nemusí v průběhu porodu korespondovat s klasifikací porodu odborníky. Korábová popisuje ve své publikaci prevalenci posttraumatické stresové poruchy po porodu v běžné populaci až na 3,1 %, v rizikových skupinách prevalence stoupá až na 15,7 %. Poporodní posttraumatickou poruchou po šesti měsících po porodu trpí přibližně 1,5 % žen. Na základě získaných poznatků můžeme říci, že

v České republice, kdy ročně porodí přibližně 108 000 žen, bude tedy 1600 žen trpět poporodní posttraumatickou stresovou poruchou (Korábová a kol., 2016, s. 14-19).

Hlavními rizikovými faktory, které se podílejí na vzniku poporodní posttraumatické stresové poruchy, jsou určité nepoměry mezi očekáváním a představou o porodu a realitou. S tím souvisí narušení integrity ženy a výrazné fyziologické a neurohumorální změny, s kterými je porod spojen. Mezi další rizikové faktory řadíme sexuální traumatizace ženy, tokofobie, psychiatrické onemocnění ženy v anamnéze a některé další symptomy, těmi mohou být úzkost, podrážděnost či deprese. Kvalita vztahu s partnerem se také může odrazit ve vzniku poporodní posttraumatické stresové poruchy, kdy nejistá citová vazba a nespokojenost v partnerském vztahu mohou být impulsem pro vznik této poruchy (Praško a kol., 2001, s. 157).

Poporodní posttraumatická stresová porucha se podílí na narušení vztahu mezi matkou a dítětem. Za typický projev žen, které prožily traumatizující porod, je považováno rozhodnutí nekojit své dítě. Tyto ženy se snaží vyhybat svému dítěti. Dítě pro ně představuje jen ztělesněnou připomínku porodního psychického traumatu a této skutečnosti se snaží zamezit. U některých žen se mohou objevovat pocity selhávání v roli matky, kde naopak převládá hyperprotektivní vztah k dítěti a lpění na kojení. Toto může být chápáno jako prostředek smazání viny (Praško, 2002, s. 57).

Kompetence v léčbě poporodní posttraumatické stresové poruchy po porodu má tým odborníků, jimiž jsou například psycholog či psychiatr. Svou roli také sehrává porodní asistentka, která může poskytnout poradenství ženám po traumatickém porodu. Ovšem tato úloha je v mnoha ohledech velmi náročná nejen ve stanovení potřeb pro kvalitní výcvikový program, ale v zajištění supervize (Korábová a kol., 2016, s. 14-19). Gamble a kol. se ve své studii z roku 2014 zaměřují na efektivitu poradenství, které je vedeno porodními asistentkami. Toto poradenství by mělo sloužit jako prevence vzniku poporodní posttraumatické stresové psychózy. Výsledky jejich studie jsou zatím nejednoznačné a podle názoru autorů je potřeba ve studii pokračovat po delší období (Gamble a kol., 2004, s. 16-19). Dle Simkin by se porodní asistentky měly více věnovat emocionální stránce ženy nejen v průběhu porodu, ale bezprostředně v poporodním období. Na základě těchto opatření mohou sehrát důležitou roli v prevenci a snížit tak riziko vzniku poporodní posttraumatické psychózy (Simkin, 2011, s. 167).

2.4 Spontánní porod po císařském řezu

Plánování a způsob porodu po předchozím císařském řezu představuje mnohé kontroverze nejen mezi odborníky, ale také před laickou veřejností. Vzhledem k narůstajícímu počtu porodů provedených císařským řezem jsou porodníci s touto problematikou konfrontováni stále častěji (Dostálek a kol., 2015, s. 51).

Vedení porodu u žen po předchozím císařském řezu spočívá v rozhodnutí nejen porodníka, ale především rodiček, které si mohou vybrat ze dvou možností, jak své dítě přivést na svět. Jednou uznávanou alternativou je elektivní opakovaný císařský řez (elective repeat caesarean section – ERCS) u žen s císařským řezem v anamnéze a druhou možností je vaginální vedení porodu po předchozím císařském řezu (vaginal birth after caesarean section – VBAC) (Hruban a kol., 2012, s. 128).

Pokus o vedení vaginálního porodu po předchozím císařském řezu se dostává do popředí od 80. let minulého století. V současném porodnictví již neplatí názor „jednou císařský řez, vždycky císařský řez“. Mnohé multicentrické studie popisují 60-80 % úspěšnost vaginálně vedených porodů u rodiček, jejichž anamnéza je zatížena předešlým císařským řezem. Úspěšnost takto vedených porodů je ovlivněná škálou demografických i porodnických ukazatelů, jako je věk matky, obezita či přidružené onemocnění, které mohou pravděpodobnost VBAC snižovat (Výmolová, 2013, s. 124).

Gavendová a kol. ve své publikaci srovnávají úspěšnost VBAC ve světě a v Evropě. Uvádí, že porodem vedeným přirozeně vaginální cestou po předchozím císařském řezu porodí ve Spojených státech amerických méně jak 10 % žen oproti Evropě. Tam je nárůst počtu takto vedených porodů mnohem vyšší a četnost vaginálních porodů po císařském řezu se pohybuje přibližně mezi 30 %, patří zde například Německo, Itálie a Irsko. Ve Finsku, Švédsku a Nizozemí je úspěšnost těchto porodů 55 % (Gavendová a kol., 2018, s. 286).

V České republice byla provedena studie, která probíhala v letech 2007-2010 na Gynekologicko-porodnické klinice Masarykovy univerzity a ve Fakultní nemocnici Brno. Ve studii se odborníci zaměřili na úspěšnost VBAC a faktory, které tuto úspěšnost ovlivnily. Dále hodnotili rizika a komplikace spojené s VBAC a v neposlední řadě se zaměřili na stav novorozenců narozených VBAC a ERCS. V tomto období bylo odvedeno 24 342 porodů. Z tohoto počtu byly do studie zařazeny rodičky s císařským řezem v anamnéze (1391 rodiček, 100 %) a rodičky s elektivním (opakovaným) císařským řezem (405 rodiček, 29,1 %). VBAC (vaginální vedení porodu) bylo indikováno u 986 rodiček (70,9 %). Vliv na úspěšnost VBAC byl hodnocen v podskupinách s jednotlivými faktory, které byly pozitivní (spontánní nástup

děložních kontrakcí, indukce porodu, jeden či více vaginálních porodů v anamnéze) a negativní (předchozí císařský řez pro poruchu porodního mechanismu, jako je například cervikokorporální dystokie, asynklitismus, vysoký přímý stav či nepostupující porod). Celková úspěšnost VBAC dosáhla 80,8 %. Úspěšnost v pozitivní podskupině byla 89,5 % pro spontánní nástup děložních kontrakcí a 88,2 % pro vaginální porod v anamnéze. Kladné hodnocení měla také anamnéza předchozího císařského řezu z důvodu poruchy porodního mechanismu, radící se do negativní podskupiny s 72 %. Mezi nejčastější komplikace, které se vyskytly u VBAC a ERCS, byla krevní ztráta (5,1 %). Riziko ruptury dělohy v souvislosti s porodem se v souboru nevyskytlo a také nebyl popsán žádný případ úmrtí rodičky či plodu po porodu. V závěru této studie se autoři shodují, že vaginální vedení porodu po předchozím císařském řezu představuje bezpečný způsob porodu (Hruban a kol., 2012, s. 127-132). Úspěšnost a bezpečnost VBAC také popisuje ve svém článku Gavendová a kol., která se shoduje s Hrubanem a kol., a kladně hodnotí spontánní nástup děložní činnosti a přítomnost jednoho vaginálního porodu v anamnéze, které navyšují pravděpodobnost takto vedených porodů na 85-90 %. Důležité je také zmínit, že každý pokus o vaginální porod po předešlém císařském řezu nemusí být úspěšný. Pokud dojde k neúspěšnému VBAC a je nutno provést akutní císařský řez, dochází k nárůstu mateřské a fetální morbidity, a to nejen ve srovnání se spontánním porodem, ale také v porovnání s císařským řezem.

Snahou českých a zahraničních porodníků je minimalizovat vznik rizika a snižovat počet císařských řezů a to tak, že způsob vedení každého porodu po císařském řezu je řešen individuálně s rodičkou. Na základě konzultace by se měl lékař ujistit, zda klientka porozuměla způsobu takto vedených porodů, a vše by měl řádně zdokumentovat. Všechny názory a rozhodnutí klientky musí být respektovány a nelze ženu trávající na císařském řezu nutit do přirozeného porodu a naopak (Gavendová a kol., 2018, s. 285-293).

2.4.1 Kontraindikace a specifika VBAC

Vaginální porod po předchozím císařském řezu není doporučen u žen, v jejichž anamnéze jsou zjištěny některé z následující skutečností. Tím je například: předchozí T-řez na děloze, děložní ruptura v anamnéze, více než dva císařské řezy v anamnéze, současná přítomnost jiné kontraindikace vaginálního porodu (poloha plodu, lokalizace placenty, nepřipravené porodní cesty apod.). Mezi další kontraindikace řadíme: nepříznivou pelvimetrii rodičky, makrosomie plodu s váhovým odhadem nad 4000 g, žena s morbidní obezitou, ultrazvukem měřený dolní děložní segment a jizva pod 3,5 mm, odmítnutí přirozeného porodu

pacientkou, indukce porodu a nepříznivý vaginální nález rodičky či nedostupnost provedení akutního císařského řezu (Gavendová a kol., 2018, s. 285-293; Hruban a kol., 2012, s. 127-132; Hanáček a kol., 2014, s. 493-495).

Jsou popisovány speciální případy, které mohou působit jako kontraindikace k vaginálnímu porodu po předchozím císařském řezu a není tomu tak. Řadí se sem ženy, jejichž anamnéza je zatížena onemocněním, které vzniklo již před otěhotněním, či nemoci, které vznikly v průběhu těhotenství, jako je například diabetes mellitus či gestační diabetes mellitus (GDM). Toto onemocnění není kontraindikací k porodům vedených vaginální cestou u žen po císařském řezu. Žena čekající dvojčata a plnicí všechny podmínky k vaginálnímu porodu není také dle Evidence Based Medicine kontraindikací k VBAC, rovněž také potermínová gravidita (Hanáček a kol., 2014, s. 493-495). Potermínová gravidita by neměla být překážkou k úspěšnému pokusu o VBAC, ačkoliv riziko selhání VBAC je vyšší než u žen, které rodí v termínu (Gavendová a kol., 2018, s. 290). Rodičky, jejichž porod po císařském řezu musí být indukován (vyvoláván), je ohrožen zvýšeným rizikem ruptury dělohy a také není kontraindikací k VBAC (Hanáček a kol., 2014, s. 494). S tímto faktem se shoduje ve své publikaci Gavendová a kol., která popisuje vysoké riziko děložní ruptury u žen, jejichž porod je indukovaný po předešlém císařském řezu (Gavendová a kol., 2018, s. 286).

2.4.2 Výhody porodu po předchozím císařském řezu

Předpoklad pravděpodobnosti úspěchu vaginálního porodu po předchozím císařském řezu je dán určitými faktory, jako jsou například: žena po jedné transverzální hysterotomii v dolním děložním segmentu, normální pánev rodičky s příznivým odhadem hmotnosti plodu. Dále je to děloha bez abnormalit v podobě jizvy, vrozené vývojové vady dělohy či děložní ruptura v anamnéze. Patří sem také vaginální porod již v anamnéze rodičky, přání a souhlas ženy родit vaginální cestou, spontánní začátek a průběh porodu, připravenost porodních cest při příjmu. Porod by měl být vedený pod lékařským dohledem s kontinuálním monitoringem plodu (Gavendová a kol., 2018, s. 285-293; Hanáček a kol., 2014, s. 493-495).

Vaginální porod po předchozím císařském řezu s sebou nese určité výhody. Těmi jsou například časná rekonvalescence a kratší doba hospitalizace rodičky. Dále se jedná o nízké riziko vzniku komplikací, které jsou spojené s operačním výkonem. Řadí se sem infekce, menší krevní ztráta a tím nižší nutnost podávání krevních náhrad. Dále to může být poranění orgánů v dutině břišní, vznik tromboembolismu či poruchy placentace, která svou roli hraje především

v následných graviditách. Úspěšný vaginální porod po předchozím císařském řezu vytváří lepší podmínky pro další těhotenství a jeho hlavní výhodou je okamžitý a nepřetržitý kontakt mezi matkou a dítětem ihned po narození a vytvoření pevné vazby (Gavendová a kol., 2018, s. 285-293).

2.4.3 Rizika porodu po předchozím císařském řezu

Největší obavy, které představuje porod po předchozím císařském řezu je riziko děložní ruptury. Incidence děložní ruptury a dehiscence jizvy je různorodá, a to z důvodu zaměňování obou termínů a jejich následných důsledků. Děložní ruptura patří k akutním stavům v porodnictví a vyžaduje urgentní řešení (Gavendová a kol., 2018, s. 285-293). Projevuje se bolestivostí v oblasti dolního děložního segmentu (v oblasti jizvy) vlivem intenzivního tlaku v době kontrakcí a způsobuje skryté nebo transparentní krvácení (Výmolová, 2013, s. 123-127).

Mezi další symptomy, které poukazují na možné riziko ruptury dělohy, patří například patologický monitoring plodu, náhlé zastavení kontrakcí, vaginální krvácení, či krvácení z močových cest a vymizení hlavičky plodu z porodních cest. Rychlé rozpoznání symptomů ruptury děložní a provedení urgentního císařského řezu vede ke snížení mortality a morbidit u matky a plodu (Hanáček a kol., 2014, s. 493-495).

Dle typu hysterotomie (řezu na děloze) při císařském řezu se odvíjí riziko děložní ruptury. V dnešní době je nejbezpečnější a nejpoužívanější transverzální incize v dolním děložním segmentu, která může být jednovrstevná či dvouvrstevná. Studie pocházející z 90.let neprokázaly vyšší riziko vzniku děložní ruptury ani u vertikálního řezu v dolním děložním segmentu oproti hysterotomie prováděné T-řezem, či klasickým řezem, které mají vyšší incidenci této komplikace. Ženy, jejichž jizva je šitá v jedné vrstvě, měly v následném těhotenství významně tenčí stěnu dolního děložního segmentu a častěji trpěly dysmenoreou (bolestivá menstruace) oproti ženám s dvouvrstevnou suturou. Riziko děložní ruptury u žen, které nejsou indukovány po předchozím císařském řezu s jizvou na děloze po transverzálním řezu v dolním děložním segmentu se pohybuje v rozmezí 0,5-1 %. Riziko pro novorozence z důvodu ruptury dělohy je malé a smrtí novorozence končí 6 % děložních ruptur. Vzácné je také neurologické postižení plodu, které může nastat pokud nedojde k vybavení plodu do 18 minut od stanovení diagnózy děložní ruptury (Gavendová a kol., 2018, s. 285-293).

Mezi časté komplikace císařského řezu, které mohou následně ovlivnit vaginální porod, patří zmiňována děložní dehiscence. Jedná se o rozvolnění jizvy, která je následkem hysterotomie a může probíhat zcela asymptomaticky, bez zjevného krvácení. Defekt je

lokalizován a způsoben nedostatečným zhojením jizvy na děloze. Diagnóza je stanovena na základě pooperačního průběhu po předchozím císařském řezu a nedostatečným zhojením sutury myometria, nebo v průběhu následujícího těhotenství, kdy dochází k dilataci dolního děložního segmentu vlivem rostoucího plodu, nebo se může projevit až v průběhu první či druhé doby porodní. Jestliže těhotenství a porod probíhá bez komplikací, dehiscence nemusí být diagnostikována a může k ní dojít až při kontrolním ultrazvukovém vyšetření po porodu. Pokud pacientka nemá potíže, není třeba tento defekt chirurgicky ošetřovat (Hanáček a kol., 2014, s. 493-495).

K dalším závažným problémům patří poruchy placentace, jako jsou například placenta accreta, increta, percreta a placenta adherens. Tyto patologické stavy jsou definovány jako abnormní fixace celé nebo částí placentární tkáně ke stěně děložní. Predilekční místo prorůstání placentární tkáně je oblast děložní jizvy. Výskyt této závažné porodnické komplikace se zvyšuje přímo úměrou s počtem provedených císařských řezů v anamnéze. Rodičky, které podstoupily 1 císařský řez, mají vyšší riziko vzniku vcestného lůžka až o 50 %. Toto riziko je pak 9krát vyšší u žen, jichž anamnéza je vícekrát zatížená opakovaným císařským řezem. Opakované císařské řezy také zvyšují rizika spojené s předčasným odloučením lůžka, kdy je na životě ohrožen život matky a plodu (Výmolová, 2013, s. 123-127).

Silver a kol. popisuje ve své studii soubor 723 žen, u kterých se po předchozím císařském řezu objevila porucha placentace ve 3 % porodů vedených vaginální cestou, 11 % u žen po 2 císařských řezech a 40 % u rodiček po 3 císařských řezech v předešlé porodnické anamnéze (Silver a kol., 2006, s. 246).

2.4.4 Vedení

Ženy, jejichž předchozí porod byl ukončený císařským řezem, by měly být poučeny o možnosti VBAC nebo plánovaném císařském řezu. Každá z těchto variant způsobu vedení porodu má svůj průběh, rizika a podmínky. Každá porodnice by měla mít vypracované informované souhlasy a doporučené postupy, jakým způsobem bude porod veden. Tyto metodické pokyny vytváří a schvaluje primář oddělení na základě doporučených postupů perinatologické sekce porodnické společnosti určité země. V České republice jsou tyto pokyny sestaveny Českou Gynekologicko - porodnickou společností (Hanáček a kol., 2014, s. 493-495).

Rozhodnutí rodiček, u kterých není shledána žádná kontraindikace, je základ pro úspěšný a bezpečný vaginální porod vedený po předchozím císařském řezu. Takový porod je potřeba vést jako rizikový, kde by rodička měla být informována o možných komplikacích

a výhodách tohoto porodu. Při rozhodování je důležitý postoj ženy a její představa o průběhu a vedení porodu. V neposlední řadě je podstatná spolupráce mezi erudovaným týmem a rodičkou, poskytnout adekvátní a srozumitelné argumenty, motivovat ženu a získat její písemný souhlas s daným řešením (Křepelka, 2008, s. 303-307).

V českém porodnictví je součástí dokumentace písemný informovaný souhlas rodičky. Na základě získané anamnézy současného těhotenství a vyhodnocení možných rizik, průběhu a indikace předchozího císařského řezu, je stanovena strategie stávajícího porodu.

Většina porodnic respektuje postoj rodiček a jejich volbu způsobu porodu po císařském řezu toleruje. Na některých pracovištích je budoucí rodička postavena před rozhodnutí porodníka a dojde-li k mylné představě a názoru, který se neshoduje se způsobem vedení porodu, pak je žena nucena si pro svůj porod najít jiné zdravotnické zařízení (Roztočil, 2008, s. 85-88).

Porod vedený po předchozím císařském řezu by měl být vedený jako rizikový, proto musí být novorozenec kontinuálně kardiokograficky sledován a žena má zajištěnou operační pohotovost porodnického týmu. Další podmínky, které musí být splněny, aby žena mohla родit spontánně, je například to, že hmotnost plodu by měla být menší než 4000 g v poloze podélné hlavičkou, uložení placenty mimo operační jizvu, velikost dolního děložního segmentu do 3,5 mm. Nevhodné pro spontánní porod po císařském řezu je například malá zúžená pánev, nezralý novorozenec, nepřipravené porodní cesty, aplikace velkých dávek oxytocinu a prostaglandinu či zevní tlak nebo komprese dělohy (Pařízek a kol., 2012, s. 203).

Samostatnou skupinu tvoří také ženy, u nichž došlo k neúspěchu v pokusu o VBAC a porod musel být ukončen císařským řezem. Tyto rodičky mají mnohem horší výsledky mateřské morbidity a mortality. Častěji se u nich projevuje infekce, febrilie, větší krevní ztráty, nutnost krevních transfuzí, poranění střev, močového měchýře a při ruptuře děložní i nutnost provedení hysterektomie (Hanáček a kol., 2014, s. 493-495).

3 Formulace problému

Plánování a způsob porodu po předchozím císařském řezu představuje mnohé kontroverze nejen mezi odborníky, ale také před laickou veřejností. Vzhledem k narůstajícímu počtu porodů provedených císařským řezem jsou porodníci s touto problematikou konfrontováni stále častěji (Dostálek a kol., 2015, s. 51). Vedení porodu u žen po předchozím císařském řezu spočívá v rozhodnutí nejen porodníka, ale především rodiček, které si mohou vybrat ze dvou možností, jak své dítě přivést na svět (Hruban a kol., 2012, s. 128). Otázek kolem přirozeného porodu po předchozím císařském řezu je mnoho. V mnoha případech se těhotné ženy, které dříve porodily císařským řezem, ani nedozví, že se také mohou pokusit porodit vaginálně. Při rozhodování je důležitý postoj ženy a její představa o průběhu a vedení porodu. V neposlední řadě je podstatná spolupráce mezi erudovaným týmem a rodičkou, poskytnout adekvátní a srozumitelné argumenty, motivovat ženu a získat její písemný souhlas s daným řešením (Křepelka, 2008, s. 303-307).

Při studiu odborné literatury byly autorkou nalezeny zahraniční články, ve kterých je opakovaně zmiňovaná kontroverze mezi názory odborníků i laické veřejnosti ke způsobu vedení porodu po prodělaném císařském řezu. Proto si autorka této práce položila otázku, zdali dojde k podobným výsledkům i ve svém okolí.

3.1 Cíle výzkumu

- 1) Podrobně popsat subjektivní prožitky a pocity žen se zaměřením na rozdíly v prožívaném období po císařském řezu a po spontánním porodu.
- 2) Identifikovat potřebu těchto žen, případně způsob, jak zvládat danou situaci.
- 3) Na základě získaných poznatků formulovat náměty a doporučení, které se týkají zkvalitnění péče o tyto ženy, a to nejen pro porodní asistentky, ale také pro širokou veřejnost.

3.2 Metodika

Vzhledem k citlivosti daného tématu a k dosažení výzkumných cílů byla použita metoda kvalitativního výzkumu, kde jsou zkoumány vztahy, problémy a pravidelnosti s cílem odhalit komplexní obraz těchto jevů. Jde tedy o nestatistické zpracování získaných údajů, kde je hlavní výhodou kvalitativního výzkumu to, že není předem přesně strukturovaný, ale je otevřený (Miovský, 2006, s. 16).

Charakteristika kvalitativní analýzy je dána interpretací získaných informací, která se zaměřuje na člověka jako jednotlivce. Na základě získaných dat kvalitativního výzkumu bude možno částečně porozumět prožívání žen, jejichž první porod byl ukončen císařským řezem a následný porod byl spontánní. Získané informace by následně mohly být využity ke zkvalitnění práce s těmito ženami v ústavní, případně komunitní péči. Zároveň by získané informace mohly být použity ke tvorbě edukačních materiálů pro porodní asistentky, případně pro těhotné ženy.

3.3 Sběr dat

Ženy byly vybrány záměrným výběrem přes instituce. To znamená, že k jejich vyhledávání a případně kontaktování bylo použito jejich spojení s určitou institucí (Miovský, 2006, s. 138). Hlavním záměrem byla spolupráce s oddělením šestinedělí gynekologicko-porodnického oddělení Slezské nemocnice v Opavě, kde byla podaná žádost, na již zmíněné oddělení, a této žádosti bylo náměstkyní ošetrovatelské péče vyhověno. Respondentky byly získány ke spolupráci přímým oslovením. Tyto ženy byly nejprve osloveny s žádostí o rozhovor před propuštěním z oddělení šestinedělí a následně kontaktovány po 5-6 týdnech. Všechny respondentky nejdříve ústně souhlasily s rozhovorem a následně těsně před rozhovorem podepsaly informovaný souhlas. Žádná z oslovených žen svoji spolupráci neukončila předčasně a všechny oslovené klientky rozhovor dokončily. Všechny rozhovory probíhaly individuálně s použitím nahrávacího zařízení. Pro sběr dat v kvalitativním výzkumu byla použita technika polostrukturovaného rozhovoru. Při rozhovoru se rodičky musí cítit bezpečně, proto bylo prostředí pro rozhovor vybráno respondentkami. Jeden rozhovor byl uskutečněn mimo domácí prostředí, ale ostatní ženy preferovaly rozhovory v domácím prostředí, důvodem byla nutnost péče o dítě. Rozhovory byly provedeny v období listopad 2018 až únor 2019 a trvaly 60-90 minut.

3.4 Charakteristika souboru

Kritéria výběru zařazení do souboru byla: ženy starší 18 let, po spontánním porodu před 5-6 týdny, jejichž předchozí porod byl ukončen akutním či plánovaným císařským řezem. Výzkumný soubor tvořilo 9 žen, které své předchozí dítě porodily císařským řezem – 3 plánovaným a 6 akutním. U 8 žen se jednalo o první a druhé dítě. Jedna žena měla nejprve dva spontánní porody, třetí porod byl ukončen akutním císařským řezem a čtvrté dítě porodila spontánně. Jedna respondentka prodělala císařský řez v zahraničí. Všechny ženy porodily své další dítě spontánně ve Slezské nemocnici v Opavě. Všechny ženy s císařským řezem v anamnéze přivedly své druhé dítě na svět přirozenou cestou. Dané období bylo vybráno z důvodu končícího šestinedělí respondentek, kdy fyzické i psychické poporodní změny ustupují a žena se vrací zpět k běžnému životu.

3.5 Zpracování dat

Všechny rozhovory z nahrávacího zařízení byly autenticky a detailně přepsány do textového procesoru MS Word. V rámci zachování anonymity byly rozhovory z nahrávacího zařízení vymazány a osoby v textu přejmenovány. Byly využity některé techniky zakotvené teorie, pomocí kterých došlo k analýze získaných dat. Jednalo se především o vytvoření kategorií a podkategorií pomocí otevřeného a axilárního kódování, nikoli však o tvorbu zakotvené kategorie (Strauss, Corbinová 1999, s. 80-84). Text rozhovorů byl postupně, a především opakovaně pročitán a analyzován. Barevně byly zvýrazněny ty části, které byly podstatné a týkaly se výzkumného problému. Kategorizace získaných údajů byla provedena na základě axilárního kódování, které následně navazovalo na otevřené kódování. Výstup, který vzešel z analýzy dat, je v podobě vytvoření kategorií a subkategorií. Doslovné citace respondentek, které byly pro kvalitativní výzkum použity, jsou v práci psány kurzívou.

3.6 Výsledky

Bylo vytvořeno celkem 5 kategorií, některé byly rozděleny do několika subkategorií. Některé byly uspořádány na základě časové posloupnosti a jiné jsou samostatné. Jednotlivé kategorie a subkategorie se vzájemně prolínají, proto se doslovné citace klientek mohly objevovat opakovaně.

Tab. 1

<u>KATEGORIE</u>	<u>PODKATEGORIE</u>
STRACH, ÚZKOST	
INFORMOVANOST	ROZHODNUTÍ
ŠESTINEDĚLÍ	BOLEST
	REKONVALESCENCE
	KOJENÍ
	PŘIJETÍ JIZVY
BONDING	ODLOUČENÍ
ZVLÁDÁNÍ ROLE MATKY	PŘIJETÍ DÍTĚTE
CO JE LEPŠÍ?	

Strach, úzkost

Jedním ze silných pocitů, který respondentky popisovaly, byl strach. Pocit strachu z porodu po předešlém císařském řezu popisovaly 4 klientky, jako je například paní Pavla, která popisovala strach z neznáma *...Sice tam byl ten strach z toho neznáma..., ale zároveň strach z opakování již známého císařského řezu ...Bála jsem se, jestli to dotáhneme do konce a porodím přirozeně... přesto si ale věřila ...ale já věděla že to zvládneme...* (Pavla). Strach z opakování situace, kdy původně spontánní porod skončí akutním císařským řezem pocítovala i klientka Martina *...Bála jsem se, že se to bude opakovat, ale bylo to v pohodě...* (Martina). Nebo Olga *...A po předchozí zkušenosti jsem se úplně nejvíc bála, že malý zase přestane spolupracovat a že to skončí jako předtím - akutní císařský řez. Měla jsem strašný strach, předešlý porod se mi rozběhl sám. A navíc jsem momentálně po císaři, bála jsem se, že nastanou komplikace a praskne mi jizva...* (Olga). Strach paní Romany pramenil z nedostatku informací, kdy se obávala plánovaného opakování císařského řezu. *...Měla jsem strach, bála jsem se, že když byl první chlapec císařem, že u druhého musím jít také, chtěla jsem mít tři děti a věděla jsem, že tři císaře mít nemůžu...* (Romana).

Všechny tyto ženy sice popisovaly strach před spontánním porodem po předešlém císařském řezu, ale zároveň se obávaly opakování císařského řezu. Proti tomu si paní Veronika vzpomněla, že se právě kvůli strachu z porodu rozhodla pro plánovaný císařský řez *...Měla jsem strach rodit přirozeně, a proto jsem zvolila císařský řez...* (Veronika).

Strach z císařského řezu jako takového popisovala paní Olga, u níž byl výkon prováděn akutně *...Císařský řez? Blejsklo se mi hlavou, ten já přeci nechci, nebyla jsem na to připravená, měla jsem strach ze všeho...* (Olga).

Určitý pocit strachu a obavy z přirozeného porodu převládal u paní Gabriely, jejíž předchozí císařský řez byl proveden akutně v cizině *...Má jediná obava z tohodle porodu byla akorát ta, že budu rodit v České republice. Tím, že ten předešlý porod, který byl ukončen akutně, jsem rodila v Německu, tak jediná obava byla z České republiky. Z toho, co mi popisovaly kamarádky, jsem měla strach, protože s Německem jsem měla velice kladné zkušenosti...* (Gabriela).

V některých případech měl strach konkrétní podobu. Jako třeba epidurální analgezie, které se bála klientka Olga *...Nabídli mi epidurál, viděli, že už to asi nezvládám (smích), hrozně to bolelo, tak jsem na něj kývla, i když jsem se bála abych neochrnula, přece jen je to do zad...* (Olga). Nebo strach z ruptury jizvy po císařském řezu. *...Byla to bezmoc, měla jsem strach, aby mi tam nepraskly nějaké stehy staré, nebo aby se mi ta jizva neotevřela a já přitom*

nedržela svoji dceru, a já se lekla, aby tam něco nevypadlo, a já mohla svou dceru upustit. Měla jsem strach... (Pavla). *...A navíc jsem momentálně po císaři, bála jsem se, že nastanou komplikace a praskne mi jizva...* (Olga).

Paní Lenka se nebála přímo spinální anestezie, ale uvědomila si své obavy z nejistoty *...Anestezii jsem po domluvě s doktorem vybrala spinální. Ehm, nevím, jestli bych šla znova, do stejného výběru. Bylo to velice zajímavé, měla jsem obavy z toho, co bude, a musím říct, že to bylo divné, nepřírozené...* (Lenka).

Strach o zdraví svého dítěte popisovaly především klientky, jejichž první císařský řez byl ukončen akutně *...Co bude s malou? Nevěděla jsem, jak je na tom mimčo...* (Olga).

Například paní Gabriela pocítovala strach po spontánním porodu, kdy jí nebyl umožněn bonding a její dítě bylo převezeno na novorozenecké oddělení *... Ten pocit bezmoci a strachu byl silnější než já. Věděla jsem, že je malý v pořádku, věděla jsem to, také hned potom porodu, proto jsem ani nechtěla, aby mi ho odnesli, i když byl na tom novorozeneckém. Měla jsem úzkost, smutek, ale věřila jsem, že je všechno v pořádku i potom porodu, a vadilo mi, že nemohu být s ním, a ta první hodina bez něj byla pro mě nekonečně dlouhá...* (Olga).

Klientka Zuzana srovnávala své pocity strachu, až bezmoci po císařském řezu a po spontánním porodu *...Měla jsem pocit bezmoci u císařského řezu, kdy ten pocit trval několik dnů. Oproti strachu, který trvá jen několik hodin, když se rozhodnete родit přirozeně, at' vše dobře dopadne...* (Zuzana).

Informovanost

Ženy, jejichž první porod byl ukončen akutním císařským řezem, měly pocit, že informace podávané zdravotnickým personálem jsou nedostatečné. Jako například paní Lenka *... Císařský řez u prvního dítěte byl velmi rychlý a zajímavý, správně akutní. Vše bylo rychlé bez informovanosti. Nic jsem nevěděla, nikdo mi nic neřekl, jen že půjdeme na císařský řez, a nastala rychlá příprava...* (Lenka). *...Co se týče informovanosti, nic jsem nevěděla, asi mi něco říkali, ale bylo to tak rychlé, a navíc jsem na to nebyla připravená psychicky. Vůbec jsem s tím nepočítala...* (Gabriela). Paní Veronika měla pocit nedostatku informací, ale spíše si uvědomovala, že si sama informace nevyhledávala *...Já jako prvorodička jsem se nějak nepídila po informacích. Ted' bych to už takhle nenechala...* (Veronika).

Jedna klientka po plánovaném porodu císařským řezem podané informace hodnotila kladně. *... Bylo tam plno světel, sestřiček, a také lékař, který mě informoval, že pokud budu něco cítit nebo budu mít cokoliv na srdci, může mi klidně vše říct. Informoval mě, co vlastně*

momentálně dělá, až po injekci, která byla nepříjemná... (Jana).

V dalším těhotenství si klientky samy aktivně vyhledávaly informace, nejčastěji pomocí internetových vyhledávačů, případně se účastnily předporodních kurzů. Na základě získaných informací se rozhodly rodit po císařském řezu přirozeně. *...Tentokrát jsem si chtěla všechno to krásné okolo užít, sbírala jsem informace a sepsala jsem si porodní plán, chodili jsme s manželem na předporodní přípravu a navštívili jsme několik porodnic, které nám budou nejvíce vyhovovat, a kde nám umožní родit přirozeně po císaři...* (Martina). *...Veškeré informace jsem měla přes internet, co potřebujete, si najdete, ale nejde se na to 100 % připravit, vždycky vás něco může překvapit...* (Pavla). *...Po určitém týdnu a vyšším stupni těhotenství mi lékaři zjistili, že mám streptokoka. Vůbec jsem nevěděla, o co jde. Díky internetu jsem si vše dohledala. Lékař mi to asi vysvětloval, co to znamená, ale já jsem nějak neuměla jeho informace přijmout...* (Jana).

Pouze paní Romana byla o podmínkách a rizicích porodu po císařském řezu informována od svého gynekologa *...Informovala jsem se u svého lékaře, a ten mi říkal, že pokud nebudou žádné komplikace v těhotenství a dítě bude vážit do 4 kg, že nevidí žádný problém, byla jsem šťastná tou radostnou zprávou, že můžu родit přirozeně, a u tohoto těhotenství jsem ani neváhala...* (Romana).

Každý člověk, který se ocitne v nové situaci, potřebuje získat informace důležité pro svoji orientaci. Rodičky, jejichž první porod byl ukončen akutním císařským řezem, byly z nové situace v šoku a neschopné vše správně a rychle pochopit a zpracovat.

a) Rozhodnutí

Všechny oslovené ženy, které prodělaly akutní císařský řez, se shodly v tom, že vše bylo velmi rychlé a měly pocit nedostatečné informovanosti a určité nemožnosti se s danou situací smířit, což souviselo s časovým faktorem. Nebyla jim dána možnost volby, prostě byly postaveny před rozhodnutí lékaře. *...Vlastně, po sedmi hodinách mi řekli, že budu muset jít jako by císařským řezem, pořádně jsem jako by kdyby nevěděla proč, až zpětně jsem se jako by dozvěděla informaci, že malý měl špatné srdeční ozvy...* (Zuzana). *...Císařský řez u prvního dítěte byl velmi rychlý a zajímavý, správně akutní, vše bylo rychlé, bez informovanosti. Nic jsem nevěděla, jen že půjdeme na císařský řez, a nastala rychlá příprava, která velice stresovala. Člověk měl dělat vše, jak mu říkali bandáže nohou, cévkování, kanyla. A co já a Tadeášek? Honilo se mi hlavou, potřebuji čas, chci všechno strávit...* (Lenka). *...Ale nebyl to plánovaný císařský řez, ale během porodu došlo ke komplikacím, měl špatné srdíčko a během půl hodiny se rozhodli, že bude císařský řez, tak jsem měla čas jen na podepsání*

papíru, na žádné rozhodnutí, bylo to velmi rychlé. Co se týče informovanosti, bylo to rychlé, já jsem na to nebyla připravená psychicky, vůbec jsem s tím nepočítala... (Gabriela). ...Lékařka mi oznámila, že bude nutné provést císařský řez. Ufff, prosím?? Císařský řez, blejsklo se mi hlavou, ten já přeci nechci, nebyla jsem na to připravená, měla jsem strach ze všeho, co bude s malou? Hned na to mi porodní asistentka zavedla cévku do močového měchýře a já rychle podepisovala papíry, které jsem nestíhala ani číst, protože mi ta porodní asistentka dávala cévku, a k tomu jsem měla bolesti a ještě jsem si měla dávat dolů šperky, nevěděla jsem co všechno mám dělat dřív a hned mě odváželi na operační sál (hlavou se mi honilo, že jsem nestihla dát pusu ani svému chlapovi, co když ho už nikdy nevidím?) (Olga). Paní Romana neměla možnost ani dodatečných informací, což na ní působilo velice špatně ...Nakonec se dral na svět ne hlavičkou, ale nožkama, přitom při příjmu k porodu byl otočen správně. Mě, jako prvorodičce, nic jiného nezbývalo, než jít pod kudlu a s nikým o ničem nediskutovat. Psychicky jsem se s tím nemohla dlouho srovnat... (Romana).

Proti tomu ženy, u kterých byl císařský řez naplánován, neupřednostňovaly deficit informací ze strany lékaře, jako například u paní Jany *...Ke gynekologovi, kde mi oznámil, že se Liliánka nechce otočit hlavičkou dolů, a proto jsme začali plánovat císařský řez. Domluvili jsme se, že pokud to nebude nutné, kvůli mého zvýšeného krevního tlaku, tak císařský řez naplánujeme na 38. týden, kdy je dítě vlastně dost vyvinuté na to, aby bylo mezi námi... (Jana).* Paní Pavla a Veronika si jasně vybavovaly, že měly možnost volby, i když paní Pavla tvrdil *... To bylo už dopředu dané....* Přesto vzpomínala na možnost volby *...Doktoři mi vlastně nabízeli dvě varianty, první varianta byla, že se násilně obrátí, a nebo bude císařský řez, podle toho jsem se následně rozhodovala, co bude nejlepší, ohledně následných rizik, co pro dítě, a co pro mě. Takže rizikově horší se mi zdálo z mého pohledu, že se násilně obrátí. A císařský řez se mi zdál zase rizikový pro mě, takže jsem zvolila císařský řez. Zvažovali jsme taky přetočení mimika, ale přišlo nám to velké riziko, tak jsme do toho nešli... (Pavla). ...Rodili jsme císařem, protože byl malý otočený zadečkem dolů, dali mi na výběr, že můžu rodit přirozeně, nebo můžu jít na plánovaný císařský řez. Měla jsem strach, a proto jsem zvolila císařský řez, který byl asi týden před termínem porodu... (Veronika).*

Rozhodování o způsobu porodu, který následoval po porodu císařským řezem, si vůbec nepřipouštěla paní Gabriela, pro kterou to byl již čtvrtý porod (první dva porody byly spontánní). *...Věděla jsem, že nemusím jít na vyvolání porodu, že se to rozběhne samo, chodila jsem na procházky a dávala si teplé vany, ale vnitřně jsem věděla, že to přijde samo, bez žádného zásahu... (Gabriela).* Všechny ostatní oslovené ženy se ke spontánnímu porodu po předchozím císařském řezu rozhodly na základě pohovoru s lékařem. *...Samozřejmě, že mé rozhodnutí, také ovlivnil doktor, pan gynekolog, který mě podpořil, takže jsem byla ráda.*

Vůbec mi neřekl žádné obavy, které bych z toho mohla mít, jen jediná informace, co mi řekl, je, že kdyby mělo dítě přes 4 kg, tak že by zvolil lepší variantu, což by byl samozřejmě ten císařský řez, a to kvůli tomu, že by mohla vlastně prasknout děloha... (Zuzana). ...Informovala jsem se u svého lékaře, a ten mi říkal, že pokud nebudou žádné komplikace v těhotenství a dítě bude vážit do 4 kg, že nevidí žádný problém. Byla jsem šťastná tou radostnou zprávou, že můžu rodit přirozeně, a u tohoto těhotenství jsem ani neváhala... (Romana). ...Se svým doktorem jsem se domluvila, že pokud bude vše v pořádku, že zkusím Justýnku přivést na svět přirozeně, nějak mé tělo chtělo zkusit rodit. Tělo asi ne, ale já byla zvědavá, jak to všechno vypadá, když žena rodí... (Jana). ...Myslela jsem si, že když mám první císaře, tak ten druhý musím jít taky, ale můj doktor mi řekl, že můžu rodit přirozeně, za co jsem byla moc ráda a byla to pro mě jasná volba... (Pavla). Paní Veroniku lékař spíše směřoval k opakovanému císařskému řezu ...Co se týče ze strany gynekologa, tak mě spíše naváděl na stranu císařského řezu. Říkali mi, že bych po císaři neměla rodit dítě více jak čtyři kila, jo a nevyvolávaný porod bych měla mít, ale paní Veronika si prosadila svoje rozhodnutí ...ale já si stala za svým s manželem... a to na základě získaných informací z tisku nebo webových stránek. ...Víte, manžel je štůra a měl o císaři všechno načtené, a dočetl se možných komplikací u toho mimča, jako je astma nebo ekzém ... A také můj gynekolog viděl, jak jsem nastavená, tak neměl ani žádné tendence mě od toho odrazovat... (Veronika). Na základě svojí intuice a svých zkušeností se rozhodovaly i jiné ženy. ...Už po císaři jsem měla jasno v tom, že teď budu rodit přirozeně a znovu do toho s manželem půjdeme. U prvního porodu jsem nad ničím nepřemýšlela, teď jsem měla jasnou představu, co chci a nechci. Neměla jsem žádný porodní plán. Chtěla jsem jen přirozený porod a měla jsem jasně dané věci, co chci a nechci mít u porodu. 1. podmínkou bylo to, že chci rodit bez epidurálu... (Olga). ...Ovšem u tohoto těhotenství jsem byla přesvědčena, že chci rodit spontánně, a to především kvůli toho, jak probíhal můj porod první. Tentokrát jsem si chtěla všechno to krásné okolo užít, sepsala jsem si porodní plán... (Martina). ...Proto jsem se rozhodla druhý porod rodit vaginálně, a jsem moc ráda, že se to povedlo. Nepřipouštěla jsem si, že by mohly nastat nějaké komplikace, je to všechno v té hlavě, jak je žena nastavena na samotný porod... (Zuzana). Některé ženy zmiňovaly i názory svých manželů. ...Můj manžel se trochu snažil se mnou diskutovat a rozmlouvat mi to, ale já si stála za svým... (Romana). ...Tak se taky přikláněl na cestu přirozenou... (Veronika). ...Ale přes úsilí manžela jsme do toho šli, také po druhé, aj s možnými riziky... (Martina). ...Zasvětila jsem do toho taky svého partnera, kterého jsem požádala o to, aby ty informace, jaký průběh porodu je, aby si o tom ty informace přečetl, aby věděl, jaké to má fáze, a v případě, jak by mi mohl být oporou, a samozřejmě se

o tom i bavili, což se nám i povedlo, protože v době kdy jsme měla druhý porod tak věděl, co má dělat po naší domluvě... (Zuzana).

Paní Romana ustála tlak lékařů při prodlouženém těhotenství. *...10 dní po termínu jsem se s doktorem domluvila, že nastoupím do nemocnice, kde se mi pokusí porod rozběhnout. Stále jsem odmítala sekci, i když přenášení bylo zdlouhavé a únavné. Jsem moc ráda, že jsem si přirozený porod obhájila...* (Romana).

Všechny ženy byly velmi rády, že se rozhodly pro spontánní porod po císařském řezu, žádná svého rozhodnutí nelitovala, a krásně to vyjádřila paní Pavla *...Jako co bych ženě doporučila, to je, ať se sama rozhodne, jako všechno má své rizika, každé má to svoje, ale nelituji toho, že jsem zvolila ten přírodní porod...* (Pavla).

Šestinedělí

Ženy shodně vzpomínaly na svoje pocity a prožitky v šestinedělí po císařském řezu, což pěkně vyjádřila paní Lenka. *...Po zotavení jsem byla převezena na oddělení šestinedělí, kde se o mě postarali. Byl to první pooperační den, vše mi bylo vysvětleno, jak pečovat a starat se o syna. Já z toho stejně půlku nepobrala, bylo toho tolik najednou, až při celkovém zotavení jsem dostala svého syna na kojení...* (Lenka). *...První den jsem jen ležela a zvládla jsem dojít na WC. Druhý den to bylo mnohem lepší, i já jsem se začala cítit lépe. Po 10 dnech jsme byli slavnostně propuštěni domů...* (Jana). *...Druhý den po císaři přišla panika, stres a plačtivost, pořádně ani nevím, co se mi honilo hlavou...* (Lenka).

Prožití šestinedělí po spontánním porodu kladně hodnotila například paní Martina *...Také potom na šestinedělí bylo vše v pořádku, ani jsem nevěděla, že jsem rodila...* (Martina). Nebo paní Lenka *...Na sále jsem vlastně zůstala dvě hodiny po porodu, a potom jsem byla přeložena na šestinedělí, kde to nebylo tak náročné, jak u prvního. Opět nám bylo vše vysvětleno...* (Lenka). *... A ohledně toho, jak jsem ležela v porodnici po porodu, tak jsem vnímala to, že ta péče je jiná, je intenzivnější...* (Zuzana).

Celkové vnímání a prolínání jednotlivých kategorií v rámci šestinedělí srovnávaly ženy po porodu císařským řezem a po spontánním porodu. Svě pocity popsala například paní Gabriela. *...Spontánní porod jsem celkově vnímala a bylo to úplně rozdíl od císařského řezu, nevnímala jsem tolik ty bolesti, nebylo to pro mě tak traumatizující, vnímala jsem jen to, že to miminko přijde na svět, a i toho co se týče po porodu, že jsme hned byli spolu, v rámci šestinedělí jsem se i rychleji zotavila než po tom císaři...* (Gabriela). Nebo paní Romana, kde je jasná souhra s kategorií rekonvalescence v době šestinedělí. *...Vstávání bylo úplně v pohodě*

oproti císaři, sestřička se mi smála na šestinedělí, že vypadám, jako bych ani nerodila...
(Romana).

Protože rozhovory probíhaly na konci šestého týdne po porodu, některé ženy dokázaly zhodnotit i období svého šestinedělí po návratu z porodnice domů. Vesměs po císařském řezu převládalo rozčarování. *...Po příchodu domů jsem se cítila jak Alenka v říši divů. Mozek nefungoval na normální věci, jako domácnost. Manžel mi velmi pomáhal. Zajišťoval chod domácnosti a já se věnovala dítěti. No, co Vám mám vykládat. Měl toho plné zuby, ale nemůžu si stěžovat. Nejhorší den byl druhý den, co jsme byli doma...* (Olga). *...Byla jsem z toho unavená, všichni na mě doma mluvili, jak to mám a nemám dělat...* (Jana). Paní Martina měla své šestinedělí komplikované operací žlučníku a následnou rekonvalescencí, což prožívala velmi negativně *...Po týdnu rozhodli, že muže jít malá domů, a mě přeložili na interní oddělení. Nějak mi to bylo jedno. Byla jsem ráda, že jsem ráda, že zvládám péči o sebe, natož o dítě. To víte, že mě napadaly myšlenky, co doma, jestli zvládají, ale nějak jsem to ještě nebyla já. Domů jsem byla propuštěna po měsíci a měla jsem pocit, že tam na mě čeká úplně cizí dítě...* (Martina).

Pouze paní Romana vzpomněla na období svého šestinedělí po spontánním porodu, které ale nehodnotila nijak negativně *...Jen asi 3 týdny po porodu jsem dostala velký zánět, ležela jsem v nemocnici na antibioticích, v teplotách a třesavkou...* (Romana).

Srovnání prožití šestinedělí krásně vystihla například paní Zuzana. *...Jedině přirozeně, mám z toho dobrý pocit i na konci šestinedělí, je to lepší, celkově je šestinedělí lepší po přirozeném porodu než po císařském řezu* (Zuzana), nebo paní Pavla *...Měla jsem pocit bezmoci u císařského řezu, kdy ten pocit netrvá několik hodin jako u porodu, ale několik dní až týdnů. Kdy ten člověk má problém se zařadit do normálního života. Ta fáze je velice dlouho a omezující. Nemůžete žádným způsobem fungovat, nebo cvičit. Po porodu jsem se cítila líp...* (Pavla).

a) Bolest

U klientek bezprostředně po operaci převažovaly pocity bolesti a tělesného diskomfortu. *...Ale nejhorší vlastně byla ta bolest, ta bolest té jizvy, toho břicha, těch prsů, byla ta nejhorší. I když mi dali to morfium, tak mi dali určitý počet mililitrů za den, během těch 7 dnů, ale ta bolest byla prostě ta nehorší, co mohla být...* (Pavla). *...Ze začátku to bylo docela těžké, docela mě to bolelo a těžce jsem si sedala...* (Jana). *...A všechno mě bolelo, nejen*

břicho, ale taky spodní část těla, jak bych to řekla, rodidel a pochvy. Bolelo to... (Olga). ...Hlavně si pamatuji ty bolesti po porodu císařským řezem, které jsou jako kdyby i intenzivnější, že mi opravdu trvalo týden, než jsem se nějakým způsobem dala do kupy, a ty bolesti byly intenzivní... (Zuzana).

Některé ženy se psychicky neuměly srovnat s pooperační bolestí *...Bolelo to a psychika pracovala, a já nevěděla, jak dál, jak si mohu pomoci. Věděla jsem, že to bude bolet, ale že bude bolest přetrvávat až do roka, to jsem nevěděla. Musela jsem se spoléhat na svého partnera tehdá, aby on přišel z práce a přebalil ji, protože ta bolest, ta záda, ten vnitřek toho těla uvnitř mě trpěl. U toho císaře mě otevřeli, ted' miminko je tady, a já jako co? Ted' já trpím. Celou dobu nic, mimčo je tu, ale já trpím... (Pavla). ...Ale přes ty bolesti jsem ani neuměla přemýšlet. Všechno mě hrozně bolelo... (Martina).*

Pouze některé ženy si uvědomovaly řešení své pooperační bolesti. *...U císaře jsem měla bolesti, ale to se dalo vždycky utlumit léky od bolesti, které jsem mohla brát a neměly vliv na malou... (Jana). ...I když mi dali to morfium, tak mi dali určitý počet mililitrů za den, během těch 7 dnů, ale ta bolest byla prostě ta nehorší, co mohla být... (Pavla). ...Když se to nedalo vydržet tak jsem si vždycky něco vzala na bolest... (Olga).*

Vlivem bolesti po císařském řezu si svůj první kontakt s miminkem nedopřála paní Lenka *...Bonding s miminkem jsem si přála velice, ale při té bolesti a strachu jsem si vše oddálila až na druhý den... (Lenka). Nebo paní Martina, která přes nesnesitelnou bolest a kombinaci různých antibiotik nekojila své dítě ...Protože jsem měla kombinaci různých antibiotik a léků proti bolesti, nedovolili mi ani kojit... (Martina).*

Porodní bolesti vnímaly některé ženy jako nesnesitelné a velmi intenzivní. *...Ohromná bolest... (Veronika). ...Začínala jsem mít větší bolesti, byla to ukrutná bolest, místy jsem měla až tmu před očima. Myslela jsem, že už to nezvládnou, že umírám... (Jana). ...Lékař mi nabídl epidurál, viděl, že už to asi nezvládám, hrozně to bolelo. Kroutila jsem se všemožně na porodnickém lůžku. A z ničeho nic přišly tři velmi silné kontrakce, při nichž jsem se neudržela na nohou a nebyla schopná sama vstát. Manžel mě musel zvedat. To jsem i poprvé zakřičela bolestí... (Olga). ...Hrozně mě bolelo v podbřišku... (Romana). Naopak paní Gabriela si uvědomila *...Během toho porodu jsem nevnímala ty bolesti... (Gabriela).**

Některé ženy si i uvědomily, že chtěly porodní bolesti řešit. *...Lékař mi nabídl epidurál, viděl, že už to asi nezvládám, hrozně to bolelo, tak jsem na něj kývla. A potom přišla lékařka z epidurálu. Píchání epidurálu, musím říct, že tedy bolelo víc než dosavadní bolesti. Lékařka nebyla schopna to napíchnout. Prý mám moc kostiček v zádech. No, pomyslela jsem si své. Asi po 10 pokusu napíchování se to konečně podařilo. Hurá a já dostala první dávku*

epidurálu. Jenomže ten mi nezabíral... (Olga). ...Ale tyhle bolesti, na to mi nepomohla žádná injekce nic... (Jana).

Všechny ženy si uvědomily, že přestože bolesti u spontánního porodu vnímaly zprvu negativně, s porodem tyto bolesti zcela ustaly a ženy na tyto bolesti vzpomínaly bez nějakých negativních pocitů. *...Bolest nesrovnatelná s ničím v životě, ale ihned po porodu jsem o ní nevěděla... (Romana). ...U přirozeného porodu přežije matka i svou smrt, ohromná bolest, ale ty následující okamžiky jsou nevysvětlitelné... (Veronika). ...U spontánního porodu je zvláštní bolest, bolest zad, břicha, ale tahle bolest trvala opravdu jen 5 hodin. Člověk si sáhne až na dno, ale potom, přes tu bolest uvidí ten výsledek a zaplaví ji nekonečná euforie z toho zázraku a už necítí nic, všechna bolest odezněla a má v sobě jen tu krásu... (Pavla). ...Cítila jsem jen bolest, kterou jsem musela rozdýchávat, ale věděla jsem, že zase odezní... (Jana). ...Bolelo to hodně asi 6 hodin a bylo po všem... (Martina).* Některé klientky, jako například paní Gabriela, si uvědomovaly, že touto porodní bolestí přijde na svět jejich vytoužené novorozené dítě. *...Bolesti při spontánní porodu jsem celkově vnímala pozitivně, věděla jsem, že přijde to miminko na svět. Během toho porodu jsem nevnímala ty bolesti, snažila jsem se být vnitřně s tím miminkem, ať je všechno v pořádku, soustředila jsem se jen na dítě a ty své bolesti jsem potlačila... (Gabriela), případně Martina ...Měla jsem jednu bolest za druhou, kde je císař, promítlo se mi hlavou (smích), ne, dělám si legraci. Ale ta bolest byla jiná. Byla moje, a já věděla, že s každou tou bolestí přichází na svět nový člen naší rodiny... (Martina). ...U porodu přirozeném jsem věděla že ta bolest bude stát za to. Žena, když trpí u porodu, je to úplně něco jiná, sáhne si až na dno a už necítí nic. Z té bolesti vlastně vznikne dítě... (Pavla).* Také paní Olga měla z porodních bolestí radost. *...Potom byly bolesti po čtyřech minutách přesně. Pořád dokola. Měla jsem šílenou radost, že je to přece jen ono a já přece jen rodím... (Olga).*

V rozhovorech ženy srovnávaly bolesti po císařském řezu a při a po porodu, a všechny se shodují, že bolesti po porodu jsou kratší, intenzivnější, ale lépe subjektivně hodnocené, zato bolesti po císařském řezu jsou vnímány negativně, přestože intenzita postupně klesá a z hlediska bolestí jednoznačně upřednostňují spontánní porod před porodem císařským řezem. *...Hlavně si pamatuji ty bolesti po porodu císařským řezem, které jsou jako kdyby i intenzivnější než samotný ten porod přirozenou cestou, nebo v té první fázi porodní, že mi opravdu trvalo týden, než jsem se nějakým způsobem dala do kupy, a ty bolesti byly intenzivní že, takže i proto jsem se rozhodla, i z tohoto důvodu, abych nebyla znovu řezaná, že... (Zuzana). ...Bolest nesrovnatelná s ničím v životě, ale ihned po porodu jsem o ní nevěděla. O první sekci jsem věděla skoro 3 měsíce... (Romana). ...Ale i když je jizva na povrch krásná, vnitřně ji stále*

cítím, a to je 6 let od porodu. Většinou je znát po nebo při nějaké námaze, zvedání, nebo když je změna počasí, musím si vzít brufen, zvláště to pne v bříše. Po porodu nic... (Olga). ...U spontánního porodu je zvláštní bolest, bolest zad, břicha, ale tahle bolest trvala opravdu jen 5 hodin, kdežto bolest po císařském řezu trvala intenzivně několik hodin a dnů po té operaci, ta bolest u spontánního porodu je jiná než ta bolest po císařském řezu, zásadně císařský řez a bolest po něm je mnohem horší. U porodu přirozeném jsem věděla, že ta bolest bude stát za to. U toho císaře mě otevřeli, ted' miminko je tady, a já jako co, ted' já trpím. Celou dobu nic, mimčo je tu, ale já trpím. Také jsem těžko přijala ten řez, tu jizvu, horko těžko, netrpěla jsem jen těch šest týdnů po té operaci, ale do roka jsem cítila řezání, tahání, pálení v té jizvě a bolest. Těch 6 týdnů, to bylo každý den, i s tím kojením, a ta psychika trpěla, nechtěla jsem brát žádné léky, ať neuškodím malé, ale trpěla jsem. Bolelo to a psychika pracovala, a já nevěděla jak dál, jak si mohu pomoci. Věděla jsem, že to bude bolet, ale že bude bolest přetrvávat až do roka, to jsem nevěděla... (Pavla). ...Několik dnů a ty bolesti byly intenzivní, to mám opravdu zaryté, že to bylo hrozné. Kdežto po porodu jsem bolesti měla také, ale nebylo to tak hrozné, cítila jsem se podstatně lépe... (Zuzana).

b) Rekonvalescence

Všechny ženy vesměs hovořily o snadné mobilizaci a rekonvalescenci po spontánním porodu oproti císařskému řezu. Zde se všechny shodly, že mobilizace po císařském řezu je mnohem náročnější a delší. *...Vstávání bylo úplně v pohodě oproti císaři, sestřička se mi smála na šestinedělí, že vypadám, jako bych ani nerodila, že tady skáču oproti ostatním maminkám... (Romana). ...Ale návrat do původního stavu jak fyzicky, tak psychicky, byl rozhodně lepší po normálním porodu... (Olga). ...Jakmile jsem měla císaře za sebou, tak jsem si řekla oukej, je to za námi, už bude dobře, jsme tři, co více si přát (smích), ale co nastálo následující den? Vstávání...ufff. Povím vám, že dodnes na to nezapomenu, vstávání bylo velmi zákeřné, má mobilizace nebyla 100 % oproti porodu, kde jsem o mobilizaci ani nevěděla. Bylo to bez komplikací, vše jsem zvládla na poprvé... (Lenka). ...Následné zotavení po tom porodu bylo nesrovnatelné, jako po tom císaři. Byla jsem schopna hned vstát, jít do sprchy, vyčůrat se a starat se o dítě. Obrovský rozdíl... (Gabriela).*

Paní Martina si přímo vybavovala konkrétní nepříjemné stavy spojené s mobilizací v podobě zvláštního tlaku v bříše a obtížného dýchání v době mobilizace po spontánním porodu. Dále si také uvědomovala bolestivé zavínování dělohy, které po přirozeném porodu pociťovala

intenzivněji než po porodu císařským řezem. *...Akorát si pamatuji zvláštní pocit když, jsem vstala z postele na porodním sále. Jak jsem cítila zvláštní tlak v břiše, jak se orgány snaží urovnat na své místo, a bylo mi z toho těžko a špatně se mi dýchalo, ale vše se dalo zvládnout oproti předešlému porodu, který byl císařským řezem. Jo, ještě to zatahování dělohy, to si u prvního nepamatuji, asi jsem byla oblblá léky, za to u tohoto těhotenství jsem si to prožila dostatečně, a první dva dny to bolelo jako porod...* (Martina). Paní Gabriela měla se zavínováním dělohy opačnou zkušenost. *...A na druhou stranu se mi po císaři hůře stahovalo břicho. Ted' cítím, že se mi stáhlo velice rychle...* (Gabriela).

Spojitosť s kategorií bolest je zřetelná v popsáních prožitcích paní Pavly, Gabriely a Lenky, které si uvědomovaly, že to byla pooperační bolest, která jim komplikovala rekonvalescenci po císařském řezu proti bezbolestné rekonvalescenci po spontánním porodu, kde byla mobilizace vždy rychlá a bezproblémová. *...Ale ta rekonvalescence byla rychlejší a prostě neměla jsem po porodu takové bolesti jako u císaře...* (Pavla). *...Nebyla jsem schopna tolik mobility jako u normálního porodu, byly tam ty bolesti, fyzicky jsem se srovnávala mnohem déle než ted', kdy jsem vlastně rodila spontánním porodem. Po přirozeném porodu jsem byla hned mobilnější, mohla jsem hned fungovat, po tom císařském řezu jsou bolesti...* (Gabriela). *...Nejen, že se mi zvedl tlak a žaludek, ale taky bolest byla ukrutně velká, nevěděla jsem, co mě bolí více, jestli záda z ležení, břicho rozříznuté, nebo uvnitř mě...* (Lenka).

Prolínání další kategorie můžeme vidět také u paní Gabriely, která si citlivost své jizvy uvědomila až v době mobilizace. *...V tu chvíli jsem jako nekontrovala tu jizvu, že mám, ale jakmile jsem se chtěla postavit, tak jsme, cítila, že je to jinačí, komplikovanější a náročnější své tělo nějakým způsobem ovládat...* (Gabriela).

Pouze paní Pavla se zmínila, že po císařském řezu nebyla fyzicky schopná se starat o dítě, což také ovlivnilo její následné kojení. *...Prostě ještě se natahovat pro to dítě. Nejhorší bylo to, že jsem to dítě musela nadzvedávat z té postýlky, jo, a ted', vlastně když jste po tom císařském řezu, tak jak to chcete dělat, jo? I když mi sestry pomáhaly, tak to potom nešlo, jak to chcete potom dělat sama, že jo, byly chvíle, kdy jsem na to byla úplně sama. Jo, a to potom nebylo úplně ideální. Ani to kojení se nám nepodařilo...* (Pavla).

Paní Martina si posteskla, že až v době mobilizace jí byl umožněn první kontakt s dcerou. *...Šarlot jsem viděla až 3. den, když mi ji přinesli ukázat. To byl taky první den, kdy jsem jakž takž vstala z postele...* (Martina).

Pooperační péči po operativním porodu lépe zvládají ženy, kterým byly podány adekvátní informace o mobilizaci. Deficit informací a chybějící edukace ze stran zdravotnického personálu negativně hodnotila paní Zuzana. *...První, co mi bylo řečeno, bylo,*

že musím jít do sprchy, co jako by nejdřív, to jsou jako by ty zásadní věci, co si pamatuji, bylo to pro mě velice složité, jít do té sprchy. První den jsem jako by ležela, že ten druhý den musím jít, že se musím jako by rozhybat, ale to jsou vždycky takové informace, co musíte první udělat, ale nevíte proč. První jsou příkazy, a potom až vysvětlení, kdežto kdyby člověk věděl, proč to dělá, tak mu to dává větší logiku. Jo? Je to logické a žene ho to dopředu... (Zuzana).

Rekonvalescence po císařském řezu, jak potvrdily respondentky, je delší, než po přirozeném porodu. Matka není fyzicky schopna se časně starat o dítě, což se často odráží na jejím psychickém stavu. Zatímco po nekomplikovaném přirozeném porodu je schopna se prakticky ihned postarat nejen o naplnění svých potřeb, ale zároveň se starat i o své dítě.

c) Kojení

Přestože má nástup laktace a následně upevnění správného kojení dítěte po císařském řezu a spontánním porodu svá specifika, žádná z oslovených žen žádná taková specifika ve svých rozhovorech neupřednostňovala. Některé ženy, jako například paní Romana, vůbec kojení po akutním císařském řezu nezmiňovala. Celková podpora kojení po císařském řezu velice úzce souvisí s bondingem nebo alespoň s kontaktem s dítětem co nejdříve po porodu. *...Už jsme zkoušely i kojení, tak tohle bych řekla, byl můj první větší kontakt s maličkou...* (Olga). Kojení po akutním císařském řezu například nepoznala paní Martina, které kojení vůbec nepovolili kvůli jejímu zdravotnímu stavu, kdy užívala nejen silná antibiotika, ale sama měla po operaci odstranění žlučníku pooperační zánětlivé komplikace. *...Protože jsem měla kombinaci různých antibiotik a léků proti bolesti, nedovolili mi ani kojít, ale byla jsem v takovém stavu, že bych to stejně nezvládla....* (Martina). Jiné ženy neměly problémy s kojením po císařském řezu, ať už se jednalo o výkon akutní či plánovaný. *...Že mi nosili Lili každou chvíli na kojení, byla strašně hodná a napila se...* (Jana). *...Malá byla šikovná, dravá, pěkně pila a mi se nalévala prsa. Měla jsem tolik mlíka, že jsem mohla nakrmit celou porodnici. Další dny již byly lepší, zvládala jsem kojení...* (Olga). *...Jakmile mě propustili z JIPky, tak jsem šla hned k malému, začala jsem kojít, pocitově to bylo příjemné...* (Gabriela).

Na druhou stranu jiné ženy nevzpomínaly na kojení po císařském řezu akutním či plánovaném jako na pozitivní zážitek. *...Ani to kojení se nám nepodařilo, protože mám velká prsa a bradavky, tak to nebylo ideální...* (Pavla). *...Je problém s kojením ne že by nebylo mlíko, ale spíše se jednalo o stresový typ, že jsem jako by kdyby nemohla pořádně sedět, ležet, spát, nevím, jaký na to mají vliv hormony, ale vím, že jsem měla i teplotu. Odhodlanost kojít, je*

velká, ale tím omezení a bezmocností císařského řezu je velká, kdy člověk bojuje nejen s prsy, ale hlavně se svým tělem, které tak bolí, že nejste schopni nic, natož se postarat o své dítě, natož ho vzít... (Zuzana).

Císařský řez má spojitost s kategorií vztahy, to je zřejmé z věty paní Pavly, jejíž císařský řez byl plánovaný. *...Měla jsem problém s kojením, a to také ovlivnilo vztah s mou dcerou...* (Pavla). Veronika podstoupila plánovaný císařský řez a z kojení byla tak zničená, že skončila na antidepresivech. *...A s kojením jsem měla taky problém, v návaznosti tím, že ten první okamžik neproběhne hned s tím miminkem, byl kojený do 4. měsíce, potom byl podvyživený, nepřibíral. Laktace nešla, dokrmovala jsem přešla jsem na umělou stravu, okolí do mě hučelo, kamarádky to rozebíraly. Říkali mi koj, když přibírá, tak to půjde, vydržela jsem to 4 měsíce, potom měl zelenou stolicí, hladověl, byla to zátěž na psychiku, brečel, nespál, bylo to náročné, skončila jsem na antidepresivech, manžel už to neunesl a vzal mě k psychiatrovi, psychika je složitá věc, vy si myslíte, že je vše v pohodě ale okolí to vidí jinak...* (Veronika). Zde je jasně vidět provázanost kategorie kojení a kategorie informovanosti. O informovanosti o kojení hovořila Zuzana, jejíž císařský řez byl akutní. *...A to třeba ohledně kojení, to jsou ty zásadní informace, které matka, převážně prvorodička, potřebuje a nejsou to jenom jako příkazy, ale i kdyby, proč to takhle mám dělat, což si myslím, že by jako v žádném případě nemělo chybět. Aby matka měla jako jasnou odpověď, proč to jak kdyby dělá...* (Zuzana). Lenka charakterizovala své kojení po akutním císařském řezu velice lakonicky. *...A při zotavení jsem dostala svého syna na kojení. Kojení, no, jako pro mě byla úplná věda, smekám před těmi, kteří to zvládají levou zadní. Ale chtělo to pevné nervy a klid...* (Lenka).

Všechny ženy měly dřívější zkušenost s kojením po císařském řezu, a teprve potom s kojením svého dítěte po spontánním porodu, tedy zde hrají určitou roli už jakési zkušenosti, ale přesto se zde dají najít určité rozdíly. Jako například u paní Romany, která své kojení po císařském řezu v rozhovoru vůbec nezmínila, tak o kojení po spontánním porodu mluvila pozitivně, byť měla určité problémy. *...Kojení bylo v pořádku, malá se už na sále krásně přisála a kojím vlastně až doteď. Jen asi 3 týdny po porodu to bylo ohrožené, protože jsem dostala velký zánět, ležela jsem v nemocnici na antibioticích, v teplotách a třesavkou, ale odšťíkávala jsem a zachránila si laktaci, za co jsem moc ráda. Já vím, že je to teprve 6 týdnů, ale myslím, že teď už to bude v pohodě. Kojení nám šlo už na porodním sále, takže jsem neměla obavu...* (Romana). *...O ono ten přirozený porod byl trochu komplikovanější, tak mi malého hned po porodu odnesli a hodinu po porodu jsem šla vlastně hned za ním a kojili jsme. Ale co se týče kojení, bylo v pohodě, hned se přisál, bylo to všechno v pořádku. ...Chtěli*

mu měřit i glykémii, to jsem nechtěla a zakázala jim to, protože jsem jim řekla, že začnu hned s kojením, věděla jsem, že je ten malý v pořádku... (Gabriela). ...Hned se mi spustilo mléko ... u druhé dcery mi tohle zachytili včas a dali mi ten klobouček a kojím až doted', za co jsem moc ráda, ale potom nastal strach, s tím kojením, ale s tím mi poradili tak jsem byla ráda... (Pavla).

d) Přijetí jizvy

Jizva po císařském řezu má velký vliv na psychiku ženy. Některé rodičky přijaly jizvu po císařském řezu jako pozitivní vzpomínku. Jako například paní Jana... *Jizvu, kterou mám po porodu, je skoro neviditelná, a jsem ráda, že mi připomíná naše malé štěstí* (Jana) Nebo paní Lenka, která svou jizvu nebrala v potaz. *...Přijmutí jizvy jsem si v tom spěchu ani neuvědomila, měla jsem v hlavě at' je syn v pořádku, nějaká kosmetická vada, ta mi byla úplně někde (smích)...* (Lenka). Naproti tomu jiné ženy mají problém přijmout svoji jizvu jako součást sebe samé. U některých rodiček vyvolávala až děsivé pocity, jako například u paní Gabriely, jejíž císařský byl akutní. *...Zjištění to že tam mám tu jizvu, bylo pro mě nejděsivější. Součástí jizvy jako svého těla bylo neplánované, byla jsem nespokojená, velká nespokojenost to byla. Já jsem brala ještě nějaké homeopatika, tak se to zatáhlo, ale bylo to neplánované, byla jsem z toho smutna, našťestí mě miminko přivedlo na jiné myšlenky, ale vnitřně jsem si to určitě uvědomovala, že to není součástí mě...* (Gabriela). *...Také jsem těžko přijala ten řez, tu jizvu horko těžko, ze začátku jsem nevěděla, co s ní mám dělat, jak se mám o ní starat, holit jí a tak...* (Pavla).

Jizvy po císařském řezu jsou citlivé a mohou pacientky obtěžovat ještě dlouho po operaci. Tento fakt si uvědomovala paní Olga *...Jizva dle slov lékařů vypadala dobře. Domů jsme šli 5. den po porodu /operaci. Ale i když je jizva na povrch krásná, vnitřně ji stále cítím, a to je 6 let od porodu. Většinou je znát po nebo při nějaké námaze, zvedání, nebo když je změna počasí. Musím si vzít brufen, zvláště to pne v bříše...* (Olga). *...Netrpěla jsem jen těch šest týdnů po té operaci, ale do roka jsem cítila řezání, tahání, pálení v té jizvě a bolest. Těch 6 týdnů to bylo každý den...* (Pavla). Paní Martina, jejíž císařský řez nebyl proveden klasicky, si posteskla. *...Protože jsem měla jizvu od shora dolů, přes celé břicho. Ne tak, jak je běžné, tak ji dodnes cítím. I když něco dělám, nemám ji pěknou. V létě si nemůžu vzít ani plavky, protože ji nezamaskuji...* (Martina). Paní Gabriela si svou jizvu uvědomila až v době mobilizace. *...V tu chvíli jsem jako nekontrovala tu jizvu, že mám, ale jakmile jsem se chtěla postavit, tak jsem cítila, že je to jiné, komplikovanější a náročnější své tělo nějakým způsobem*

ovládat... (Gabriela).

Pouze paní Romana srovnala jizvu po císařském řezu a poranění po spontánním porodu a hojení připisovala svému psychickému stavu ...*Moje jizva byla ošklivě sešitá, na mém jinak štíhlém břiše tvořila nevzhledné boule a přes moji odbornou péči se zlepšovala jen velmi pomalu. Tehdy jsem nechápala proč. Dnes už vím, že to bylo proto, že jsem ji neměla ráda, připadala mi ošklivá, nechtěla jsem se na ni ani podívat. Kdežto po spontánním porodu jsem měla jeden kosmetický steh vepředu bez poranění hráze, ani jsem o tom nevěděla...* (Romana).

Pooperační jizva způsobuje handicap u mnohých žen, kdy je důležité danou oblast, kde jizva vznikla, přijmout, mít ji ráda a pečovat o ní. Což pro řadu žen nebývá lehké. U některých žen může kontakt s jizvou vyvolávat smíšené pocity v podobě vzteku, bezmoci a smutku. Je důležité, aby se žena těchto pocitů nezalekla a dala jim volný průchod, „dostala je z těla ven“. Jizva po císařském řezu je pro některé ženy velmi těžce přijatelná, cítí se určitým způsobem označené, znevýhodněné, pohled na jizvu nebo dotek je pro ně frustrující. Je důležité, aby žena s těmito pocity a emocemi pracovala a neuzavírala je v sobě. Byť jizvu ženy mohou vnímat negativně, je třeba ji postupně přijmout jako součást svého těla, uvědomit si, že tudy se narodilo jejich dítě. O jizvu je nutno pečovat nejen po psychické, ale i po fyzické stránce, a dále je třeba věnovat se jizvám vnitřním, v hlubších částech tkáně.

Bonding

O bondingu po císařském řezu hovořily 4 ženy. Z toho všechny byly velmi rozčarovány, že k bondingu nedošlo, a tuto zkušenost hodnotily záporně. Například paní Veronika a paní Jana, jejichž císařský řez byl plánovaný, vyjádřily tuto zkušenost slovy ...*Jediné, co mi přišlo pociťově divné, a mám to, jako živou vzpomínku, je, že malého nedali mi, ani manželovi na bonding, to mi přišlo divné...* (Veronika). Pouze paní Jana si po císařském řezu uvědomila, že ji dítě přiložili k prsu. ...*Byla malinká, takže jsem ji několik málo minut cítila, a potom ji hned dali do inkubátoru...* (Jana). Paní nehovořila o bondingu, a ani se o bonding nejednalo, protože dítě bylo paní ukázáno, ale přiložení k prsu proběhlo až po zvážení, změření, a hlavně zabalení dítěte. ...*Byla překrásná, tak maličká se skvrnami po plodové vodě. Nebyla vůbec pomačkaná, byla překrásně růžová jako z časopisu, nemohla jsem uvěřit, že je naše. Poté si ji odnesli, aby nám ji ukázali umytou a zváženou s mírami 2750 g a 48 cm...* (Jana).

Paní Lenka její císařský řez byl akutní, byla také smutná ze situace, že svému dítěti nedopřála bonding, protože nestihla informovat zdravotnický personál. ...*Přítom jsem u císaře měla naplánovaný bonding, byla jsem z toho zklamaná, vše se najednou na operačním sále*

odehrálo tak rychle, že jsem jim ani nestačila říct, aby si malou vzal manžel na hrud', aby byla aspoň s jedním ze svých rodičů, aby cítila, že není sama, že je naše... (Lenka).

Bonding po porodu císařským řezem by měl být umožněn u všech pacientek, jejichž výkon je prováděn ve spinální či epidurální anestezii a probíhá bez komplikací. Při celkové anestezii matky je bonding umožněn otcí. Paní Gabriela si po akutním císařském řezu posteskla *...Při ukazování svého syna jsem byla totálně mimo, takže bonding byl přenechán na otcí, ale to vše záleželo na tatínkovi, jestli si to přál, v tom šoku, a bylo splněno, ani to vlastně nevím...* (Gabriela).

O bondingu po akutním a plánovaném císařském řezu se, byť negativně zmínily pouze 4 ženy. O bondingu po spontánním porodu se zmínily 2 ženy, které svůj prožitek hodnotily kladně. Paní Martina byla ve stávající euforii *...Nejkrásnější pocit byl, když mi ji hned po porodu nahou položili na břicho. Na pocit teplého stvoření na mém břiše nikdy nezapomenu. Cucala si prstíky a mžourala očima...* (Martina). Částečně stejné pocity měla také paní Jana, byť v jejím případě se nejednalo o bonding v plné míře. *...Okamžitě mi dali Justýnku na břicho, na kterém ležela asi pár minut. Poté mi přestřihli pupeční šňůru a odnesli malou na zvážení, změření a podepsání...* (Jana).

Tato skutečnost je dána tím, že bonding po porodu se bere už jako zcela automatická a přirozená aktivita, ale ne vždy tomu tak je.

a) Odloučení

První a nepřetržitý kontakt mezi matkou a dítětem po porodu má zásadní význam pro nově vzniklou rodinu a vede k pozitivním reakcím. Matky, kterým bylo dítě po porodu odneseno, popisují pocity smutku a vnímají celkový porod jako neukončený. Většina žen si kontakt se svým dítětem přeje a separace pro ně bývá traumatizujícím zážitkem, byť některé odnesení dítěte uvítají z důvodu nabrání sil po vyčerpávajícím porodu.

Výhodou raného kontaktu matky a dítěte je i pohoda personálu. Pokud personál ihned po přirozeném porodu, či císařském řezu dítě matce vezme a snaží se rychle provést všechny rutinní ošetrovatelské a administrativní úkony, může se tak dostat do stresové situace, která zvyšuje riziko chyb. Upřednostňování rutinních praktik před psychickými aspekty péče, které s sebou nese i separace matky a dítěte, zvyšuje i riziko nespokojené rodičky a narušení rané vazby. Daná situace nastala například u paní Jany. Škoda, že tento krásný a neopakovatelný okamžik po porodu císařským řezem, provedený ve spinální anestezii mohl trvat ještě déle kdyby zdravotníci nepřistoupili k rutinnímu umývání a vážení novorozence. *...Nebyla vůbec pomačkaná, byla překrásně růžová jako z časopisu, nemohla jsem uvěřit, že je naše. Poté si*

ji odnesli, aby nám ji ukázali umytou a zváženou s mírami 2750 g a 48 cm... (Jana). Stejný příběh se u paní Jany opakoval také po spontánním porodu. ...A byla na světě Justýnka, okamžitě mi dali Justýnku na břicho, na kterém ležela asi pár minut. Poté mi přestřihli pupeční šňůru a odnesli Justýnku na zvážení, měření, a podepsání... (Jana).

Některé respondentky si po císařském řezu uvědomovaly odloučení od svého dítěte, kdy trvalo několik hodin, než mohly poprvé spatřit své dítě. Jako například paní Gabriela. *...Odloučení bylo pár hodin, protože já jsem ležela na té jednotce intenzivní péče, ale manžel byl s malým, tak to mě uklidňovalo, že tam nebyl sám. Jak jsem se začala probírat, tak jsem říkala, že chci být s miminkem, oni mi to zakázali, nevěděla jsem, jestli je vše v pořádku, jako vnitřně jsem cítila, že je v pořádku, ale chtěla jsem být s ním. A trvalo asi dvacet minut, to vím, protože jsem se dívala na hodiny, než mě zavezli k malému... (Gabriela). ...To mi přišlo jako divné, jak tam kolem běhal ten manžel a říkal, jak ho viděl, jak je krásnej, a já tam ležím jako placek, v tom poloomámení, a ještě dneska mi jdou z toho slzy do očí, to je hrozné. Přišlo mi to hrozně cizí, že to člověk v sobě nosí devět měsíců, a teď, v tom silném okamžiku to miminko ani nevidí, fakt to je hrozné, i potom to bylo vlastně delší dobu, než jsem ho mohla vidět, a přinesli mi ho na pooperační... (Veronika). Nebo paní Martina, která své dítě poprvé uviděla až 3. den po operaci, a z důvodu pooperačních komplikací byla přeložena na interní oddělení, kde jí byl umožněn kontakt se svým dítětem pouze v návštěvní hodiny. *...Šarlot jsem viděla až 3. den po císaři, když mi ji přinesli ukázat. Po týdně rozhodli, že může jít malá domu a mě přeložili na interní oddělení. Pak už jsem ji viděla jen v návštěvních hodinách, když mi ji partner přivezl ukázat... (Martina).**

Pocit smutku z odloučení po císařském řezu popisovala také paní Olga. *...Byl to maličkatý zabalený uzlíček. Jak mi ji potom přivezly sestřičky, hned jsem se pomazlila se svým děťátkem, potom mi ji zase sestřička odvezla, že mi ji přivezou až ráno. Bylo mi smutno. Chtěla jsem, aby mi ji nechaly už se mnou, je přece moje, ale měla jsem se prvně postavit na své nohy... (Olga).*

Separaci od dítěte po spontánním porodu prožila paní Gabriela, která si musela vysloveně vyžádat, aby se mohla podívat na své dítě, a následně jí bylo ihned odneseno na novorozenecké oddělení. *...Tím, že jsem dlouho přenášela, tak ta plodová voda byla hodně špatná, tak mi ho hned odvezli. A vlastně hodinu po porodu jsem šla hned za ním. Sledovala jsem hodiny, minutu po minutě, kdy budu sním. Bylo mi líto, že nejsme spolu, že nemáme ten kontakt. Ale tohle bylo napětí, kdy jsme nebyli spolu. Odvezli mi ho tím, že jsem dlouho přenášela a ta voda byla hodně špatná, tak ho rychle osušili, kápli mu do očí a odvezli. Ještě*

jsem rychle volala na sestřičku, že ho chci vidět, tak mi ho rychle ukázala a já poté odpočítávala minuty... (Gabriela).

Odloučení od svého dítěte po spontánním porodu prožila také paní Jana, která byla z kapacitních důvodů dříve převezena na šestinedělí a její první kontakt s dítětem tak byl ukončen. ... *A kvůli tomu, že bylo plno. Tak mě porodní asistentka informovala, že pokud se cítím dobře a zvládnu to, přemístí mě na jiný pokoj, kde budu 2 hodiny stále sledována. Justýnku mi odvezli na novorozenecké oddělení, kde se o ní starali. Hned mi bylo po ní smutno. Justýnku mi přivezli asi 5 hodin po porodu a dali mi ji hned k prsu na pití...* (Jana).

Ženy po císařském řezu potřebují mnohem více podpory než ženy po spontánním porodu. Ve většině porodnic dochází k okamžité separaci dítěte od matky, kde se o matku a dítě nepečuje jako o jednu jednotku. Po císařském řezu je matka převezena na pooperační pokoj a dítě je odneseno na novorozenecké oddělení. Rodičky po císařském řezu nesmí 24 hodin vstávat a jsou odkázány na dobrotu zdravotníků, kdy jim dítě přinesou ke kojení.

Po fyziologickém porodu nestojí matce a dítěti nic v cestě v nepřerušovaném kontaktu, kromě rutinních postupů zdravotníků. Strach o novorozené dítě často vede personál k jeho ošetřování a zajišťování základních fyziologických potřeb, a tím dochází k ne-podpoře vzájemné vazby mezi matkou a jejím dítětem.

Zvládání role matky

Některé rodičky po císařském řezu měly pocit, že selhávají v roli matky, především v péči o své dítě. Jako například paní Pavla ...*A teď vlastně, když jste po tom císařském řezu, tak jak to chcete dělat, jo? I když mi sestry pomáhaly, tak to potom nešlo, jak to chcete potom dělat sama, že jo, byly chvíle, kdy jsem na to byla úplně sama* (Pavla). ...*Byla jsem ráda, že jsem ráda, že zvládám péči o sebe, natož o dítě...* (Martina). ...*Starání o mou dceru bylo obtížné, nevím, jestli to bylo tou postýlkou, ale měla jsem problém si ji vzít do náruče, přenášet ji a dávat ji na stůl přebalovací, to bylo těžké, hodně těžké...* (Zuzana).

Ženy po císařském řezu měly pocit, že nezvládají roli matky, protože nezvládají kojit, tedy dát dítěti najíst a uspokojit jeho základní potřebu. Jako například paní Veronika po císařském řezu, která měla pocit, že selhává ve své roli matky a nezvládá péči o své dítě. Nátlak okolí a neideální kojení společně s nevyřešenými problémy při kojení ji přivedl k antidepresivům. ...*Laktace nešla, dokrmovala jsem, přešla jsem na umělou stravu, okolí do mě hučelo, kamarádky to rozebíraly. Říkali mi: koj, když přibírá, tak to půjde. Vydržela jsem to 4 měsíce. Potom měl zelenou stolici, hladověl. Byla to zátěž na psychiku, brečel, nespál,*

bylo to náročné, skončila jsem na antidepresivech (slzy v očích). Manžel už to neunesl a vzal mě k psychiatrovi, psychika je složitá věc, vy si myslíte, že je vše v pohodě, ale okolí to vidí jinač. Po nasazení léku to bylo v pořádku. Bála jsem se, že se to bude opakovat, ale bylo to v pohodě, je to v pohodě, a je nám už krásně. Všechno se to srovnalo. Jsem ráda, že jsem ve správném okamžiku přišla k lékařské pomoci, protože jsem věděla, že musím fungovat kvůli malému, ale kojit za každou cenu nikomu nedoporučuji... (Veronika). Neúspěch v kojení a omezení po císařském řezu pociťovala také paní Zuzana, která vnímala neschopnost v péči o své dítě. *...Odhodlanost kojit, je velká, ale tím omezení a bezmocností císařského řezu je velká, kdy člověk bojuje nejen s prsy, ale hlavně se svým tělem, které tak bolí, že nejste schopni ničeho, natož se postarat o své dítě, natož ho vzít. A to jsem šla po týdnu domů, kde jsem pořád potřebovala nějakou asistenci, protože jsme měli doma schodiště, tak to bylo pro mě opravdu obtížné. Kdežto u spontánního porodu jsem tohle vůbec neřešila...* (Zuzana).

Pocit strachu a bolesti v nezvládnání role matky převažoval u paní Pavly, jejíž císařský řez byl plánovaný. *...Měla jsem strach, a k tomu to kojení, měla jsem strach, že tím, jak jsem na tom se nebudu umět postarat o svou dceru, že přes bolest, co mám to nedokážu...* (Pavla).

Pomoc ze strany partnera a rodiny v péči o dítě a zvládnání role matky zmínily pouze ženy po porodu císařským řezem. *...Musela jsem se spoléhat na svého partnera tehdy, aby on přišel z práce a přebalil ju...* (Pavla). *...Po příchodu domů jsem se cítila jak Alenka v říši divů. Mozek nefungoval na normální věci, jako domácnost. Manžel mi velmi pomáhal. Zajišťoval chod domácnosti a já se věnovala dítěti...* (Olga). *...Po 4 dnech jsem byla propuštěná do domácí péče, kde boj teprve začal, jsem na to sama, ano mám maminku, ale ta je několik kilometrů daleko, a nemůžu jí pořád volat a prosit o pomoc, když ještě pracuje to člověku nezbytvá nic jiného, než si šáhnout na své osobní dno a bojovat. Byl to boj. Velký, ale nádherný, a trvá doteď, protože člověk se celý život učí (úsměv)...* (Lenka).

Pocit selhání po spontánním porodu si uvědomovala pouze paní Jana. *...Byla jsem z toho unavená, všichni na mě doma mluvili, jak to mám a nemám dělat, dlouho nám trvalo, než jsme našli nějakou rodinnou harmonii, měla jsem přece ještě doma Lili, která potřebovala maminku plnou sil na hraní a kočárkování. Ale já místo toho pořád plakala, cítila jsem, že sama v sobě selhávám, že přece u Lili kojení nebyla věda, šlo to tak nějak samo, a to jsem byla prvoroďčka, ještě k tomu po císaři. U Justýnky to musí jít samo, byla jsem pořád v té své auře, ale bohužel to tak nebylo a malá cítila, že když nejsem v pohodě já, nebyla ani ona. Až když jsem přešla na umělé mléko, tak se vše srovnalo, výkyvy nálad, zoufalství, nevyspaní, hormony, začátek byl pekelný. Ale těžko říct, čím vším to bylo. Jestli naléhavostí okolí, nebo at' neselžu jako matka u první dcery, bylo toho hodně...* (Jana).

Srovnání péče o dítě a zvládnání role matky z pohledu císařského řezu a spontánního porodu pěkně vyjádřila paní Zuzana. *...A i když jsem přišla na novorozenecké oddělení, tak mi Filipa dali za den, nebo za dva, protože jsem se o něj nemohla starat, že? Jen jsem ležela a vlastně až ten druhý den jsem mohla jít do té sprchy, nebo jsem musela jít do té sprchy, tak...no a takhle po přirozeném porodu mi Jonáše dali hned a hned jsem o něj mohla starat a naplnit si svou roli matky...* (Zuzana).

Žádná z uvedených klientek po akutním či plánovaném císařském řezu nepociťovala selhání v neschopnosti porodit své dítě, spíše si uvědomovaly neschopnost se o něj postarat. Fyzická neschopnost plodila pocity méněcennosti. Především ženy po císařském řezu hovořily o potřebách svých dětí, které vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nemohly uspokojit a tento fakt vnímaly jako pocit selhání v roli matky. Jednalo se především o potřebu kojení, přebalování a starání se o dítě. Většina těchto žen potřebovala či vyžadovala pomoc v péči o dítě od manžela, rodiny či zdravotnického personálu. Pouze jedna rodička popisovala selhání v roli matky po spontánním porodu.

a) Přijetí dítěte

Podpora časného poporodního kontaktu mezi matkou a dítětem a následné přiložení novorozence k prsu matky se dává do souvislosti s menšími problémy s kojením. Tento režim má pozitivní vliv nejen na laktaci, ale především na časnou interakci a utváření vzájemného citového pouta mezi matkou a dítětem. Neumožnění kontaktu mezi matkou a dítětem popisovaly především ženy po císařském řezu, které měly problémy s kojením a s přijetím svého dítěte. *...Jo a to potom nebylo úplně ideální. Ani to kojení se nám nepodařilo, protože mám velká prsa a bradavky, tak to nebylo ideální. Možná to ten vztah ovlivnilo, mezi mnou a dcerou, takže nevím mno...* (Pavla). *...Měla jsem problém s kojením, a to také ovlivnilo vztah s mou dcerou* (Lenka). Nebo paní Veronika *...Aj ty city tam nebyly tak podpořeny, jako u toho druhého, bylo to stoprocentně úplně jinačí. Nevím, jestli to bylo zrovna tím, a teda proběhly mi potom nějaké psychické problémy. Měla jsem poporodní deprese, bylo toho hodně no...* (Veronika). Naopak paní Olga, svůj vztah s dcerou nedávala do souvislosti s přiložením k prsu. *...Jak mi ji donesli, věděla jsem, že už ji nikomu nedám...* (Olga).

Naopak po porodu, kdy je matkám umožněn bonding nebo alespoň přímý kontakt s dítětem, se stávají matky vyladěnější na potřeby svého dítěte, instinktivně mu lépe rozumí a daleko lépe jej přijme a dokáže své pocity přijetí lépe formulovat, což je vidět v rozhovorech při srovnání. *...A také s tou dcerou je to jiné, je více moje. Cítím to, a proto je i se mnou.*

Kdežto ta druhá je v cizině s bývalým partnerem... (Pavla). ...Jiříček po císaři byl, nechci říct cizí, ale bylo to jiné než Adámek po spontánním porodu. Já bych zrušila úplně císařské řezy. Ale přirozený porod je úžasný. Bála jsem se následně, že dojde k té depresi zase, ale byla jsem asi tak ošlehaná, nebo to bude spíš tím, že jsem ho porodila, že je můj a hned jsem si k němu našla cestu, ale u Jiříčka to bylo horší, šlo to přes zoubky. Zlobil a nevěděl, co chce, brečel, nechtěl jíst, spát, nic... (Veronika). ...Ono Štěpánka po spontánním porodu je úplně jiná než Tadeášek po císaři. Je více mazlivá, více moje. Nikdy nezapomenu na pocit, kdy se mi například doplazila k prsu. Bylo to jiné krásnější takové pozitivní na celý život... (Lenka). ...Filip po císaři byl hodně plačtivý, nespokojený. Kdežto Jonáš je zlatý, klidný a vystačí si sám. Filip plakal a plakal. Uspávala jsem ho v náruči, kdežto Jonáš je úplně jiný, celkově je šestinedělí lepší po přirozeném porodu než po císařském řezu. Ale přijetí u obou dětí bylo stejné, věděla jsem, že jsou moje... (Zuzana).

I tato kategorie je velice úzce provázána s jinými kategoriemi, jako například s kojením nebo šestinedělím.

Co je lepší?

Všechny ženy se jednoznačně shodly v tom, že císařský řez byl pro ně daleko více zatěžující a přinesl jim daleko více negativních prožitků a pocitů proti prožitku spontánního porodu, který hodnotily jednoznačně pozitivně. Tato shoda byla patrná ve všech uvedených kategoriích.

Například v kategorii strach si ženy uvědomovaly možné komplikace, které jim jejich situace přinášela a vyjadřovaly určité obavy, ale přesto jejich hodnocení vyznělo jednoznačně kladně ve prospěch spontánního porodu. Jako například paní Pavla *...Sice tam byl ten strach, z toho neznáma, jestli to dotáhneme do konce a porodím přirozeně, ale já věděla, že to zvládneme...* (Pavla). Nebo klientka Martina *...Bála jsem se, že se to bude opakovat, ale bylo to v pohodě, jeto v pohodě a je nám už krásně...* (Martina). Zcela negativní pocit, jakým je bolest, hodnotily klientky u spontánního porodu kladně a uvědomovaly si, že charakter bolesti je zcela jiný u porodních a pooperačních bolestí a že ve vnímání bolesti hraje roli časový faktor a určitá konečnost a odměna za nepříjemný prožitek bolesti. *...Bolest nesrovnatelná s ničím v životě, ale ihned po porodu jsem o ní nevěděla...* (Romana). *...U přirozeného porodu přežije matka i svou smrt. Ohromná bolest, ale ty následující okamžiky jsou nevysvětlitelné...* (Veronika). *...U spontánního porodu je zvláštní bolest, bolest zad, břicha, ale tahle bolest*

trvala opravdu jen 5 hodin. Žena si sáhne až na dno, ale potom přes tu bolest uvidí ten výsledek a zaplaví ji nekonečná euforie z toho zázraku a už necítí nic. Všechna bolest odezněla a má v sobě jen tu krásu... (Pavla). *...Cítila jsem jen bolest, kterou jsem musela rozdýchávat, ale věděla jsem, že zase odezní...* (Jana). *... Bolelo to. Hodně asi 6 hodin a bylo po všem...* (Martina).

Spontánní porod přináší také snadnou mobilizaci a kratší dobu hospitalizace, oproti porodu císařským řezem. Což si také uvědomovaly klientky v rámci šestinedělí. Všechny ženy vesměs hovořily o snadné mobilizaci a rekonvalescenci po spontánním porodu oproti císařskému řezu. *...Vstávání bylo úplně v pohodě oproti císaři, sestřička se mi smála na šestinedělí, že vypadám, jako bych ani nerodila, že tady skáču oproti ostatním maminkám...* (Romana). *...Ale návrat do původního stavu, jak fyzicky, tak psychicky, byl rozhodně lepší po normálním porodu...* (Olga). *...Jakmile jsem měla císaře za sebou, tak jsem si řekla oukej, je to za námi, už bude dobře, jsme tři, co více si přát (smích), ale co nastalo následující den? Vstávání ... uff. Povím vám, že dodnes na to nezapomenu vstávání bylo velmi zákeřné, má mobilizace nebyla 100 % oproti porodu, kde jsem o mobilizaci ani nevěděla. Bylo to bez komplikací, vše jsem zvládla na poprvé...* (Lenka). *...Následné zotavení po tom porodu bylo nesrovnatelné, jako po tom císaři. Byla jsem schopna hned vstát, jít do sprchy, vyčůrat se a starat se o dítě. Obrovský rozdíl...* (Gabriela).

Velice pozitivně hodnotily ženy bonding a brzký fyzický kontakt s dítětem, který po porodu císařským řezem vůbec u žen neproběhl. Tato vzpomínka na ne-bonding byla pro ženy nepříjemná a pociťovaly ji jako ochuzení, neuspokojení své potřeby kontaktu s právě narozeným dítětem, zatímco na poporodní bonding vzpomínaly s nadšením. Paní Martina byla ve stávající euforii. *...Nejkrásnější pocit byl, když mi ji hned po porodu nahou položili na břicho. Na pocit teplého stvoření na mém břiše nikdy nezapomenu. Cucala si prstíky a mžourala očima...* (Martina). Částečně stejné pocity měla také paní Jana, byť v jejím případě se nejednalo o bonding v plné míře *...Okamžitě mi dali Justýnku na břicho, na kterém ležela asi pár minut. Poté mi přestříhli pupeční šňůru a odnesli malou na zvážení, změření a podepsání...* (Jana).

Ženy nevzpomínaly ani na kojení po císařském řezu akutním či plánovaném jako na pozitivní zážitek. *...Ani to kojení se nám nepodařilo, protože mám velká prsa a bradavky, tak to nebylo ideální...* (Pavla). *...Byl problém s kojením, ne že by nebylo mlíko, ale spíše se jednalo o stresový typ, že jsem jako by kdyby nemohla pořádně sedět, ležet, spát, nevím, jaký na to mají vliv hormony, ale vím, že jsem měla i teplotu. Odhodlanost kojít je velká, ale tím omezení a bezmocností císařského řezu je velká, kdy člověk bojuje nejen s prsy, ale hlavně se*

svým tělem, které tak bolí, že nejste schopni ničeho, natož se postarat o své dítě, natož ho vzít... (Zuzana).

Především ženy po císařském řezu hovořily o potřebách svých dětí, které vzhledem svému zdravotního stavu nemohly uspokojit a tento fakt vnímaly jako pocit selhání v roli matky. Srovnání péče o dítě a zvládnání roli matky z pohledu císařského řezu a spontánního porodu pěkně vyjádřila paní Zuzana. *...A i když jsem přišla na novorozenecké oddělení, tak mi Filipa dali za den, nebo za dva, protože jsem se o něj nemohla starat, že? Jen jsem ležela a vlastně až ten druhý den jsem mohla jít do té sprchy, nebo jsem musela jít do té sprchy, tak...no a takhle po přirozeném porodu mi Jonáše dali hned a hned jsem o něj mohla starat a naplnit si svou roli matky... (Zuzana).*

Jednoznačné upřednostnění spontánního porodu bylo patrné i v podkategoriích přijetí dítěte, kdy byl matkám po spontánním porodu umožněn bonding nebo alespoň přímý kontakt s dítětem, který byl základem pro jeho potřeby. Matka díky tomuto úkonu instinktivně lépe pochopila a přijala své dítě, což je vidět v rozhovorech při srovnání. *...A také s tou dcerou je to jiné, je více moje. Cítím to, a proto je i se mnou. Kdežto ta druhá je v cizině s bývalým partnerem... (Pavla). ...Jiříček po císaři byl, nechci říct cizí, ale bylo to jiné než Adámek po spontánním porodu. Já bych zrušila úplně císařské řezy. Ale přirozený porod je úžasný. Bála jsem se následně, že dojde k té depresi zase, ale byla jsem asi tak ošlehaná, nebo to bude spíš tím, že jsem ho porodila, že je můj a hned jsem si k němu našla cestu, ale u Jiříčka to bylo horší, šlo to přes zoubky. Zlobil a nevěděl, co chce, brečel, nechtěl jíst, spát, nic... (Veronika).*

V některých rozhovorech klientky krásně porovnávaly porod císařským řezem a následující spontánní porod. Jako například paní Olga *...Jako asi to tak mělo být, že jsem zažila porod tak i tak. Jsem moc ráda, že jsem mohla zažít normální, přirozený porod. Když to srovnám, návrat do původního stavu, jak fyzicky, tak psychicky, byl rozhodně lepší po normálním porodu, než po císařském řezu... (Olga). ...Celý ten druhý porod ten spontánní jsem celkově vnímala a bylo to úplně rozdílné od císařského řezu, nevnímala jsem tolik ty bolesti, nebylo to pro mě tak traumatizující, vnímala jsem jen to, že to miminko přijde na svět, a i toho, co se týče po porodu, že jsem hned byli spolu, v rámci šestinedělí jsem se i rychleji zotavila než po tom císaři. Byla jsem hned mobilnější, mohla jsem hned fungovat, potom císařským řezu jsou jednak bolesti a na druhou stranu se mi i hůře stahovalo břicho. Ted' cítím, že se mi stáhlo velice rychle... (Gabriela). ...U přirozeného porodu přežije matka i svou smrt. Ohromná bolest, ale ty následující okamžiky jsou nevysvětlitelné. Po císaři je odcizení, velké a dlouhé, ono, kdybych to měla naopak, nejdřív porod přirozený, a potom císař, tak je to ještě horší, si myslím. Po císaři, když mi malého na šestinedělí odváželi, tak jsem to brala tak, že*

musí jít na vyšetření, ale po tom přirozeném porodu to bylo jiné, chtěla jsem být všude s ním. Já bych zrušila úplně císařské řezy, neříkám to z toho důvodu, že bych měla nějaké komplikace, ale z toho důvodu citového. Kdy mě to poznamenalo, po tom císaři to bylo všechno náročné... (Veronika). Nebo paní Pavla. ...Myslím si, že ten porod byl pro mě lepší, sice trval těch pět hodin a ten císař asi 30 minut, ale ta rekonvalescence byla rychlejší a prostě neměla jsem po porodu takové bolesti jako u císaře. Jako toho císaře bych už asi nechtěla nikdy zažít. I když jsem prosila u toho prvního, toho lékaře o císař, tak teď po normálním porodu, bych ho už nechtěla nikdy zažít... (Pavla).

DISKUSE

Předmětem výzkumu bylo popsat, zanalyzovat a zhodnotit subjektivní prožitky žen, které podstoupily císařský řez a následně spontánní porod. V diplomové práci jsou zpracovány rozhovory s matkami, které mají v anamnéze první (předchozí) porod císařským řezem a druhý (následující) porod spontánní.

Ze získaných rozhovorů jasně vyplynulo, že ženy rodící vaginální cestou, měly pocit lepšího naplnění a uspokojení svých potřeb, protože se na tomto procesu mohly fyzicky podílet. Naopak ukončení porodu císařským řezem pro ženy představovalo mnohdy násilný, nucený proces, a ženy nebyly schopné se se svojí situací správně psychicky vyrovnat. Měly pocit určitého neuzavření, nedokončení, nezpracování dané situace. Autorka této práce došla ke stejným závěrům jako Elizabeth A. Dunn a Colm O'Herlihy, i když se jejich práce nezakládají na kvalitativních, ale kvantitativních výzkumech. Elizabeth A. Dunn a Colm O'Herlihy se ve své studii z roku 2005 zaměřily na prožitky žen, jejichž první porod byl proveden císařským řezem a následující porod byl spontánní. Tato studie byla prováděna dotazníkovou metodou. Vyplynuly z ní však jednoznačné závěry, kdy spokojenost matek po spontánním porodu, který následoval po porodu císařským řezem, byla velmi vysoká. Všechny dotazované ženy by v dalším těhotenství preferovaly opakovaný spontánní porod. Autorky považují tyto výsledky jako velmi kladné a uklidňující pro těhotné ženy, které zvažují po předchozím císařském řezu, родit následující dítě vaginálně. Jednoznačně také doporučují, aby byly těmto ženám poskytnuty v maximální míře informace o způsobu a vedení porodu (O'Herlihy, Dunn, 2005, s. 56-60).

Zajímavým zjištěním také bylo, že těmto ženám nebyly v průběhu dalšího těhotenství poskytnuty relevantní informace ze strany gynekologů a porodních asistentek o způsobu vedení porodu po předešlém císařském řezu a byly nucené si tyto informace dohledat pomocí internetu či návštěvou předporodních kurzů. Autorka v rámci rešeršní strategie našla 2 bakalářské práce s podobnou tematikou. Ke stejnému závěru došla také Štencelová, autorka bakalářské práce, která upozorňuje na skutečnost, že největším problémem pro ženy je deficit informací v dané problematice a poukazuje na nárůst opakovaných císařských řezů pro neochotu porodníků a nemotivaci ke spontánnímu porodu u žen s císařským řezem v anamnéze (Štencelová, 2013). Druhá práce měla podobnou strukturu a rovněž se jednalo o kvalitativní výzkum. Autorka Smetanová došla ke stejnému závěru, kdy všechny oslovené ženy preferovaly spontánní porod a rovněž byl u nich největším problémem deficit informací (Smetanová, 2017).

Jedním ze silných pocitů, který respondentky popisovaly, byl strach. Pocit strachu z porodu po předešlém císařském řezu a riziko komplikací popisovaly téměř všechny ženy. V některých případech měl strach konkrétní podobu. Jednalo se třeba o epidurální analgezii. Přitom Sentilhes a kol. vypracovali doporučení pro klinickou praxi ve Francii, kde podrobně rozepisují možná rizika spontánního porodu a opakovaného císařského řezu. Doporučují těmto ženám při porodu užít epidurální analgezii. Rovněž poukazují na nutnost pečlivého zhodnocení daného stavu těhotné ženy a podání dostatečných informací. (Sentilhes a kol, 2013, s. 31).

Při analýze rozhovorů bylo také zjištěno, že to, co ženy celkově postrádají, je bezprostřední kontakt a navázání rané vazby mezi matkou a dítětem ihned po porodu. Všechny ženy převážně hovořily o císařském řezu, kde podpora bondingu byla téměř nulová. Tyto ženy také poukazovaly na problémy s kojením po císařském řezu a negativně hodnotily aktivitu svých dětí, které byly více plačtivé. Ke stejným výsledkům ve svém výzkumu došel také Christensson v roce 1995, který se zabýval poporodní adaptací u novorozenců. Ve své studii, kde nerozlišoval, zdali se jedná o vaginální porod, či porod císařským řezem, došel k závěru, že děti, které byly položeny na matčino nahé tělo ihned po porodu a setrvaly tam přibližně 90 minut, plakaly v následném období mnohem méně než děti, které byly ihned po porodu váženy, měřeny a dány do zavinovačky (Christensson, 1995, s. 468). Ovšem zajímavé je, že v porodnicích při přijetí na porodní sál dostávají rodičky k podpisu informovaný souhlas, kde souhlasí s bondingem. Otázkou k diskuzi tedy je, jakou platnost má tento dokument, pokud dojde k císařskému řezu?

Dalšími problémy, které ženy pociťovaly a které vyplynuly z výzkumu, byly chybějící pocit podpory a pomoci. Ženy nejvíce postrádaly pocit podpory ze strany zdravotnického personálu. Dostatečná informovanost a podpora v rozhodnutí o způsobu porodu zvyšuje bezpečnost a schopnost přivést na svět dítě přirozenou cestou. Ženy v době rozhodování o spontánním porodu po císařském řezu vyjadřovaly pocity strachu a obav nejen ze způsobu porodu, ale i ze svého rozhodnutí. Stejný závěr ve svém výzkumu popisují také nizozemští autoři Jongen, Halfwerk a Brouwer, kteří se ve své studii, jejíž výsledky byly publikovány v roce 2005, zaměřili na ženy, jejichž první porod skončil akutním císařským řezem a které své další dítě porodily spontánně bez použití operačních technik. Přestože při své rešeršní činnosti našli několik studií, které poukazovaly na to, že u adekvátně vyšetřených a poučených žen s předchozím císařským řezem je spontánní porod stejně bezpečný, nebo dokonce bezpečnější pro matku než opakovaný císařský řez, ve Spojených státech amerických takových žen rodí spontánně pouze 10 %, a to na základě doporučení gynekologů. Mnoho porodníků není ochotných svým pacientkám umožnit ani pokus o spontánní porod, přestože úspěšný vaginální

porod zkracuje dobu hospitalizace a zvyšuje spokojenost pacientek. Tito autoři sledovali pacientky na klinice v Leeuwarden a dle jejich sledování 79 % pacientek s předchozím akutním císařským řezem porodilo své další dítě spontánně, a proto jednoznačně doporučují, aby byly těhotné ženy s anamnézou akutního císařského řezu podporovány v rozhodnutí rodit další dítě vaginálně. Protože v Nizozemí probíhá více než 50 % porodů v domácím prostředí, přiklánějí se tito autoři k tomu, aby tyto ženy rodily v lékařských centrech. Ve své studii navázali na práci Millera a kol. z roku 1992, a Hoskinse a Gomeze z roku 1997, kteří uvádějí, že čím více je porodnická branka rozevřena v okamžiku akutního císařského řezu, tím větší šance je na úspěch při následujícím vaginálním porodu (Hoskins a Gomez, 1997, s. 592, Miller a kol, 1992, s. 215, Jongen, Halfwerk a Brouwer, 2005).

Doporučení pro praxi

Autorka této práce se domnívá, že na základě získaných poznatků by bylo vhodné se více zaměřit na psychiku těchto žen a lépe s danou skupinou komunikovat. Mezi lékařem, porodní asistentkou a těhotnou ženou by měla probíhat efektivní komunikace, která by měla prohlubovat a zlepšovat informovanost u žen, které se nachází v této situaci.

Dle soudu autorky, při edukaci budoucích rodiček, jejichž anamnéza je zatížena císařským řezem, často chybí ze strany porodníků a porodních asistentek komplexnost poskytovaných informací. Ve většině případů je ženám pouze zdůrazněna možnost, že se situace může opakovat a další porod opět může skončit císařským řezem, někteří lékaři spíše hledají důvody pro opakovaný císařský řez a ženu v rozhodnutí opakovaného císařského řezu spíše podporují. Bohužel se už nezdůrazňuje automatická možnost porodit spontánně, což je podle soudu autorky komunikační chybou, a z tohoto důvodu je část laické veřejnosti přesvědčena o tom, že když jednou žena porodí císařským řezem, tak spontánní porod již nemůže prožít.

Proto by bylo žádoucí, aby se o dané problematice více hovořilo nejen v odborných kruzích, ale také mezi širokou veřejností. Otevřená diskuse by mohla přinést validní informace mezi těhotné ženy a rodičky, které nejsou schopny samy vyhodnotit situaci, v které se nachází. Na informovanosti žen by se měly podílet nejenom lékaři, ale především porodní asistentky, které by rodičku měli více motivovat k pokusu o přirozený porod.

ZÁVĚR

Císařský řez je chirurgický zákrok, který je v dnešní době vnímán jako jednoduchý a rychlý proces, a proto mnoho žen tento způsob porodu preferuje. Jestliže je císařský řez naplánován, představuje tento výkon pro ženu určitý komfort, který jí uchrání od porodních bolestí, strachu z porodu a z mnoha rizik, které s sebou vaginální porod v některých případech nese. Stále však existuje nemalá skupina žen, která upřednostňuje porod přirozenou cestou. Nastane-li situace, kdy je v průběhu porodu rozhodnuto o akutním císařském řezu, mnoho žen tuto skutečnost přijímá jako osobní selhání a vnitřní neuspokojení z neschopnosti porodit dítě přirozenou cestou. Právě tyto ženy jsou v dalším těhotenství stavěné před rozhodnutí, jak své další dítě přivedou na svět. Ženy, jejichž předchozí porod byl ukončen císařským řezem, by měly být poučeny o možnostech a způsobu vedení porodu po předchozím císařském řezu. A to o variantě vaginálního porodu nebo plánovaného císařského řezu. Každá z těchto možností způsobu vedení porodu má svůj průběh, rizika a podmínky. Každá porodnice by měla mít vypracované informované souhlasy a doporučené postupy, jakým způsobem bude porod veden.

Diplomová práce je zaměřena na problematiku subjektivního prožívání žen, jejichž první porod byl ukončen akutním či plánovaným císařským řezem a druhý porod se rozhodly родit vaginální cestou, a tedy své dítě porodily spontánně. Práce je rozdělená na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se zabývá psychickou stránkou císařského řezu a šestinedělí po císařském řezu. Dále pak je popsána psychická stránka spontánního porodu, následného šestinedělí a porodem po předchozím císařském řezu. Teoretická část byla zpracována na základě získaných poznatků z odborných periodik, knih a článků, zabývající se danou problematikou. Vyhledávání relevantních zdrojů probíhalo pomocí klíčových slov v databázi EBSCO, Pubmed, Medvik a elektronické zdroje Google scholar. Vyhledávací období bylo od září 2018 do konce dubna 2019 s cílem nalézt dostatečné množství odborných textů, článků a studií pro danou výzkumnou práci.

Praktická část byla zpracována kvalitativním výzkumem, který probíhal formou otevřených rozhovorů, kde byly popsány subjektivní pocity a prožitky žen po porodu císařským řezem a následně po spontánním porodu a tyto pocity a prožitky byly samotnými ženami přímo v rozhovorech srovnávány. Na základě zjištěných pocitů z rozhovorů byly identifikovány potřeby těchto žen. Z rozhovorů bylo zformulováno doporučení pro praxi, které by mělo sloužit nejen pro porodní asistentky, ale také pro laickou veřejnost, čímž by došlo ke zlepšení informovanosti a zvýšení kvality péče o tyto ženy. Všechny cíle práce byly splněny.

Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že spontánní porod po předchozím císařském řezu má kladný vliv na psychickou stránku žen. Rodičky, které si tímto procesem prošly, se cítily více samy sebou, přijaly se jako ženy a milující matky. Porodní děj hodnotily jako životní zkušenost, kterou jim nikdo nikdy nevezme.

Všechny ženy se shodly, že porod císařským řezem má více negativ než pozitiv, a to nejen po fyzické či psychické stránce. Jako hlavní nevýhodu císařského řezu klientky popisovaly separaci dítěte od matky ihned po císařském řezu. Tento minimální kontakt v prvních dnech po porodu u většiny žen ovlivnil nejen psychickou pohodu, ale měl velký dopad na budoucí vztah mezi matkou a dítětem. Rodičky po císařském řezu se cítily více unavené, vyčerpané, postrádaly sílu a v nadcházejících dnech vnímaly neúprosně silné, nepříjemné a obtěžující bolesti, které jim připadaly nesmyslné, a přes které nebyly schopné pečovat o své dítě, což u některých klientek vyvolalo problémy s kojením. Tuto nesouhru většina žen nesla velmi špatně a tento deficit se také odrážel na jejich psychice, objevovaly se u nich pocity bezmoci, beznaděje a jejich psychika trpěla. Zatímco po spontánním porodu se objevovaly ve všech směrech pozitivní subjektivní prožitky. Ačkoliv se rodičky cítily fyzicky vyčerpané, jejich psychika byla nabitá energií. U žen se objevovaly pocity uspokojení, hrdosti, zvládnutí. Všechny ženy popisovaly rychlou rekonvalescenci a bezproblémovou péči o dítě a celkově si šestinedělí více užily. Největším deficitem, který klientky popisovaly po přirozeném porodu, byla celková neinformovanost a nepodpora lékařů a zdravotnického personálu v době rozhodování po císařském řezu, kdy se rozhodovaly, jakou variantu porodu zvolí.

Dle soudu autorky je tedy důležité se zaměřit na celkovou psychickou stránku ženy a v této oblasti poskytnout nejlepší edukaci klientce, a to formou pomoci a podpory. Edukace by měla probíhat především ze strany porodních asistentek v těhotenské poradně a měla by přispívat k lepší informovanosti těhotných žen po císařském řezu. Ženy, jejichž anamnéza není zatížena kontraindikací vaginálního porodu po předchozím císařském řezu, by měly být motivovány a podporovány v pokusu o přirozený porod, a to nejen ze strany lékaře, ale hlavně porodní asistentky.

ZDROJE

ADAMS, Marci G. Jak reagovat na trend narůstajícího počtu císařských řezů. *Gynekologie po promoci*. 2010, roč. 10, č. 4, s. 21-26. ISSN: 1213-2578.

BINDER, Tomáš a kol. Komplikace císařského řezu. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2008, roč. 17, č. 1, s. 89-95. ISSN: 1211-1058.

BINDER, Tomáš. *Porodnictví*. Praha: Karolinum. 2011. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 978-80-246-1907-1.

BARROS, Fernando a kol. Cesarean section and risk of obesity in childhood, adolescence, and early adulthood: evidence from 3 Brazilian birth cohorts. *The American journal of clinical nutrition*. 2012, č. 95, s. 465–470. ISSN: 111-026401.

BLÁHA, Jan. Porodnická anestezie – Česká republika versus svět. *Praktická gynekologie*. 2013, Č.17, s. 287-292. ISSN: 1211-6645.

BLÁHA, Jan a kol. Postpunkční cefalea v porodnictví. *Anesteziologie a intenzivní medicína*. 2014, roč. 25, č. 3, s. 194-202. ISSN: cnb001239462.

BOHÁČKOVÁ, Jolana. Michel Odent o historii a budoucnosti císařského řezu. *Vita nostra revue*. 2016, roč. 26, č. 3, s. 58-60. ISSN: 1212-5083.

BRISCH, Ralf. Differences between unipolar and bipolar I depression in the quantitative analysis of glutamic acid decarboxylase-immunoreactive neuropil. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. 2012, č. 262, s. 15. ISSN: 100700406-012-0315.

CORREIA, LL, LINHARES, MB. Temperament and behavioral problems of preschool children with headache--a controlled study. *Span PSYCHOL*. 2007, č. 34, s. 1. ISSN: 10-1017.

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

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

DALTVEIT, Anne a kol. Risk of diabetes after gestational diabetes and preeclampsia. A registry-based study of 230,000 women in Norway. *European journal of epidemiology*. 2011, č. 26, s. 1331–1333. ISSN: 10654-010-9527-4.

DOSEDLA, Erik a kol. Klasifikácia cisárskych rezu podľa urgentnosti – medicínske a právne aspekty. *Aktuální gynekologie a porodnictví*. 2017, roč. 9, s. 28-33. ISSN: 1803-9588.

DOSTÁLEK, Lukáš. Management porodů po císařském řezu v Nemocnici Český Krumlov. *Praktická gynekologie*. 2015, roč. 19, č. 1, s. 51-59. ISSN: 1211-6645.

FAIT, Tomáš. Šestinedělí. In: *Moderní babičtví: odborný časopis pro porodnictví a gynekologii*. Praha: Levret, [2003]-2011. 2006, č. 9, s. 43-51. ISSN: 1214-5572.

FILAUSOVÁ, Drahomíra a kol. Porodní bolest. *Gynekologie a porodnictví*. 2018, roč. 2, č. 3, s. 140-143. ISSN: 2533-4689.

FUŇKA, Jaroslav. Anestezie k císařskému řezu. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2008, č. 17, s. 28-36. ISSN 1211-1058.

GAMBLE, Jenny a kol. Effectiveness of a counseling intervention after a traumatic childbirth: a randomized controlled trial. *Birth*. 2004, č. 32, s. 16-19. ISSN: 268758-548952.

GAVENDOVÁ, Hana, BYDŽOVSKÁ, Ivana. Vaginální porod po předchozím císařském řezu. *Gynekologie a porodnictví*. 2018, roč. 2, č. 5, s. 285-293. ISSN: 2533-4689.

GOLDANI, Marcelo a kol. Cesarean Section Is Associated with Increased Peripheral and Central Adiposity in Young Adulthood: Cohort Study. *PiloS one*, 2013, č. 8, s. 134. ISSN: 0066827.

GREGORA, Martin. Porod císařským řezem a jeho možná negativa pro novorozence. *Pediatric pro praxi*. 2013, roč. 14, č. 6, s. 404-406. ISSN: 1213-0494.

HÁJEK, Zdeněk a kol. Kontroverze a chyby v indukci porodu: Kontroverze v gynekologii a porodnictví. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2004, roč. 13, č. 1, s. 76-79. ISSN: 1211-1058.

HÁJEK, Zdeněk a kol. *Porodnictví: 3., zcela přepracované a doplněné vydání*. 1. elektronické vydání. Praha: Grada, 2014. 1 online zdroj (580 stran). ISBN: 978-80-247-4529-9; 978-80-247-9427-3; 978-80-247-9428-0.

HALFWERK, Jongen a kol. Vaginal delivery after previous caesarean section for failure of second stage of labour. *Obstetrics and Gynaecology*. 2005, č. 10, s. 1079.

HANÁČEK, Jiří. Pokus o spontánní porod versus elektivní císařský řez u žen po předchozím porodu císařským řezem. In: *Moderní babičtví: odborný časopis pro porodnictví a gynekologii*. Praha: Levret, [2003]-2011. 2008, č. 16, s. 16-21. ISSN: 1214-5572.

HANÁČEK, Jiří a kol. Jizva po císařském řezu. *Postgraduální medicína*. 2014, č. 16, s. 493-495. ISSN 1212-4184.

HAŠTO, Jozef. Vzťahová väzba, pripúťavacie správanie a psychiatria – psychoterapia. *Psychiatrie*. 2006, č. 10, s. 36-40. ISSN: 1211-7579.

HENDRYCH LORENZOVÁ, Eva a kol. Posouzení raného vztahu matka-dítě v komunitním prostředí. *Pediatric pro praxi*. 2018, č. 19, s. 332-336. ISSN: 1213-0494.

HIRST, Kathryn, MOUTIER, Christine Y. Poporodní velká deprese. *Gynekologie po promoci*. 2011. č.11, s. 30-36. ISSN: 1213-2578.

HOFBERG, Konje, WARD, Marci. Fear of pregnancy and childbirth. *Postgrad Med*. 2003, č. 79, s. 68. ISSN: 4894651-4645.

HOSKINS, GOMEZ. Correlation between maximum cervical dilatation at cesarean delivery and subsequent vaginal birth after cesarean delivery. *Obstetrics & Gynecology*. 1997, č. 4, s. 591.

HRUBAN, Lukáš a kol. Vedení porodu po předchozím císařském řezu, analýza výsledků z let 2007-2010. *Česká gynekologie*, 2012, roč. 77, s. 127-132. ISSN: 1210-7832.

CHEN, Jian a kol. Development of intestinal Bifidobacteria and Lactobacilli in breast-fed neonates. *Clin Nutr*; 2007, č. 26, s. 559–566.

CHRISTENSSON, Kaare a kol. Separation distress call in the human neonate in the absence of maternal body contact. *Acta Paediatr*. 1995, č. 84, s. 468-473. ISSN: 7633137.

CHVÍLOVÁ-WEBEROVÁ, Magdalena. Císařský řez na přání – možnost volby, nebo etický problém. *Neonatologické listy*. 2014, roč. 20, č. 1, s. 22-27. ISSN: 1211-1600.

- JEDLIČKOVÁ, Martina. Obecný náhled na problematiku deprese po porodu z hlediska gynekologicko-porodnického. *Praktická gynekologie*. 2008, roč. 12, č. 2, s. 86-90. ISSN: 1211-6645.
- JUŘÍKOVÁ, Lenka. Psychologické prožívání porodu. *Sestra (Praha)*. 2007, roč. 17, č. 12, s. 28-29. ISSN: 1210-0404.
- KAŠÍKOVÁ, Eva. Vaginální porod a pánevní trauma. *Postgraduální medicína*. 2012, roč. 14, č. 3, s. 274-277. ISSN: 1212-4184.
- KODYŠOVÁ, Eliška, MROWETZ, Michaela. Psychologie porodu – chiméra, nebo realita. *Zdravotnické noviny*. 2009, č. 58, s. 22-23. ISSN: 0044-1996.
- KORÁBOVÁ, Iva a kol. Posttraumatická stresová porucha po porodu. *Česká gynekologie*. 2016, č. 81, s. 14-19. ISSN: 1210-7832.
- KOREČKO, Vladimír. Modifikovaná Robsonova klasifikace císařských řezů. *Acta medicae*. 2016, č. 5, s. 13-14. ISSN: 1805-398X.
- KŘEPELKA, Petr. Císařský řez – indikace, nebo volba. *Česká gynekologie*. 2008, č. 73, s. 303-307. ISSN: 1210-7832.
- KŘEPELKA, Petr. Vaginální porod po císařském řezu. *Postgraduální medicína*. 2010, roč. 12, č. 2, s. 180-184. ISSN: 1212-4184.
- KURZOVÁ, Kristýna a kol. Bonding: Od historie po současnost. *Florence (Praha)*. 2015, roč. 11, č. 9, s. 5-7. ISSN: 1801-464X.
- LANDON, Mark a kol. Factors affecting the success of trial of labor after previous cesarean delivery. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2004, č. 193, s. 2585.
- LOMÍČKOVÁ, Taťána. Indikace císařského řezu. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2007, č. 16, s. 47-51. ISSN: 1211-1058.
- LOMÍČKOVÁ, Taťána. Změnily se indikace k císařskému řezu? *Aktuální gynekologie a porodnictví*. 2009, č. 1, s. 42-44. ISSN: 1803-9588.
- LORINCOVÁ, Tatiana. Vztahová väzba a agresívne prejavy v období mladšej dospelosti- "čiasťkové výsledky". *Psychologie a její kontexty*. 2014, č. 5, s. 29-38. ISSN: 1803-9278.

- MACONES, George. Maternal complications with vaginal birth after cesarean delivery: A multicenter study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2005, č. 5, s. 1662.
- MARDEŠIČOVÁ, Nicole, VELEBIL, Petr. Epidemiologie císařských řezů. Postgraduální medicína. 2010, č. 12, s. 171-174. ISSN: 1212-4184.
- MAZÚCHOVÁ, Lucia, a kol. Podpora bondingu po pôrode. Česko-slovenská pediatrie. 2016, č.71, s. 196-201. ISSN: 0069-2328.
- MATTHEWS, Gail, REBARBER, Andrei. Praktický pohled na hysterektomii spojenou s císařským řezem: kdy, proč a jak. *Gynekologie po promoci*. 2010, č. 10, s. 39-43. ISSN: 1213-2578.
- MELENDER, H. Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: a study of 329 pregnant women. *Birth*. 2002, č. 29, s. 101-111.
- MILLER, Marc a kol. Vaginal Delivery After Cesarean Section. *Anzjog*. 1992, č. 32, s. 213-215.
- MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 332 s. ISBN: 001528351; 80-247-1362-4.
- MOHR, Pavel. Farmakoterapie úzkostných poruch a nespavosti v graviditě a laktaci anxiolytiky a hypnotiky. *Psychiatrie*. 2002, roč. 6 Supplementum 2, s. 22-28. ISSN: 1211-7579.
- MOLLOY, a kol. Delivery after caesarean section: review of 2176 consecutive cases. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1987, č. 294, s. 1645.
- MROWETZ, Michaela, PEREMSKÁ, Marcela. Podpora raného kontaktu jako nepodkročitelná norma – chiméra, či realita budoucnosti. *Pediatrie pro praxi*. 2013, č. 14, s. 201-204. ISSN: 1213-0494.
- MYLONAS, Ioannis a kol. Indications for and Risks of Elective Cesarean Section. *Deutsches Arzteblatt international*. 2015, roč. 112 č. 29-30, s. 19-49. ISSN: 2015-0489.
- NILSSON, Craige a kol. Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: a systematic review. *Pregnancy and childbirth*. 2018, č. 28, s. 18. ISSN: 12884-018-1659-7.

NORMAN, Gill a kol., G. Intraoperative interventions for preventing surgical site infection: an overview of Cochrane Reviews. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2018 č. 2, s. 3. ISSN: 10.1002/14651858.

NOSKOVÁ, Pavlína. Lokální pooperační analgezie u císařského řezu v celkové anestezii. *Praktická gynekologie*. 2016, roč. 20, č. 2, s. 93-96. ISSN: 1211-6645.

O'HERLIHY, Colm Dunn A. Elizabeth. Comparison of maternal satisfaction following vaginal delivery after caesarean section and caesarean section after previous vaginal delivery. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2005, č. 121, s. 56-60.

PAŘÍZEK, Antonín a kol. Porodnická analgezie a anestezie v České republice v roce 2012 20. výročí programu postgraduálního vzdělávání. *Česká gynekologie*. 2012, roč. 77, č. 4, s. 203-349. ISSN: 1210-7832.

PAŘÍZEK, Antonín a kol. Současné postupy v porodnické anestezii V. – pooperační péče po císařském řezu. *Anesteziologie a intenzivní medicína*. 2015, roč. 26, č. 2, s. 87-98. ISSN: cnb001239462.

PAŘÍZEK, Antonín a kol. Bolest při porodu člověka. *Vesmír (Praha, Print)*. 2018, roč. 97, č. 5, s. 283-284. ISSN: 0042-4544.

PAVLÍKOVÁ, Eva. Hraniční porucha osobnosti: když o sobě mysl s tělem nevědí. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2015, roč. 111, č. 5, s. 16-24. ISSN: 1212-0383.

PESCHOUT, Roman. Čtvrtá doba porodní. In: *Moderní babičtví: odborný časopis pro porodnictví a gynekologii*. Praha : Levret, [2003]-2011. 2007, č. 14, s. 17-22. ISSN: 1214-5572.

POLÍVKOVÁ, Věra. Strach z porodu, tokofobie. *Facultas nostra* [online]. 2010, č. 87, s. 16 [cit. 2019-03-19]. Dostupné z: <http://www.lfp.cuni.cz/FacultasNostra>.

POPE CJ, a kol., Breastfeeding and Postpartum Depression: An Overview and Methodological Recommendations for Future Research. *Depress Res Treat*. 2016, č. 11, s. 1155. ISSN: 1155/2016/4765310.

PRAŠKO, Ján a kol. Psychoterapie úzkostných poruch v těhotenství a poporodním období. *Psychiatrie*. 2002, č. 6(Suppl. 2), s. 47-57. ISSN: 1211-7579.

- PROCHÁZKOVÁ, Zuzana. Očekávání rodiček versus nemocniční realita u plánovaného císařského řezu. *Praktická gynekologie*. 2013, roč. 17, č. 4, s. 323-329. ISSN: 1211-6645.
- RAGETH, a kol. Delivery after previous cesarean: a risk evaluation. *Obstetrics & Gynecology*. 1999, č. 93, s. 335.
- RATISLAVOVÁ, Kateřina. Psychologie časného poporodního období. In: *Moderní babičtví: odborný časopis pro porodnictví a gynekologii*. Praha : Levret, [2003]-2011. 2008, č. 15, s. 27-31. ISSN: 1214-5572.
- RATISLAVOVÁ, Kateřina. Psychologie pozdního šestinedělí. In: *Moderní babičtví: odborný časopis pro porodnictví a gynekologii*. Praha : Levret, [2003]-2011. 2008, č. 16, s. 26-30. ISSN: 1214-5572.
- RATISLAVOVÁ, Kateřina. Podpora vztahu matky a novorozence po porodu. *Sestra*. 2011, č. 21, s. 36-37. ISSN: 1210-0404.
- RAUDENSKÁ, Jaroslava. Lékařská psychologie ve zdravotnictví. *Psychologie (Praha)*. 2012, roč. 6, č. 2, s. 27-28. ISSN: cnb001782463.
- ROZTOČIL, Aleš. Šestinedělí. *Moderní babičtví*. 2004, č. 3, s. 34-38. ISSN: 1214-5572.
- ROZTOČIL, Aleš. Šestinedělí a laktace po císařském řezu. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2009, roč. 18, č. 2, s. 202-205. ISSN: 1211-1058.
- ROZTOČIL, Aleš. Císařský řez ve druhé době porodní. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2015, č. 23, s. 40-43. ISBN: 978-80-87070-77-2. ISSN: 1211-1058.
- ROZTOČIL, Aleš, PESCHOUT, Roman. Moderní gynekologie a porodnictví. 2018, roč. 25, č. 3, s. 252-260. ISSN: 1211-1058.
- SENTILHES, a kol. Delivery for women with a previous cesarean: guidelines for clinical practice from the French College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF). *Service de Gynécologie-Obstétrique*. 2013, s. 31. ISSN: 201305015.
- SILVER, Robert a kol. Cesarean Delivery and Risk for Subsequent Ectopic Pregnancy. *American journal of perinatology*. 2006, č. 32, s. 246. ISSN: 0034-1543952.

SIMKIN, Penny a kol. Pain, suffering, and trauma in labor and prevention of subsequent posttraumatic stress disorder. *The Journal of perinatal education*. 2011, č. 20, s. 166–176. ISSN: 101891-1058.

SOBOTKOVÁ, Daniela, DITTRICHOVÁ, Jaroslava. Psychický vývoj kojenců a batolat: vývojové problémy a poruchy v raném věku – I. *Pediatric pro praxi*. 2013, č. 14, s. 167-169. ISSN: 1213-0494.

STRAŇÁK, Zbyněk. Problematika elektivního císařského řezu z pohledu neonatologa. *Postgraduální medicína*. 2010, č. 12, s. 175-179. ISSN: 1212-4184.

SYDSJO, Genielle a kol. Anxiety in women - a Swedish national three-generational cohort study. *Psychiatry*. 2012, č. 18, s. 468. ISSN: 18612888-018-1712-0.

ŠRÁMKOVÁ, Lucie a kol. Souběžně probíhající neodkladný a akutní císařský řez – kazuistika. *Anesteziologie a intenzivní medicína*. 2014, roč. 25, č. 1, s. 18-20. ISSN: cnb001239462.

TAKÁCS, Lea a kol. Souvislost psychosociálních aspektů perinatální péče s některými zákroky a zdravotními komplikacemi v průběhu porodu. *Česká gynekologie*. 2012, č. 77, s. 196-204. ISSN: 1210-7832.

TALOVÁ, Barbora a ko. Úzkost a úzkostné poruchy v průběhu těhotenství a po porodu. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2014, roč. 110, č. 1, s. 29-37. ISSN: 1212-0383.

VOIGHT, Matthiass a kol. Prophylaxis of intra- and postoperative nausea and vomiting in patients during cesarean section in spinal anesthesia. *Medical science monitor : international medical journal of experimental and clinical research*. 2013. č. 19, s. 993–1000. ISSN: 889597.

VRUBLOVÁ, Yvetta, DVOŘÁKOVÁ, Anna. Porodní bolest. *Gynekologie a porodnictví*. 2018, č. 2, s. 307-309. ISSN: 2533-4689.

VÝMOLOVÁ, Iva. Opakovaný císařský řez, opět a opět: kazuistika. *Praktická gynekologie*. 2013, roč. 17, č. 2, s. 123-127. ISSN: 1211-6645.

WÁGNER, Petr, BILOVÁ, Lýdie. Vliv těhotenství a porodu na dysfunkci pánevního dna. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2018, č. 3, s. 263. ISSN: 1211-1058.

WIEDERMANNOVÁ, Hana. Císařský řez z pohledu zdraví dítěte a jeho výživy. *Neonatologické listy*. 2012. č. 18, s. 40-41. ISSN: 1211-1600.

WIJMA, Karol. Why focus on fear of childbirth? *Psychosom Obstet Gynecol.* 2003, č. 24, s. 141-143.

SEZNAM ZKRATEK

aj.	a jiný, a jiní, a jinak
atd.	a tak dále
ČR	Česká republika
DIC	Diseminovaná intravaskulární porucha kolagulopatie
ERCS	Elective repeat caesarean section
GDM	Gestační diabetes mellitus
HIV	Human Immunodeficiency Virus
JIP	Jednotka intenzivní péče
MBFHI	Mother and Baby Friendly Hospital Initiative
NRC	Národní referenční centrum
PTSD	Posttraumatická stresová porucha
UNCEF	United Nations International Children's Emergency Fund
USA	United States of America
ÚZIS ČR	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
VBAC	Vaginal birth after caesarean section
WHO	Světová zdravotnická organizace

SEZNAM PŘÍLOH

Informovaný souhlas

Žádost o vyjádření etické komise

Žádost k zaměstnavateli

Informovaný souhlas

Pro výzkumný projekt: Diplomová práce

Období realizace: 31.10. 2018- 31.12.2018

Řešitelé projektu: Bc. Hluchníková Tereza pod vedením Mgr. Šárky Vévodové Ph.D.

Vážená paní, slečno

obracíme se na Vás se žádostí o spolupráci na výzkumném projektu, jehož cílem je zjistit a popsat pocity žen po porodu císařským řezem a po spontánním porodu., identifikovat potřeby žen po císařském řezu a spontánním porodu. Způsoby zvládnání zátěže a zároveň zformulovat náměty a doporučení týkající se zkvalitnění péče o tyto ženy pro porodní asistentky. Proto Vás prosíme o poskytnutí a souhlas s rozhovorem na dané téma. Rozhovor bude veden ve Vámi zvoleném prostředí a čase, který bude trvat přibližně 60 minut. Rozhovor bude nahráván pomocí nahrávacího zařízení a následně přepsán do písemné formy elektronicky, pomocí programu Word. Okamžitě po přepisu bude rozhovor z nahrávacího zařízení vymazán. Přepisy rozhovoru budou použity pouze a výhradně k mé diplomové práci. Při zpracování práce bude respektován zákon č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů, nikde nebude zveřejněno Vaše jméno, ani další identifikační údaje o Vaší osobě. Od rozhovoru můžete kdykoli odstoupit bez udání důvodu. Po obhájení diplomové práce budou i elektronické přepisy z PC vymazány.

Z účasti na projektu pro Vás vyplývají tyto výhody či rizika: Výhodou pro Vás může být konzultace během celého šestinedělí a v případě zájmu i později (rozhovor se uskuteční po 6 týdnech od porodu), mohou být poskytnuty rady a řešení Vašich problémů dle kompetence porodní asistentky. Nevýhodou může být pro vás časová zátěž cca 60 minut, podle Vašich potřeb je možné rozhovor přerušit a posléze pokračovat. Pokud s účastí na projektu souhlasíte, připojte podpis, kterým vyslovujete souhlas s níže uvedeným prohlášením.

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném projektu. Řešitel/ka projektu mne informoval/a o podstatě výzkumu a seznámil/a mne s cíli a metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, podobně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na projektu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány, použity jen pro účely výzkumu a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány.

Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se řešitele/ky zeptat na vše, co jsem považoval/a za pro mne podstatné a potřebné vědět. Na tyto mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem informován/a, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na projektu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží moje osoba (nebo zákonný zástupce) a druhý řešitel projektu.

Jméno, příjmení a podpis řešitele projektu: Tereza Hluchníková

V _____ dne: _____

Jméno, příjmení a podpis účastníka v projektu (zákonného zástupce): _____

V _____ dne: _____