

**UNIVERZITA PALACKÉHO  
V OLOMOUCI**

Fakulta zdravotnických věd  
Ústav ošetřovatelství

# **Císařský řez, výhra nebo selhání?**

**Bakalářská práce**

**Milada Brzosková**

4. ročník, bakalářský studijní program

Forma studia: kombinovaná

Studijní obor: ošetřovatelství

Vedoucí práce

Mgr. Ludmila Reslerová, Ph.D.

Olomouc 2010

# ANOTACE

## BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Název práce: Císařský řez, výhra nebo selhání?

Název práce v AJ: Caesarean section, win or failure?

Datum zadání: 2009-11-13

Datum odevzdání: 2010-04-29

Datum obhájení:

Vysoká škola: Ústav ošetřovatelství, FZV UP v Olomouci

Autor práce: Milada Brzosková

Vedoucí práce: Mgr. Ludmila Reslerová, Ph.D.

Abstrakt v ČJ:

Tématem bakalářské práce je porod císařským řezem. V teoretické části je popsána jeho historie, nejčastější indikace, druhy anestezie, metody provedení, pooperační péče, možné komplikace, rehabilitace, průběh šestinedělí, kojení, specifika péče o novorozence porozeného císařským řezem a možnosti spontánního porodu po císařském řezu. Cílem šetření bylo zjistit a popsat prožívání císařského řezu rodičkou. Byly stanoveny tři cíle: zjistit informovanost rodičky o císařském řezu, zjistit a popsat tělesný stav po císařském řezu, zjistit a popsat psychický stav po císařském řezu. Výzkumné šetření proběhlo na oddělení šestinedělí a jednotce intenzivní péče. Byla použita metoda kvantitativního výzkumu formou anonymního dotazníku. Výsledky výzkumu byly zpracovány do grafů a tabulek, kde jsou uvedeny absolutní a relativní hodnoty.

Abstrakt v AJ:

The topic of the bachelor's thesis is delivery by caesarean section. In the theoretical part, the history, the most frequent indications, types of anaesthesia, surgery methods, post-surgery care, possible complications, rehabilitation, course of puerperium, breast-feeding, specifics of care for a baby born by a caesarean section are described as well as possibilities of spontaneous delivery after caesarean section. The objective of the survey was to find out and describe the perception of caesarean section by mothers. Three

objectives were set: to find out awareness of mothers about caesarean section, to find out and describe the physical condition after caesarean section, to find out and to describe mental condition after caesarean section. The research survey was carried out in the Post-Delivery Department and at an intensive care unit. The method of quantitative research was used in form of an anonymous questionnaire. The research results were processed to charts and tables where absolute and relative values are stated.

Klíčová slova v ČJ:

císařský řez, porod, rodička, novorozenec

Klíčová slova v AJ:

caesarean section, delivery, mother in labour, new-born baby

Místo zpracování: Olomouc

Rozsah: 70 s., 3 přílohy

Místo uložení: Ošetrovatelské informační a školící centrum, FZV UP v Olomouci-archiv

# PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou použitou literaturu i ostatní zdroje.

Souhlasím současně s užitím práce ke studijním účelům.

V Olomouci dne 29. dubna 2010

.....

podpis

# PODĚKOVÁNÍ

Tímto chci poděkovat vážené paní Mgr. Ludmile Reslerové, Ph.D. za cenné rady a připomínky a velkou trpělivost při odborném vedení mé práce. Zvláštní poděkování paní knihovnici NsP Karviná Marii Ponczové za velice vstřícný přístup a ochotu a rovněž všem anonymním maminkám za vyplnění dotazníků

# Obsah

Úvod.....	8
Teoretická část .....	9
1 Co je císařský řez .....	9
2 Historie císařského řezu .....	9
3 Indikace.....	10
3.1 Skupiny indikací.....	10
4 Podmínky k císařskému řezu .....	12
5 Anestezie k císařskému řezu .....	12
5.1 Celková anestezie.....	12
5.1.1 Indikace celkové anestezie.....	13
5.1.2 Výhody celkové anestezie.....	13
5.1.3 Nevýhody celkové anestezie .....	13
5.2 Regionální anestezie – neuroaxiální blokády (NAB).....	13
5.2.1 Kontraindikace regionální anestezie .....	14
5.2.2 Výhody regionální anestezie .....	14
5.2.3 Nevýhody regionální anestezie .....	15
6 Metody provedení .....	15
7 Komplikace císařského řezu .....	16
7.1 Infekční komplikace.....	16
7.2 Krvácivé komplikace .....	17
7.3 Vážné peroperační komplikace .....	17
7.4 Poranění okolních orgánů .....	17
7.5 Embolie plodovou vodou .....	18
7.6 Poranění plodu .....	18
8 Pooperační péče po císařském řezu.....	18
8.1 Tromboprofylaxe.....	19
8.2 Antibiotika .....	19
8.3 Infuzní terapie .....	19
8.4 Transfuze.....	19
8.5 Tlumení bolesti .....	19
8.6 Uterotonika.....	20
8.7 Ošetření laparotomické rány .....	20
8.8 Vyprazdňování močového měchýře.....	20

8.9	Péče o gastrointestinální trakt .....	20
8.10	Dietní opatření .....	20
8.11	Pooperační vyšetření .....	21
9	Průběh šestinedělí .....	21
9.1	Anatomické a fyziologické změny .....	21
10	Somatické problémy .....	22
10.1	Krvácení v šestinedělí .....	22
10.2	Puerperální infekce .....	22
10.3	Poruchy laktace .....	22
10.3.1	Retence mléka .....	22
10.3.2	Mastitis puerperalis .....	23
11	Psychické problémy .....	23
11.1	Poporodní blues .....	24
11.2	Poporodní deprese .....	24
11.3	Poporodní (laktační) psychóza .....	25
12	Rehabilitace po císařském řezu .....	25
12.1	0. pooperační den = den operace .....	25
12.2	1. a 2. pooperační den .....	26
12.3	3. až 5. pooperační den .....	26
13	Spontánní porod po císařském řezu .....	26
13.1	Jaké jsou výhody VBAC (Vaginal Birth after Caesarean Delivery – vaginální porod po císařském řezu)? .....	27
13.2	Rozvaha .....	27
14	Specifika péče o novorozence narozeného pomocí císařského řezu .....	28
15	Kojení .....	29
15.1	Přiložení k prsu .....	29
	Praktická část .....	30
1	Cíle práce .....	30
2	Metodika práce .....	30
3	Užité metody .....	30
	Prezentace výsledků .....	32
4	Diskuze .....	60
	Závěr .....	66
	Použitá literatura: .....	67
	Seznam příloh: .....	70

## Úvod

Téma císařského řezu je v poslední době hodně diskutované, zejména proto, že celosvětově dochází k velkému nárůstu počtu porodů císařským řezem na úkor porodů přirozených. V době, kdy byl císařský řez poprvé uveden do praxe, šlo o velice rizikovou operaci (úmrtnost 50%). Se zlepšením chirurgie a techniky se posunul z 2hodinové operace na 20minutový rutinní zákrok. Místy se průměr v Americe vyšplhal až na 46% všech porodů, v Brazílii i 70%. U nás od roku 2002 (14,3–15,5–16,3–17,4–18,7–20,0 %) až na 20,9 % v roce 2008. V této době volá WHO (světová zdravotnická organizace) po snížení počtu císařských řezů pod 10 - 15% (dnes je průměr většinou kolem 22%). Důvody toho to extrémního nárůstu jsou jak medicínské, tak psychologické a sociální. Přestože se jedná o velkou břišní operaci, při vysoké frekvenci provádění císařského řezu jde o výkon, který mají porodníci velmi dobře zvládnutý a je to pro ně optimálním řešením vzniklé porodnické patologie. S narůstajícím společenským tlakem na dosažení co nejlepších perinatálních výsledků, což v praxi znamená porod zdravého dítěte a příjemný porod bez zdravotních a psychických následků pro matku, a nedostatek erudice porodníků ve vaginálním vedení rizikových a patologických porodů, lze předpokládat, že nárůst frekvence císařských řezů bude dále pokračovat (Sovová, online 2010, Toman, online 2010, UZIS, online 2010, Roztočil, 2007, s. 4).

Cílem bakalářské práce není jen suchý výklad pojmů císařského řezu, jeho indikace, způsob provedení, možné vzniklé komplikace a celkový popis z lékařského hlediska, ale především zjistit a popsat prožívání vlastního zákroku rodičkou, její informovanost o výhodách a nevýhodách tohoto způsobu narození dítěte, jak pro ni, tak pro dítě. Dále zjistit a popsat fyzický, psychický stav rodičky po provedeném zákroku. Informace získané v praktické části práce od rodiček budou důležitým zdrojem pro získání všeobecného přehledu o současném stavu informovanosti budoucích matek před vlastním porodem, zejména jejich psychická připravenost na možnost zdravotních komplikací a porodu císařským řezem a informovanost o tomto způsobu narození potomka. Je předpoklad, že získané informace bude možno využít i v praxi, zejména při osvětě mezi budoucími rodičkami.



# Teoretická část

## 1 Co je císařský řez

**Císařský řez (sectio caesara – s.c.)** je nejčastější operací, kterou se ukončuje těhotenství ve třetím trimestru a porod (Čech et al., 2006, s. 514).

Je porodnická operace, při níž je plod extrahován z dělohy břišní cestou. Se zavedením součastné chirurgické techniky (volba incizí, moderní šicí materiály, mechanická a medikamentózní hemostáza, ev. drenáž dutiny břišní), aplikace miniheparinizace a operace v chráněném koagulu při podání antibiotika se císařský řez stal relativně bezpečnou operací (Měchurová, 2008, s. 37).

Název operace *sectio caesarea* (císařský řez, Kaiserschnitt, Kaisergeburt, Schittenbindung, operation césarienne, caesarean section, cesarean delivery, cesarean operation) pramení od Plinia staršího (23–79 n. l.) – “*Historia naturalis T. I. L. Cap.VII.*” Podle něj děti chirurgicky vyňaté z dělohy byly nazývány *caesones* nebo *caesares*, od *caedo* – rozřezávati. *Sectio* je odvozeno od *seco*, což znamená řezati, tedy obdobný význam jako *caesares*. Termín *sectio caesarea* je tedy tautologický, obsahující slova stejného významu. Ale přesto, že název je ve své podstatě nesmyslný, zmatený a s císařem neměl nic společného, ujal se ve většině národních pojmenování této porodnické operace a dodnes se běžně užívá. Julius Caesar narozený okolo roku 100 př. n. l. se abdominálně nenarodil. Jméno Caesar je odvozeno buď od *caedo* – vražditi, bítí, sekati, nebo od *caesius* – podle šedomodrých očí, nebo ze sanskrtského *kesara*, *caesaries* – dlouhá splývavá kštice, se kterou se patrně narodil (Pařízek, Doležal, online, 2010).

## 2 Historie císařského řezu

Z historických pramenů vyplývá, že císařský řez znali již v Mezopotámii (Epos o Gilgamešovi), v Egyptě (Erbesův papyrus) a Židé (lékařská kniha *Mišnajoht* z roku 140 našeho letopočtu zmiňuje císařský řez na živé rodičce) (Roztočil et al., 2008, s. 335).

První řez na živé ženě provedl údajně švýcarský zvěrokleštič Jakub Nufer v roce 1500 v kantonu Thurgau, a to s příznivým výsledkem pro matku i plod. Někteří autoři tento případ zpochybňují a soudí, že prokazatelně první *sectio* provedl až 21. 4. 1610 chirurg Jeremias Trautmann ve Wittenbergu. Byla provedena sutura břicha, ne však dělohy.

Žena po 25 dnech zemřela, dítě přežilo. V 18. století začíná přibývat císařských řezů na živých. Neexistovala anestezie a nebyly představy o mikrobiálním původu rané infekce. Úmrtnost žen se blížila 100%. První císařský řez na živé ženě v Čechách provedl plukovní chirurg Josef Staub u vlekoucího se porodu v roce 1786, dítě bylo mrtvé, vyčerpaná žena zemřela druhý den. Předělem pro vývoj císařského řezu bylo zavedení anestezie. Zůstával však problém infekce. Teprve rozvoj lékařské mikrobiologie, zavedení antiseptiky a aseptiky činí operaci bezpečnější. Dělohu bylo možno šít bez nebezpečí hnisání stehů, je zaveden řez v dolním segmentu a překrytí rány plikou močového měchýře. Bezpečnost významně zvýšilo zavedení transfuze po 2. světové válce a zejména používání antibiotické léčby (Pařízek, Doležal, online 2010).

### 3 Indikace

V terminologii indikací k císařskému řezu můžeme použít několika hledisek. Císařské řezy označujeme jako **primární = elektivní**, tj. operace, jejichž indikace vznikla již před nástupem děložní činnosti a **sekundární = akutní = selektivní**, kde nebylo možné indikaci předpovídat: Rozlišujeme indikace absolutní (placenta praevia centralis, absolutně zúžená pánev, překážka v porodních cestách) a indikace relativní (relativní kefalopelvicový nepoměr při velkém plodu). Další rozdělení indikací je z hlediska matky, plodu a indikací společných, nebo rozdělení na samostatné a sdružené (Lomíčková, 2007, s. 47).

#### 3.1 Skupiny indikací

1. Nepoměr mezi rozměry plodu a pánve vzniká při výskytu pánevních deformit nebo u velkého plodu.
2. Patologické procesy v pánevi.
3. Nádory vyrůstající z vnitřních rodidel, které se stávají vcestnými a brání vstupu naléhající části plodu do porodních cest (stopkaté myomy, ovariální tumory).
4. Zhoubné nádory malé pánve, zvláště karcinom cervixu, rekta a močového měchýře.
5. Pooperační stavy jako jsou ventrofixace dělohy, operace pro močovou inkontinenci, plastiky čípku, operace píštělí, plastiky stěny břišní a stavy po rozsáhlých enuklacích myomů. Císařský řez se indikuje po korporální sekci nebo dvakrát provedeném supracervikálním císařském řezu.

6. Porodnické krvácení: placenta praevia centralis et partialis, předčasné odloučení lůžka, masivní krvácení z poševních varixů, krvácení neznámého původu.
7. Nepravidelné polohy a držení plodu: příčná nebo šikmá poloha, poloha koncem pánevním – neúplný konec pánevní s naléhajícími nožkami nebo kolénky. U primigravidit s vysoko stojícím koncem pánevním je vhodné zvážit ukončení těhotenství primárním císařským řezem i v případech naléhání hýždí nebo úplného konce pánevního.
8. Deflexní polohy: čelní, obličejová, při nepostupujícím porodu i temenní poloha.
9. Vysoký přímý stav.
10. Prolaps pupečníku.
11. Těžká pozdní gestóza, hrozící eklampsie, stav po prodělaném eklamptickém záchvatu.
12. Některé choroby srdeční, ledvinné, endokrinní, plicní, medikamentózně nezvládnutelná hypertenze, těžká myopie s patologickým nálezem na očním pozadí.
13. Z chirurgických stavů jsou to polytraumata ve III. trimestru těhotenství a v některých akutní pankreatitida, ileus a apendicitida.
14. Nepostupující porod pro slabou děložní činnost nebo cervikokorporální dystokie neovlivnitelná epidurální analgezií a děložní inerce.
15. Akutní a chronická hypoxie.
16. Rh inkompatibilita s narůstajícím titrem protilátek.
17. Prodloužené těhotenství po dvou neúspěšných pokusech o porod.
18. Patologická poloha prvního dvojčete, trojčata, čtyřčata.
19. Indikace se zřetelem na anamnézu
20. Jizva na děloze jako stavy po císařském řezu, myomktomiích, metroplastikách, perforacích stěny děložní. Tyto indikace se stanovují po individuálním a komplexním posouzení případu.
21. Dlouhodobě léčená sterilita.
22. Císařský řez na umírající a mrtvé se provádí v terminálních stádiích zhoubných tumorů ve fázi naprosto infaustní prognózy. V takovém případě je nutný souhlas příbuzných. Po klinické smrti po polytraumatech přežívá plod v děloze matky až 15 minut (Roztočil et al., 2001, s. 301).

## **4 Podmínky k císařskému řezu**

Prakticky jedinou, avšak zásadní podmínkou je, že velká část nemá být vstouplá a fixovaná hluboko v pánvi, např. v pánevní šíři, i když je třeba připustit, že i hlavička vstouplá pouze velkým oddílem do pánevního vchodu se při císařském řezu někdy obtížněji vybavuje (Čech et al., 2006, s. 516).

Její vybavování z nižších rovin pánve laparotomickou cestou může mít za následek jak traumatizaci plodu, tak poškození měkkých částí pánve matky. Živý plod v poslední době nemusí být absolutní podmínkou (Roztočil et al., 2001, s. 301).

## **5 Anestezie k císařskému řezu**

Za provedení císařského řezu nesou společnou odpovědnost anesteziolog i porodník. Jejich spolupráce může být někdy až dramaticky komplikovaná časovou neodkladností operačního výkonu. Asi  $\frac{1}{2}$  řezů je plánovaných, druhá  $\frac{1}{2}$  jsou akutní (při rozvinuté děložní činnosti), které jsou spojeny s vysokým rizikem anestezie. Z anesteziologických technik lze volit mezi anestezii celkovou a regionální (neuroaxiální). Je možno říci, že volba druhu anestezie je závislá na preferenci a zdravotním stavu pacientky, na indikaci k operačnímu řešení, stupni naléhavosti a nepochybně i na úsudku a zkušenosti anesteziologa. Oba postupy mají své přednosti i nevýhody, na něž je nutno brát zřetel (Fuňka, 2008, s. 28).

### **5.1 Celková anestezie**

Celková anestezie k provedení císařského řezu má v porodnictví stále široké uplatnění, přestože vzrůstá trend využívání neuroaxiálních metod znecitlivění. Celková anestezie je metodou volby u kritických stavů, ke kterým dochází při akutním ohrožení matky či plodu (Pařízek et al., 2002, s. 327).

### **5.1.1 Indikace celkové anestezie**

- syndrom tísně plodu
- hypovolémie matky – velké předporodní krvácení s hypotenzí
- koagulopatie matky
- selhání regionální anestezie
- odmítnutí regionální anestezie matkou

### **5.1.2 Výhody celkové anestezie**

- rychlost nástupu anestezie při akutním ohrožení matky a plodu
- excelentní operační podmínky s dokonalou svalovou relaxací
- spolehlivost indukčních technik (menší počet selhání)
- oběhová stabilita – menší riziko hypotenze
- zabezpečení dýchacích cest s možností přiměřené oxygenace matky a plodu
- dobrá říditelnost

### **5.1.3 Nevýhody celkové anestezie**

- riziko zvracení, aspirace a regurgitace při úvodu do anestezie
- hypoxie při obtížné intubaci
- deprese plodu následkem užití anestetik
- útlum imunitního systému celkovými anestetiky
- vyšší počet úmrtí
- ochuzení ženy o bezprostřední prožitek z narození dítěte (Fuňka, 2008, s. 31).

## **5.2 Regionální anestezie – neuroaxiální blokády (NAB)**

Jedná se o blokádu kořenů míšních nervů aplikací anestetika. NAB v posledních letech doznaly v porodnictví značného rozšíření, jak při anestezii u operačního ukončení těhotenství císařským řezem, tak i při analgezií při vaginálním porodu (Fuňka, 2008, s. 33).

Z metod neuroaxiální anestezie u císařského řezu přichází v úvahu anestezie epidurální (peridurální) – lokální anestetikum se instiluje jehlou vpichem ve střední čáře mezi obratlovými trny L 2/3, L 2/3 do páteřního kanálu do řídkého tukového vaziva zevně

od saccus durae mater, anestetikum vyřadí vedení nervových vzruchů v nervových kořenech zevně od durálního vaku, subarachnoidální (spinální) – lokální anestetikum se instiluje jehlou vpichem ve střední čáře mezi obratlovými trny do páteřního kanálu do mozkomíšního moku subarachnoidálního prostoru, anestetikum vyřadí vedení nervových vzruchů v nervových kořenech durálního vaku, obě buď jako výkon jednorázový, či kontinuální, nebo tzv. sekvenční anestezie, tedy kombinace obou způsobů (Pařízek, 2002, s. 337, Michalský, 2008, s. 71).

### **5.2.1 Kontraindikace regionální anestezie**

- mateřská hypotenze, hypovolémie, masivní krvácení
- koagulopatie
- podání nízkomolekulárních heparinů
- alergie na lokální anestetikum
- infekce v místě vpichu
- neléčená bakteriémie
- zvýšený intrakraniální tlak
- nesouhlas rodičky, porodníka a anesteziologa
- časová tíseň (Fuňka, 2008, s. 34)

### **5.2.2 Výhody regionální anestezie**

- menší krevní ztráty
- méně častý pooperační stres
- není ovlivněno vědomí rodičky
- nižší expozice plodu farmakym
- umožňuje čistý emocionální zážitek rodičky z porodu
- menší riziko aspirace
- nižší riziko TEN
- vyvarujeme se problémům z intubací (Fuňka, 2008, s. 35)

### 5.2.3 Nevýhody regionální anestezie

- Hlavní nevýhodou doba nástupu účinku: peridurální - nástup do 10 až 20 min. dle užitého anestetika, spinální – nástup do 5 min., stále však déle než při celkové anestezii – do 90 sekund
- Pokles hodnot TK – představuje ohrožení plodu – redukce perfuze krve placentou, ohrožení plodu hypoxií (Fuňka, 2008, s. 35)
- Důsledkem ztráty mozkomíšního moku bývají bolesti hlavy. Avšak v případě tenkých jehel k nim dochází opravdu vzácně. Pokud přece jen vzniknou postpunkční bolesti hlavy (postdural puncture headache – PDPH), jsou charakterizovány tím, že se zhoršují, pokud má rodička zvednutou hlavu, tedy vstoje či vsedě. Bolest bývá umístěna za bulvy, bývá provázena nevolností, poruchami vízu a sluchu (Pařízek, 2002, s. 334).

## 6 Metody provedení

Dolní střední laparotomii provádíme jen v případech akutní indikace, u obrovského nebo malformovaného plodu, kde se očekává obtížné vybavování, u velmi obézních pacientek a u žen s jizvou po předchozí dolní střední laparotomii. V ostatních případech se provádí suprapubický Pfannenstielův řez (Roztočil et al., 2008, s. 335).

Při vlastní operaci se nejdříve protne viscerální peritoneum v místě, kde plica vesikouterina je před jejím úponem na přední děložní stěnu pohyblivá. Následuje sesunutí této řasy a močového měchýře směrem ke sponě. Tak se obnaží subperitoneálně uložená přední stěna dolního děložního segmentu. Zde se příčně krátkým poloobloukovitým řezem opatrně pronikne myometriem do děložní dutiny tak, aby se neporanil plod. Rána se pak oběma ukazováky jemně rozšíří v pokračujícím poloobloukovitém směru s konkavitou kraniálně k děložním hranám, které se však nesmějí porušit. Tento **způsob podle Gepperta** je velice často užíván. Po porušení vaku blan se rukou velmi šetrně vybaví naléhající část plodu a elevuje se před operační ránu. Pak se pomalu porodí z rány celý plod. Po odsátí horních cest a po podvázání a přerušení pupečníku se novorozenec okamžitě předá do neonatologické péče. Následuje aplikace uretotonik a při dobré děložní kontrakci se manuálně vybaví placenta a zreviduje děložní dutina a operační rána na děloze. Pokud je vnitřní branka uzavřená, tak ji šetrně ze shora prstem mírně dilatujeme. Sutura myometria se provádí

většinou ve dvou vrstvách extramukózními stehy vicrylem. Plica vesicouterina se sešívá pokračujícím stehem a pak se vysuší břišní dutina. Zrevidují se obojí adnexa a apendix. Po sečtení roušek a nástrojů se postupně sešívají vrstvy přední břišní stěny. Kůže se většinou šije intradermálním plastickým stehem (Čech et al., 2006, s. 520, 521).

## 7 Komplikace císařského řezu

Ukončení těhotenství a porodu císařským řezem je pro ženu většinou náročnější než porod spontánní. Svědčí o tom i šestkrát větší výskyt komplikací, které tuto nejčastější porodnickou operativu provázejí. Ve více jak polovině případů se provádí z akutních indikací, které svoji naléhavostí často nedovolí předoperační přípravu ženy a navíc vyžadují co nejrychlejší provedení výkonu (Čech et al., 2006, s. 522).

### 7.1 Infekční komplikace

Infekční komplikace patří mezi ty nejčastější. Během císařského řezu je obligatorně otevřena komunikace do poševního prostoru, který může být osídlen nejrůznějšími patogeny, které mohou přestoupit do děložní i do břišní dutiny. Zůstane-li zánět ohraničen na dělohu, může se projevit jako pooperační **endometritis**, přestoupí-li zánět na svalovinu jako **endomyometritis** a přestoupí-li do peritoneální dutiny, nejčastěji se manifestuje jako **pelvoperitonitis**. Klinicky se stav manifestuje horečkami, které nastupují poměrně záhy po operačním výkonu, často septického charakteru. Děloha je subinvolovaná, množství očístků je zmnožené. Jako prevenci těchto stavů je doporučeno rutinně peroperačně, ihned po vybavení plodu, podat profylakticky jednu dávku antibiotika (Binder, 2008, s. 90).

**Infekční komplikace laparotomické rány** patří mezi ty méně závažné, ale o to více viditelné. Je všeobecně známo, že úspěch operace pacientka hodnotí velmi často právě podle vzhledu operační jizvy. Tyto komplikace jsou provázené horečnatým stavem, který si vynutí podání antibiotik. Sterilní krytí rány je doporučováno po dobu 48 hodin. Současně je nutné dodržovat hygienicko-epidemiologická pravidla stanovená pro porodnická oddělení, jakkoli je v dnešní době, kdy porodnice praskají ve švech, obtížné (Binder, 2008, s. 90).



**Nekrotizující fasciitis** je vzácná, ale velmi vážná infekce operační rány, která je spojena s vysokou mortalitou. Infekce je spojena s rozsáhlou nekrózou tkáně. Rizikovými faktory pro vznik nekrotizující fasciitidy jsou diabetes, obezita a hypertenze (Mašata, Jedličková, 2009, s. 179).

## 7.2 Krvácivé komplikace

**Subfasciální hematom** vzniká nedostatečným ošetřením přerušených perforujících cév přímých břišních svalů. Riziko jeho vzniku narůstá u iterativních císařských řezů. Subfasciální hematom je klinicky provázen subfebriliemi, razantním poklesem červené krevní řady nekorespondující s uvedenou peroperační ztrátou, bolestivým vyklenutím v okolí sutury. Diagnózu stanovíme palpačním vyšetřením a především ultrazvukovým vyšetřením stěny břišní. Kauzální léčbou je revize laparotomické rány a evakuace hematomu s dostatečnou drenáží.

Klasické **hemoperitoneum** patří spíše k raritním komplikacím, krev se hromadí v Douglasově prostoru (Binder, 2008, s. 91).

## 7.3 Vážné peroperační komplikace

**Děložní hypotonie** – s různým stupněm poruchy děložního tonu se během císařského řezu setkáváme poměrně často. Závažný stupeň hypotonie dělohy můžeme očekávat při nadměrné distenzi děložní dutiny u makrosonických plodů a vícečetného těhotenství, dále pak u protrahovaných porodů a zánětlivém postižení dělohy.

**Ruptura dolního děložního segmentu** – je poměrně častou komplikací při akutním císařském řezu na počátku II. doby porodní, kdy hlavička je již fixována v pánvi. Dolní děložní segment je v této fázi již většinou ztenčen. Riziko výrazně stoupá u interaktivních císařských řezů (Binder, 2008, s. 92).

## 7.4 Poranění okolních orgánů

V úvahu připadá především **poranění močového měchýře** skalpelem, pokud není dostatečně sesunut. Druhým ohroženým orgánem jsou **močovody**. Jejich přerušeni je ojedinělé, připadá v úvahu při výrazně změněných nepřehledných anatomických poměrech při iterativních císařských řezech (Binder, 2008, s. 93).

## **7.5 Embolie plodovou vodou**

Je jednou z nejzávažnějších porodnických komplikací, která je provázená vysokou mírou mortality. Tuto komplikaci nelze prakticky předvídat, snad u abrupce placenty je riziko vyšší. Krom klasických klinických příznaků embolie se velmi rychle objevují příznaky diseminované intravaskulární koagulace. Léčba musí být komplexní ve spolupráci anesteziologa, hematologa a porodníka. Bohužel není vždy úspěšná (Binder, 2008, s. 94).

## **7.6 Poranění plodu**

Nejčastějším poraněním jsou řezné rány způsobené skalpelem při otevírání děložní dutiny. Nepříjemná jsou hlavně řezná poranění v obličeji novorozence obzvláště, pokud se jedná o děvče. Fraktury dlouhých kostí a luxace patří k raritním epizodám spojených s poměrně velkým násilím vyvinutým při snaze o vybavení plodu především při obratech a v poloze plodu koncem pánevním (Binder, 2008, s. 94).

## **8 Pooperační péče po císařském řezu**

Cíle pooperační péče nejsou pouze medicínského charakteru. Musí zlepšovat subjektivní vnímání pooperačního stavu pacientkou. Mělo by být eliminováno nebo alespoň maximálně potlačeno vnímání bolesti nedělkou, a to ať už jde o bolest viscerální, bolest v oblasti laparotomie nebo postpunkční po provedené neuroaxiální anestezii. Co nejrychleji a pro matku co nejpříjemněji a nejšetrněji musí být dosaženo její plné mobility. Dalším cílem je bonding mezi matkou a novorozencem jehož logickým vyústěním je plné kojení a zvládnutí péče o novorozence matkou. Správná pooperační péče vede k dobré psychické kondici matky. Pooperační péče nezačíná posledním kožním stehem nebo uložením matky na pooperační lůžko oddělení šestinedělí. Daleko lépe zvládá pooperační péči po císařském řezu žena, která je informována o povaze císařského řezu a prevenci možných komplikací. Tato informace získá jak v kurzech přípravy na porod, tak v osobním předoperačním informativním pohovoru s porodníkem a porodní asistentkou (Roztočil, 2008, 1s., online 2010).

## **8.1 Tromboprofylaxe**

Operační ukončení těhotenství císařským řezem je významným rizikovým faktorem vzniku tromboembolické nemoci (TEN). U fyziologických těhotných je plně indikována aplikace nízkomolekulárních heparinů do 3. pooperačního dne. Nedílnou součástí prevence TEN je dostatečná hydratace nedělky (viz níže), bandáže dolních končetin a adekvátní rehabilitace (Roztočil, 2008, 2 s., online 2010).

## **8.2 Antibiotika**

I u fyziologické těhotné je doporučeno operovat v antibiotiky chráněném koagulu. Antibiotika se dále po císařském řezu podávají u pacientek rizikových pro vznik poporodní infekce (Roztočil, 2008, 2 s., online 2010).

## **8.3 Infuzní terapie**

0. den operace je operantce aplikováno 1 500–2 000 ml krystaloidů a roztoku glukózy. Fyziologická nedělka v dobré pooperační kondici nepotřebuje 1. pooperační den další parenterální aplikaci infuzní terapie (Roztočil, 2008, 3 s., online 2010).

## **8.4 Transfuze**

Ani zde nelze postupovat paušálně, ale dle stavu pacientky. Obecně se připouští, že aplikace 2× 300 ml erytrocytární masy je indikováno při krevní ztrátě přesahující 1 000 ml a při chronické ztrátě při hodnotách hemoglobinu pod 80g/l (Roztočil, 2008, 3 s., online 2010).

## **8.5 Tlumení bolesti**

Vzhledem k tomu, že velká většina císařských řezů je prováděna v neuroaxiální analgezií je s výhodou pooperačně ponechat zavedený epidurální katétr s kontinuální aplikací analgetika 24 hod. po operaci. 0. a 1. pooperační den, aplikace může být jak intramuskulární, tak intravenózní. S výhodou možno použít lineární dávkovač s kontinuální aplikací analgetik. Při aplikaci analgetik kojící matce je nutno mít vždy na zřeteli možnost ovlivnění organismu novorozence cestou mateřského mléka (Roztočil, 2008, 4 s., online 2010).

## **8.6 Uterotonika**

V našich podmínkách se aplikují uterotonika současně intramyometrálně a intravenózně. Je zapotřebí rozlišovat uterotonika (námelové preparáty, carboprost), které vyvolávají trvalou kontrakci myometria a uterokinetika (oxytocin), která způsobují rytmické kontrakce svaloviny dělohy (Roztočil, 2008, 4s., online 2010).

## **8.7 Ošetření laparotomické rány**

Po ukončení operace je indikována komprese laparotomie na cca 12 hod. Sníží se tím frekvence podkožních sufuzí nebo vzniku hematomu v laparotomii. Sterilní krytí je ponecháno na laparotomii 24 hod. Poté se ošetřuje otevřeně. 1. pooperační den se ošetří desinfekčním roztokem a nedělka si ji sprchuje, umývá běžným toaletním mýdlem a osuší ručníkem. Laparotomii udržuje v suchu (Roztočil, 2008, 4s., online 2010).

## **8.8 Vyprazdňování močového měchýře**

Nedělka 24 pooperačních hodin neopouští lůžko. Proto je zcela indikována 24. hodinová katetrizace močového měchýře. Po kompletní mobilizaci nedělky 24 hodin po porodu se katetrizace močového měchýře zruší (Roztočil, 2008, 5 s., online 2010).

## **8.9 Péče o gastrointestinální trakt**

Císařský řez je spojen s pooperační sníženou střevní motilitou. Ta může mít za následek oblenění střevní činnosti s následkem vzniku plynatosti. V závažnějších případech dojde k rozvoji paralytického ileu. Oblenění střevní činnosti snižuje časná rehabilitace. K první pooperační stolici by mělo dojít nejpozději 4. pooperační den (Roztočil, 2008, 5 s., online 2010).

## **8.10 Dietní opatření**

Pooperační příjem potravy je vázán na typ anestezie a na poporodní stav pacientky. Je nutné postupné zatěžování trávicího traktu se současným zohledněním nutného přísunu kalorií pro potřeby regenerace matky a nastupující laktace. Tato vyžaduje zvýšený přísun bílkovin a minerálů. Při volbě potravin je nutno zohlednit střevní pasáž a matce podávat jídla nenadýmavá, nedráždivá a esteticky a chuťově dobře upravená (Roztočil, 2008, 5 s., online 2010).

## 8.11 Pooperační vyšetření

Mezi standardní pooperační vyšetření nedělky po císařském řezu patří sledování vitálních funkcí 24 hodin po porodu (TK, puls, SpO<sub>2</sub>, teplota a bilance tekutin). Denně je ošetřujícím lékařem kontrolován psychický a tělesný stav nedělky. Je kontrolován stav laktace, výška děložního fundu, tonus myometria a průběh děložní involuce, stav operační rány a postup jejího hojení, kvalita lochií a změny na dolních končetinách (Roztočil, 2008, 6, 7 s., online 2010).

## 9 Průběh šestinedělí

**Šestinedělí (puerperium)** je období do 42. dne od ukončení porodu. Je charakterizováno ústupem fyziologických změn spojených s adaptací organismu na těhotenství (Fait, 2006, 1 s., online 2010).

V průběhu šestinedělí dochází v organismu ženy ke dvěma skupinám změn. Jde o změny involuční, kterými se tělo nedělky dostává funkčně i anatomicky na předporodní úroveň, a o změny progresivní, kdy naopak dochází k rozvoji funkcí orgánů, které byly mimo těhotenství v klidovém stavu. Jde především o nástup laktace (Roztočil, et al., 2008, s. 127).

Průběh, sledování a léčba nedělky po provedeném císařském řezu jsou poněkud odlišné, než u ženy po vaginálním porodu. Involuční změny po šestinedělí se liší u císařského řezu zejména v oblasti zevních a vnitřních rodidel (Roztočil, 2009, s. 202,203).

### 9.1 Anatomické a fyziologické změny

**Děloha** se po porodu plodu retrahuje a v dalších dnech dochází k její involuci. Z průměrně 1000 g těžkého orgánu se stává orgán hmotnosti 80 g (Fait, 2006, s. 2, online 2010).

Involuce myometria po císařském řezu probíhá pomaleji a často je nutná její stimulace uretotoniky (Roztočil, 2009, s. 203).

V děložní dutině dochází k regeneračním pochodům, takže asi za týden je inserční plocha placenty epitelizována a ve třetím týdnu po porodu je již epiteliální vrstva tak silná, že se opět tvoří endometriální žlásky. Tyto hojivé pochody jsou doprovázeny sekrecí zvanou **očistky (lochia)** (Kudela, 2004, s. 223).

Množství lochií je po císařském řezu výrazně nižší, a to díky peroperační revizi dutiny děložní, také její sekrece je kratší a doba přechodu od lochií rubra do lochií alba je kratší (Roztočil, 2009, s. 203).

## 10 Somatické problémy

### 10.1 Krvácení v šestinedělí

**Lochiometra, hematometra** vzniká u nedělek se zpomalenou děložní involucí, kde se krev nebo očišky hromadí v děložní dutině a nejsou děložní retrakcí vypuzovány. Městnání očišek může být způsobeno uzavřením vnitřní branky - primární sectio caesarea při porodnický nezralém děložním hrdle (Čech, et al., 2006, s. 364).

### 10.2 Puerperální infekce

Asi nejčastější puerperální infekcí je **endometritis**. Bolestivá a prosáklá děloha má na ultrazvukovém vyšetření patrnou dilataci dutiny děložní. Rizikovými faktory je předčasný odtok vody plodové, chorioamniitis, intrauterinní výkony a císařský řez. Prokazatelně účinnou prevencí je jednorázová aplikace antibiotik po podvazu pupečníku v průběhu císařského řezu (Fait, 2006, s. 4, online 2010).

### 10.3 Poruchy laktace

#### 10.3.1 Retence mléka

Je charakterizována bolestivým zarudnutím a ztuhnutím určité části prsu, odpovídající rozsahem segmentu mléčné žlázy a povodí jednoho vývodu. Retence může být provázena vysokou horečkou a bolestivostí prsu. Příčinou retence mléka je blokáda jednoho z vývodů buněčnou drtí vznikající při traumatickém poškození mlékovodu spolu se zaschlým mlékem. Proces vede ke vzniku následného segmentálního otoku. Retence mléka se řeší ledovými obklady a jemnou reflexní masáží prsu před kojením, a to od místa ucpaní mlékovodu směrem k bradavce. Změna polohy při kojení pomáhá uvolnění mléka. Vhodné je zejména tzv. „fotbalové držení“ a neomezování doby kojení. (Hudečková et al., 2004, s. 28, 29, online 2010).

### **10.3.2 Mastitis puerperalis**

Zánětlivé onemocnění prsu v šestinedělí patří mezi nejzávažnější poruchy kojení a svým průběhem ohrožuje matku i kojence. Vstupní branou infekce se stává poraněná bradavka nebo mlékovod. Mastitida zpravidla začíná bolestivostí jednoho prsu, kůže je napjatá, zarudlá, teplá. V časných fázích rozvoje procesu dochází ke zduření axilárních lymfatických uzlin se současnou alterací celkového stavu nedělký. Febrilie, zimnice, třesavka, malátnost a celková únava dokreslují klinický obraz zánětu prsu. Při palpaci postiženého prsu na začátku onemocnění zjišťujeme nepřesně ohraničené těstovité zduření. V terapii mastitidy je vhodné prs imobilizovat vhodnou netěsnící podprsenkou pro kojící matky. Přikládání studených obkladů, případně ledu či tvarohu v intervalech mezi kojením inhibuje zánětlivý proces s analgetickým účinkem. Před kojením je ale vhodné prsa nahřát např. obklady nebo ve sprše. Celková aplikace antiflogistik a antipyretik podporuje účinek režimových opatření. Důležité je zajistit dobré, ne však úplné vyprázdnění prsu v průběhu kojení nebo při odstříkání mléka (Hudečková et al., 2004, s. 28, 29, online 2010).

## **11 Psychické problémy**

Psychika žen v období šestinedělí je vystavena vysoké zátěži, která pramení z hormonálních změn probíhajících v organismu po porodu, fyzických změn a z adaptace na novou roli matky. Citové pohnutky i všechny ostatní vlivy, které působí na průběh těhotenství a porodu, se uplatňují též v období po porodu a navíc k nim přistupují nové zážitky spojené s nedávným porodem (Rastislavová, 2008, s. 1, online 2010).

Čím více se žena těšila a připravovala na přirozený porod, tím větší bývá její zklamání, když nakonec projde zkušeností císařského řezu. Dostávají se pocity sníženého sebevědomí i výčitky, že matka a dítě zůstaly ochuzeny o jedinečnou zkušenost normálního porodu. Výzkum provedený na Kalifornské univerzitě prokázal, že pokud ženy vnímají porod císařským řezem jako traumatickou zkušenost, pak k jejímu překonání potřebují projít obdobnými fázemi jako při tzv. procesu truchlení následujícím např. po ztrátě někoho blízkého.

### **Tento proces probíhá v několika fázích:**

- 1. První hodiny po operaci** - Žena se vzpamatovává z operace, dosud omámená působením medikamentů a vyčerpaná bolestí. Cítí úlevu, že ona i dítě jsou v pořádku a hlubší souvislosti prozatím nevnímá. Psychologové hovoří o "mentální pauze".
- 2. První dny po operaci** - S nabýváním sil a postupným zotavováním se z neobvyklého pooperačního stavu ženě pozvolna dochází zklamání operativního porodu. Jde o období vyznačující se tzv. baby-blues, přechodnou poporodní depresí související s poklesem porodních hormonů
- 3. Zpracovávání zkušenosti císařského řezu** - Zahrnuje většinou období od propuštění z nemocnice do šestého až osmého týdne po operaci. Jde o velmi náročné období, které jsou po těžké operaci vystaveny zátěži, spojenou s péčí o dítě, jakou by si na pacienty po jiné velké břišní operaci nikdo netroufl naložit. Většina žen si poprvé klade otázku, zda byl císařský řez skutečně nutný.
- 4. Vyrovnání se ze situací** - Jak čas posouvá operaci stále více do minulosti a jak dítě roste a mateřství nabývá nových a nových podob, většina žen hodnotí porodní události s odstupem a nadhledem (Labusová, online 2010).

Poporodní psychický stav nedělký možno klasifikovat do několika stupňů, které mohou v sebe přecházet. Často je obtížné ženu do příslušné skupiny přiřadit.

### **11.1 Poporodní blues**

je běžný psychický projev šestinedělí. Postihuje až 70% všech nedělek. Projevuje se přechodným stavem plačtivosti, úzkosti, nepokoje, depersonalizace, podrážděnosti, psychické lability, poruchami komunikace s okolím, poruchami spánku, sebedůvěry. Příznaky se objevují v průběhu kteréhokoliv dne prvního poporodního týdne. Většinou ustupují kolem 10. dne po porodu. Vzhledem k přechodnosti tohoto symptomu není medikamentózní léčba indikována.

### **11.2 Poporodní deprese**

Tento stav se vyskytuje u cca 10% nedělek. Příznaky se pohybují od mírné formy až po suicidální tendence. Vyskytuje se v kterémkoliv období po ukončení těhotenství, až do jednoho roku. Většinou se příznaky projevují mezi 4. a 6. poporodním týdnem.



Vlastní vyvolávající příčinou tohoto onemocnění je porucha v hypotalamo - hypofyzo - adrenální ose s poruchou sekrece kortikotropin - releasing hormonu. Symptomy postpartální deprese se neliší od depresivních stavů netěhotné populace. Připojuje se ztráta váhy, nespavost, neschopnost milovat svoji rodinu a ambivalentní vztahy k novorozenci. Léčba spočívá v psychoterapii a v psychiatrické medikaci.

### **11.3 Poporodní (laktační) psychóza**

Toto onemocnění se vyskytuje cca v 0,1% populace nedělek. Jde pravděpodobně o druh schizofrenie, který se manifestoval v šestinedělí jako následek poruchy sekrece neurotransmiterů. V symptomatologii převládá úzkost s maniodepresivními atakami a s halucinacemi. Léčba tohoto onemocnění spadá do kompetence psychiatrického zařízení a v žádném případě nesmí být tato pacientka ošetřována na standardním oddělení šestinedělí (Roztočil et al., 2008, s. 129, 130).

## **12 Rehabilitace po císařském řezu**

Těhotenství vyvolává v organismu ženy řadu změn souvisejících se zajištěním vývoje a výživy plodu, přípravu na porod a kojení. Cílem cvičení v šestinedělí je působení na organismus ženy tak, aby se pokud možno vrátila do stavu, v jakém byl před otěhotněním. Rehabilitace v šestinedělí má tedy význam preventivní, léčebný a estetický (Roztočil et al., 2008, s. 146).

### **12.1 0. pooperační den = den operace**

Po operaci do odeznění celkové nebo svodné anestezie žena zachovává klid na lůžku (Michalský, 2008, s. 32).

Hlavní zásadou cvičení po operaci pak je, že začínáme cvičit časně, hned jakmile to stav pacientky dovolí. V den operace děláme: odkašlávání s fixací břišní stěny, dechová cvičení, cvičení malých kloubů dolních končetin a izometrické kontrakce dolních končetin, protože jsou pacientky spavé, nezatěžujeme je dlouhým cvičením, těžko bychom udrželi jejich pozornost, cvičíme krátce (několik minut), ale často (Volejníková, 2002, s. 36,38,39).

## **12.2 1. a 2. pooperační den**

Žena by měla vstát z lůžka a pohybovat se v prostoru jejího pokoje a sociálního zařízení do 12 – 24 hodin po císařském řezu, pohyby by měly být na lůžku a vstávání pomalé, tak aby se zabránilo napětí stěny břišní s následným vznikem bolesti, žena si má podírat oblast laparotomie rukama nebo polštářem, pro matky po císařském řezu je výhodné mít před vstáváním z lůžka horní polovinu těla ve vertikální poloze, mohou také používat hrazdu nad hlavou ke zlepšení své pohyblivosti na lůžku a při přemísťování (Roztočilová, Roztočil, 2008, s. 71 -77).

## **12.3 3. až 5. pooperační den**

Rehabilitace pánevního dna a dolních končetin - aktivní cvičení hlezenních kloubů, střídání flexe a extenze dolních končetin, zvedání pánve, flexe a extenze obou dolních končetin, střídavé přitahování kolen k hrudníku, vyvolají u nedělký dobrý tělesný a duševní stav, zlepší její pohyblivost a napomohou znovuzískání dobrého držení těla, stimulují činnost gastrointestinálního traktu a vývodných cest močových, které jsou často obleněny následkem anestezie (Roztočilová, Roztočil, 2008, s. 71 -77).

## **13 Spontánní porod po císařském řezu**

Od památné věty Edwina Craiga z roku 1916 „*Jednou císařský řez, vždy císařský řez*“ do 70. let byl stav po císařském řezu jasnou indikací k provedení dalšího císařského řezu. To samozřejmě vedlo k výraznému nárůstu provádění císařských řezů (Hanáček, 2008, s. 1, online 2010).

Současné vedení porodu císařským řezem s celou kaskádou doporučených postupů má natolik dobré pooperační výsledky a minimální vliv na další reprodukční funkce ženy, že následující těhotenství probíhá většinou bezproblémově a porod není zdaleka nutno ukončovat opět císařským řezem. Problémem ale zůstává otázka, jak vést porod po předchozím těhotenství, ukončeném sekci. Do rozhodovacího algoritmu se zapojuje celá řada škála faktorů: předchozí indikace k sekci, anamnéza rodičky, průběh těhotenství, aktuální stav organismu těhotné, její představy o vedení porodu. Od porodníka se očekává, že těhotné doporučí takové vedení porodu, které by bylo pro ni pro její plod/novorozence co nejbezpečnější, tak aby všichni prošli spokojeni a zdraví úskalím porodu (Roztočil, 2008, s. 547).

### **13.1 Jaké jsou výhody VBAC (Vaginal Birth after Caesarean Delivery – vaginální porod po císařském řezu)?**

Mezi výhody VBAC patří: přirozený porod a okamžitý kontakt s dítětem, bez abdominální operace, nižší krevní ztráty a tedy i nutnost podání krevních náhrad, menší riziko infekce, kratší doba hospitalizace a rekonvalescence, méně tromboembolických komplikací, příznivější podmínky pro eventuelní další graviditu a porod.

### **13.2 Rozvaha**

První otázka, která je položena a na kterou musí porodník odpovědět, jaká je pravděpodobnost úspěšného vaginálního ukončení těhotenství po předchozím císařském řezu? Dle věrohodných statistických údajů se jedná o 60% - 80% případů. Větší pravděpodobnost vaginálního porodu mají ženy, které kromě císařského řezu alespoň jednou vaginálně porodily. Velký význam má postoj ženy k ukončení těhotenství. Ta, která se již předem rozhodla k dalšímu císařskému řezu, pokud bude porodníkem přesvědčena k vaginálnímu porodu, velmi často končí na operačním sále. Hlavní roli v rozhodování hraje indikace k provedení sekce v předchozím těhotenství. Z tohoto pohledu je možno dělit indikace k císařskému řezu na opakující se a neopakující se. Hranice mezi těmito dvěma skupinami bývá často velmi neostrá. Mezi neopakující se indikace patří poloha plodu koncem pánevním, akutní intrapartální hypoxie plodu, placentární komplikace a mnoho dalších. V takových případech je možno očekávat úspěšný vaginální porod v cca 85%. U stavu jako je dystokická porodní činnost, která je často v následujícím těhotenství rekurentní, je úspěšnost vaginálního ukončení těhotenství cca 70%. Podmínkou vaginálního vedení porodu je příčná hysterotomie v dolním segmentu. Klasický korporální řez je vždy indikací k opakování sekce (Roztočil, 2008, s. 549, 550).

Základem ale zůstává snížit primární indikace k císařským řezům. I přes prokázanou relativní bezpečnost VBAC je třeba veškerá rizika konzultovat s ženou. Rozhodování o způsobu vedení porodu je komplexní záležitostí, kde musíme vzít v potaz rizikové faktory ruptury děložní, faktory podílející se na úspěšnosti VBAC a z dlouhodobého pohledu i přání ženy na celkový počet dětí (Hanáček, 2008, s. 4, online 2010).

## 14 Specifika péče o novorozence narozeného pomocí císařského řezu

U novorozenců po elektivním císařském řezu je statisticky významně vyšší riziko vzniku akutní respirační insuficience, perzistující plicní hypertenze, hypoglykémie a hyperbilirubinémie. Kolonizace GIT potenciálně patogenními bakteriálními kmeny s absencí bifidogení vaginální flóry je asociována se zvýšeným rizikem vzniku alergických onemocnění včetně nejzávažnějších forem (bronchiální astma) (Straňák, 2008, s. 96).

U vaginálně porozených dětí je pulmonální adaptace na extrauterinní život optimalizována kompresí hrudní stěny a evakuací amniové tekutiny z broncho-pulmonálního prostoru, zvýšeným plicním průtokem (pokles plicní vaskulární rezistence) a hormonálními změnami (katecholaminy, prostaglandiny), které adaptaci plicní a systémové cirkulace přímo podporují. Selhání těchto procesů má za následek vznik syndromů dechové tísně – RDS (Straňák, s. 98) - **Tranzitorní tachypnoe nebo jako syndrom vlhké plíce** – je způsobena prodlouženou očistou plic od plicní tekutiny, někdy vyžadují také ventilační podporu, obvykle se stav rychle upravuje. **Perzistující plicní hypertenze** je stav, kdy vazokonstrikce plicních arterií přetrvává postnatálně a udržuje vysokou rezistenci plicního řečiště, krev obtéká plíce pravolevými zkraty na úrovni tepenné dučeje a oválného okénka a vzniká hypoxemie (Dort et al., 2004, s. 38, 52).

### Shrnutí:

- operativní porod císařským řezem je vysoce rizikovým faktorem pro vznik krátkodobé i dlouhodobé morbididy novorozence a kojence
- pouhé přání matky není dostatečnou indikací k císařskému řezu
- současně poznatky podporují krátkodobé i dlouhodobé výhody vaginálního porodu (Straňák, 2008, s. 98).

## 15 Kojení

„Kojení je nenahraditelný způsob poskytování potravy dítěti, který je ideální pro růst a vývoj a má jedinečný vliv na somatické a psychické zdraví dítěte a matky“. Takto začíná jeden ze základních dokumentů Světové zdravotnické organizace, „Ochrana, prosazování a podpora kojení“, vypracovaný r. 1990 (Roztočil et al., 2008, s. 134).

### 15.1 Přiložení k prsu

Po císařském řezu se matky samozřejmě o děti hned starat nemohou a řeší se to tím, že je dítě přinášeno na kojení v individuálních intervalech, jakmile má hlad. To je však nesmírně organizačně a personálně náročné, zejména jsou-li matky po císařském řezu na oddělení JIP a tedy mimo oddělení (Černá, 2007, s. 371).

Dítě porozené císařským řezem má být přiloženo k prsu co nejdříve, jakmile to stav maminky a dítěte dovolí. Velmi často dochází k prvnímu přiložení do hodiny po operaci, často i dříve. Žádný typ běžně používané anestezie není kontraindikací kojení. Při epidurální anestezii, kdy je matka při vědomí, může být dítě přiloženo hned po operaci. Miminko po císařském řezu je schopno sát hned a při prvním přiložení je důležité, aby bradavka matky podráždila ústa dítěte, které na tento stimul reaguje širokým otevřením úst, zkrátka aby se dítě správně přisálo. Poloha maminky je většinou na zádech a personál pomáhá dítě přiložit k oběma prsům. I po císařském řezu úspěch kojení záleží na podpoře zdravotníků a jejich pomoci. Podstatné je i rozhodnutí matky kojit. Někdy se kojení nedaří hned, proto by měla maminka vědět, že střídání úspěchů a neúspěchů při kojení je zcela přirozené. Poloha při kojení se volí taková, aby mamince co nejvíce vyhovovala. Může kojit v leže, v polosedě, na boku či boční fotbalové poloze. Aby dítě matku netlačilo na jizvu, dává se na břicho maminky polštář, na kterém pak dítě leží. Při poloze v polosedě se polštářem podkládají i kolena matky. Zkrátka vždy se dá zvolit poloha, která je mamince příjemná (Mimi-mimi, online 2010).

# **Praktická část**

## **1 Cíle práce**

Cílem práce bylo zjistit a popsat prožívání císařského řezu rodičkou.

1. Zjistit informovanost rodičky o císařském řezu.
2. Zjistit a popsat tělesný stav po císařském řezu.
3. Zjistit a popsat psychický stav po císařském řezu.

## **2 Metodika práce**

Charakteristika zkoumaného souboru.

Zkoumaný soubor tvořily ženy po císařském řezu. Výzkum probíhal v Nemocnici s poliklinikou v Karviné – Ráji na oddělení šestinedělí a gynekologické jednotce intenzivní péče v období od prosince 2009 do března 2010.

## **3 Užití metody**

K šetření byl použit kvantitativní výzkum formou anonymního dotazníku. Celkem bylo rozdáno 65 (100,0%) dotazníků, zpět se vrátilo 62 – návratnost činila 95,4%. Dva dotazníky nebyly vyplněny v plném rozsahu, proto byly z výzkumu vyřazeny. Celkem byl tedy výzkum prováděn a hodnocen dle odpovědí 60 respondentek. Dotazník obsahoval 26 položek rozdělených do 4. části. První část, kterou tvořily čtyři položky (1. až 4. položka dotazníku), se týkala zjištění skupinových identifikačních údajů, jako je věk rodičky, parita, způsob porodu v předchozím těhotenství, zde mohly ženy volit více odpovědí, a zjištění pooperačního dne, kdy dotazník vyplňovaly. Druhá část, která obsahovala 6 položek (5. až 10. položka dotazníku), byla zaměřena na zjištění informovanosti o císařském řezu, o druhu nynějšího císařského řezu a o možnosti získání informací o císařském řezu. Třetí část byla zaměřena na zjištění somatických problémů po císařském řezu a obsahovala 10 položek (11. až 20. položka dotazníku). Dvě otázky zjišťovaly intenzitu bolesti operační rány bezprostředně po operaci, a to před podáním a po podání analgetik. Další položky v této části byly zaměřeny na zjištění problémů s odchodem větrů a stolice, při prvním vstávání z lůžka,

s močením po vytažení cévky, hojením rány. Další položka zjišťovala, jak ženy umí pečovat o operační ránu, zde mohly vybírat z více položek, byly zde uvedeny správné i nesprávné možnosti. Poslední dvě položky byly zaměřeny na problémy s prsy a problémy při prvním kojení, u obou položek bylo možno vybírat z více odpovědí. Poslední, čtvrtá část dotazníku se týkala psychického stavu po císařském řezu a byla složena ze šesti otázek (21. až 26. položka dotazníku). V první otázce této části ženy uváděly, který den po porodu byly schopny se plně postarat o miminko. Druhou otázkou této části byla zjišťována přítomnost partnera nebo jiné blízké osoby u porodu a následující otázka hodnotí její přítomnost. Další položka se týkala negativních pocitů, bylo možno vybírat z více odpovědí. Následující položka byla zaměřena na spokojenost se zvládnutím sebepéče, péče o novorozence a průběhem kojení. V poslední položce dotazníku měly ženy možnost vyjádřit se ke své případné volbě způsobu porodu v následujícím těhotenství.

Výsledky výzkumu byly zpracovány do grafů a tabulek, kde jsou uvedeny absolutní a relativní hodnoty a slovní komentář.

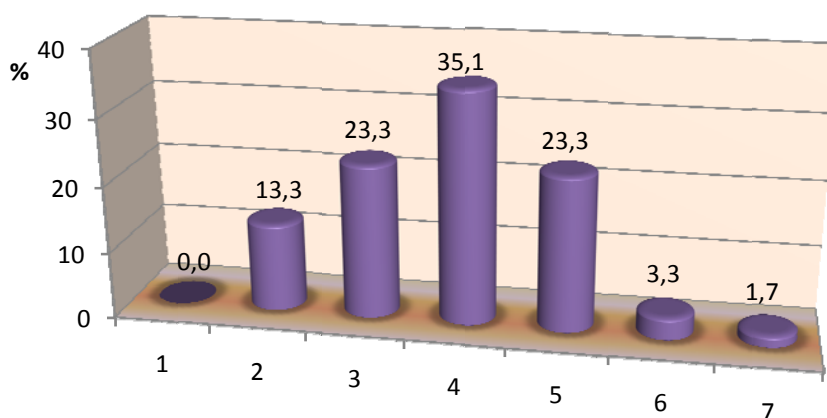
## Prezentace výsledků

### Položka č. 1: Který den po císařském řezu tento dotazník vyplňujete?

Tabulka č. 1: Den vyplnění dotazníku

Den	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1.	0	0,0
2.	8	13,3
3.	14	23,3
4.	21	35,1
5.	14	23,3
6.	2	3,3
7.	1	1,7
<b>Celkem</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

Graf č. 1: Den vyplnění dotazníku



Graf č. 1 znázorňuje den po císařském řezu, kdy ženy vyplňovaly dotazník, 1. den dotazník nevyplňovala žádná žena, 2. den vyplňovalo 8 žen (13,3 %), 3. den 14 žen (23,3 %), 4. den 21 žen (35,1%), 5. den 14 žen (23,3 %), 6. den 2 ženy (3,3%), 7. den 1 žena (1,7 %).

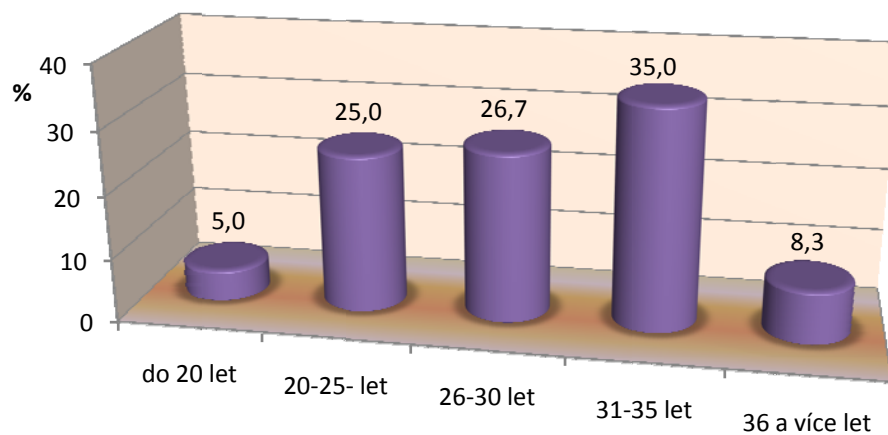


## Položka č. 2: Věk respondentek

Tabulka č. 2: Věk respondentek

Věk	absolutní četnost	relativní četnost (%)
méně než 20 let	3	5,0
20 – 25 let	15	25,0
26 – 30 let	16	26,7
31 – 35 let	21	35,0
36 a více let	5	8,3
<b>Celkem</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

Graf č. 2: Věk respondentek



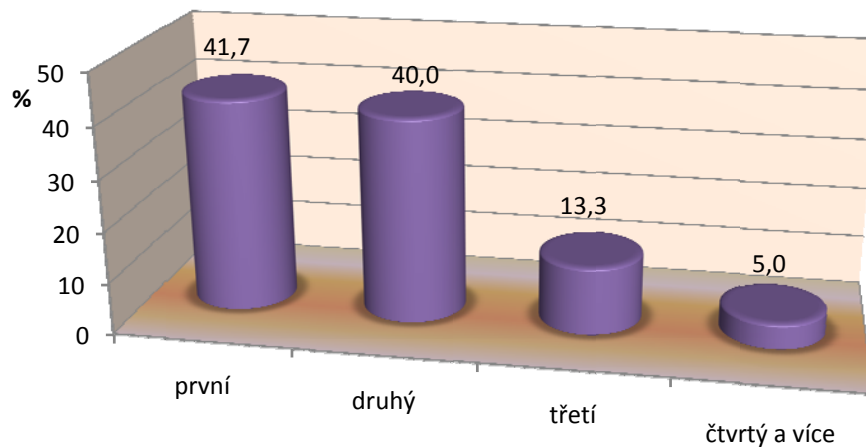
Graf č. 2 znázorňuje věk dotazovaných žen, 3 ženy (5,0%) měly méně než 20 let, 15 žen (25%) mělo 20 – 25 let, 16 žen (26,7%) mělo 26 – 30 let, 21 žen (35%) bylo ve věku 31 – 35 let a 5 žen (8,3%) uvedlo věk 36 let a více.

### Položka č. 3: Porod

Tabulka č. 3: Porod

Porod	absolutní četnost	relativní četnost (%)
první	25	41,7
druhý	24	40,0
třetí	8	13,3
čtvrtý a více	3	5,0
<b>Celkem</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

Graf č. 3: Porod



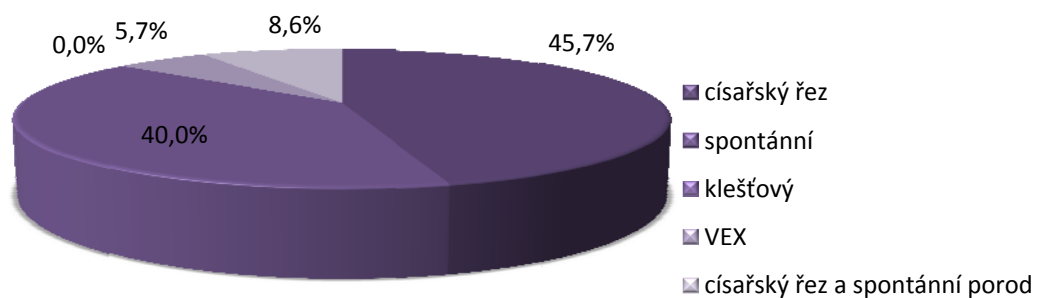
Graf č. 3 znázorňuje četnost porodů jednotlivých rodiček, poprvé rodilo 25 žen (41,7%), po druhé porodilo 24 žen (40%), po třetí 8 žen (13,3%) a po čtvrté a více porodily 3 ženy (5%).

## Položka č. 4: Předchozí porod

Tabulka č. 4: Předchozí porod

Druh porodu	absolutní četnost	relativní četnost (%)
císařský řez	16	45,7
spontánní porod	14	40,0
klešťový porod	0	0,0
VEX	2	5,7
císařský řez a spontánní porod	3	8,6
<b>Celkem</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>

Graf č. 4: Předchozí porod



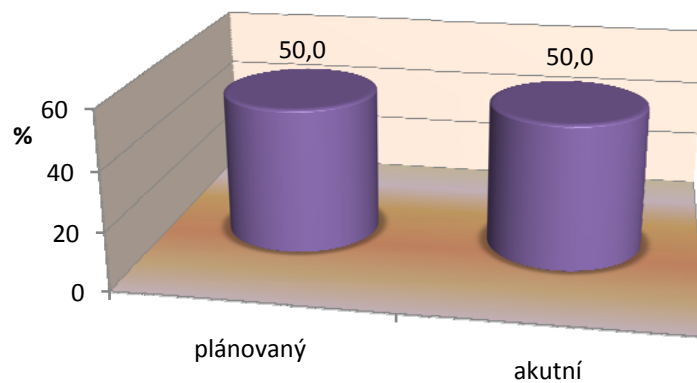
Graf č. 4 znázorňuje druh předchozího porodu, císařský řez mělo již provedeno 16 žen (45,7 %), spontánně rodilo 14 žen (40 %), klešťový porod nevedla žádná žena, porod vakuum extraktorem ( VEX) označily 2 ženy ( 5,7%), císařským řezem i spontánně rodily 3 ženy (8,6%).

## Položka č. 5: Nynější císařský řez

Tabulka č. 5: Nynější císařský řez

Druh	absolutní četnost	relativní četnost (%)
plánovaný	30	50,0
akutní	30	50,0
<b>Celkem</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

Graf č. 5: Nynější císařský řez



Graf č. 5 znázorňuje druh nynějšího císařského řezu, 30 žen (50%) uvedlo plánovaný císařský řez a 30 žen (50%) uvedlo akutní císařský řez.

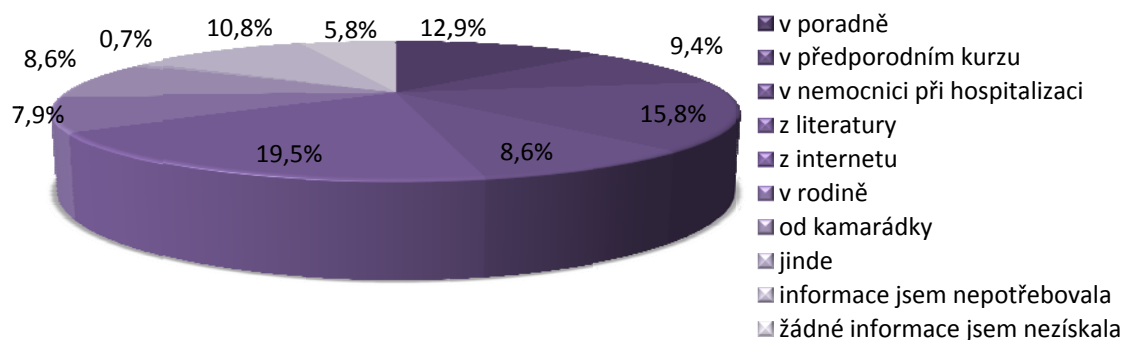
## Položka č. 6: Kde jste získala informace o císařském řezu?

(mohlo být i více odpovědí)

Tabulka č. 6: Zdroj informací

Zdroj informací	absolutní četnost	relativní četnost (%)
v poradně	18	12,9
v předporodním kurzu	13	9,4
v nemocnici při hospitalizaci	22	15,8
z literatury	12	8,6
z internetu	27	19,5
v rodině	11	7,9
od kamarádky	12	8,6
jinde	1	0,7
informace jsem nepotřebovala, mám zkušenost s porodem	15	10,8
žádné informace jsem nezískala	8	5,8
<b>celkem</b>	<b>139</b>	<b>100,0</b>

Graf č. 6: Zdroj informací



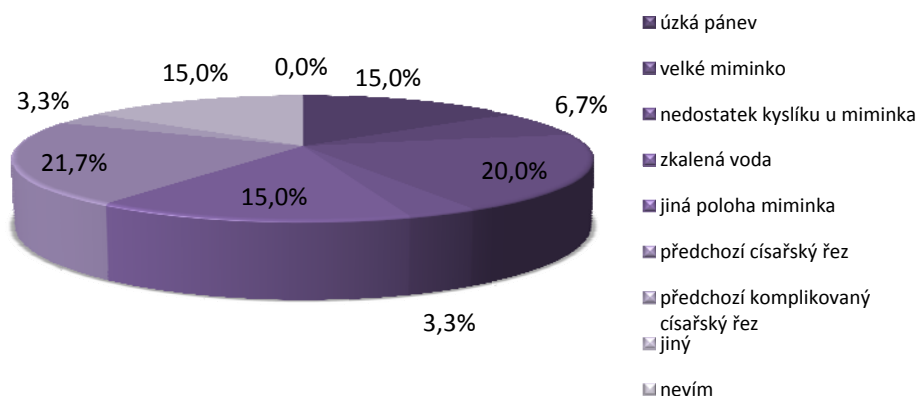
Graf č. 6 znázorňuje zdroje získávání informací o císařském řezu, nejčastějším zdrojem informací byl internet v 27 (19,5%) odpovědích, dále následuje jako zdroj hospitalizace v nemocnici, 22 (15,8%) odpovědí, poradna v 18 (12,9%) odpovědích, předporodní kurz 13 (9,4%) odpovědí, literatura 12 (8,6%), kamarádka 12 (8,6%), rodina 11 (7,9%) odpovědí a jinde jedna (0,7 %) odpověď. Informace ženy nepotřebovaly v 15 (10,8 %) případech a v 8 (5,8%) případech ženy nezískaly žádné informace.

## Položka č. 7: Z jakého důvodu jste musela родit císařským řezem?

Tabulka č. 7: Indikace k císařskému řezu

Indikace	absolutní četnost	relativní četnost (%)
úzká pánev	9	15,0
velké miminko	4	6,7
nedostatek kyslíku u miminka	12	20,0
zkalená voda	2	3,3
jiná poloha miminka např. konec pánevní, obličejová, příčná	9	15,0
předchozí císařský řez	13	21,7
předchozí komplikovaný spontánní porod	2	3,3
jiný důvod	9	15,0
nevím	0	0,0
<b>Celkem</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

Graf č. 7: Indikace k císařskému řezu



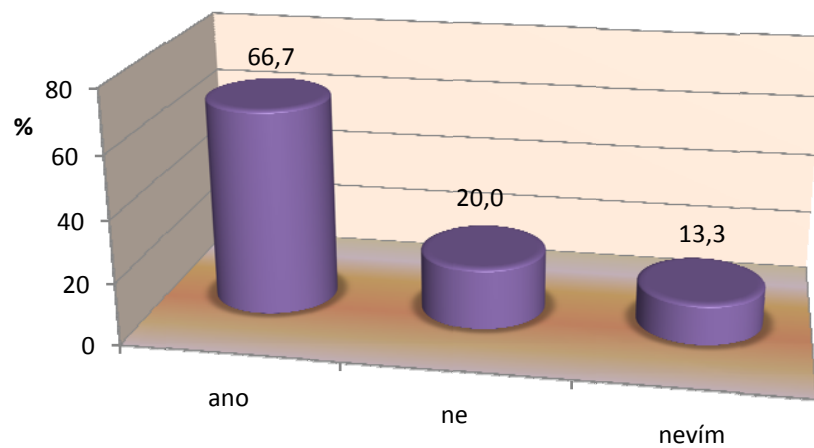
Graf č. 7 znázorňuje indikaci k císařskému řezu, nejčastější indikací byl předchozí císařský řez, uvedlo ji 13 žen (21,7%), kefalopelvický nepoměr (úzká pánev) uvedlo 9 žen (15%), hypoxie plodu (nedostatek kyslíku u miminka) označilo 12 žen (20%), velké miminko měly 4 ženy (6,7 %), jinou polohu plodu označilo 9 žen (15%), zkalenou plodovou vodu měly 2 ženy (3,3%), jiný důvod uvedlo 9 žen (15%), Jiné indikace byly: 3 ženy měly jako indikaci abrupci placenty, 2 ženy uvedly ortopedickou indikaci, 1 žena uvedla vysoký věk, 1 žena gemini, 1 žena myom a 1 žena jako indikaci placenta praevia. Odpověď nevím neoznačila žádná žena.

## Položka č. 8: Měla jste dostatek času si přečíst informovaný souhlas?

Tabulka č. 8: Dostatek času přečíst si informovaný souhlas

Odpověď	absolutní četnost	relativní četnost (%)
ano	40	66,7
ne	12	20,0
nevím	8	13,3
<b>Celkem</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

Graf č. 8: Dostatek času přečíst si informovaný souhlas



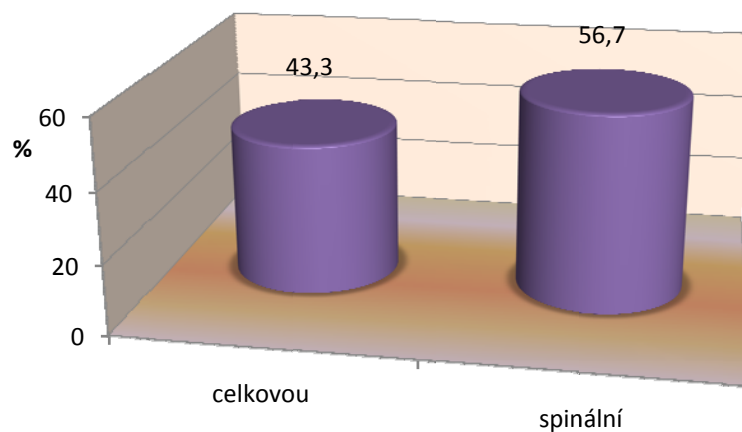
Graf č. 8 znázorňuje, zda měly ženy dostatek času si přečíst si informovaný souhlas, 40 žen (66,7%) mělo dostatek času, 12 žen (20%) nemělo dostatek času a 8 žen (13,3%) nedokázalo posoudit, zda mělo dostatek času.

## Položka č. 9: Jakou anestezií (narkózu) jste měla?

Tabulka č. 9: Druh anestezie

Anestezie	absolutní četnost	relativní četnost (%)
celková	26	43,3
spinální	34	56,7
<b>Celkem</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

Graf č. 9: Druh anestezie



Graf č. 9 znázorňuje druh anestezie, celkovou anestezii mělo 26 žen (43,3%), spinální 34 žen (56,7%).

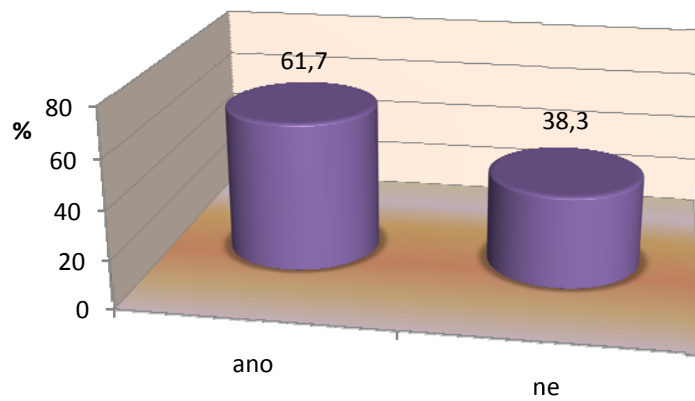


## Položka č. 10 Měla jste možnost volby narkózy?

Tabulka č. 10: Možnost volby anestezie

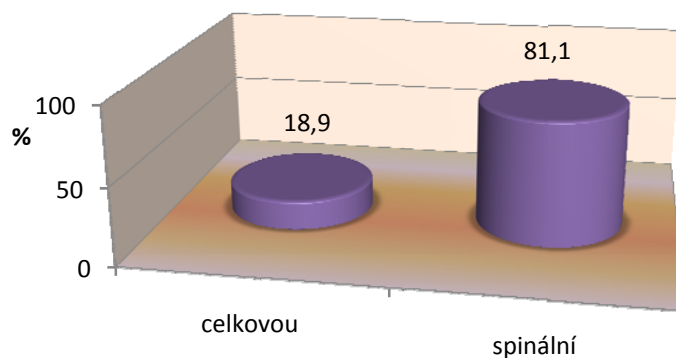
Možnost volby	absolutní četnost	relativní četnost (%)
ano	37	61,7
ne	23	38,3
<b>Celkem</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

Graf č. 10: Možnost volby anestezie



Graf č. 10 znázorňuje možnost volby anestezie, 37 žen (61,7%) mělo možnost si zvolit druh anestezie, 23 žen (38,3%) tu to možnost nemělo.

Graf č. 10a): Zvolený způsob anestezie rodičkou



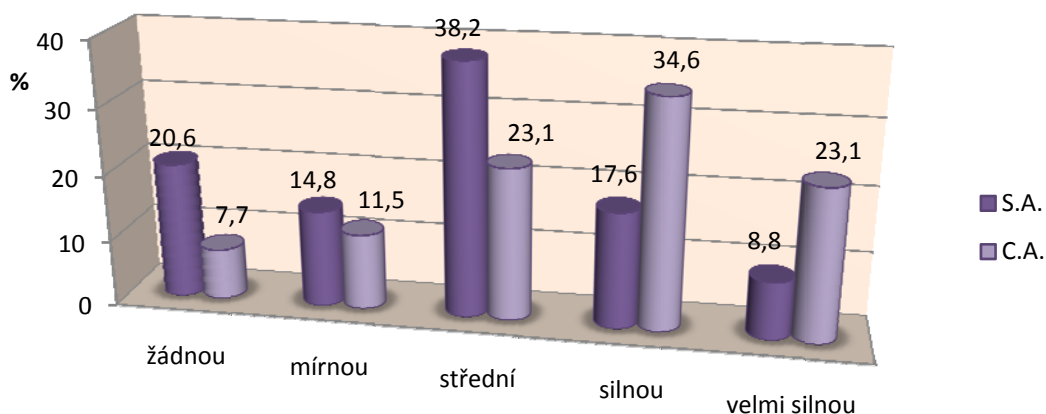
Graf č. 10a) z celkového počtu 37 žen, které měly možnost volby, si 7 žen (18,9%) zvolilo anestezii celkovou a 30 žen (81,1%) anestezii spinální.

**Položka č. 11: Jakou bolest jste cítila bezprostředně po císařském řezu v operační ráně?**

**Tabulka č. 11: Intenzita bolesti**

Intenzita	Spinální anestezie		Celková anestezie	
	absolutní četnost	relativní četnost (%)	absolutní četnost	relativní četnost (%)
žádná	7	20,6	2	7,7
mírná	5	14,8	3	11,5
střední	13	38,2	6	23,1
silná	6	17,6	9	34,6
velmi silná	3	8,8	6	23,1
<b>Celkem</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>	<b>26</b>	<b>100,0</b>

**Graf č. 11: Intenzita bolesti**



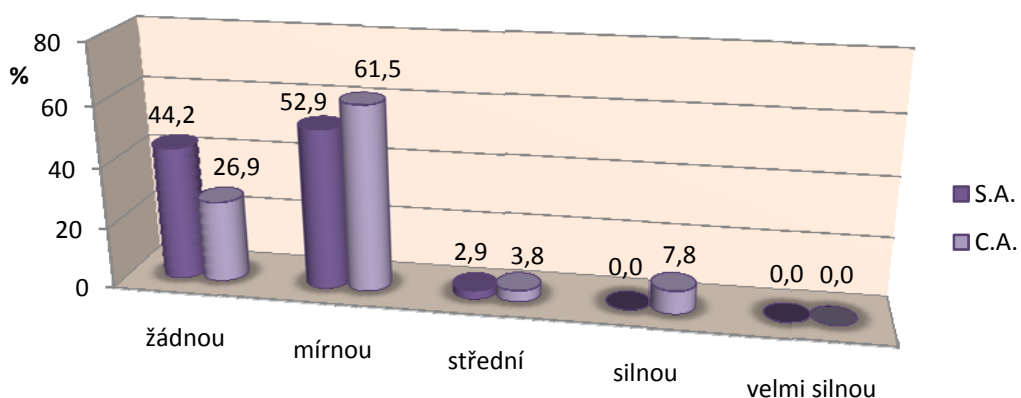
Graf č 11 znázorňuje intenzitu bolesti bezprostředně po císařském řezu, je rozdělen na dvě skupiny, do první skupiny jsou zařazené všechny rodičky, po spinální anestezii, ve druhé skupině jsou uvedené rodičky po celkové anestezii. V první skupině necítilo žádnou 7 žen (20,6%), mírnou bolest mělo 5 žen (14,8 %), střední 13 žen (38,2%), silnou 6 žen (17,6%) a velmi silnou 3 žen (8,8%). Ve druhé skupině necítily žádnou bolest 2 ženy (7,7%), mírnou bolest uvedly 3 ženy (11,5%), střední 6 žen (23,1%), silnou 9 žen (34,6%) a velmi silnou 6 žen (23,1%).

## Položka č. 12: Po podání analgetik jste cítila bolest?

Tabulka č. 12: Intenzita bolesti po podání analgetik

Intenzita	Spinální anestezie		Celková anestezie	
	absolutní četnost	relativní četnost (%)	absolutní četnost	relativní četnost (%)
žádná	15	44,2	7	26,9
mírná	18	52,9	16	61,5
střední	1	2,9	1	3,8
silná	0	0,0	2	7,8
velmi silná	0	0,0	0	0,0
<b>Celkem</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>	<b>26</b>	<b>100,0</b>

Graf č. 12: Intenzita bolesti po podání analgetik



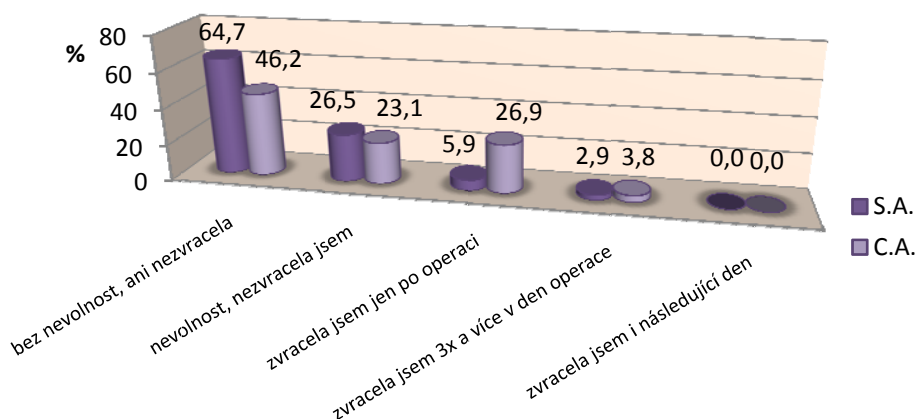
Graf č. 12 znázorňuje intenzitu bolesti po podání analgetik, opět je rozdělen do dvou skupin, do první skupiny jsou zařazeny všechny rodičky po spinální anestezii a ve druhé skupině po celkové anestezii. V první skupině necítilo žádnou 15 žen (44,2%), mírnou bolest mělo 18 žen (52,9) %, střední 1 žena (2,9%), silnou a velmi silnou bolest nevedla žádná žena. Ve druhé skupině necítilo žádnou bolest 7 žen (26,9%), mírnou bolest uvedlo 16 žen (61,5%), střední 1 žena (3,8%), silnou 2 ženy (7,8%) a velmi silnou bolest nevedla žádná z respondentek.

## Položka č. 13: Cítíte po narkóze nevolnost nebo jste zvracela?

Tabulka č. 13: Nevolnost nebo zvracení po anestezii

Odpověď	Spinální anestezie		Celková anestezie	
	absolutní četnost	relativní četnost (%)	absolutní četnost	relativní četnost (%)
nečítala jsem nevolnost a ani jsem nezvracela	22	64,7	12	46,2
cítala jsem nevolnost, ale nezvracela jsem	9	26,5	6	23,1
zvracela jsem jen bezprostředně po operaci	2	5,9	7	26,9
zvracela jsem 3 a vícekrát v den operace	1	2,9	1	3,8
zvracela jsem i následující den	0	0,0	0	0,0
<b>Celkem</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>	<b>26</b>	<b>100,0</b>

Graf č. 13: Nevolnost nebo zvracení po anestezii



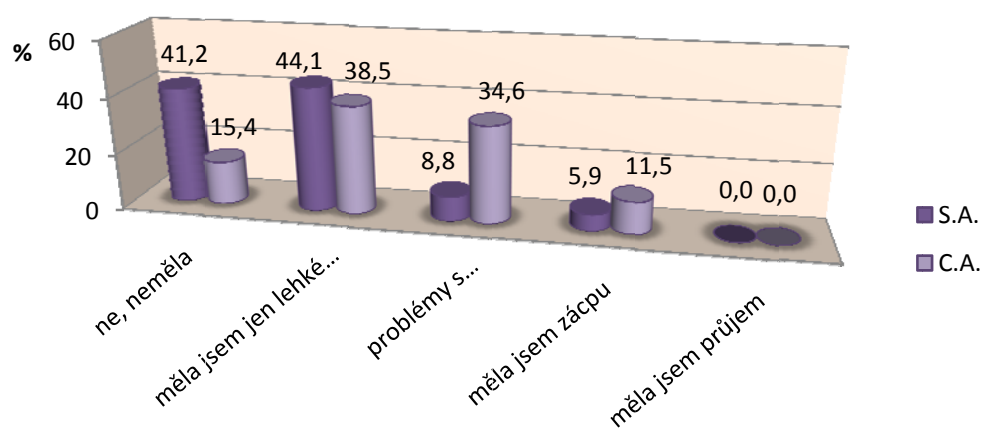
Graf č. 13 znázorňuje nevolnost nebo zvracení po anestezii, je rozdělen do dvou skupin, v první skupině jsou rodičky po spinální anestezii a ve druhé po celkové anestezii. V první skupině bylo bez nevolnosti a zvracení 22 žen (64,7%), nevolnost bez zvracení uvedlo 9 žen (26,5%), zvracení bezprostředně po operaci 2 ženy (5,9%), zvracení v den operace 1 žena (2,9%) a zvracení další den nevedla žádná žena. Ve druhé skupině bylo bez nevolnosti a zvracení 12 žen (46,2%), nevolnost bez zvracení mělo 6 žen (23,1%), zvracení bezprostředně po operaci uvedly 7 žen (26,9%), zvracení v den operace 1 žena (3,8%) a zvracení další den opět nevedla žádná žena.

## Položka č. 14: Měla jste problémy s nadýmáním a odchodem větrů a stolice?

Tabulka č. 14: Problémy s nadýmáním, odchodem větrů a stolice

Problém	Spinální anestezie		Celková anestezie	
	absolutní četnost	relativní četnost (%)	absolutní četnost	relativní četnost (%)
ne, neměla	14	41,2	4	15,4
měla jsem jen lehké nadýmání	15	44,1	10	38,5
měla jsem problém s odchodem větrů	3	8,8	9	34,6
měla jsem zácpu	2	5,9	3	11,5
měla jsem průjem	0	0,0	0	0,0
<b>Celkem</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>	<b>26</b>	<b>100,0</b>

Graf č. 14: Problémy s nadýmáním, odchodem větrů a stolice



Graf č. 14 znázorňuje problémy s nadýmáním, odchodem větrů a stolice, graf je rozdělen na rodičky po spinální anestezii a po celkové anestezii. Po S.A. nemělo žádné problémy 14 žen (41,2%), lehkým nadýmáním trpělo 15 žen (44,1%), problémy s odchodem větrů 3 ženy (8,8%), 2 ženy (5,9%) uvedly, že měli zácpu, průjmem netrpěla žádná z rodiček. Po C.A. byly bez problémů 4 ženy (15,4%), lehkým nadýmáním trpělo 10 žen (38,5%), problém s odchodem větrů uvedlo 9 žen (34,6%), zácpu 3 ženy (11,5%) a průjem neuvědla žádná z rodiček.

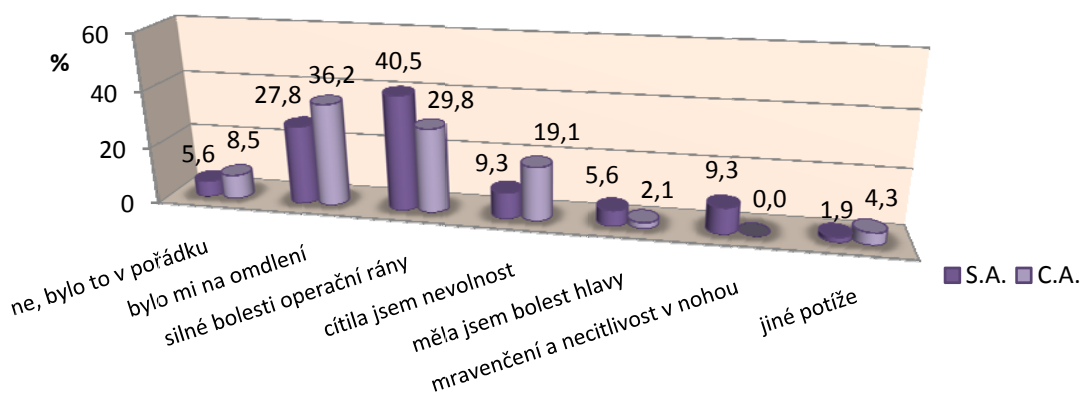
## Položka č. 15 Měla jste problémy, když jste vstávala poprvé z lůžka?

(mohlo být i více odpovědí)

Tabulka č. 15: Problémy při prvním vstávání z lůžka

Problém	spinální anestezie		celková anestezie	
	absolutní četnost	relativní četnost (%)	absolutní četnost	relativní četnost (%)
ne, bylo to v pořádku	3	5,6	4	8,5
bylo mi na omdlení	15	27,8	17	36,2
měla jsem silné bolesti operační rány	22	40,5	14	29,8
cítla jsem nevolnost	5	9,3	9	19,1
měla jsem bolesti hlavy	3	5,6	1	2,1
cítla jsem mravenčení a necitlivost v nohou	5	9,3	0	0,0
jiné potíže	1	1,9	2	4,3
<b>Celkem</b>	<b>54</b>	<b>100,0</b>	<b>47</b>	<b>100,0</b>

Graf č. 15: Problémy při prvním vstávání z lůžka



Graf č. 15 znázorňuje problémy při prvním vstávání z lůžka po císařském řezu. Graf je rozdělen opět do dvou skupin, na rodičky po spinální a po celkové anestezii. V první skupině neměly ženy žádné problémy se vstáváním ve 3 (5,6%) odpovědích, pocity na omdlení měly v 15 (27,8%) případech, bolesti v operační ráně 22 (40,5%) odpovědí, v 5 (9,3%) případech udávaly ženy při vstávání nevolnost, ve 3 (5,6%) případech měly bolesti hlavy, mravenčení a necitlivost v dolních končetinách 5 (9,3%) odpovědí a v jednom případě rodička (1,9%) po spinální anestezii uvedla jiné potíže. Po celkové

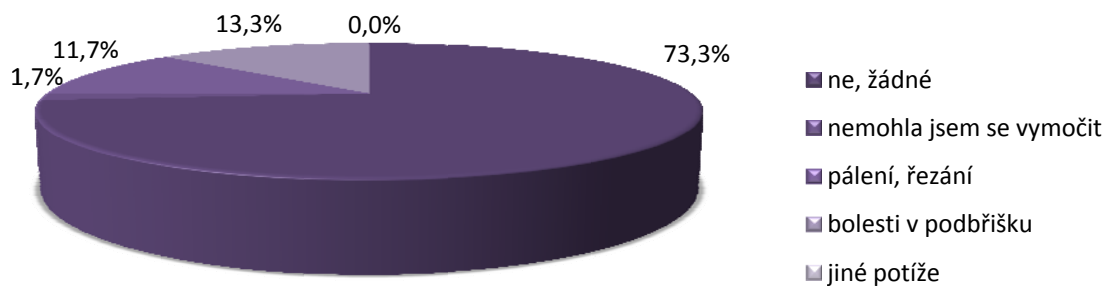
anestezii neměly ženy žádné problémy se vstáváním ve 4 (8,5%) případech, pocity na mdlení byly uvedeny v 17 (36,2%) případech, silnými bolestmi v operační ráně trpěly ženy ve 14 (29,8%) případech, v 9 opovědích (19,1%) byla uvedena při vstávání nevolnost, jedna žena (2,1%) v odpovědi uvedla bolest hlavy, mravenčením a necitlivostí v dolních končetinách neuvedla žádná z žen po celkové anestezii a ve dvou případech (4,3%) byly označeny jiné potíže.

### **Položka č. 16: Měla jste problémy s močením po vytažení cévky?**

**Tabulka č. 16: Problémy s močením po vytažení cévky**

<b>Problém</b>	<b>absolutní četnost</b>	<b>relativní četnost (%)</b>
ne, žádné	44	73,3
nemohla jsem se vymočit	1	1,7
pálení, řezání	7	11,7
bolesti v podbřišku	8	13,3
jiní potíže	0	0,0
<b>Celkem</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

**Graf č. 16: Problémy s močením po vytažení cévky**



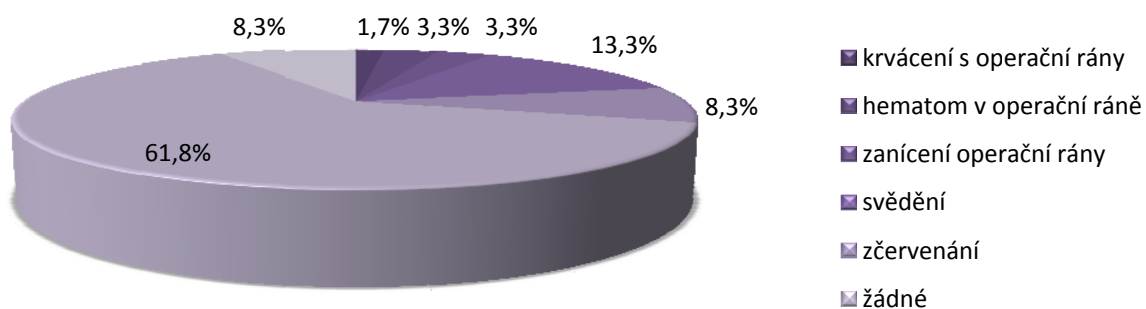
Graf č. 16 znázorňuje problémy po vytažení cévky, 44 žen ( 73,3%) nemělo žádné problémy, 8 žen ( 13,3%) mělo bolesti v podbřišku, 7 žen ( 11,7%) pociťovalo pálení a řezání v podbřišku, 1 žena (1,7%) se nemohla vymočit a jiné potíže neuvedla žádná žena.

## Položka č. 17: Vyskytl se nějaký problém s hojením rány?

Tabulka č. 17: Problémy s hojením operační rány

Problém	absolutní četnost	relativní četnost (%)
krvácení z operační rány	1	1,7
hematom v operační ráně	2	3,3
zanícení operační rány	2	3,3
svědění	8	13,3
zčervenání	5	8,3
žádné	37	61,8
nevím	5	8,3
<b>Celkem</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

Graf č. 17: Problémy s hojením operační rány



Graf č. 17 znázorňuje problémy s hojením rány, 37 žen ( 61,8%) nemělo žádné problémy, svědění uvedlo 8 žen ( 13,3%), zčervenání 5 žen ( 8,3%), hematom v operační ráně měly 2 ženy ( 3,3%) a zanícení operační rány také 2 ženy (3,3%). Z operační rány krvácela jedna žena (1,7%) a 5 žen (8,3%) nevědělo, jestli mělo nějaký problém s hojením operační rány.



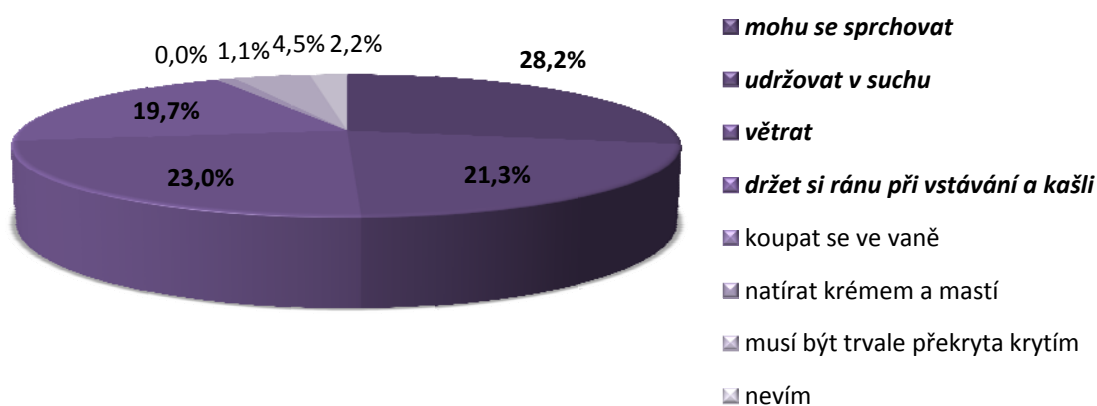
## Položka č. 18: Víte, jak pečovat o operační ránu?

(mohlo být i více odpovědí, byly uvedené správné i nesprávné možnosti)

Tabulka č. 18: Znalost péče o operační ránu

Možnosti péče o ránu	absolutní četnost	relativní četnost (%)
<i>mohu se sprchovat</i>	50	28,2
<i>udržovat v suchu</i>	38	21,3
<i>větrat</i>	41	23,0
<i>držet si ránu při vstávání a kašli</i>	35	19,7
koupat se ve vaně	0	0,0
natírat krémem a mastí	2	1,1
musí být trvale překryta krytím	8	4,5
nevím	4	2,2
<b>Celkem</b>	178	100,0

Graf č. 18: Znalost péče o operační ránu



Graf č. 18 znázorňuje znalost péče rodiček o operační ránu. Ženy zde mohly udávat více odpovědí, byly uvedené správné i nesprávné odpovědi, v grafu jsou správné odpovědi zvýrazněny. Odpověď „mohu se sprchovat“ byla uvedena v 50 (28,2%) případech, „větrat“ 41 (23%), „udržovat v suchu“ 38 (21,3%), „držet si ránu při vstávání“ 35 (19,7%) odpovědí, tyto odpovědi byly správné. „Natírat krém a mastí“ bylo uvedeno 2-krát (1,1%), odpověď „musí být trvale překryta krytím“ byla uvedena 8-krát (4,5%), odpověď „koupat se ve vaně“ nevedla žádná žena. Jak pečovat o ránu nevěděly ženy ve 4 (2,2%) případech.

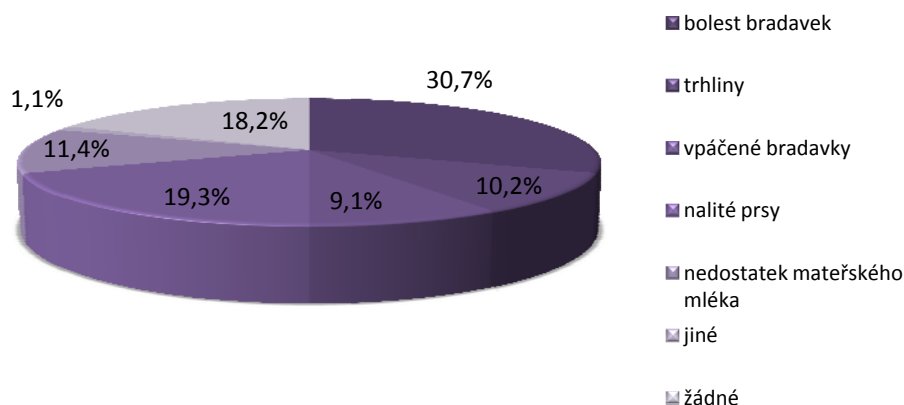
## Položka č. 19: Měla jste nějaké problémy s prsy?

(mohlo být i více odpovědí)

Tabulka č. 19: Problémy s prsy

Problém	absolutní četnost	relativní četnost (%)
bolest bradavek	27	30,7
trhliny	9	10,2
vpáčené bradavky	8	9,1
nalité prsy	17	19,3
nedostatek mateřského mléka	10	11,4
jiné	1	1,1
žádné	16	18,2
<b>Celkem</b>	<b>88</b>	<b>100,0</b>

Graf č. 19: Problémy s prsy



Graf č. 19 znázorňuje problémy s prsy. Ženy zde mohly udávat více odpovědí. Bolest bradavek udávaly ženy ve 27 (30,7%) případech, nalité prsy byly uvedeny v 17 (19,3%) případech, šestnáctkrát (18,2%) ženy uvedly, že neměly s prsy žádné problémy, v 10 (11,4%) odpovědích měly nedostatek mateřského mléka, devět (10,2%) odpovědí udávalo trhliny na prstech, vpáčené bradavky bylo uvedeno 8-krát (9,1%) a jiné problémy uvedla jedna rodička (1,1%) po císařském řezu.

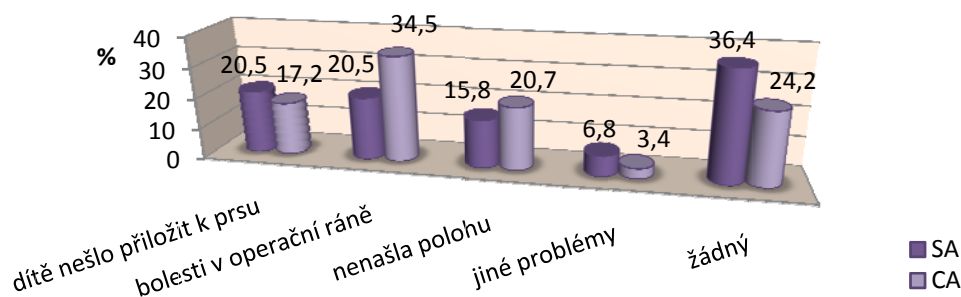
## Položka č. 20: Měla jste nějaké problémy při prvním kojení?

(mohlo být i více odpovědí)

Tabulka č. 20: Problémy při prvním kojení

Problém	spinální anestezie		celková anestezie	
	absolutní četnost	relativní četnost (%)	absolutní četnost	relativní četnost (%)
dítě se nepodařilo přiložit k prsu	9	20,5	5	17,2
měla jsem bolesti v operační ráně	9	20,5	10	34,5
nenášla jsem vhodnou polohu	7	15,8	6	20,7
jiné problémy	3	6,8	1	3,4
žádný	16	36,4	7	24,2
<b>Celkem</b>	<b>44</b>	<b>100,0</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>

Graf 4. 20: Problémy při prvním kojení



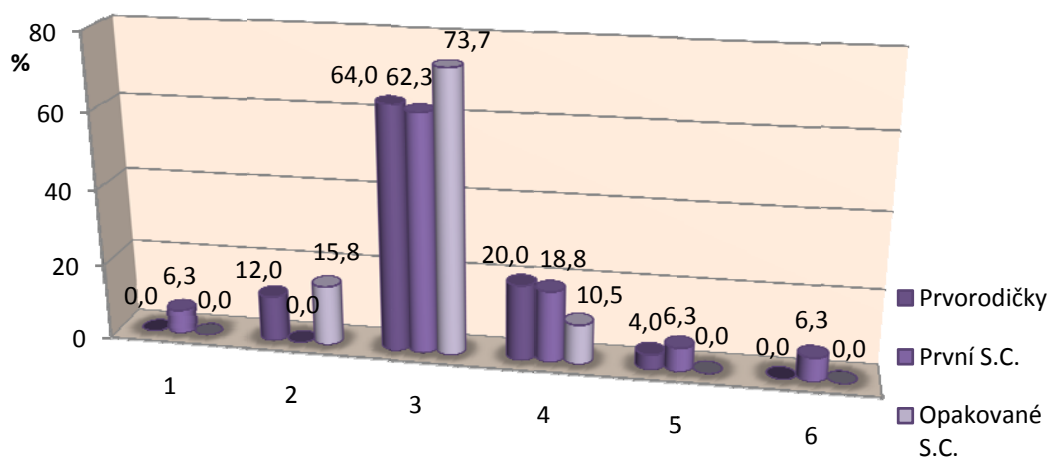
Graf č. 20 znázorňuje problémy rodiček při prvním kojení. Ženy zde mohly udávat více odpovědí. Graf je rozdělen opět do dvou skupin, na rodičky po spinální a po celkové anestezii. V první skupině neměly ženy při prvním kojení žádné problémy v 16 (36,4%) odpovědích, v 9 (20,5%) odpovědích se dítě nepodařilo přiložit k prsu, v 9 (20,5%) odpovědích měly ženy bolesti v operační ráně, v 7 (15,8%) případech nenašly vhodnou polohu a ve 3 (6,8%) případech uvedly jiné problémy. Po celkové anestezii byla v 10 (34,5%) odpovědích bolest v operační ráně, v 7 (24,2%) případech ženy neměly žádné problémy, v 6 (20,7%) odpovědích ženy nenašly vhodnou polohu, v 5 (17,2%) případech se dítě nepodařilo přiložit k prsu a jedna žena (3,4%) ve své odpovědi uvedla jiné problémy při prvním kojení.

## Položka č. 21: Který den jste byla se schopna se plně postarat o miminko?

Tabulka č. 21: Schopnost se plně starat o miminko

Pocity	prvorodičky		první S.C.		opakované S.C.	
	absolutní četnost	relativní četnost (%)	absolutní četnost	relativní četnost (%)	absolutní četnost	relativní četnost (%)
1.	0	0,0	1	6,3	0	0,0
2.	3	12,0	0	0,0	3	15,8
3.	16	64,0	10	62,3	14	73,7
4.	5	20,0	3	18,8	2	10,5
5.	1	4,0	1	6,3	0	0,0
6.	0	0,0	1	6,3	0	0,0
<b>Celkem</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>	<b>16</b>	<b>100,0</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>

Graf č. 21: Schopnost se plně starat o miminko



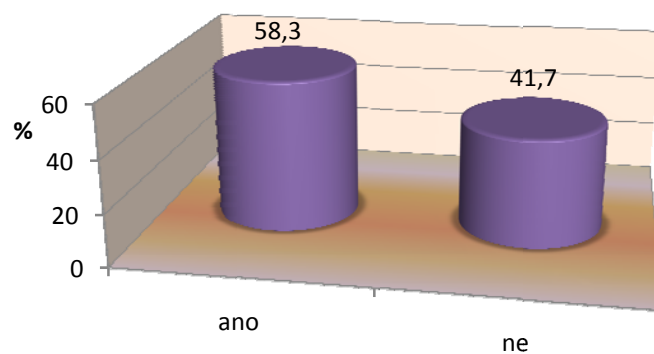
Graf č. 21 znázorňuje schopnost rodiček postarat se o miminko po porodu. Graf je rozdělen do tří skupin, na prvorodičky, ženy po prvním císařské řezu a ženy po opakovaném císařském řezu. Prvorodičky odpovídaly takto: 3.den 16 žen (64%), 4. den 5 žen (20%), 2. den 3 ženy (12%), 1 žena (4%), 1. a 6. den nevedla žádná žena. skupina po prvním císařském řezu označily nejčastěji 3. den 10 (62,3%) žen, 1., 5. a 6.den shodně 1 žena (6,3%), 2. den neoznačila žádná žena. Skupina po opakovaném císařském řezu uvedla nejčastěji opět 3. den 14 žen (73,7%), následuje 2. den 3 ženy (15,8%), 4. den 2 ženy (10,5%). 1., 5. a 6. den neoznačila žádná žena.

## Položka č. 22: Měla jste u porodu partnera nebo jinou blízkou osobu?

Tabulka č. 22: Přítomnost partnera nebo blízké osoby u porodu

Odpověď	absolutní četnost	relativní četnost (%)
ano	35	58,3
ne	25	41,7
<b>Celkem</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

Graf č. 22: Přítomnost partnera nebo blízké osoby u porodu



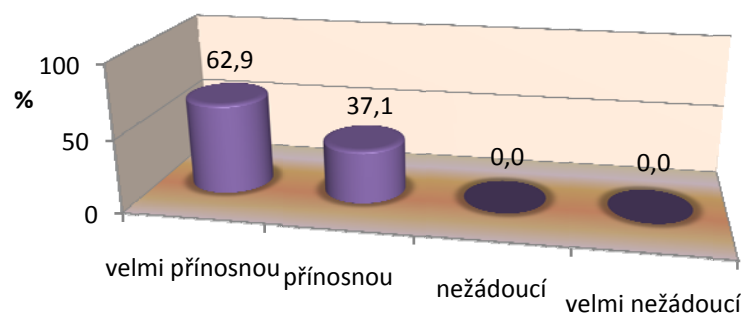
Graf č. 22 znázorňuje poměr rodiček, které měly u porodu partnera, nebo jinou blízkou osobu, což uvedlo 35 žen, tedy plných 58,3%.

**Položka č. 23: Pokud jste měla u porodu partnera nebo jinou blízkou osobu, hodnotíte její přítomnost:**

**Tabulka č. 23: Hodnocení přítomnosti partnera nebo blízké osoby u porodu**

Hodnocení	absolutní četnost	relativní četnost (%)
velmi přínosnou	22	62,9
přínosnou	13	37,1
nežádoucí	0	0,0
velmi nežádoucí	0	0,0
<b>Celkem</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>

**Graf č. 23: Hodnocení přítomnosti partnera nebo blízké osoby u porodu**



Graf č. 23 znázorňuje hodnocení rodiček přítomnosti partnera u porodu. Jako velmi přínosnou ji hodnotilo 22 žen (62,9%), jako přínosnou 13 žen (37,1%), žádná z rodiček přítomnost partnera, nebo jiné blízké osoby nehodnotila záporně.

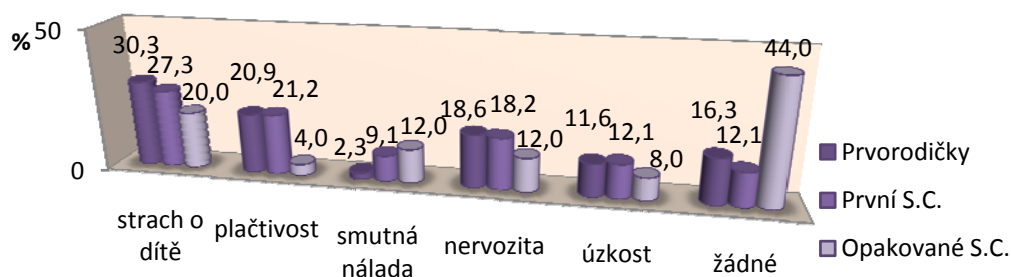
## Položka č. 24: Měla jste nějaké negativní pocity?

(mohlo být i více odpovědí)

Tabulka č. 24: Negativní pocity

Pocity	prvorodičky		první S.C.		opakované S.C.	
	absolutní četnost	relativní četnost (%)	absolutní četnost	relativní četnost (%)	absolutní četnost	relativní četnost (%)
strach o dítě	13	30,3	23	27,3	5	20,0
plačtivost	9	20,9	16	21,2	1	4,0
smutná nálada	1	2,3	4	9,1	3	12,0
nervozita	8	18,6	14	18,2	3	12,0
úzkost	5	11,6	9	12,1	2	8,0
žádné	7	16,3	11	12,1	11	44,0
<b>Celkem</b>	<b>43</b>	<b>100,0</b>	<b>77</b>	<b>100,0</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>

Graf č. 24: Negativní pocity



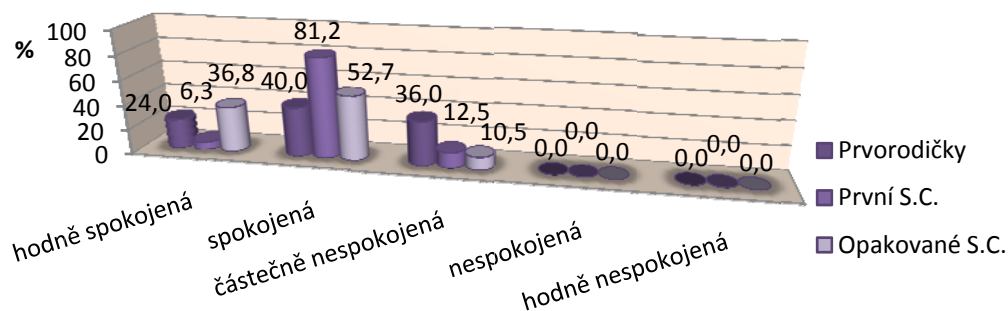
Graf č. 24 znázorňuje negativní pocity rodiček po porodu. Mohlo být uvedeno i více odpovědí. Ženy byly rozdělené do tří skupin. Prvorodičky, strach o dítě uvedly v 13 (30,3%), plačtivost v 9 (20,9%), nervozitu v 8 (18,6%), úzkost v 5 (11,6%), smutnou náladu v 1 (2,3%) a žádné negativní pocity v 7 (16,3%) odpovědích. Ženy po prvním císařském řezu strach o dítě označily v 23 (27,3%), plačtivost v 16 (21,2%), nervozitu v 14 (18,2%), úzkost v 9 (12,1%), smutnou náladu ve 4 (9,1%) a odpověď žádnou v 11 (12,1%) případech. Skupina žen po opakovaném císařském řezu odpovídala takto: strach o dítě 5 (20%), smutná nálada a nervozita shodně 3 (12%), úzkost 2 (8%), plačtivost 1 (4%) a žádné potíže 11 (44%) odpovědí.

**Položka č. 25: Spokojenost se zvládáním sebepečce, zvládáním péče o novorozence, s průběhem kojení.**

**Tabulka č. 25/a: Hodnocení spokojenosti se zvládáním sebepečce**

Hodnocení	prvorodičky		první S.C.		opak. S.C.	
	absolutní četnost	relativní četnost (%)	absolutní četnost	relativní četnost (%)	absolutní četnost	relativní četnost (%)
hodně spokojená	6	24,0	1	6,3	7	36,8
spokojená	10	40,0	13	81,2	10	52,7
částečně nespokojená	9	36,0	2	12,5	2	10,5
nespokojená	0	0,0	0	0,0	0	0,0
hodně nespokojená	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Celkem</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>	<b>16</b>	<b>100,0</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>

**Graf č. 25/a: Hodnocení spokojenosti se zvládáním sebepečce**



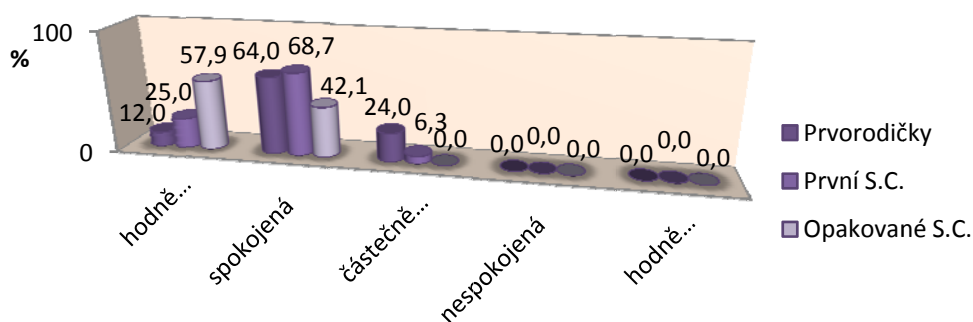
Graf 25 /a znázorňuje hodnocení spokojenosti se zvládáním sebepečce, ženy jsou opět rozdělené do tří skupin. Prvorodičky nejčastěji onačily odpověď spokojená 10 žen (40%), dále následovala odpověď částečně nespokojená 9 žen (36%), hodně spokojená 6 žen (24%), nespokojená a hodně nespokojená neoznačila žádná žena. Ženy po prvním císařském řezu byly nejčastěji spokojené 13 žen (81,2%), částečně nespokojené byly 2 ženy (12,5%) a hodně spokojená 1 žena (6,3%). Nespokojená a hodně nespokojená nebyla žádná žena. Ženy po opakovaném císařském řezu byly spokojeno 10 žen (52,7%), hodně spokojeno 7 žen (36,8%) a částečně nespokojené 2 ženy (10,5%). Nespokojená a hodně nespokojená nebyla žádná žena.



**Tabulka č. 25/b: Hodnocení spokojenosti se zvládáním péče o novorozence**

Hodnocení	prvorodičky		první S.C.		opak. S.C.	
	absolutní četnost	relativní četnost (%)	absolutní četnost	relativní četnost (%)	absolutní četnost	relativní četnost (%)
hodně spokojená	3	12,0	4	25,0	11	57,9
spokojená	16	64,0	11	68,7	8	42,1
částečně nespokojená	6	24,0	1	6,3	0	0,0
nespokojená	0	0,0	0	0,0	0	0,0
hodně nespokojená	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Celkem</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>	<b>16</b>	<b>100,0</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>

**Graf č. 25/b: Hodnocení spokojenosti se zvládáním péče o novorozence**

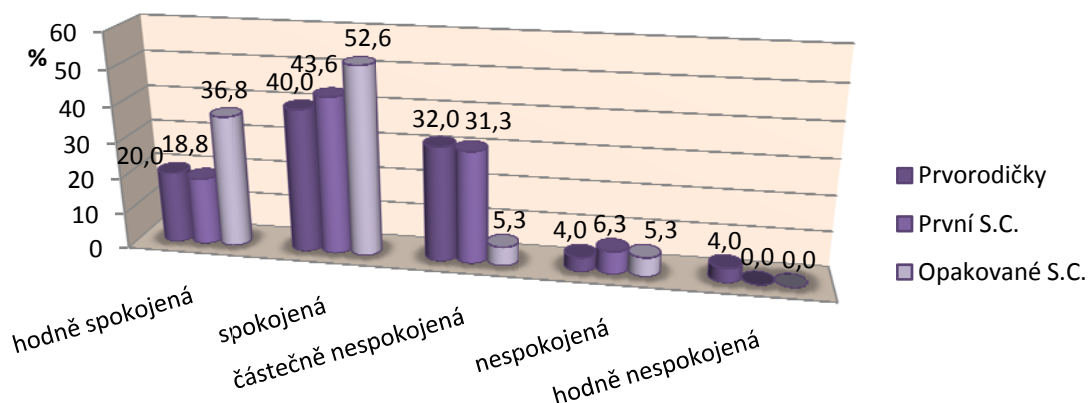


Graf č. 25/b znázorňuje hodnocení spokojenosti se zvládáním péče o novorozence. Ženy jsou opět rozdělené do tří skupin. Prvorodičky nejčastěji onačily odpověď spokojená 16 žen (64%), dále následovala odpověď částečně nespokojená 6 žen (24%), hodně spokojené 3 ženy (12%). Nespokojená a hodně nespokojená neoznačila žádná žena. Ženy po prvním císařském řezu byly nejčastěji spokojené 11 žen (68,7%), částečně nespokojená byla 1 žena (6,3%) a hodně spokojené 4 ženy (25%). Nespokojená a hodně nespokojená nebyla žádná žena. Ženy po opakovaném císařském řezu byly spokojeno 8 žen (42,1%), hodně spokojeno 11 žen (57,9%). Částečně nespokojená a nespokojená nebyla žádná žena.

**Tabulka č. 25/c: Hodnocení spokojenosti s průběhem kojení**

Hodnocení	prvorodičky		první S.C.		opak. S.C.	
	absolutní četnost	relativní četnost (%)	absolutní četnost	relativní četnost (%)	absolutní četnost	relativní četnost (%)
hodně spokojená	5	20,0	3	18,8	7	36,8
spokojená	10	40,0	7	43,6	10	52,6
částečně nespokojená	8	32,0	5	31,3	1	5,3
nespokojená	1	4,0	1	6,3	1	5,3
hodně nespokojená	1	4,0	0	0,0	0	0,0
<b>Celkem</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>	<b>16</b>	<b>100,0</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>

**Graf č. 25/c: Hodnocení spokojenosti s průběhem kojení**



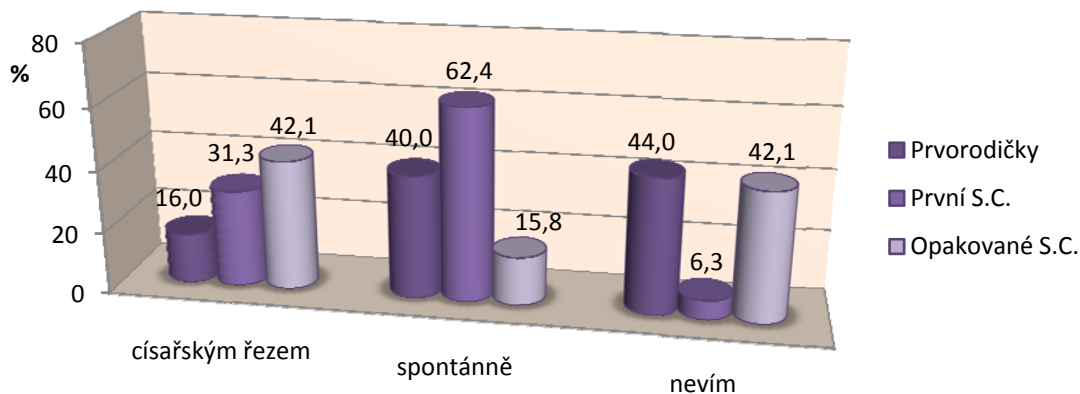
Graf 25 /c znázorňuje hodnocení spokojenosti s průběhem kojení, ženy jsou opět rozdělené do tří skupin. Prvorodičky nejčastěji označily odpověď spokojená 10 žen (40%), dále následovala odpověď částečně nespokojená 8 žen (32%), hodně spokojeno bylo 5 žen (20%), nespokojená a hodně nespokojená označila shodně 1 žena (4%). Ženy po prvním císařském řezu byly nejčastěji spokojené 7 žen (43,6%), částečně nespokojené bylo 5 žen (31,3%) a hodně spokojené 3 ženy (18,8%), nespokojená 1 žena (6,3%). Hodně nespokojená nebyla žádná žena. Ženy po opakovaném císařském řezu bylo spokojeno 10 žen (52,6%), hodně spokojeno 7 žen (36,8%) a částečně nespokojená a nespokojená shodně 1 žena (5,3%). Hodně nespokojená nebyla žádná žena.

## Položka č. 26 Pokud byste znovu rodila, přála byste si porodit:

Tabulka č. 26: Přání příště porodit

Hodnocení	prvorodičky		první S.C.		opak. S.C.	
	absolutní četnost	relativní četnost (%)	absolutní četnost	relativní četnost (%)	absolutní četnost	relativní četnost (%)
císařským řezem	4	16,0	5	31,3	8	42,1
spontánně	10	40,0	10	62,4	3	15,8
nevím	11	44,0	1	6,3	8	42,1
<b>Celkem</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>	<b>16</b>	<b>100,0</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>

Graf č. 26: Přání příště porodit



Graf č. 26 znázorňuje přání rodiček o způsobu případného následujícího porodu. Opět jsou ženy rozdělené do tří skupin. Ve skupině prvorodiček 11 žen (44%) se nedokázalo vyjádřit, spontánně rodit by si přálo 10 žen (40%) a rodit císařským řezem 4 ženy (16%). Ženy po prvním císařském řezu by si nejčastěji přály rodit spontánně, 10 žen (62,4%), 5 žen (31,3%) by si přálo rodit císařským řezem a 1 žena (6,3%) se nedokázala vyjádřit. Ve skupině po opakovaném císařském řezu nejčastější odpovědí byl císařský řez, označilo ho 8 žen (42,1%), odpověď nevím, taky 8 žen (42,1%). Odpověď spontánní porod označily 3 ženy (15,8%).

## 4 Diskuze

Bakalářská práce „Císařský řez, výhra nebo selhání?“ je zaměřena na zjištění prožívání císařského řezu rodičkou po fyzické i psychické stránce, dále na zjištění informovanosti rodiček o tomto způsobu porodu.

### **První část obsahovala položky týkající se skupinových identifikačních údajů.**

První položka zjišťovala pooperační den, kdy dotazník ženy vyplňovaly. Nejčastěji dnem vyplnění dotazníku byl 4. pooperační den, 8 žen vyplnilo dotazník již 2. pooperační den, tento den se ještě nemusí projevit všechny problémy, zejména s kojením, péčí o novorozence, problémy s odchodem větrů a stolice, s hojením rány a s negativními pocity.

Druhá položka zjišťovala věk dotazovaných žen. Největší zastoupení bylo ve věkové skupině 31- 35 let. Nejméně byla zastoupena věková skupina méně než 20 let. V bakalářské práci „Srovnání psychické a somatického stavu žen rodících spontánně nebo císařským řezem“ (Smutná, 2009, online 2010) bylo nejčastější zastoupení žen po císařském řezu ve věkové skupině 26 – 30 let, což ukazuje na posun rodiček do vyšší věkové kategorie, čímž se i zvyšuje pravděpodobnost ukončení těhotenství císařským řezem.

Třetí otázka zjišťovala pořadí nynějšího porodu. Největší zastoupení měly prvorodičky, opět porovnání s bakalářskou prací „Srovnání psychické a somatického stavu žen rodících spontánně nebo císařským řezem“ (Smutná, 2009, online 2010), kde měly rovněž největší zastoupení po císařském řezu prvorodičky, což opět ukazuje na odklad prvního těhotenství do pozdějšího věku.

Čtvrtá položka byla zaměřena na zjištění způsobu předchozího porodu. Na tu to otázku celkem odpovídalo 35 žen (prvorodičky byly vyřazeny). Většina respondentek uvedla jako předchozí porod císařský řez. Dle UZIS kontinuálně narůstá výskyt císařského řezu v anamnéze rodiček. Potvrzuje to údaj o incidenci císařského řezu u sekundy a vícepar. Bez císařského řezu v anamnéze je porod u těchto žen ukončován císařským řezem v 10,8 %, ale císařský řez v anamnéze v 66,5 % (UZIS, online 2010). Z výzkumu se tato skutečnost potvrdila, i zde uvedlo jako předchozí porod 45,7% žen císařský řez.

## **Druhá část výzkumu je zaměřena na informovanost rodiček o císařském řezu.**

První položka této části zjišťovala druh nynějšího císařského řezu, výsledek vyšel vyrovnaně. Někdy nastane situace, kdy s plánovaného řezu se stane akutní, proto je pro samotnou rodičku těžké určit, zda se jedná o akutní nebo o plánovaný císařský řez.

Druhá položka, položka č. 6, této části výzkumu zjišťovala, kde rodičky získaly informace o císařském řezu, ženy mohly uvést více odpovědí. Nejčastějším zdrojem získání informací uvedly ženy internet, což není v dnešní době překvapující, na internetu je možnost získat hodně informací, které však nemusí být vždy pravdivé. Druhou a třetí nejčastější odpovědí bylo získání informací při hospitalizaci v nemocnici a v poradně, z toho je zřejmé, že lékaři a porodní asistentky mezi budoucími maminkami provádějí dostatečnou edukaci. Z výsledku vyplývá, že ženy již v těhotenství počítají, že může nastat situace, kdy budou muset родit císařským řezem a snaží se získat nějaké informace.

Další položka č. 7 se zabývala indikací k císařskému řezu. Nejčastější indikací dle odpovědí byl stav po předchozím císařském řezu, hypoxie plodu, kefalopelvický nepoměr, jiná poloha a jiná indikace. Nejčastější indikace císařského řezu v ČR: hypoxie, iterativní řez, dystokie, poloha plodu konec pánevní, gemini. (Marděšičová, Velebil, online 2010). Provedeným výzkumem byly zjištěny shodné výsledky, protože mezi indikací hypoxie plodu můžeme zařadit i indikaci zkalená plodová voda a mezi indikací dystokie cervikokorporální kefalopelvický nepoměr a velké miminko.

Další položka této části, položka č. 8 zjišťovala, zda měly rodičky dostatek času si přečíst informovaný souhlas. Většina odpověděla, že měla dostatek času si přečíst informovaný souhlas, což ukazuje, že všechny rodičky znaly indikaci, pro kterou musely родit císařským řezem a byly dostatečně informované.

V následující položce č. 9 byly rodičky dotazovány na způsob anestezie. 56,7% uvedlo spinální a 43,3% celkovou. Další položka č. 10 zjišťovala, zda si rodičky měly možnost druh anestezie zvolit sami, 37 žen 61,7% tu to možnost mělo. Z těchto 37 žen, které měly možnost volby, si větší část rodiček zvolilo spinální anestezii. Důvodem této volby je, že rodičky chtějí být při vědomí a vidět své dítě co nejdříve.

## **Položky třetí části výzkumu zjišťovaly tělesný stav po císařském řezu.**

První dvě položky této části se týkaly intenzity bolesti operační rány, první položka č. 11 zjišťovala intenzitu bolesti bezprostředně po operaci. Rodičky byly rozděleny podle druhu anestezie. Po spinální anestezii nejčastěji ženy uvedly, že cítily střední bolest, po

celkové anestezii nejčastější odpovědí byla intenzita bolesti silná. Výsledky ukazují, že rodičky po spinální anestezii bezprostředně po operaci cítily menší bolesti, což je dáno znecitlivěním dolní části těla.

Následující položka č. 12 zjišťovala, zda byly rodičky dostatečně pooperačně analgetizované. Výsledky ukazují, že v obou skupinách došlo ke snížení intenzity bolesti a dotazované ženy byly dostatečně analgetizovány. Dostatečná pooperační analgetizace je důležitá, především pro kojení.

Další položka č. 13 byla zaměřena na zjištění, zda ženy po anestezii pociťovaly nevolnost nebo zvracely. Respondentky byly opět rozděleny podle druhu anestezie. Podle výsledků obou skupin se problémy s nevolností a zvracením častěji objevily u žen po celkové anestezii, což se dalo předpokládat, tyto problémy jsou nežádoucím účinkem celkové anestezie a mohou opět negativně ovlivnit první kojení.

Problémy s nadýmáním a odchodem větrů a stolice se zabývala další položka č. 14, po spinální anestezii nejčastěji ženy uvedly lehké nadýmání nebo žádné potíže, po celkové anestezii nejčastěji ženy uvedly lehké nadýmání a problémy s odchodem větrů.

V bakalářské práci „Srovnání psychické a somatického stavu žen rodičích spontánně nebo císařským řezem“ (Smutná, 2009, online 2010) je uvedeno nadýmání a vzedmuté břicho po spontánním porodu jen u 5 žen z celkového počtu 55 žen. Z toho lze usuzovat, že problémy s odchodem větrů a stolice budou souviset s anestézií, především s celkovou a pomalejší mobilizací rodičky po císařském řezu.

Položka č. 15 se zabývá problémy rodiček při prvním vstávání z lůžka. Z porovnaných výsledků obou skupin, tedy spinální a celkové anestezie je zřejmé, že problémy při vstávání souvisí právě s druhem anestezie, častější pocit na omdlení a nevolnost po celkové anestezii, častější bolest v operační ráně a mravenčení v dolních končetinách, včetně jejich necitlivosti, po spinální anestezii.

Ze srovnání výsledků položek č. 11, 12, 13, 14 a 15 vyplývá, že méně somatických problémů se vyskytlo u rodiček po spinální anestezii. Tento druh anestezie preferují, pokud to situace dovoluje, i anesteziologové.

Z dlouhodobých statistik a retrospektivních studií jednoznačně vyplývá větší bezpečnost spinální anestezie u císařského řezu pro matku i pro plod. Například ve statistikách z Velké Británie je v období 2000- 2002 uvedeno šest případů úmrtí těhotné rodičky v přímé souvislosti s anestézií. Ke všem šesti úmrtím došlo při celkové anestezii. Při

spinální anestezii v tomtéž období nezemřela žádná rodička. Podobné výsledky přinášejí i statistiky ze zámoří (Fuňka, 2008, s. 33, 34).

Další položka č. 16 zjišťovala problémy po vytažení močové cévky. Potíže po vytažení močové celkem uvedlo 26,7% žen. V bakalářské práci „Srovnání psychické a somatického stavu žen rodičích spontánně nebo císařským řezem“ (Smutná, 2009, online) je uvedeno po spontánním porodu, mělo obtíže vymočit se po porodu 9 žen – 18,8%. Porovnáním výsledků je patrné, že po vytažení močové cévky po císařském řezu způsobuje více potíží než vymočení po spontánním porodu. Předpoklad byl, že rodičky po spontánním porodu budou mít více problému s vymočením z důvodu poporodního poranění.

Položka č. 17 zjišťovala problémy s hojením operační rány. Bez potíží s hojením rány byla většina respondentek. Následující položka, č. 18 zjišťovala znalost péče rodiček o operační ránu. Byly zde uvedeny správné i nesprávné možnosti. Správné možnosti uvedlo 92,2% žen a nesprávné 7,8% žen. Výsledky ukazují, že dotazované ženy jsou dostatečně informované a ví, jak pečovat o operační ránu, což ukazuje i výsledek v položce č. 17, kde nemělo s hojením pooperační rány žádný problém 61,7% respondentek.

Další položka č. 19 zjišťovala problémy s prsy. Nejčastější problém uvedly rodičky bolesti bradavek, dále následují nalité prsy, nedostatek mateřského mléka, trhliny, vpáčené bradavky a jiné problémy. Žádný problém s prsy nemělo 18,2% dotazovaných žen. Opět srovnání s prací „Srovnání psychické a somatického stavu žen rodičích spontánně nebo císařským řezem“ (Smutná 2009, online 2010) je uvedeno po spontánním porodu, že bolesti bradavek uvedlo 50% žen, trhliny 16,7% žen, nalité prsy 54,2% a jiné potíže 6,3%. Žádné obtíže nezaznamenalo 18,8%. Ve srovnání výsledků obou výzkumu vyplývá, že způsob porodu nemá vliv na problémy s prsy, dokonce rodičky po císařském řezu měly, v porovnání, s prsy méně problémů.

Položka č. 20 se zabývala problémy při prvním kojení. Po spinální anestezii celkem uvedlo problémy v 63,7% a po celkové anestezii celkem 75,8%. V bakalářské práci „Srovnání psychické a somatického stavu žen rodičích spontánně nebo císařským řezem“ (Smutná, 2009, online2010) je uvedeno, že ženy po spinální anestezii v 75,7% uvedly problémy s kojením a 88,2% po celkové anestezii. V porovnání výsledků ukazuje, že méně problému s kojením měly ženy po spinální anestezii.

#### **Čtvrtá část výzkumu zjišťovala psychický stav po císařském řezu.**

Položka č. 21 zjišťovala, který den po porodu rodičky byly schopné plně se postarat o miminko. Odpovědi byly rozděleny na prvorodičky, ženy, které rodily císařským řezem poprvé a rodičky, které měly s císařským řezem již dřívější zkušenost. Nejčastějším dnem u všech skupin byl třetí den. V porovnání výsledků obou skupin je zřejmé, že dřívější zkušenost s porodem císařským řezem nemá vliv na rychlejší schopnost rodičky se po porodu starat o novorozence.

Položka č. 22 zjišťovala, zda měla rodička u porodu partnera nebo jinou blízkou osobu. Kladně odpověděla většina žen. V minulosti ženy tuto možnost přítomnosti partnera neměly. Z odpovědí je zřejmé, že rodičky mají zájem o přítomnost svých partnerů nebo jinou blízkou osobu u porodu.

Další položka č. 23 zjišťovala, jak rodičky hodnotily přítomnost partnera nebo jiné blízké osoby u porodu. Toto hodnocení se týkalo pouze rodiček, které v předchozí otázce odpověděly kladně. Všechny dotazované ženy hodnotily přítomnost partnera jako velmi přínosnou a přínosnou, z toho vyplývá, že pro ženy je důležité mít v tak významné chvíli, jako je narození dítěte, partnera nebo někoho blízkého u sebe.

V položkách č. 24, 25 a 26 jsou dotazované ženy rozdělené do tří skupin, na prvorodičky, na rodičky, které rodily císařským řezem poprvé a na rodičky po iterativním (opakovaném) císařském řezu. Položka č. 24 zjišťovala negativní pocity, ty to negativní pocity mohou pramenit po císařském řezu z toho, že rodička je uložena na jednotu intenzivní péče, je odloučena od dítěte, má bolesti operační rány, pomaleji se mobilizuje a má dyskomfort při kojení. Nejvíce negativních pocitů se vyskytlo ve skupině u rodiček, které rodily císařským řezem poprvé, dále následovaly prvorodičky a nejméně negativních pocitů uvedly ženy po opakovaném císařském řezu. Důvodem toho to výsledku je, že ženy ve skupině, které rodily císařským řezem poprvé, mají již zkušenost i se spontánním porodem a tedy možnost porovnávat oba způsoby porodu, kdežto prvorodičky tu to možnost neměly. Ženy po opakovaném císařském řezu mohly využít svých zkušeností. Nejčastějším negativním pocitem ve všech třech skupinách, které rodičky označily, byl strach o dítě, důvodem této obavy je zřejmé, že maminky nemají dítě ihned u sebe.

Položka č. 25 mapovala spokojenost žen se zvládáním sebepéče, se zvládáním péče o novorozence a s průběhem kojení. Nejvíce spokojené se zvládáním sebepéče, se zvládáním péče o novorozence a s průběhem byly rodičky po opakovaném císařském



řezu, pak následovala skupina žen, které rodily císařským řezem poprvé, nejméně spokojené byly prvorodičky. Ten to výsledek se dal předpokládat, protože rodičky po opakovaném císařském řezu i rodičky po prvním císařském řezu mají již zkušenost s péčí o novorozence a kojením i sebepéčí.

Poslední položka č. 26 zjišťovala přání způsobu příštího porodu. Prvorodičky se nejčastěji nedokázaly vyjádřit, rodičky po prvním císařském řezu by daly přednost spontánnímu porodu. Rodičky po opakovaném císařském řezu by znovu rodilo tím to způsobem, toho lze usuzovat, že zřejmě z důvodu své nezkušenosti se spontánním porodem.

## Závěr

V bakalářské práci bylo zjišťováno prožívání císařského řezu rodičkami, jako jednoho z možných způsobů narození potomka. Formou dotazníku byl prováděn průzkum mezi maminkami na oddělení šestinedělí, kdy se podařilo zjistit požadované informace celkem od šedesáti respondentek.

Prvním cílem výzkumu bylo zjistit informovanost rodiček o způsobu porodu. Výsledky ukazují, že ženy se snaží získat informace již v době těhotenství. Těsně před porodem a v jeho průběhu jsou dostatečně informované zdravotnickým personálem, což prokazuje i to, že většina respondentek měla dostatek času si přečíst informovaný souhlas, všechny znaly indikaci, pro kterou musely podstoupit císařský řez, znaly druh anestezie a některé měly možnost volby. Cíl se podařilo splnit.

Druhým cílem práce bylo zjistit a popsat tělesný stav rodičky. Somatické problémy související s druhem anestezie, jako je bolest operační rány, zvracení a nevolnost, nadýmání a odchod větrů, první vstávání z lůžka, problémy při prvním kojení, uvedlo méně žen po spinální anestezii než po celkové anestezii. Spinální anestezii, pokud tu možnost mělo, zvolilo více rodiček. Důvod této volby je, aby mohly, co nejdříve vidět a slyšet své miminko. Většina žen uměla o operační ránu pečovat, což svědčí o dobré informovanosti a nízkém počtu problému s jejím hojením. I tento cíl se podařilo splnit.

Třetím cílem bylo zjistit a popsat psychický stav rodičky. Nejlépe se s danou situací vyrovnaly, rodičky po opakovaném císařském řezu a uvedly jako příští porod opět císařský řez. Nejvíce negativních pocitů uvedla skupina rodiček po prvním císařském řezu, tyto ženy měly i zkušenost se spontánním porodem, proto mohly tyto dva způsoby porodu porovnat a většina by si příští porod přála spontánní. Nejméně spokojené se zvládáním sebepéče, péče o novorozence a s průběhem kojení byly prvorodičky. Přítomnost partnera nebo jiné blízké osoby hodnotily rodičky kladně. Rovněž tento cíl se podařilo splnit.

Hlavní otázkou této práce bylo, zda je pro rodičky císařský řez výhrou, nebo selháním. Z lékařského hlediska tu otázku nelze zevšeobecnit, lékař o způsobu porodu vždy rozhoduje pouze na základě indikací a předchozí anamnézy konkrétní rodičky. Maminky samotné jsou tuto otázku schopny vyhodnotit pouze na základě svých vlastních subjektivních pocitů a dojmů, tedy opět pouze za svou vlastní osobu. Každá maminka tedy cítí císařský řez jinak, jedna jako výhru, druhá jako selhání.

## Použitá literatura:

- BINDER, T., *Komplikace císařského řezu*, Moderní gynekologie a porodnictví, roč. 17, č. 1/2008, s. 89 -95, ISSN: 1211 – 1058
- ČECH, E., et al., *Porodnictví*, 2. vydání Praha: Grada Publishing 2006, 546 s., ISBN: 80 – 247- 1303 – 9
- ČERNÁ, M., *Bagately v kojení*, Moderní gynekologie a porodnictví, roč. 16, č. 2/2007, s. 369-373, ISSN: 1211 – 1058
- DORT, J. et al., *Neonatologie*, 1. vydání Praha: Univerzita Karlova, 2004, 101 s., ISBN: 80-246-0790
- FAIT, T., *Šestinedělí* [online], Moderní babictví, č.9/2006, s. 1-8, [Cit. 2010 – 01 - 28]. Dostupný z: <<http://www.levret.cz>>
- FUŇKA, J., *Anestezie k císařskému řezu*, Moderní gynekologie a porodnictví, roč. 17, č.1/2008, s. 28-36, ISSN: 1211- 1058
- HANÁČEK, J., *Pokus o spontánní porod versus elektivní císařský řez u žen po předchozím porodu císařským řezem* [online], Moderní babictví, č.16/2008, s. 1- 5, [Cit. 2010 – 01 - 31]. Dostupný z: <<http://www.levret.cz>>
- HUDEČKOVÁ, J., *Mastitis puerperalis z pohledu neonatologa*[online,], Praktická gynekologie, č. 6/2004, s. 28-30, [Cit. 2010 – 02-02]. Dostupný z: <<http://www.praktickagynekologie.cz>>
- Kojení po císařském řezu*[online,], poslední revize 2009,[Cit. 2010 – 02-02]. Dostupný z: <<http://mimi-mimi.blogz.cz>>
- KUDELA, M., et al. *Gynekologie a porodnictví*, 1. vydání Olomouc: Univerzita Palackého, 2004, 273 s., ISBN: 80- 244- 0837 – 6
- LABUSOVÁ, E., *Císařský řez - spásná operace i obchod se strachem* [online], [Cit. 2010 – 01 - 26]. Dostupný z: <<http://www.evalabusova.cz>>
- LOMÍČKOVÁ, T., *Indikace k císařskému řezu*, Moderní gynekologie a porodnictví, roč. 16, č.1/2007, s. 47-51, ISSN: 1211- 1058
- MARDEŠIČOVÁ, N., VELEBIL, P., *Epidemiologie císařských řezů* [online], [Cit. 2010 – 04-04]. Dostupný z: <<http://www.zdn.cz>>
- MAŠATA, J., JEDLIČKOVÁ, A., *Infekční onemocnění v šestinedělí*, Moderní gynekologie a porodnictví, roč. 18, č. 2/2009, s. 175-188, ISSN: 1211 – 1058

- MĚCHUROVÁ, A., *Metody provedení císařského řezu*, Moderní gynekologie a porodnictví, roč. 17, č. 1/ 2008, s. 37-44, ISSN: 1211 – 105
- MICHALSKÝ, R, VOLFOVÁ, I., *Kapitoly z obecné chirurgie pro studující ošetrovatelství*, 1. vydání: Slezská univerzita v Opavě, 2008, 83 s., ISBN: 978 -80- 7248 – 464 – 58
- PAŘÍZEK, A., *Porodnická analgezie a anestezie*, 1. vydání Praha: Grada Publishing 2002, 535 s., ISBN: 80 – 7169 – 969 – 1
- PAŘÍZEK, A., DOLEŽAL, A., *Historie císařského řezu* [online], [Cit. 2010 – 01- 05]. Dostupný z: <<http://www.porodnice.cz>>
- RASTISLAVOVÁ, K., *Psychologie časného poporodního období* [online], Moderní babictví, č. 15/2008, s. 1-4, [Cit. 2010 – 01 - 26]. Dostupný z: <<http://www.levret.cz>>
- Rodička a novorozenec* 2008 [online], s. 126, [Cit. 2010 – 02-12]. Dostupný z: <<http://www.uzis.cz>>
- ROZTOČIL, A., *Pooperační péče po císařském řezu* [online], Moderní babictví, č.15/2008 ,7 s., [Cit. 2010 – 01 - 26]. Dostupný z:< <http://www.levret.cz>>
- ROZTOČIL, A., *Spontánní porod po císařském řezu*, Moderní gynekologie a porodnictví, roč. 15, č. 4/2008, s. 547-552, ISSN: 1211 – 1058
- ROZTOČIL, A., *Šestinedělí a laktace po císařském řezu*, Moderní gynekologie a porodnictví, roč. 18, č. 2/2009, s. 202-205, ISSN: 1211 – 1058
- ROZTOČIL, A., *Úvod*, Moderní gynekologie a porodnictví, roč. 17, č. 1/2008, s. 7 , ISSN: 1211 – 1058
- ROZTOČIL, A., et al., *Moderní porodnictví*, 1. vydání Praha: Grada Publishing 2008, 405 s., ISBN: 978 – 80 – 247 – 1941 – 2
- ROZTOČIL, A., et al., *Porodnictví*, 1. vydání Brno: IDVPZ 2001, 332 s., ISBN 80 – 7013 – 339- 2
- ROZTOČILOVÁ, S.,ROZTOČIL, A., *Rehabilitace a císařský řez*, Moderní gynekologie a porodnictví, roč. 17, č. 1/2008, s. 70-78, ISSN: 1211 – 1058
- SOVOVÁ, P., *Alarmující nárůst počty císařských řezů* [online], [Cit. 2010 – 02-12]. Dostupný z: <<http://www.rodicem.cz>>
- SMUTNÁ, E., *Srovnání psychického a somatického stavu žen rodičích spontánně nebo císařským řezem* [online], Brno, 2009, bakalářská práce (Bc.), Masarykova univerzita v Brně, Lékařská fakulta. [Cit. 2010 – 04 -06]. Dostupný z: <<http://www.theses.cz>>

STRAŇÁK, Z., *Elektivní císařský řez z pohledu neonatologa*, Moderní gynekologie a porodnictví, roč. 17, č. 1/2008, s. 96-98, ISSN: 1211 – 1058

TOMAN, M., *Císařský řez jako operace* [online], [Cit. 2010 – 02-12]. Dostupný z:  
<<http://www.jinyporod.cz>>

VOLEJNÍKOVÁ, H., *Cvičení v práci porodní asistentky*, 3. vydání Brno: IDVPZ 2002, 51 s., ISBN 80 – 7013 – 351-1

## **Seznam příloh:**

Příloha č. 1: Dotazník

Příloha č. 2: Žádost o umožnění výzkumného šetření

Příloha č. 3: Druhy řezů na děloze při císařském řezu

## ***Milá maminko,***

Jmenuji se Milada Brzosková a studuji 4. ročník oboru Ošetrovatelství na fakultě Zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění dotazníku, který bude součástí mé bakalářské práce na téma „ Císařský řez, výhra nebo selhání? “. Dotazník je anonymní a bude využit pouze pro účely mé bakalářské práce.

Děkuji za vyplnění a blahopřeji k narození miminka.

1. *Který den po císařském řezu tento dotazník vyplňujete (den operace se nepočítá):*

- \_\_\_\_\_

2. *Věk :*

- a) méně než 20
- b) 20 – 30 let
- c) 30 – 35 let
- d) více než 35 let

3. *Porod :*

- a) první
- b) druhý
- c) třetí
- d) čtvrtý a více

4. *Předchozí porod:*

- a) císařský řez
- b) spontánní
- c) klešťový
- d) VEX

5. *Nynější císařský řez:*

- a) plánovaný
- b) akutní

6. *Kde jste získala informace o císařském řezu (může být i více odpovědí):*

- a) v poradně
- b) v předporodním kursu
- c) v nemocnici při hospitalizaci
- d) z literatury
- e) z internetu
- f) v rodině
- g) od kamarádky
- h) jinde
- i) informace jsem nepotřebovala, mám zkušenosti s porodem císařským řezem
- j) žádné informace jsem nezískala

## Příloha č. 1

7. *Z jakého důvodu jste musela родit císařským řezem:*
- a) úzká pánev
  - b) velké miminko
  - c) nedostatek kyslíku u miminka
  - d) zkalená voda
  - e) jiná poloha miminka např. konec pánevní, obličejová poloha, příčna poloha
  - f) předchozí císařský řez
  - g) předchozí komplikovaný spontánní porod
  - h) jiný \_\_\_\_\_
  - i) nevím
8. *Měla jste dostatek času si přečíst informovaný souhlas?*
- a) ano
  - b) ne
  - c) nevím
9. *Jakou anestezii (narkózu) jste měla?*
- a) celkovou (byla jste uspaná)
  - b) spinální (do páteře)
10. *Měla jste možnost volby narkózy?*
- a) ano
  - b) ne
11. *Jakou bolest jste cítila bezprostředně po císařském řezu v operační ráně?*
- a) žádnou
  - b) mírnou
  - c) střední
  - d) silnou
  - e) velmi silnou
12. *Po podání analgetik (léku proti bolesti) jste cítila bolest:*
- a) žádnou
  - b) mírnou
  - c) střední
  - d) silnou
  - e) velmi silnou
13. *Cítila jste po narkóze nevolnost nebo jste zvracela?*
- a) necítila jsem nevolnost a ani jsem nezvracela
  - b) cítila jsem nevolnost, ale nezvracela jsem
  - c) zvracela jsem jen bezprostředně po operaci a jen 1 až 2 X
  - d) zvracela jsem 3 a vícekrát v den operace
  - e) zvracela jsem i následující den
14. *Měla jste problémy s nadýmáním a odchodem větrů a stolice?*
- a) ne, neměla
  - b) měla jsem jen lehké nadýmání
  - c) měla jsem problém s odchodem větrů, musela jsem použít rektální trubičku
  - d) měla jsem zácpu
  - e) měla jsem průjem



## Příloha č. 1

15. *Měla jste problémy, když jste vstávala poprvé z lůžka? (může být i více odpovědí)*

- a) ne, bylo to v pořádku
- b) bylo mi na omdlení
- c) měla jsem silné bolesti operační rány
- d) cítila jsem nevolnost
- e) měla jsem bolesti hlavy
- f) cítila jsem mravenčení a necitlivost v dolních končetinách
- g) jiné potíže

16. *Měla jste problémy s močením po vytažení cévky?*

- a) ne, žádné
- b) nemohla jsem se vymočit
- c) pálení, řezání
- d) bolesti v podbřišku
- e) jiné potíže

17. *Vyskytl se nějaký problém s hojením rány? (může být i více odpovědí)*

- a) krvácení z operační rány
- b) hematom (krevní výron) v operační ráně
- c) zanícení operační rány
- d) svědění
- e) zčervenání
- f) žádné
- g) nevím

18. *Víte, jak pečovat o operační ránu? (může být i více odpovědi)*

- a) mohu se sprchovat
- b) udržovat v suchu
- c) větrat
- d) držet si ránu při vstávání a kašli
- e) nevím

19. *Měla jste nějaké problémy s prsy? (může být i více odpovědi)*

- a) bolest bradavek
- b) trhliny
- c) vpáčené bradavky
- d) nalité prsy
- e) nedostatek mateřského mléka
- f) jiné
- g) žádné

20. *Měla jste nějaký problém při prvním kojení? (může být i více odpovědí)*

- a) dítě se nepodařilo přiložit k prsu
- b) měla jsem bolesti v operační ráně
- c) nenašla jsem vhodnou polohu
- d) jiné problémy
- e) žádný

## Příloha č. 1

21. *Který den jste byla schopna se plně postarat o miminko?*

\_\_\_\_\_

22. *Měla jste u porodu partnera nebo jinou blízkou osobu?*

- a) ano
- b) ne

23. *Pokud jste měla u porodu partnera nebo jinou blízkou osobu, hodnotíte její přítomnost:*

- a) velmi přínosnou
- b) přínosnou
- c) nežádoucí
- d) velmi nežádoucí

24. *Máte nějaké negativní pocity: (může být i více odpovědí)*

- a) strach o dítě
- b) plačtivost
- c) smutná nálada
- d) nervozita
- e) úzkost
- f) žádné

25. *Spokojenost:*

*se zvládním se péče:*

*se zvládním péče o novorozence:*

*s průběhem kojení:*

- |                         |                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| a) hodně spokojená      | a) hodně spokojená      | a) hodně spokojená      |
| b) spokojená            | b) spokojená            | b) spokojená            |
| c) částečně nespokojená | c) částečně nespokojená | c) částečně nespokojená |
| d) nespokojená          | d) nespokojená          | d) nespokojená          |
| e) hodně nespokojená    | e) hodně nespokojená    | e) hodně nespokojená    |

26. *Pokud byste znovu rodila, přála byste si porodit:*

- a) císařským řezem
- b) spontánně
- c) nevím

## Příloha č. 2

Milada Brzosková  
Chirurgicko – gynekologická  
JIP 5. patro, kl. 228  
NsP Karviná - Ráj

Mgr. Alena Fišerová  
Náměstek pro ošetrovatelskou péči  
NsP Karviná Ráj

V Karviné 23.11. 2009

Věc :

### **Žádost o umožnění výzkumného šetření.**

Vážená paní náměstkyně,

Dovoluji si Vás požádat o realizaci výzkumného šetření, které je součástí mé bakalářské práce v rámci studia na Fakultě zdravotnických věd University Palackého v Olomouci. Tématem mé práce budou tělesné a psychické problémy bezprostředně po porodu císařským řezem.

Chtěla bych provést výzkumné šetření mezi pacientkami oddělení gynekologické JIP a porodnického oddělení NsP Karviná Ráj v období prosinec 2009 až duben 2010. Výzkumné šetření mám v záměru provést formou anonymních dotazníků.

Předem děkuji,

Milada Brzosková

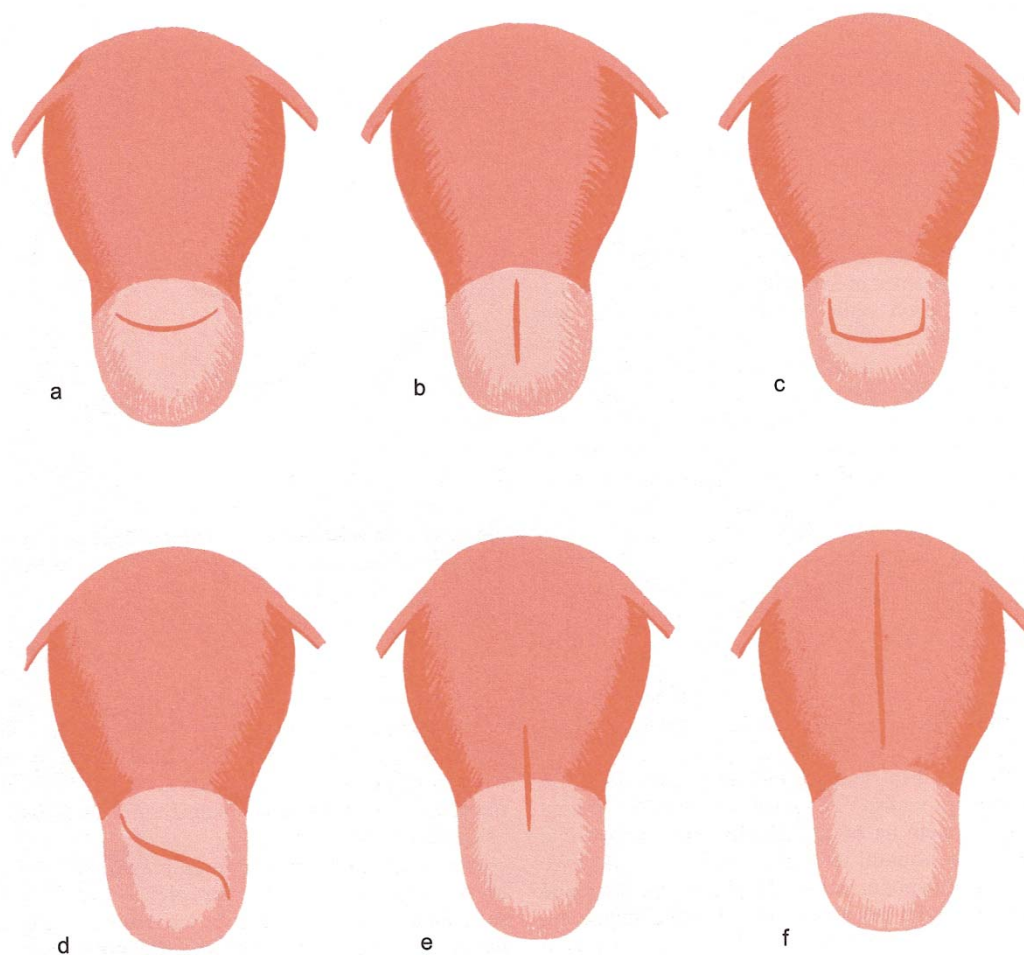


24. 11. 2009



Mgr. A. Fišerová





**Obr. 9.39** Druhy řezů na děložní stěně při *sectio caesarea*: a) příčný supercervikální řez, b) longitudinální supracervikální řez, c) U řez, d) esovitý řez, e) longitudinální cervikokorporální řez, f) korporální (klasický) řez