



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Názory žen na císařský řez

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:
PORODNÍ ASISTENCE

Autor: Karolína Pumprová

Vedoucí: PhDr. Drahomíra Filausová, Ph.D.

České Budějovice 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem *Názory žen na císařský řez* jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 12. 8. 2021

.....

Karolína Pumprová

Poděkování

Ráda bych poděkovala paní PhDr. Drahomíře Filausové, PhD. za odborné vedení a cenné rady při psaní této práce. Dále bych chtěla paní doktorce poděkovat za její velkou trpělivost a vstřícnost. Velký dík patří také mé rodině za psychickou i finanční podporu v době mého studia. V neposlední řadě děkuji všem, kteří mi jakkoli pomohli v době studia i při psaní této práce.

Názory žen na císařský řez

Abstrakt

Tato bakalářská práce pojednává o názorech žen na císařský řez. Práce se skládá ze dvou částí – z části teoretické a části praktické.

V teoretické části je popsán průběh vaginálního porodu. Dále jsme se zaměřili na popis císařského řezu. Další kapitola pojednává o péči porodní asistentky o ženu před císařským řezem a po císařském řezu. Také jsme zpracovali péči o jizvu po císařském řezu. Nakonec jsme se zaměřili na komplikace a následky po císařském řezu.

V praktické části je popsáno výzkumné šetření. Cílem bakalářské práce bylo zmapovat, jaký mají ženy názor na císařský řez. Byly stanoveny 2 hypotézy. H1: Ženy preferují spíše vaginální porod než císařský řez. H2: Ženy si myslí, že císařský řez nemá vliv na zdraví dítěte.

Pro dosažení cíle jsme zvolili kvantitativní výzkumné šetření pomocí dotazníku. V dotazníku bylo použito 19 otázek – uzavřené otázky a 1 otevřená otázka. Výzkumu se zúčastnilo 209 respondentek. Jednalo se o ženy aktivní na sociálních sítích. Dotazník byl určen pro všechny ženy bez ohledu věku. Odpovídat mohly ženy, které měly zkušenost s těhotenstvím a porodem nebo i ty, které tyto zkušenosti neměly. Výzkumu se zúčastnily ženy, které byly nebo nebyly těhotné. Nejvíce respondentek, 92 (44 %), bylo ve věku 18-25 let. Nejčastěji odpovědi na dokončené vzdělání byla střední škola s maturitou. Zhodnocení dotazníků probíhalo pomocí chí kvadrát testu. Hladina významnosti byla určena na 5 %.

Ve výzkumném šetření odpovědělo 87,6 % žen, že by raději upřednostnili vaginální porod než císařský řez. Dle statistického šetření vyšla p-hodnota menší než 0,05, tedy potvrdila se hypotéza 1 „Ženy spíše preferují vaginální porod než císařský řez“. Dále se pomocí otázek testovala hypotéza 2. 64,5 % žen odpovědělo, že si nemyslí, že by děti po císařském řezu měly horší imunitu než děti po vaginálním porodu. Dále si 82,5 % žen nemyslí, že by tyto děti trpěly více alergii. 60,4 % žen se domnívá, že císařský řez nemá vliv na kojení. 53,5 % uvedlo, že separace po císařském řezu nemá vliv na duševní zdraví dítěte. Dle statistického šetření vyšla p-hodnota menší než 0,05, z toho vyplývá, že se nám druhá hypotéza také potvrdila.

Výsledky této práce by mohly být použity na seminářích pro porodní asistentky nebo v předporodních kurzech.

Klíčová slova

Císařský řez; porod; operace; jizva; porodní asistentka; žena

Women's views on caesarean section

Abstract

This bachelor's thesis is dealing with women's opinions about Caesarean section. The thesis consists of two parts – theoretical and practical part.

The theoretical part is describing the course of vaginal delivery. We also focused on the description of the caesarean section. The next chapter deals with the midwife's care for a woman before and after caesarean section. We also processed the care of the scar after a caesarean section. Finally, we focused on the complications and consequences of a caesarean section.

The practical part describes the research investigation. The aim of this bachelor thesis was to map the opinion of women on caesarean section. Two hypotheses were established. H1: Women prefer vaginal delivery rather than caesarean section. H2: Women think that caesarean section does not affect the health of the child.

To achieve set goal, we chose a quantitative research survey using a questionnaire. 19 questions were used in the questionnaire - closed questions and 1 open question. 209 respondents participated and completed the survey. These were women active on social media. The questionnaire was designed for all women, regardless of age. Women who had experience with pregnancy and childbirth or even those who did not have this experience could respond. The study involved women who were or were not pregnant. Most respondents, 92 (44%), were aged 18-25. The most frequent response to completed education was a high school with a high school diploma. The questionnaires were evaluated using the chi square test. The significance level was determined to be 5%.

In the research survey, 87.6% of women said that they would prefer vaginal delivery to caesarean section. According to a statistical survey, the p-value was less than 0.05, thus confirming hypothesis 1 "Women prefer vaginal delivery rather than caesarean section". Furthermore, hypothesis 2 was tested using the questions. 64.5% of women answered that they do not think that children after a caesarean section have worse immunity than children after a vaginal birth. Furthermore, 82.5% of women do not think that these children suffer from more allergies. 60.4% of women believe that caesarean section has no effect on breastfeeding. 53.5% stated that separation after a caesarean section does not

affect the child's mental health. According to a statistical survey, the p-value was less than 0.05, which means that the second hypothesis was also confirmed.

The findings of this thesis could be used in seminars for midwives or in antenatal courses.

Keywords

Caesarean section; birth; surgery; scar; midwife; woman

Obsah

Úvod.....	9
1 Současný stav.....	10
1.1 Porod.....	10
1.1.1 Doby porodní.....	10
1.2 Sectio caesarea.....	13
1.2.1 Historie císařského řezu.....	14
1.2.2 Indikace císařského řezu.....	15
1.2.3 Anestezie u císařského řezu.....	16
1.2.4 VBAC.....	17
1.2.5 Typy řezů u císařského řezu.....	18
1.3 Péče porodní asistentky o ženu při císařském řezu.....	18
1.3.1 Péče PA o ženu před císařským řezem.....	19
1.3.2 Péče PA o ženu po císařském řezu.....	20
1.4 Péče o jizvu po císařském řezu.....	21
1.5 Komplikace a následky po císařském řezu.....	22
2 Cíle práce a hypotézy.....	24
2.1 Cíle práce.....	24
2.2 Hypotézy.....	24
2.3 Operacionalizace pojmů.....	24
3 Metodika.....	25
3.1 Metodika a technika výzkumu.....	25
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	25
4 Výsledy výzkumu.....	26
4.1 Grafické výsledky výzkumného šetření.....	26
4.2 Statistické zpracování dotazníku.....	37
5 Diskuse.....	39
6 Závěr.....	44
7 Seznam použité literatury.....	45
8 Přílohy.....	50
8.1 Vlastní dotazník.....	50
9 Seznam zkratk.....	54

Úvod

Incidence císařského řezu v ČR je kolem 24 %. Mnoho žen si neuvědomuje závažnost tohoto výkonu. Ač se císařský řez provádí relativně často, je potřeba si uvědomit, že se stále jedná o velkou abdominální operaci, která s sebou nese mnohá rizika – komplikace a následky. Ženy vidí výhodu císařského řezu ve vyhnutí se porodním bolestem, ale už si neuvědomují odlišnost délky rekonvalescence po vaginálním porodu a tomto zákroku.

Ženy po císařském řezu mívají až 6krát větší poporodní komplikace než ženy po vaginálním porodu. Komplikace se mohou projevit bezprostředně po výkonu nebo třeba za několik let. Mezi jedny z nejzávažnějších komplikací ihned po porodu se řadí krvácení nebo porucha koagulace (DIC). Velice diskutovaný je vaginální porod po přechozím císařském řezu (VBAC). U tohoto porodu hrozí ruptura dělohy, z důvodu ztenčené stěny dělohy v místě jizvy. Tato komplikace ohrožuje ženu i dítě na životě.

Císařský řez má vliv nejen na zdraví matky, ale i na zdraví dítěte. V literatuře se nejčastěji opakuje vliv na imunitu a alergie dětí po císařském řezu. Zahraniční zdroje uvádí, že pokud dítě neprojde porodními cestami, není osídleno prospěšnými bakteriemi a hůře se mu vytváří mikrobiom.

Téma bakalářské práce jsem si vybrala z toho důvodu, že mě zajímalo, jak na tuto porodnickou operaci nahlíží ženy a zda mají představu, jak moc závažný zákrok to je. Císařský řez je stále diskutované téma a ženy by měly být edukovány o všech výhodách i nevýhodách vaginálního porodu i císařského řezu.

1 Současný stav

1.1 Porod

Porod je pro každou ženu zlomový okamžik v jejím životě. Definice porodu podle Světové zdravotnické organizace (WHO) zní: „*jako porod je označován děj, při kterém dojde k vypuzení plodu z dělohy, který má porodní hmotnost 500 g a více, bez ohledu, zda se narodí živý či mrtvý. Jako porod je označován i děj, při kterém je z dělohy vypuzen plod se známkami života, který nesplňuje hmotnostní kritérium. Vše ostatní je označováno za potrat*“ (Binder, 2014, s. 64). Spontánním porodem rozumíme vypuzení plodu z dělohy porodními cestami za pomoci porodních sil. Nejdříve je vypuzen plod, následuje placenta a plodové obaly (Binder, 2014).

Porod je proces, kterým končí těhotenství a přichází na svět nový život (Bašková, 2015). Porod má čtyři fáze. Začíná dobou otevírací, následuje doba vypuzovací, poté doba k lůžku a končí poporodním obdobím (Slezáková et al., 2017). Začátek porodu se hodnotí od doby nástupu pravidelných kontrakcí, které mají vliv na rozvíjení dolního děložního segmentu a otevírání děložního hrdla (Hájek et al., 2014). Porod lze rozlišit na porod předčasný, v termínu nebo opožděný (Slezáková et al., 2017). Slezáková et al. (2017) uvádí, že předčasným porodem se rozumí ukončení těhotenství do 38. týdne, porod v termínu je v rozmezí 38.- 42. týdne. Porod po 42. týdnu je označován za porod opožděný (Slezáková et al., 2017).

1.1.1 Doby porodní

I. doba porodní se nazývá dobou otevírací, začíná nástupem pravidelných děložních kontrakcí a je zakončena zánikem porodnické branky (Binder, 2014). Pravidelné kontrakce jsou potřebné pro postupné otevírání branky (Chmel, 2008). Chmel (2008) dále uvádí, že působením porodních sil dochází ke zkracování a dilataci děložního hrdla. Hrdlo se prvně zkracuje, zevní a vnitřní branka splynou v jednu porodnickou branku, poté dochází k otevírání branky, vytvoří se cirkulární lem, až lem zcela zanikne. Takto tomu je u nulípar, u multipar dochází ke zkracování a otevírání hrdla děložního současně (Binder, 2014). V první době porodní je důležité, aby porodní asistentka byla oporou rodiče, naslouchala jejím přáním, radila jí a jejímu doprovodu (Roztočil, 2017). Doprovod v této době může být pro rodičku velkou oporou, ale jen pokud tam chce být nebo pokud jej tam rodička chce mít (Samková, 2020). Úkolem porodní asistentky je především pomoci ženě relaxovat a uvolnit se (Procházka, 2020). Během tohoto období

porodní asistentka nejvíce monitoruje děložní kontrakce, srdeční ozvy plodu, progresi nálezu děložního hrdla, odtok vody plodové (VP) a případné krvácení. Pokud dojde k odtoku VP, porodní asistentka hodnotí množství a barvu (Roztočil, 2017). Podle Procházky et al. (2020) by měla porodní asistentka ženu podporovat ve změně polohy. Pro postup porodu je dobré, když žena jen neleží, ale je v pohybu, pokud je to tedy možné (Chmel, 2008). Chmela (2008) uvádí, že žena může sedět na míči, být ve sprše nebo vaně. Dále může porodní asistentka ženě nabízet nefarmakologické metody tišení bolesti a radit, jak správně dýchat. Těmito úkony může porodní asistentka přispět k pohodě rodičky (Chmel, 2008). Doba trvání první doby porodní se dle Bindera (2014) pohybuje kolem 7-12 hodin u nulipar, 4-8 hodin u multipar. Podle Roztočila (2017) by žena v I. době porodní neměla hladovět. Během I. doby porodní asistentka sleduje akci srdeční plodu (Chmel, 2008). Srdeční akce se sleduje á 15 minut, pokud jsou kontrakce pravidelné, a každou hodinu, pokud pravidelné nejsou (Procházka, 2020). Je snaha, aby délka I. doby porodní nepřesáhla 12 hodin, pokud vaginální nález stagnuje (2-3 hodiny), indukuje se aktivní přístup, jako například dirupce vaku blan, infuze s oxytocinem (Roztočil, 2017). Procházka et al. (2020) tvrdí, že by se do procesu porodu mělo zasahovat jen tehdy, pokud jsou k tomu opodstatněné důvody.

II. doba porodní se nazývá vypuzovací, začíná zánikem branky a končí vypuzením plodu z dělohy ven. Délka je opět rozdílná u nulipar a multipar, u nulipar by neměla přesáhnout 20-60 minut, u multipar 10-30 minut (Binder, 2014). Dle Gregory a Velemínského (2011) by si osoba, která bude porod odvádět (lékař nebo PA) měla připravit pole, na kterém bude pracovat – dezinfekce rodidel, nandání sterilních rukavic, podložení rodičky sterilní rouškou, příprava všech potřebných nástrojů. Tlačení již probíhá na místě, kde se dokončí porod. Aktivní tlačení má být prováděno pouze za kontrakce, nikoli mimo ni (Gregora a Velemínský, 2011). Doba mezi kontrakcemi je chvíle, kdy rodička odpočívá, nabírá síly a plod se adaptuje na změny. Mezi jednotlivými kontrakcemi PA kontroluje ozvy plodu (Gregora a Velemínský, 2011). Během této doby provádí plod několik pasivních pohybů – tomu se říká porodní mechanismus (Slezáková et al., 2017). Jednotlivé kroky porodního mechanismu jsou iniciální flexe, při které hlava plodu jde do maximální flexe (Binder, 2014). Dále vnitřní rotace hlavičky (Slezáková et al., 2017). Následuje deflexe, při které se hlava, která je stále flektována, v tomto kroku opře týlní oblastí o sponu a kolem tohoto bodu postupně deflektuje (Binder, 2014). Po deflexi nastává zevní rotace, probíhá většinou samovolně tak, že se záhlaví obrací na stejnou stranu, jak vstupovalo do vchodu

pánevního (Roztočil, 2017), podle Hájka et al. (2014) se hlava plodu stáčí podle toho, kam směřuje neporozený hřbet plodu. Tato rotace je způsobena mechanismem porodu ramen plodu (Slezáková et al., 2017). Po dokončení porodu hlavy se rodí raménka. Nejdříve se rodí přední raménko přibližně k místu úponu deltového svalu, poté se rodí raménko zadní (Slezáková et al., 2017). Trup plodu nemá nějaký zvláštní porodní mechanismus (Hájek et al., 2014). Toto všechno se děje za neustálé progresse. V daném okamžiku rodička zapojuje břišní lis a tím zesiluje intenzitu porodních sil (Hájek et al., 2014). Procházka (2020) uvádí, že by nemělo docházet k řízenému tlačení, tudíž by si matka měla sama určit, jak a kdy bude tlačit.

Po porodu hlavy se na některých pracovištích aplikují nitrožilně uterotonika, říká se tomu aktivní vedení III. doby porodní (Gregora a Velemínský, 2017). Polohu během této doby si volí rodička sama (Slezáková et al., 2017). Roztočil (2017) uvádí, že nejčastější poloha během II. doby porodní je poloha na zádech. Dle doporučení WHO by měla porodní asistentka ženu motivovat k zaujmutí polohy dle svého výběru (WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018). Podle zahraniční studie z roku 2017 byly zjištěny výhody porodu ve vzpřímené poloze jako např. v kleče, dřepu nebo ve startovací poloze. Během takových porodů byl zaznamenán menší počet poranění a zkrácení II. d. p. (Gupta et al., 2017).

III. doba porodní se nazývá dobou k lůžku. III. doba porodní začíná porodem plodu a končí porodem placenty a plodových obalů (Binder, 2014). Tuto dobu dělíme na tři fáze. Během odlučovací fáze se svalová vlákna myometria zkracují, stěna dělohy se stáhne, tím zvětší svůj objem. Při zvětšeném objemu stěny, se zmenší objem dutiny děložní, placenta už se nemá kam zmenšovat, a proto se začne odlučovat (Procházka, 2020). Zda je placenta odloučená lze poznat podle několika znamení. Jedním z nich je Schröderovo znamení, kdy je fundus v niveu pupku (Roztočil, 2017). Dle Roztočila (2017) je dalším ze znamení Kiistnerovo znamení, kdy se po tlaku za symfýzu pupečník nevtahuje dovnitř pochvy. Posledním příkladem je Ahlfeldovo znamení, po přerušení pupečníku na něj zaklesneme peán u vulvy, po odloučení placenty peán klesne (Roztočil, 2017). Při vypuzovací fázi se po odloučení placenty dostaví další kontrakce, žena pocítí nucení na tlačení (Slezáková et al., 2017). Pokud je placenta odloučena, žena ji sama vytlačí (Procházka, 2020). Při hemostatické fázi se staví krvácení a na zástavě krvácení se podílí hemokoagulační aktivita (Slezáková et al., 2017).

Porozená placenta se musí pořádně zkontrolovat, zda je celá, zda nezbyla nějaká část v děloze (Gregora a Velemínský, 2017). Celistvost blan poznáme tak, že uchopíme placentu za pupečník, blány visí přes placentu a je patrný otvor průchodu plodu (Roztočil, 2017). Po porodu placenty lékař nebo porodní asistentka reviduje porodní poranění pomocí gynekologických zrcadel, pokud je potřeba, provádí se ošetření v lokální anestezii, např. sutura porodního poranění (Gregora a Velemínský, 2017). Nakonec se provede vyšetření per rectum, aby se vyloučilo jakékoli poranění této oblasti (Slezáková et al., 2017).

IV. dobou porodní se označují 2 hodiny po porodu placenty (Slezáková et al., 2017). Během této doby je žena nejvíce ohrožena vážným až život ohrožujícím krvácením (Binder, 2014). Po tuto dobu zůstává rodička na porodním sále a je sledována porodními asistentkami, sleduje se její tlak, pulz, míra krvácení, stahování dělohy a celkový stav (Gregora a Velemínský, 2017). Tuto dobu rodička může trávit s doprovodem (nejčastěji s partnerem) a dochází k prvnímu přiložení dítěte k prsu (Roztočil, 2017). Během této doby porodní Roztočil (2017) udává, že by se žena měla hydratovat per os, ale podle Dušové (2019) by se tekutiny měly podat až 2 hodiny po porodu placenty, tedy na konci této doby. Dle zvyklosti oddělení se může žena na konci této doby vertikalizovat, dovést do sprchy a poučit o nutnosti se vymočit (Dušová et al., 2019). První močení po porodu může být obtížné, z důvodu otoku močové trubice (Slezáková et al., 2017). Po uplynutí 2 hodin po porodu, a pokud je rodička i dítě v pořádku, jsou přesunuti spolu na oddělení šestinedělí (Gregora a Velemínský, 2017).

1.2 Sectio caesarea (SC)

„Císařský řez je porodnická operace, při níž je plod extrahován z dělohy cestou břišní“ (Roztočil, 2017, s. 499). Císařský řez je nejpoužívanější porodnickou operací, v dnešní době je takto ukončeno až 25 % všech těhotenství (Gregora a Velemínský, 2017). Pokud srovnáme četnost císařského řezu v ČR a v jiných státech EU, má ČR relativně nízkou četnost (Procházka, 2020). Smyslem operace je záchrana života nebo udržení zdraví rodičky i plodu (Gregora a Velemínský, 2017). Název tohoto zákroku pochází z Plinia, z díla *Historia naturalis*. Caesarea je odvozeno od caesones, tedy vyříznutí, nemá to nic společného s vládcem Césarem (Doležal, 2007). Dle Hájka et al. (2014) je název odvozen od caedere – řezati.

V historii porodnictví je tento výkon nejstarším ze všech výkonů (Hájek et al., 2014). Císařský řez se provádí v případě, že by vaginální porod byl rizikový pro matku, plod nebo oba (Roztočil, 2017). K provedení císařského řezu vždy musí být zdravotní indikace, nelze tedy provést tento výkon jen na základě přání rodičky (Hájek et al., 2014).

V nynější době může být přítomen doprovod při operačním výkonu nebo může po výkonu provádět bonding (Duben, měsíc císařských porodů, si připomínají také v Nemocnici AGEL Ostrava-Vítkovice, 2021).

1.2.1 Historie císařského řezu

Historie císařského řezu sahá už do dob starověku (Hájek et al., 2014). Volker Lehman napsal knihu o vzniku a vývoji císařského řezu. Kniha se jmenovala *Der Kayserliche Schnitt* (2006) a Lehman zde shromáždil všechna vyobrazení porodu z pradávných dob. V knize sledoval jednotlivé etapy, od mytologie přes počátky středověku a raného novověku (Roztočil, 2017). Již staří Římané prováděli tuto operaci na mrtvé ženě (Slezáková et al., 2017). Protože římský král Numa Pompilius vydal zákon, že těhotná žena musí být pohřbena sama, takže před pohřbením ženy se musel plod z těla vyjmout (Roztočil, 2017). Buckley (2016) popisuje, že první císařský řez, který byl zdokumentovaný, provedl švýcarský pasák vepřů v roce 1581, který provedl tento výkon na své ženě, které trpěla několik dní v porodních bolestech. Jeho zákrok byl úspěšný, rodička přežila a později porodila ještě několik dětí včetně dvojčat. Dle Slezákové et al. (2017) je první dochovaný záznam o císařském řezu na živé ženě z roku 1610 a provedl jej Jeremias Trautmann. Dříve se řez prováděl bez anestezie, za velmi neaseptických podmínek a řez na děloze se nesešival, což vedlo k vyčerpanosti žen, krvácení a úmrtnost byla téměř 100 % (Doležal, 2007). Rozvoji císařskému řezu pomohli Semmelweis a Lister, kteří zavedli antisepsi, dále Polin, který zavedl suturu děložní stěny a Sängler, který zavedl suturu dělohy ve dvou vrstvách (Hájek et al., 2014). Dalším posunem bylo zavedení řezu v místě dolního děložního segmentu (Hájek et al., 2014). První císařský řez byl v ČR proveden v roce 1786 plukovním chirurgem Josefem Staubem, avšak zákrok nebyl úplně povedený – dítě se narodilo mrtvé a rodička zemřela po dvou dnech na vyčerpání (Roztočil, 2017). Už v roce 1876 Čeněk Křížek ve své knize zmiňuje dva způsoby anestezie u císařského řezu, porovnává chloroform a éter (Roztočil, 2017). Poprvé se císařský řez v oblasti bikin udělal v roce 1926, popsal ho John Munro Kerren (Buckley, 2016).

1.2.2 Indikace císařského řezu

Indikace u císařského řezu dělíme ze strany matky a ze strany plodu, akutní (urgentní), plánované (elektivní) nebo kombinované (Roztočil, 2017). K primárnímu (plánovanému) císařskému řezu jsou indikace známé už v době těhotenství a již v těhotenství je určen termín provedení zákroku (Hájek et al., 2014). K sekundárnímu (akutnímu) císařskému řezu jsou indikace, které vznikají buď postupně, nebo zcela náhle. Může být v ohrožení plod nebo rodička (Hájek et al., 2014). Indikace musí být vyřčena lékařem a k provedení císařského řezu musí být důvod, samotné přání rodičky nelze považovat jako indikaci (Hájek et al., 2014).

Jednou z indikací k plánovanému císařskému řezu je kefalopelvický a fetopelvický nepoměr, definuje se jako nepoměr plodu nebo spíše jeho hlavy k tvrdým porodním cestám, to má za následek nepostupující porod (Slezáková et al., 2017). Dle Hájka et al. (2014) je důležité změřit všechny roviny pánevního dna, tím diagnostikovat veškerá zúžení, dále je důležité provést měření plodu, především je důležitá velikost hlavy plodu. Málodky se stává, že by problémem byla malformace hlavy, což by způsobovalo zvětšení objemu procházející části (Hájek et al., 2014). Pro správné vyhodnocení používáme několik metod, např. měření zevních pánevních rozměrů (tzv. pelvimetrie) nebo UZ měření plodu (biometrie) (Roztočil, 2017).

Další indikací k provedení primárního císařského řezu je malpozice (Procházka, 2020). Do této skupiny se řadí např. deflexní polohy. Při těchto polohách dochází k poruše fyziologického držení hlavy plodu. Podle míry deflexe se rozlišuje temenní, čelní a obličejová poloha (Roztočil, 2017). Při polohách čelních a obličejových je porod primárně indikován k císařskému řezu, při temenní se přistupuje k zákroku až pokud porod nepostupuje (Hájek et al., 2014). Dále sem řadíme polohy příčné (Roztočil, 2017).

Velmi častou indikací k plánovanému císařskému řezu je poloha koncem pánevním. O provedení zákroku rozhoduje především velikost plodu, parita rodičky a stav porodních cest (Hájek et al., 2014). V tomto případě lékař ženu informuje o možnosti výběru mezi vaginálním porodem a císařským řezem (Gregora a Velemínský, 2017).

Primární císařský řez je indikován kvůli překážkám v porodních cestách, jako např. placenta praevia (vcestné lůžko). Placenta je normálně umístěna mimo dolní děložní

segment, v tomto případě se placenta inzeruje buď z části, nebo úplně v dolním děložním segmentu a může představovat překážku při vaginálním porodu (Roztočil, 2017).

Také celkové onemocnění ženy je důvodem indikace k plánovanému císařskému řezu, například zhoršující se diabetes mellitus, preeklampsie nebo onemocnění cév či srdce (Hájek et al., 2014).

Pokud se dlouho trvající těhotenství nedaří ukončit ani po opakované indukci, provede se akutní císařský řez (Hájek et al., 2014).

Předčasné odlučování lůžka je velice nebezpečný a životu ohrožující stav a taktéž indikace k provedení akutního císařského řezu. Jedná se o patologický stav, kdy se placenta odloučí dříve než ve III. době porodní. Tento stav může být komplikací některých onemocnění, jako např. HELLP syndrom nebo preeklampsie (Roztočil, 2017).

K indikací ze strany plodu se řadí hypoxie plodu. Dochází k ní při dlouhotrvajícím nedostatku přísunu kyslíku k plodu. V případě, že plod ještě není vstoupilý do porodních cest, lze porod ukončit akutním císařským řezem (Roztočil, 2017).

Mezi další indikace patří výhřez pupečníku, vícečetné těhotenství, předchozí císařský řez, předchozí operace na děloze, psychologická indikace (Procházka, 2020). Roztočil (2017) uvádí ještě závažné vývojové vady dělohy (uterus duplex), velký plod, nemožnost použití břišního lisu, infekční onemocnění matky (HIV), selhání porodu pomocí VEXu nebo porodnických kleští.

1.2.3 Anestezie u císařského řezu

Slovo anestezie v překladu z řečtiny znamená ztrátu cití, nelze si to tedy plést s analgezií, což představuje pouze ztrátu vnímání bolesti (Sobotka, 2012). Anestézie u porodu musí být bezpečná, ale účinná a musí brát ohled na bezpečí plodu (Binder, 2014).

Volba anestezie závisí na několika faktorech jako například na indikaci provedení operace, časové naléhavosti, přání matky, zkušenostech anesteziologa (Hájek et al., 2014). U císařského řezu volíme mezi celkovou nebo regionální anestézií (Roztočil, 2017).

Celková anestezie se podává v případě, kdy je kontraindikována anestezie regionální nebo pokud je nutné provést vybavení dítěte co nejrychleji (Barash et al., 2015). Při této anestézii dochází k vyřazení veškerého cití spojeného s celkovou ztrátou vědomí

(Sobotka, 2012). Výhodou této anestezie je rychlejší nástup účinku než u regionální anestezie (Roztočil, 2017). Hájek et al. (2014) uvádí ještě dobrou relaxaci příčně pruhovaného svalstva. Nevýhoda spočívá v možném útlumu dechového centra plodu, další nevýhodou je nemožnost provedení bondingu (Hájek et al., 2014). Barash et al. (2015) uvádí, že stav novorozence po porodu v celkové anestezii je srovnatelný se stavem novorozence po porodu v regionální anestezii.

Techniky regionální anestezie poskytují výborné tlumení bolesti s minimálním dopadem na plod a matku (Barash et al., 2015). Nejužívanější techniky jsou epidurální, subarachnoideální nebo kombinovaná technika, souhrnně jim říkáme neuroaxiální neboli centrální blokády (Hájek et al., 2014). Epidurální analgezii lze použít jako tlumení bolesti v I. době porodní nebo během operativního ukončení těhotenství (Barash et al., 2015). Při porodu SC je lepší zvolit subarachnoideální blokádu, která navodí anestezii i svalovou relaxaci (Roztočil, 2017). Punkce se provádí v oblasti L2, protože v tomto místě nehrozí traumatizace míchy (Jindrová et al., 2016). Nástup takové anestezie je velice rychlý, proběhne do 5-7 minut (Roztočil, 2017). Výhodou této anestezie je, že nehrozí farmakologický útlum plodu, matka je stále při vědomí, takže může proběhnout okamžitý kontakt skin to skin a v případě ponechání katétru ho lze použít na pooperační analgezii (Hájek et al., 2014). Kontraindikacemi jsou např. nesouhlas rodičky s touto anestezii, koagulopatie, časová tíseň při urgentní operaci nebo významné anatomické změny v oblasti páteře (Roztočil, 2017).

1.2.4 VBAC (vaginal birth after Caesaran section)

VBAC označuje *vaginální porod po předchozím císařském řezu* (Hugo et al., 2016, s. 274). Pokud se žena rozhodne родit VBAC je lepší, když se nechá porod rozběhnout přirozeně, protože největším rizikem u tohoto porodu je ruptura dělohy. Je dokázáno, že pokud se porod vyvolává pomocí prostaglandinů, je větší pravděpodobnost ruptury dělohy (Habak a Kole, 2020). Také podání oxytocinu pro vyvolání nebo urychlení porodu zvyšuje riziko ruptury (Buckley, 2016). O tom, zda po předchozím porodu SC může žena родit vaginálně, rozhoduje zkušený porodník a také o tom rozhodne způsob provedení řezu na děloze. Pokud byl řez proveden v dolním děložním segmentu – dle Gepperta, lze uvažovat o VBAC (Gregora a Velemínský, 2017). Kontraindikacemi této metody jsou např. vícečetná těhotenství, velký plod nebo jiné polohy než záhlavím. Jednoznačnou kontraindikací je stav po 2 a více císařských řezech (Hájek et al., 2014). Pokud je potřeba

opakovat císařský řez, doporučuje se provádět řez maximálně 3krát, poté se ženě nabízí tubární sterilizace. Lze samozřejmě provést i více císařských řezů, v literatuře byl popsán případ, kdy žena podstoupila 9 císařských řezů (Hájek et al., 2014).

1.2.5 Typy řezů u císařského řezu

Existuje několik typů řezů na děloze při císařském řezu. Jedním z nich je Geppertův řez, jedná se o nejpoužívanější řez (Procházka, 2020). Při tomto řezu se provede krátký poloobloukovitý řez cca 4 cm a tupě se rozšíří prsty do stran (Hájek et al., 2014). Pokud se ženě provedl řez dle Gepperta, lze při dalším porodu uvažovat o vaginálním porodu (Gregora a Velemínský, 2020).

Dalším řezem, který se provádí na děloze, je U řez. Lékař k němu přistupuje v případě, že děložní segment ještě není dost rozvinutý (Hájek et al., 2014). Tento řez se provádí především u nezralých plodů (Procházka, 2020). Pokud se provede vysoko položený U řez, nelze další porod vést vaginální cestou (Binder, 2014).

Pokud při provedení U řezu není dostatečný prostor pro vybavení plodu, rozšíří se řez obráceným T řezem (Binder, 2014). Takový řez není nikdy plánovaný, jedná se pouze o akutní řešení (Procházka, 2020). Tento řez je indikací k provedení dalšího císařského řezu, při dalším porodu (Hájek et al., 2014). Binder (2014) uvádí, že důvodem provedení následujícího císařského řezu je vysoké riziko ruptury dělohy.

Mezi další řezy, které lze provést se řadí S řez neboli spirální řez. Autorem S řezu je český porodník Chmelík (Hájek et al., 2014). Při tomto řezu se získá až o 20 % více místa (Doležal, 2007). Název řezu je odvozen od esovitého provedení, které respektuje směr vláken myometria (Hájek et al., 2014).

1.3 Péče porodní asistentky o ženu při císařském řezu

V kompetencích porodní asistentky je i péče o ženu po císařském řezu (Procházka, 2020). Výsledek operace závisí i na přípravě a pooperační péči (Procházka, 2020). Před operací žena prožívá strach a právě zde má porodní asistentka nezastupitelnou roli, jejím úkolem je zbavit ženu strachu (Slezáková et al., 2017). Úkolem porodní asistentky je uspokojit potřebu bezpečí a jistoty rodičky tím, že jí vysvětlí, jak se o ni bude pečovat (Dušová et al., 2019). Psychická pohoda rodičky přispívá k dobré spolupráci a následné rekonvalescenci (Slezáková et al., 2017). Takács (2015) uvádí, že se u rodičky může

rozvinout posttraumatický syndrom, pokud nemá pocit jistoty a bezpečí. Pokud se jedná o akutní výkon, měla by porodní asistentka vědět, co má dělat, a měla by být pohotová (Hájek et al., 2014). V některých porodnicích porodní asistentka zastává i roli instrumentářky (Procházka, 2020). I v pooperačním období porodní asistentka edukuje ženu, např. v péči o ránu, o bolesti, atd. (Dušová et al., 2019).

1.3.1 Péče PA o ženu před císařským řezem

Předoperační příprava závisí na typu výkonu, zda se jedná o akutní nebo plánovaný císařský řez. Pokud jde rodička na plánovaný císařský řez, její předoperační příprava se neliší od jiných výkonů (Procházka, 2020). Procházka (2020) uvádí, že do předoperační přípravy se řadí předanesteziologické zhodnocení stavu rodičky, laboratorní vyšetření a předoperační vyšetření u obvodního lékaře. Před výkonem je potřeba dát ženě podepsat informovaný souhlas s výkonem (Hájek et al., 2014). Důležitou součástí předoperační péče je i psychická příprava. Zdravotnický personál udrží psychickou pohodu rodičky tím, že jí vysvětlí, jak o ni bude pečovat, a zodpoví všechny její otázky (Slezáková et al., 2017). Na některých pracovištích se den před výkonem aplikuje rodičce klyzma za účelem vyprázdnění střev (Procházka, 2020). Úkolem porodní asistentky těsně před výkonem je oholení ženy v místě řezu a zavedení permanentního močového katétru (Hájek et al., 2014). Porodní asistentka dále zajistí, aby žena na sobě neměla žádné šperky, zubní náhrady, piercingy a měla odlakované nehty (Caesarean Section (CS) – Pre, Peri & Post-Op Care, 2015). Pokud je rodička diabetička, ráno v den operace se jí podává infúze glukózy s dávkou inzulínu, kterou určí lékař (Procházka, 2020).

V případě, že je výkon akutní, se bezprostředně před operací provádějí nejnaléhavější opatření (Hájek et al., 2014). Mezi tato opatření Hájek et al. (2014) řadí zajištění žilních vstupů a v případě krvácení podávání náhradních roztoků. Dále je nutné odebrat vzorky na důležitá vyšetření jako například krevní obraz nebo krevní srážlivost (Hájek et al., 2014). Bartůněk et al. (2016) uvádí, že je potřeba maximálně využít času ke zjištění co nejvíce informací o pacientce. I v případě akutního výkonu se musí oholit místo řezu a zavést permanentní močový katétr (Slezáková et al., 2017). Pokud je indikací k akutnímu výkonu hyperaktivita dělohy nebo hypoxie plodu, je nutné provést akutní tokolýzu k utlumení kontrakcí (Hájek et al., 2014).

Nelze jednoznačně říct, zda se mají podat antibiotika. Doporučuje se je podat, pokud je oteklá plodová voda déle jak 6 hodin, při febrilii nebo při protrahované I. d. p. (Hájek et

al., 2014). Procházka (2020) uvádí, že na většině pracovištích se ATB aplikují až po vybavení plodu z dělohy. Studie ze Španělska z roku 2018 uvádí, že by se před výkonem mělo provést vytření porodních cest tamponem a tímto tamponem následně potřít novorozence, aby došlo k osídlení jeho těla mikroorganismy. Pro tento postup používají označení „vaginal seeding“, do češtiny to lze přeložit jako vaginální očkování (Arboleya et al., 2018).

1.3.2 Péče PA o ženu po císařském řezu

Těsně po operaci se rodička uloží na dospávací pokoj, kde se o ni stará porodní asistentka (Roztočil a Bartoš, 2011). Bezprostředně po provedení výkonu je úkolem porodní asistentky monitorovat fyziologické funkce a celkový stav ženy (Hájek et al., 2014). Kromě toho se kontroluje také výška fundu, který se snižuje stejně tak, jako po vaginálním porodu (Procházka, 2020). Monitoring probíhá stejně tak, jako po jiných velkých abdominálních operacích (Roztočil, 2017). Porodní asistenta pravidelně měří tlak krve, pulz, saturaci a celkový stav pacientky (Schneiderová, 2014). Dále se porodní asistentka dotazuje pacientky na její bolest, hodnotí ji podle vizuální analogové škály (VAS) (Dušová et al., 2019). Pokud pacientka udává bolest nad VAS 3 a verbalizuje potřebu analgetik, porodní asistentka podá léky dle ordinace lékaře (Schneiderová, 2014). Rána po výkonu je překrytá sterilním krytím 24 hodin, poté se krytí odstraní a rána je vystavena vzduchu. Porodní asistentka edukuje ženu o nutnosti udržovat ránu v čistotě a suchu (Dušová et al., 2019). Dle ordinace lékaře porodní asistentka podává nízkomolekulární heparin jako prevence tromboembolické nemoci (TEN) (Bartůněk et al., 2016). V prevenci TEN se pokračuje do 2.-3. pooperačního dne (Procházka, 2020). Pokud to dovoluje stav rodičky, je vedena k časně vertikalizaci, nejlépe v prvních 12 hodinách po výkonu (Procházka, 2020). Během prvního nebo druhého dne je potřeba, aby se žena pohybovala pomalu s dopomocí a rukou si přidržovala ránu (Roztočil, 2017). Porodní asistentka sleduje známky infekce u zavedeného permanentního močového katétru, a pokud to dovoluje stav pacientky, co nejdříve močový katétr odstraní. Následně sleduje, zda je žena sama schopna mikce (Roztočil a Bartoš, 2011). Kromě močení se musí dbát také na vyprazdňování stolice. Stolica by měla být alespoň 1x/48 hodin a žena by se měla vyhnout usilovnému tlačení (Doporučení pro domácí pooperační péči po císařském řezu, 2013). Porodní asistentka sleduje odchod očištěk (lochii), jejich množství po císařském řezu je obvykle menší než po vaginálním porodu (Procházka, 2020). Po císařském řezu má žena naordinované dietní omezení, den operace (0. den) má dietu 0/S

(čajovou), 1. pooperační den diety č. 1 (kašovitou), 2. pooperační den diety č. 2 (šetřící) a další dny má dietu č. 3 (racionální) (Andrésová a Slezáková, 2013). Extrakce stehů se dříve prováděla kolem 5.-6. dne, v nynější době se často využívá samovstřebatelných stehů (Hájek et al., 2014). Pokud se použije nevstřebatelný steh, dojde k jeho extrakci 6.-9. den po výkonu (Procházka, 2020). Žena se propouští kolem 5. dne, pokud to její stav dovoluje (Hájek et al., 2014). Muskuloskeletárnímu systému ženy po porodu trvá 6-8 týdnů, než se vrátí do stavu před těhotenstvím. Klouby jsou ještě rozvolněné, šlachy prosáklé. Na toto musí dbát, jak šestinedělka, tak fyzioterapeut. Žena by se měla vyhnout aktivitám, jako je gymnastika nebo běh (Roztočil, 2017).

Kojení je nejlepším způsobem, jak může matka nakrmit své dítě (Procházka, 2020). Toto platí i po porodu císařským řezem (Lazzari, 2016). Další výhodou je prohloubení vztahu matky a novorozence (Procházka, 2020). Studie z roku 2020 z Číny prokázala, že většina žen po císařském řezu je motivována ke kojení, i když jsou po operačním zákroku (Wen et al., 2020). Nejlepší polohy pro kojení po císařském řezu je boční držení, v polosedě s podepřenými nohama nebo v leže na zádech (Procházka, 2020). Mateřské mléko je velmi prospěšné pro dítě, ale může pomoci i matce. Pro své antibakteriální a antiseptické účinky je velice užitečné v hojení ran, matka si s ním může potírat popraskané bradavky nebo porodní poranění (Frajová, 2017).

1.4 Péče o jizvu

Jako definici rány lze uvést porušení integrity kůže, která je způsobená zevními činiteli (Bartůněk et al., 2016). Jizva je následkem operační rány. Při hojení dochází k obnově struktur kůže, je to reparační proces, při kterém dojde k náhradě vazivovou tkání, což se následně změní v jizvu (Bartůněk et al., 2016). Jde o interakci celkové kaskády akcí, které spouští v místě rány obnovu povrchu, přestavbu a obnovu pevnosti tkáně (Kobrová a Válka, 2017). Jizva bývá tužší než normální kůže a pokud se nezačne s péčí o jizvu včas, mohou se k sobě jednotlivé vrstvy kůže přilepit, to způsobí srůsty, které v pozdější době mohou způsobovat problémy (Dušová et al., 2019).

Porodní asistentka by měla edukovat ženu v péči o jizvu. Mezi základní pravidla péče o jizvu patří udržovat čerstvou ránu v čistotě, omezit natahování kůže na dobu aspoň 6 týdnů (Janíková a Zeleníková, 2013). Lombardi (2018) ve svém článku cituje plastického chirurga Michaela A. Loffreda (2018), který doporučuje jizvy nevystavovat přímému slunečnímu světlu, provádět masáž jizvy pomocí krému na bázi silikonu a užívat vitamin

E, který příznivě působí na hojení jizev. V péči o jizvy lze použít metod tejpování, má to ale svá pravidla. Tejpy se nesmí aplikovat na ránu, na které jsou ještě stehy nebo na ránu, která jeví známky infekce či sekrece (Kobrová a Válka, 2017). Dále Kobrová et al. (2017) uvádí, že by rána měla být zacelená, aby po odstranění tejpů nedošlo k jejímu poškození. V době, kdy ještě není vhodné použít tejpů, je dobré využívat jiné techniky, jako například tlaková masáž (Kobrová a Válka, 2017). Cílem tlakové masáže je prokrvení místa jizvy, a to způsobí lepší hojení (Dušová et al., 2019). S masáží jizvy začínáme 3.-4. týden po výkonu. Masáž provádíme tlakem 2-3 prstů v místě jizvy na dobu 5 sekund, lze provádět i techniky „S“ nebo „C“. Při těchto technikách se uchopí kožní řasa v místě jizvy a protáhne se do tvaru písmene S nebo C na dobu 20-30 sekund (Vojtovič, 2020).

1.5 Komplikace a následky

Hájek et al. (2014) uvádí, že pokud se těhotenství ukončí císařským řezem, je to pro ženu náročnější než porod vaginální, svědčí o tom i 6krát větší výskyt komplikací. Jiný zdroj uvádí, že riziko výskytu komplikací u císařského řezu je až 4krát vyšší než u vaginálního porodu (Duben, měsíc císařských porodů, si připomínají také v Nemocnici AGEL Ostrava-Vítkovice, 2021). Pokud je prováděn císařský řez, jde ve více než v polovině případů o akutní výkon, takže není možné provést předoperační vyšetření (Hájek et al., 2014). Mezi komplikace se může řadit krvácení, iatrogenní poranění okolních orgánů, pooperační komplikace a komplikace na straně dítěte (Roztočil, 2017). Jak je již zmíněno výše, z tohoto důvodu není možné povést ženě císařský řez na přání. Císařský řez je velká abdominální operace, při které se mohou vyskytnout komplikace jak během výkonu, tak po něm (Binder, 2014).

Nejčastější a nejnebezpečnější komplikace císařského řezu je krvácení. Může se jednat o poranění arteriálního řečiště nebo o poruchu koagulace (DIC) (Hájek et al., 2014). Pokud dojde ke krvácení, které nelze zastavit medikamentózně, přistupuje se k ligatuře artérií nebo ve vážných případech k hysterektomii (Roztočil, 2017).

Mezi komplikace dále řadíme embolie, buď vzduchové, nebo embolie plodovou vodou (Binder, 2014). Embolie plodovou vodou je vzácná, ale velmi nebezpečná komplikace. Binder (2014) uvádí, že se výskyt odhaduje na 1:8000-30000 porodů. Příčinou je vniknutí plodové vody do organismu matky, poté do plic a následný rozvoj DIC (Binder, 2014). V pooperačním období se ještě může vyskytnout embolie při tromboflebitidě,

jako důsledek delší imobilizace (Procházka, 2020). Z toho důvodu se zavedla mikroheparinizace, která má za následek snížení mateřské mortality (Hájek et al., 2014).

Další komplikací, která může nastat po císařském řezu, je infekce. Při infekci rány může dojít k její dehiscenci a následnému rozvoji infekce pohlavních orgánů (Roztočil, 2017). Riziko infekce rány se zvyšuje u matek s indexem tělesné hmotnosti (BMI) nad 30 (Gray a Farrah, 2019). V důsledku zavedení permanentního močového katétru není výjimkou ani infekce močových cest (Hájek et al., 2014).

Studie provedená v USA v roce 2019 zjistila, že děti, které se narodily císařským řezem, jsou více nemocné než děti, které se narodily vaginální cestou. Děti, které projdou porodními cestami, jsou osídlené prospěšnými bakteriemi, naproti tomu děti, které přišly na svět císařským řezem, přišly do sterilního prostředí, tudíž jim chybí potřebné bakterie. U těchto dětí jsou častěji popisovány potravinové alergie, ekzémy a astma (Polos a Fletcher, 2019). Rozdíly mezi těmito dětmi se neomezují jen na mikroflóru, ale je dokázáno, že tyto děti mají sníženou hladinu imunních mediátorů. U dětí narozených císařským řezem byl později pozorován vyšší výskyt alergických onemocnění, celiakie, DM 1. typu atd. (Arboleya et al., 2018). Ženy, které podstupují císařský řez, dostávají před výkonem antibiotika z důvodu snížení rizika pooperační infekce, což způsobuje další riziko správného vývoje mikrobiomu u dítěte (Arboleya et al., 2018). Studie prokázaly, že děti narozené císařským řezem, měly horší poporodní adaptaci, první kojení jim trvalo delší dobu, protože po porodu císařským řezem se některé hormony netvoří tolik jako po vaginálním porodu. Jde například o hormon prolaktin (Buckley, 2016).

2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíle práce

Cíl 1.: Zmapovat, jaký mají ženy názor na císařský řez.

2.2 Hypotézy

H1: Ženy preferují spíše vaginální porod než císařský řez.

H2: Ženy si myslí, že císařský řez nemá vliv na zdraví dítěte.

2.3 Operacionalizace pojmů

Vaginální porod: je děj, při kterém dochází k vypuzení plodu z organismu matky vaginální cestou (Roztočil, 2020).

Císařský řez: je porod plodu a placenty incizí v břišní a děložní stěně (Procházka, 2020).

Vliv na zdraví: císařský řez má vliv na mikrobiom dítěte (Lukáš a Hoch, 2018).

Zdraví dítěte: je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody (Sikorová, 2011). Děti po císařském řezu trpí častěji infekcemi dýchacích cest, astmatem a mají zvýšené riziko rozvoj diabetu mellitu 1. typu (Słabuszewska-Józwiak et al., 2020).

3 Metodika výzkumu

3.1 Metodika a technika výzkumu

V této bakalářské práci byla pro výzkumnou část použita kvantitativní metoda. Data byla získávána pomocí anonymního dotazníku (viz příloha 1). Dotazník je soubor předem sestavených a pečlivě formulovaných otázek, na které respondent písemně odpovídá (Chráška, 2016). Dotazník se skládal z 19 otázek – 18 otázek uzavřených a 1 otázka otevřená. Zvolili jsem online dotazník z důvodu epidemiologické situace a většího počtu respondentů za kratší dobu. Sběr dat se uskutečnil v květnu 2021.

Před samotným spuštěním dotazníku byla provedena pilotní studie, aby byla ověřena srozumitelnost otázek a odpovědí. Pilotní studie proběhla v květnu 2021, rozdáno bylo 10 zkušebních dotazníků. Na základě pilotní studie byly upraveny některé otázky.

Dotazník byl zpracován pomocí Formuláře Google a byl sdílen pomocí sociálních sítí. Výzkumného šetření se celkem zúčastnilo 209 respondentek. Odpovídat mohly ženy, které měly zkušenost s těhotenstvím a porodem nebo i ty, které tyto zkušenosti neměly. Dále se výzkumného šetření mohly zúčastnit ženy, které jsou nebo nejsou nyní těhotné. Výsledky výzkumného šetření jsou zobrazeny pomocí grafů. Hypotézy jsme otestovali pomocí chí kvadrát testu. Hladina významnosti byla určena na 5 %.

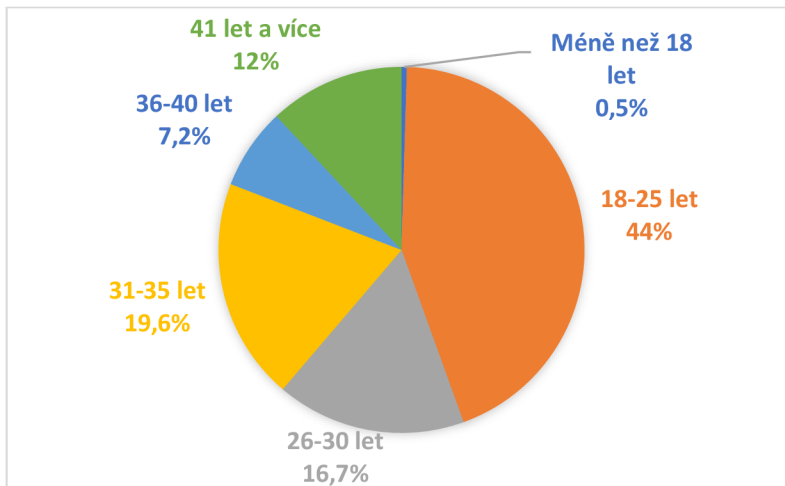
3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumu se zúčastnilo 209 respondentek. Jednalo se o ženy aktivní na sociálních sítích. Dotazník byl určen pro všechny ženy bez ohledu věku. Ve věku méně než 18 let byla 1 (0,5 %) respondentka. Nejvíce respondentek bylo ve věku 18-25 let, celkem 92 (44 %) žen. Ve věku 26-30 let bylo 35 (16,7 %) žen. Druhou největší skupinou byly ženy ve věku 31-35 let, 41 (19,6 %) žen. Ve věku 36-40 let bylo 15 (7,2 %) žen. Ve věku 41 let a více bylo 25 (12 %) žen. Střední školu s maturitou mělo 105 (50,2 %) žen. Základní školu mělo vystudováno 7 (3,3 %) žen. Střední školu bez maturity označilo 22 (10,5 %) žen. Vyšší odbornou školu mělo vystudováno 8 (3,8 %) žen. Vysokou školu mělo vystudováno 67 (32,1 %) žen.

4 Výsledky

4.1 Grafické výsledky výzkumného šetření

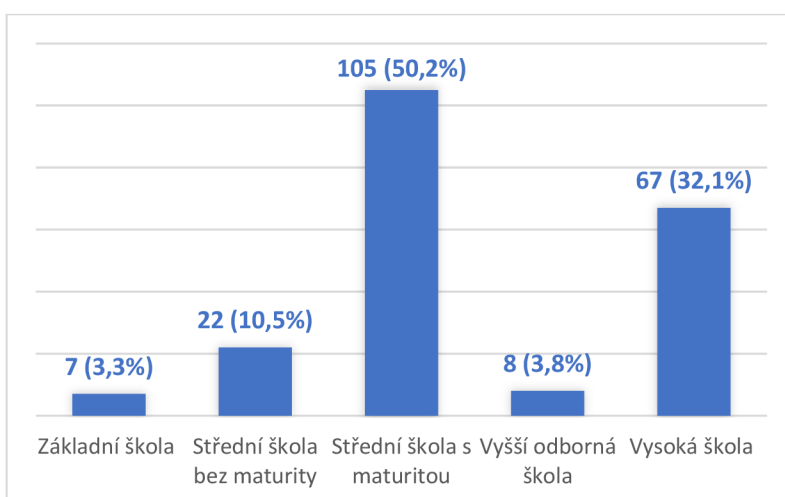
Graf 1 Věk



Zdroj: vlastní

Graf 1 zobrazuje věk respondentek. Z celkového počtu 209 (100 %) žen je méně než 18 let 1 (0,5 %) respondentce. Ve věku 18-25 let bylo 92 (44 %) žen. Ve věku 26-30 let bylo 35 (16,7 %) žen. Ve věku 31-35 let bylo 41 (19,6 %) respondentek. 15 (7,2 %) respondentek bylo ve věku 36-40 let. Ve věku 41 a více let bylo 25 (12 %) respondentek.

Graf 2 Vzdělání



Zdroj: vlastní

Graf 2 zobrazuje nejvyšší dokončené vzdělání. Z celkového počtu 209 (100 %) bylo 7 (3,3 %) respondentek se základním vzděláním. Střední školu bez maturity uvedlo 22 (10,5 %) respondentek. Střední školu s maturitou mělo 105 (50,2 %) žen. 8 (3,8 %) žen zvolilo možnost vyšší odborná škola. Vysokou školu mělo vystudováno 67 (32,1 %) žen.

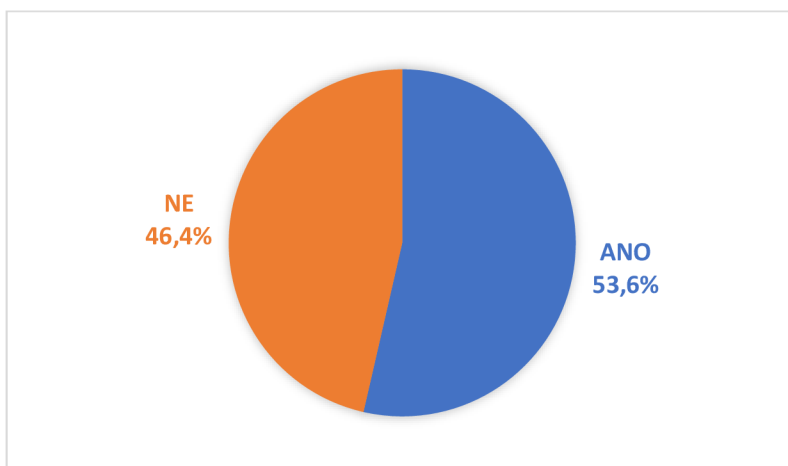
Graf 3 Současná gravidita



Zdroj: vlastní

Graf 3 popisuje současnou graviditu respondentek. Z celkového počtu 209 (100 %) bylo v době výzkumného šetření 18 (8,6 %) respondentek těhotných. 191 (91,4 %) respondentek uvedlo, že nejsou těhotné.

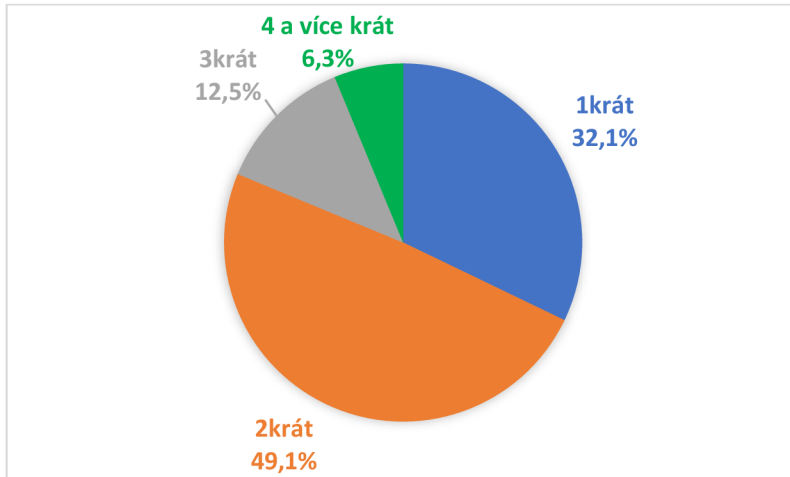
Graf 4 Zažitý porod



Zdroj: vlastní

Graf 4 uvádí, zda respondentky rodily. Z celkového výzkumného souboru 209 (100 %) žen uvedlo 112 (53,6 %) žen, že už rodily. 97 (46,4 %) žen označilo, že ještě nerodily.

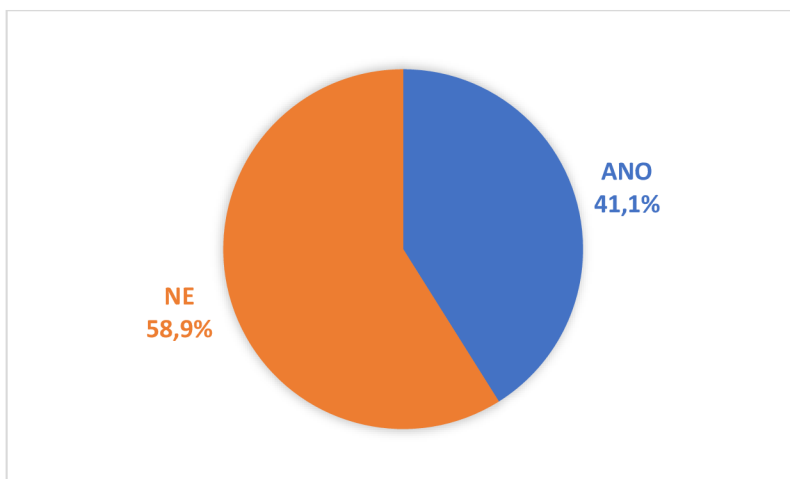
Graf 5 Parita



Zdroj: vlastní

Graf 5 vyznačuje paritu respondentek. Z celkového počtu 112 (100 %) žen, 1krát rodilo 36 (32,1 %) žen. 55 (49,1 %) žen rodilo 2krát. 14 (12,5 %) žen uvedlo, že rodily 3krát. 4krát a vícekrát rodilo 7 (6,3 %) žen.

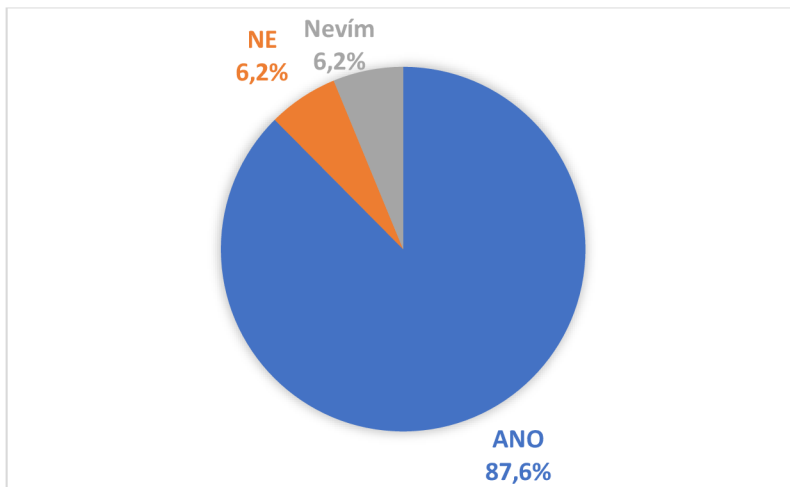
Graf 6 Zkušenosti s císařským řezem



Zdroj: vlastní

Graf 6 zobrazuje, zda respondentky rodily císařským řezem. Celkový počet respondentek byl 112 (100 %). Císařským řezem rodilo 46 (41,1 %) žen. 66 (58,9 %) žen nemělo zkušenost s císařským řezem.

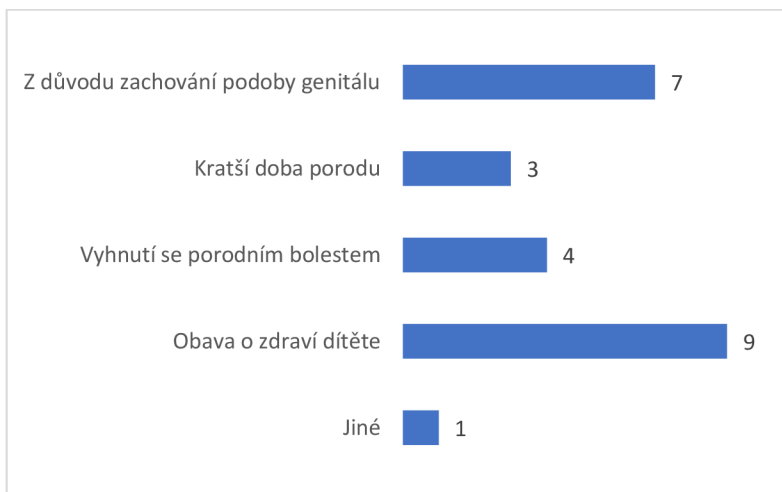
Graf 7 Preference vaginálního porodu



Zdroj: vlastní

Graf 7 znázorňuje, zda by ženy upřednostnily vaginální porod před císařským řezem. Z celkového počtu 209 (100 %) žen, by upřednostnilo vaginální porod 183 (87,6 %) žen. 13 (6,2 %) žen by neupřednostnilo vaginální porod. 13 (6,2 %) žen, uvedlo, že neví, zda by upřednostnily vaginální porod.

Graf 8 Důvody preference císařského řezu

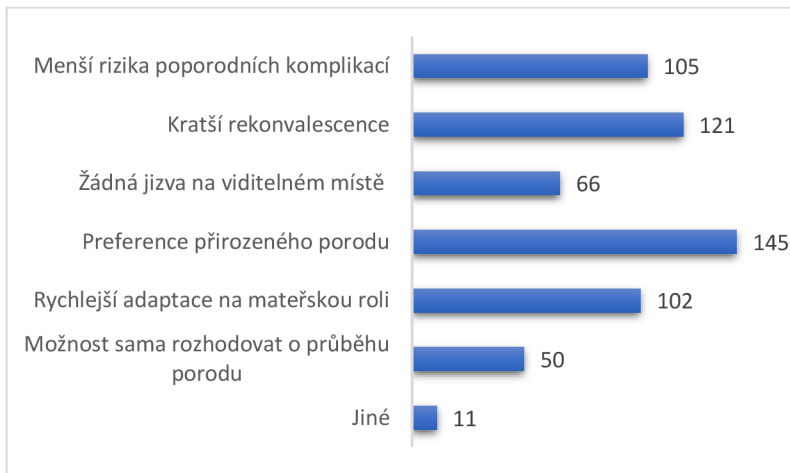


Zdroj: vlastní

Graf 8 vyobrazuje důvody upřednostnění císařského řezu před vaginálním porodem. U této otázky mohly ženy zvolit více možností. Celkem bylo získáno 24 odpovědí od 13 žen. Varianta „Z důvodu zachování podoby genitálu“ byla zvolena 7krát. Kratší doba porodu byla zvolena 3krát. Varianta vyhnutí se porodní bolestem byla zvolena 4krát.

9krát ženy volily variantu z důvodu obavy o zdraví dítěte. 1krát byla zvolena odpověď „Jiné“ a byl uveden důvod obava o své zdraví.

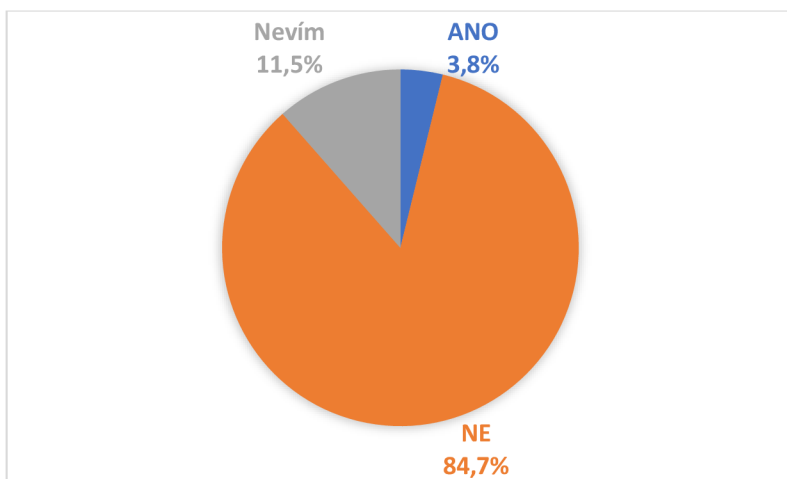
Graf 9 Důvody preference vaginálního porodu



Zdroj: vlastní

Graf 9 znázorňuje důvody upřednostnění vaginálního porodu před císařským řezem. U této otázky mohly ženy volit více možností. Celkem odpovídalo 183 žen a bylo získáno 600 odpovědí. 105krát byla zvolena odpověď „Menší riziko poporodních komplikací“. Kratší rekonvalescenci zvolily 121krát. 66krát ženy uvedly důvod žádná jizva na viditelném místě. Variantu preference přirozeného porodu uvedly 145krát. 102krát byla zvolena varianta rychlejší adaptace na mateřskou roli. Možnost sama rozhodovat o průběhu porodu byla vybrána 50krát. 11krát byla zvolena možnost jiné, do které ženy uvedly tyto možnosti: 1krát v konečném důsledku méně bolesti, 1krát strach z operace, 1krát porod doma, 2krát možnost bondingu ihned po porodu, 4krát vliv na zdraví dítěte, 1krát uvedly, že o tom rozhoduje lékař, 1krát nevím.

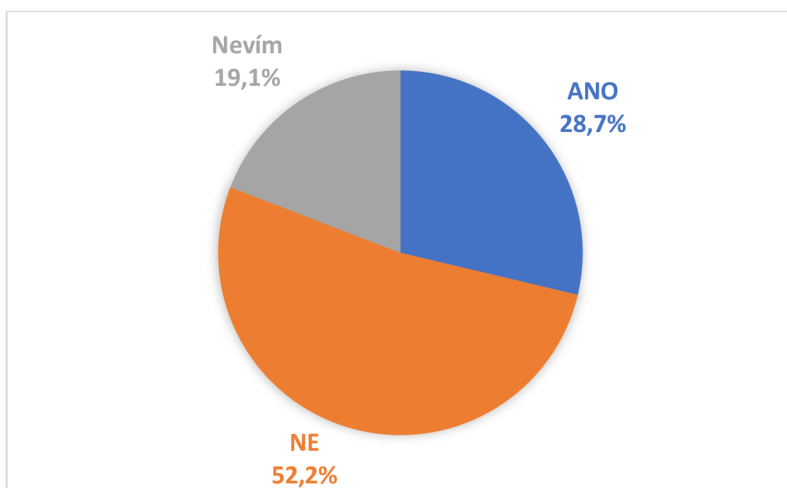
Graf 10 Rozdílnost rekonvalescence po vaginálním porodu a císařském řezu



Zdroj: vlastní

Graf 10 ilustruje názory žen na rozdílnost délky rekonvalescence po bezproblémovém vaginálním porodu a císařském řezu. Celkem odpovědělo 209 (100 %) žen. 8 (3,8 %) žen si nemyslí, že délka rekonvalescence po bezproblémovém vaginálním porodu je stejně dlouhá jako po císařském řezu. 177 (84,7 %) žen si myslí, že rekonvalescence po bezproblémovém vaginálním porodu není stejně dlouhá jako po císařském řezu. Odpověď „Nevím“ zvolilo 24 (11,5 %) žen.

Graf 11 Ovlivnění imunity dítěte po císařském řezu

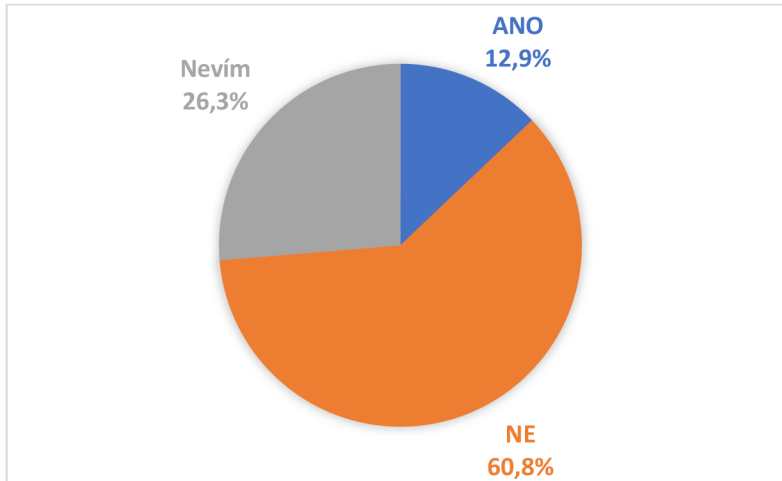


Zdroj: vlastní

Graf 11 zachycuje názory respondentek, zda císařský řez ovlivňuje imunitu dítěte. Celkem odpovídalo 209 (100 %) žen. 60 (28,7 %) žen uvedlo, že císařský řez ovlivňuje

imunitu dítěte. Právý opak, tedy, že císařský řez neovlivňuje imunitu dítěte označilo 109 (52,2 %) žen. Možnost „Nevím“ zvolilo 40 (19,1 %) žen.

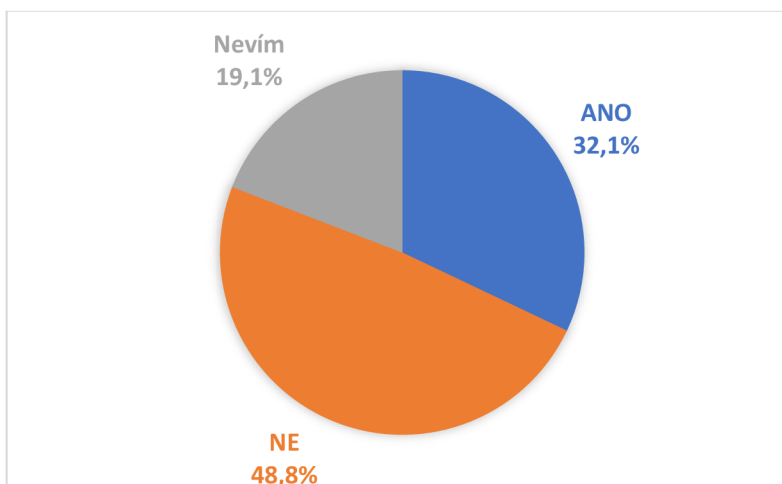
Graf 12 Alergie u dětí po císařském řezu



Zdroj: vlastní

Graf 12 popisuje názory respondentek, zda děti po císařském řezu trpí více alergiemi. Z celkového souboru 209 (100 %) žen si 27 (12,9 %) žen se domnívá, že děti po císařském řezu trpí více alergiemi. Že děti po císařském řezu netrpí více alergiemi, si myslí 127 (60,8 %) žen. 55 (26,3 %) žen neví, zda má císařský řez vliv na alergie.

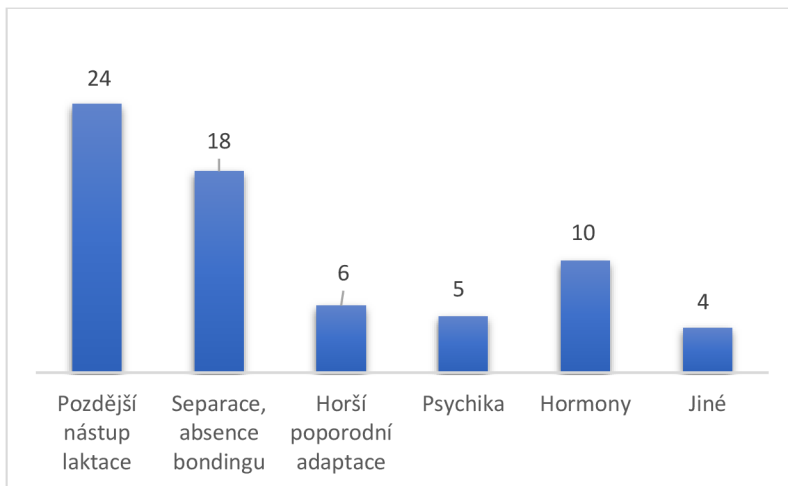
Graf 13 Vliv císařského řezu na kojení



Zdroj: vlastní

Graf 13 prezentuje názory žen, zda císařský řez ovlivňuje kojení. Na tuto otázku odpovědělo 209 (100 %) žen. Možnost, že císařský řez ovlivňuje kojení zvolilo 67 (32,1 %) žen. 102 žen (48,8 %) si myslí, že císařský řez neovlivňuje kojení. 40 (19,1 %) žen neví, zda má císařský řez vliv na kojení.

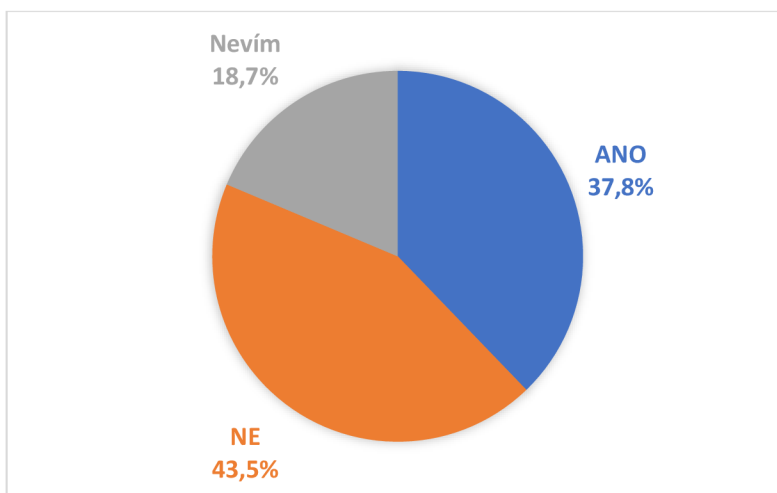
Graf 14 Konkrétní důvody vlivu na kojení



Zdroj: vlastní

Graf 14 znázorňuje, jak může císařský řez ovlivnit kojení. Tato otázka byla otevřená. Celkem na tuto otázku odpovědělo 67 žen. 24krát ženy uvedly, že po císařském řezu je pozdější nástup laktace. 18krát byla odpověď separace nebo absence bondingu. 6krát ženy uvedly horší poporodní adaptaci. 5krát byla odpověď „psychika“. 10krát ženy odpověděly hormony. 4krát ženy odpověděly jiné důvody.

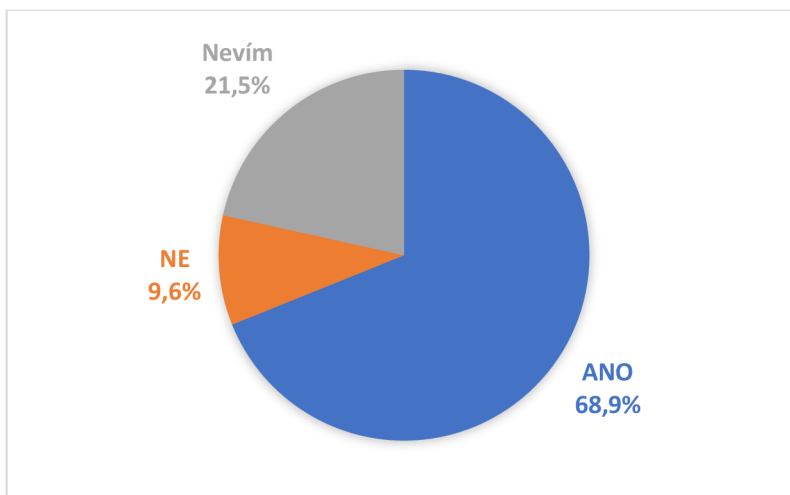
Graf 15 Vliv separace dítěte na jeho duševní zdraví



Zdroj: vlastní

Graf 15 zachycuje názory žen, zda má separace po císařském řezu vliv na duševní zdraví dítěte. Z celkového počtu 209 (100 %) žen se 79 (37,8 %) žen domnívá, že separace dítěte od matky po porodu má vliv na duševní zdraví dítěte. 91 (43,5 %) žen si myslí, že separace dítěte od matky po porodu nemá vliv na duševní zdraví dítěte. Odpověď „Nevím“ zvolilo 39 (18,7 %) žen.

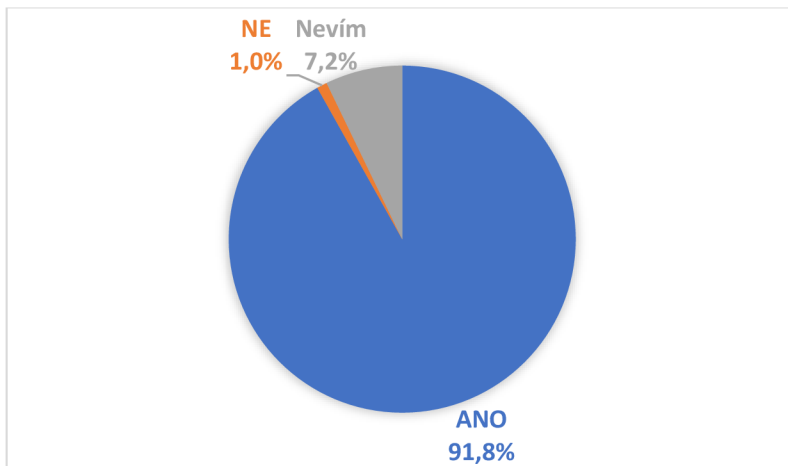
Graf 16 Vliv vaginálního porodu na mikrobiom dítěte



Zdroj: vlastní

Graf 16 zobrazuje názory žen na vliv vaginálního porodu na mikrobiom dítěte. Celkový počet odpovědí bylo 209 (100 %). 144 (68,9 %) žen si myslí, že vaginální porod je důležitý pro mikrobiom dítěte. Názor, že vaginální porod není důležitý pro mikrobiom dítěte mělo 20 (9,6 %) žen. Odpověď „Nevím“ zvolilo 45 (21,5 %) žen.

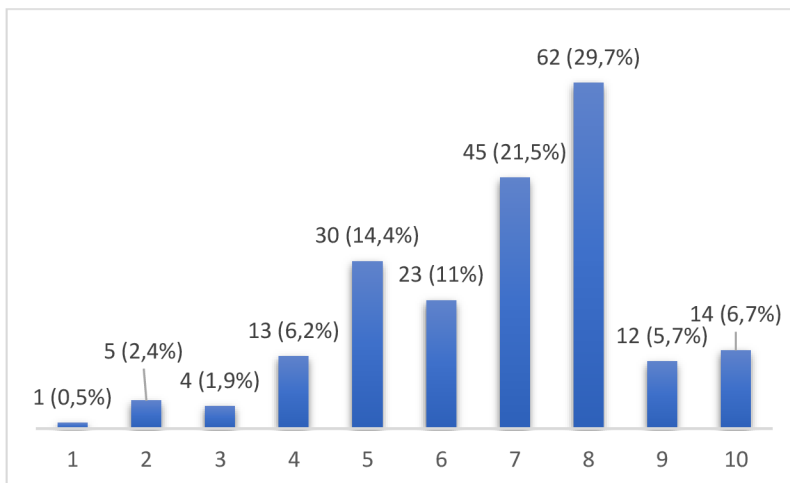
Graf 17 Možnost vaginálního porodu po císařském řezu



Zdroj: vlastní

Graf 17 představuje názor žen, zda lze po jednom císařském řezu родit vaginální cestou. Z celkového počtu 209 (100 %) žen jich 192 (91,8 %) usuzuje, že po jednom císařském řezu lze родit vaginální cestou. 2 (1 %) ženy se domnívají, že po jednom císařském řezu nelze родit vaginální cestou. 15 (7,2 %) žen neví, zda lze vaginálně родit po jednom císařském řezu.

Graf 18 Závažnost císařského řezu

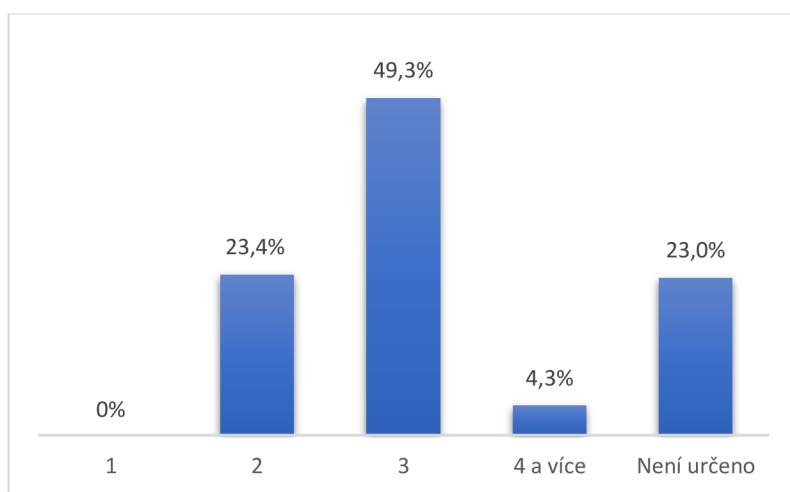


Zdroj: vlastní

Graf 18 znázorňuje hodnocení žen na otázku „Jak moc závažný je císařský řez“. Odpověď 1 znamenala, že císařský řez není vůbec závažný zákrok, odpověď 10 znamenala, že císařský řez je nejvíce závažný zákrok. Celkem odpovídalo 209 (100 %) žen. 1 (0,5 %)

žena si myslí, že císařský řez není vůbec závažný zákrok. 5 (2,4 %) žen označilo závažnost císařského řezu na stupnici číslem 2. Číslem 3 na stupnici označily závažnost císařského řezu 4 (1,9 %) ženy. 13 (6,2 %) žen označilo závažnost císařského řezu číslem 4. 30 (14,4 %) žen zařadily závažnost císařského řezu do půlky stupnice. Číslem 6 závažnost císařského řezu označilo 23 (11 %) žen. 45 (21,5 %) žen zařadilo závažnost císařského řezu na stupeň 7. Stupeň 8 zvolilo 62 (29,7 %) žen. 12 (5,7 %) žen umístilo závažnost císařského řezu na stupeň 9. Za nejvíce závažný zákrok tento výkon označilo 14 (6,7 %) žen.

Graf 19 Počet císařských řezů za život



Zdroj: vlastní

Graf 19 popisuje, kolik si ženy myslí, že může žena za svůj život podstoupit císařských řezů. Celkový počet odpovědí byl 209 (100 %). Žádná žena (0 %) nezvolila možnost jeden císařský řez. 49 (23,4 %) žen uvedlo, že žena za svůj život může podstoupit 2 císařské řezy. Podle 103 (49,3 %) žen může žena podstoupit za svůj život 3 císařské řezy. 9 (4,3 %) žen uvedlo, že žena může podstoupit 4 a více císařských řezů. Možnost „Není určeno“ zvolilo 48 (23 %) žen.

4.2 Statistické zpracování dotazníků

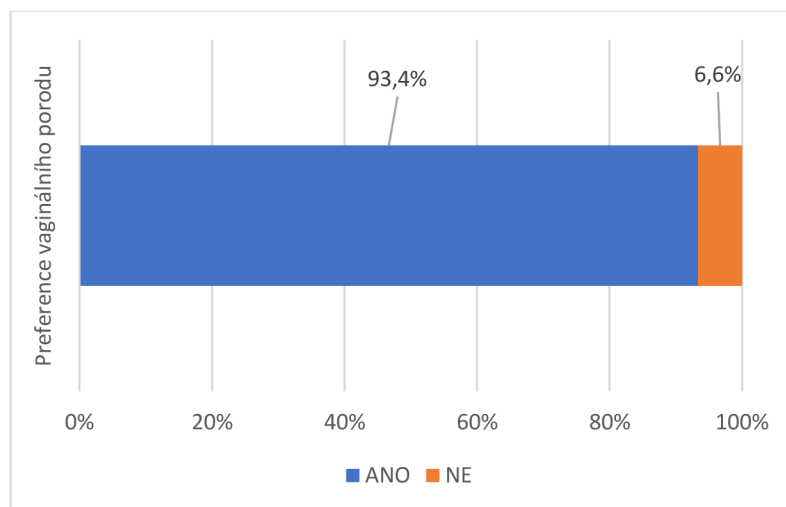
H1: Ženy preferují spíše vaginální porod než císařský řez.

Pracovní hypotézy:

HA: Ženy spíše preferují vaginální porod než porod císařským řezem.

H0: Ženy nepreferují vaginální porod před císařským řezem.

Graf 20 Preference vaginálního porodu



Zdroj: vlastní

Graf 20 znázorňuje preferenci vaginálního porodu u žen. Pro potřeby statistického testování hypotéz byla odpověď „Nevím“ vyloučena u otázky preference vaginálního porodu. Od celkového počtu 209 (100 %) bylo odečteno 13 odpovědí „Nevím“. Na otázku, zda by ženy upřednostnily vaginální porod před císařským řezem odpovědělo „ANO“ 183 (93,4 %) žen. Odpověď „NE“ zvolilo 13 (6,6 %) žen. Na základě získaných dat při zvolené hladině významnosti 5 %, se podařilo zamítnout nulovou hypotézu ve prospěch alternativní hypotézy, jelikož p-value je menší než 0,05, tedy prokázal se významný rozdíl v počtu žen, které preferují vaginální porod před císařským řezem. Počet žen, preferujících vaginální porod byl 183, což je dle testu významně více, než počet žen, které preferují císařský řez. Hypotéza „Ženy preferují spíše vaginální porod než císařský řez.“ byla potvrzena.

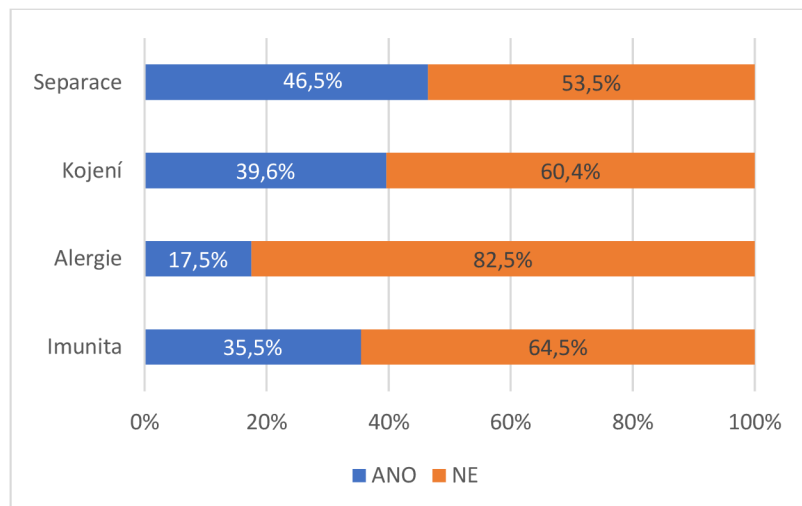
H2: Ženy si myslí, že císařský řez nemá vliv na zdraví dítěte.

Pracovní hypotézy:

HA: Ženy si myslí, že císařský řez nemá vliv na zdraví dítěte.

H0: Ženy si myslí, že císařský řez má vliv na zdraví dítěte.

Graf 21 Názor žen na vliv císařského řezu na zdraví dítěte



Zdroj: vlastní

Graf 21 popisuje názory žen na vliv císařského řezu na zdraví dítěte. Pro potřeby statistického testování hypotéz byly sloučeny odpovědi u otázek 11, 12, 13 a 15 a odpověď „Nevím“ byla vyřazena. Celkem bylo získáno 662 (100 %) odpovědí. Na otázku, zda má separace po císařském řezu vliv na duševní zdraví dítěte odpovědělo „ANO“ 79 (46,5 %) žen. Dále na otázku, zda císařský řez ovlivňuje kojení odpovědělo 67 (39,6 %) žen „ANO“. Na otázku, zda děti po císařském řezu trpí více alergiemi, odpovědělo 27 (17,5 %) žen „ANO“. Dále jsme se ptali, zda si ženy myslí, že děti po císařském řezu mají horší imunitu. 60 (35,5 %) žen si myslí, že děti mají horší imunitu po císařském řezu. Na základě získaných dat při zvolené hladině významnosti 5 %, se zamítla nulová hypotéza ve prospěch alternativní hypotézy, jelikož p-value vyšla menší než 0,05 tedy prokázal se významný rozdíl v počtu žen, které si myslí, že císařský řez nemá vliv na zdraví dítěte než žen, které si myslí opak. Hypotéza „Ženy si myslí, že císařský řez nemá vliv na zdraví dítěte.“ byla potvrzena.

5 Diskuse

Bakalářská práce na téma „Názory žen na císařský řez“ zjišťovala, jaké mají ženy názor na tento operační výkon a zda se domnívají, že má císařský řez vliv na zdraví dítěte.

V současné době je incidence císařského řezu v ČR 24 % (údaj z roku 2018) (Procházka, 2020). Tímto číslem se ČR řadí mírně pod průměr v počtu císařských řezů v EU. Průměrná incidence císařského řezu v EU je 25 % (Bezděková a Chripák, 2018). Nejmenší počet císařských řezů byl v Izraeli (15,2 %), naproti tomu největší počet císařských řezů byl v Turecku, neuvěřitelných 53,2 % (Bezděková a Chripák, 2018).

Zajímá nás názor žen na císařský řez. Výzkumného šetření se mohli zúčastnit všechny ženy bez rozdílu věku a ani nemusely být těhotné. Výzkumný soubor tvořilo 209 respondentek. Nejdříve jsme se zaměřili na identifikaci respondentek. Nejvíce našich respondentek bylo ve věku 18-25 let (44 %), druhou nejpočetnější skupinou byly ženy ve věku 31-35 let (19,6 %). Z našich dotazovaných respondentek mělo vysokoškolské vzdělání 32,1 % žen, vyšší odborné vzdělání mělo 3,8 % žen, středoškolské vzdělání s maturitou 50,2 % žen, středoškolské vzdělání bez maturity 10,5 % žen a základní vzdělání 3,3 % žen.

Z našich respondentek uvedlo 53,6 %, že již rodily a 46,4 % respondentek ještě nerodilo. U žen, které uvedly, že již rodily jsme se ptali kolikrát rodily. Jedenkrát rodilo 32,1 % žen, největší skupinou byla skupina, která rodila dvakrát (49,1 %). Dále nás zajímalo, zda respondentky rodily císařským řezem. Většina respondentek (58,9 %) císařským řezem nerodila.

Hypotéza 1 zněla „Ženy preferují vaginální porod než císařský řez“. Zajímalo nás, pokud by ženy měly možnost volby, zda by si raději vybraly vaginální porod než císařský řez. Větší část respondentek (87,6 %) by radši zvolila vaginální porod. Nejčastějším důvodem k tomuto rozhodnutí bylo přání přirozeného porodu (145krát). Jako přirozený porod lze považovat porod, který se rozběhl a probíhá samovolně bez jakéhokoli zásahu (Štomerová, 2020). Existuje desatero přirozeného porodu. Důležité je komunikovat s rodičkou, provádět všechny úkony se souhlasem rodičky, neseparovat ženu a novorozence od sebe a hlavně svoboda rozhodování (Roztočil, 2020). Dále ženy uváděly kratší rekonvalescenci (121krát). Po bezproblémovém císařském řezu se žena propouští do domácí péče 4.-9. den po operaci. Na rozdíl od vaginálního porodu, kdy se žena

propouští už 3. den po porodu (Procházka, 2020). Tělo se zotavuje až 6 měsíců po porodu císařským řezem (Císařský řez – průběh, léčba a rekonvalescence, 2017). Rekonvalescence po císařském řezu bývá delší a mnohdy i bolestivější (Duben, měsíc císařských porodů, si připomínají také v Nemocnici AGEL Ostrava-Vítkovice, 2021). Zahraniční studie zjistila, že ženy po vaginálním porodu mají lepší poporodní adaptaci a lepší pozdější kvalitu života (Torkan et al., 2009). Respondentky dále upřednostňují vaginální porod z důvodu menšího rizika poporodních komplikací (105krát). Riziko komplikací po císařském řezu je až 4krát větší než po vaginálním porodu (Duben, měsíc císařských porodů, si připomínají také v Nemocnici AGEL Ostrava-Vítkovice, 2021). Roztočil (2017) uvádí, že možnost komplikace po plánovaném císařském řezu jsou srovnatelné s komplikacemi po vaginálním porodu. Rychlejší adaptace na mateřskou roli ženy uvedly 102krát. Studie prokázaly, že ženy po císařském řezu měly mnohem menší motivaci starat se o své dítě než ženy po vaginálním porodu (Chen a Tan, 2019). Dále Chen a Tan (2019) uvádí, že ženy po vaginálním porodu byly více vnímavé k dětskému pláči a reagovaly více pozitivně na své dítě než ženy po císařském řezu. Naproti tomu Wadhwa et al. (2020) uvádí, že ženy, které během těhotenství provozovali nějaký sport měly rychlejší adaptaci po císařském řezu než ženy, které necvičily. Do sportů během těhotenství se řadilo cvičení, pravidelné procházky i jóga (Wadhwa et al., 2020). Dále respondentky uváděly možnost samy si rozhodnout o průběhu porodu (50krát) a tělo bez jizvy na viditelném místě (66krát). Dle výsledku testované hypotézy jsme došli k závěru, že většina žen by upřednostnila vaginální porod před císařským řezem. Hypotéza 1 byla potvrzena.

Ve své praxi jsem se setkala s ženami, které si přály ukončení porodu pomocí císařského řezu. Ve většině případů jejich žádost pramenila z nesnesitelných porodních bolestí. Mnoho žen si přálo císařský řez ještě před začátkem porodu z důvodu strachu z porodu. Studie z Norska zkoumala, jaké měly ženy důvody přát si císařský řez. Nejčastějším důvodem byl již zmiňovaný strach z porodu. Druhým důvodem byly špatné zkušenosti s předchozím porodem (Eide et al., 2019).

Druhá hypotéza zněla „Ženy si myslí, že císařský řez nemá vliv na zdraví dítěte“. Ptali jsme se žen, zda si myslí, že děti po císařském řezu mají horší imunitu než děti po vaginálním porodu. Průchod porodními cestami je pro dítě prospěšný. Děti, které projdou porodními cestami jsou osídlené prospěšnými bakteriemi, na rozdíl od dětí, které přišly

na svět císařským řezem. Tyto děti přišly do sterilního prostředí, tudíž jim chybí potřebné bakterie (Polos a Fletcher, 2019). Většina žen (52,2 %) si myslí, že císařský řez neovlivňuje imunitu dítěte. 28,7 % respondentek si myslí, že děti narozené císařským řezem jsou častěji nemocné, což uvádí i Polos a Fletcher (2019). Lubkowska et al. (2020) uvádí, že děti po císařském řezu mají vyšší teplotu, měřenou na hlavě, než děti, které přišly na svět vaginální cestou. Na ostatních částech těla nebyl teplotní rozdíl nijak výrazný (Lubkowska et al., 2020). Honzák (2018) uvádí, že děti, které se narodí císařským řezem, mají mnohem méně prospěšných bakterií ve svém střevě, a tudíž je zde relativní riziko výskytu ASD (autism spectrum disorder). Zahraniční studie prokázala, že u dětí po císařském řezu se častěji objevují infekce dýchacích cest, astma, obezita a je u nich zvýšené riziko rozvoje diabetu mellitu 1. typu (Słabuszewska-Józwiak et al., 2020). Také pouze 12,9 % respondentek si myslí, že děti po císařském řezu trpí více alergiemi. Arboleya et al. (2018) zjistili, že děti po císařském řezu jsou náchylnější ke vzniku alergií. Až 60,8 % respondentek si myslí, že císařský řez nemá žádný vliv na alergie u dětí. Dalším dotazem byl vliv císařského řezu na kojení. Kojení je důležité pro prohloubení vztahu matky s novorozencem (Procházka, 2020). 48,8 % respondentek se domnívá, že císařský řez nemá vliv na kojení. 32,1 % žen naopak uvádí, že císařský řez má vliv na kojení. Zahraniční studie zjistily, že děti po císařském řezu při propuštění do domácího prostředí byly méně kojené než děti narozené vaginální cestou (Guala et al., 2017). Respondentky mohly samy vypisovat konkrétní důvody, které mohou ovlivňovat kojení po císařské řezu. Jednou z nejčastějších odpovědí byla separace dítěte od matky. Kohoutová (2016) uvádí, že v nynější době je naprosto běžná praxe, že po císařském řezu dochází okamžitě k separaci dítěte od matky a nedochází ke kontaktu skin to skin. Kontakt skin to skin je velice důležitý pro nástup laktace a pokud k tomu nedojde, může se tím narušit kojení. 26,9 % našich respondentek se domnívá, že právě tato separace má vliv na kojení. Oproti tomu Procházka (2020) uvádí, že kontakt skin to skin je možný i u císařského řezu, záleží jen na typu anestezie. Pokud je ženě provedena svodná anestezie, je zachováno její vědomí a dítě se může přikládat ke kojení bezprostředně po porodu (Procházka, 2020). Přítomnost doprovodu na operačním sále je možný, doprovod může také provádět bonding (Duben, měsíc císařských porodů, si připomínají také v Nemocnici AGEL Ostrava-Vítkovice, 2021). I když bonding s otcem po císařském řezu nenapomáhá kojení, je prospěšný pro kolonizaci familiárními bakteriemi nebo prohloubení vztahů dítěte s rodiči (Guala et al., 2017). Zároveň 37,8 % dotazovaných žen se domnívá, že

separace má vliv na duševní zdraví dítěte. 43,5 % dotazovaných respondentek se pak domnívá, že separace nemá vliv na duševní zdraví dítěte. Procházka (2020) uvádí že včasný kontakt skin to skin po porodu je velmi důležitý pro prohloubení vztahu matky s dítětem. Překvapivě velké procento žen (68,9 %) se domnívá, že vaginální porod je důležitý pro mikrobiom dítěte. 9,6 % dotazovaných si nemyslí, že by vaginální porod má nějaká pozitiva pro mikrobiom dítěte. 21,5 % neví, skutečnost, že děti, které projdou porodními cestami jsou osídlené prospěšnými bakteriemi. Ze statistického šetření vyplynulo, že p-value bylo menší než 0,05, tedy prokázal se významný rozdíl v počtu žen, které si myslí, že císařský řez nemá vliv na zdraví dítěte než žen, které si myslí opak. Na podkladě statistického výsledku se potvrdila i hypotéze číslo 2, tudíž prokázali jsme, že si ženy myslí, že císařský řez nemá vliv na zdraví dítěte

Dále nás zajímalo, jaký mají ženy názor na vaginální porod po císařském řezu. 91,8 % respondentek si myslí, že po jednom císařském řezu lze rodit vaginální cestou. Po jednom císařském řezu lze podstoupit vaginální porod. Pro tento porod se využívá označení VBAC. Zahraniční studie zkoumala prevalenci opakovaných císařských řezů. 95,2 % žen, které se zúčastnily této studie, prodělaly opakovaný císařský řez (Sharma et al., 2020). Zda žena může po císařském řezu rodit vaginální cestou musí rozhodnout lékař (Gregora a Velemínský, 2017). Studie z roku 2010 zkoumala ženy, které rodily vaginální cestou po 2 císařských řezech (VBAC-2). Úspěšnost tohoto porodu byla 71,1 % (Tahseen a Griffiths, 2010). Pouze 1 % žen z našeho výzkumného celku se domnívá, že vaginální porod po jednom císařské řezu již není možný. Většina žen, které v dotazníku uvedly, že rodily císařským řezem, by příště preferovaly raději vaginální porod. Nejčastějším důvodem byla kratší rekonvalescence a rychlejší adaptace na mateřskou roli. Zajímalo nás také, zda si ženy uvědomují závažnost císařského řezu a možné komplikace. Hájek et al. (2014) uvádí, že tyto komplikace jsou až 6krát větší než při vaginálním porodu. Na stupnici od 1 do 10, kdy odpověď 10 znamenala, že císařský řez je nejvíce závažný zákrok, byla nejčastější odpověď stupeň 8, tuto variantu zvolilo 29,7 % žen. Pouze 1 žena z celkem 209 dotazovaných, si myslí, že císařský řez není vůbec závažný zákrok.

Dále nás zajímalo, kolik si ženy myslí, že mohou za život podstoupit císařských řezů. Nejvíce žen (49,3 %) uvádí, že žena může podstoupit 3 císařské řezy za život. Žádná žena ne zvolila možnost 1 císařský řez. Podle Hájka et al. (2014) se doporučuje provádět řez maximálně 3krát. Lze provést i více císařských řezů (Hájek et al., 2014).

Myslím si, že téma vaginálního porodu a porodu císařským řezem je velice diskutabilní. Každá žena má na tuto problematiku svůj vlastní názor. Tento názor může být ovlivněn mnoha faktory. Mezi tyto faktory se může řadit vlastní zkušenost s porodem ať už vaginálním nebo císařským řezem. Žena je také ovlivňována názory svého okolí, ale i internetem nebo knihou. Je zajímavé, že si ženy moc neuvědomují přínos vaginálního porodu na zdraví dítěte. Myslím si, že by měly být ženy více informovány o problematice císařského řezu. Dle mého názoru, by se ženy měly více edukovat o tom, co je pro ně a jejich dítě nejlepší. Porodní asistentka by jim měla v této problematice měla být co nejvíce nápomocná.

6 Závěr

V této bakalářské práci jsme se zabývali názory žen na císařský řez. V teoretické části je popsána historie císařského řezu. Dále jsou rozebrány indikace a možnosti anestezie u císařského řezu. Jedna z kapitol je věnovaná vaginálnímu porodu po předchozím císařském řezu (VBAC). Část práce je také zaměřena na péči porodní asistentky o ženu před a po tomto výkonu a péči o jizvu. Poslední kapitola je věnována následkům a komplikacím po císařském řezu.

Cílem práce bylo zmapovat názory žen na císařský řez. Cíle bylo dosaženo pomocí kvantitativního výzkumného šetření – dotazník. V dotazníku jsme použili 18 uzavřených otázek a 1 otevřenou otázkou. Dotazník se šířil na sociálních sítích. Výzkumného šetření se zúčastnilo 209 respondentek. Byly stanoveny 2 hypotézy. Hypotézy se testovaly pomocí chí kvadrát testu a byla zvolena hladina významnosti 5 %.

První hypotéza zněla „Ženy spíše preferují vaginální porod než císařský řez“. Na základě získaných dat se podařilo prokázat, že je významný rozdíl v počtu žen, které preferují vaginální porod před císařským řezem. Hypotéza 1 se potvrdila.

Druhá hypotéza zněla „Ženy si myslí, že císařský řez nemá vliv na zdraví dítěte“. Dle statistického šetření se prokázala p-hodnota, která je menší než 0,05, tedy prokázal se významný rozdíl v počtu žen, které si myslí, že císařský řez nemá vliv na zdraví dítěte než žen, které si myslí opak. Také hypotéza 2 se potvrdila.

Díky výzkumnému šetření jsme zjistili, že si ženy neuvědomují, jaký má císařský řez vliv na zdraví dítěte. Ženy si plně neuvědomují přínos vaginálního porodu na zdraví dítěte. Z tohoto důvodu by tato práce mohla sloužit jako podklad pro zlepšení edukace žen o vaginálním a císařském řezu na předporodních kurzech.

7 Seznam použité literatury

- 1) ANDRÉSOVÁ, M., SLEZÁKOVÁ, L., 2013. *Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4341-7.
- 2) ARBOLEYA, S. et al., 2018. C-section and the Neonatal Gut Microbiome Acquisition: Consequences for Future Health. *Annals of Nutrition and Metabolism* [online]. 73(3), 17-23 [cit. 2020-12-26]. DOI: 10.1159/000490843. ISSN 0250-6807.
- 3) BARASH, P., CULLEN, B., STOELTING, R., 2015. *Klinická anesteziologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4053-9.
- 4) BARTŮNĚK, P., JURÁSKOVÁ, D., HECZKOVÁ, J., NALOS, D., ed., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing, a.s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4343-1.
- 5) BAŠKOVÁ, M., 2015. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5361-4.
- 6) BEZDĚKOVÁ, I., CHRIPÁK, D., 2018. Císařské řezy začínají ustupovat. Ženy častěji rodí přirozenou cestou. *Hospodářské noviny* [online]. 1 [cit. 2021-07-02]. Dostupné z: <https://infografiky.ihned.cz/porody-operacni-cestou-v-cesku/r~1c6c579edd1411e8b67eac1f6b220ee8/>
- 7) BINDER, T., 2014. *Porodnictví*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1907-1.
- 8) BUCKLEY, S., 2016. *Jemný porod, jemné mateřství: lékařský průvodce přirozeným porodem a rozhodováním v raném rodičovství*. První vydání v českém jazyce. Přeložil Iva MICHALIKOVÁ. Praha: Maitrea. ISBN 978-80-7500-164-1.
- 9) *Caesarean Section (CS) – Pre, Peri & Post-Op Care* [online], 2015. [cit. 2020-12-21]. Dostupné z: <http://nationalwomenshealth.adhb.govt.nz/assets/Womens-health/Documents/Policies-and-guidelines/Caesarean-Section-CS-Pre-Peri-and-Post-Op-Care-.pdf>
- 10) *Císařský řez – průběh, léčba a rekonvalescence* [online], 2017. In: . s. 1 [cit. 2021-06-22]. Dostupné z: <https://www.rehabilitace.info/bolesti-2/cisarsky-rez-prubeh-lecba-a-rekonvalescence/>
- 11) DOLEŽAL, A., 2007. *Porodnické operace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-0881-2.
- 12) Doporučení pro domácí pooperační péči po císařském řezu, 2013. In: *Nemocnice České Budějovice, a. s.* [online]. České Budějovice [cit. 2021-05-25]. Dostupné z: https://www.nemcb.cz/upload/files/cisarsky_rez.pdf
- 13) Duben, měsíc císařských porodů, si připomínají také v Nemocnici AGEL Ostrava-Vítkovice, 2021. *Nemocnice AGEL Ostrava Vítkovice* [online]. 1 [cit.

2021-05-05]. Dostupné z: <https://nemocniceostravavitkovice.agel.cz/nemocnici/novinky/210414-duben-sc.html>

- 14) DUŠOVÁ, B., HERMANNOVÁ, M., JANÍKOVÁ, E., SALOŇOVÁ, R., 2019. *Edukace v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0836-7.
- 15) DUŠOVÁ, B., HERMANNOVÁ, M., MAJDYŠOVÁ, V., 2019. *Potřeby žen v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0837-4.
- 16) EIDE, K., MORKEN, N., BæRøE, K., 2019. Maternal reasons for requesting planned cesarean section in Norway: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth* [online]. 19(1) [cit. 2021-07-14]. DOI: 10.1186/s12884-019-2250-6. ISSN 1471-2393. Dostupné z: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-019-2250-6>
- 17) FRAJOVÁ, P., 2017. 10 užitečných způsobů použití mateřského mléka (kromě kojení). *Babyweb* [online]. 1 [cit. 2021-05-05]. Dostupné z: <https://www.babyweb.cz/10-uzitecnych-zpusobu-pouziti-materskeho-mleka-krome-kojeni>
- 18) GRAY, C., FARRAH, K., 2019. Post-operative Procedures for Caesarean Sections: A Review of Clinical Effectiveness and Guidelines. *Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health* [online]. [cit. 2020-12-26]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546713/>
- 19) GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ, M., 2011. *Nová kniha o těhotenství a mateřství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3081-3.
- 20) GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ, M., 2017. *Těhotenství a mateřství: nová česká kniha*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5579-3.
- 21) GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ, M., 2020. *Čekáme dítětko*. 3., aktualizované vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-1343-9.
- 22) GUALA, A. et al., 2017. Skin-to-Skin Contact in Cesarean Birth and Duration of Breastfeeding: A Cohort Study. *The Scientific World Journal* [online]. 2017, 1-5 [cit. 2021-07-14]. DOI: 10.1155/2017/1940756. ISSN 2356-6140. Dostupné z: <https://www.hindawi.com/journals/tswj/2017/1940756/>
- 23) GUPTA, J., SOOD, A., HOFMEYR, G., VOGEL, J., 2017. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. [cit. 2020-11-17]. DOI: 10.1002/14651858.CD002006.pub4. ISSN 14651858.
- 24) HABAK, P., KOLE, M., 2020. Vaginal birth after cesarean delivery. *Stat Pearls* [online]. 11 [cit. 2021-05-24]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507844/>
- 25) HÁJEK, Z., ČECH, E., MARŠÁL, K., 2014. *Porodnictví*. Třetí. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.

- 26) HONZÁK, R., 2018. *At' žijou mikrouti*. Praha: Zed'. ISBN 978-80-907309-2-2.
- 27) HUGO, J., VOKURKA, M., FIDLEROVÁ, M., 2016. *Slovník lékařských zkratek*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-519-4.
- 28) CHEN, H., TAN, D., 2019. Cesarean Section or Natural Childbirth? Cesarean Birth May Damage Your Health. *Frontiers in Psychology* [online]. 10 [cit. 2021-07-15]. DOI: 10.3389/fpsyg.2019.00351. ISSN 1664-1078. Dostupné z: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2019.00351/full>
- 29) CHMEL, R., 2008. *Otázky a odpovědi o porodu*. 2., aktual. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing. Pro rodiče. ISBN 978-80-247-2142-2.
- 30) CHRÁSKA, M., 2016. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5326-3.
- 31) JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R., 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4412-4.
- 32) JINDROVÁ, B., STRÍTESKÝ, M., KUNSTÝŘ, J., 2016. *Praktické postupy v anestezii*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5612-7.
- 33) KOBROVÁ, J., VÁLKA, R., 2017. *Lymfotaping: terapeutické využití tejpování v lymfologii*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0182-5.
- 34) KOHOUTOVÁ, A., 2016. *Laskavý císařský řez* [online]. In: . 2016, s. 1 [cit. 2021-6-22]. Dostupné z: <https://annakohutova.cz/laskavy-cisarsky-rez/>
- 35) LAZZARI, S., 2016. Jak na kojení po císařském řezu. *Jak na mateřství* [online]. 1 [cit. 2021-05-05]. Dostupné z: <https://jaknamaterstvi.cz/laktacni-poradkyne-radi-jak-na-kojeni-po-cisarskem-rezu/>
- 36) LOMBARDI, B.A., 2018. How to make surgical scars less visible. Cape Cod Healthcare [online]. 1 [cit. 2021-1-1]. Dostupné z: <https://www.capecodhealth.org/medical-services/surgical-services/how-to-make-surgical-scars-less-visible/s>
- 37) LUBKOWSKA, A., SZYMAŃSKI, S., CHUDECKA, M., SPRADLEY, F., 2020. Neonatal thermal response to childbirth: Vaginal delivery vs. caesarean section. *PLOS ONE* [online]. 15(12) [cit. 2021-07-15]. DOI: 10.1371/journal.pone.0243453. ISSN 1932-6203. Dostupné z: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0243453>
- 38) LUKÁŠ, K., HOCH, J., ed., 2018. *Nemoci střev*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0353-9.
- 39) POLOS, J., FLETCHER, J., 2019. Caesarean section and children's health: A quasi-experimental design. *Population Studies* [online]. 73(3), 353-368 [cit. 2021-01-01]. DOI: 10.1080/00324728.2019.1624810. ISSN 0032-4728.

- 40) PROCHÁZKA, M., 2020. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-618-4.
- 41) ROZTOČIL, A., 2017. *Moderní porodnictví. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5753-7.
- 42) ROZTOČIL, A., BARTOŠ, P., 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2832-2.
- 43) ROZTOČIL, A., 2020. *Porodnictví v kostce*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2098-7.
- 44) SAMKOVÁ, A., 2020. *Vulvou porodní asistentky: připravte se na porod*. Brno: CPress. ISBN 978-80-264-3017-9.
- 45) SHARMA, J., TIWARI, S., PADHYE, S. M., MAHATO, B. (2020). Prevalence of Repeat Cesarean Section in a Tertiary Care Hospital. *JNMA; journal of the Nepal Medical Association*, 58(229), 650–653. <https://doi.org/10.31729/jnma.5375>
- 46) SCHNEIDEROVÁ, M., 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4414-8.
- 47) SIKOROVÁ, L., 2011. *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3593-1.
- 48) ŚLABUSZEWSKA-JÓŹWIAK, A., SZYMAŃSKI, J., CIEBIERA, M., SARECKA-HUJAR, B., JAKIEL, G., 2020. Pediatrics Consequences of Caesarean Section—A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 17(21) [cit. 2021-07-02]. DOI: 10.3390/ijerph17218031. ISSN 1660-4601. Dostupné z: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/21/8031>
- 49) SLEZÁKOVÁ, L., ANDRÉSOVÁ, M., KADUCHOVÁ, P., ROUČOVÁ, M., STAROŠTÍKOVÁ, E., 2017. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0214-3.
- 50) SOBOTKA, P., 2012. *Patologická fyziologie: praktikum*. 4., upr. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2128-9.
- 51) ŠTROMEROVÁ, Z., 2020. Přirozený porod. *Porodní dům U Čápa* [online]. 1 [cit. 2021-07-14]. Dostupné z: <http://www.pdcap.cz/Texty/Versus/AktivniPorod.html>
- 52) TAHSEEN, S., GRIFFITHS, M., 2010. Vaginal birth after two caesarean sections (VBAC-2)-a systematic review with meta-analysis of success rate and adverse outcomes of VBAC-2 versus VBAC-1 and repeat (third) caesarean sections. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* [online]. 117(1), 5-19 [cit. 2021-06-22]. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2009.02351.x. ISSN 14700328. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1471-0528.2009.02351.x>

- 53) TAKÁCS, L., SOBOTKOVÁ, D., ŠULOVÁ, L., ed., 2015. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5127-6.
- 54) TORKAN, B., PARSAY, S., LAMYIAN, M., KAZEMNEJAD, A., MONTAZERI, A., 2009. Postnatal quality of life in women after normal vaginal delivery and caesarean section. *BMC Pregnancy and Childbirth* [online]. 9(1) [cit. 2021-07-14]. DOI: 10.1186/1471-2393-9-4. ISSN 1471-2393. Dostupné z: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-9-4>
- 55) VOJTOVIČ, L., 2020. *Péče o jizvu po císařském řezu* [online]. 1 [cit. 2021-01-01]. Dostupné z: <https://www.kinisi.cz/clanky-fyzioterapie/pece-o-jizvu-po-cisarskem-rezu>
- 56) WADHWA, Y., ALGHADIR, A., IQBAL, Z., 2020. Effect of Antenatal Exercises, Including Yoga, on the Course of Labor, Delivery and Pregnancy: A Retrospective Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 17(15) [cit. 2021-07-31]. DOI: 10.3390/ijerph17155274. ISSN 1660-4601. Dostupné z: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/15/5274>
- 57) WEN, J., YU, G., KONG, Y., LIU, F., WEI, H., 2020. An exploration of the breastfeeding behaviors of women after cesarean section: A qualitative study. *International Journal of Nursing Sciences* [online]. 7(4), 419-426 [cit. 2021-05-05]. DOI: 10.1016/j.ijnss.2020.07.008. ISSN 23520132. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2352013220301174>
- 58) *WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience*, 2018. Geneva: World Health Organization. ISBN 978-92-4-155021-5.

8 Seznam příloh

8.1 Vlastní dotazník

Příloha 1

Názory žen na císařský řez

Dobrý den,

jsem studentka třetího ročníku oboru porodní asistentka. Studuji na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích na Zdravotně sociální fakultě. Chtěla bych Vás touto cestou poprosit o vyplnění tohoto dotazníku, který dále zpracuji ve své bakalářské práci s názvem Názory žen na císařský řez.

Chtěla bych Vás poprosit, o co nejpečlivější a pravdivé vyplnění tohoto dotazníku. Účast ve výzkumu je zcela anonymní a dobrovolná.

Předem děkuji za spolupráci.

Karolína Pumprová

1. Kolik je Vám let?

- Méně než 18
- 18-25
- 26-30
- 31-35
- 36-40
- 41 a více

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- Základní škola
- Střední škola bez maturity
- Střední škola s maturitou
- Vyšší odborná škola
- Vysoká škola

3. Jste v současné době těhotná?

- ANO
- NE

4. Už jste rodila?

- ANO
- NE (pokud jste odpověděla NE, pokračujte na otázku č. 7)

5. Kolikrát jste rodila?

- 1x
- 2x
- 3x
- 4 a vícekrát

6. Rodila jste císařským řezem?

- ANO
- NE

7. V případě, že byste rodila, upřednostnila byste vaginální porod před císařským řezem?

- ANO (pokud jste odpověděla ANO, pokračujte na otázku č. 9)
- NE (pokud jste odpověděla NE, neodpovídejte na otázku č. 9)
- NEVÍM

8. Z jakých důvodů byste upřednostnila porod císařským řezem před vaginálním porodem?

- Z Důvodu zachování podoby genitálu jako před porodem
- Kratší doba porodu
- Vyhnutí se porodním bolestem
- Obava o zdraví dítěte
- Jiné (prosím vypište)

9. Z jakých důvodů byste upřednostnila vaginální porod před císařským řezem?

- Menší rizika poporodních komplikací
- Kratší rekonvalescence
- Žádná jizva na viditelném místě
- Preference přirozeného porodu
- Rychlejší adaptace na mateřskou roli
- Možnost sama rozhodovat o průběhu porodu
- Jiné (prosím vypište)

10. Myslíte si, že je rekonvalescence po císařském řezu stejně dlouhá jako po bezproblémovém vaginálním porodu?

- ANO
- NE
- NEVÍM

11. Myslíte si, že děti po císařském řezu mají horší imunitu?

- ANO
- NE
- NEVÍM

12. Myslíte si, že děti po císařském řezu více trpí alergiemi?

- ANO
- NE
- NEVÍM

13. Myslíte si, že porod císařským řezem ovlivňuje kojení?

- ANO
- NE (pokud jste odpověděla „NE“, pokračujte na otázku 15)
- NEVÍM

14. V čem ovlivňuje porod císařským řezem kojení? (vypište)

15. Myslíte si, že separace dítěte od matky po císařském řezu má vliv na duševní zdraví dítěte?

- ANO
- NE
- NEVÍM

Mikrobiom

Mikrobiom je soubor bakterií v těle, nezbytný pro trávení a fungování celého systému. Tento soubor se utváří již během těhotenství. K velkému osídlení dochází během porodu. Dítě se během porodu dostává do kontaktu s vaginální, střevní a kožní mikroflórou. Během porodu císařským řezem, dítě neprochází porodními cestami, tudíž nepřijde do kontaktu s vaginální mikroflórou.

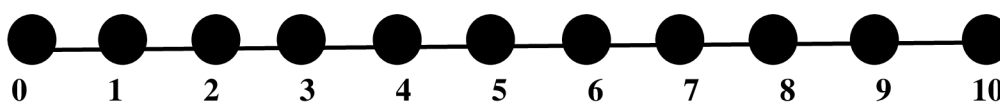
16. Myslíte si, že vaginální porod je důležitý pro mikrobiom dítěte?

- ANO
- NE
- NEVÍM

17. Myslíte si, že po jednom císařském řezu lze následně родit vaginální cestou?

- ANO
- NE
- NEVÍM

18. Jak moc závažný zákrok si myslíte, že je císařský řez? (zakroužkujte na stupnici od 1-10)



vůbec nezávažný

nejvíce závažný

19. Kolik si myslíte, že může žena za svůj život podstoupit císařských řezů?

- 1
- 2
- 3
- 4 a více
- Není určeno

9 Seznam použitých zkratek

ASD – porucha autistického spektra (Autism Spectrum Disorder)

ATB – antibiotika

BMI – Body Mass Index

DIC – diseminovaná intravaskulární koagulace

DM – Diabetes mellitus

d. p. – doba porodní

HELLP syndrom – Hemolysis Elevated Liver enzymes Low Platelets

HIV – Human Immunodeficiency Virus

L2 – druhý bederní (lumbální) obratel

PA – porodní asistentka

SC – císařský řez

TEN – tromboembolická nemoc

UZ – ultrazvuk

VAS – vizuální analogová škála

VBAC – Vaginal Birth After Caesarean

VBAC-2- Vaginal Birth After 2 Caesareans

VEX – vakuumextraktor

VP – voda plodová

WHO – Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)