



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Postoj těhotných žen k vaginálnímu porodu po císařském řezu

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **PORODNÍ ASISTENCE**

Autor: Karolína Schneiderová

Vedoucí práce: PhDr. Drahomíra Filausová, Ph.D.

České Budějovice 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem *Postoj těhotných žen k vaginálnímu porodu po císařském řezu* 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 9. 8. 2023

.....

Karolína Schneiderová

Poděkování

Mé poděkování patří PhDr. Drahomíře Filausové, Ph.D., za odborné vedení, trpělivost, cenné rady a ochotu, kterou mi v průběhu psaní této práce poskytla. Rovněž děkuji doc. Ing. Jakubu Bromovi, Ph.D. za pomoc se zpracováním výzkumného šetření. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentkám, které věnovaly svůj čas na vyplnění dotazníku, a tím pomohly k dokončení této práce. V neposlední řadě patří můj velký vděk celé mé rodině a blízkým, kteří mě během studia podporovali.

Postoj těhotných žen k vaginálnímu porodu po císařském řezu

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá postojem těhotných žen k vaginálnímu porodu po císařském řezu. V práci je popsán vaginální porod, císařský řez a vaginální porod po císařském řezu. Pro práci byl stanovený jeden cíl, kterým bylo zjistit postoj těhotných žen k vaginálnímu porodu po císařském řezu.

V práci byly stanoveny 2 hypotézy. H1: Těhotné ženy s předchozím císařským řezem v anamnéze mají vyšší zájem o možnost VBAC než o další císařský řez. H2: Těhotné ženy mezi 20. -34. rokem mají vyšší zájem o možnost VBAC než ženy 35 let a více.

Pro výzkumné šetření byl zvolen kvantitativní výzkum prostřednictvím dotazníků vlastní konstrukce. Dotazník byl šířen online formou pomocí aplikace Google Forms. Výzkumný soubor tvořilo 143 respondentek. Podmínkou účasti na dotazníkovém šetření bylo, aby respondentkami byly těhotné ženy s císařským řezem v anamnéze. Dotazník obsahoval celkem 29 otázek, z toho 17 uzavřených, kde respondentky mohly vybírat z nabídnutých možností. 3 otázky byly otevřené, kde respondentky mohly svými slovy popsat danou problematiku, která se v dotazníku řešila. A 9 otázek bylo polouzavřených, kde respondentky měly možnost označit více odpovědí a také možnost popsat další zkušenosti a názory.

Respondentky uvedly, že o termínu VBAC slyšely (130x). Nejčastěji o tomto termínu vyhledávaly informace na internetu (117x), z literatury (28x) a získávaly od praktického gynekologa (21x).

Výsledky dokazují, že 98 (68,5 %) respondentek preferují vaginální porod před dalším císařským řezem. Nejčastěji označované možnosti, proč ženy volily tento způsob porodu, byly kratší rekonvalescence (84x), neoddělení matky a dítěte (83x)

a možnost bondingu po porodu (77x). Naopak nejčastější důvody, proč ženy preferují další císařský řez, byly doporučení lékaře (23x), strach o zdraví novorozence (22x) a strach z vaginálního porodu (20x).

Výsledky a interpretace tématu „Postoj těhotných žen k vaginálnímu porodu po císařském řezu“ mohou být využity k prezentaci na konferencích pro PA nebo na předporodních kurzech vedených PA.

Klíčová slova

císařský řez; porod; porodní asistentka; vaginální porod po císařském řezu; VBAC

The Attitude of Pregnant Women Towards Vaginal Birth After caesarean section

Abstract

This bachelor thesis deals with attitude of pregnant women towards vaginal birth after caesarean section. Vaginal birth, caesarean section, and vaginal birth after caesarean section are described in the thesis. There was one objective established for the thesis, which was to find out the attitude of pregnant women towards vaginal birth after caesarean section (VBAC).

Two hypotheses were established in the thesis. H1: Pregnant women with previous caesarean section in case history are more interested in the option of VBAC than in having another caesarean section. H2: Pregnant women in the age between 20 and 34 are more interested in VBAC than women 35 years and older.

Quantitative research via questionnaires of own construction were selected for the research investigation. The questionnaire was distributed online using the Google Forms app. The research group consisted of 143 respondents. A condition for participation in the survey was being a pregnant woman with a caesarean section in their case history. The questionnaire consisted of 29 questions in total, from which 17 were closed and respondents chose from the presented options and for better data analysis. Three of the questions were open, in which the respondents could describe the given problematics that was dealt with in the questionnaire. And nine of the questions were semi-closed, in which the respondents had the possibility of marking more answers and also the option of describing other experiences and opinions.

The most numerous age group consisted of women from 25 to 34 years of age. The respondents stated that they have heard about the term VBAC (130x). They mostly researched about this term on the Internet (117x), in literature (28x) and from their general obstetrician-gynecologist (21x).

The results show that 98 (68,5 %) of the respondents prefer vaginal birth to another caesarean section. The most often marked answers as to why those women chose this type of childbirth were: a swifter reconvalescence (84x), non-separation of the mother and the child (83x) and the possibility of postpartum bonding (77x). On the other hand, the most common reasons for preferring another caesarean section were: recommendation from the doctor (23x), fear for the newborn's health (22x) and fear of vaginal birth (20x).

The results and the interpretation of the topic can be used for a presentation on conferences for midwives or in midwife-led prenatal courses.

Key words

section caesarean; childbirth; midwife; vaginal birth after caesarean section; VBAC

Obsah

Úvod	9
1 Současný stav.....	10
1.1 Porod.....	10
1.2 Císařský řez.....	16
1.2.1 Předoperační příprava a průběh operace	17
1.2.2 Anestezie u císařského řezu	20
1.2.3 Komplikace císařského řezu	21
1.2.4 Péče porodní asistentky o ženu po císařském řezu	22
1.3 Vaginální porod po císařském řezu	23
2 Cíle práce a hypotézy	26
2.1 Cíl práce	26
2.2 Hypotézy	26
2.3 Operacionalizace pojmů	26
3 Metodika výzkumu.....	27
3.1 Metoda výzkumu.....	27
3.2 Charakteristika výzkumného vzorku	27
4 Výsledky výzkumu	29
4.1 Grafické výsledky dotazníkového šetření	29
5 Diskuze.....	52
6 Závěr	57
7 Seznam použité literatury	59
8 Seznam příloh.....	63
9 Seznam zkratk	73

Úvod

Císařský řez je velkou abdominální operací, kdy je cílem zabránit ohrožení života matky nebo plodu. Každý císařský řez s sebou nese určité komplikace, proto se s každou další graviditou řeší, jakým způsobem bude těhotenství ukončeno. Téměř každá žena touží po porodu přirozenou cestou, tedy porodem vaginálním, proto je důležité znát podmínky, výhody i nevýhody a kontraindikace podstoupení vaginálního porodu po císařském řezu.

V minulosti nebylo umožněno ženě, která již podstoupila císařský řez, родit vaginálně u dalšího těhotenství. Současná doba a studie potvrzují, že lékaři se více přiklánějí k porodu vaginálnímu než k císařskému řezu. Žena, která má zájem o VBAC, musí splňovat určité podmínky pro vaginální porod po císařském řezu, aby se snížila možná rizika spojená s tímto způsobem porodu. Při vaginálním porodu po císařském řezu je riziko vyšší než u žen, které dosud nepodstoupily císařský řez či jinou operaci na děloze. Nejzávažnějším rizikem je ruptura dělohy, která vzniká v místě jizvy po předchozím císařském řezu.

Důvod, proč jsem si toto téma zvolila, bylo, že při praxích na porodních sálech se stále více a více žen pokoušelo o VBAC. Chtěla jsem hlouběji nahlédnout do této problematiky, zjistit, co žena musí splňovat a také jak se k tomuto tématu ženy staví. Je velmi důležité, aby lékaři v prenatálních poradnách nebo porodní asistentky v předporodních kurzech informovali ženy o možnosti a náležitostech pro vaginální porod po císařském řezu.

1 Současný stav

1.1 Porod

Porod je fyziologický proces začínající pravidelnými kontrakcemi děložními, které mají kladný vliv na rozvíjení DDS, hrdla děložního a branky děložní (Procházka, 2020). Pokud dítě samo po narození dýchá nebo projevuje jednu ze známek života (srdeční činnost, pulzaci pupečníku nebo pohyb kosterního svalstva), jedná se o porod živého dítěte (Slezáková, 2017). Porod mrtvého dítěte je podle § 82 odst. 2 zákona o zdravotních službách porod plodu bez známek života s hmotností více než 500 g. Pokud nelze zjistit hmotnost, se zdravotníci orientují podle gestačního stáří, hranice viability plodu je 22. týden gravidity (Procházka, 2018).

Porod může proběhnout v termínu mezi 38. – 42. týdnem gravidity (Slezáková, 2017). Partus prematurus je označení pro předčasný porod, tj. ukončení těhotenství do 38. týdne, a opakem je partus serotinus, kdy dojde k ukončení gravidity po 42. týdnu gravidity (Slezáková, 2017). Hudáková et al. (2017) ale ve své publikaci uvádí potermínový porod již po ukončeném 40. týdnu těhotenství.

Jeden z projevů začátku porodu jsou Braxton - Hicksovy kontrakce, jedná se o nepravidelné stahy a výhodou těchto nepravidelných falešných kontrakcí je, že se podílejí na přípravě hrdla děložního (Procházka, 2018). Další projev začátku porodu je zvýšení vaginální sekrece, ruptura plodových obalů a odchod hlenové zátky smíšené s krví, která chránila dělohu (Procházka, 2018). Zátka se může uvolnit pár dnů před porodem, během porodu, po vaginálním vyšetření či při pohlavním styku (Hájek, 2014). Je dobré si uvědomit, že rozpoznání začátku porodu je procesuální záležitost, a proto je důležité vnímat porod jako souvislý proces (Wilhelmová et al., 2021). Jednoznačným důvodem k odjezdu do porodnice je odtok VP totiž bez ohledu na to, v jakém týdnu těhotenství se žena nachází (Gregora a Velemínský, 2017). V tomto momentě jsou žena i plod ohrožen především infekcí (Gregora a Velemínský, 2017).

V případě porodu probíhajícího přirozenou cestou se rozlišují čtyři doby porodní,

v nichž by se mělo zaznamenat a respektovat možné detailnější dělení (Wilhelmová et al., 2021). I. doba porodní neboli otevírací doba je definována od začátku pravidelných kontrakcí děložních a končí úplnou dilatací čípku děložního (Hudáková et al., 2017). Dělí se na fázi latentní, aktivní a přechodnou (Wilhelmová et al., 2021). Doporučení dle WHO z roku 2018 ohledně délky první doby porodní zní: „*Latentní fáze první doby porodní je období charakterizované bolestivými děložními kontrakcemi a změnami na čípku, včetně určitého stupně zkrácení děložního čípku a pozvolného progresu dilatace do 5 cm u prvního i následujících porodů. Aktivní fáze první doby porodní je období charakterizované pravidelnými bolestivými děložními kontrakcemi, podstatným stupněm zkrácení děložního čípku – vytvoření porodnické branky a rychlejší dilatací branky od 5 cm do zašlé branky u prvního i následujících porodů.*“ Důležitým úkolem porodní asistentky během první doby porodní je pomoci ženě relaxovat a uvolnit celé její tělo a co nejvíce minimalizovat její strach uklidněním (Procházka, 2020). Rodičky jsou schopné během latentní fáze spolupracovat a komunikovat se zdravotnickým personálem (Procházka, 2020). Během začátku latentní fáze kontrakce nabírají na intenzitě, objevují se v intervalech 10 až 15 minut a trvají kolem 15 až 20 sekund (Hudáková et al., 2017). Žena může mít v této fázi porodu již dlouho subjektivně pocit, že již rodí, a proto je důležité, aby porodní asistentka (dále PA) i žena věděly, že se nachází v této fázi (Wilhelmová et al., 2021). Na konci latentní fáze se děložní kontrakce objevují každých 5 až 7 minut a trvají 30 až 40 sekund (Hudáková et al., 2017).

V této fázi porodu může porodní asistentka nabídnout přírodní lékárnu ve formě homeopatik, bylinek či aromaterapie (Hendrych Lorenzová, 2021). Příkladem homeopatického léků využívaného při porodu je například *Caulophyllum thalictroides* 9C, které uvolňuje hrdlo děložní a posiluje děložní činnost, dále *Arnica montana* 15C, která ulevuje od bolesti v kříži, zmírňuje krvácení a usnadňuje plodu prostup porodními cestami (Formánková et al., 2018). Hendrych Lorenzová (2021) ve své publikaci uvádí využití reboza. V případě jeho použití je důležité s ním pracovat jemně, může se použít na podporu těhotenského břicha, cílem je snížit bolest u ženy v oblasti beder a pomoci plodu nalézt úhel, který je optimální pro vstup do porodních cest (Hendrych Lorenzová,

2021). Při volbě aromaterapie si rodička volí cestu účinku vysoce koncentrovaných esenciálních olejů, tento způsob spojuje fyziologické účinky masáže a vliv esencí na psychiku a emoce rodičky (Bašková, 2015). Opakem nefarmakologických metod jsou farmakologické metody, které mohou být podány injekčně (příkladem nalbuphin, tramadol nebo petidin) a inhalačně oxid dusný ve směsi s kyslíkem poměru 1:1 (Hudáková et al., 2017). Místní analgezie se podává lokálně, příkladem na znecitlivění hráze a pochvy je obstřík 1% mezocainu, do svodné analgezie se řadí i epidurální analgezie, při které se lokální anestetikum podává do epidurálního prostoru (Hudáková et al., 2017).

Po latentní fázi přichází fáze aktivní, kontrakce jsou v intervalech 3 až 5 minut, trvají kolem 45 až 55 sekund a jsou mírně bolestivé (Procházka, 2020). Doba této fáze je u prvorodiček i u vícerodiček zhruba stejná (Hudáková et al., 2017). První doba porodní končí přechodnou fází, v níž dochází k úplné dilataci branky na 10 centimetrů, kontrakce jsou silné, přicházejí v intervalu 2 až 3 minut a trvají déle než 90 sekund (Procházka, 2020). V této fázi mohou rodičky už pociťovat nutkání na tlačení, současně dochází k fyziologicky psychickým reakcím, které mohou způsobit celou řadou prožitků a vlnu emocí (Wilhelmová et al., 2021). Touto dobou může dojít u rodičky k mírnému zpomalení děložních kontrakcí, což je v této chvíli fyziologické (Hudáková et al., 2017). Péče porodní asistentky během I. doby porodní se zakládá na uklidnění rodičky, psychické podpoře rodičky, zaměření se na správné dýchání, monitoring ozev plodu, kontrolu frekvence a intenzity kontrakcí děložních (Procházka, 2020). PA edukuje rodičku o vaginálním vyšetření, jeho důvodech, progresi porodu a výsledku vyšetření (Dušová, 2019a). Dále je důležité, aby PA měly dostatečné dovednosti a vědomosti, aby nebyla narušena fyziologie porodního procesu (Wilhelmová et al., 2021).

Úplným dilatováním děložní branky začíná II. DP a končí porodem plodu (Procházka, 2020). Tato doba se dělí na pasivní a aktivní fázi (Procházka, 2020). Při pasivní fázi dochází k sestupu a rotaci hlavičky plodu a aktivní fázi se rozumí sestup hlavičky plodu a nucení rodičky na tlačení (Procházka, 2020). Vlivem kontrakcí hlavička plodu postupuje kaudálně a v oblasti pánevního dna tlačí na nervové pleteně, což způsobuje

stahy svalů přední stěny břišní (Hudáková et al., 2017). Pro šetrné vedení porodu je důležité se chovat šetrně k vazům, respektovat měkké tkáně a jejich otevírání (Procházka, 2020). Na rozdíl od I. doby porodní, která je spíše pasivní, je nutné při aktivní fázi II. doby porodní zapojit vlastní fyzické síly rodičky (Wilhelmová et al., 2021). Aktivní fáze II. doby porodní nastává tehdy ve chvíli, kdy hlavička plodu sestoupila na pánevní dno, musí být dokončena její rotace a šev šipový je v přímém průměru pánevního východu a porodnická branka je plně rozvinuta (Procházka, 2020). Při aktivní fázi II. doby porodní rodička pociťuje potřebu zapojit břišní lis, napíná se perineum, velké stydké pysky se oddalují a hlavička se začne prořezávat (Slezáková, 2017). Plod provádí množství pohybů při průchodu porodními cestami, které se přizpůsobují tvaru porodního kanálu (Hudáková et al., 2017). Tyto pohyby se souhrnně nazývají porodním mechanismem, jenž je tvořen pěti na sebe navazujícími fázemi: iniciální flexe a vstup hlavičky do vchodu pánevní roviny, vnitřní rotace, deflexe hlavičky, zevní rotace a to celé za stálé progresse hlavičky plodu porodním kanálem (Procházka, 2018). Při dokončené rotaci vyzve porodní asistentka rodičku, aby tlačila a vytvořila nadměrný tlak na hlavičku plodu, která se opírá o trny sedací kosti (Procházka, 2020). Chvíle, kdy rodička může začít tláčit, je psychicky velmi úlevným pocitem, protože v ten moment přebírá aktivitu „do vlastních rukou,“ ale i přesto je tato fáze velice náročná, zejména pro prvorodičky (Wilhelmová et al., 2021).

Důležité je, aby porodní asistentka po celou dobu respektovala tempo porodu a zároveň sledovala, zda nepřichází varovné signály značící patologii od plodu nebo rodičky, aby vše probíhalo v harmonickém a individuálním tempu (Procházka, 2020). Spontánní tlačení neboli aktivní tlačení, při němž rodička využívá břišního lisu, je intuitivní a není řízeno zdravotnickým personálem (Wilhelmová et al., 2021). V momentě, kdy žena pociťuje absenci nutivého pocitu, je potřeba, aby PA ženu edukovala a předvedla, jak tláčit s efektivním využitím břišního lisu pro maximální využití kontrakce dělohy, tzv. řízené tlačení (Wilhelmová et al., 2021). Dále je třeba sledovat zevní genitál, napětí kůže na hrázi a známky vstupující hlavičky do pánevního východu (Procházka, 2020). V momentě, kdy se hlavička plodu prořezává v introitu poševním a mimo kontrakce

se nevztahuje zpět, si PA nachystá sterilní roušku pod rodidla ženy a druhou rouškou chrání dominantní rukou hráz (Procházka, 2018). Po zevní rotaci dochází k porodu ramének, nejdříve pod symfýzou dojde k porození předního raménka, vzniká opěrné místo, tzv. hypomochlion, kterým se raménko opře o dolní okraj stydké spony a rotací kolem tohoto vzniklého místa se rodí zadní raménko (Slezáková, 2017). Po porodu ramének následuje zbytek trupu bez porodního mechanismu (Slezáková, 2017). Během II. DP je úkolem PA výše zmíněné poslouchání ozev plodu po každé děložní kontrakci a případné potřebné vyprázdnění MM ženy (Procházka 2018). PA by měla být v neustálém kontaktu s rodičkou, vnímat změny chování, změny poloh a dýchání, dále je důležité, aby pozorovala zevní genitál, napínání hráže a otevírání konečníku (Procházka, 2020).

III. doba porodní neboli doba k lůžku začíná porodem plodu a končí porodem placenty a plodových obalů (Wilhelmová et al., 2021). Časově jde o nejkratší dobu porodní, a to přibližně o 10 až 20 minut, ale může trvat až 60 minut (Procházka, 2018). Po porodu plodu se přeruší pupečník svorkou, přestřihne se, novorozenec je osušen suchou plenou, řádně označen identifikačním páskem, přikryt suchou a teplou pokrývkou a následuje kontakt s matkou „kůže na kůži“, (Procházka, 2020). SSC neboli skin to skin kontakt okamžitě po porodu má mnoho výhod, například rychlejší odloučení placenty, plazením novorozenec masíruje prsa matky a pohyby masáže zvyšují hladinu oxytocinu, který napomáhá zavínování dělohy, tudíž i odloučení placenty (Mazúchová et al., 2022a). Dále působí jako prevence velkého krvácení, snižuje riziko anémie a podporuje nástup laktace (Mazúchová et. al., 2022a). V případě, že není možný kontakt skin to skin u matky, tak může PA doporučit bonding u partnera (Dušová, 2019a). Úzký kontakt novorozence s jeho otcem přináší mnoho výhod, novorozenec méně pláče, je v teple a je spokojenější (Walsh, 2019). V momentě, kdy otec drží své dítě, vytváří přirozené pouto mezi rodičem a novorozencem a pomáhá rozvoji vzájemné lásky (Walsh, 2019).

Bylo celostátně zavedeno aktivní vedení III. doby porodní, které spočívá v podání methylergometrinu intravenózně nebo podání oxytocinu 2 – 5 jednotek bezprostředně

po porodu (bez medikamentů trvá přirozené odloučení placenty déle než 10 minut) (Slezáková, 2017). III. doba porodní by neměla přesáhnout jednu hodinu, pokud žena nekrvácí, může se zachovat vyčkávací postoj (Wilhelmová et al., 2021). Děloha po vypuzení placenty začíná kontrahovat, zmenšuje se svou plochou a zkracují se svalová vlákna (Hudáková et al., 2017). Během této doby se porodní asistentka nevzdaluje od ženy, sleduje krvácení a celkový stav rodičky (Procházka, 2020).

Pro porod placenty je důležité znát známky a mechanismy odloučení placenty (Procházka, 2020). Existují 3 typy mechanismů: Baudelocquea - Schultze, placenta se začne odlučovat nejprve ve svém středu, podle Duncana, placenta se naopak začíná odlučovat od své hrany a dle Gessnera, což je smíšený mechanismus dvou výše zmíněných mechanismů (Procházka, 2020). Nejčastěji využívanou známkou odloučení placenty je Küstnerův manévr, při kterém se zatlačí na stěnu dělohy směrem za symfýzu a pokud se pupečník vtahuje zpět do pochvy, jedná se o známku neodloučení (Slezáková, 2017). Opakem je vysouvání pupečníku z pochvy ven, v tento moment je placenta odloučena (Slezáková, 2017). Úkoly PA v III. DP spočívají v porodu placenty, jejího zhodnocení a uložení, příprava pomůcek na případné šití, asistence lékaři při šití a ošetření případně vzniklého poranění (Procházka, 2018).

Poporodní doba čili čtvrtá doba porodní, je období 2 hodin po porodu placenty, při němž se dokončuje retrakce dělohy a v tomto momentě je žena ohrožena časným poporodním krvácením (Slezáková, 2017). Pokud žena rodí ve zdravotnickém zařízení, tráví tyto 2 hodiny na porodním sále, během této doby je nutné sledovat fyziologické funkce rodičky i novorozence (Wilhelmová et al., 2021). Porodní asistentka poučí rodičku, aby neprováděla rotační pohyby v oblasti pánve, aby měla pánev v symetrii a že nejvhodnější polohou pro tuto dobu je poloha na zádech, protože v tu chvíli je děloha v ose pánve (Procházka, 2020). Dále tato poloha snižuje riziko nadměrného poporodního krvácení, šetří uvolněné vazy a tím pomáhá následnému fyziologickému uložení dělohy (Wilhelmová et al., 2021). Péče porodní asistentky ve IV. době porodní je zaměřena na měření fyziologických funkcí každých 30 minut, kontrolu vyprázdnění MM, sledování výšky děložního fundu a zavínování dělohy, sledování vaginálního

krvácení, podporu bondingu, komunikaci s rodičkou a záznam do příslušné zdravotnické dokumentace (Procházka, 2020). Tělesná teplota po porodu bývá mírně zvýšená z důvodu tělesné námahy či emocí (Wilhelmová et al., 2021). Rodička by měla být při přesunu na oddělení šestinedělí po 2 hodinách na porodním sále v psychické pohodě, informována o svém stavu a orientovaná (Procházka, 2020). Děložní fundus nesmí dosahovat k pupku, krvácení odpovídá silnější menstruaci, FF jsou v normě, žena je vymočená a dítě saje z prsů matky mležívo (Wilhelmová et al., 2021).

1.2 Císařský řez

Císařským řezem se rozumí porod plodu a placenty pomocí incize břišní a děložní stěny (Procházka, 2020). Je bezesporu řazen mezi velké abdominální operace (Roztočil, 2017). Vždy je ale cílem a smyslem císařského řezu zabránit ohrožení života nebo i zdraví matky nebo plodu (Gregora a Velemínský, 2017). Název této operace pochází z díla *Historia naturalis* a patří mezi nejstarší operace v porodnictví (Doležal, 2007). Historie císařského řezu sahá do Mezopotámie, do Egypta a i židé se zmiňují v lékařské knize *Mišnajoth* z roku 140 n. l. o císařském řezu provedeném na živé ženě (Roztočil, 2017). Až v druhé polovině 19. století došlo k pokroku provádění císařského řezu, a to po zavedení asepse Semmelweisem a Listerem, té době se také začaly rány na děloze a laparotomie šít (Roztočil, 2017). Císařský řez se stal téměř bezpečným výkonem na základě zdokonalení operačních technik, metod asepse a dostupností antibiotik (Procházka, 2018). V některých rozvojových zemích je císařský řez spojen s vysokou mateřskou morbiditou a mortalitou (Procházka, 2020). V České republice, ve srovnání s ostatními evropskými zeměmi, je jeho incidence stále relativně nízká (Procházka, 2020).

K císařskému řezu dochází z akutních, plánovaných nebo kombinovaných indikací ze strany plodu či matky, dále to mohou být indikace absolutní a relativní (Roztočil, 2017). Absolutní indikace jsou takové, při kterých by neprovedení operace mělo fatální následky (Procházka, 2018). Při relativní indikaci se jedná o situace, při kterých je vaginální porod možný, ale může znamenat vyšší riziko, jako například dvojčetné

těhotenství, porod koncem pánevním nebo zdravotní stav matky komplikující těhotenství, příkladem je těžká preeklampsie, eklampsie, srdeční vady nebo HELLP syndrom (Procházka, 2020). Císařský řez může být proveden z akutních indikací za porodu nebo zhoršení stavu plodu či matky v graviditě, který vyžaduje rychlé ukončení těhotenství (Procházka, 2018). Indikace k plánovaným císařským řezům jsou stanovené před začátkem porodu, například abnormální uložení placenty, poruchy děložní činnosti nebo psychologického stavu ženy (Procházka, 2020). Existuje ještě jedno rozdělení, a to emergency caesarean section, které se týkají situace, v nichž je fyziologie matky nebo i plodu nestabilní (Kawano et al., 2012). Ve většině případů je klíčem ke správné léčbě rychlá komunikace mezi porodníky a anesteziology (Kawano et al., 2012).

1.2.1 Předoperační příprava a průběh operace

Příprava se odvíjí od toho, zda je císařský řez plánovaný, nebo akutní (Procházka, 2018). Dlouhodobá předoperační příprava v souvislosti s plánovaným císařským řezem spočívá v edukaci rodičky porodní asistentkou či obvodním gynekologem, kteří zmírní stres a obavy, dále je rodička edukována o nutnosti předoperačních vyšetření ke stanovení schopnosti rodičky k operaci a příslušné anestezii (Dušová, 2019a).

V rámci krátkodobé předoperační přípravy se rodičky přijímají na oddělení k hospitalizaci den před plánovanou operací, kde ženy 6 hodin před operací lační a 12 hodin před operací je podán nízkomolekulární heparin jako prevence tromboembolické nemoci (dále TEN), dále je důležitá příprava operačního pole, což znamená oholení místa, kudy se povede řez (Procházka, 2018).

Ve fázi bezprostřední předoperační přípravy dojde k edukaci rodičky o důvodu zavedení permanentního močového katetru (dále PMK) a periferního žilního katetru (PŽK) a důležitá je edukace o tom, jak bude zavedení PMK, tak i PŽK probíhat (Dušová, 2019a). V den operace se také provádí bandáž dolních končetin, CTG záznam, dále se rodička „od šperkuje,“ sundá si brýle, zubní protézu, kontaktní čočky a porodní asistentka také zkontroluje, zda je rodička odlíčená a má odlakované nehty (Dušová,

2019). Velmi důležitou součástí bezprostřední předoperační přípravy před císařským řezem je psychologická příprava rodičky, která zahrnuje podání informací lékařem o anestezii, operaci a pooperačním období (Procházka, 2020). V případě, že je indikován akutní císařský řez, je na přípravu před samotným výkonem méně času než u císařského řezu plánovaného (Dušová, 2019a).

Kožní řez je ve většině případů veden v úrovni horního okraje stydkého ochlupení příčně (Gregora a Velemínský, 2017). Pfannenstielův řez (Příloha 1) je nejčastěji používaným řezem, je veden příčně zhruba 2-3 cm nad symfýzou (Šálková, 2021). Jeho výhodou je dobrý kosmetický efekt, snížené riziko vzniku hematomu, hernií a infekcí a rychlejší hojení (Procházka, 2020). Šálková (2021) uvádí příčný řez v dolní děložní segment (dále DDS) podle Gepperta, který respektuje průběh vláken svalových, umožňuje následný vaginální porod a má minimum komplikací. Pfannenstielův řez spočívá v provedení 15- 20 cm dlouhé poloobloukovité kožní incize (Šálková, 2021). V případě hypertrofického plodu se volí řez z dolní střední laparotomie, dále se tento typ laparotomie může provést u velmi obézních rodiček a u žen, které již mají jizvu po dolní střední laparotomii (Příloha 1) (Roztočil, 2017). Proveďte se tupá separace přímých břišních svalů, pod svaly se dostane ukazovák a prostředník obou rukou operátora a asistenta a tupě laterálně se roztáhnou svaly, podkoží a fascie (Roztočil, 2017). Někdy je hlavička plodu hluboko vstoupá do pánve, v této situaci je potřeba další asistence lékaře, která má za úkol vaginálním přístupem vytlačit hlavičku plodu směrem nahoru do dělohy (Procházka, 2018). V některých případech je naopak hlavička vysoko nad pánevním vchodem a v takovém případě lze použít porodnické kleště nebo vakuumentraktor (Procházka, 2020). Nejdůležitější je plod vybavit šetrně, obzvláště to platí u předčasného porodu nezralého dítěte (Procházka, 2018). Po vybavení plodu se podávají uterotonika po porodu a porodníci provádějí instrumentální nebo manuální revizi děložní dutiny jako prevenci retence části blan a placenty (Procházka, 2020).

Provést císařský řez lze i pomocí metody Misgava-Ladacha, která spočívá v minimalizování nutné činnosti u císařského řezu, kdy je cílem této metody

zjednodušit, urychlit a zefektivnit operaci (Procházka, 2020). Tato metoda vznikla syntézou několika postupů a je pojmenována podle nemocnice v Jeruzalémě (Šálková, 2021). Jedná se o techniku tupé disekce tkání pomocí prstů operátora, při které je kůže naříznuta skalpelem, podkožní tkáň je incidována v krátké centrální části s dosažením fascie přibližně v délce 3 centimetrů, v tu chvíli je stěna břišní nevyjímaje peritonea otevřena pouze tupě s použitím dlaní a prstů, dále je vedena děložní incize nad plikou měchýře močového (Procházka, 2020). Po vybavení plodu a placenty dochází k revizi dutiny děložní a šíje se pokračujícím vicrylovým stehem po celé tloušťce myometria, a nástěnné peritoneum se nešíje (Šálková, 2021). Procházka (2020) uvádí, že tato metoda je rychlejší a patrně bezpečnější, s menší krevní ztrátou, výskytem infekcí a bolestí po operaci. Šálková (2021) konkretizuje délku této metody na průměr 23 a půl minuty, plod je vybaven za 70-100 sekund.

Novým trendem v porodnictví je tzv. přirozený (jemný) císařský řez, který napodobuje situaci vaginálního porodu a rodiče při narození dítěte se stávají jak pozorujícími, tak aktivními účastníky porodu (Smith et al., 2008). Technika operace začíná jako každý císařský řez, ale po děložním řezu je sterilní rouška, kterou je pacientka přikryta, snížena a matka v tento moment může sledovat, jak hlava dítěte vstupuje do břišního řezu a chirurg nesáhá na dítě, když dochází k autoresuscitaci neboli dýchání vzduchu přes „obnažená“ ústa a nos (Smith et al., 2008).

Dítě se pomocí externího tlaku dělohy začne odkopávat a posouvat se dost vysoko, aby vystrčilo ramena a vyndalo ruce (Jeřábková, 2022). V tuto chvíli je možnost vyndání dítěte z břicha matkou za asistence porodníka a položení na hrudník k metodě skin to skin (Jeřábková, 2022).

Při císařském řezu není novorozenec vystaven kontaktu s vaginální, střevní a kožní mikroflórou, protože neprochází porodními cestami (Lukáš et al., 2018). Vaginální porod je tedy důležitý pro složení střevního mikrobiomu v časném období života novorozence (Lukáš et al., 2018). Děti narozené pomocí císařského řezu nejsou kolonizovány mikroorganismy, jakými jsou například *Bacteroides fragilis*, *Enterobacteriaceae*, *Bifidobacteria* a *Lactobacilli*, zástupci střevní a vaginální flóry

(Lukáš et al., 2018). Místo nich jejich střeva obsahují škodlivé bakterie, například Klebsiella (Shao et al., 2019). Dále u těchto dětí je riziko rozvinutí astmatu, systémové poruchy pojivové tkáně nebo zánětlivého onemocnění střev (Selvested et al., 2015). Mezi další faktory, které ovlivňují složení střevního mikrobiomu novorozence je kojení (Lukáš et al., 2018). Do organismu se dostávají pomocí kojení mimo nutrientů i bakterie, zejména streptokoky, stafylokoky a laktobacily (Lukáš et al., 2018). Značnou výhodou mateřského mléka je, že obsahuje látky, které působí probioticky (Lukáš et al., 2018).

1.2.2 Anestezie u císařského řezu

Zvolení způsobu anestezie u císařského řezu závisí na mnoha faktorech (Procházka 2020), například jaká je indikace k operaci nebo naléhavost výkonu (Hájek, 2004). U císařského řezu se v současné době používají dva základní postupy: místní anestezie a celková anestezie (Procházka, 2020). Je nutno brát ohled na to, že oba postupy mají své přednosti, ale i nedostatky (Procházka, 2018). V České republice byla na začátku 90. let minulého století celková anestezie u císařského řezu téměř jediným postupem (Hájek, 2004). Hojně využívána je regionální (místní) anestezie, která je při porovnání kladů i záporů pro rodičku i její dítě příznivější (Procházka, 2020). Pokud je zvolena u císařského řezu místní anestezie, žena není intubována, je při vědomí a ihned po porodu je v kontaktu s dítětem (Procházka, 2020). Dále nehrozí farmakologický útlum plodu, rodička má zachované obranné reflexy, hlavně reflex, který snižuje riziko aspirace žaludečních šťáv (Procházka, 2020). Nevýhody místní anestezie pro ženu u císařského řezu jsou pocity na omdlení, nevolnost, zvracení a pokles krevního tlaku (Procházka, 2020).

Pro zvolení celkové anestezie musí být splněny určité zásadní podmínky, jako je spolehlivé zajištění cest dýchacích, zachování adekvátního tonu svalstva děložního nebo spolehlivá relaxace svalstva kosterního (Hájek, 2004). Tento typ anestezie umožní operátorovi k vybavení plodu dostatečný časový prostor (Procházka, 2020). V případě celkové anestezie je možnost silnějšího útlumu novorozence léky, které se podávají ženě před začátkem operace (Procházka, 2020). Naopak výhodou celkové anestezie

je rychlý a technicky jednoduchý nástup anestezie, menší výskyt hypotenze a destabilizace oběhu a zabezpečení dýchacích cest (Pařízek, 2012). Procházka (2020) jako nevýhody uvádí: riziko vdechnutí tekutiny ze žaludku, nemožnost bezprostředního kontaktu s novorozencem po porodu a nemožnost přiložení novorozence k prsu ihned po porodu.

1.2.3 Komplikace císařského řezu

Jistá rizika a možné komplikace existují i u císařského řezu (Procházka, 2020). Císařský řez je nejčastější, ale zároveň nejvíce riziková porodnická operace (Gregora a Velemínský, 2017). Komplikace u této operace se mohou dělit dle Šálková (2021) na peroperační, pooperační a pozdní.

Jako příkladem komplikací bezprostředně po operaci Procházka (2020) uvádí zvracení, nevolnost nebo hypotenzi, dále krvácení, které může nastat například z řezu na děloze nebo z úponů placenty po odloučení při hypotonii děložní.

Mezi peroperační komplikace patří i poranění okolních orgánů, jako jsou střeva, uretra, rektum, anebo močový měchýř (Procházka, 2020). Močový měchýř (dále jako MM) patří mezi nejčastěji poraněné orgány při císařském řezu (Šálková, 2021). Šálková (2021) dále uvádí, že k poranění MM dochází protnutím pliky při nedostatečném nebo nešetrném sesouvání MM z oblasti dolního děložního segmentu (dále jako DDS). Poté dalším důvodem perforaci MM je nešetrné vybavení hlavičky plodu, při němž není močový měchýř dostatečně vyprázdněn, při poranění MM se objeví krev v moči v PMK nebo sběrném sáčku močového katetru (Šálková, 2021). Dále velmi vzácnou, ale vážnou peroperační komplikací je embolie plodovou vodou (dále jako VP), kdy se VP dostane do děložních žil, které jsou otevřené (Procházka, 2020). Šálková (2021) ve své publikaci uvádí bezprostředně pooperační život ohrožující komplikace císařského řezu, jako jsou krvácivé stavy, komplikace anestezie a trombembolické nemoci.

Nejčastější pooperační komplikací je krvácení (Procházka, 2018). Pooperační období může být zkomplikováno krvácením z hypotonické dělohy, jelikož ženy po císařském

řezu mají vlivem hormonů větší tendenci k hypotonii a subinvoluci dělohy, než ženy po vaginálním porodu (Procházka, 2018). Další pooperační komplikací je infekce, která může zasáhnout kůži, subfasciální prostor, podkoží nebo kteroukoli jinou incidovanou vrstvu, ale i dutinu děložní (endometritida) a dutinu břišní (Procházka, 2020). Pokud nastane po císařském řezu infekce do 48-72 hodin, je vyvolána například streptokoky skupiny A nebo skupiny B, chlamydiemi nebo anaerobními koky (Doležal, 2007). Po operaci se může objevit bolest hlavy po spinální anestézii (Šálková, 2021). Postpunkční bolest hlavy se zhoršuje při kašli či malých pohybech a úleva přichází vleže na zádech (Pařízek, 2012). Bolest hlavy zpravidla má charakter tupého tlaku, která se rozšiřuje před temeno hlavy do oblasti očí a čela (Pařízek, 2012).

Mezi dlouhodobé komplikace císařského řezu Procházka (2020) uvádí neplodnost, která může nastat u žen, které měly infekční pooperační komplikace, břišní diskomfort či adhezi, jež může být komplikací při dalším porodu (Procházka, 2020).

1.2.4 Péče porodní asistentky o ženu po císařském řezu

Po operaci je pacientka převezena na jednotku intenzivní péče, kde porodní asistentka sleduje její stav 24-48 hodin (Gregora a Velemínský, 2017). Porodní asistentky monitorují vitální funkce dle ordinace lékaře po přivezení ženy na jednotku intenzivní péče (Šálková, 2021). Úkolem porodní asistentky v intenzivní pooperační péči je dle ordinace lékaře kontrola krvácení, infuzní terapie, tlumení bolesti, péče o laparotomii a o gastrointestinální trakt (Šálková, 2021). Po císařském řezu je poporodní období obtížnější a bolestivější než po vaginálním porodu (Gregora a Velemínský, 2017). Důležitá v tomto období je edukace matky o dodržování hygieny, o správné dietě, o kojení, odšťikávání mléka, dále je nezbytné spolupracovat s dětskými sestrami a pečlivě vést dokumentaci (Šálková, 2021). Aby nedošlo ke zbytečnému stresu na straně matky, je důležité edukovat o tom, že nástup laktace po císařském řezu nastupuje později (Gregora a Velemínský, 2017). Po 24 hodinách dle stavu matky se překládá z jednotky intenzivní péče na standartní pokoj oddělení šestinedělí, kde tráví dny matka se svým dítětem a k propuštění dochází průměrně po pěti až šesti dnech po operaci (Gregora a Velemínský, 2017).

Operační rána by měla být udržována v čistotě a suchu, důležité je ji často větrat a po dobu, než se odstraní nebo vstřebá steh, se na ni nenanášejí žádné masti ani krémy (Dušová, 2019a). Kožní stehy jsou extrahovány 6. - 9. pooperační den, ambulantně (Procházka, 2020). Hojení jizvy napomáhá tlaková masáž, při níž si žena tlačí po celé délce na její plochu proti podkoží, cílem masáže je zlepšit hojení a zvýšit prokrvení v místě řezu, zabránit vzniku srůstů v jednotlivých vrstvách tkání (Dušová, 2019a).

1.3 Vaginální porod po císařském řezu

Ke spontánnímu vaginálnímu porodu se přistupuje v momentě, kdy je stav matky a funkce fetoplacentární jednotky fyziologický, v tomto případě je možno počkat do 41. ukončeného týdne těhotenství (DP Roztočil, 2012). Po předchozím císařském řezu lze rodit vaginálně a před tím, než porodník zvolí, jakou cestou bude porod veden, musí zvážit řadu faktorů (Roztočil, 2017). Při volbě spontánního vaginálního porodu po císařském řezu je nutno těhotenství ukončit do ukončeného 42. týdne těhotenství a podle stavu fetoplacentární jednotky a činnosti děložní je indikován kontinuální nebo intermitentní CTG monitoring (Roztočil a Velebil, 2013).

Indukce porodu je soubor metod, které uměle vyvolávají děložní činnosti za účelem ukončení těhotenství (Roztočil, 2017). Indukci porodu lze provést v případě splnění určitých podmínek: podepsaný informovaný souhlas těhotné ženy, nejsou přítomny kontraindikace k vedení porodu vaginálně a poloha plodu je podélná hlavičkou, při těchto splněných podmínkách lze využít preindukční a indukční preparáty, které jsou prostaglandiny a oxytocin (Roztočil a Velebil, 2013).

Mezi výhody vaginálního porodu po předchozím císařským řezu (z angličtiny Vaginal Birth After Cesarean, zkratka VBAC) patří nižší krevní ztráty, menší riziko infekce a možnost okamžitého bondingu s dítětem, kratší doba hospitalizace a rekonvalescence, méně tromboembolických komplikací a příznivější podmínky pro další eventuální graviditu (Hanaček, 2008). Úspěšnost VBAC se pohybuje kolem 73 %, podle metaanalýzy publikované v AJOGu, kdy je tato skutečnost pozitivně ovlivněna několika faktory, jako jsou věk matky do 40 let, pokročilý vaginální nález, poloha plodu nebo

váha pod 4000 g (Hanáček, 2008). Naopak kouření, obezita či abusus alkoholu snižují pravděpodobnost úspěchu VBAC (Hanáček, 2008).

Mezi kontraindikace VBAC patří věk matky nad 40 let, plod v poloze koncem pánevním nebo vícečetné těhotenství, více než jeden císařský řez v anamnéze a váhový odhad dítěte v termínu nad 4 kg (Marešová et al., 2018). Na to navazují možná rizika spojená s VBAC, výše zmíněné kontraindikace se mohou stát komplikacemi, které mohou vést k morbiditě a mortalitě matky i plodu (Hanáček, 2008).

Nejzávažnější komplikací a rizikem je děložní ruptura v místě jizvy po předchozím císařském řezu, kdy incidence ruptury děložní u žen bez ohledu na způsob porodu se odhaduje na 0,3 % (Bidner, 2020). Výše zmíněné kontraindikace VBAC jsou zároveň rizikem vedoucím k ruptuře dělohy (Bidner, 2020). Jediným spolehlivým faktorem, který významně snižuje, ale nevyklučuje riziko ruptury dělohy, je úspěšný VBAC (Bidner, 2020).

Z výsledků studie z roku 2019 v USA vyplývá, že 12 měsíců po porodu chtělo 45 % z 30006 žen, které poprvé rodily císařským řezem, родit další porod vaginálně. Z toho vyplývá, že téměř polovina respondentek preferuje při budoucím porodu VBAC, ale podle národních odhadů pouze 12 % žen s předchozím císařským řezem podstoupí VBAC. Tato studie naznačuje, že je potřeba vylepšit edukaci žen, které VBAC chtějí (Attanasio et al., 2019). Edukace je důležitou součástí psychologické přípravy na porod (Dušová, 2019b). Jen minimum žen přistupuje k těhotenství bezstarostně, současně s graviditou stoupá potřeba rozptýlení, psychické opory, rozhovoru a uklidnění (Dušový, 2019a). Velikou odpovědnost za dobrou informovanost o těhotenství, porodu a mezilidských vztazích má porodní asistentka, která odpovídá na odborné otázky v předporodních kurzech (Dušová, 2019b). PA je především asistentkou rodičky, která podporuje těhotné a rodící ženy (Mazúchová et al., 2022a). Důležité je, aby PA uměla ovládat efektivní komunikaci a své emoce (Hendrych Lorenzová, 2020).

Péče PA u ženy při vaginálním porodu po císařském řezu se neliší od péče již zmíněné v kapitolách výše, i zde je důležitá podpora a povzbuzení ženy, například k vyjádření

svých pocitů (Velemínský et al., 2011). Je přirozené, že žena pociťuje strach a úzkost, proto je důležité s ženou komunikovat, vše jí vysvětlit a tyto obavy zmírnit (Bašková, 2015).

2 Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Cíl: Zjistit postoj těhotných žen k vaginálnímu porodu po předchozím císařském řezu

2.2 Hypotézy

H1: Těhotné ženy s předchozím císařským řezem v anamnéze mají vyšší zájem o možnost VBAC než o další císařský řez

H2: Těhotné ženy mezi 20. – 34. rokem mají vyšší zájem o možnost VBAC než ženy 35 let a více

2.3 Operacionalizace pojmů

Císařský řez= porodnická operace, během které je novorozenec vybaven z děložní dutiny chirurgickou cestou (Roztočil et al., 2017).

Porod= může být buď spontánně započatý, nebo medikamentózní. Spontánní porod „*je ten, který nastoupil na základě přirozených pochodů organismu ženy a plodu a probíhal bez lékařského zásahu.*“ A medikamentózní porod „*je ten, kdy po nastoupení spontánní porodní činnosti jsou přirozené pochody modifikovány aplikací léčebných prostředků, a to převážně za účelem koordinace děložní činnosti, zmírnění bolestivosti nebo ovlivnění druhé doby porodní.*“ (Wilhelmová et al., 2021)

VBAC= vaginal birth after caesarean section, vaginální porod po císařském řezu; bezpečný způsob porodu v případě, že jsou splněny určité podmínky, např. žena netrpí závažným onemocněním, plod je v poloze podélné hlavičkou, jednočetné těhotenství nebo hmotnost plodu je menší než 4000 g

Anamnéza= souhrn informací o předešlém životě nemocného podstatných pro hodnocení jeho aktuálního zdravotního stavu

Vyšší zájem= v práci bude vyhodnocován za pomoci otázek a odpovědí z dotazníku

3 Metodika výzkumu

3.1 Metoda výzkumu

Pro výzkumnou část bakalářské práce bylo využito kvantitativní výzkumné šetření prostřednictvím dotazníku. Díky němu je možné získat informace hromadného charakteru od tzv. respondentů (Neubauer et al., 2021). Respondenti v této bakalářské práci byly těhotné ženy, které již mají za sebou císařský řez a jsou momentálně těhotné. Účast na výzkumu byla zcela anonymní a dotazník (Příloha2) byl distribuován online formou, která zajišťovala jistotu většího sběru dat.

Před samotným zveřejněním dotazníku byla provedena pilotáž u těhotných, které pracují mimo obor porodnictví. Cílem pilotáže bylo zjistit srozumitelnost otázek. Dotazník byl sdílen do soukromých skupin na sociální síti Facebook, kde se ženy zabývaly a řešily termín VBAC. Sběr dat probíhal od 27. 4. 2023 do 12. 5. 2023 a zúčastnilo se ho 143 respondentek.

Dotazník vlastní konstrukce byl tvořen 29 otázkami, přičemž bylo 17 uzavřených, 9 polouzavřených a 3 otevřených. Dotazník byl rozdělen na dvě části. Začátek dotazníku se zabýval sociodemografickými otázkami (pohlaví, věk a vzdělání). První část dotazníku věnuje pozornost císařskému řezu, kde bylo zjišťováno, zda císařský řez byl akutní či plánovaný, důvod císařského řezu, anestezie, přípravy na porod, bondigu a péče o jizvu. Následující otázky se zaměřovaly na kojení, laktaci a komplikace v období šestinedělí. Druhá část se zaměřovala na nynější těhotenství. Zde otázky zjišťovaly vědomost žen o termínu VBAC, přípravy na nynější porod, preferenci způsobu porodu a proč tento způsob preferují. Statistické zpracování probíhalo v programu Microsoft Excel a vyhodnocení dotazníku je prezentováno níže za pomoci grafů a tabulek, ke kterým jsou přidány komentáře. Hypotézy byly vyhodnoceny za pomoci testu dobré shody (Chí-kvadrát test).

3.2 Charakteristika výzkumného vzorku

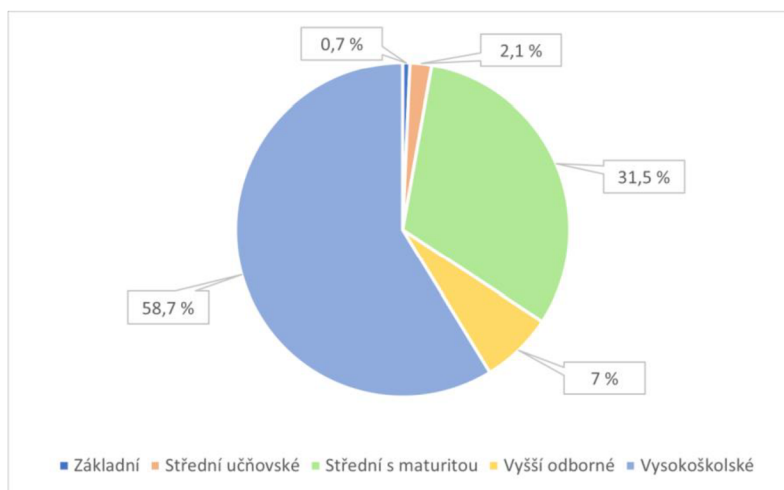
Celkově dotazník vyplnilo 143 respondentek. Kritérium pro vyplnění dotazníku bylo,

že respondentkami musely být těhotné ženy s císařským řezem v anamnéze. Ženy byly na základě otázky na jejich věk rozděleny do tří kategorií. První věkovou kategorií byly ženy mezi 18 až 24 lety, která byla zastoupena 9 (6,3 %) ženami. Další věkovou kategorií byla nejpočetnější v rozmezí 25 až 34 let, do které bylo zařazeno 109 (76,2 %) žen. Poslední kategorií bylo věk 35 a více, do které bylo zařazeno 25 (17,5 %) žen.

4 Výsledky výzkumu

4.1 Grafické výsledky dotazníkového šetření

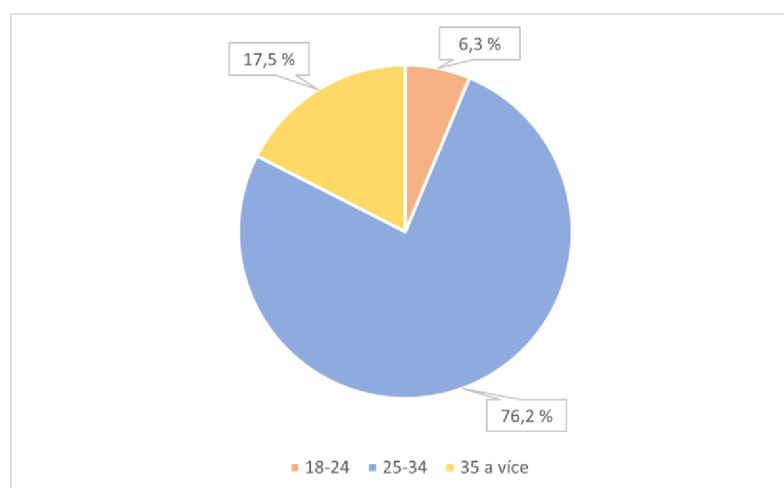
Graf 1 Vzdělání



Zdroj: vlastní

Graf 1 zobrazuje nejvyšší dosažené vzdělání dotazovaných respondentek. Z celkového počtu 143 (100 %) žen, 1 (1 %) respondentka měla nejvyšší dosažené vzdělání základní. Středoškolské vzdělání zakončené učňovskou zkouškou uvedly 3 (2,1 %) ženy. 45 (31,5 %) žen úspěšně ukončilo střední školu s maturitou. Vyšší odbornou školu vystudovalo 10 (7 %) a vysokoškolské vzdělání uvedlo 84 (58,7 %) žen.

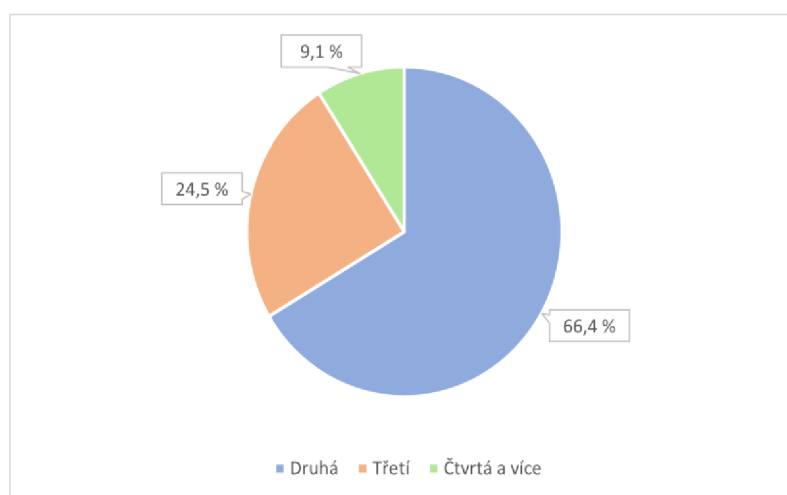
Graf 2 Věk



Zdroj: vlastní

Graf 2 zobrazuje procentuální zastoupení jednotlivých věkových skupin žen. Z celkového počtu 143 (100 %) měla věková skupina 25-34 let zastoupení 109 (76,2 %) žen. Druhá v pořadí byla skupina 35 let a více, do které se zařadilo 25 (17,5 %) žen. A nejméně početnou věkovou skupinou byla kategorie 18-24, která byla zastoupena 9 (6,3 %) ženami.

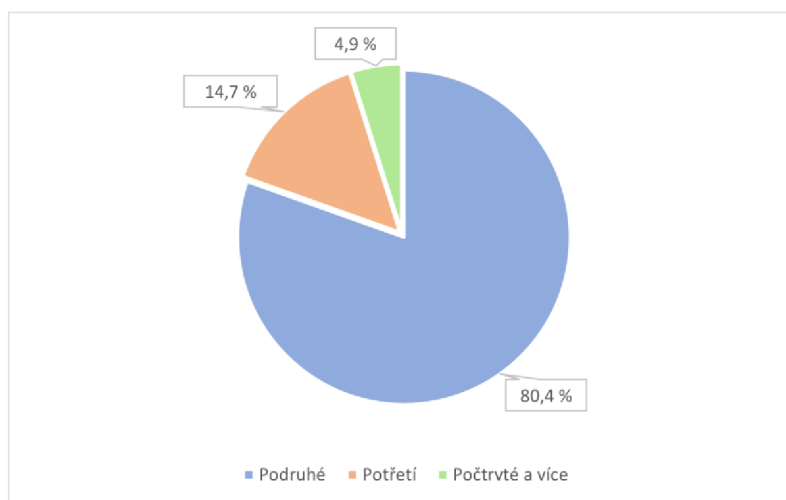
Graf 3 Gravidita



Zdroj: vlastní

Graf 3 znázorňuje, po kolikáté jsou ženy momentálně těhotné. Z celkového počtu 143 (100 %) žen, je 95 (66,4 %) těhotných podruhé. Ženy, které prožívají třetí těhotenství, jsou zastoupeny 35 (24,5 %) ženami. Do kategorie čtvrtého těhotenství a více se zařadilo 13 (9,1 %) žen.

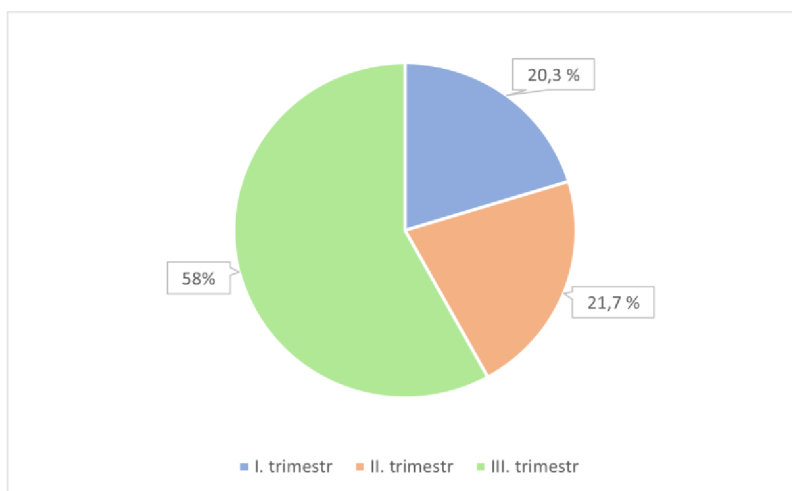
Graf 4 Parita



Zdroj: vlastní

V grafu 4 je uvedeno po kolikáté žena bude rodit. Z celkového počtu 143 (100 %) žen, bude rodit podruhé 115 (80,4 %) žen. Potřetí bude rodit 21 (14,7 %) žen a 7 (4,9 %) žen bude rodit počtvrté a více.

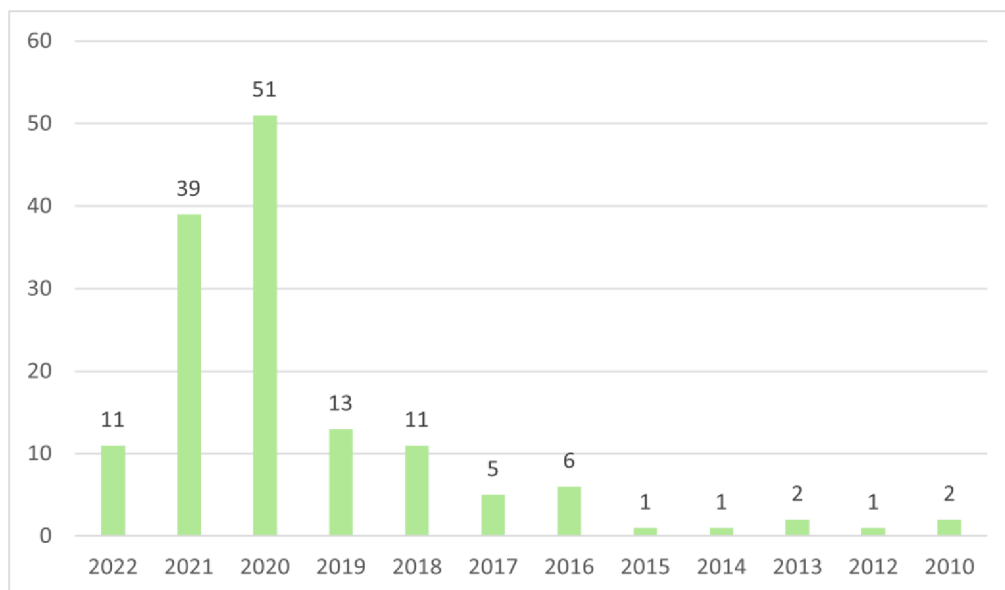
Graf 5 Fáze těhotenství



Zdroj: vlastní

V grafu 5 je uvedeno, v jaké fázi těhotenství se ženy nacházejí. Z celkového počtu 143 (100 %) žen je 29 (20,3 %) v I. trimestru těhotenství. 31 (21,7 %) žen je ve II. trimestru těhotenství a v posledním, tedy III. trimestru těhotenství, je 83 (58 %) žen.

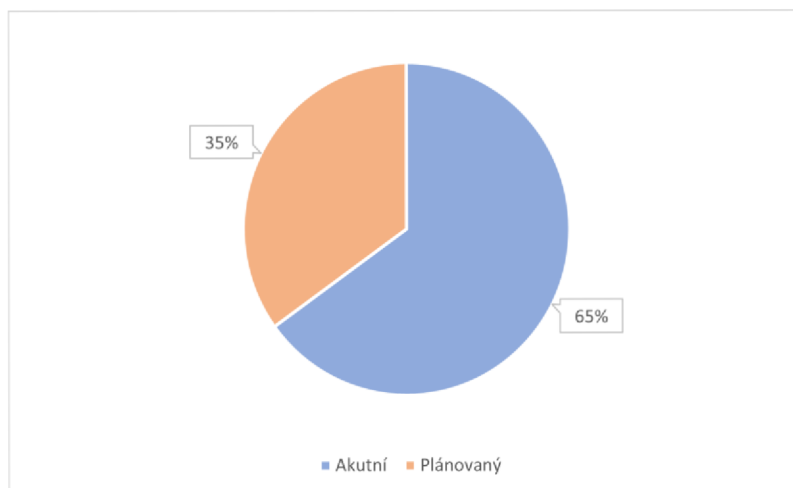
Graf 6- Rok posledního císařského řezu



Zdroj: vlastní

Graf 6 uvádí rok, kdy ženy podstoupily poslední císařský řez. Z celkového počtu 143 (100 %) žen jich podstoupilo císařský řez v roce 2022 11 (7,7 %). V roce 2021 císařský řez mělo 39 (27,3 %) žen. 51 (35,6 %) žen podstoupilo císařský řez v roce 2020. Dále 13 (9,1 %) žen uvedlo rok 2019. 11 (7,7 %) žen podstoupilo císařský řez v roce 2018. 5 (3,5 %) žen uvedlo rok 2017. V roce 2016 uvedlo císařský řez 6 (4,2 %) žen. Rok 2015 uvedla 1 (0,7 %) žena. V roce 2014 podstoupila císařský řez 1 (0,7 %) žena. 2 (1,4%) ženy odpověděly, že poslední císařský řez byl v roce 2013. Císařský řez v roce 2012 uvedla 1 (0,7 %) žena. V roce 2010 měly císařský řez 2 (1,4 %) ženy.

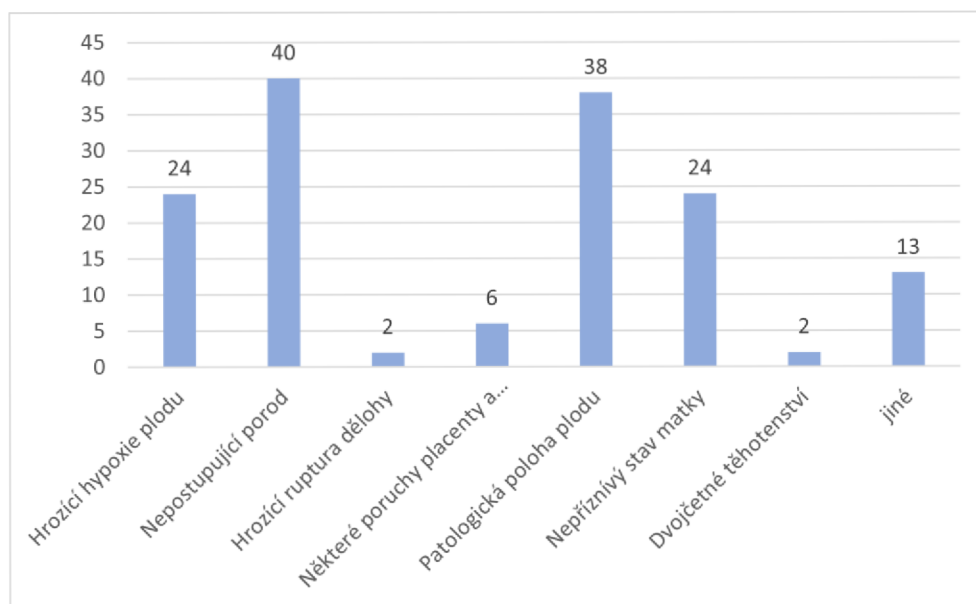
Graf 7 Podíl akutních a plánovaných císařských řezů



Zdroj: vlastní

V grafu 7 je znázorněno, jaký císařský řez v anamnéze byl, zda akutní nebo plánovaný. Z celkového počtu 143 (100 %) žen jich uvedlo 93 (65 %), že císařský řez byl akutní a 50 (35 %) žen uvedlo plánovaný.

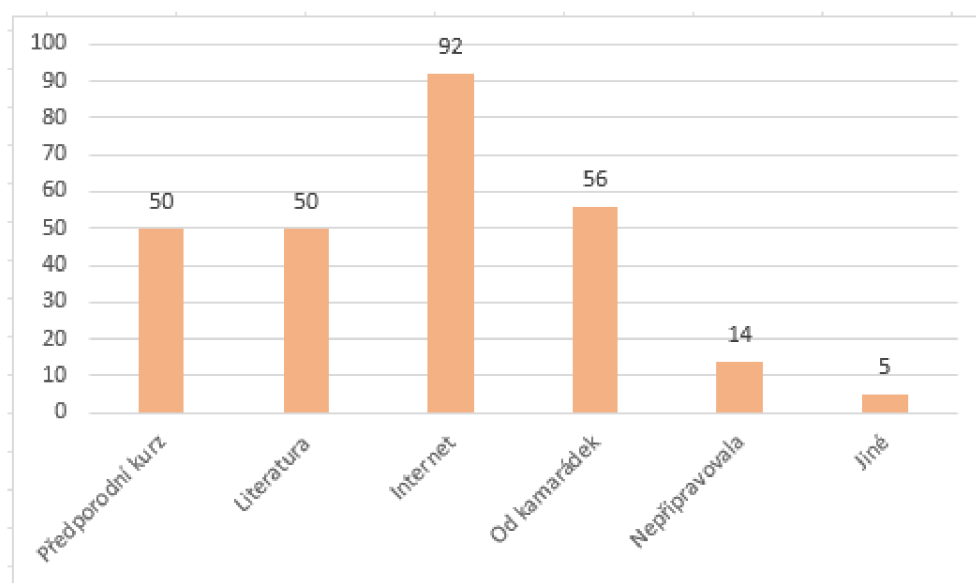
Graf 8 Důvod císařského řezu



Zdroj: vlastní

Graf 8 uvádí, jaký byl důvod provedení císařského řezu. V této otázce byla možnost označení více odpovědí. Celkem bylo získáno 149 odpovědí. Hrozící hypoxie plodu byla označena 24x, nepříznivý stav matky byl označen 24x. Jako důvod císařského řezu byl uveden nepostupující porod celkem 40x. Hrozící ruptura dělohy byla uvedena 2x, pro dvojčetné těhotenství byla označena 2x. Některé poruchy placenty a pupečníku bylo uvedeno v 6 odpovědích. Pro patologickou polohu plodu bylo celkem uvedeno 38x. Do možnosti „Jiné“ bylo vepsáno celkem 13 odpovědí.

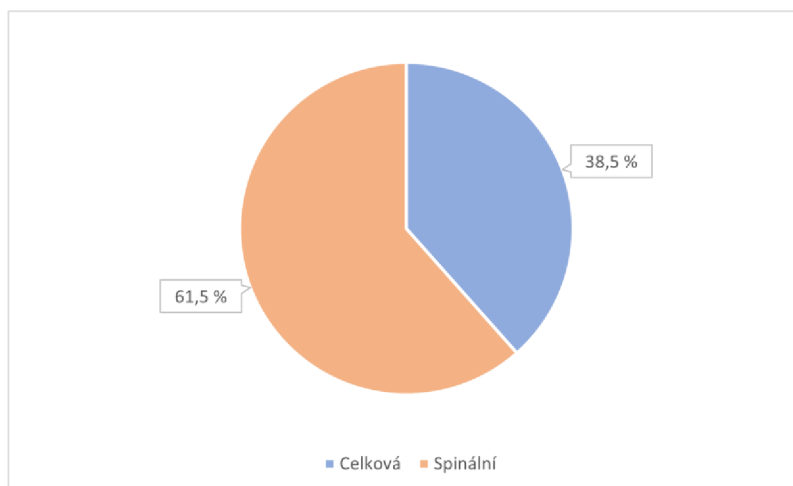
Graf 9 Příprava na předchozí porod



Zdroj: vlastní

V grafu 9 je znázorněno, jak se ženy připravovaly na předchozí porod. Ženy měly na výběr z více možností. Celkem bylo získáno 267 odpovědí a z toho 50 žen uvedlo odpověď, že se připravovaly za pomoci předporodního kurzu, stejný počet byl označen i za pomoci literatury. 92 odpovědí bylo uvedeno, že informace získávaly pomocí internetu. 56 odpovědí bylo zaznamenáno, že ženy získávaly informace od kamarádek z jejich okolí. 14 označení měla odpověď, že se ženy na porod nepřipravovaly. Odpověď „Jiné,“ byla označena 5x (3x dula, 1x lékař a 1x studium PA).

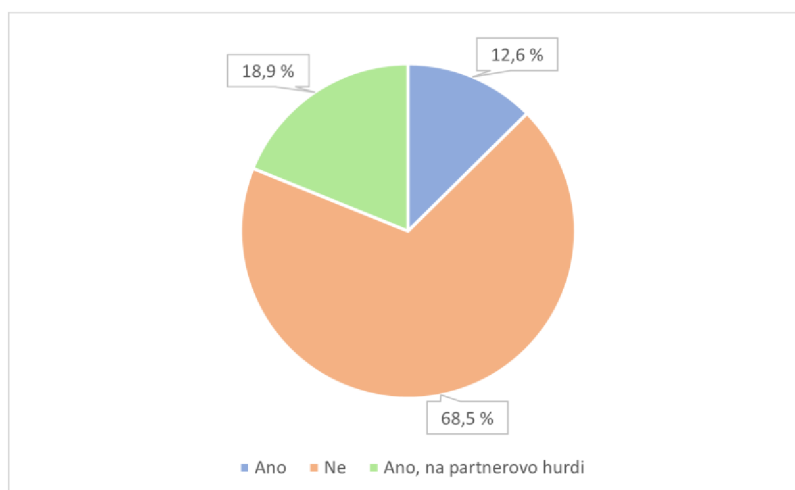
Graf 10 Anestézie u císařského řezu



Zdroj: vlastní

Graf 10 prezentuje, jaký způsob anestézie byl u císařského řezu zvolen. Z celkového počtu 143 (100 %) žen, jich 55 (38,5 %) odpovědělo, že anestézie u císařského řezu byla celková. 88 (61,5 %) žen uvedlo, že anestézie byla spinální.

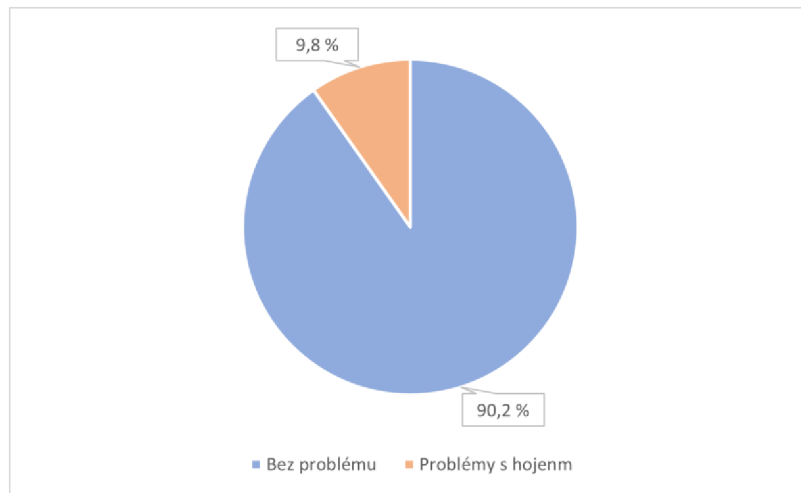
Graf 11 Bonding



Zdroj: vlastní

V grafu 11 je znázorněno, zda po císařském řezu proběhlo přiložení novorozence na hrud' (tzv. bonding). Z celkového počtu 143 (100 %) žen, 18 (12,6 %) uvedlo, že bonding proběhl. 98 (68,5 %) žen odpovědělo, že bonding neproběhl. Celkem 27 (18,9 %) žen uvedlo, že bonding proběhl, ale na partnerově hrudi.

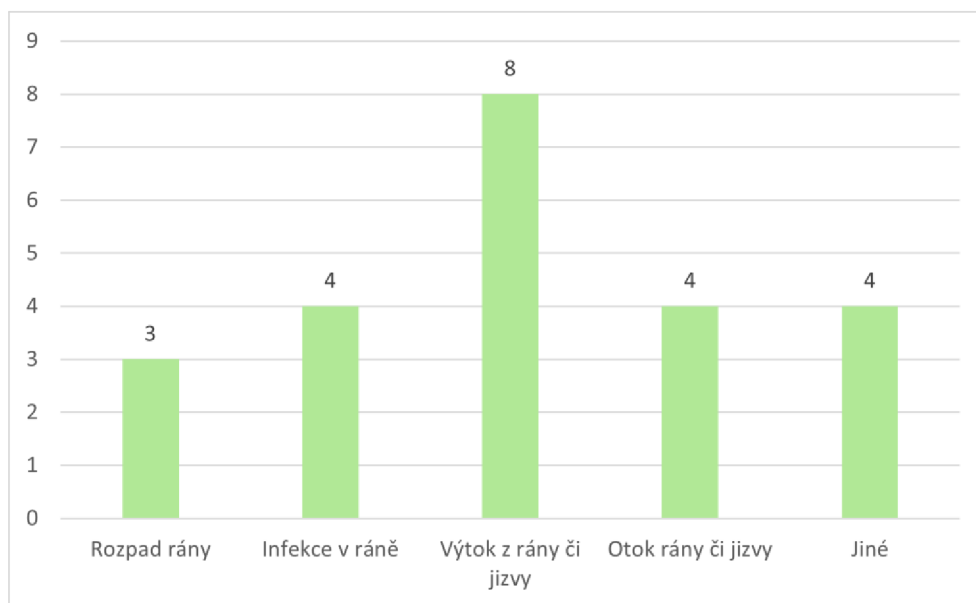
Graf 12 Hojení jizvy



Zdroj: vlastní

Graf 12 zobrazuje, zda žena měla po císařském řezu problémy s hojením jizvy. Z celkového počtu 143 (100 %) žen jich 123 (90,2 %) označilo, že se jizva hojila bez problému. 14 (9,8 %) z nich odpovědělo, že měly problémy s hojením.

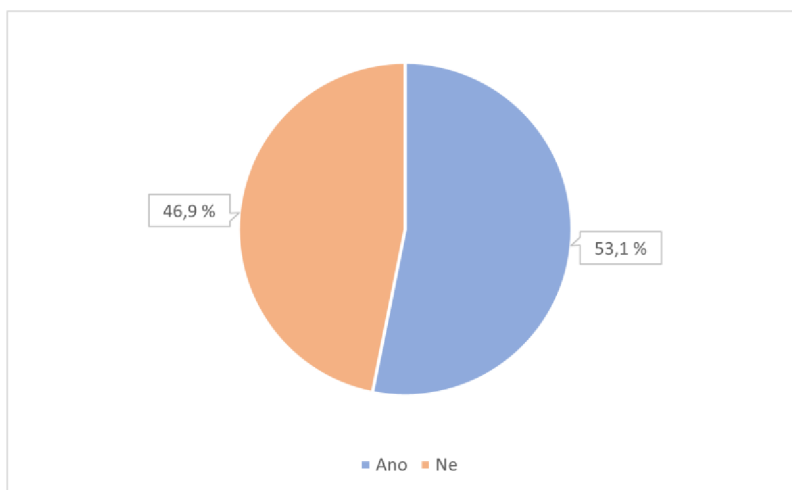
Graf 13 Problémy s jizvou



Zdroj: vlastní

V grafu 13 je uvedeno, jaké problémy měly ženy s hojením jizvy. V této otázce měly ženy možnost si vybrat z více odpovědí. Celkem bylo získáno 23 odpovědí. 3x byla uvedena odpověď, že se u ženy vznikl rozpad rány. 4x byla označena odpověď, že u ženy vznikla infekce v ráně. 8x se vyskytovala odpověď, že se objevil výtok z rány či jizvy. 4x byla uvedena odpověď, že ženy měly otok rány či jizvy. 4x byla označena kategorie „Jiné. „

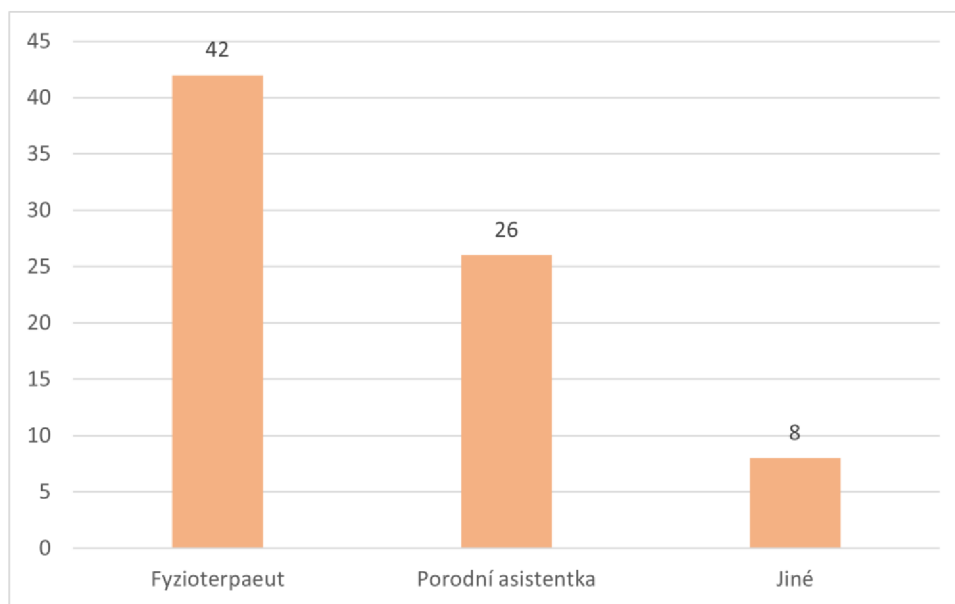
Graf 14 Ukázka péče o jizvu



Zdroj: vlastní

Graf 14 uvádí, zda ženám byla ukázána péče o jizvu. Z celkového počtu 143 (100 %) žen jich 76 (53,1 %) uvedlo, že jim byla ukázána péče o jizvu po císařském řezu. 67 (46,9 %) žen odpovědělo, že jim péče o jizvu ukázána nebyla.

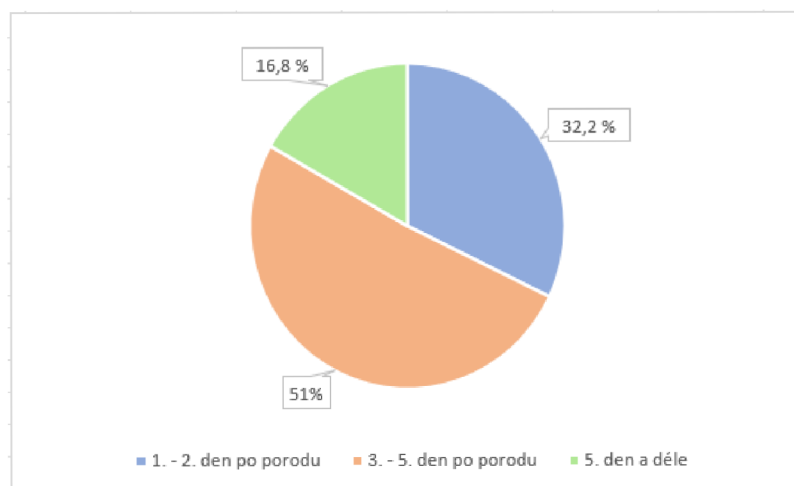
Graf 15 Edukátor péče o jizvu



Zdroj: vlastní

V grafu 15 je znázorněno, kdo ženám ukázal péči o jizvu. Celkově bylo získáno 76 odpovědí. 42 žen odpovědělo, že jim byla péče ukázána fyzioterapeutem, 26 ženám péči ukázala porodní asistentka a možnost „Jiné“ zvolilo celkem 8 žen.

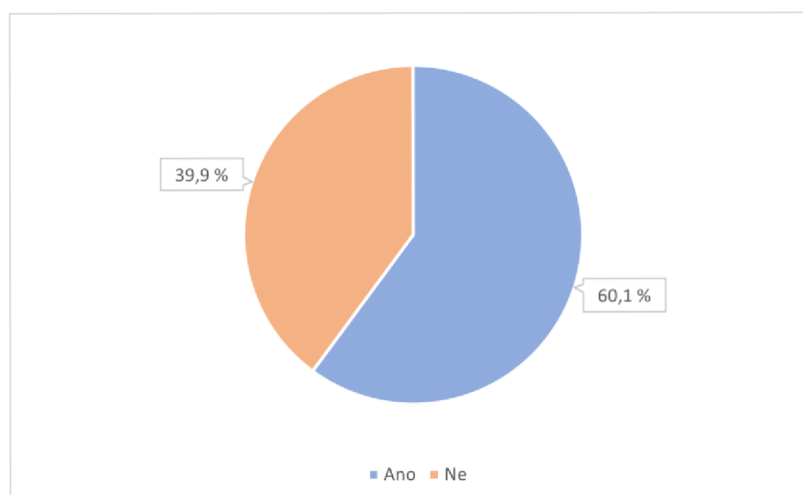
Graf 16 Nástup laktace



Zdroj: vlastní

Graf 16 prezentuje, kdy ženám po císařském řezu nastoupila laktace. Z celkového počtu 143 (100 %) 46 (32,2 %) žen uvedlo, že laktace nastoupila 1. – 2. den po porodu. 73 (51 %) žen odpovědělo, že nastoupila laktace 3. – 5. den po porodu a 24 (16,8 %) žen uvedlo 5. den a déle.

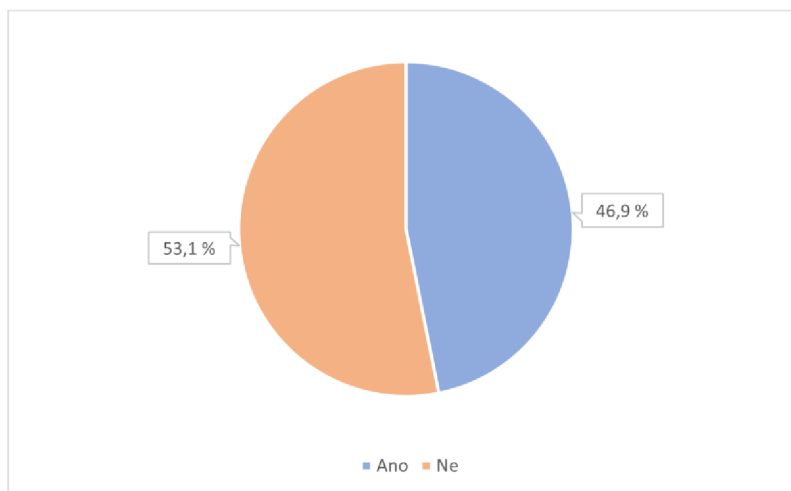
Graf 17 Ukázka správné techniky kojení



Zdroj: vlastní

V grafu 17 je znázorněno, zda ženám byla ukázána/vysvětlena správná technika kojení. Z celkového počtu 143 (100 %) žen jich 86 (60,1 %) odpovědělo, že správná technika kojení byla ženám ukázána a 57 (39,9 %) uvedlo, že jim správná technika ukázána nebyla.

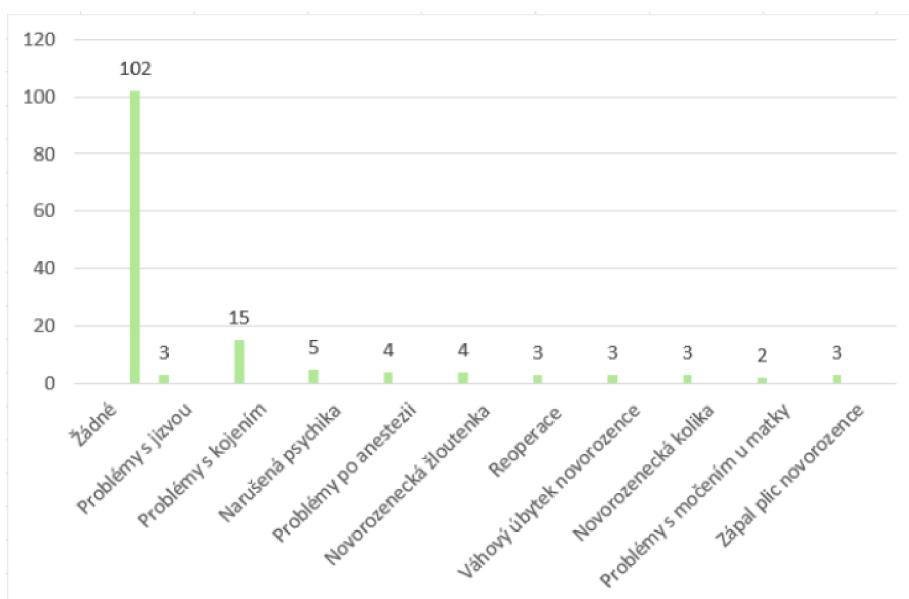
Graf 18 Ukázka polohy pro kojení po císařském řezu



Zdroj: vlastní

Graf 18 uvádí, zda ženám byla ukázána vhodná poloha pro kojení po císařském řezu. Z celkového počtu 143 (100 %) 67 (46,9 %) uvedlo, že jim byla ukázána vhodná poloha pro kojení a 76 (53,1 %) z nich uvedlo, že jim nebyla ukázána.

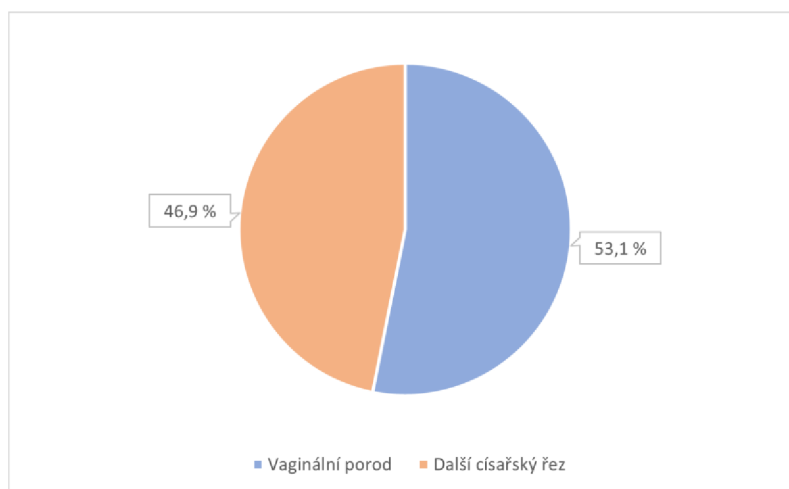
Graf 19 Komplikace u novorozence nebo matky během šestinedělí



Zdroj: vlastní

V grafu 19 je prezentováno, jaké komplikace se u ženy nebo jejího novorozence v období šestinedělí vyskytly. Tato otázka byla otevřená a ženy mohly své odpovědi vypsát. Celkem bylo získáno 147 odpovědí. 102x se objevila odpověď, že žádné problémy se v šestinedělí u ženy a ani jejího novorozence nevyskytly. 3 ženy odpověděly, že se u nich vyskytly problémy s jizvou (bolest aj.), 3 ženy uvedly, že u nich byla provedena reoperace pro absces v dutině břišní. 15 žen uvedlo, že měly problémy s kojením. 5 žen napsalo, že měly po porodu narušenou psychiku. U 4 žen se vyskytly problémy po anestezii. 3 ženy uvedly, že komplikací v šestinedělí byl váhový úbytek novorozence. 4 ženy uvedly, že komplikací byla novorozenecká žloutenka. 3 ženy napsaly novorozeneckou koliku. 2 ženy měly v šestinedělí problémy s močením. 3 ženy odpověděly zápal plic novorozence.

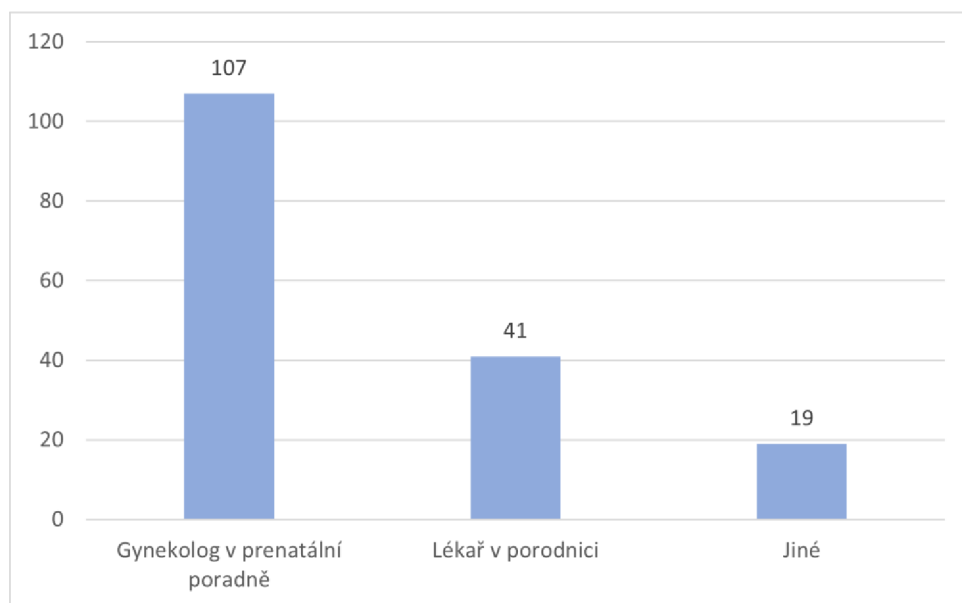
Graf 20 Doporučený způsob porodu



Zdroj: vlastní

Graf 20 zobrazuje, jaký způsob porodu byl nyní ženě doporučen. Z celkového počtu 143 (100 %) 76 (53,1 %) ženám byl doporučen vaginální porod. 67 (46,9 %) ženám byl doporučen další císařský řez.

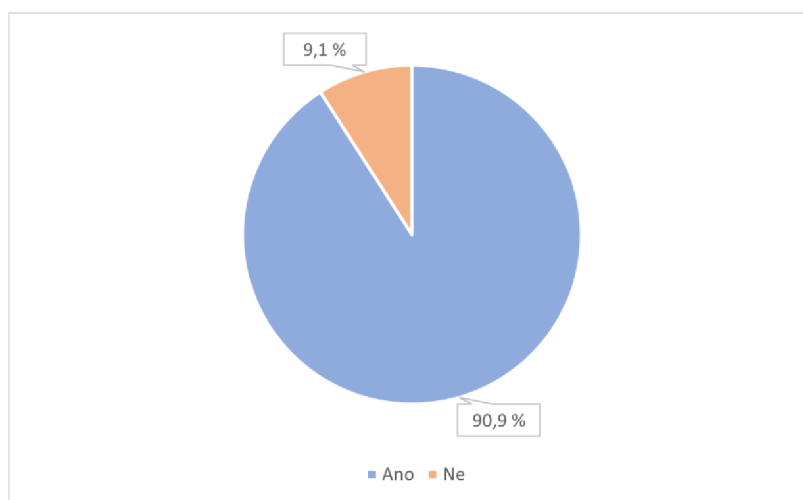
Graf 21 Osoba doporučující způsob porodu



Zdroj: vlastní

V grafu 21 je zobrazeno, kdo jim způsob porodu doporučil. V této otázce měly respondentky možnost výběru z více odpovědí. Celkem bylo získáno 167 odpovědí. Kdy 107 žen odpovědělo, že způsob porodu jim doporučil gynekolog v prenatalní poradně. 41 žen uvedlo, že způsob porodu jim doporučil lékař v porodnici. Do kategorie „Jiné“ bylo zařazeno 19 odpovědí (10x soukromá PA, 1x gastroenterolog, 1x lékař ortoped specialista, 2x dula a 5x odpověď, že se žena rozhodla pro způsob porodu sama).

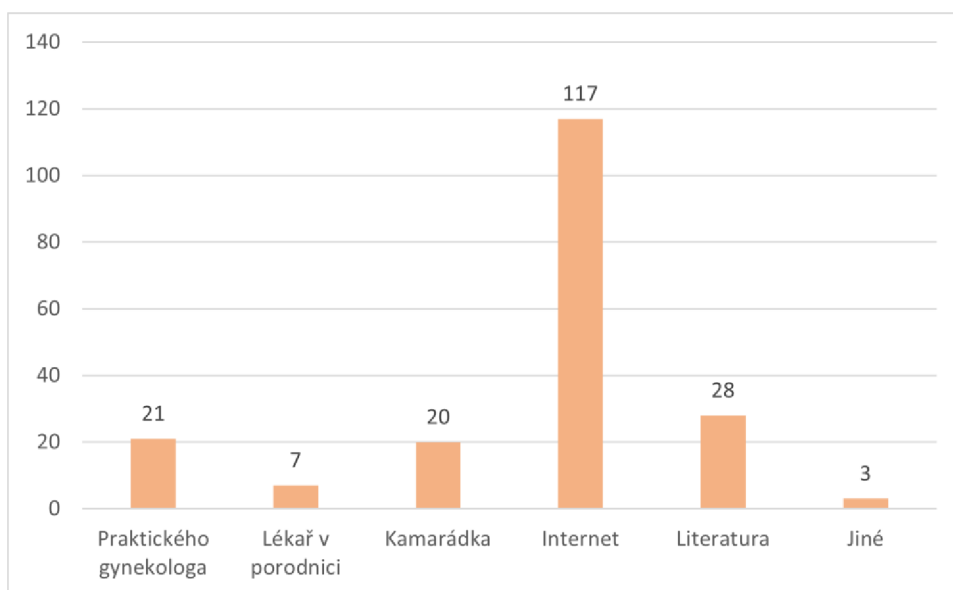
Graf 22 Znalost termínu VBAC



Zdroj: vlastní

Graf 22 prezentuje, zda respondentky slyšely o termínu VBAC. Z celkové počtu 143 (100 %) z nich 130 (90,9 %) uvedlo, že o termínu VBAC slyšely a 13 (9,1 %), že o tomto termínu neslyšely.

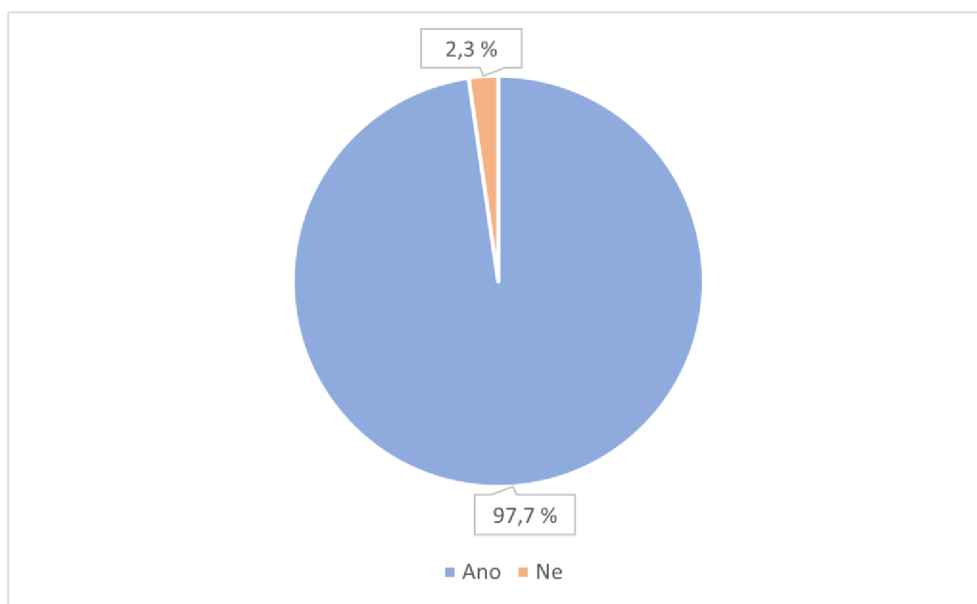
Graf 23 Zdroj informací o VBAC



Zdroj: vlastní

Graf 23 prezentuje odpovědi na otázku, kde žena slyšela o termínu VBAC. Ženy mohly u této otázky označit více odpovědí. Celkem bylo získáno 196 odpovědí. 21x byla uvedena odpověď, že o termínu VBAC ženy slyšely od praktického gynekologa. 7x byla uvedena odpověď, že od lékaře v porodnici. 20x byla uvedena odpověď, že o termínu VBAC slyšela od kamarádky. 117x se vyskytovala odpověď internet. 28x byla uvedena odpověď, že z literatury. A 3x byla uvedena odpověď „Jiné“.

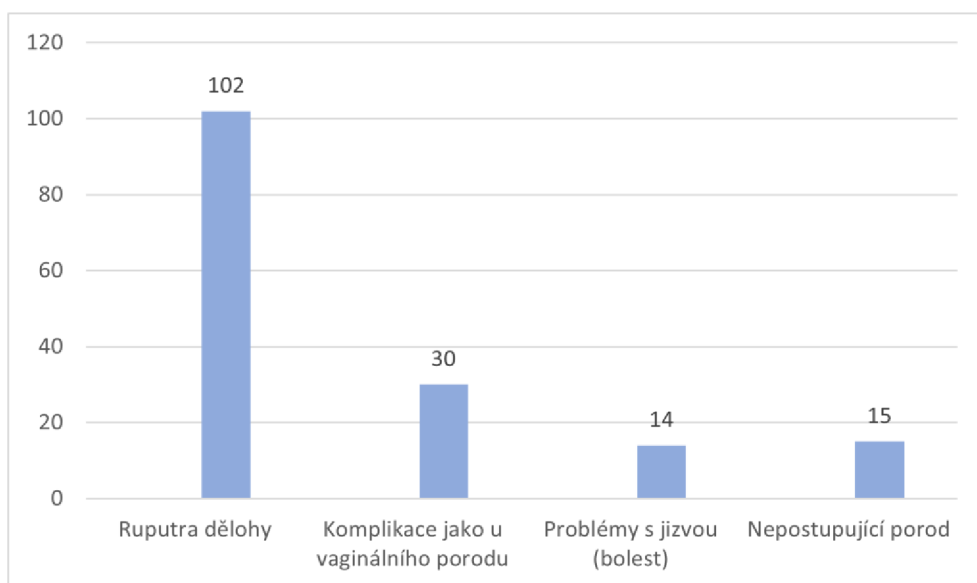
Graf 24 Výskyt komplikací u VBAC



Zdroj: vlastní

Graf 24 prezentuje, zda si ženy myslí, že se při VBAC mohou vyskytnout komplikace. Z celkového počtu 143 (100 %) si 127 (97,7 %) žen myslí, že se při VBAC mohou vyskytnout komplikace. 3 (2,3 %) ženy si myslí, že se komplikace nevyskytují.

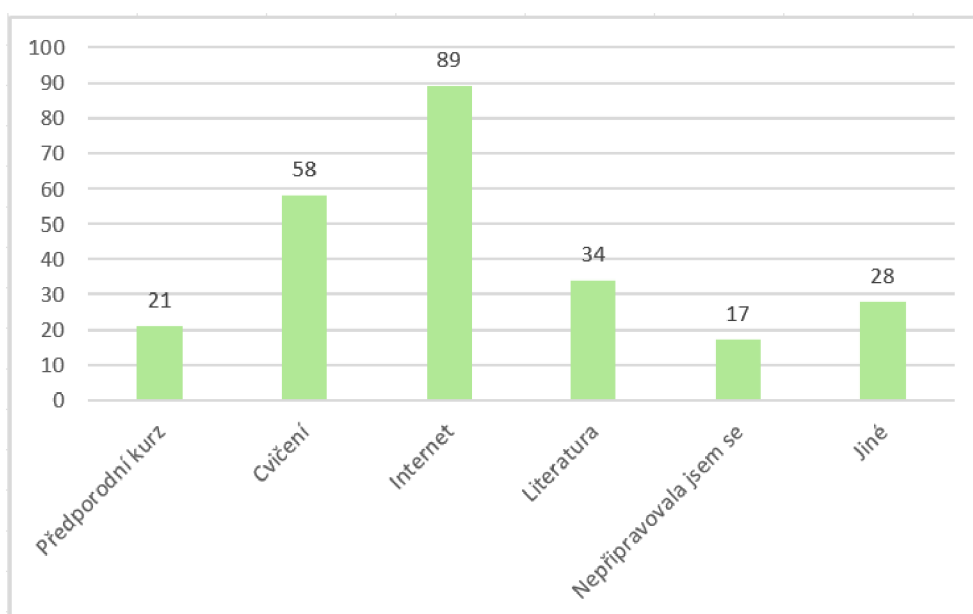
Graf 25 Komplikace VBAC



Zdroj: vlastní

V grafu 25 je prezentováno, jaké komplikace si ženy myslí, že se mohou při VBAC vyskytnout. Tato otázka byla otevřená a celkem bylo získáno 161 odpovědí. 102x byla získána odpověď ruptura dělohy. 30x byla uvedena odpověď komplikace jako u vaginálního porodu. 14x byla získána odpověď problémy s jizvou (bolest jizvy). 15x byla uvedena odpověď nepostupující porod.

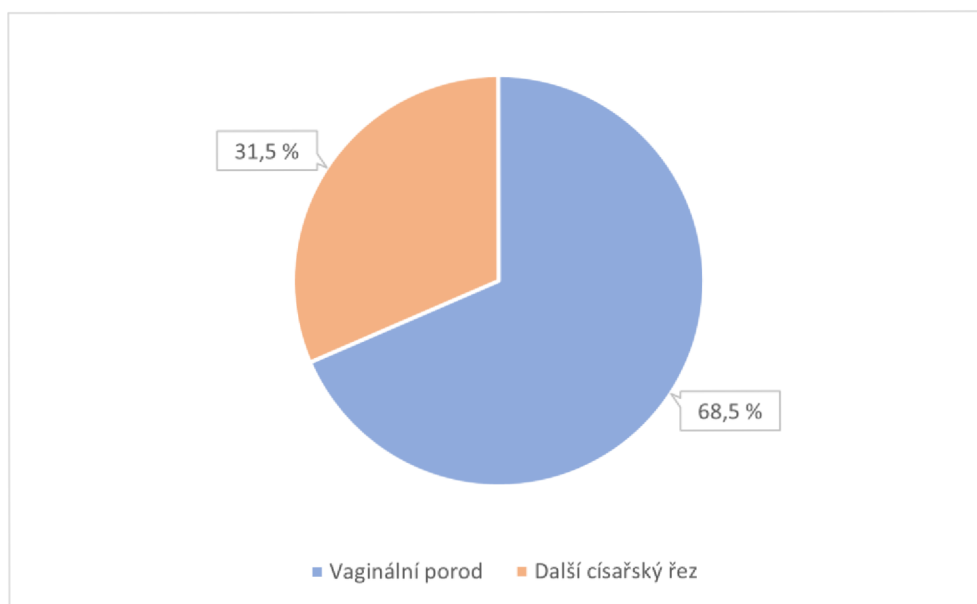
Graf 26 Příprava na nynější porod



Zdroj: vlastní

Graf 26 uvádí, jak se ženy nyní připravují na porod. V této otázce měly ženy na výběr z více možností. Celkem bylo získáno 247 odpovědí. 21x byla uvedena odpověď za pomoci předporodního kurzu. 58x byla označena odpověď, že za pomoci cvičení (jóga, cviky na pánevní dno). 89x se vyskytovala odpověď, že ženy se připravují za pomoci internetu. 34x byla označena odpověď za pomoci literatury. 17x byla označena odpověď, že se na porod nepřipravují. 28x byla vyplněna možnost „Jiné“ (5x byla zmíněná soukromá PA. 6x byl uveden fyzioterapeut, 4x byla uvedena dula, 3x za pomoci kraniosakrální terapie, 3x dát se do psychické pohody, 1x rebozo, 4x masáž hráže, 2x homeopatie).

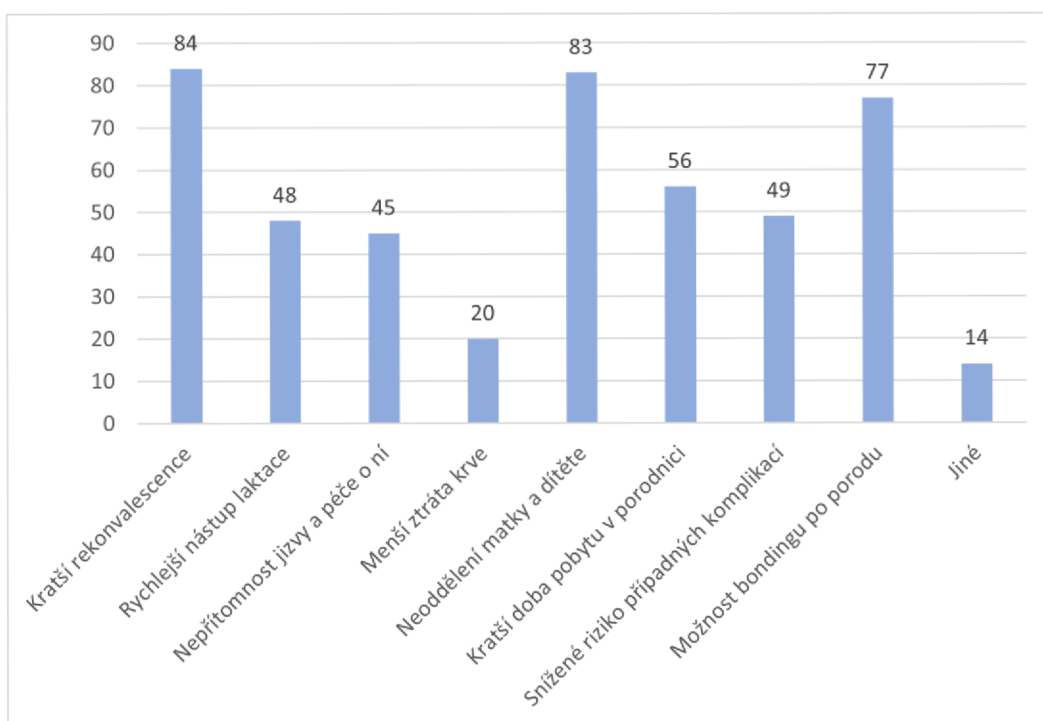
Graf 27 Preference ukončení těhotenství



Zdroj: vlastní

V grafu 27 je prezentováno, jak ženy samy preferují ukončení těhotenství. Z celkového počtu 143 (100 %) žen z nich 98 (68,5 %) preferuje ukončení těhotenství vaginálním porodem. 45 (31,5 %) žen preferuje další císařský řez.

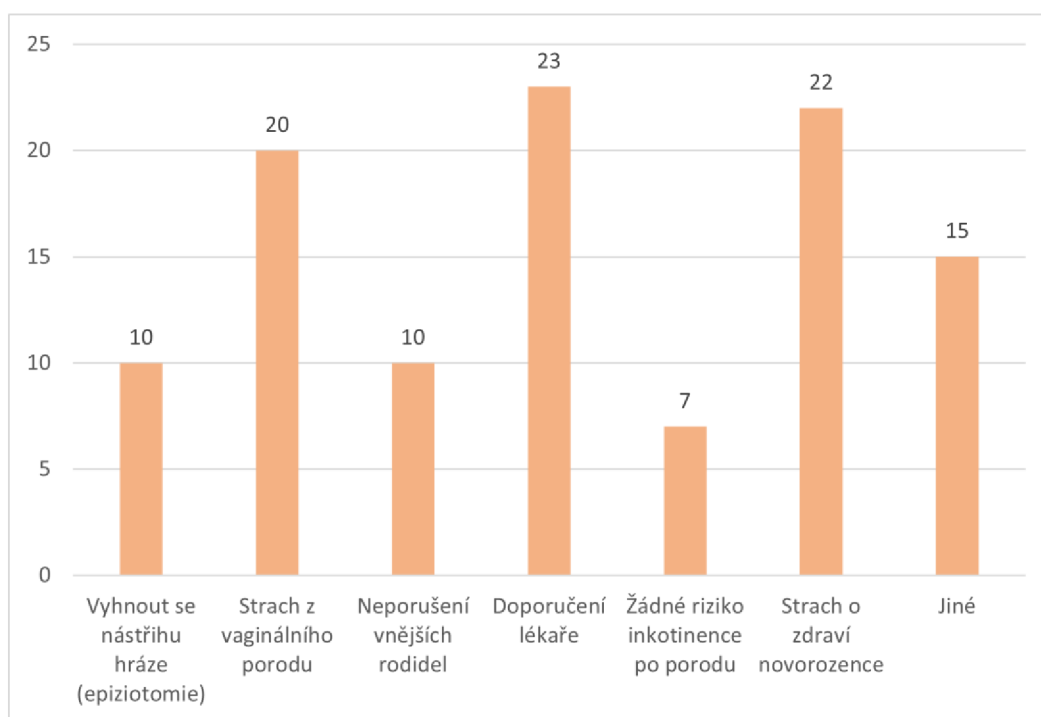
Graf 28 Důvod preference vaginálního porodu



Zdroj: vlastní

Graf 28 prezentuje důvody, proč ženy preferují vaginální porod před dalším císařským řezem. Ženy mohly u této otázky označit více odpovědí. Celkem bylo získáno 476 odpovědí. 84x byla uvedena odpověď kratší rekonvalescence. 48x byla označena odpověď rychlejší nástup laktace. 45x byla uvedena odpověď nepřítomnost jizvy a péče o ni. 20x byla označena odpověď menší ztráta krve. 83x byla uvedena odpověď neoddělení matky a dítěte. 56x byla označena odpověď kratší doba pobytu v porodnici. 49x byla uvedena odpověď snížené riziko případných komplikací. 77x byla označena odpověď možnost bondingu po porodu. Možnost „Jiné“ byla uvedena 14x.

Graf 29 Důvod preference císařského řezu



Zdroj: vlastní

Graf 29 prezentuje důvody, proč ženy preferují další císařský řez. Ženy měly u této otázky možnost označení více odpovědí. 10x se vyskytla odpověď vyhnout se nástřihu

hráze. 10x byla uvedena odpověď u neporušení vnějších rodidel. 20x byla uvedena odpověď u strachu z vaginálního porodu. 23x byla označena odpověď doporučení lékaře. 7x byla uvedena odpověď žádné riziko inkontinence po porodu. 22x se vyskytla odpověď strach o zdraví novorozence. Možnost „Jiné“ byla označena 15x.

4.2 Statistické vyhodnocení hypotéz

Hypotéza 1 (H1): Těhotné ženy s předchozím císařským řezem v anamnéze mají vyšší zájem o možnost VBAC než o další císařský řez.

Tabulka 1 Preference porodu těhotných žen

Preference porodu	Četnost	Procentuální vyjádření
VBAC	98	68,5%
Další císařský řez	45	31,5%

Zdroj: vlastní

Tabulka prezentuje, jaké ukončení těhotenství preferují těhotné ženy. Vaginální porod preferuje 98 těhotných žen. 45 těhotných žen preferují další císařský řez.

Pro vyhodnocení hypotézy 1 byla použita otázka číslo 27: „Jaký způsob ukončení nynějšího těhotenství preferujete?“

Pro testování byl použit předpoklad, že teoretický zájem obou skupin byl stejný. Pro statisticky průkazný rozdíl mezi skupinami žen se zájmem o VBAC a s preferencí císařského řezu byl použit test dobré shody (Chí kvadrát test).

Výsledek testu ukazuje, že mezi oběma skupinami existuje statisticky průkazný rozdíl. Zamítáme nulovou hypotézu na hladině pravděpodobnosti $\alpha = 5\%$. ($\chi^2 = 19,643$, sv = 1 a hodnota $p < 0,05$ ($p = 9,33 \cdot 10^{-6}$). Potvrdila se tedy hypotéza 1 (H1): Těhotné ženy s předchozím císařským řezem v anamnéze mají vyšší zájem o možnost VBAC než o další císařský řez.

Hypotéza 2 (H2): Těhotné ženy mezi 20. - 34. rokem mají vyšší zájem o možnost VBAC než ženy 35 let a více.

Pro statistické zpracování hypotéz byly věkové kategorie z původních tří (18 -24, 25 - 34, a 35 let a více) upraveny na kategorie dvě, a to na 20-34 let a 35 let a více.

Pro vyhodnocení hypotézy 2 byla použita otázka číslo 2: „Kolik je Vám let?“, otázka číslo 27: „Jaký způsob ukončení nynějšího těhotenství preferujete?“, zpracování jednotlivých dotazníků a z nich získání dat potřebných pro tuto hypotézu (viz tabulka 2).

Tabulka 2 Preference VBAC na základě věku

Věková kategorie	Preference porodu	Četnost	Procentuální vyjádření
20 -34 let	VBAC	82	69,5%
20 -34 let	Další císařský řez	36	30,5%
35 let a více	VBAC	16	64%
35 let a více	Další císařský řez	9	36%

Zdroj: vlastní

Tabulka 2 znázorňuje preferenci VBAC a císařského řezu na základě věkové kategorie respondentek. Celkem ze 118 respondentek, které se zařadily do věkové kategorie 20 až 34 let, 82 (69,5 %) preferuje VBAC než další císařský řez. Zbýlých 36 (30,5 %) preferuje další císařský řez. Do věkové kategorie 35 let a více se zařadilo 25 respondentek, z nichž 16 preferuje VBAC a 9 další císařský řez.

Pro testování hypotézy byl použit test nezávislosti, resp. test dobré shody (Chí-kvadrát test) pomocí kontingenční tabulky. Výsledek testu byl statisticky neprůkazný ($\chi^2 = 0,09$, sv = 1 a hodnota p = 0,7641), proto nezamítáme nulovou hypotézu. Na základě

výsledků statistické analýzy není možné říct, že by mezi skupinami byl statisticky významný rozdíl a hypotéza 2 (H2): „Těhotné ženy mezi 20. – 34. rokem mají vyšší zájem o možnost VBAC než ženy 35 let a více.“ se nepotvrdila.

5 Diskuze

Vaginální porod po předchozím císařském řezu je v současné době velmi diskutované téma. Edwin Craig v roce 1916 řekl: „*Jednou císařský řez, vždy císařský řez.*“ V tu dobu byl stav po císařském řezu znamením k provedení dalšího císařského řezu, což vedlo k růstu provedení císařských řezů. První zmínky o vaginálně vedených porodech po císařském řezu jsou z roku 1923, kdy v tento rok bylo v USA takto odvedeno 23 porodů (Hanáček, 2008). V posledních letech můžeme vnímat nárůst zájmu o vaginální porod po císařském řezu, a to na základě rostoucího počtu studií, které dokazují bezpečnost VBAC. Národní institut zdraví v USA na počátku 80. let dle výsledků z mnoha studií inicioval zavedení VBAC, který se podepsal na snížení incidence císařských řezů a následné zvýšení zájmu o VBAC (Hanáček, 2008).

V této práci jsme se zajímali o to, jak se k tomuto tématu staví těhotné ženy. Výzkumného šetření se zúčastnilo 143 respondentek, z čehož byly nejvíce zastoupeny ženy vysokoškolsky vzdělané, konkrétněji se jednalo o 84 (58,7 %) žen. Zajímavé bylo, že 62 (73,8 %) z těchto respondentek by preferovalo raději vaginální porod než další císařský řez. Myslím si, že tento výsledek může být ovlivněn tím, že ženy vysokoškolsky vzdělané mají větší možnosti a znalosti ohledně vyhledávání informací, ať už z odborných zdrojů, tak i z laických diskuzí. Ale i ženy s nižším stupněm vzdělání dle výsledků výzkumného šetření jsou s tématem VBAC seznámeny.

Podmínkou účasti na výzkumném šetření bylo, že respondentkami musí být těhotné ženy s císařským řezem v anamnéze. Ženy zodpovídaly otázku, co bylo důvodem císařského řezu. 40x byl označen nepostupující porod, 38x patologická poloha plodu, 24x nepříznivý stav matky, 24x hrozící hypoxie plodu, 6x poruchy placenty nebo pupečníku, 2x hrozící ruptura dělohy a 2x dvojčetné těhotenství.

Pro statistické zpracování hypotéz byly věkové kategorie (18- 24, 25- 34, a 35 let a více) upraveny na kategorie dvě, a to na 20- 34 let a 35 let a více. Při sestavování otázek do dotazníku jsme předpokládali, ženy mladší 35 let budou mít vyšší zájem

o VBAC než ženy starší. Tento předpoklad se nám také potvrdil z výsledků výzkumného šetření, přičemž ženy v kategorii 20-34 let, která byla zastoupena 118 respondentkami, preferovaly v 69,5 % vaginální porod a zbytek (30,5 %) další císařský řez. Zatímco do kategorie 35 let a více bylo zařazeno 25 respondentek, z nichž 64 % preferovalo vedení porodu vaginálně a 36 % žen preferovalo ukončení těhotenství dalším císařským řezem.

Respondentky měly možnost v dotazníku uvést důvody, proč preferují vaginální porod před dalším císařským řezem. Dle zjištění šlo nejčastěji o kratší rekonvalescenci (84x), neoddělení matky a dítěte (83x) a kratší doba pobytu v nemocnici (56x). Jedna z nejčastěji označovaných možností byla bonding po porodu. Mazúchová et al. (2022b) ve své publikaci uvádí, že nejčastějším důvodem, proč není bonding rodičkám po císařském řezu umožněn, je rutinní standardní péče a obavy zdravotníků o podchlazení dítěte, protože si novorozenci po císařském řezu hůře udržují termoregulaci. Bonding má z psychologického hlediska mnoho benefitů, jedním z nejvýraznějších je podpora vztahové vazby mezi novorozencem a matkou (Mazúchová et al., 2022a). Mimo jiné bonding má význam i takový, že napomáhá osidlování nepatogenních bakterií těla matky a tím vytváří ochrannou mikroflóru u novorozence (Bašková, 2015). Novorozenec po porodu na hrudi matky provádí masážní pohyby, kterými napomáhají vyplavování oxytocinu u matky (Mazúchová et al., 2022a). Ten kromě pozitivních účinků na zavínování dělohy a prevence krvácení podporuje rozvoj laktace (Mazúchová et al., 2022a). Kojení je nejpřirozenější způsob výživy novorozence, proto je důležité zvyšovat laktaci výše zmíněným kontaktem kůže na kůži, častým přikládáním k bradavce, prováděním masáže prsu na prokrvení mléčných žláz a pociťově dodržovat pitný režim matky. V současnosti jsou ženám dostupné nejen odborné zdroje, ale také profily porodních asistentek na sociálních sítích, na kterých předávají laické veřejnosti informace, mezi kterými jsou zahrnuty i výhody bondingu. Dá se tedy předpokládat, že bonding je pro ženy velmi důležitý i z důvodu dostupnosti těchto informací. Vzhledem k početnému zastoupení u těchto odpovědí se lze domnívat, že jsou si ženy vědomy benefitů, které bonding poskytuje jim i dítěti.

Preference dalšího císařského řezu zvolilo 45 žen (31,5 %). Zajímalo nás, proč by tento způsob porodu preferovaly. Z vlastního výzkumného šetření vyplynulo, že 20 žen uvedlo důvod preference strach z vaginálního porodu. Z literatury vyplývá, že stav strachu nebo úzkosti má negativní vliv na nenarozené dítě a tento stav u něj může vyvolat pocit ohrožení (Hudáková et al., 2017). Bašková (2015) ve své publikaci uvádí popis bludného kruhu anglického lékaře Dicka-Reada, strach-spasmus-bolest, který se zaměřuje na chování rodičích žen v porodních bolestech. Dick-Read popisuje fakt, že hlavní příčinou prodlužování porodu je strach, který plyne z nevědomění si svého těla a nedostatečných vědomostí. Vznik bolesti vyplývá z místní nedokrevnosti tkáně, která vzniká aktivací sympatického nervového systému a tělesného napětí, kterému předchází duševní napětí a úzkost. Hanáček (2008) ve své publikaci potvrzuje výše zmíněné, kde říká, že žena a její tělo je na bolest dobře připravené, jen potřebuje dostatek informací.

Důležitá proto je edukace žen v těhotenství, kdy dochází ke změně v jednotlivých orgánových soustavách organismu ženy (Dušová, 2019a). Zdravá a vyrovnaná žena má vyšší šance nekomplikovaného průběhu těhotenství a po porodu má tendenci k rychlejší rekonvalescenci organismu. Domnívám se, že předporodní příprava hraje velkou roli v těhotenství ženy, která může díky předporodním kurzům zmírnit svůj strach z neznáma a získat odpovědi na otázky, které jim jsou neznámé. Z výzkumného šetření vyplývá, že se ženy na nynější porod připravují právě za pomoci výše zmíněných předporodních kurzů (21x), dále za pomoci literatury (89x) a cvičením (58x). Dušová (2019a) ve své publikaci uvádí, že cílem psychické přípravy je důkladný a osobitý přístup k rodičce. Orientovat se v této oblasti může napomoci péče porodní asistentky během prenatální poradny a v rámci předporodních kurzů (Wilhelmová et al., 2021). Nejen na bedrech porodních asistentek leží prenatální edukace, i gynekolog-porodník je řazen mezi edukátory v předporodním období. Jeho výhodou je rozsah kompetencí od stavů fyziologických po stavy komplikované a patologické (Wilhelmová et al., 2021). Co si ženy musí uvědomit je to, že porodní asistentka na předporodních kurzech komplexně pomáhá ženě stát se matkou, prohlubuje vztah mezi nimi a nenarozeným dítětem, není to jen o názorech, ale také o praktických nácvicích

různých dovedností, včetně zlepšení zvládnutí porodních bolestí které byly výše zmíněny.

Dalším aspektem, který ženy v souvislosti s císařským řezem ve výzkumném šetření, zmiňovaly, bylo mikrobiální osídlení organismu dítěte, který přechází z porodních cest matky na dítě. Z literatury vyplývá, že v porovnání s vaginálním porodem je porod císařským řezem spojen s vyšší nemocností takto porozených novorozenců (Hanáček, 2008). Proto je důležité si uvědomit, že přirozený rozvoj mikrobiomu hraje důležitou roli v rozvoji zdravého imunitního systému. Příkladem, z krátkodobého hlediska, jsou poruchy adaptace novorozence, které se narodí císařským řezem (Hanáček, 2008). Což nám potvrzuje výsledek výzkumného šetření, kde respondentky uvedly, že v šestinedělí se u jejich novorozence vyskytly problémy s poporodní adaptací, které mohly souviset s provedeným císařským řezem. Poruchy poporodní adaptace mohou mít vliv na rozvoj astmatu, obezity, DM I. typu a také například poruchy autistického spektra (Hanáček, 2008). Studie Turnbaugh et al. (2006) potvrzuje, že střevní mikroflóra je přispívajícím faktorem k patofyziologii obezity. Výsledky této studie prokázaly, že obézní mikrobiom má zvýšenou schopnost získávat energii ze stravy a tím pádem následek výrazně většího nárůstu celkového tělesného tuku než u „štíhlého“ mikrobiomu. Všechna zmíněná fakta by si měly uvědomit ženy - rodičky, které preferují a chtějí císařský řez bez jasných zdravotních indikací.

Ptali jsme se, zda respondentky termín VBAC slyšely. Z výzkumného šetření vyplynulo, že o termínu VBAC slyšelo 90,9 % (130) respondentek. Jak již bylo výše zmíněno, první zmínky o vaginálně vedených porodech jsou z roku 1923 a od té doby dochází k navýšení zájmu o tento způsob porodu. Myslím si, že tento stoupající trend je ovlivněn rozvojem internetu a dostupností informací. Toto mé tvrzení se potvrdilo ve výzkumném šetření, kde ženy nejčastěji odpovídaly, že se o termínu VBAC dozvěděly právě z internetu (117x) a z literatury (28x), což mohlo mít souvislost s vysokým zastoupením vysokoškolsky vzdělaných respondentek. Je pozitivní, že i v této době ženy čerpají nejen z internetu, ale i z literárních pramenů.

Z výzkumného šetření je zřejmé, že ženy jsou si vědomy rizik spojené s VBAC, pouze 3 ženy (2,3 %) si myslí, že se vaginální porod po císařském řezu obejde bez komplikací. Nejčastěji u otázky, zda se u VBAC vyskytují komplikace, byla uvedena odpověď ruptura dělohy (102x). Další uváděné komplikace byly problémy s jizvou (14x), komplikace jako u vaginálního porodu (30x) a nepostupující porod (15x). Z literatury vyplývá, že riziko ruptury dělohy se může vyskytnout u každého porodu, i když není přítomna jizva na děloze (Reed, 2023). Ovšem při VBAC je riziko ruptury dělohy o něco vyšší než u rodiček, které nemají za sebou císařský řez či jinou operaci na děloze. Dle článku dostupného na VBAC.com je riziko ruptury dělohy 0,5 %, ale Wilhelmová et al. (2021) ve své publikaci uvádí, že s rupturou dělohy se setkáváme s frekvencí do 1 % u žen, které již mají jizvu na děloze. Dále zmiňuje počet žen, u kterých je riziko ruptury dělohy i bez operací na děloze a to na 1:13 000 až 1: 17 000.

Hypotéza 1 (H1) : Výsledek testu ukazuje, že mezi oběma skupinami existuje statisticky průkazný rozdíl. H1 se potvrdila na základě zjištěných výsledků.

Hypotéza 2 (H2): Výsledek testu byl statisticky neprůkazný. Na základě výsledků statistické analýzy není možné říct, že by mezi skupinami byl statisticky významný rozdíl, proto se H2 nepotvrdila.

6 Závěr

Bakalářská práce se zabývala postojem těhotných žen k vaginálnímu porodu s císařským řezem v anamnéze. Teoretická část se věnuje císařskému řezu, jeho průběhu indikacím, anestezii a komplikacím této operace. Součástí je také péče porodní asistentky o ženu po císařském řezu. Dále je popsán vaginální porod a vaginální porod po císařském řezu, kde jsou vysvětleny výhody, kontraindikace i komplikace tohoto způsobu porodu. Praktická část věnovala pozornost postoji a názorům těhotných žen, s císařským řezem v anamnéze, na vaginální porod po císařském řezu.

Pro praktickou část práce jsme použili kvantitativní výzkumné šetření, které bylo provedeno formou anonymního online dotazníku, který se skládal z polouzavřených, uzavřených a otevřených otázek. Dotazník byl sdílen do soukromých skupin na sociální síti Facebook, kde se ženy zabývaly a řešily termín VBAC a zúčastnilo se ho 143 respondentek. Byl stanoven jeden cíl, kterým bylo zjistit postoj těhotných žen k vaginálnímu porodu po předchozím císařském řezu. Respondentky byly v rámci vyhodnocení hypotézy rozděleny do dvou věkových kategorií, respondentky do 34 let a respondentky od 35 let a výše. Hypotézy byly vyhodnoceny za pomoci testu dobré shody (Chí kvadrát test).

H1: Těhotné ženy s předchozím císařským řezem v anamnéze mají vyšší zájem o možnost VBAC než o další císařský řez. Hypotéza H1 byla potvrzena.

H2: Těhotné ženy mezi 20. - 34. rokem mají vyšší zájem o možnost VBAC než ženy 35 let a více. Hypotéza H2 nebyla potvrzena.

Z výsledků vyplynulo, že o termínu VBAC slyšelo 90,9 % (130) respondentek. Nejvíce se o termínu VBAC dozvídaly z internetu (117x) a z literatury (28x). Vyšší zájem o VBAC než o další císařský řez projevilo 98 (68,5 %) těhotných žen, které tento způsob porodu preferují z několika důvodů. Dle zjištění šlo nejčastěji o kratší rekonvalescenci (84x), neoddělení matky a dítěte (83x), možnost bondingu po porodu (77x) a kratší dobu pobytu v nemocnici (56x). Celkově 97,7 % (127) těhotných žen označilo, že u VBAC se mohou vyskytovat komplikace. Následující otázka zněla,

jaké komplikace si myslí, že VBAC může mít. Nejčastěji uváděnou byla ruptura dělohy (102x), dále pak, že u VBAC se mohou vyskytnout komplikace jako u vaginálního porodu (30x), problémy s jizvou (14x) a také nepostupující porod (15x). V otázce, jak se připravují ženy na nynější porod, byla 89x uvedena odpověď za pomoci literatury, 58x cvičením, 21x za pomoci předporodního kurzu a 17x je označena odpověď, že se na porod nijak nepřipravují.

Výsledky výzkumného šetření mohou být využity k prezentaci na konferencích pro PA nebo na předporodních kurzech vedených PA.

7 Seznam použité literatury

1. ATTANASIO LB, et al., Women's preference for vaginal birth after a first delivery by cesarean. *Birth*. 2019 Mar;46(1):51-60. doi: 10.1111/birt.12386. Epub 2018 Jul 27. PMID: 30051510; PMCID: PMC6348143.
2. BAŠKOVÁ, M., 2015. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-9727-4.
3. BINDER, T., 2020. *Nemoci v těhotenství: a řešení vybraných závažných peripartálních stavů*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2009-3.
4. DOLEŽAL, A., 2007. *Porodnické operace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-0881-2.
5. DUŠOVÁ, B., 2019a. *Edukace v porodní asistenci*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2754-2.
6. DUŠOVÁ, B., 2019b. *Potřeby žen v porodní asistenci*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2788-7.
7. FORMÁNKOVÁ, K., KABELKOVÁ, M., et al., 2018. *Poznáváme homeopatii: Jak se léčit šetrně*. 2. dopl. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1795-1.
8. GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ, M., 2017. *Těhotenství a mateřství*. 2. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-9816-0.
9. HÁJEK, Z., 2004. *Rizikové a patologické těhotenství*. Vyd. 1. České. Praha: Grada. ISBN:80-247-0418-8.
10. HANÁČEK, J., 2008. *Pokus o spontánní porod versus elektivní císařský řez u žen po předchozím porodu císařským řezem*. [online]. *Moderní babičství*. Praha

[cit. 2022-12-18]. Dostupné z:
<https://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2008-16/?pdf=4>

11. HENDRYCH LORENZOVÁ, E., 2021. *Přirozené metody podporující zdraví v praxi porodní asistentky*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni. ISBN 978-80-261-1077-4.
12. HUDÁKOVÁ, Z., KOPÁČIKOVÁ, M., 2017. *Příprava na porod*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-9747-7.
13. JEŘÁBKOVÁ, M., 2022. Sama ho z břicha vytáhnout. Císařský řez může napodobit přirozený porod. Jsou případy, kdy je to možné. *Heroine* [online]. 1 [cit. 2023-2-14]. Dostupné z: <https://www.heroine.cz/rodina-a-vychova/9083-sama-ho-z-bricha-vytahnout-cisarsky-rez-muze-napodobit-prirozeny-porod-jsou-pripady-kdy-je-to-mozne>
14. JUKELEVICS, N., c2023. *VBAC.com: an evidence-based resource for birth options after a cesarean*. [online]. Vbac.com. Spojené státy americké [cit. 2023-6-21]. Dostupné z: <https://vbac.com/>
15. KAWANO, S. et al., 2012. Emergency cesarean section. The Japanese journal of anesthesiology. PUBMED, 16. 9. 2012, PMID: 23012828
16. LUKÁŠ, K., HROCH, J., 2018. *Nemoci střev*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1334-2.
17. MAREŠOVÁ, P., FIALA, L., 2018. *Moderní postupy v gynekologii a porodnictví*. 2. dopl. vyd. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-4852-1.
18. MAZÚCHOVÁ, L., PORUBSKÁ, A., 2022a. *Respekt a úcta v porodnictví*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-6703-6.
19. MAZÚCHOVÁ, L., MASKÁLOVÁ, E., DIVOKOVÁ, D., 2022b. *Úspěšné kojení*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-4329-0.

20. NEUBAUER, J., SEDLAČÍK, M., KRÍŽ, O., 2021. *Základy statistiky*. 3. dopl. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-4484-6.
21. PAŘÍZEK, A., 2012. *Analgezie a anestezie v porodnictví*. 2. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-893-3.
22. PAŘÍZEK, A., 2015. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti*. Praha: Galén. ISBN 978-80-742-214-5.
23. PROCHÁZKA, M., 2018. *Porodnictví pro studenty všeobecného lékařství a porodní asistence*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého Olomouc. ISBN 978-80-244-5322-4.
24. PROCHÁZKA, M., 2020. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-618-4.
25. REED, R., c2023. *VBAC- děláni z komára velblouda*. [online]. Jemné Zrození. Třinec: Jemné Zrození [cit. 2023-6-26]. Dostupné z: <https://jemnezrozeni.cz/2017/09/22/vbac-delani-z-komara-velblouda/>
26. ROZTOČIL, A., VELEBIL P., 2013. Vedení porodu u těhotné s císařským řezem v anamnéze-doporučený postup. *Česká Gynekologie*. Praha: Care comm, 78 (supplementum). ISSN 1803-6597.
27. ROZTOČIL, A., 2017. *Moderní porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5753-7.
28. SELVESTED, A. et al., 2014. Cesarean section and chronic immune disorders. *Pediatrics*, 135(1), e92-e98, doi: 10.1542/peds.2014-0596
29. SHAO, Y. et al., 2019. Stunted microbiota and opportunistic pathogen colonization in caesarean-section birth. *Nature* 575, 117-121, doi: 10.1038/s41586-019-1560-1

30. SLEZÁKOVÁ, L., 2017. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2. přepra. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-9794-1.
31. SMITH, J. et al., 2008. The natural caesarean: a woman-centred technique. *BJOG: an International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 115(8), 1037-1042, doi: 10.1111/j.1471-0528
32. ŠÁLKOVÁ, J., 2021. *Intenzivní péče v porodní asistenci*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0844-2.
33. TURNBAUGH, P. et al., 2006. An obesity-associated gut microbiome with increased capacity for energy harvest. *Nature* 444, 1027-1031, doi: 10.1038/nature05414
34. VELEMINSKY M., VELEMINSKY M., PISKORZOVÁ M., BAŠKOVÁ M., TÓTHOVÁ V., STRÁNSKÝ P. Birth after cesarean section. *Med Sci Monit*. 2011 Feb; 17(2):CR97-103. doi: 10.12659/msm.881394. PMID:21278695; PMCID: PMC3524712
35. WALSH, G., 2019. Skin-to-skin contact between father and baby is vitally important. *The Irish Times* [online]. Ireland, Dublin. [cit. 2023-2-11]. Dostupné z: <https://www.irishtimes.com/life-and-style/health-family/skin-to-skin-contact-between-father-and-baby-is-vitally-important-1.4042648>
36. WILHELMOVÁ, R. et al., 2021. Vybrané kapitoly Porodní asistence [online]. Brno: Masarykova univerzita [cit. 2022-11-9]. SBN 978-80-210-8204-5. Dostupné z: https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps20/porodni_asistence/web/docs/vybrane_kapitoly_porodni_asistence.pdf

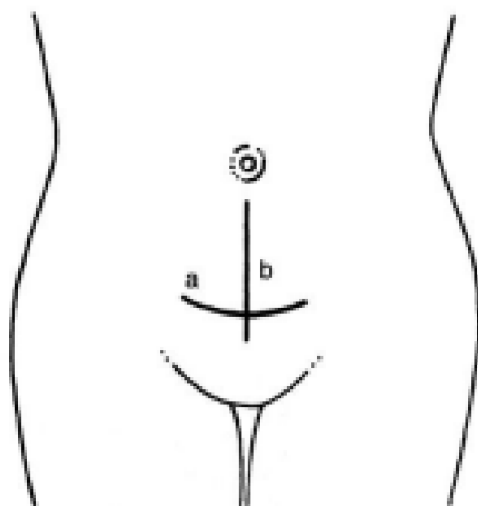
8 Seznam příloh

Příloha 1 – řezy při císařském řezu

Příloha 2- dotazník

Příloha 1- řezy při císařském řezu

Obrázek 1- Pfannenstielův řez a dolní střední laparotomie



a – příčná suprapubická laparotomie (sectio sec. Pfannenstiel), b – dolní střední laparotomie

Zdroj: HÁJEK, Z., 2014.

Příloha 2- dotazník

Postoj těhotných žen k vaginálnímu porodu po císařském řezu

Vážená slečno/paní,

jmenuji se Karolína Schneiderová a jsem studentkou 3. ročníku oboru Porodní asistence na ZSF JČU v Českých Budějovicích.

Obracím se na Vás s žádostí o vyplnění dotazníku, který poslouží jako podklad pro bakalářskou práci, která se zabývá tématem vaginálního porodu po císařském řezu.

Dotazník je určen pouze pro ženy, které jsou těhotné a mají císařský řez v anamnéze.

Vaše odpovědi jsou zcela anonymní a účast na výzkumu dobrovolná.

Moc děkuji za Váš čas a příspěví Vašeho názoru.

** Označuje povinnou otázku*

1. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? *

Označte jen jednu elipsu.

- Základní vzdělání
- Středoškolské vzdělání ukončené učňovskou zkouškou
- Středoškolské vzdělání ukončené maturitní zkouškou
- Vyšší odborné vzdělání
- Vysokoškolské vzdělání

2. Kolik je Vám let? *

Označte jen jednu elipsu.

- 18-24 let
- 25-34 let
- 35 a více

3. Po kolikáté jste nyní těhotná? *

Označte jen jednu elipsu.

- Podruhé
- Potřetí
- Počtvrté a více

4. Po kolikáté budete rodit? *

Označte jen jednu elipsu.

- Podruhé
- Potřetí
- Počtvrté a více

5. V jaké fázi těhotenství se nacházíte? *

Označte jen jednu elipsu.

- v I. trimestru (do 13. týdne těhotenství)
- ve II. trimestru (14. - 27. týden těhotenství)
- ve III. trimestru (od 28. týdne těhotenství)

6. Ve kterém roce jste podstoupila poslední císařský řez? *

7. Císařský řez v anamnéze byl: *

Označte jen jednu elipsu.

- Akutní
- Plánovaný

8. Z jakého důvodu bylo minulé těhotenství ukončeno císařským řezem? *

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Pro hrozící hypoxii plodu
- Pro nepostupující porod
- Pro hrozící rupturu dělohy
- Pro některé poruchy placenty a pupečníku (předčasné odloučení lůžka, vcestné lůžko)
- Pro patologickou polohu plodu (konec pánevní, příčná nebo šikmá poloha)
- Pro dvojčetné těhotenství
- Pro Váš nepříznivý zdravotní stav
- Jiné: _____

9. Jak jste se připravovala na předchozí porod? (můžete zvolit více možností) *

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Absolvováním předporodního kurzu
- Nastudováním literatury
- Z internetu (články, videa a jiné)
- Od kamarádek z mého okolí
- Nepřipravovala jsem se
- Jiné: _____

10. Jaký způsob anestezie jste u císařského řezu měla? *

Označte jen jednu elipsu.

- Spinální
- Celkovou

11. Bylo Vám umožněno po císařském řezu přiložení novorozence na hrud' (tzv. bonding)? *

Označte jen jednu elipsu.

- Ano
- Ne
- Bonding proběhl, ale na partnerovo hrudi

12. Jak probíhalo hojení jizvy po císařském řezu? *

Označte jen jednu elipsu.

- Jizva se mi hojila bez problému *Přeskočte na otázku 14*
- Měla jsem problémy při hojení jizvy *Přeskočte na otázku 13*

13. Jaké problémy se u Vás při hojení jizvy vyskytly? (můžete zvolit více možností) *

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Rozpad rány
- Infekce v ráně
- Výtok z rány či jizvy
- Otok rány či jizvy
- Jiné: _____

Přeskočte na otázku 14

14. Ukázal Vám někdo jak o jizvu po císařském řezu pečovat? *

Označte jen jednu elipsu.

- Ano *Přeskočte na otázku 15*
- Ne *Přeskočte na otázku 16*

15. Kdo Vám ukázal jak o jizvu pečovat? *

Označte jen jednu elipsu.

- Fyzioterapeut *Přeskočte na otázku 16*
 Porodní asistentka *Přeskočte na otázku 16*
 Jiné: _____

16. Za jak dlouho u Vás po operaci nastoupila laktace? *

Označte jen jednu elipsu.

1. - 2. den po porodu
 3. - 5. den po porodu
 5. den a déle

17. Byla Vám personálem ukázána/ vysvětlena správná technika kojení? *

Označte jen jednu elipsu.

- Ano
 Ne

18. Ukázal Vám personál vhodnou polohu pro kojení po císařském řezu? *

Označte jen jednu elipsu.

- Ano
 Ne

19. Vyskytly se u Vás nebo u Vašeho dítěte během období šestinedělí nějaké komplikace? Pokud ano, prosím vypište jaké. *

NYNĚJŠÍ TĚHOTENSTVÍ

20. Jaký způsob porodu Vám byl v tomto těhotenství doporučen? *

Označte jen jednu elipsu.

- Další císařský řez
 Vaginální porod

21. Kdo Vám tento způsob porodu doporučil? (můžete zvolit více možností) *

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Váš gynekolog v prenatální poradně
 Lékař v porodnici
 Jiné: _____

VBAC = Vaginal Birth After Cesarean

je termín, který popisuje možnost vaginálního porodu po porodu císařským řezem.

22. Slyšela jste někdy o termínu VBAC? *

Označte jen jednu elipsu.

- Ano *Přeskočte na otázku 23*
 Ne *Přeskočte na otázku 26*

23. Kde jste se o termínu VBAC dozvěděla? (můžete zvolit více možností) *

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Od praktického gynekologa
- Od lékaře v porodnici
- Od kamarádky
- Z internetu
- Z literatury
- Jiné: _____

24. Myslíte si, že při VBAC se mohou vyskytnout komplikace? *

Označte jen jednu elipsu.

- Ano *Přeskočte na otázku 25*
- Ne *Přeskočte na otázku 26*

25. Jaké komplikace si myslíte, že se mohou při VBAC vyskytnout? *

Přeskočte na otázku 26

26. Jak se nyní připravujete na Váš porod? (můžete zvolit více možností) *

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Absolvováním předporodního kurzu
- Cvičením (jóga, cviky na pánevní dno, aniball apod.)
- Získáváním informací z internetu (články, videa, aj.)
- Studováním literatury
- Nepřipravovala jsem se
- Jiné: _____

27. Jaký způsob ukončení nynějšího těhotenství preferujete? *

Označte jen jednu elipsu.

- Vaginálním porodem *Přeskočte na otázku 28*
 Dalším císařským řezem *Přeskočte na otázku 29*

28. Z jakého důvodu preferujete vaginální porod před dalším císařským řezem? *
(můžete zvolit více možností)

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Kratší rekonvalescence
 Rychlejší nástup laktace
 Nepřítomnost jizvy a péče o ní
 Menší ztráta krve
 Neoddělení mě a mého dítěte
 Kratší doba pobytu v porodnici
 Snížené riziko případných komplikací
 Možnost bondingu po porodu
 Jiné: _____

29. Z jakého důvodu preferujete další císařský řez? (můžete zvolit více možností) *

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Vyhnout se nástřihu hráze (epiziotomii)
 Strach z vaginálního porodu
 Neporušení vnějších rodidel
 Doporučení lékaře
 Žádné riziko inkontinence po porodu
 Strach o zdraví novorozence
 Jiné: _____

Děkuji za Váš čas!

Zdroj: vlastní

9 Seznam zkratek

DDS dolní děložní segment

DVB dirupce vaku blan

i.v. intravenózně, do žíly

MM močový měchýř

PA porodní asistentka

PMK permanentní močový katetr

PŽK periferní žilní katetr

SOVP spontánní odtok vody plodové

TEN trombembolická nemoc

VP voda plodová