

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
Ústav porodní asistence

Bc. Eliška Krejčí

Vaginální porod po císařském řezu z pohledu rodičky
Diplomová práce

Vedoucí práce: doc. MUDr. Lukáš Hruban, Ph.D., MBA

Olomouc 2022

Prohlašuji, že jsem předloženou diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jsem pouze uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 27. června 2022

podpis

Děkuji především panu doc. MUDr. Lukáši Hrubanovi, Ph.D., MBA za odborné vedení a cenné rady při zpracování mé diplomové práce. Také děkuji své rodině a manželovi za podporu v průběhu celého studia.

Anotace

Typ závěrečné práce: Diplomová práce

Téma práce: Porod po císařském řezu

Název práce: Vaginální porod po císařském řezu z pohledu rodičky

Název práce anglicky: Vaginal delivery after caesarean section from the mother's point of view

Datum zadání: 2019-01-28

Datum odevzdání: 2022-06-27

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav porodní asistence

Autor práce: Bc. Eliška Krejčí

Vedoucí práce: doc. MUDr. Lukáš Hruban, Ph.D., MBA

Oponent práce: prof. MUDr. Martin Procházka, Ph.D.

Klíčová slova: císařský řez, vaginální porod po císařském řezu, ruptura děložní, novorozenec

Keywords: caesarean delivery, vaginal delivery after caesarean section, uterine rupture, newborn

Rozsah: 88 stran / 3 přílohy

Abstrakt v ČJ:

Diplomová práce se zabývá vedením vaginálního porodu po předchozím císařském řezu. Vzhledem k vzrůstajícímu trendu porodů císařským řezem je všeobecná snaha o jejich snížení v případech, ve kterých je to v souvislosti s indikacemi možné. Zájem o přirozený vaginální porod se v současnosti mezi ženami zvyšuje, proto je důležité zabývat se pro ně co nejvýhodnějšími variantami porodu. Hlavním cílem práce bylo zjistit míru spokojenosti žen, které prožily císařský řez i vaginální porod. Ověření cílů a hypotéz práce probíhalo kvantitativní

metodou, při které jsme využili dotazníkové šetření, které probíhalo ve Fakultní Nemocnici Brno. Výzkumný soubor byl úzce specifikován na rodičky, které porodily vaginálně po předchozím císařském řezu. Pomocí nestrukturovaného dotazníku jsme zjišťovali konkrétní zkušenosti žen s oběma porody. Dílčí cíle práce byly zaměřeny na preference žen, hodnocení míry bolesti u porodů nebo porovnání kontaktu s novorozencem. Po vaginálním porodu jsme zjišťovali, jaký vliv měla daná skutečnost na jejich psychiku a jejich sebevědomí. Díky subjektivnímu hodnocení obou typů porodů jsme získali zpětnou vazbu pro zlepšení poskytované péče. Výstupem šetření je většinové pozitivní hodnocení vaginálního porodu, včetně jeho průběhu a rekonvalescence.

Abstrakt v AJ:

The diploma thesis deals with the management of vaginal delivery after a previous caesarean section. Due to the growing trend of caesarean section births, there is a general effort to reduce them in cases where this is possible in connection with indications. Interest in natural vaginal delivery is currently increasing among women, so it is important to consider the most advantageous options for childbirth. The main goal of the work was to determine the level of satisfaction of women who experienced a caesarean section and vaginal delivery. Verification of the objectives and hypotheses of the work was conducted by a quantitative method, in which we used a questionnaire survey that took place at the University Hospital Brno. The research group was closely specified for mothers who gave birth vaginally after a previous caesarean section. Using an unstructured questionnaire, we found out the specific experiences of women with both births. The partial goals of the work were focused on women's preferences, evaluation of pain rates in childbirth or comparison of contact with the newborn. After the vaginal birth, we found out what effect the given fact had on their psyche and their self-confidence. Thanks to the subjective evaluation of both types of births, we obtained feedback for improvement of care. The outcome of the survey is the majority positive evaluation of vaginal delivery, including the process and convalescence.

ALGORITMUS REŠERŠNÍ ČINNOSTI

VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA:

klíčová slova v ČJ: vaginální porod po císařském řezu, císařský řez, ruptura dělohy, novorozenec

klíčová slova v AJ: vaginal birth after caesarean section, caesarean section, uterine rupture, newborn

jazyk: český, anglický

období: 2002-2022

DATABÁZE: Pubmed, Google Scholar, Medvik

NALEZENO:

Pubmed: 37 Google Scholar: 36 Medvik: 44

VYŘAZUJÍCÍ KRITÉRIA:

duplicitní články, kvalifikační práce, články nesplňující kritéria

SUMARIZACE VYUŽITÝCH DATABÁZÍ A DOHLEDANÝCH DOKUMENTŮ:

Pubmed: 13

Google Scholar: 12

Medvik: 9

Obsah

1	Úvod.....	9
2	Teoretická část.....	10
2.1	Císařský řez.....	10
2.1.1	Historie císařského řezu.....	10
2.1.2	Incidence.....	10
2.1.3	Indikace k císařskému řezu.....	11
2.1.4	Operační techniky císařského řezu.....	13
2.1.5	Komplikace porodu císařským řezem.....	14
2.1.6	Vliv císařského řezu na novorozence.....	16
2.2	Elektivní iterativní císařský řez.....	17
2.2.1	Indikace ERCS.....	17
2.2.2	Rizika ERCS.....	18
2.3	Vaginální porod po císařském řezu.....	18
2.3.1	Strategie vaginálního porodu po císařském řezu.....	18
2.3.2	Indikace k VBAC.....	20
2.3.3	Kontraindikace VBAC.....	20
2.3.4	Spontánní průběh VBAC.....	21
2.3.5	Indukce VBAC.....	22
2.3.6	Komplikace VBAC.....	23
2.3.7	Statistická úspěšnost VBAC.....	25
3	Metodika výzkumu.....	27
3.1	Výzkumný problém.....	27
3.2	Výzkumné cíle a hypotézy.....	27
3.3	Charakteristika výzkumného souboru.....	28
3.4	Realizace výzkumu a sběr dat.....	29

3.5	Metody zpracování dat.....	29
4	Výsledky výzkumu.....	30
4.1	Statistické vyhodnocení dat	30
4.1.1	Základní parametry výzkumného souboru	30
4.1.2	Dotazníková tvrzení.....	34
4.1.3	Srovnání obou typů porodů	54
4.2	Analýza hypotéz a dílčích cílů.....	65
4.2.1	Výsledky k hlavnímu cíli.....	65
4.2.2	Dílčí cíl 1	66
4.2.3	Dílčí cíl 2	68
4.2.4	Dílčí cíl 3	69
4.2.5	Dílčí cíl 4	69
5	Diskuze.....	71
6	Závěr.....	73
7	Referenční seznam literatury.....	74
8	Seznam tabulek	78
9	Seznam grafů.....	80
10	Seznam příloh.....	82

1 Úvod

Vaginální porod je jedním z nepřirozenějších procesů v lidském těle. V dnešní době někdy dochází až k nadměrnému zásahu do tohoto fyziologického děje a tím i ke ztrátě důvěry v tělo rodičky. Čím dál tím častěji se setkáváme se zvýšeným zájmem žen o co nejpřirozenější a spontánní porod bez nutnosti medicínských intervencí. Díky významnému rozvoji porodnických technik a zvýšení kvality lékařské péče v minulém století došlo až k abnormálnímu nárůstu počtu císařských řezů. U rodiček s jasnými indikacemi, pro které je operační porod nevyhnutelný, se jedná o nejbezpečnější variantu porodu pro ženu i dítě. V mnoha případech se ale setkáváme s nejasnými až zbytečnými indikacemi, a proto dochází k všeobecné snaze lékařské společnosti o snížení počtu nezbytných císařských řezů. Dříve používané pravidlo o nutnosti opakovaného císařského řezu v dalších těhotenství dnes již neplatí. Rodičky po předchozím císařském řezu jsou v průběhu dalšího těhotenství cílovou skupinou, u které je vhodné vést konzultaci o vedení porodu. V případě absence kontraindikací a v souladu se zájmem ženy je vhodné podpořit vaginální porod.

Předložená diplomová práce se zabývá právě vaginálním porodem po předchozím císařském řezu. Hlavním cílem je zmapovat oba typy porodu z pohledu rodičky a zjistit tak, do jaké míry jsou s nimi spokojeny. Dílčí cíle práce sledují jednotlivé oblasti týkající se porodu jako je porodní bolest, rekonvalescence, kontakt s novorozencem, začátek kojení a také informovanost o průběhu porodu a možnost jej ovlivnit.

Teoretická část práce popisuje základní poznatky o porodu císařským řezem a následném vaginálním porodu. Shrnuje jejich přínosy, možná rizika a lékařská doporučení při jejich vedení. Empirická část práce zkoumá subjektivní názory a hodnocení žen na oba typy porodu, které prožily. K její realizaci využijeme nestrukturovaný dotazník, kterým následně zhodnotíme dosažení cílů a statisticky ověříme stanovené hypotézy.

Je lékařsky podloženo, že vaginální porod je nejlepší variantou porodu pro rodičku i novorozence. Námětem diplomové práce je především podpora tohoto faktu a snaha získat zpětnou vazbu od rodiček, které mají s tématem vlastní zkušenosti.

2 Teoretická část

2.1 Císařský řez

Císařský řez je definován jako porod, při kterém je plod porozen operativní cestou přes břišní přístup. Původ samotného označení není jednoznačný. Název je často spojován s císařem Juliem Caesarem, ale vzhledem k časové ose jeho života a k vysoké mortalitě spojené s tímto výkonem v historii je toto spojení nepodložené. Nejpravděpodobněji bylo označení císařský řez odvozeno již ve středověku z latinského slova *caedere* = řezat. (Cunningham et al. 2010)

2.1.1 Historie císařského řezu

První zmínky o císařském řezu se vyskytují už v období starověku, zařazuje se tak mezi nejstarší porodnické operace. Z počátku byl tento výkon prováděn na mrtvých těhotných ženách především z církevních důvodů, aby ženy nebyly pohřbené s plodem v těle a plod zůstal nepokřtěný. Pravděpodobně první císařský řez, při kterém přežila matka i plod provedl roku 1500 zvěrokleštič Jakub Nufer ve Švýcarsku. Operace byly často prováděny nesterilně, bez narkózy nebo bez šití vnitřních anatomických struktur. Jako nejčastější příčiny úmrtí byly uváděny například vysoká krevní ztráta, zánět pobřišnice a dále rozvinutá sepse. (Doležal 2007, Hájek et al. 2014)

V 19. století se vysoká mortalita začala snižovat díky zavedení antiseptických postupů. Provádění císařského řezu se rozšířilo také díky zavedení účinné anestezie, antibiotik a krevní transfuze. Velký pokrok vývoje této operace zajistilo šití děložní stěny stříbrnými vlákny a také následné šití ve dvou vrstvách, o které se zasadil Sägner roku 1882. Operační řez byl přesunut do dolního děložního segmentu podle Franka roku 1906. Techniky provedení císařského řezu byly dále zdokonalovány a modifikovány i v průběhu 20. století. (Doležal 2007, Hájek et al. 2014, Králová 2017)

2.1.2 Incidence

Četnost císařských řezů se začala razantně zvyšovat od konce 20. století až do současnosti. S vývojem a zdokonalením této operační metody se z ní v mnoha zemích světa stala nejpoužívanější metoda ukončení porodu. Mezi země s největší incidencí císařských řezů se řadí státy Jižní Ameriky, především Brazílie a dále také Čína, kde je obvyklá incidence

císařského řezu nad hranicí 50 %. Situace v USA je rozdílná podle jednotlivých regionů, ale přesto se stále řadí mezi země s četným výskytem císařského řezu, kdy tímto způsobem porodí každá třetí žena. V České republice se počet císařských řezů od roku 2000 více než zdvojnásobil a v současnosti se incidence této porodnické operace pohybuje průměrně okolo 25 %. Podle statistických dat bylo v roce 1998 pouze 12,5 % porodů císařským řezem, na rozdíl od roku 2013, kdy se incidence zvýšila na 25,6 %. Velké rozdíly jsou patrné mezi jednotlivými kraji a samotnými porodnicemi. Tyto odchylky, díky kterým se může počet císařských řezů zvyšovat, mohou být způsobeny také v souvislosti s porody nedonošených novorozenců nebo u rodiček se ztíženou zdravotní anamnézou. Je známo, že nejvyšší procentuální zastoupení provedení císařského řezu je dlouhodobě ve Středočeském kraji, především v Praze. (Králová 2017, ACOG 2014, Záhumenský et. al 2017)

Vysokým nárůstem počtu císařských řezů se začali zabývat odborníci z celého světa. Jako důvody způsobující tento vzrůstající trend jsou uváděny mimo jiné: vzrůstající věk rodiček, menší procento porodů koncem pánevním vaginální cestou, méně časté použití dalších porodních operačních technik jako jsou vakuumextrakce nebo klešťový porod; a také snížení četnosti opakovaných porodů po předchozím císařském řezu. (Cunningham et. al 2010) Často se objevují otázky, zda není tato porodnická operace prováděna nadbytečně bez přímé indikace nebo dokonce pouze na žádost rodičky. Americká profesní organizace porodníků a gynekologů – The College – dané téma také zmiňuje v článku *Safe prevention of the primary cesarean delivery: „Rychlý nárůst porodnosti císařským řezem od roku 1996 do roku 2011 bez jasného důkazu souběžného poklesu mateřské nebo neonatální morbidity nebo mortality vyvolává značné obavy, že císařský řez je nadužíván.“* (ACOG 2014)

2.1.3 Indikace k císařskému řezu

K provedení císařského řezu dochází vždy z určité indikace, která neumožňuje vaginální ukončení porodu. Běžně se císařský řez rozděluje v závislosti na charakteru indikací na neurgentní (plánovaný nebo elektivní) a urgentní (neplánovaný). Neurgentní císařský řez je plánovaný díky jasným anamnestickým znakům matky nebo plodu. Obvykle se jedná o onemocnění matky, vrozené vývojové vady plodu nebo o patologie související s těhotenstvím. K urgentnímu císařskému řezu dochází neplánovaně při akutně vzniklé indikaci v průběhu porodu. Také bývá rozlišován tzv. hyperakutní císařský řez, který je proveden

s minimalizací časové prodlevy v přímém ohrožení života matky nebo plodu, které nastává například při prolapsu pupečníku nebo abrupci placenty. (Pařízek 2012, s. 180)

Obecně se můžeme setkat s indikacemi ze strany matky, ze strany plodu nebo s indikacemi smíšenými. Nejčastější indikace lze rozdělit do podskupin dle jejich charakteru:

- Hypoxie a intrauterinní tíseň plodu

Tento stav může být i chronický, ale většinou vzniká akutně při porodu. Jedná se o situaci, kdy je plod nedostatečně zásoben kyslíkem, a to se projevuje při kardiokografii. Hypoxie může být často spojená s dlouhým neprogredujícím porodem nebo může například signalizovat poruchu placentární funkce. (Doležal 2007, Hájek et al. 2014)

- Fetopelvický a kefalopelvický nepoměr

Jedná se o pojmy, které popisují velikostní nepoměr mezi plodem a pánevní kanálem. Prepartálně je možné pomocí ultrazvukových vyšetření, měřením plodu a jednotlivých pánevních rovin tento stav diagnostikovat. (Hájek et al. 2014)

- Dystokie

Dystokie definuje obtížný a zdlouhavý průběh porodu z hlediska mechanických děložních sil. V USA patří mezi hlavní indikace k císařskému řezu a v překladu je označována jako tzv. selhání porodu – *labour arrest*. U nás se v literatuře příliš neuvádí, protože je považována až za důsledek jiných indikací jako je například kefalopelvický nepoměr. (Cunningham et. al 2010, ACOG 2014)

- Anatomické překážky v porodních cestách

Porodní cesty mohou být zúženy nebo pro porod zcela neprůchodné včestnými anatomickými útvary jako jsou: myomy, stenózy, septa, varixy a další. Kontraindikací vaginálního porodu jsou také patologické změny pánevního pletence: pelveolýza nebo symfyzeolýza. (Hájek et al. 2014)

- Placentární indikace

Skupina indikací spojených s placentou zahrnuje především abnormální umístění placenty, které je diagnostikováno prepartálně ultrazvukem. Jedná se nejčastěji o diagnózu placenta praevia nebo také vasa previa, při které je porod znemožněn vcestrnými cévami. Akutní indikací k císařskému řezu je abrupce placenty, kdy dochází k předčasnému odlučování placentárního lůžka. Tyto stavy se obvykle projevují zevním nebo retroplacentárním krvácením. (Hájek et al. 2014)

- Abnormální polohy plodu

Jistou indikací k císařskému řezu jsou nepravidelné polohy plodu příčné a šikmé, které jsou známy již v těhotenství. Deflexní polohy, při kterých plod vstupuje do porodních cest obličejem, temenem nebo čelem narušují porodní mechanismus a ve většině případů je vaginální porod nemožný. V průběhu porodu se můžeme setkat také se změnou naléhání hlavičky, které vyústí v přední nebo zadní asynklitismus, nebo tzv. vysokým přímým stavem. (Hájek et al. 2014)

2.1.4 Operační techniky císařského řezu

S historickým vývojem císařského řezu vzniklo několik operačních technik, které se odlišují chirurgickým přístupem do dutiny břišní i do dělohy. Operace vždy začíná provedením laparotomie a následně proniknutím přes anatomické struktury až na stěnu dělohy. Vertikální přístup skrze klasický korporální řez dělohou je využíván zcela výjimečně při četných adhezích nebo anatomických překážkách, protože kontraindikuje další těhotenství a jeho použití je definitivní. (Hájek et al. 2014, s. 495) Incize s radikálními následky byly postupně omezeny a snahou operatérů je také zanechání dělohy v co nejméně porušeném stavu pro případná další těhotenství.

- Cervikokorporální císařský řez

Tento řez je veden vertikálně ve střední linii z dolního děložního segmentu zasahuje do děložního těla. Využívá se u předčasných porodů císařským řezem, kdy není plně rozvinut dolní děložní segment. (Hájek et al. 2014, s. 495)

- Supracervikální transperitoneální císařský řez

Jedná se o nejčastěji používanou techniku v současnosti. U operace lze využít přístup pomocí dolní střední laparotomie, která se provádí v oblasti mezi pupkem a symfýzou, ale dnes se používá pouze u specifických indikací. (Hájek et al. 2014, s. 497) Nejvíce preferovaným přístupem je laparotomie příčná suprapubická tzv. *sectio sec. Pfannenstiel*. Mírně zaoblený řez se provádí nad oblastí pubického ochlupení a je rozšířen laterálně do hranic přímých břišních svalů. (Cunningham et al. 2010, s. 549). Mezi výhody Pfannenstielova řezu patří vzácná incidence pooperačních hernií a také finální kosmetický vzhled. Po postupném přístupu přes kůži, podkoží, fascii a vesikouterinní pliku dochází k řezu na děloze. K incizi děložní stěny je v současnosti nejvíce využíván způsob podle Gepperta (*sectio caesarea sec. Geppert*), kdy je myometriem proveden poloobloukovitý řez a následně je místo tupě rozšířeno ukazovákem do stran. (Pařízek 2012, s. 183) Po získání přístupu do dutiny děložní je porušen vak blan a postupně je s opatrností vybaveno dítě. Po porodu dítěte a přestřížení pupečníku dochází k vybavení placenty. Po revizi dutiny děložní je provedena sutura myometria v jedné nebo dvou vrstvách a také sutura všech dalších anatomických vrstev. Na kůži je použit plastický intradermální steh. (Doležal 2007, s. 236)

2.1.5 Komplikace porodu císařským řezem

Jako každý operační zákrok může mít i císařský řez svá rizika či komplikace. Při srovnání porodu císařským řezem s vaginálním porodem je zde riziko rozvoje komplikací až 4x vyšší. I přes medicínský vývoj a výrazné snížení mortality a morbidit rodíček, jsou stále patrná nezanedbatelná rizika. Rozvoj komplikací spojených s císařským řezem můžeme sledovat jak u matky, tak i u dítěte a různých časových rovinách. Podle časového rozmezí je dělíme na komplikace perioperační, postoperační a pozdní. Základní nejčastěji vyskytované komplikace lze rozřadit do skupin:

- Krvácivé a trombembolické komplikace

Krvácení je nejčastější perioperační komplikací. V průběhu císařského řezu může dojít k masivnímu krvácení díky zvýšenému krevnímu zásobení pánevních orgánů v těhotenství. Setkat se můžeme s arteriálním krvácením z děložních arterií, nebo s krvácením venózním například při varikozitě v oblasti pánve. (Hájek et al. 2014, s. 499) Nejvíce rizikovou skupinou jsou rodičky s poruchami hemokoagulace nebo s trombembolickým stavem v anamnéze.

- Anesteziologické komplikace

Komplikace, se kterými se v souvislosti s císařským řezem můžeme setkat, se rozlišují především dle typu aplikované anestezie. V současnosti je převládající metodou neuroaxiální anestezie (spinální, epidurální). U neuroaxiální blokády platí, že je obecně bezpečnější pro ženu i dítě, proto se k ní také celosvětově přistupuje častěji. Setkáváme se zde s běžnými komplikacemi jako je hypotenze, dušnost, zvracení a nauzea, postpunkční bolesti hlavy, ale také hrozí riziko rozvinutí syndromu aorto–kavální komprese a v jeho důsledku snížení zásobování uteroplacentární jednotky. Z hlediska vpichu se může rozvinout toxická reakce na aplikovaná lokální anestetika, je zde patrné riziko zanesení infekce a také může dojít k tvorbě páteřního hematomu. Všechny tyto komplikace také značně ovlivňuje pokročilý stav těhotenství v třetím trimestru, kdy dochází k velkému tlaku dělohy na dolní dutou žílu a možný rozvoj systémové hypotenze. Při aplikaci neuroaxiální anestezie je také důležité čteně sledovat stav plodu, který může být ovlivněn hypotenzí matky. (Štourač et al. 2014, s. 126-127)

Použití celkové anestezie u císařského řezu je v současné době na ústupu, přesto v konkrétních indikacích a situacích nachází stále uplatnění. Je s ní spojena řada rizik, která jsou u rodičky opět znásobena samotnou zátěží těhotenství na organismus. Obzvláště při akutním neplánovaném císařském řezu se rizikovost komplikací značně zvyšuje. V těchto situacích nelze například předejít aspiraci žaludečního obsahu vzhledem k nedostatečnému vylučování pacientky. Můžeme se setkat také s obtížnou intubací pacientky, která je považována za jednu z hlavních a nejobávanějších komplikací, právě kvůli nutnosti zachování dostatečné oxygenace pacientky i plodu. Zmiňovaný je také negativní vliv celkové anestezie na novorozence. Díky němu může dojít ke snížení poporodního hodnocení Apgar skóre a celkové zhoršené adaptaci novorozence právě v případech, kdy dochází k delší prodlevě při vybavení plodu. (Štourač et al. 2014, s. 124-125)

- Chirurgické komplikace

Komplikace chirurgického charakteru jsou častější u žen s předchozími břišními operacemi v anamnéze a také u iterativních císařských řezů, kde předchozí zjizvení vnitřních struktur může pozměnit oblast operace. Během císařského řezu může dojít k chirurgickému poranění močového měchýře, ureteru, méně často pak může dojít k poranění střev, adnex a dalších orgánů dutiny břišní. Při samotném chirurgickém řezu na děloze hrozí nebezpečí jeho rozšíření do děložních hran. Díky vývoji techniky císařského řezu a jeho výskytu v současné době se riziko chirurgických komplikací značně snížilo. (Doležal 2007, s. 253-254)

- Infekční komplikace

Při porodu císařským řezem dochází ke zvýšenému riziku rozvoji infekce. Častým místem pro rozvoj infekce může být právě operační rána a s ní spojený zásah do dutiny břišní, ale také může dojít k ascendentní cestě infekce z vaginálního kanálu při akutním císařském řezu. Roli ve vzniku infekce hrají i další faktory jako je odtok plodové vody, stav matky před a v průběhu operace a v rozvojových zemích také úroveň operačního prostředí a sterility. K rozvoji infekce dochází obvykle až v pooperačním období, z těchto důvodů se doporučuje podat rodičce v průběhu císařského řezu antibiotickou clonu. (Doležal 2007, s. 254) Aktualizovaná recenze studie Cochrane z roku 2014 potvrzuje prospěšnost aplikace profylaktické dávky antibiotik. Udává také že, výskyt a rozvoj infekce operační rány, endometritidy a závažných sepsí se snížil o 60-70 % právě u žen, kterým byla aplikována antibiotika po císařském řezu. (Smaill a Grivell 2014) Mezi nejčastější pooperační infekce řadíme endometritidu, pelveoperitonitidu, adnexitidu a značnou část tvoří také infekce močových cest. (Doležal 2007, s. 254)

2.1.6 Vliv císařského řezu na novorozence

Vzhledem k narůstajícímu trendu císařských řezů značně přibývá také analýz, které sledují jeho vliv na novorozence. Oba typy porodu mají své přínosy i rizika, ale faktem zůstává, že novorozenec je v průběhu celého těhotenství připravován právě na fyziologický vaginální porod. Záhumenský zmiňuje hlavní oblasti, ve kterých císařský řez značně ovlivňuje novorozence a jeho poporodní adaptaci. Jednou z hlavních odlišností je forma mikrobiomu a jeho složení oproti mikrobiomu, který získávají vaginálně porozené děti právě při průchodu porodním kanálem matky a kontaktu s kůží matky bezprostředně po porodu. Odlišná mikroflóra

získaná prostředím císařského řezu a nemocničního prostředí následně ovlivňuje dozrávání orgánů trávicího traktu novorozence a mění imunitní vývoj. (Záhumenský et al. 2016) Dalším přirozeným jevem, o který je novorozenec při císařském řezu ochuzen je fyziologický peripartální stres. V souvislosti s kontrakcemi a porodním dějem na novorozence působí mnoho vnitřních dějů, vlivem kterých se přirozeně zvyšuje hladina stresových hormonů. Této aktivace tělo využívá k rychlé reakci a lepší adaptaci na vnější prostředí po porodu. Děti narozené vaginálně tak mají díky zmiňované stresové aktivaci odlišné složení i funkčnost imunitních buněk. (Záhumenský et al. 2017, s. 325)

Metaanalýza provedená pro časopis Plos medicine z roku 2018 objektivně shrnuje dlouhodobá rizika pro děti narozené císařským řezem. Tato studie potvrzuje například vyšší riziko rozvoje astmatu a také zvýšený předpoklad rozvoje nadváhy až obezity u dětí narozených císařským řezem. (Keag et al. 2018) Tyto skutečnosti pouze potvrzují, jak významný vliv pro budoucí vývoj má získaný odlišný mikrobiom nebo rozdílná kompozice a funkce imunitních buněk u dětí, které se narodily císařským řezem. (Záhumenský et al. 2017)

2.2 Elektivní iterativní císařský řez

U rodiček, které nemohou z určitých kontraindikací родit vaginálně, označujeme opakovaný císařský řez jako iterativní tzv. ERCS (*elective repeat caesarean section*). Všechny ženy po předchozím císařském řezu podstupují konzultaci ohledně vedení jejich druhého porodu. Lékař hodnotí indikace a kontraindikace obou typů porodů v závislosti na zdravotním stavu rodičky a výstupem je nevhodnější přístup vedení porodu pro konkrétní rodičku.

2.2.1 Indikace ERCS

Důvody pro provedení dalšího císařského řezu mohou být různé. Hlavní skupinu těchto indikací, které znemožňují vaginální porod, tvoří neměnné především mechanické překážky porodních cest i pánve. Řadí se sem vývojové vady pohlavních orgánů a patologie pánve jako jsou například vzniklá septa, nádory na reprodukčních orgánech a konečníku, kostěné změny na pávni (symfyzeolýza, omezení hybnosti kyčelních kloubů). Zbývající početnou skupinou indikací jsou stálá onemocnění rodičky. Jedná se často o indikace neurologické, oční, cévní nebo také stavy po velkých operacích a transplantacích s doživotními následky. Důvody mohou také přímo souviset s předchozím císařským řezem a rekonvalescencí po něm. V případě

špatného hojení předchozí operační rány, četných revizí, ztenčení dolního děložního segmentu nebo bolestivosti jizvy je nutné přistoupit k opakovanému císařskému řezu. (Hájek et al. 2014, s. 494)

2.2.2 Rizika ERCS

Četnost a pravděpodobnost komplikací a rizik spojených s opakovaným císařským řezem se zvyšuje. Jedná se o typické komplikace spojené s císařským řezem, ale díky někdy i několikanásobnému opakování zákroku roste nebezpečí vážnějších komplikací i vzniku následků pro další těhotenství. Četně se objevuje riziko anesteziologických a infekčních komplikací. Velký problém pak hrají opětovné chirurgické zásahy do dutiny břišní, kde se skokově zvyšuje riziko srůstů a zjizvení, nebezpečí poranění okolních vnitřních orgánů, prodloužení doby zákroku díky obtížnému terénu, a především riziko zvýšené krevní ztráty. Pro budoucí těhotenství narůstá riziko komplikací s umístěním a možným abnormálním prorůstáním placenty do děložní tkáně. (Pařízek 2012, s. 204)

2.3 Vaginální porod po císařském řezu

Vaginální porod po císařském řezu (dále VBAC – *Vaginal birth after caesarean section*) je možný postup, kterým lze vést porod po předchozím císařském řezu. Alternativně nahrazuje metodu elektivního opakovaného císařského řezu (dále ERCS – *Elective repeat caesarean section*), se kterým se často setkáváme u žen s císařským řezem v anamnéze. (Hruban et al. 2012, s. 128)

„Ženy, které zvažují své možnosti porodu po jediném předchozím císařském řezu, by měly být informovány o tom, že celkové šance na úspěšný plánovaný VBAC jsou 72–76 %.“ (Royal College of obstetricians and gynaecologist 2007)

2.3.1 Strategie vaginálního porodu po císařském řezu

Strategie vedení VBAC se řídí dle schválených doporučených postupů České gynekologicko-porodnické společnosti a zároveň dle interních postupů konkrétního porodnického zařízení.

Pro úspěšně vedený i ukončený porod po císařském řezu je důležité komplexní zhodnocení všech ovlivňujících faktorů a porodnické historie rodičky. Mezi faktory ovlivňující volbu vedení porodu řadíme: věk rodičky, BMI rodičky, současný týden gravidity, aktuální zdravotní stav ženy a její postoj k porodu. Z dokumentace sledujeme porodnickou anamnézu, především podrobný průběh předchozího císařského řezu i postoperační stav a případné komplikace. (Pařízek 2012, s. 519) Součástí předporodního posouzení pro vedení VBAC je také ultrazvukové vyšetření s důkladnou dokumentací. Důležité je zmapování vitality, biometrie a polohy plodu, množství plodové vody, lokalizace placenty a jejího případného zásahu do dolního děložního segmentu nebo do jizvy po předchozí operaci. (Roztočil a Velebil 2013)

Podle komplexního posouzení a vhodnosti vedení současného porodu vaginálně, může porod přirozeně nastoupit spontánně, formou indukce nebo je naopak přistoupeno k elektivnímu iterativnímu císařskému řezu. Důležitý aspekt v rozhodování o typu porodu tvoří také preference a vůle rodičky.

Strategie vedení porodu po předchozím císařském řezu se odvíjí od jeho nástupu, zda dochází ke spontánnímu nástupu děložní činnosti nebo je nutné přistoupeno k indukci porodu. Pokud se jedná o fyziologické těhotenství a žena souhlasí s tím, že porod bude veden vaginálně, lze vyčkat spontánního nástupu kontrakcí. Vedení porodu pak probíhá běžně, lze u něj používat různé metody tišení bolesti, včetně epidurální analgezie. S přihlédnutím na průběh porodu lékař volí intermitentní nebo kontinuální monitoring plodu. Z hlediska předchozího císařského řezu je důležité sledovat kontrakční činnost dělohy a také nepodceňovat subjektivní hodnocení rodičky v oblasti jizvy. (Roztočil a Velebil 2013)

Hruban, Janků v knize Pařízka doporučují při vedení vaginálního porodu po císařském řezu dodržení těchto podmínek: (Pařízek 2012, s. 203)

- žádné kontraindikace vaginálního porodu
- zvýšený režim monitorování plodu v průběhu porodu
- snaha o vyloučení protrahovaného porodu
- medikamentózní tlumení případné nadměrné kontraktility
- striktní hodnocení průběhu porodu
- možnost využití epidurální analgezie
- zmapování řezu v dolním děložním segmentu po císařském řezu

Doporučuje se, aby rodička před samotným porodem po předchozím císařském řezu absolvovala v období před termínem porodu konzultaci s lékařem ohledně vedení porodu. Měla by být informována o přínosech a rizicích vaginálního vedení porodu a následně se při rozhodnutí o typu porodu přihlíží na její preference. V případě informovaného souhlasu rodičky, a také po posouzení indikací a kontraindikací, je možné u fyziologického těhotenství vyčkat spontánního nástupu kontrakční činnosti do 41.týdne těhotenství. V období po termínu porodu je nutné zahájit přípravu na porod formou preindukce a indukce, tak aby VBAC proběhl do 42.týdne těhotenství. (Roztočil a Velebil 2013) Je prokázáno, že u po termínového těhotenství narůstají rizika spojená s VBAC. Tento fakt prokazuje například studie NICHD, v doporučených postupech RCOG, která udává nižší riziko ruptury dělohy a dehiscence jizvy u předčasných porodů do 36. týdne těhotenství a zároveň vyšší riziko u termínových porodů VBAC. (RCOG 2007, s. 8)

2.3.2 Indikace k VBAC

Jednou z hlavních indikací pro možnost vedení vaginálního porodu po předchozím císařském řezu je dokonalé zdokumentování řezu na děloze a všech okolností spojených s danou operací. Pro možnost porodu vaginální cestou sledujeme míru dehiscence, typ jizvy a stav dolního děložního segmentu. Mezi hlavní indikace tak řadíme předchozí bezproblémový porod císařským řezem bez výskytu komplikací a také hojení a rekonvalescence. Vaginální porod se rodičkám doporučuje, pokud je časový odstup od provedení předchozího císařského řezu nejméně 1 rok a déle. Současně se musí jednat o momentálně jednočetné fyziologické těhotenství. Důležité je také sledovat polohu plodu a jeho přibližný váhový odhad. Pokud je z medicínského hlediska možné vést vaginální porod, samotné rozhodnutí je z velké části také na rodičce. Důležité je informovat rodičku o veškerých přínosech i rizicích, konzultovat s ní její zkušenosti z minulého porodu a také její preference. (Robson a Arulkumaran 2020, s. 153-154)

2.3.3 Kontraindikace VBAC

Při rozhodování, zda je možné vést vaginální porod po císařském řezu, jsou jasně specifikované kontraindikace. Jedná se především o zhodnocení řezu na děloze komplexní hodnocení předchozího operativního porodu. Anglická RCOG (*Royal college of obstetricians*

and gynaecologist) v doporučeném postupu uvádí přímou kontraindikaci VBAC pro ženy, u kterých byl proveden klasický císařský řez vertikálním řezem, a ne dnes obvyklý řez v dolním děložním segmentu. Také přímo kontraindikuje vaginální porod u žen, které rodily třikrát a vícekrát císařským řezem, nebo se u nich v minulosti prokázalo riziko ruptury dělohy. Naopak zvažuje možnost VBAC u žen po dvou nekomplikovaných císařských řezech vedených v dolním děložním segmentu, při současném bezproblémovém těhotenství, osobním zájmu rodičky a plné informovanosti o rizicích. (RCOG 2007, s. 4)

Doporučený postup České gynekologicko-porodnické společnosti zmiňuje typické kontraindikace VBAC jako jsou korporální řez na děloze, naléhání plodu koncem pánevním a porod vícečetného těhotenství. Poukazuje i na relativní kontraindikace týkající se bolestivosti v oblasti jizvy po císařském řezu nebo na vyšší hmotnostní odhad plodu. (Roztočil a Velebil 2013)

Jednou z celosvětově uznávaných zásadních kontraindikací VBAC jsou jiné operační řezy na děloze než příčný řez v dolním děložním segmentu po císařském řezu. Může se jednat o chirurgické řezy na děloze z důvodu jiných gynekologických operací (např. myomektomie). Konkrétní skupinu těchto případů mohou tvořit také císařské řezy před 32. týdnem těhotenství, kdy dolní děložní segment není plně rozvinut a často dochází k jiným řezům na děloze. Klasické korporální řezy na děloze mají až 10x vyšší pravděpodobnost ruptury dělohy v průběhu porodu než příčný řez v dolním děložním segmentu. (Robson a Arulkumaran 2020, s. 152)

2.3.4 Spontánní průběh VBAC

Spontánní začátek vaginálního porodu je nejlepší variantou i pro průběh porodu. Fyziologicky je podmíněn fakt, že se porod rozběhne, jakmile je tělo ženy i dítěte připravené. Díky spontánnímu nástupu kontrakcí dojde k pozvolnému přizpůsobení se rodičky i plodu na stavy s kontrakcemi spojenými. U VBAC je tak eliminováno riziko nepřiměřené síly kontrakcí vlivem nevhodného podání indukčních preparátů.

Určité faktory, které příznivě ovlivňují průběh vaginálního porodu po císařském řezu, zmiňuje Hruban a Janků v knize Pařízka. Pozitivně na VBAC působí a zvyšuje šanci na úspěšně vedený porod právě spontánní začátek porodu nejlépe do 40. týdne těhotenství. Dále ke správnému průběhu porodu přispívá například přítomnost vaginálního porodu v anamnéze u vícerodiček, věk matky do 40 let a také hmotnost plodu nejvíce do 4000 gramů. Jasně je

poukázáno také na prospěšnost delšího časového intervalu mezi porodem císařským řezem a současným porodem, který by měl být optimálně více než 24 měsíců. (Pařízek 2012, s. 203)

V případech, kdy se děložní kontrakce dostaví spontánně je důležité sledovat vývoj porodu. Vzhledem k jizvě na děloze a rizikům VBAC je snaha o co nejméně časově náročný porod s bezproblémovým průběhem. Robson (2020, s. 154) poukazuje na důležitost sledování progresu vaginálního nálezu v průběhu porodu. Provedení císařského řezu by mělo být zváženo v situacích, kdy vaginální progres není alespoň 1 cm/hod, nebo když porod po 6 hodinách pravidelných kontrakcí nesměruje k závěru. V druhé době porodní je kladen důraz především na její časovou nenáročnost z důvodu největšího tlaku na dolní děložní segment a jizvu.

V průběhu spontánního VBAC je kladen důraz na intenzivnější monitoring plodu včetně tokografického záznamu. Důležité je i subjektivní hodnocení kontrakcí rodičkou, jejich délka a četnost v průběhu porodu, ale také stav jizvy a s ní případná bolestivost jejího okolí.

Dle doporučených postupů RCOG (2007, s. 9) je abnormální karditografický záznam jedním z ukazatelů děložní ruptury a je přítomen v 55-87 % případech.

2.3.5 Indukce VBAC

V případech, kdy je rodička rozhodnuta pro VBAC, ale k jeho nástupu nedochází spontánně je striktně doporučeno plánovat indukci porodu. Vzhledem ke zvyšujícím se rizikům je doporučeno porod VBAC indukovat po 41.týdnu těhotenství. Ženy musí být plně informovány, že indukce vaginálního porodu po císařském řezu sebou přináší 2-3x vyšší riziko děložní ruptury a až 1,5x vyšší riziko dalšího císařského řezu. Typ indukce a využití indukčních preparátů ustanovuje lékař individuálně dle připravenosti porodních cest a zdravotního stavu rodičky i plodu. (RCOG 2007, s.10)

Při nepřipravenosti porodních cest je doporučeno zahájit preindukci a zajistit tak co nejsnazší indukci a následný průběh porodu. Mezi vhodné možnosti preindukce pro dozrání děložního hrdla lze u VBAC zařadit především mechanickou preindukci pomocí zavedení Folleyova katetru do děložního hrdla, nebo použití hydrofilních tyčinek Dilapan. (Vecchioli et al. 2020) Farmakologická preindukce pomocí misoprostolu se nedoporučuje. Tento přípravek vykazuje příliš vysoké riziko výskytu děložní ruptury, a proto jeho použití není u VBAC vhodné. Alternativou použití jsou již zmíněné mechanické metody preindukce. (Robson a Arulkumaran 2020, s. 154)

Současný doporučený postup České gynekologicko-porodnické společnosti umožňuje při indukci VBAC použití prostaglandinů i oxytocinu. (Roztočil a Velebil 2013) Jejich použití současně je však rizikovější, a proto se jejich kombinace nedoporučuje. V současnosti je u indukce VBAC preferováno použití prostaglandinů – preparátu PGE₂, vzhledem k rizikům se snižuje jeho nejvyšší možná použitelná dávka na polovinu. Velký důraz je kladen na kontrolu děložní činnosti a na případné tlumení nadměrné kontraktility. V průběhu porodu je možné použití epidurální analgezie. (Pařízek 2012, s. 203)

Průběh indukce při VBAC má být přísně kontrolován. Rodičky by měly být před indukcí plně informovány o průběhu porodu a rizicích spojených s aplikací indukčních preparátů. Při zralém stavu děložního hrdla rodičky přichází k plánované hospitalizaci až v den indukce a jsou ošetřujícím personálem poučeny o průběhu. Nejčastěji je indukce při VBAC zahájena aplikací vaginální tablety 0,5 mg PGE₂ extraamniálně. Další průběh se řídí dle nástupu děložních kontrakcí.

Výbor porodnické praxe ACOG (*The American College of Obstetricians and Gynecologists*, 2006) zhodnocuje, že díky vhodné selekci rodiček s největší predispozicí k vaginálnímu porodu a díky zamezení používání oxytocinu a prostaglandinů současně, dochází ke snížení rizik děložní ruptury.

2.3.6 Komplikace VBAC

Během vedení porodu po císařském řezu se můžeme setkat s možnými komplikacemi. Můžeme se setkat s běžnými komplikacemi jako u primárního vaginálního porodu, ale často jsou komplikace spojeny s předchozím operačním porodem. V případě rozvoje akutních nebo život ohrožujících komplikací je řešením urgentní císařský řez.

Děložní ruptura a dehiscence

Jedná se o dnes méně frekventovanou akutní komplikaci, která je často spojována právě s císařským řezem. Nejčastěji se vyskytuje u více rodiček v průběhu porodu. Jsou zaznamenány ale i případy ruptury dělohy v těhotenství způsobené například úrazem nebo traumatizací při autohavárii. (Hájek 2014, s. 443) V současnosti se tato komplikace objevuje zřídka oproti

výskytu v rozvojových zemích, kde je běžnou komplikací protrahovaného porodu. Děložní ruptura dosahuje až 3% mateřské mortality. (Robson a Arulkumaran 2020, s. 156)

Z anatomického hlediska lze děložní rupturu rozdělit na kompletní a inkompletní. Kompletní ruptura nastává v případě, kdy dochází k úplnému porušení stěny dělohy a následně může dojít k proniknutí plodu, plodových obalů nebo placenty mimo dutinu děložní. Tento stav je nutné řešit okamžitým urgentním císařským řezem, při kterém jde o záchranu života matky i plodu. Inkompletní děložní ruptura nastává při porušení děložní stěny, ale perimetrium je neporušeno. (Andonovova et al. 2019) Velmi blízká inkompletní ruptuře je tzv. děložní dehiscence, která označuje zeslabení až porušení děložního svalstva, nejčastěji v místě jizvy po předchozím řezu na děloze. Vzniklá ruptura je obvykle lokalizována v místě jizvy na děloze, v dolním děložním segmentu, který je u porodu nejvíce namáhán, nebo v děložních hranách. (Zábranský 1994, s. 322)

Dle etiologie lze ruptury rozdělit na spontánní, pasivní a aktivní. Spontánní jsou predikovány patologickými stavy na děloze, kdy děložní stěna může být zeslabena a porušena například přítomností myomů, resekcemi, trofoblastickou poruchou placenty nebo jejím abnormálním prorůstáním. Pasivní ruptury vznikají působením vnějšího vlivu při traumatech spojených s autohaváriemi a jinými těžkými úrazy. Do této skupiny se řadí i ruptury dělohy způsobené při gynekologických a porodnických operacích v jejím okolí, které se však v současnosti objevují jen zřídka. Hlavní skupinou děložních ruptur jsou ty, které vznikají aktivně v souvislosti s porodem a těhotenství. Nejčastěji jsou spojovány s nadměrnou činností dělohy a množstvím děložních kontrakcí v případech kefalopelvického nepoměru, nesprávného naléhání plodu a také při indukčních porodech. (Robson a Arulkumaran 2020, s. 156)

Nejvýznamnějšími predikčními faktory pro vznik děložní ruptury jsou jizvy po předchozích zákrocích na děloze, především u primipar a po císařském řezu u vícerodiček. Je prokázáno, že u vícerodiček se děložní stěna vlivem četných porodů oslabuje a ztenčuje a tato skutečnost také zvyšuje riziko výskytu ruptury. Landon (2016, s. 676) udává, že většina děložních ruptur se vyskytuje právě u rodiček s již zjizvenou dělohou, které se pokouší o VBAC. Pařízek (2012, s. 207) mezi rizikovými faktory zmiňuje také obezitu matky, nadměrnou velikost plodu, vrozené vady na děloze, a především indukované porody.

Diagnostika hrozící ruptury dělohy je možná dle symptomů. V průběhu porodu při stále častějších a intenzivnějších kontrakcích můžeme sledovat značnou bolestivost dolního děložního segmentu, případně jizvy po císařském řezu. Charakteristickým jevem hrozící

ruptury je tzv. Bandlova rýha, objevující se mezi tělem dělohy a dolním děložním segmentem při kefalopelvicím nepoměru nebo při patologickém naléhání plodu. Spolehlivým a prokazatelným ukazatelem hrozící ruptury je také abnormální záznam KTG se znaky hypoxie plodu včetně tokografického záznamu, na kterém je patrný nárůst intenzity i četnosti kontrakcí. Z pohledu rodičky je nárůst kontrakcí obrovský, obvykle tento nápor ženské tělo přestává zvládat, reaguje výkyvy krevního tlaku, tachykardií, extrémní bolestivostí a se stupňujícím se průběhem dochází k rozvoji šoku. Při konkrétním porušení děložní stěny kontrakce okamžitě ustávají, děloha je retrahovaná, rodička udává náhlou bolest a objevuje se krvácení. Podle rozsahu ruptury a jejího charakteru může být krvácení vaginální, intrauterinní nebo intraabdominální. (Hájek et al., s. 444, Pařízek 2012, s. 207)

Při diagnostice děložní ruptury jde z hlediska léčebného postupu především o celkovou urgentnost při záchraně života matky i dítěte. Důležité je během co nejkratšího času zrealizovat akutní císařský řez a zároveň stabilizovat životní funkce a celkový stav matky. Mezi základní úkony v této situaci řadíme zajištění krevních vstupů a podání infuzní terapie pro zvýšení objemu v krevním řečišti, aplikace tokolytik, kontrola dýchacích cest včetně zajištění funkčnosti dle stavu, a především kontrola stavu dítěte. Hlavním řešením je provedení urgentního císařského řezu v řadě případů zahrnující i hysterektomii. (Pařízek 2012, s. 207)

2.3.7 Statistická úspěšnost VBAC

Metoda VBAC byla hojně využívána v 90. letech 20. století, kdy se podle ACOG vyskytovala až u 25 % porodů ve Spojených státech amerických. S nárůstem počtu provedení císařského řezu však začalo být VBAC používáno poměrně zřídka. ACOG (2014) zhodnocuje, že vzhledem k rizikům spojeným s vaginálním porodem po císařském řezu kleslo v průběhu let 1989–2011 procento incidence VBAC až na 8,5 %.

Na použití metody VBAC se zaměřila Landonova studie z let 1999-2002, kde z rodiček indikovaných k možnému vaginálnímu porodu po císařském řezu danou metodou úspěšně porodilo 73,4 % z nich. Sledováním nejčastěji zmiňované komplikace ovlivňující VBAC prezentovali výsledný výskyt děložní ruptury u 0,7 % rodiček s příčným řezem v dolním děložním segmentu. Studie také potvrzuje skutečnost, že největší rizika a komplikace se rozvíjí u žen při VBAC, u kterých se prokáže ruptura dělohy, kterou podněcují porody VBAC vedené právě formou indukce. (Landon et al. 2004)

Dle RCOG (2007, s. 3) jsou pro co nejúspěšnější výsledky vedení VBAC důležité pozitivně ovlivňující faktory, především přítomnost předchozího vaginálního porodu v anamnéze rodičky může ovlivnit a zvýšit úspěšnost VBAC až na 87-90 %. Naopak za přítomnosti většiny negativně ovlivňujících faktorů jako jsou například indukovaný porod, nepřítomnost vaginálního porodu v anamnéze, BMI rodičky >30 a další, je hranice úspěšnosti pouze 40 %.

Novozélandská lékařská asociace ve své studii sledovala faktory, které pozitivně i negativně ovlivňují průběh VBAC (paritu, přítomnost VBAC v anamnéze, indukci porodu, aplikaci epidurální analgezie). Prokázala, že zvyšující se počet porodů rodiček, a s tím související vyšší pravděpodobnost výskytu vaginálního porodu v anamnéze, pozitivně ovlivňují VBAC. (Merve et al. 2013, s. 6)

Studie Hrubana a kolektivu z let 2007-2010 sledovala metodu vedení vaginálního porodu po císařském řezu a její úspěšnost ve Fakultní nemocnici Brno. Celková úspěšnost vedení porodu VBAC dosáhla 80,8 %. Značný rozdíl studie zaznamenala v míře úspěšnosti porodů VBAC dle jejich začátku. Porody, které začaly spontánně byly úspěšně ukončeny v 89,5 %, naproti tomu indukované porody byly úspěšné jen v 73,9 %. (Hruban et al. 2012, s. 129)

3 Metodika výzkumu

Kapitola o metodice výzkumu popisuje proces získávání dat a jejich zpracování v praktické části. Definuje výzkumný problém, kterým jsem se v diplomové práci zabývala a také poukazuje na hypotézy, které se zkoumáním pokusím potvrdit či vyvrátit.

3.1 Výzkumný problém

Při specifikaci výzkumu jsme vycházeli z teoretických poznatků o daném tématu a také z praktických zkušeností z praxe. Jako hlavní proměnnou našeho výzkumu jsme si stanovili míru spokojenosti rodiček a následně proměnné faktory, které ji nejvíce ovlivňují (preferenze a zkušenosti rodičky, bolest spojená s porodem a poporodním obdobím, kontakt s novorozencem, sebevědomí a psychika ženy).

3.2 Výzkumné cíle a hypotézy

Hlavní cíl práce

Zjistit míru spokojenosti rodiček po předchozím porodu císařským řezem a následném vaginálním porodu. Zmapovat klady a zápory obou typů porodu z pohledu rodiček.

Dílčí cíle

Dílčí cíl 1: Zjistit, zda rodičky po předchozím císařském řezu preferují spíše vaginální porod.

Dílčí cíl 2: Zjistit, jak rodičky hodnotí průběh vaginálního porodu z hlediska bolesti.

Dílčí cíl 3: Zjistit, jak rodičky hodnotí kontakt s novorozencem po vaginálním porodu a císařském řezu.

Dílčí cíl 4: Zjistit, do jaké míry ovlivnil vaginální porod sebevědomí ženy.

Hypotézy:

H1: Většina rodiček po předchozím císařském řezu preferuje v dalším těhotenství vaginální porod.

H2: Spokojenost žen s porodem císařským řezem ovlivňuje preference rodiček pro vaginální porod.

H3: Ženy, které se cítily dostatečně informované o vaginálním vedení porodu, uvádí, že porod proběhl dle jejich očekávání.

H4: Rodičky, které hodnotí bolest při vaginálním porodu jako přiměřenou, nepociťovaly zvýšenou bolest v oblasti jizvy po císařském řezu.

H5: Rodičky, které považují vaginální porod za lepší pro matku i dítě, nesouhlasí s tím, že je odloučení novorozence po císařském řezu přiměřené.

H6: Rodičky, které jsou spokojeny s vaginálním porodem, souhlasí s tím, že porod pozitivně ovlivnil jejich sebevědomí.

3.3 Charakteristika výzkumného souboru

Respondentky do výzkumného souboru byly zvoleny metodou záměrného výběru. Ženy byly osloveny na odděleních šestinedělí v porodnicích na Obilním trhu a v Bohunicích, které jsou spravovány Fakultní Nemocnicí Brno. Podmínkou výběru bylo, že se jednalo o ženy druhorodičky, které prožily porod císařským řezem a následně vaginální porod. Výběr vždy probíhal pomocí porodních knih a ve spolupráci s personálem na oddělení šestinedělí. Všechny respondentky poskytly souhlas se zařazením do anonymního výzkumu a zúčastnily se jej dobrovolně. Vzhledem k úzce specifikované skupině dotazovaných, bohužel nebylo dosaženo předpokládaného počtu respondentek. Validní a kompletní dotazník jsme obdrželi od 91 rodiček.

3.4 Realizace výzkumu a sběr dat

Pro empirickou část diplomové práce jsem zvolila kvantitativní výzkum zaměřený na porod po předchozím císařském řezu a jeho vnímání rodičkami. Před samotným zahájením výzkumného šetření byla schválena žádost o možnost uskutečnění dotazníkového šetření ve Fakultní nemocnici Brno. (příloha 1) Následně byly specifikovány cíle a hypotézy týkající se našeho tématu a dle jejich charakteru byl vytvořen nestandardizovaný dotazník. (příloha 2) Vlastní sestavený dotazník byl konzultován s vedoucím práce doc. MUDr. Lukášem Hrubanem Ph.D, MBA a psycholožkou Mgr. Martinou Tichou. Jeho výslednou formu a jeho použití při výzkumné části diplomové práce schválila etická komise Fakulty zdravotních věd Univerzity Palackého (příloha 3). Dotazníkový sběr dat probíhal průběžně v období od ledna 2022 do dubna roku 2022. Získaná data byla anonymně zpracována a následně statisticky vyhodnocena.

3.5 Metody zpracování dat

Dotazník byl sestaven ze tří hlavních částí. V první části, která obsahovala 5 uzavřených otázek, jsem zjišťovala základní informace o rodičkách, které následně sloužily k charakteristice výzkumného souboru (věk, parita, nejvyšší dosažené vzdělání, týden gravidity u obou porodů). K vytvoření deskriptivní statistiky z těchto dat jsem využila základních funkcí: absolutní a relativní četnosti. Druhá část dotazníku obsahovala uzavřené otázky 6-25 týkající se zkušeností žen s vaginálním porodem a předchozím císařským řezem. Otázky byly uchopeny jako konkrétní tvrzení a ženy volily do jaké míry s tvrzeními souhlasí pomocí Likertovy škály. V poslední části dotazníku rodičky srovnávaly oba typy porodů ve srovnávací tabulce. Udávaly tak, který z typu porodu jim z hlediska daného specifického odvětví vyhovoval více. Všechna data byla elektronicky uchována a zpracována pomocí tabulkového softwaru Microsoft Excel, v němž jsem použila klasické funkce pro tvorbu četnostních grafů. Při tvorbě hypotéz jsem použila základní test o podílu se sledováním hladiny významnosti a také Spearmanův korelační koeficient a jeho test statistické významnosti.

4 Výsledky výzkumu

Výzkum byl zaměřen na spokojenost rodiček po vaginálním porodu, které mají zároveň zkušenost i s porodem císařským řezem u svého předchozího těhotenství. Do výzkumného dotazníkové šetření se zapojilo 91 rodiček, které porodily ve FN Brno.

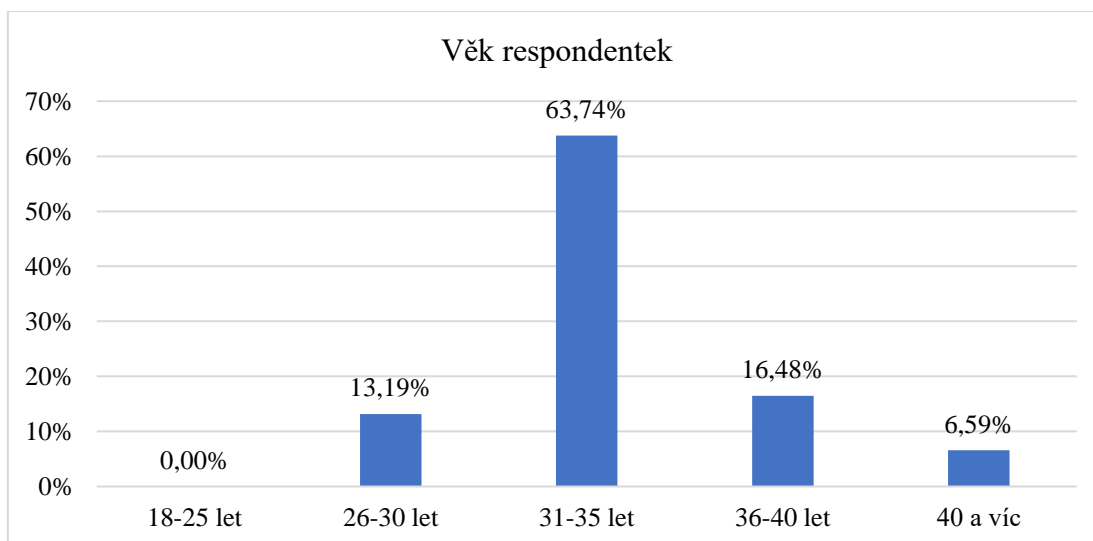
4.1 Statistické vyhodnocení dat

4.1.1 Základní parametry výzkumného souboru

Tabulka 1 - Věk respondentek

Věk	Absolutní četnost „n“	Relativní četnost v %
18-25 let	0	0,00
26-30 let	12	13,19
31-35 let	58	63,74
36-40 let	15	16,48
40 a víc	6	6,59
Celkem	91	100,00

Graf 1 - Věk respondentek



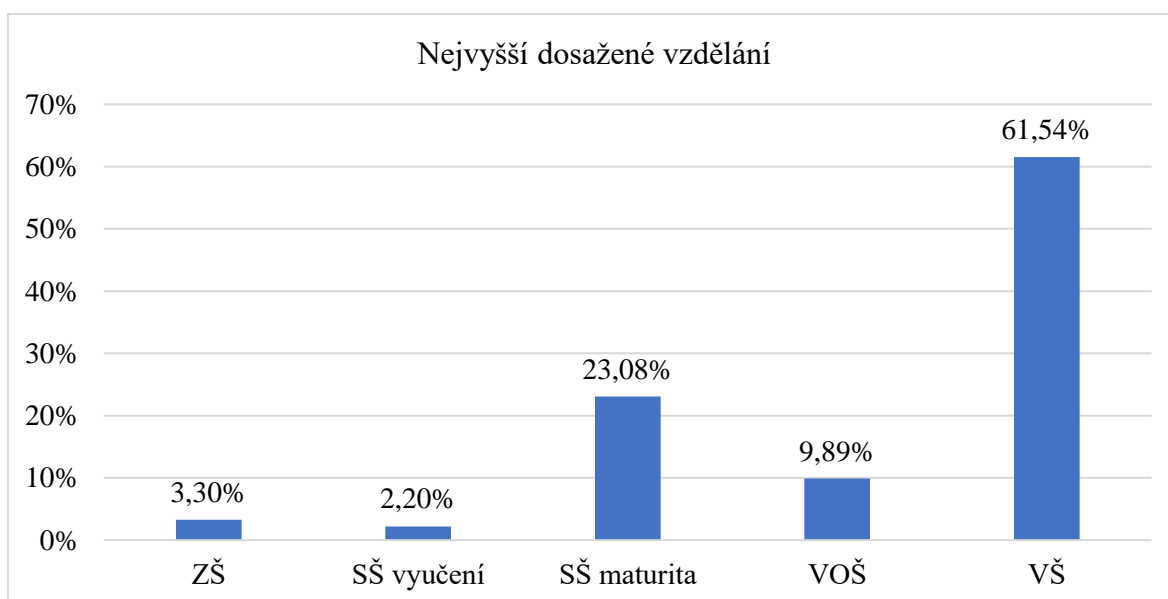
První otázka dotazníku se zabývala věkem zúčastněných rodiček. Tabulka a graf č.1 zobrazují absolutní a relativní četnost rodiček u jednotlivých věkových skupin. Nejvíce

dotázaných rodiček 63,74 % (n = 58) bylo ve věkovém rozmezí 31-35 let. Nejmladší věková skupina 18-25 let neměla žádnou zástupkyni.

Tabulka 2 - Nejvyšší dosažené vzdělání

Nejvyšší dosažené vzdělání	Absolutní četnost „n“	Relativní četnost v %
ZŠ	3	3,30
SŠ vyučení	2	2,20
SŠ maturita	21	23,08
VOŠ	9	9,89
VŠ	56	61,54
Celkem	91	100,00

Graf 2 - Nejvyšší dosažené vzdělání



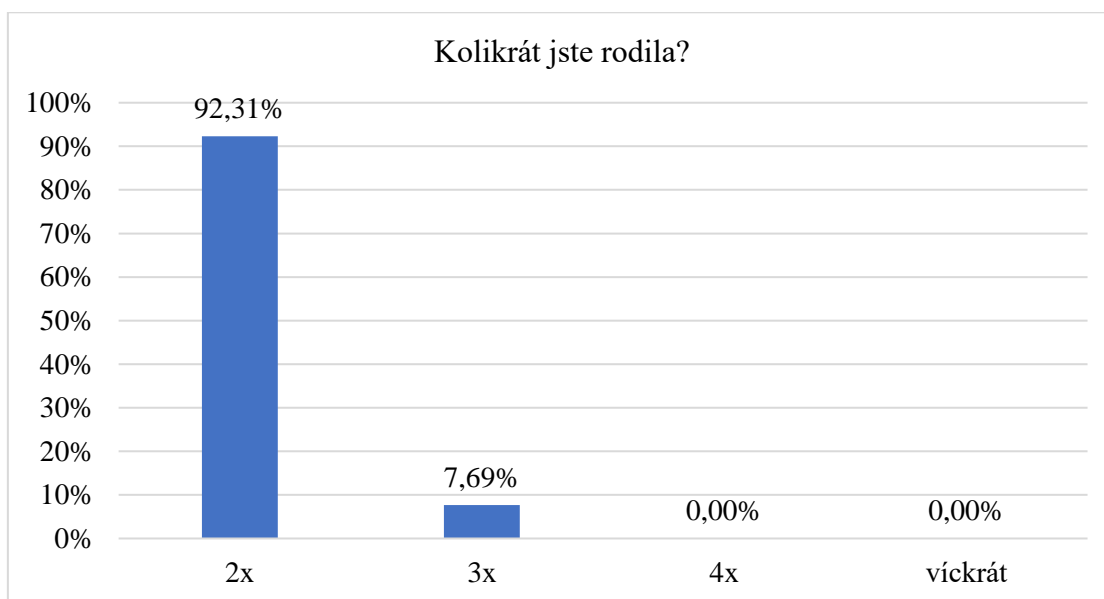
Druhá otázka se zaměřovala na typ nejvyššího dosaženého vzdělání rodiček. Tabulka a graf č.2 zobrazují absolutní a relativní četnost rodiček v jednotlivých odvětvích vzdělání. Nejpočetnější skupinou je s nadpoloviční většinou dotazovaných žen skupina s vysokou školou 61,54 % (n = 56). Druhá velmi početná skupina jsou ženy vzdělané formou střední školy s maturitou 23,08 % (n = 21). Vyšší odborné vzdělání uvedlo pouze 9,89 % (n = 9). Pouze

jednotkové zastoupení pak mají skupiny se základním vzděláním 3,30 % (n = 3) nebo se středoškolským vzděláním s výučním listem 2,20 % (n = 2).

Tabulka 3 - Parita respondentek

Kolikrát jste rodila?	Absolutní četnost „n“	Relativní četnost v %
2x	84	92,31
3x	7	7,69
4x	0	0,00
víckrát	0	0,00
Celkem	91	100,00

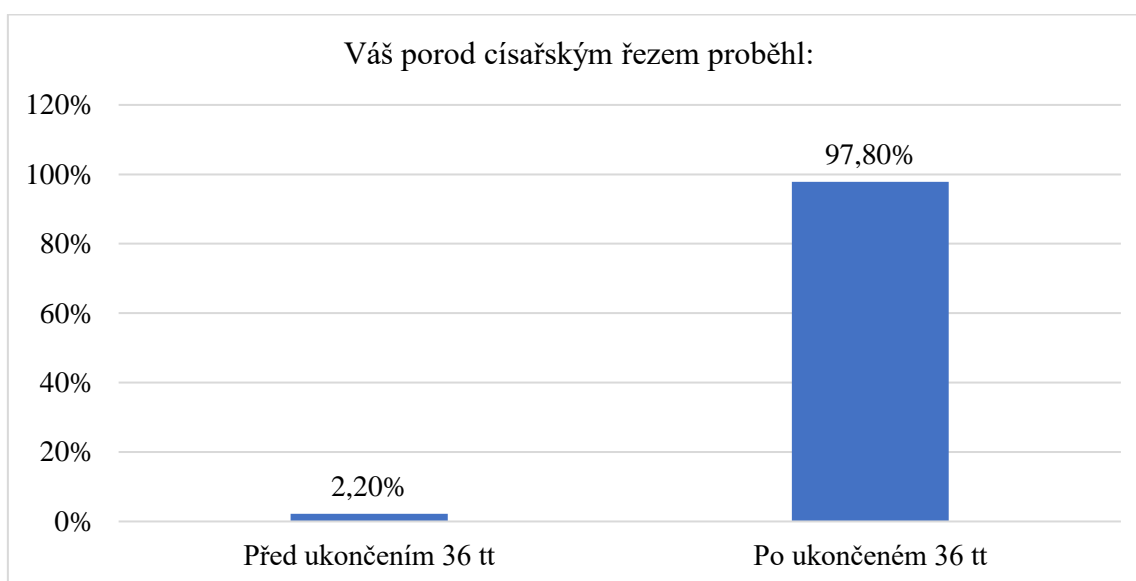
Graf 3 - Parita respondentek



Tabulka a graf č.3 zobrazují data získané z otázky zaměřené na počet porodů ženy. U této otázky se vyskytly pouze dva druhy odpovědí. Největší skupina respondentek byly ženy druhorodičky 92,31 % (n = 84). Pouze 7,69 % (n = 7) byly ženy, které rodily potřetí.

Tabulka 4 - Termín císařského řezu

Váš porod císařským řezem proběhl	Absolutní četnost „n“	Relativní četnost v %
Před ukončením 36 tt.	2	2,20
Po ukončeném 36 tt.	89	97,80
Celkem	91	100,00

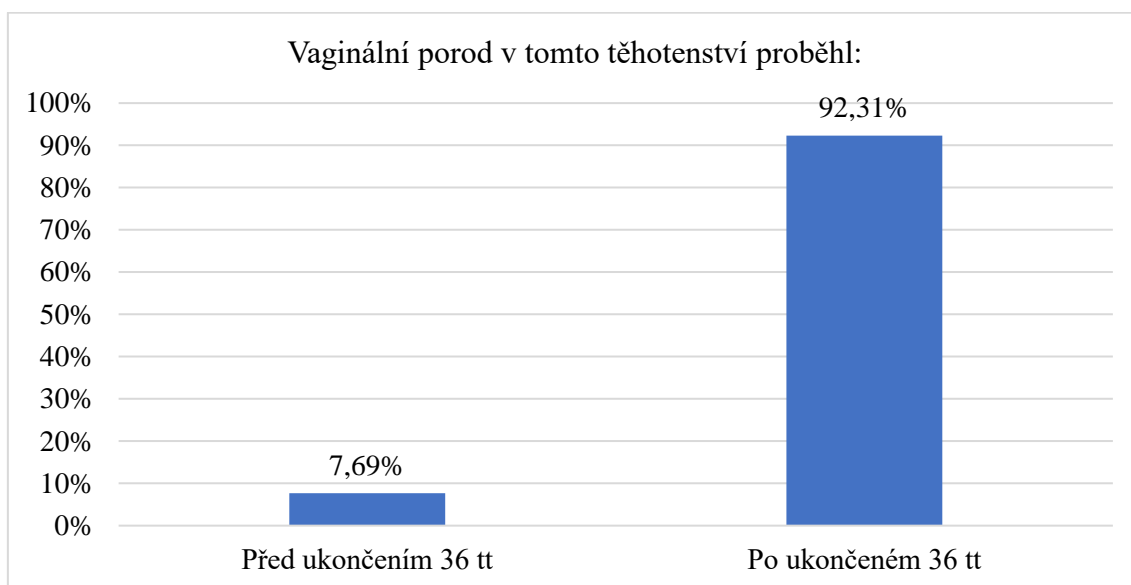
Graf 4 - Termín císařského řezu

Čtvrtá otázka měla za cíl specifikovat, zda porod císařským řezem, který rodička absolvovala v předchozím těhotenství, proběhl před nebo po ukončení 36. týdne těhotenství. Odpovědi tak měly ukázat, zda se jednalo o porod předčasný, nebo fyziologicky termínový. Většina respondentek 97,80 % (n = 89) uvedla, že se jednalo o porod po ukončeném 36. týdnu těhotenství. Pouze dvě ženy 2,20 % (n = 2) porodily předčasně císařským řezem před ukončením 36. týdne těhotenství.

Tabulka 5 - Termín vaginálního porodu

Vaginální porod v tomto těhotenství proběhl	Absolutní četnost „n“	Relativní četnost v %
Před ukončením 36 tt	7	7,69
Po ukončeném 36 tt	84	92,31
Celkem	91	100,00

Graf 5 - Termín vaginálního porodu



Tabulka a graf č.5 rozlišují četnost rodiček s předčasným nebo termínovým vaginálním porodem v současném těhotenství. Většina žen 92,31 % (n = 84) porodila v termínu po ukončení 36. týdne těhotenství. Předčasný vaginální porod uvedlo 7,69 % (n = 7) rodiček.

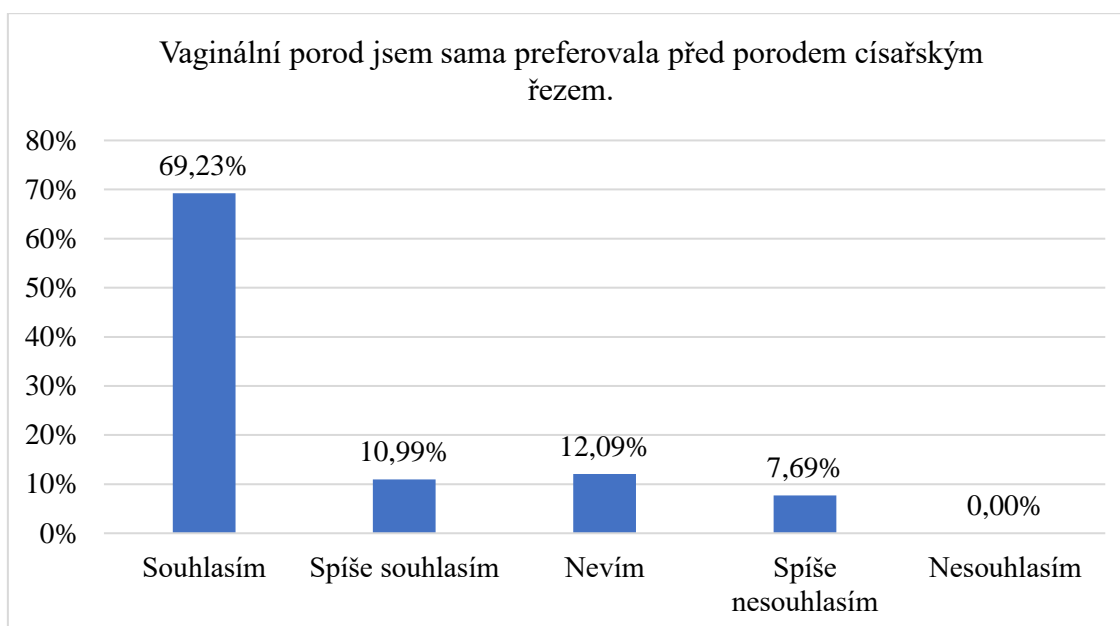
4.1.2 Dotazníková tvrzení

Otázky v této části dotazníku byly položeny jako jednotlivá tvrzení a ženy hodnotily, do jaké míry s nimi souhlasí.

Tabulka 6 - Preference typu porodu

Vaginální porod jsem sama preferovala před porodem císařským řezem.	Absolutní četnost „n“	Relativní četnost v %
Souhlasím	63	69,23
Spíše souhlasím	10	10,99
Nevím	11	12,09
Spíše nesouhlasím	7	7,69
Nesouhlasím	0	0,00
Celkem	91	100,00

Graf 6 - Preference typu porodu

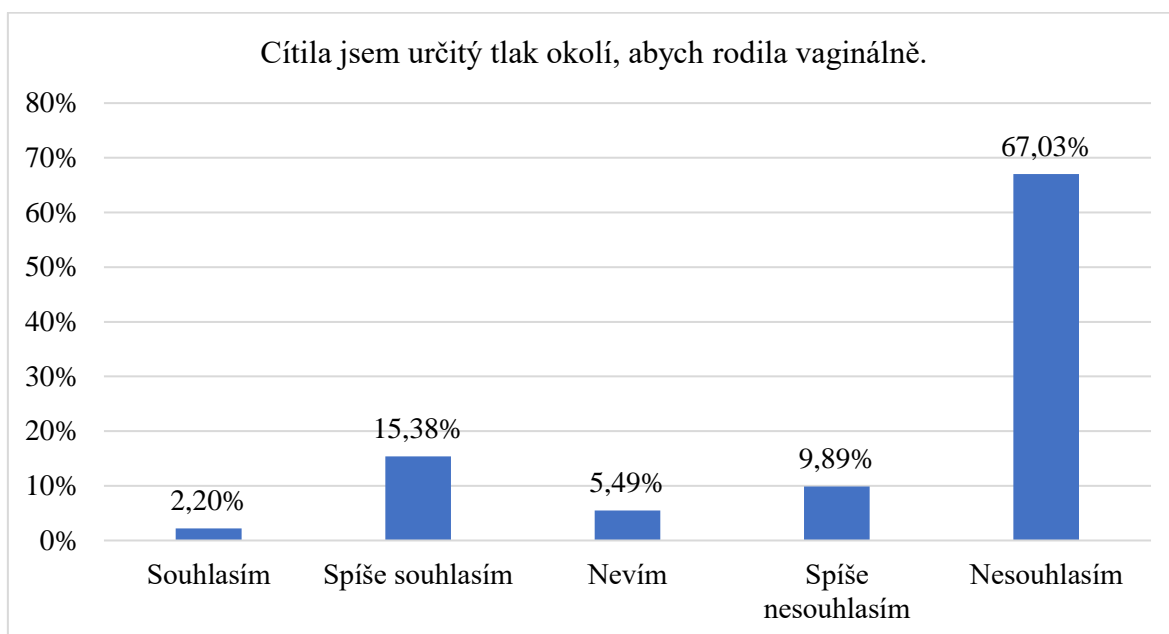


Tabulka a graf č.6 ukazují, do jaké míry ženy preferovaly vaginální porod po předchozím císařském řezu. Jasný souhlas s preferencí vaginálního porodu vyslovilo 69,23 % (n = 63), spíše souhlasilo 10,99 % (n = 10). Některé rodičky se necítily zcela rozhodnuté a uváděly tak odpověď neví v 12,09 % (n = 11). Žádná z rodiček neuvedla přímý nesouhlas s daným tvrzením, spíše nesouhlasím zvolilo pouze 7,69 % (n = 7).

Tabulka 7 - Nátlak ze strany okolí

Cítila jsem určitý tlak okolí, abych rodila vaginálně.	Absolutní četnost „n“	Relativní četnost v %
Souhlasím	2	2,20
Spíše souhlasím	14	15,38
Nevím	5	5,49
Spíše nesouhlasím	9	9,89
Nesouhlasím	61	67,03
Celkem	91	100,00

Graf 7 - Nátlak ze strany okolí

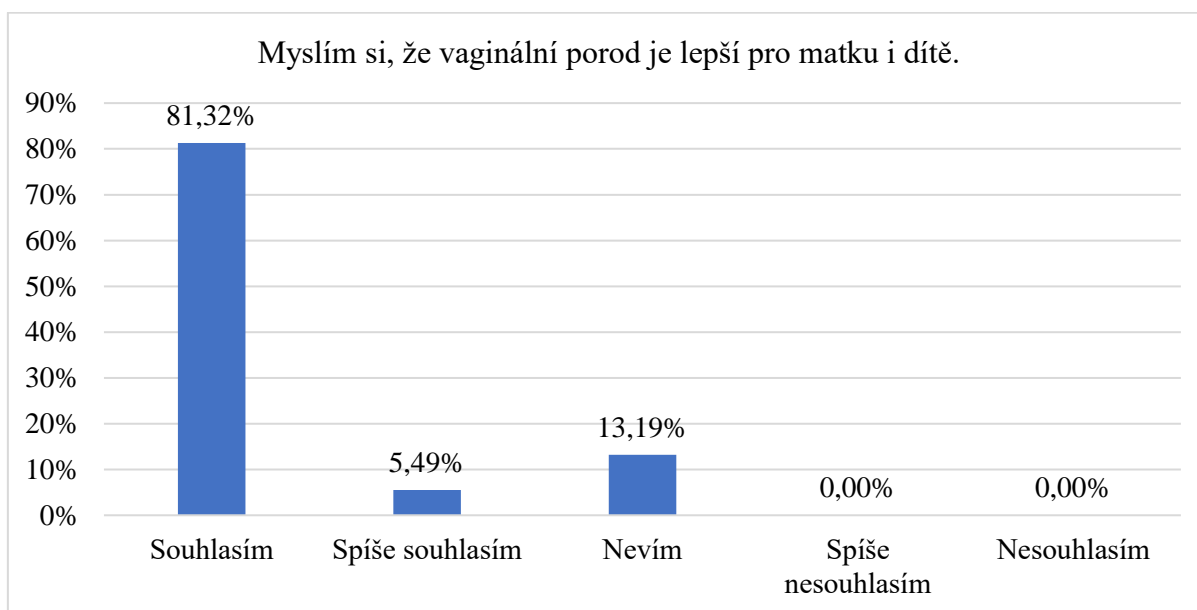


V sedmém tvrzení jsem se rodiček ptala, zda pociťovaly nějaký tlak ze svého okolí (rodiny, přátel, společnosti, lékařského personálu...) pro vaginální porod. Tabulka a graf č.7 zobrazují že většina žen s tímto tvrzením nesouhlasila 67,03 % (n = 61) a spíše nesouhlasila 9,89 % (n = 9). Nevím uvedlo 5,49 % (n = 5) rodiček. Spíše souhlasilo 15,38 % (n = 14) a zcela souhlasily dvě rodičky 2,20 % (n = 2).

Tabulka 8 - Výhoda vaginálního porodu

Myslím si, že vaginální porod je lepší pro matku i dítě.	Absolutní četnost „n“	Relativní četnost v %
Souhlasím	74	81,32
Spíše souhlasím	5	5,49
Nevím	12	13,19
Spíše nesouhlasím	0	0,00
Nesouhlasím	0	0,00
Celkem	91	100,00

Graf 8 - Výhoda vaginálního porodu

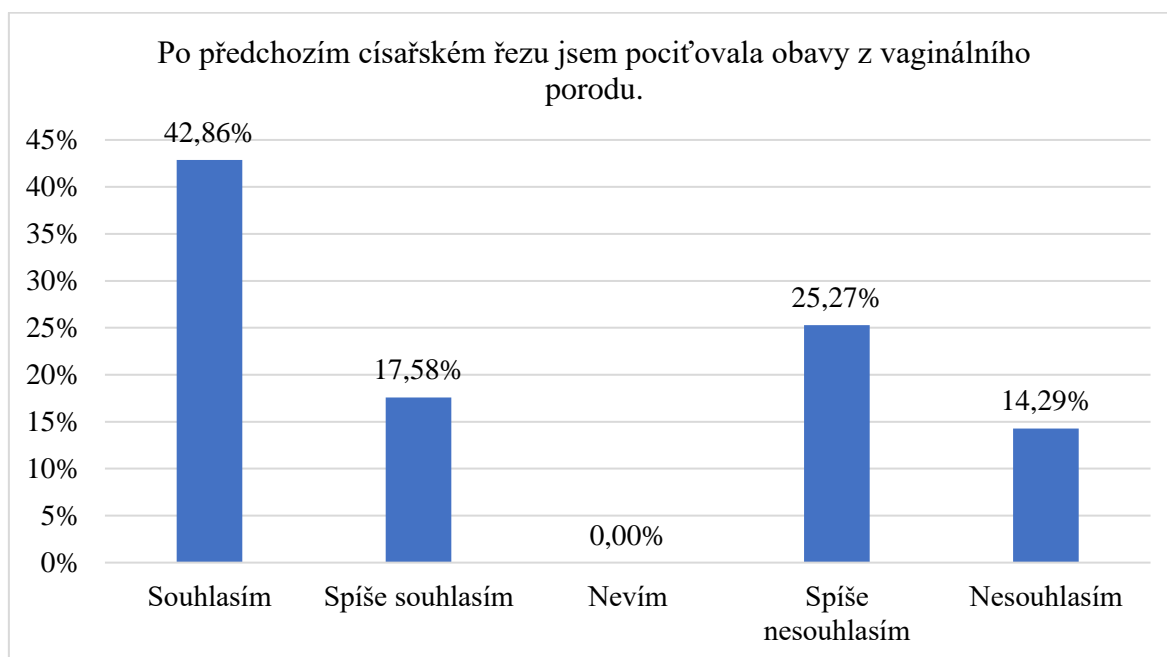


Osmé tvrzení pojednává o faktu, že je vaginální porod výhodnější pro matku i dítě. S tímto tvrzením souhlasilo 81,32 % (n = 74) rodiček a spíše souhlasilo 5,49 % (n = 5). 13,19 % (n = 12) žen uvedlo nevím. Nikdo z dotazovaných nevedl nesouhlas.

Tabulka 9 - Obavy z porodu

Po předchozím císařském řezu jsem pocítovala obavy z vaginálního porodu.	Absolutní četnost „n“	Relativní četnost v %
Souhlasím	39	42,86
Spíše souhlasím	16	17,58
Nevím	0	0,00
Spíše nesouhlasím	23	25,27
Nesouhlasím	13	14,29
Celkem	91	100,00

Graf 9 - Obavy z porodu

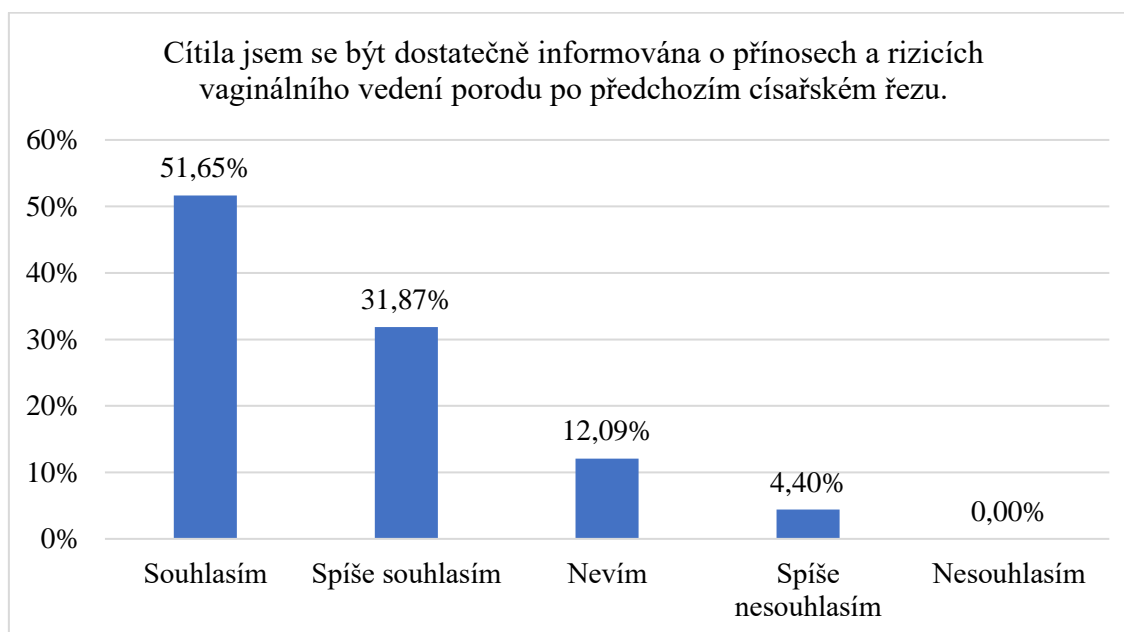


Po předchozím císařském řezu se ženy mohou cítit nejistě před vaginálním porodem, proto jsem zařadila také otázku, zda rodičky pocítovaly určité obavy. Souhlas s tvrzením uvedlo 42,86 % (n = 39) a spíše souhlasilo 17,58 % (n = 16). Opačný nesouhlasný názor mělo 14,29 % (n = 13) a spíše nesouhlasilo 25,27 % (n = 23). Variantu nevím žádná z respondentek nevyužila.

Tabulka 10 - Informovanost

Cítila jsem se být dostatečně informována o přínosech a rizicích vaginálního vedení porodu po předchozím císařském řezu.	Absolutní četnost „n“	Relativní četnost v %
Souhlasím	47	51,65
Spíše souhlasím	29	31,87
Nevím	11	12,09
Spíše nesouhlasím	4	4,40
Nesouhlasím	0	0,00
Celkem	91	100,00

Graf 10 - Informovanost

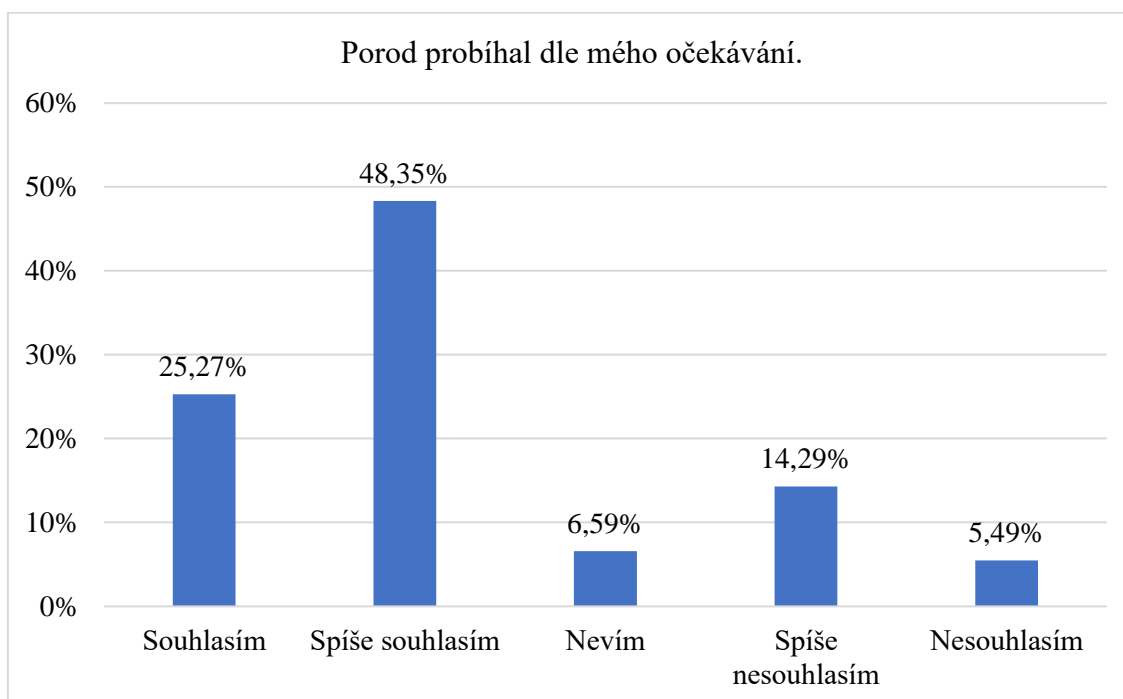


Tvrzení č.10 bylo zaměřeno na informovanost rodiček, které čeká vaginální porod po předchozím císařském řezu. Cílem zdravotnického personálu je rodičku plně informovat o přínosech i rizicích. Tabulka a graf č.10 ukazují úspěšnost informovanosti u dotazovaných rodiček. Souhlas s tvrzením uvedlo 51,65 % (n = 47) a spíše souhlasilo 31,87 % (n = 29). Přesnou odpověď nevědělo 12,09 % (n = 11) a s tvrzením spíše nesouhlasily 4 ženy 4,40 % (n = 4). Nikdo neuvedl přímý nesouhlas.

Tabulka 11 - Očekávání od porodu

Porod probíhal dle mého očekávání.	Absolutní četnost „n“	Relativní četnost v %
Souhlasím	23	25,27
Spíše souhlasím	44	48,35
Nevím	6	6,59
Spíše nesouhlasím	13	14,29
Nesouhlasím	5	5,49
Celkem	91	100,00

Graf 11 - Očekávání od porodu

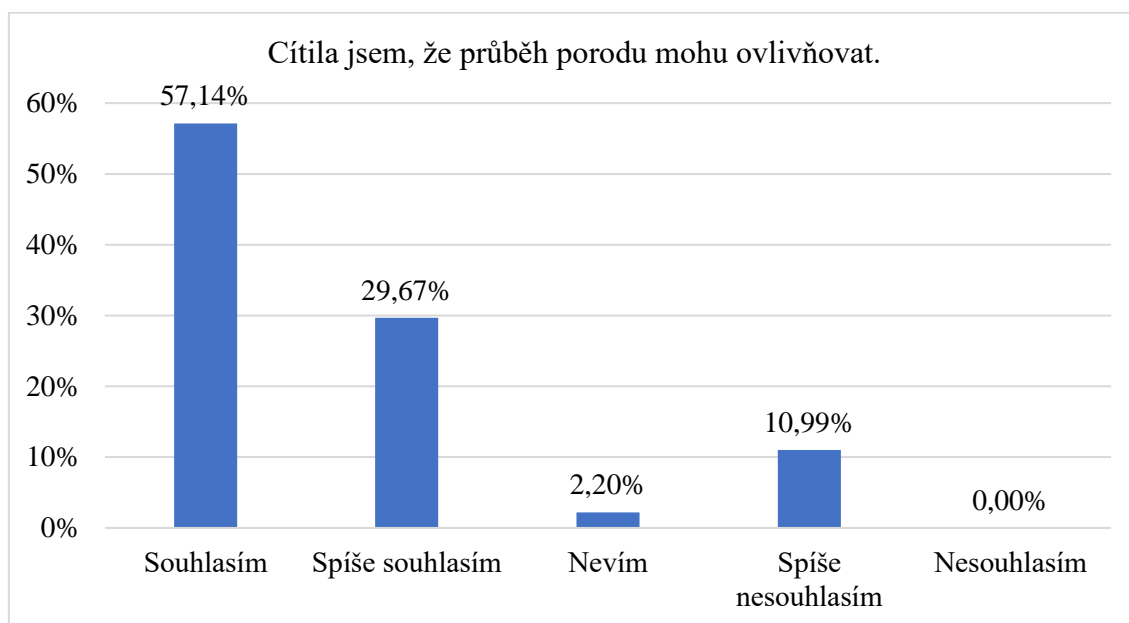


Tabulka a graf č. 11 zobrazují do jaké míry se naplnilo očekávání rodiček z vaginálního porodu a jeho průběhu. Souhlasný názor s daným tvrzením uvedlo 25,27 % (n = 23) a spíše souhlasilo 48,35 % (n = 44), tím jsme získali většinový pozitivní výstup z vaginálního porodu. Odpověď nevíím zvolilo 6,59 % (n = 6) žen. Spíše nesouhlasný postoj mělo 14,29 % (n = 13) rodiček a zcela jich nesouhlasilo 5,49 % (n = 5).

Tabulka 12 - Ovlivnění průběhu porodu

Cítala jsem, že průběh porodu mohu ovlivňovat.	Absolutní četnost „n“	Relativní četnost v %
Souhlasím	52	57,14
Spíše souhlasím	27	29,67
Nevím	2	2,20
Spíše nesouhlasím	10	10,99
Nesouhlasím	0	0,00
Celkem	91	100,00

Graf 12 - Ovlivnění průběhu porodu

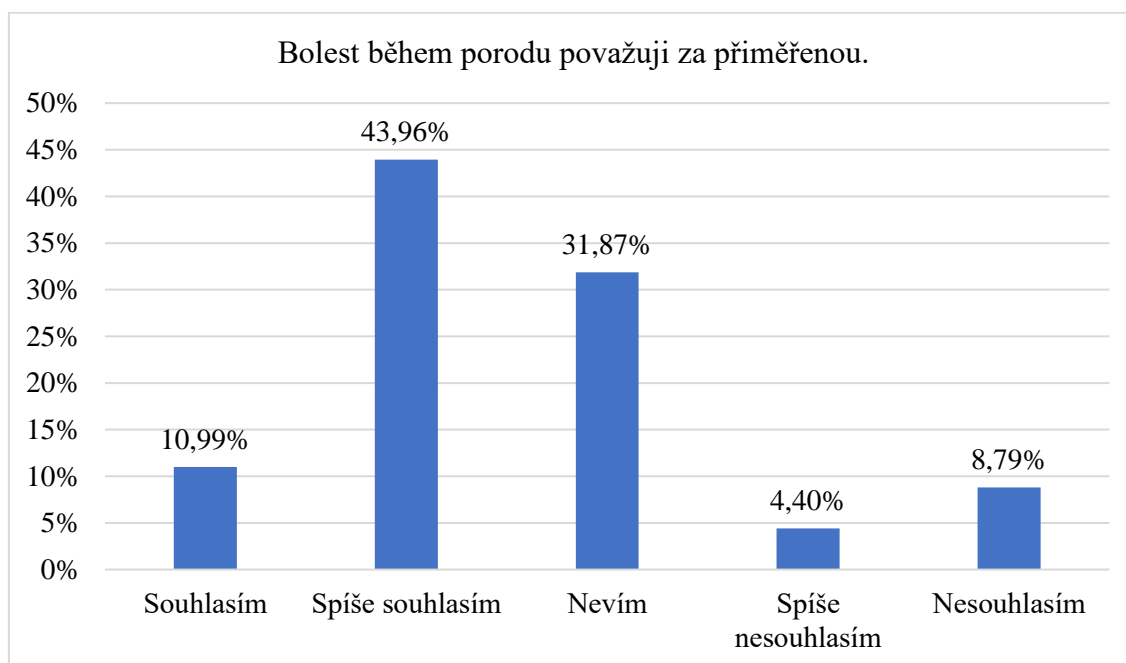


Tabulka a graf č.12 ukazují, zda ženy při vaginálním porodu cítily, že jeho průběh mohou ovlivňovat (volit si polohu při finální fázi porodu, volně se pohybovat, využívat metody tišení bolesti dle svých preferencí). Většina rodiček 57,14 % (n = 52) vyjádřila naprostý souhlas s tímto tvrzením a spíše souhlasilo 29,67 % (n = 27). Nejistou odpověď neví zvolilo 2,20 % (n = 2) žen. 10,99 % (n = 10) rodiček spíše nesouhlasilo s možností ovlivňování porodu, ale nikdo z respondentek nevedl naprostý nesouhlas.

Tabulka 13 - Hodnocení bolesti

Bolest během porodu považují za přiměřenou.	Absolutní četnost „n“	Relativní četnost v %
Souhlasím	10	10,99
Spíše souhlasím	40	43,96
Nevím	29	31,87
Spíše nesouhlasím	4	4,40
Nesouhlasím	8	8,79
Celkem	91	100,00

Graf 13 - Hodnocení bolesti

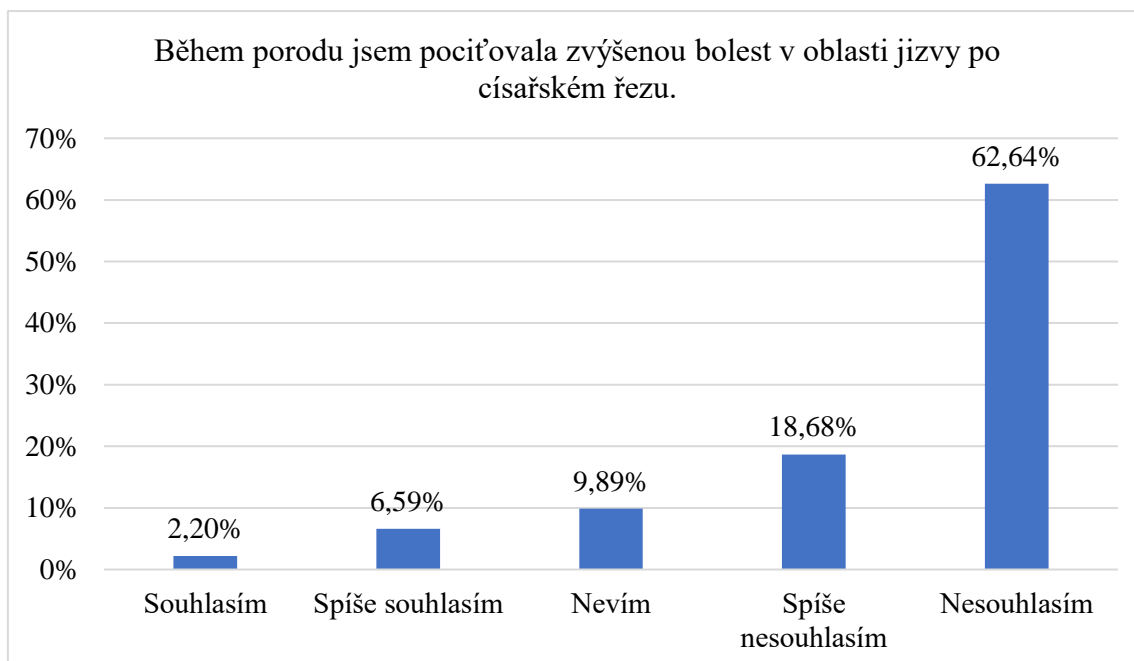


Tabulka a graf č. 13 hodnotí výsledky dalšího tvrzení ohledně vaginálního porodu a bolesti, kterou v jeho průběhu rodička prožila. Souhlas s přiměřeností bolesti za porodu uvedlo 10,99 % (n = 10) a spíše souhlasilo 43,96 % (n = 40). Poměrně značná část žen si nebyla jistá, zda jimi vnímaná bolest u porodu byla přiměřená, a tak odpověď nevím uvedlo 31,87 % (n = 29). Zbývající jednotkové hlasy respondentek byly uvedeny jako spíše nesouhlasím 4,40 % (n = 4) a nesouhlasím 8,79 % (n = 8).

Tabulka 14 - Bolest v oblasti jizvy

Během porodu jsem pocítovala zvýšenou bolest v oblasti jizvy po císařském řezu.	Absolutní četnost „n“	Relativní četnost v %
Souhlasím	2	2,20
Spíše souhlasím	6	6,59
Nevím	9	9,89
Spíše nesouhlasím	17	18,68
Nesouhlasím	57	62,64
Celkem	91	100,00

Graf 14 - Bolest v oblasti jizvy

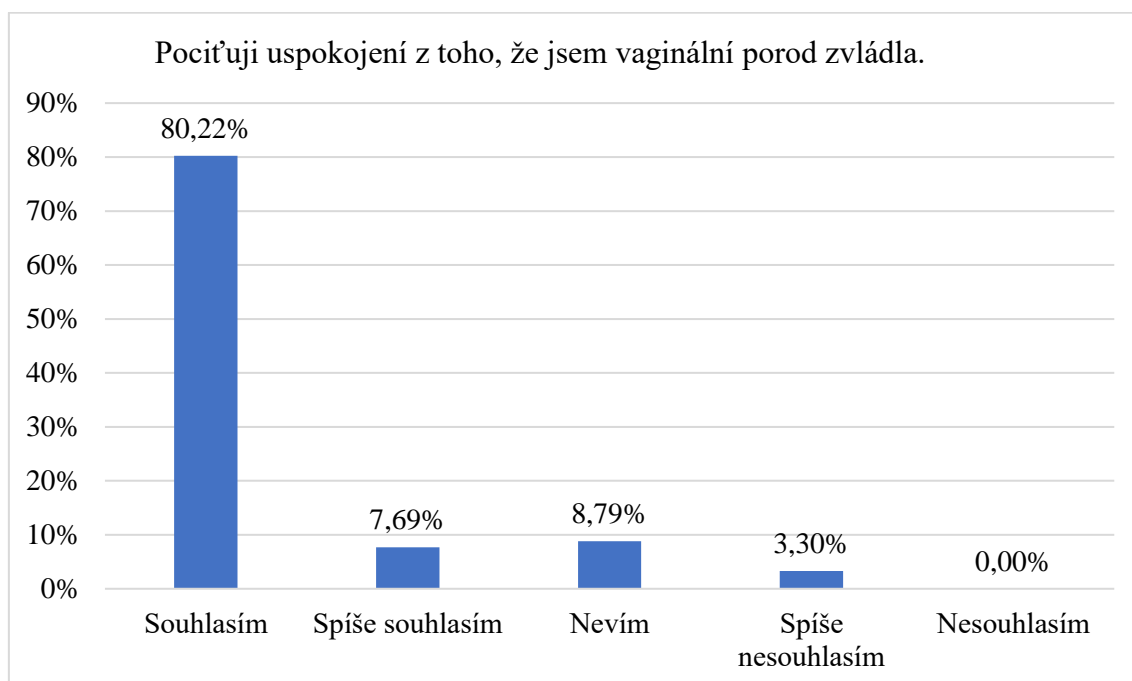


Tabulka a graf č.14 zaznamenávají názor žen ohledně bolesti v jizvě při vaginálním porodu. Cílem tvrzení bylo zmapovat tento subjektivní pocit rodiček, které rodí vaginální cestou a můžou tak posoudit působení kontrakční činnosti na jizvu po předchozím císařském řezu. Většina rodiček nesouhlasila 62,64 % (n = 57) a spíše nesouhlasila 18,68 % (n = 17) s tím, že by pocítovaly zvýšenou bolest v jizvě v průběhu porodu. Nevím uvedlo 9,89 % (n = 9) žen. Souhlasný názor na tvrzení pak mělo pouze 2,20 % (n = 2) rodiček a spíše souhlasilo 6,59 % (n = 6).

Tabulka 15 - Pocit spokojenosti

Pocítuji uspokojení z toho, že jsem vaginální porod zvládla.	Absolutní četnost „n“	Relativní četnost v %
Souhlasím	73	80,22
Spíše souhlasím	7	7,69
Nevím	8	8,79
Spíše nesouhlasím	3	3,30
Nesouhlasím	0	0,00
Celkem	91	100,00

Graf 15 - Pocit spokojenosti

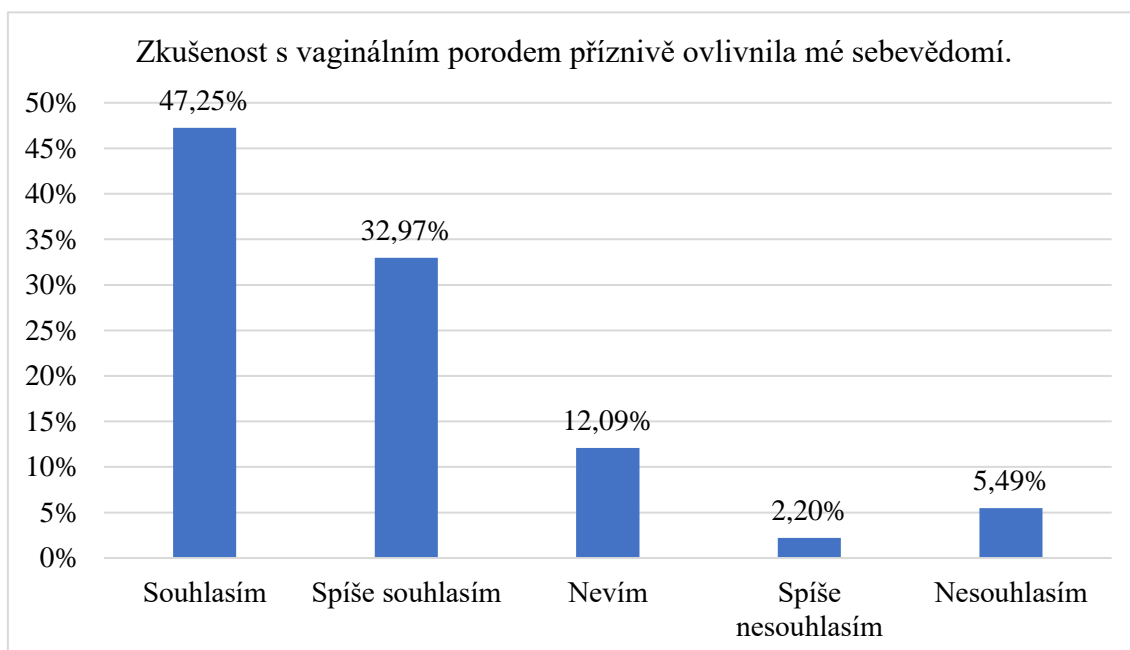


Tvrzení č.15 se zajímalo o pocity žen, které zvládly vaginální porod po předchozím císařském řezu. Tabulka a graf č.15 ukazují, že naprostá většina rodiček 80,22 % (n = 73) souhlasí, že cítí pocit uspokojení ze zvládnutého vaginálního porodu. S daným faktem spíše souhlasí 7,69 % (n = 7) a neutrální nevím uvedlo 8,79 % (n = 8). Rodiček, které se s tímto tvrzením neztotožnily a spíše nesouhlasí je 3,30 % (n = 3) a žádná neuvedla naprostý nesouhlas.

Tabulka 16 - Ovlivněné sebevědomí

Zkušenost s vaginálním porodem příznivě ovlivnila mé sebevědomí.	Absolutní četnost „n“	Relativní četnost v %
Souhlasím	43	47,25
Spíše souhlasím	30	32,97
Nevím	11	12,09
Spíše nesouhlasím	2	2,20
Nesouhlasím	5	5,49
Celkem	91	100,00

Graf 16 - Ovlivněné sebevědomí

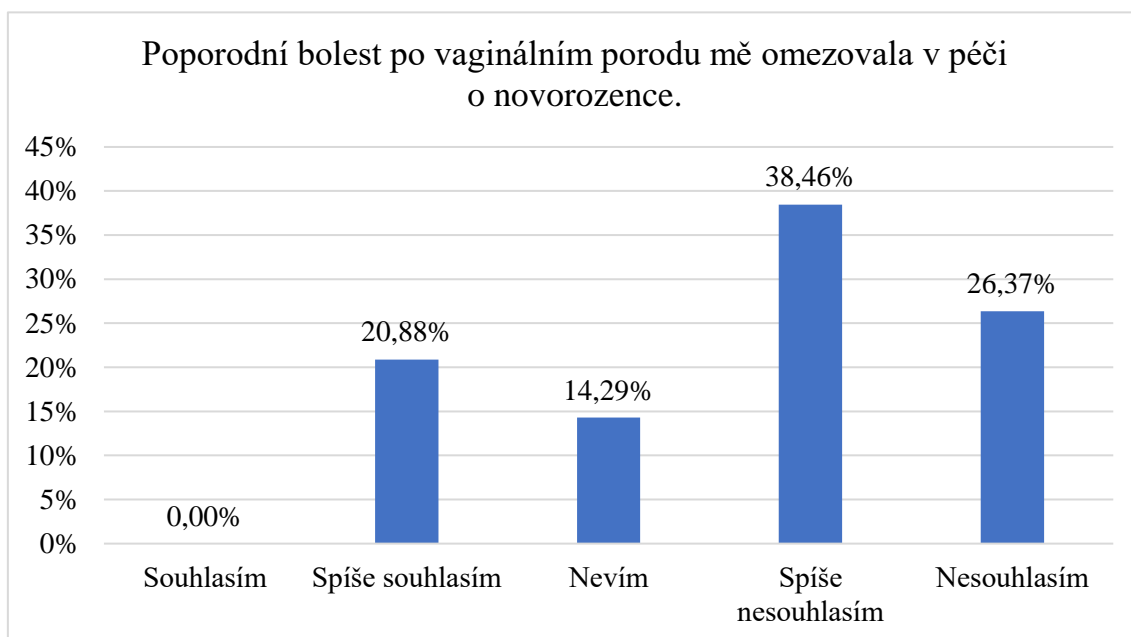


Tabulka a graf č.16 znázorňují názory žen na jejich sebevědomí po zvládnutém vaginálním porodu. Přepokládala jsem, že se rodičky po porodu cítily pozitivně a jejich sebevědomí tak vzrostlo. S příznivě ovlivněným sebevědomím díky vaginálnímu porodu souhlasí 47,25 % (n = 43) a spíše souhlasí 32,97 % (n = 30). Odpověď nevím zvolilo 12,09 % (n = 11). Zbývající respondentky nesouhlasí 5,49 % (n = 5) a spíše nesouhlasí 2,20 % (n = 2).

Tabulka 17 - Poporodní bolest

Poporodní bolest po vaginálním porodu mě omezovala v péči o novorozence.	Absolutní četnost „n“	Relativní četnost v %
Souhlasím	0	0,00
Spíše souhlasím	19	20,88
Nevím	13	14,29
Spíše nesouhlasím	35	38,46
Nesouhlasím	24	26,37
Celkem	91	100,00

Graf 17 - Poporodní bolest

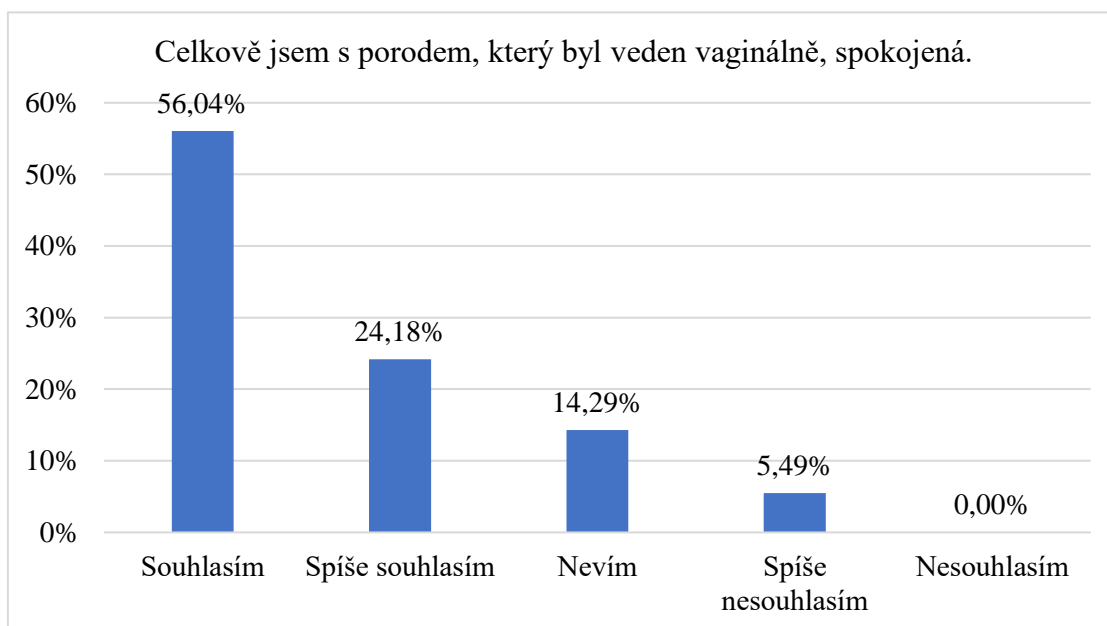


Ve tvrzení č.17 jsem se zaměřila na možnou bolest v průběhu rekonvalescence po vaginálním porodu (zavinování dělohy, poporodní poranění a jeho sutura). Nadpoloviční většina respondentek uvedla, že nesouhlasí 26,37 % (n = 24) a spíše nesouhlasí 38,46 % (n = 35) s tím, že by je bolest po vaginálním porodu omezovala v péči o novorozence. 14,29 % (n = 13) žen zvolilo odpověď nevím a 20,88 % (n = 19) žen s tvrzením spíše souhlasilo. Nikdo neuvedl přímý souhlas.

Tabulka 18 - Hodnocení porodu

Celkově jsem s porodem, který byl veden vaginálně, spokojená.	Absolutní četnost „n“	Relativní četnost v %
Souhlasím	51	56,04
Spíše souhlasím	22	24,18
Nevím	13	14,29
Spíše nesouhlasím	5	5,49
Nesouhlasím	0	0,00
Celkem	91	100,00

Graf 18 - Hodnocení porodu

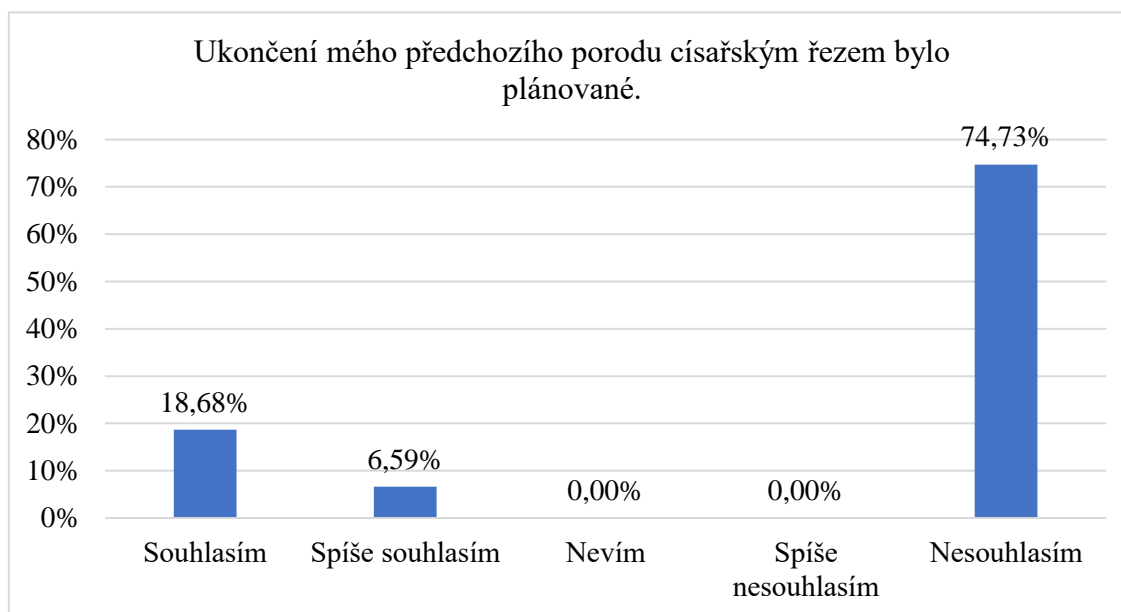


Tabulka a graf č.18 zobrazují celkovou spokojenost žen s vaginálním porodem. Většinou se u rodiček potvrzuje souhlasný názor 56,04 % (n = 51) a varianta spíše souhlasím 24,18 % (n = 22). Část respondentek uvádí nevím 14,29 % (n = 13) a pouze 5,49 % (n = 5) spíše nesouhlasí.

Tabulka 19 - Typ císařského řezu

Ukončení mého předchozího porodu císařským řezem bylo plánované.	Absolutní četnost „n“	Relativní četnost v %
Souhlasím	17	18,68
Spíše souhlasím	6	6,59
Nevím	0	0,00
Spíše nesouhlasím	0	0,00
Nesouhlasím	68	74,73
Celkem	91	100,00

Graf 19 - Typ císařského řezu

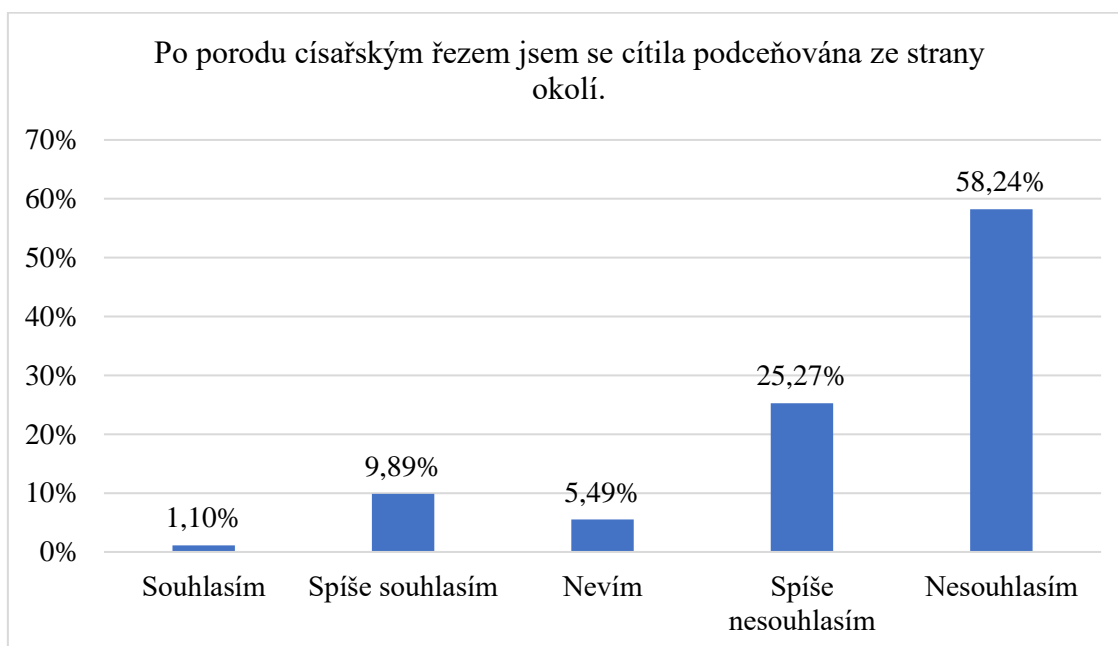


Tvrzení č. 19 se zabývá císařským řezem z předchozího těhotenství a tím, zda byl proveden akutně nebo byl naplánován. Většina rodiček 74,73 % (n = 68) nesouhlasí a tím udává, že se jednalo o akutní císařský řez. Část respondentek uvedla možnost souhlasím 18,68 % (n = 17) a spíše souhlasím 6,59 % (n = 6) a tím potvrdila, že šlo o předem plánovaný císařský řez.

Tabulka 20 - Pocit podcenění

Po porodu císařským řezem jsem se cítila podceňována ze strany okolí.	Absolutní četnost „n“	Relativní četnost v %
Souhlasím	1	1,10
Spíše souhlasím	9	9,89
Nevím	5	5,49
Spíše nesouhlasím	23	25,27
Nesouhlasím	53	58,24
Celkem	91	100,00

Graf 20 - Pocit podcenění

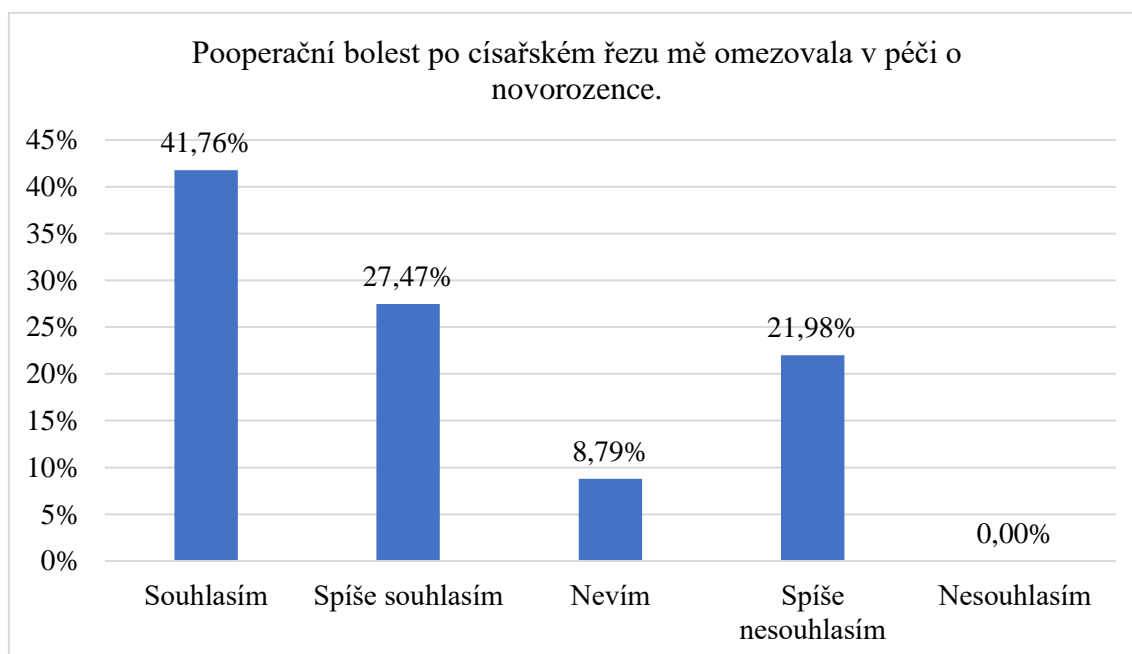


Tabulka a graf č. 20 zobrazují výsledky hodnocení žen u tvrzení o pocitu méněcennosti a podcenění po předchozím císařském řezu. Naprostá většina uvádí nesouhlas s daným tvrzením 58,24 % (n = 53) a spíše nesouhlasí 25,27 % (n = 23).

Tabulka 21 - Pooperační bolest

Pooperační bolest po císařském řezu mě omezovala v péči o novorozence.	Absolutní četnost „n“	Relativní četnost v %
Souhlasím	38	41,76
Spíše souhlasím	25	27,47
Nevím	8	8,79
Spíše nesouhlasím	20	21,98
Nesouhlasím	0	0,00
Celkem	91	100,00

Graf 21 - Pooperační bolest

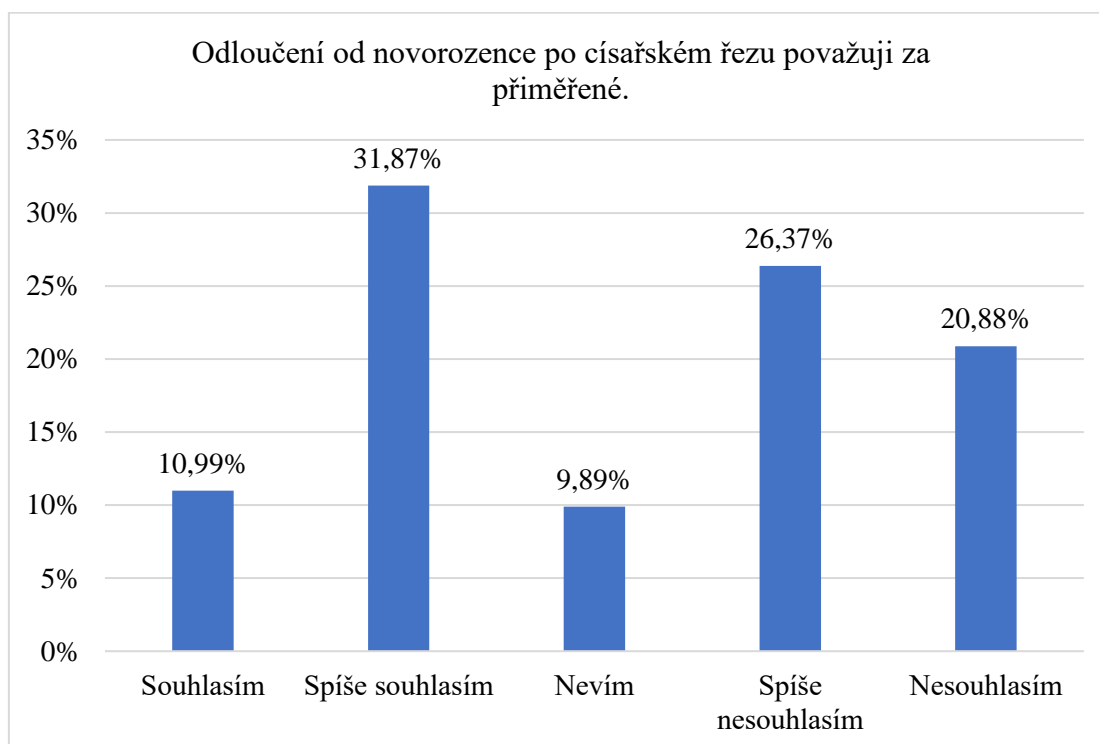


Tabulka a graf č. 21 zobrazují, jak rodičky vnímaly pooperační bolest po císařském řezu a zda je omezovala v péči o novorozence. Velká část žen s tvrzením souhlasí 41,76 % (n = 38) a spíše souhlasí 27,47 % (n = 25). Odpověď nevím zvolilo 8,79 % (n = 8) a zbývajících 21,98 % (n = 20) s tvrzením spíše nesouhlasilo. Nikdo z dotazovaných neuvedl přímý nesouhlas.

Tabulka 22 - Odloučení od novorozence

Odloučení od novorozence po císařském řezu považuji za přiměřené.	Absolutní četnost „n“	Relativní četnost v %
Souhlasím	10	10,99
Spíše souhlasím	29	31,87
Nevím	9	9,89
Spíše nesouhlasím	24	26,37
Nesouhlasím	19	20,88
Celkem	91	100,00

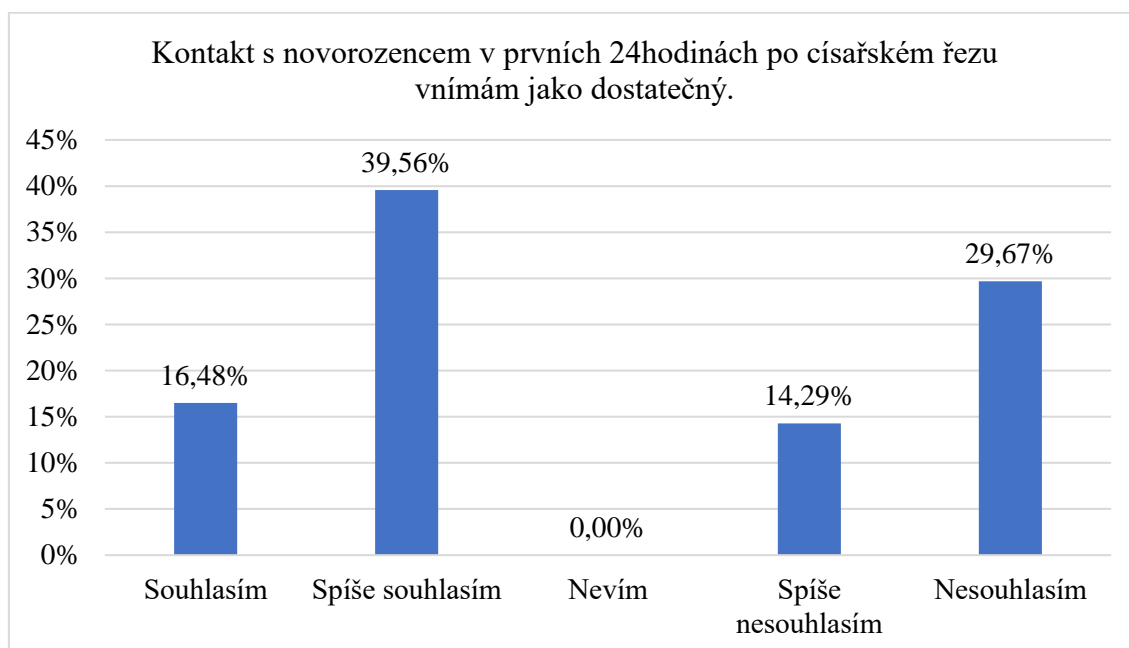
Graf 22 - Odloučení od novorozence



Tvrzení č. 22 vychází z odloučení novorozence od rodičky v pooperačním období po císařském řezu. S tvrzením souhlasí 10,99 % (n = 10) a spíše souhlasí 31,87 % (n = 29) rodiček. Četně zastoupena je také nesouhlasná odpověď 20,88 % (n = 19) a spíše nesouhlasím 26,37 % (n = 24). Nevím uvedlo 9,89 % (n = 9).

Tabulka 23 - Kontakt s novorozencem

Kontakt s novorozencem v prvních 24hodinách po císařském řezu vnímám jako dostatečný.	Absolutní četnost „n“	Relativní četnost v %
Souhlasím	15	16,48
Spíše souhlasím	36	39,56
Nevím	0	0,00
Spíše nesouhlasím	13	14,29
Nesouhlasím	27	29,67
Celkem	91	100,00

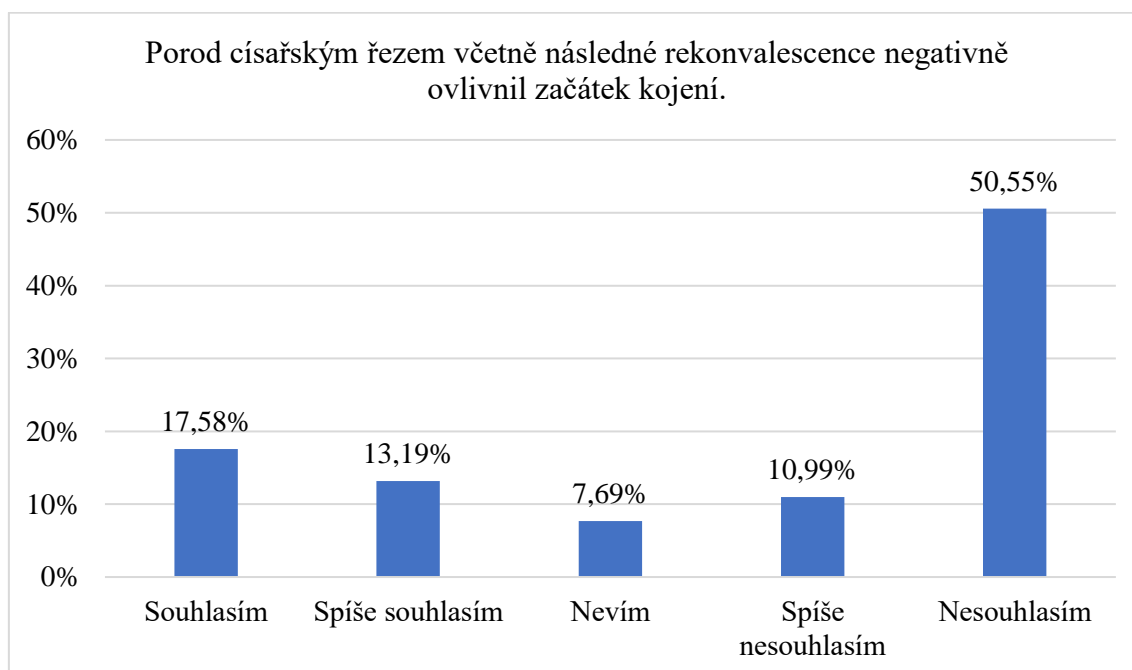
Graf 23 - Kontakt s novorozencem

Tabulka a graf č. 23 ukazují, jak ženy hodnotily tvrzení týkající se dostatečného kontaktu s novorozencem po císařském řezu. V prvních 24 hodinách po císařském řezu probíhá ranná rekonvalescence a vzhledem k velkému rozsahu operace může toto období každou rodičku značně ovlivnit v možnostech péče o dítě i sama sebe. Kontakt s novorozencem se zdál dostatečný velké části žen a volily odpověď souhlasím 16,48 % (n = 15) a spíše souhlasím 39,56 % (n = 36). Naopak poměrně značná část žen uvedla tak nesouhlasím 29,67 % (n = 27) a spíše nesouhlasím 14,29 % (n = 13).

Tabulka 24 - Začátek kojení

Porod císařským řezem včetně následné rekonvalescence negativně ovlivnil začátek kojení.	Absolutní četnost „n“	Relativní četnost v %
Souhlasím	16	17,58
Spíše souhlasím	12	13,19
Nevím	7	7,69
Spíše nesouhlasím	10	10,99
Nesouhlasím	46	50,55
Celkem	91	100,00

Graf 24 - Začátek kojení

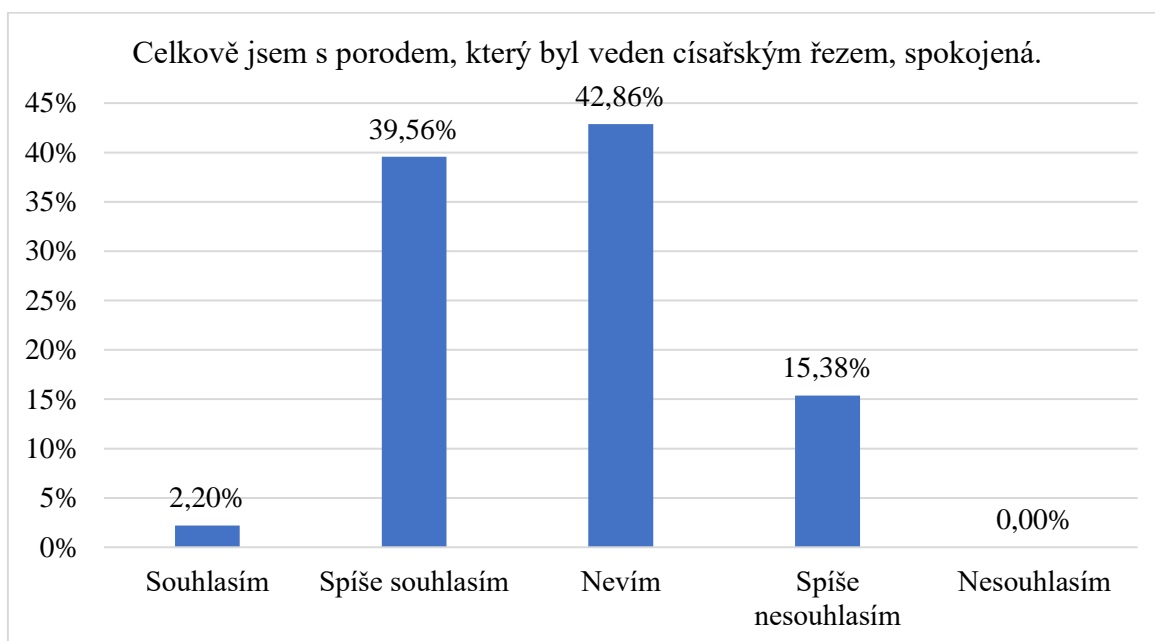


Tvrzení č. 24 se zabývá skutečností, zda císařský řez a s ním spojený pooperační stav ovlivnil nástup laktace a kojení. Tabulka a graf č. 24 ukazují, že většina žen nesouhlasí 50,55 % (n = 46) a spíše nesouhlasí 10,99 % (n = 10) s tím, že by byl začátek kojení negativně ovlivněn. Nevím zvolilo 7,69 % (n = 7) žen. S faktem, že by tvrzení mohlo být pravdivé souhlasí 17,58 % (n = 16) a spíše souhlasí 13,19 % (n = 12) rodiček.

Tabulka 25 - Hodnocení císařského řezu

Celkově jsem s porodem, který byl veden císařským řezem, spokojená.	Absolutní četnost „n“	Relativní četnost v %
Souhlasím	2	2,20
Spíše souhlasím	36	39,56
Nevím	39	42,86
Spíše nesouhlasím	14	15,38
Nesouhlasím	0	0,00
Celkem	91	100,00

Graf 25 - Hodnocení císařského řezu



Tabulka a graf č. 25 zobrazují celkovou spokojenost rodiček s porodem císařským řezem. Většina rodiček zvolila variantu nevím 42,86 % (n = 39) a spíše souhlasím 39,56 % (n = 36). Pouze 2 rodičky 2,20 % (n = 2) uvedly naprostý souhlas s faktem, že byly s císařským řezem spokojeny. Naopak možnost spíše nesouhlasím s daným tvrzením uvedlo 15,38 % (n = 14). Pozitivním výstupem této otázky je, že žádná z respondentek neuvedla přímý nesouhlas.

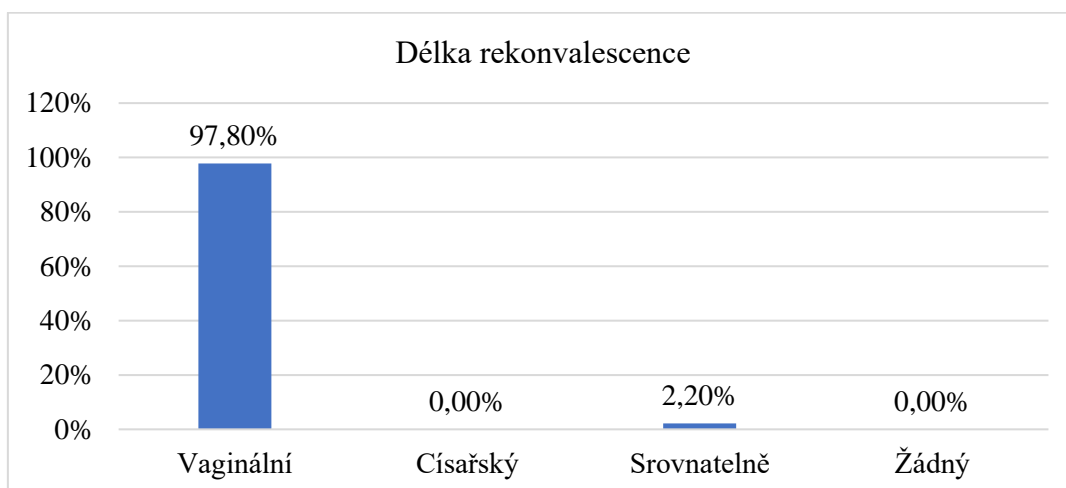
4.1.3 Srovnání obou typů porodů

V poslední části dotazníku rodičky volily, který z obou porodů ji vyhovoval více v jednotlivých bodech. Porovnávaly tak porod vedený vaginálně a císařský řez.

Tabulka 26 - Délka rekonvalescence

Délka rekonvalescence		
	Absolutní četnost „n“	Relativní četnost v %
Vaginální	89	97,80
Císařský	0	0,00
Srovnatelně	2	2,20
Žádný	0	0,00
Celkem	91	100,00

Graf 26 - Délka rekonvalescence

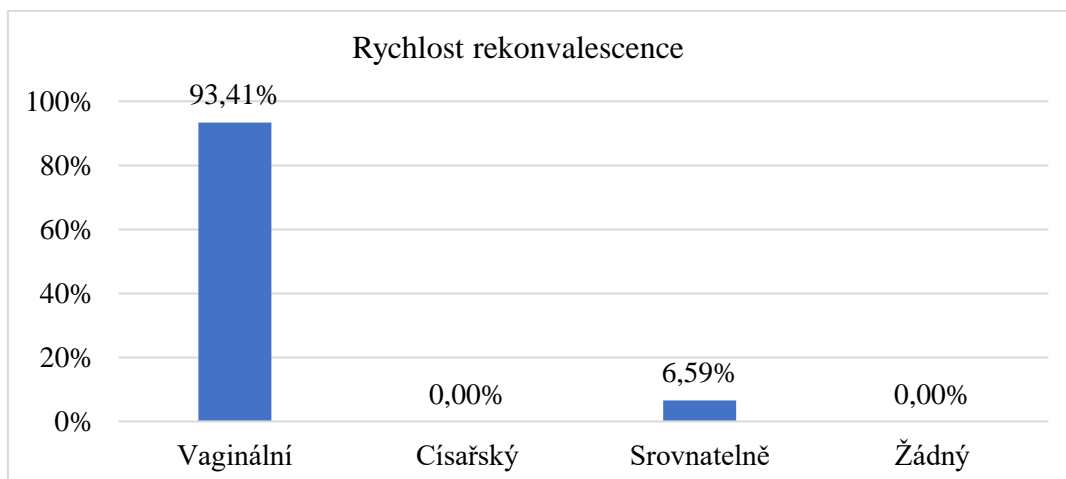


Prvním bodem, který se u obou porodů může značně lišit byla délka rekonvalescence po porodu. Rodičky zde jednoznačně většinově rozhodly pro vaginální porod 97,80 % (n = 89) a dvě rodičky volily možnost srovnatelně 2,20 % (n = 2).

Tabulka 27 - Rychlost rekonvalescence

Rychlost rekonvalescence		
	Absolutní četnost „n“	Relativní četnost v %
Vaginální	85	93,41
Císařský	0	0,00
Srovnatelně	6	6,59
Žádný	0	0,00
Celkem	91	100,00

Graf 27 - Rychlost rekonvalescence

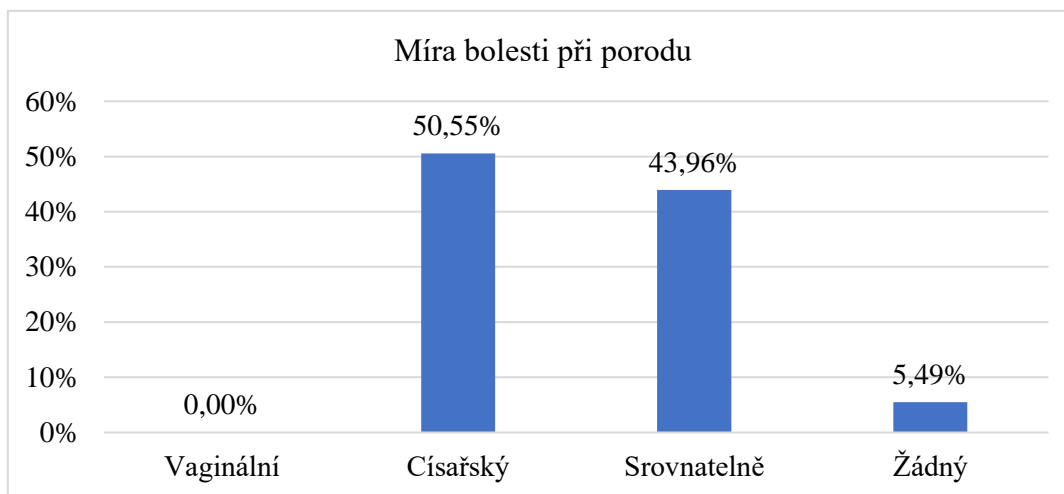


Druhým bodem srovnání byla rychlost, jakou probíhala rekonvalescence rodičky po porodu. Opět většinově převážil vaginální porod 93,41 % (n = 85) a také se objevila možnost srovnatelně 6,59 % (n = 6).

Tabulka 28 - Míra bolesti při porodu

Míra bolesti při porodu		
	Absolutní četnost „n“	Relativní četnost v %
Vaginální	0	0,00
Císařský	46	50,55
Srovnatelně	40	43,96
Žádný	5	5,49
Celkem	91	100,00

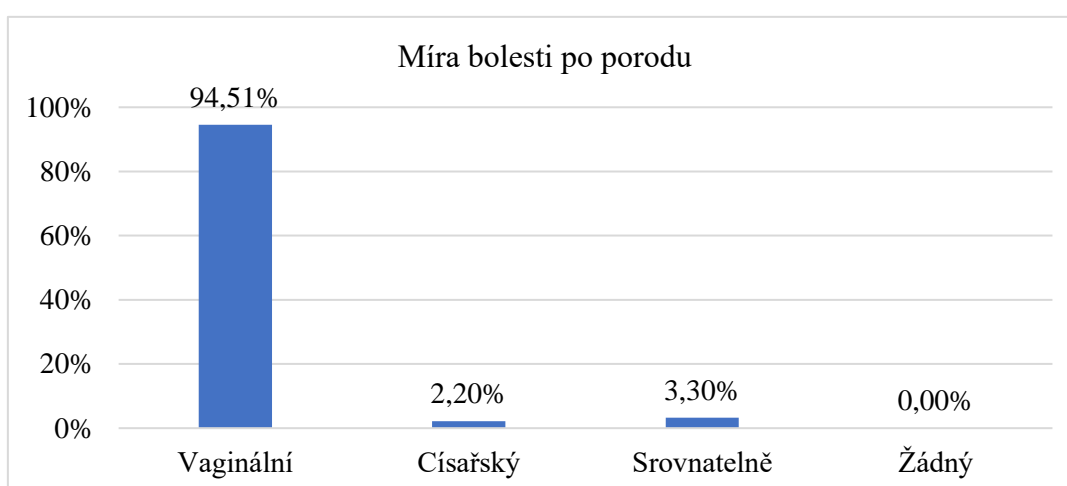
Graf 28 - Míra bolesti při porodu



Třetím hodnoceným bodem byla míra bolesti v průběhu porodu. Většina respondentek volila jako výhodnější z hlediska bolesti při porodu císařský řez 50,55 % (n = 46). Zajímavým výstupem daného hodnocení je možnost srovnatelně u 43,96 % (n = 40) rodiček a také odpověď žádný u 5,49 % (n = 5) rodiček.

Tabulka 29 - Míra bolesti po porodu

Míra bolesti po porodu		
	Absolutní četnost „n“	Relativní četnost v %
Vaginální	86	94,51
Císařský	2	2,20
Srovnatelně	3	3,30
Žádný	0	0,00
Celkem	91	100,00

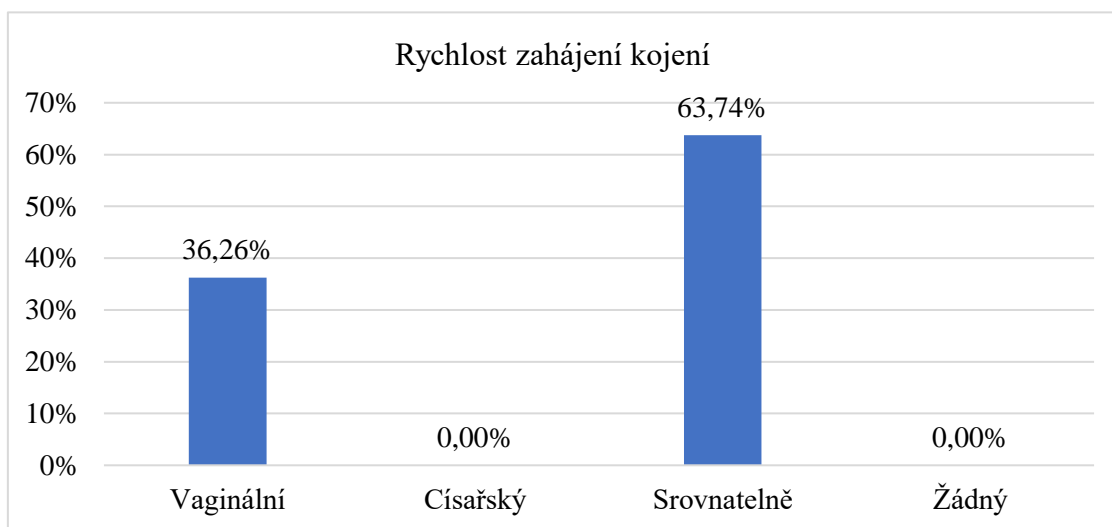
Graf 29 - Míra bolesti po porodu

U čtvrtého srovnávacího bodu byl většinově zvolen vaginální porod 94,51 % (n = 86) jako výhodnější z hlediska bolesti po porodu. Jednotkové zastoupení pak měla odpověď srovnatelně 3,30 % (n = 3) a varianta císařský řez 2,20 % (n = 2).

Tabulka 30 - Rychlost zahájení kojení

Rychlost zahájení kojení		
	Absolutní četnost „n“	Relativní četnost v %
Vaginální	33	36,26
Císařský	0	0,00
Srovnatelně	58	63,74
Žádný	0	0,00
Celkem	91	100,00

Graf 30 - Rychlost zahájení kojení

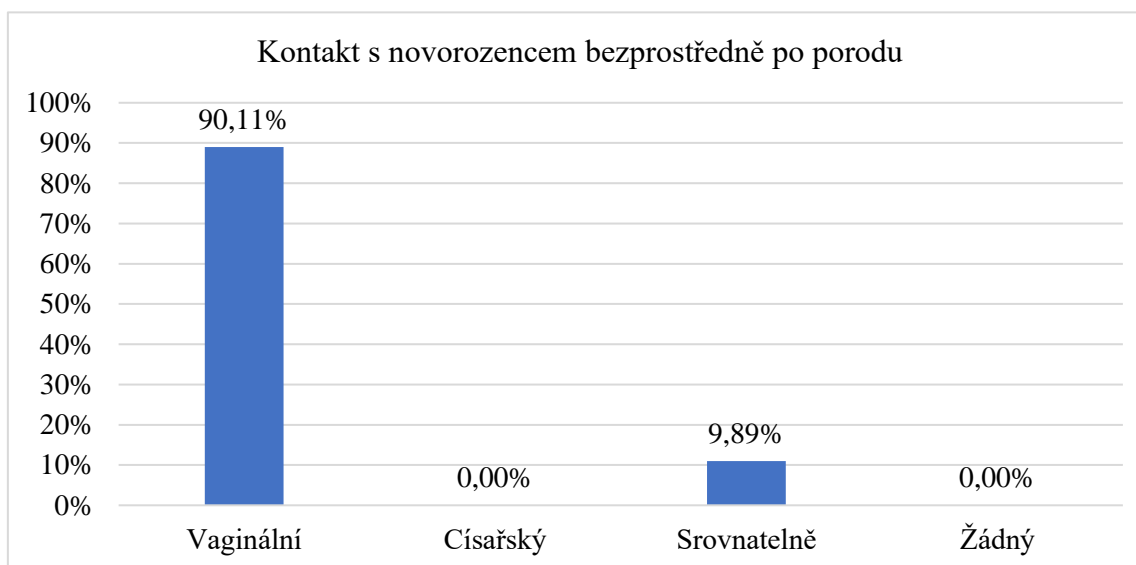


Pátým bodem hodnocení byla rychlost zahájení kojení po porodu. Pozitivním výsledkem je hodnocení rodiček u varianty srovnatelně 63,74 % (n = 58), ale také četné kladné hodnocení vaginálního porodu 36,26 % (n = 33) z hlediska výhody pro začátek kojení.

Tabulka 31 - Kontakt s novorozencem

Kontakt s novorozencem bezprostředně po porodu		
	Absolutní četnost „n“	Relativní četnost v %
Vaginální	82	90,11
Císařský	0	0,00
Srovnatelně	9	9,89
Žádný	0	0,00
Celkem	91	100,00

Graf 31 - Kontakt s novorozencem

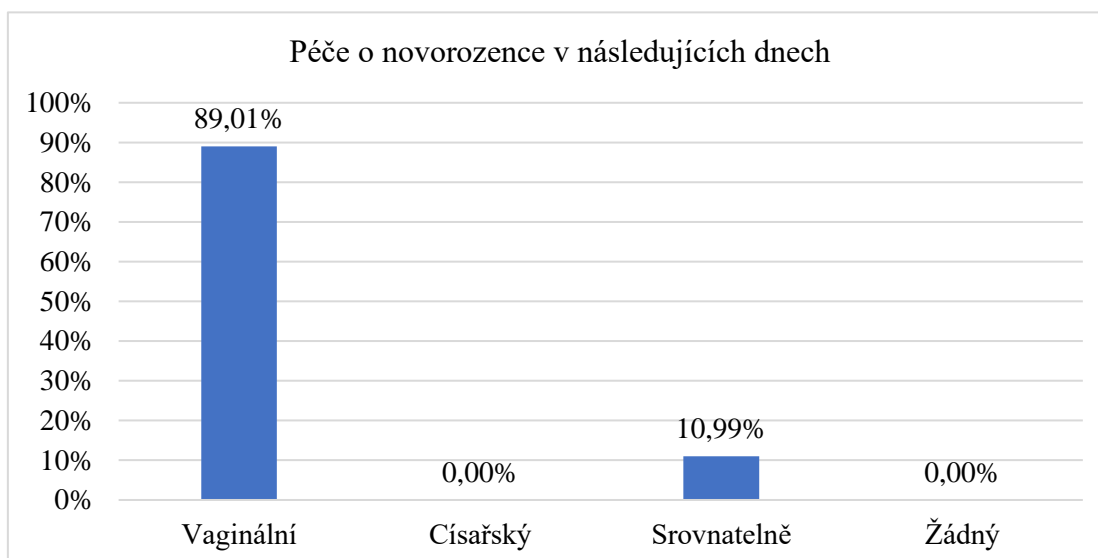


Šestý bod srovnávací tabulky měl zmapovat kontakt s novorozencem v období bezprostředně po porodu. Většinou zde opět převažuje vaginální porod 90,11 % (n = 82), ale objevilo se také několik odpovědí srovnatelně 9,89 % (n = 9).

Tabulka 32 - Péče o novorozence

Péče o novorozence v následujících dnech		
	Absolutní četnost „n“	Relativní četnost v %
Vaginální	81	89,01
Císařský	0	0,00
Srovnatelně	10	10,99
Žádný	0	0,00
Celkem	91	100,00

Graf 32 - Péče o novorozence

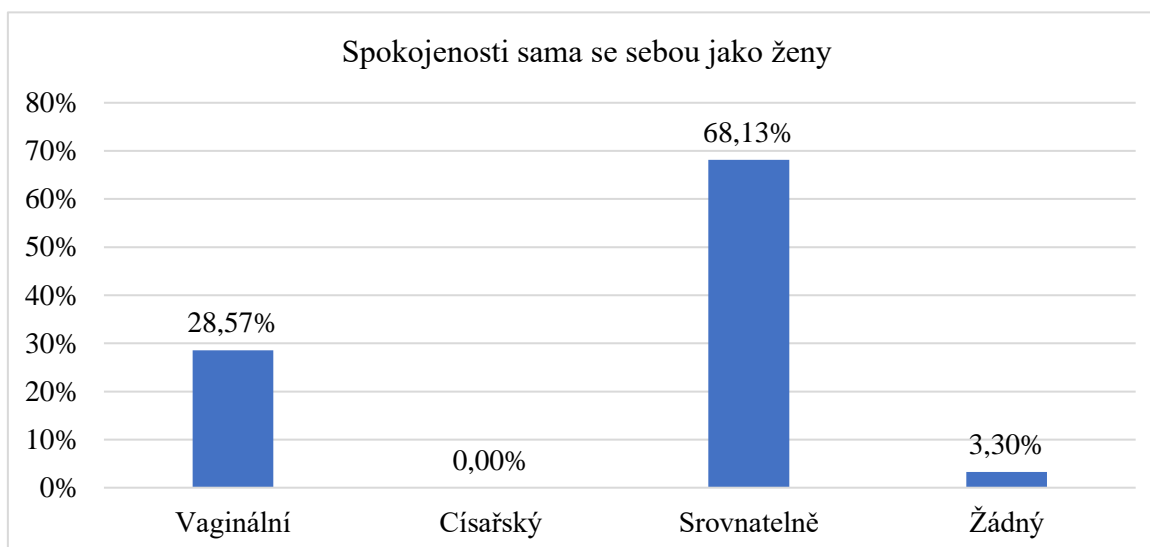


Sedmý bod tabulky hodnotí to, zda ženy mohly pečovat o novorozence v následujících dnech po porodu a po kterém z porodů jim činnost vyhovovala více. Podle předpokladů byl většinově zvolen vaginální porod 89,01 % (n = 81) a pouze 10,99 % (n = 10) rodiček zvolilo možnost srovnatelně.

Tabulka 33 - Spokojenost sama se sebou

Spokojenosti sama se sebou jako ženy		
	Absolutní četnost „n“	Relativní četnost v %
Vaginální	26	28,57
Císařský	0	0,00
Srovnatelně	62	68,13
Žádný	3	3,30
Celkem	91	100,00

Graf 33 - Spokojenost se sama sebou

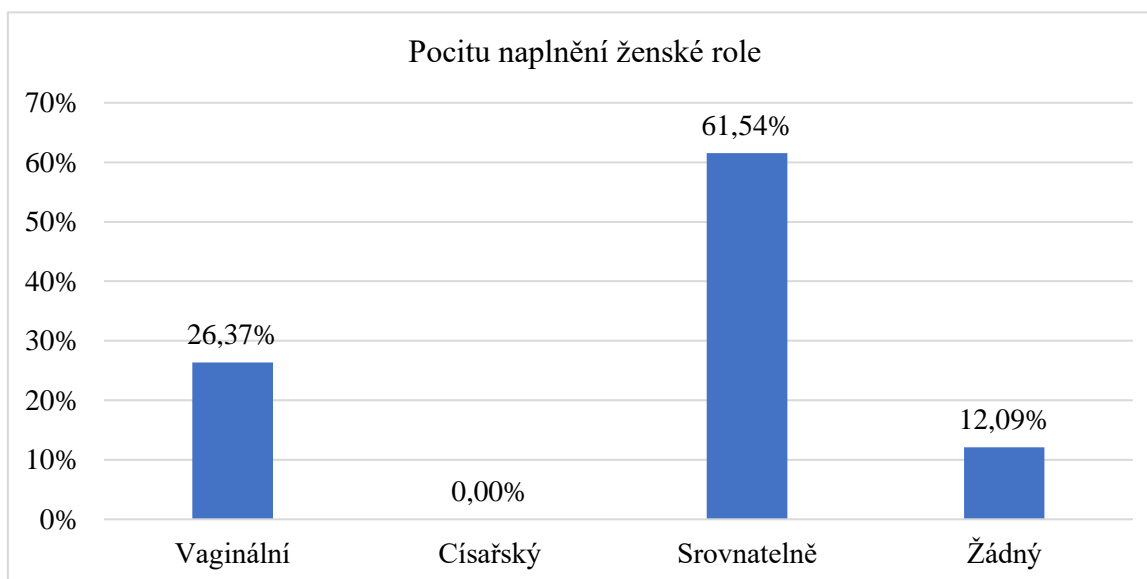


Osmý bod ve srovnání se ptá žen, po kterém z porodů byly samy se sebou spokojené více. Většina žen se cítila vyrovnaně a stejně spokojeně po obou porodech a uvedla tak možnost srovnatelně 68,13 % (n = 62). Část žen by v tomhle ohledu lépe zhodnotila pocity po vaginálním porodu 28,57 % (n = 26) a 3 rodičky dokonce uvedly, že při žádném 3,30 % (n = 3) z porodů nepocíťovaly spokojenost ze sebe jako ženy.

Tabulka 34 - Naplnění ženské role

Pocitu naplnění ženské role		
	Absolutní četnost „n“	Relativní četnost v %
Vaginální	24	26,37
Císařský	0	0,00
Srovnatelně	56	61,54
Žádný	11	12,09
Celkem	91	100,00

Graf 34 - Naplnění ženské role

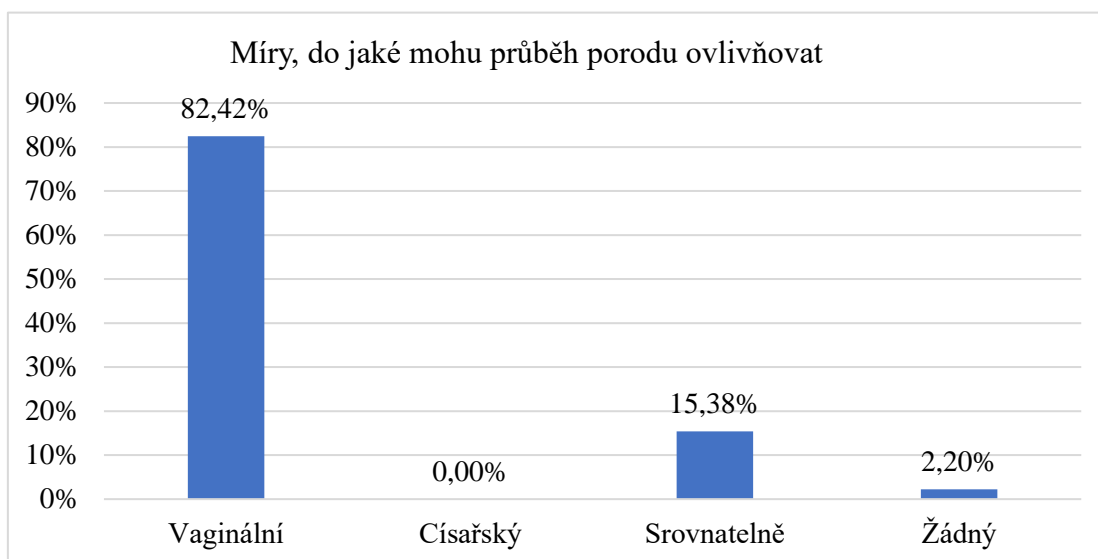


V bodu devět jsem žen ptala, který z porodů jim více vyhovoval po psychické stránce a pocitu naplnění své ženské role. Tyto pocity hodnotily ženy srovnatelně 61,54 % (n = 56) pro oba porody, některé ale zvolily pouze vaginální porod 26,37 % (n = 24). 11 rodiček 12,09 % (n = 11) uvedlo, že jim žádný z porodů nepřipadal lepší z pohledu naplnění ženské role.

Tabulka 35 - Ovlivnění průběhu porodu

Míry, do jaké mohu průběh porodu ovlivňovat		
	Absolutní četnost „n“	Relativní četnost v %
Vaginální	75	82,42
Císařský	0	0,00
Srovnatelně	14	15,38
Žádný	2	2,20
Celkem	91	100,00

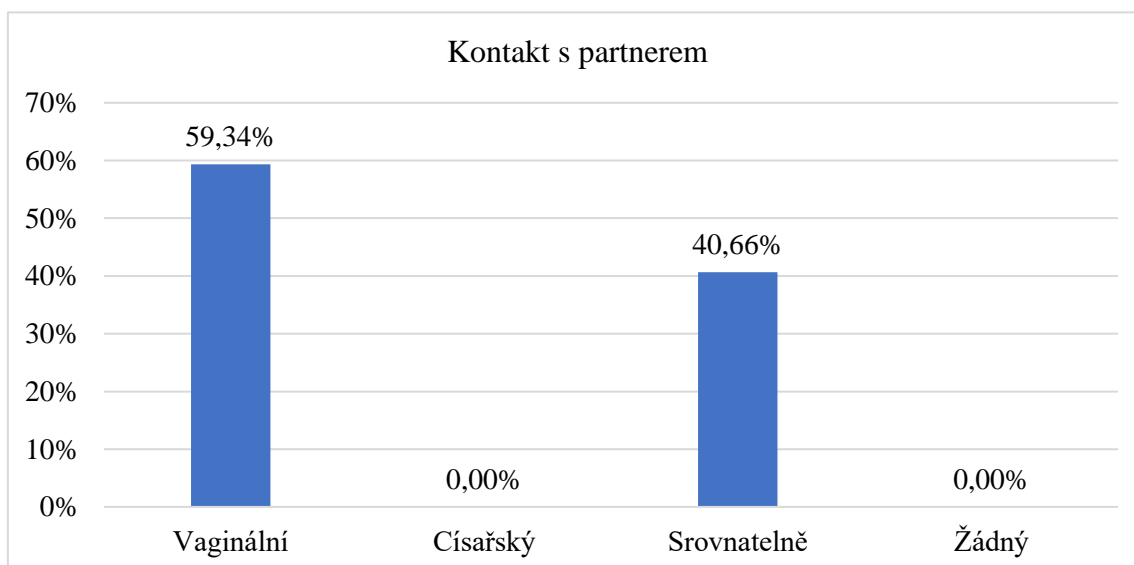
Graf 35 - Ovlivnění průběhu porodu



Desátý bod zjišťoval, který z porodů ženám vyhovoval víc, díky tomu že měly větší možnost ovlivňovat jeho průběh. Většinově se respondentky shodly na vaginálním porodu 82,42 % (n = 75), ale poměrně překvapivě se objevily také odpovědi srovnatelně 15,38 % (n = 14). Dvě rodičky 2,20 % (n = 2) záporně odpověděly, že jim žádný z porodů neumožnil ovlivňovat jeho průběh.

Tabulka 36 - Kontakt s partnerem

Kontakt s partnerem		
	Absolutní četnost „n“	Relativní četnost v %
Vaginální	54	59,34
Císařský	0	0,00
Srovnatelně	37	40,66
Žádný	0	0,00
Celkem	91	100,00

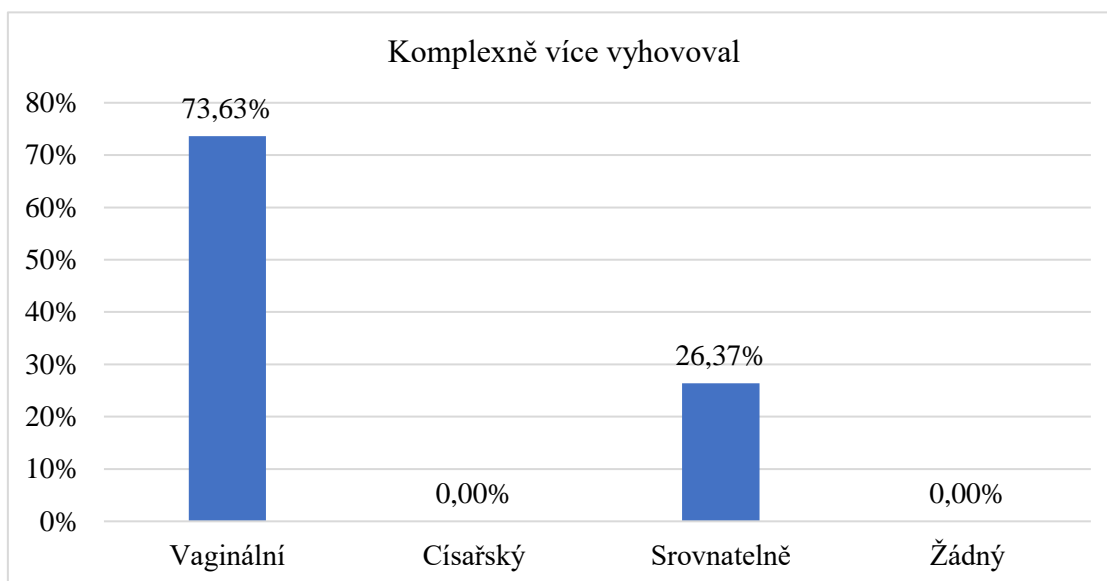
Graf 36 - Kontakt s partnerem

Předposlední bod srovnání měl za cíl získat od rodiček hodnocení, při kterém z porodů jim více vyhovoval kontakt s partnerem. Odpovědi jsou rozdělené na dvě skupiny, a to na ženy, které považují z daného hlediska výhodnější vaginální porod 59,34 % (n = 54) a zbývající, které považují tento faktor za srovnatelně výhodný u obou porodů 40,66 % (n = 37).

Tabulka 37 - Komplexní hodnocení

Komplexně více vyhovoval		
	Absolutní četnost „n“	Relativní četnost v %
Vaginální	67	73,63
Císařský	0	0,00
Srovnatelně	24	26,37
Žádný	0	0,00
Celkem	91	100,00

Graf 37 - Komplexní hodnocení



Posledním bodem srovnávací tabulky bylo komplexní hodnocení porodu, když ženy volily, který porod jim vyhovoval více. Vaginální porod preferuje 73,63 % (n = 67) rodiček, zbývající rodičky hodnotí oba porody srovnatelně 26,37 % (n = 24). Žádná z respondentek nepreferuje porod císařským řezem.

4.2 Analýza hypotéz a dílčích cílů

Pro výzkumnou část práce jsem stanovila 6 hypotéz, které interagují s hlavním a dílčími cíli výzkumu.

4.2.1 Výsledky k hlavnímu cíli

Zjistit míru spokojenosti rodiček po předchozím císařském řezu a následném vaginálním porodu.

H3: Ženy, které se cítily dostatečně informované o vaginálním vedení porodu (tvr.10), uvádí, že porod proběhl dle jejich očekávání. (tvr.11)

Tabulka 38 - Výsledek korelační analýzy hypotéza 3

	Počet	Spearmanův korelační koeficient	Hodnota testovacího kritéria	p-hodnota
ot.10 & ot.11	91	0,527	5,851	0,0000001

P-hodnota testu významnosti korelačního koeficientu je menší než zvolená hladina významnosti 0,05. Korelační koeficient je tedy statisticky významný a **byl prokázán vztah mezi informovaností žen o vaginálním porodu a průběhu porodu dle očekávání**. Hodnota korelačního koeficientu je kladná, závislost hodnocení těchto dvou položek je tedy přímo úměrná. Čím lepší hodnocení informovanosti o vaginálním porodu, tím lepší hodnocení průběhu porodu dle očekávání.

Hypotéza se potvrdila.

4.2.2 Dílčí cíl 1

Zjistit, zda rodičky po předchozím císařském řezu preferují spíše vaginální porod.

H1: Většina rodiček po předchozím císařském řezu preferuje v dalším těhotenství vaginální porod. (tvrz.6)

Hypotézu jsem ověřovala pomocí testu o podílu, ve kterém jsem srovnávala podíl rodiček, které preferují po císařském řezu porod vaginální s podílem 50 %. Test byl proveden na hladině významnosti 0,05.

Tabulka 39 - Četnosti otázky 6

Vaginální porod jsem sama preferovala před porodem císařským řezem.	Absolutní četnost „n“	Relativní četnost v %
Souhlasím	63	69,23
Spíše souhlasím	10	10,99
Nevím	11	12,09
Spíše nesouhlasím	7	7,69
Nesouhlasím	0	0,00
Celkem	91	100,00

Vaginální porod preferovala 80,22 % rodiček. Ověření skutečnosti, jestli je tento podíl statisticky významně vyšší než zvolených 50 %, jsme zjistili pomocí testu o podílu. Software poskytuje u tohoto testu pouze p-hodnotu, která nabývá hodnoty 0,0000. P-hodnota je tedy nižší než zvolená hladina významnosti.

Podařilo se prokázat, že většina rodiček preferuje po císařském řezu porod vaginální – hypotéza byla potvrzena.

H2: Spokojenost žen s porodem císařským řezem (tvrz.25) ovlivňuje preference rodiček pro vaginální porod. (tvrz.6)

Vzájemné vztahy v další hypotéze jsem ověřovala pomocí Spearmanova korelačního koeficientu a jeho testu statistické významnosti. Test byl proveden na hladině 0,05.

Tabulka 40 - Výsledek korelační analýzy hypotéza 2

	Počet	Spearmanův korelační koeficient	Hodnota testovacího kritéria	p-hodnota
ot.6 & ot.25	91	-0,398	-4,089	0,0001

P-hodnota testu významnosti korelačního koeficientu byla menší než zvolená hladina významnosti 0,05. Výsledná hodnota korelačního koeficientu je tedy statisticky významná a bylo možné **prokázat vztah mezi spokojeností žen s císařským porodem a preferencí rodiček pro vaginální porod.** Hodnota korelačního koeficientu je záporná, závislost

hodnocení těchto dvou položek je tedy nepřímo úměrná. Čím pozitivnější bylo hodnocení spokojenosti žen s porodem císařským řezem, tím horší bylo hodnocení preferencí pro vaginální porod. To platí i obráceně. Čím horší hodnocení spokojenosti žen s porodem císařským řezem, tím lepší hodnocení preferencí pro vaginální porod.

Hypotéza se potvrdila.

4.2.3 Dílčí cíl 2

Zjistit, jak rodičky hodnotí průběh vaginálního porodu z hlediska bolesti.

H4: Rodičky, které hodnotí bolest při vaginálním porodu jako přiměřenou (tvr.13), nepociťovaly zvýšenou bolest v oblasti jizvy po císařském řezu. (tvrz.14)

Tabulka 41 - Výsledek korelační analýzy hypotéza 4

	Počet	Spearmanův korelační koeficient	Hodnota testovacího kritéria	p-hodnota
ot.13 & ot.14	91	-0,490	-5,298	0,000001

P-hodnota testu významnosti korelačního koeficientu je menší než zvolená hladina významnosti 0,05. Korelační koeficient je tedy statisticky významný a **potvrzujeme vztah mezi hodnocením bolesti při vaginálním porodu jako přiměřené a pocitem zvýšené bolesti v oblasti jizvy po císařském řezu**. Hodnota korelačního koeficientu je záporná, závislost hodnocení těchto dvou položek je tedy nepřímo úměrná. Čím méně přiměřeně vnímaly rodičky bolest při vaginálním porodu, tím uváděly vyšší hodnocení bolesti v oblasti jizvy po císařském řezu. To platí i obráceně.

Hypotéza se potvrdila.

4.2.4 Dílčí cíl 3

Zjistit, jak rodičky hodnotí kontakt s novorozencem po vaginálním porodu a císařském řezu.

H5: Rodičky, které považují vaginální porod za lepší pro matku i dítě (trv.8), nesouhlasí s tím, že je odloučení novorozence po císařském řezu přiměřené. (tvr.22)

Tabulka 42 - Výsledek korelační analýzy hypotéza 5

	Počet	Spearmanův korelační koeficient	Hodnota testovacího kritéria	p-hodnota
ot.8 & ot.22	91	-0,155	-1,480	0,1424

P-hodnota testu významnosti korelačního koeficientu je vyšší než zvolená hladina významnosti 0,05. Korelační koeficient není tedy statisticky významný. Nepodařilo se potvrdit **vztah hodnocení vaginálního porodu jako lepší pro matku i dítě a hodnocením odloučení novorozence po císařském řezu jako přiměřené.**

Hypotéza se nepotvrdila.

4.2.5 Dílčí cíl 4

Zjistit, do jaké míry ovlivnil vaginální porod sebevědomí ženy.

H6: Rodičky, které jsou spokojeny s vaginálním porodem (tvrz.18.), souhlasí s tím, že porod pozitivně ovlivnil jejich sebevědomí. (tvrz.16)

Tabulka 43 - Výsledek korelační analýzy hypotéza 6

	Počet	Spearmanův korelační koeficient	Hodnota testovacího kritéria	p-hodnota
ot.18 & ot.16	91	0,467	4,985	0,000003

P-hodnota testu významnosti korelačního koeficientu je menší než zvolená hladina významnosti 0,05. Korelační koeficient je tedy statisticky významný a **potvrzujeme vztah mezi spokojeností s vaginálním porodem a hodnocením pozitivního vlivu na sebevědomí**. Hodnota korelačního koeficientu je kladná, závislost hodnocení těchto dvou položek je tedy přímo úměrná. Čím lepší hodnocení spokojenosti s vaginálním porodem, tím lepší hodnocení pozitivního vlivu porodu na sebevědomí ženy.

Hypotéza se potvrdila.

5 Diskuze

V diplomové práci s názvem Vaginální porod po císařském řezu z pohledu rodičky, jsem sledovala subjektivní zkušenosti a hodnocení žen. Hlavním cílem a zaměřením práce bylo zjistit, jaké míry jsou rodičky s VBAC spokojené a také zda dle jejich hodnocení lze najít oblasti vhodné pro zlepšení. Výzkumná část práce byla zrealizována prostřednictvím vytvořených dotazníků, které byly rozdávány úzce specifikované skupině rodiček na poporodních odděleních Fakultní nemocnice Brno. Celkový počet validních dotazníků byl 91. V empirické části práce jsem stanovila 4 dílčí cíle a 6 hypotéz k následnému ověření.

První dílčím cílem práce bylo zjistit, zda rodičky po císařském řezu preferují při svém dalším těhotenství spíše vaginální porod nebo opakovaný císařský řez. K tomuto cíli se vztahovala první hypotéza, která vycházela z předpokladu, že většina rodiček po předchozím císařském řezu preferuje v dalším těhotenství vaginální porod. Tuto skutečnost jsem ověřila testem o podílu u otázky č. 6. Vzhledem k tomu, že 80,22 % žen souhlasně preferovalo vaginální porod před porodem císařským řezem, byla tato hypotéza potvrzena. Druhá hypotéza předpokládala, že preference rodičky pro vaginální porod byly ovlivněny mírou spokojeností s císařským řezem. Porovnávala jsem tak proměnné u otázek č. 6 a č. 25, mezi nimiž se prokázal nepřímý úměrný vztah. Čím pozitivněji rodičky hodnotily porod císařským řezem, tím více negativní bylo hodnocení vaginálního porodu a naopak. Hypotéza byla ověřena a potvrzena testem hladiny významnosti Spearmanova korelačního koeficientu. Bylo prokázáno, že ženy byly ovlivněny tím, do jaké míry byly spokojeny s předchozím císařským řezem a od této skutečnosti se odvíjely i jejich preference k budoucímu porodu.

Druhý dílčí cíl výzkumné části se zabýval tím, jak rodičky hodnotí průběh vaginálního porodu z hlediska bolesti. Hypotéza č. 4 sledovala vztah mezi otázkami č. 13 a č. 14, které hodnotily bolest při vaginálním porodu. Rodičky, které považovaly bolest v průběhu vaginálního porodu za přiměřenou, v jeho průběhu nepocítovaly zvýšenou míru bolesti v oblasti jizvy po císařském řezu. Dané tvrzení platí i naopak: rodičky, kterým bolest u porodu přišla nepřiměřená, tím více udávaly zvýšenou bolest v jizvě. Hypotéza byla dle hladiny statistické významnosti potvrzena.

Třetí dílčí cíl se zaměřoval na to, jak rodičky hodnotí kontakt s novorozencem po vaginálním porodu a císařském řezu. Dané téma měla za cíl ověřit hypotéza č. 5, která předpokládala, že rodičky, které považují vaginální porod lepší pro matku a dítě zároveň

nesouhlasí s tím, že je odloučení novorozence po císařském řezu přiměřené. Výsledný korelační koeficient však vyšel nad zvolenou hladinou významnosti 0,05 a vztah mezi proměnnými tak nebyl potvrzen. Hypotéza č.5 nebyla potvrzena. Dle statistických výsledků však můžeme říct, že otázka odloučení novorozence po císařském řezu je velmi rozporuplná. Rodičky, které hodnotí míru odloučení jako přiměřenou tvoří 42,86 %. Naproti tomu s přiměřeností odloučení dítěte po porodu císařským řezem nesouhlasí 47,25 % rodiček. Rozporuplnost odpovědí může snižovat spokojenost žen s císařským řezem a zvyšovat preference k vaginálnímu porodu, u kterého ve většině případů k odloučení nedochází. Cílem by mělo být odloučení novorozence od matky co nejvíce minimalizovat. Tímto tématem se zabývala i otázka č.24, která zjišťovala, zda rodičky hodnotí kontakt s novorozencem v prvních 24 hodinách po porodu jako dostatečný. V této situaci se trend odpovědí pozitivně mění. Nadpoloviční většina rodiček již souhlasí s tvrzením, že jim kontakt s novorozencem přijde dostatečný. Tento výsledek může způsobovat lépe koordinovaná a zlepšující se péče pracovníků na novorozeneckém oddělení.

Čtvrtý dílčí cíl měl zjistit, do jaké míry ovlivnil vaginální porod sebevědomí ženy. Společností bývá někdy porod císařským řezem odsuzován a můžeme se setkat i s podceňováním ženy, která nezvládla vaginální porod. Právě u žen, které prožily VBAC, můžeme sledovat jejich zkušenosti a pocity. Hypotéza č. 6 měla ověřit předpoklad, že rodičky, které jsou spokojeny s vaginálním porodem, souhlasí s faktem, že porod pozitivně ovlivnil jejich sebevědomí. Výsledný korelační koeficient je statisticky významný a potvrdil tak vztah mezi proměnnými. Prakticky výzkum potvrdil, že čím více jsou ženy spokojené se zvládnutým porodem, tím pozitivnější vliv to má na jejich sebevědomí. Většina žen dle výsledků udává, že nepocíťovaly nátlak ze strany svého okolí, aby rodily vaginálně a ani se necítily být podceňovány z důvodu císařského řezu. Četnostní výsledky udávají většinový souhlas s pozitivním ovlivněním sebevědomí rodiček.

Hlavní cíl práce, zjistit do jaké míry jsou rodičky spokojeny s VBAC byl splněn. Při srovnání obou typů porodů a výběru, který z porodů by preferovaly jednoznačně převažuje vaginální porod. Variantu vaginálního porodu ženy vyzdvihovaly především z hlediska rychlosti a délky rekonvalescence po porodech, kontaktu a péče o novorozence v poporodním období, míry bolesti v průběhu rekonvalescence a možnosti ovlivnění průběhu porodu. Jako pozitivní výstup šetření můžeme označit srovnatelně pozitivně hodnocené porody v oblastech kontaktu s partnerem u porodu, rychlost zahájení kojení nebo spokojenosti sama se sebou jako ženy.

6 Závěr

Diplomová práce pojednávala o vedení vaginálního porodu po předchozím císařském řezu, jeho pozitivních i negativních stránkách a vnímání VBAC ze stran rodiček. Jedná se dnes o velmi populární a zároveň kontroverzní téma. V mnoha vyspělých zemích dnes průměr výskytu císařských řezů značně dorovnáva až převyšuje počty porodů vaginálních. Přestože doporučený průměr výskytu císařského řezu v populaci je dle WHO mezi 10-15 %, trend incidence je zcela opačný. K tomuto faktu přispívá i odklon od operativních porodů (vakuumextrakce, forceps), absence vaginálně rozených porodů při naléhání plodu koncem pánevním nebo také obavy z možných rizik a následných právnických sporů při vzniku komplikací. (Gavendová a Bydžovská 2018) Z těchto důvodů se rozvíjí snaha vést vaginální porody i po předchozích císařských řezech, za předpokladů eliminace rizik a kontraindikací. O možnosti vést VBAC rozhoduje lékař s podporou porodnického zařízení. Od tohoto faktu se odvíjí i možný výskyt a úspěšnost vedených VBAC. Výzkum diplomové práce byl proveden v porodnicích Fakultní nemocnice Brno, která je porodům VBAC dlouhodobě nakloněna, díky čemu jsem mohla získat zpětnou vazbu k tématu.

Teoretická část práce rekapitulovala poznatky týkající se vedení VBAC a císařského řezu, varianty jejich průběhu, komplikace a přínosy. Podklady byly čerpány z dostupné literatury a elektronických databází. Hlavním předmětem empirické části práce byl nestandardizovaný dotazník, vytvořený pro rodičky po VBAC, které porodily ve FN Brno. Cílem bylo získat hodnocení a názory žen, které mohly srovnat oba typy porodů. Z výsledků je patrné, že rodičky se zkušeností VBAC preferují vaginální porod více než císařský řez. Dle našich předpokladů ženy hodnotily pozitivně především průběh vaginálního porodu, cítily se být dostatečně informovány a důležitou roli u nich hrála také možnost přítomnosti partnera u porodu, a co nejvíce možného kontaktu s novorozencem. Z hodnocení výzkumu je patrné, že je důležité podpořit vedení porodů po císařském řezu, fyziologii porodního procesu a preference ženy v souladu s doporučenými postupy.

Vzhledem k zaměření výzkumu a lokalizaci výběru výzkumného souboru pouze ve FN Brno, bylo poměrně náročné získat dostatek respondentek, a tím i validní finální výsledek šetření. Pro nízký počet dotazovaných nelze získané výsledky zobecnit. Dané téma by bylo vhodné zpracovat jako studii, pro získání většího počtu respondentů a dlouhodobých výsledků.

7 Referenční seznam literatury

CUNNINGHAM, F. Gary, Kenneth LEVENO, BLOOM, Steven a Catherine Y. SPONG. Williams Obstetrics. 23rd edition. United States of America: *The McGraw-Hill Companies*, 2010. ISBN 978-0-07-149701-5.

DOLEŽAL, Antonín, 2007. Porodnické operace. Praha: *Grada*. ISBN 978-80-247-0881-2.

HÁJEK, Zdeněk, ČECH, Evžen a Karel MARŠÁL. Porodnictví. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: *Grada*, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.

KRÁLOVÁ, Táňa, 2017. Epidemie císařských řezů. *Ekonom*. Vydavatelství *Economia*, **22**, 16-23.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, SOCIETY FOR MATERNALFETAL MEDICINE, CAUGHEY, Aaron B., CAHILL, Alison G. a Jeanne – Marie GUISE, 2014. Safe prevention of the primary cesarean delivery. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. **210**(3), 179-193. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2014.01.026>ACOG

ZÁHUMENSKÝ, Jozef, HEDERLINGOVÁ, Júlia a Petra PŠENKOVÁ. The impact of physiological peripartal stress on the lifelong health of newborn. 2017. *Bratislava Medical Journal*. Bratislava, **118**(6), 324-327. Dostupné z: [doi:10.4149/BLL_2017_063](https://doi.org/10.4149/BLL_2017_063)

PAŘÍZEK, Antonín. Kritické stavy v porodnictví. Praha: *Galén*, c2012. ISBN 978-80-7262-949-7.

ŠTOURACĚ, Petr, BLÁHA, Jan, NOSKOVÁ, Pavlína, KLOZOVÁ, Radka a Dagmar SEIDLOVÁ, 2014. Současné postupy v porodnické anestezii IV. – anesteziologické komplikace u císařského řezu. *Anesteziologie a intenzivní medicína*. **25**(2), 123-134.

SMAILL, Fiona M a GRIVELL, Rosalie M. 2014 Antibiotická profylaxe versus žádná profylaxe pro prevenci infekce po císařském řezu. *Cochrane databáze systematických přehledů 2014* (10) doi:10.1002/14651858.CD007482.pub3

ZÁHUMENSKÝ, Jozef, ŠIMETKA, Ondřej, HRUBAN, Lukáš a Petr JANKŮ, 2016. Informace o možných důsledcích porodu císařským řezem na zdraví ženy a dítěte. *Sdružení nemocničních gynekologů a porodníků*.

KEAG, Oonagh E., NORMAN, Jane E. a STOCK, Sarah J., 2018. Dlouhodobá rizika a přínosy spojené s porodem císařským řezem pro matku, dítě a následné těhotenství: Systematický přehled a metaanalýza. *PLOS medicine*, **15**(1). Dostupné z: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002494>

HRUBAN, Lukáš, JANKŮ, Petr, VENTRUBA, Pavel, PAÚROVÁ, Lenka, ŤÁPALOVÁ, Veronika, HUSER, Martin, GERYCHOVÁ, Romana a kolektiv, 2012. Vedení porodu po předchozím císařském řezu, analýza výsledků z let 2007–2010. *Česká gynekologie*. **77**(2), 127-132.

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGIST, 2007. Birth after previous caesarean birth. *Green Top Guideline No.45*. London: RCOG

ROZTOČIL, Aleš a Petr VELEBIL, 2013. Vedení porodu u těhotné s císařským řezem v anamnéze – doporučený postup. 23. Praha: *Česká gynekologie*.

ROBSON, Michael a Sabaratnam ARULKUMARAN, 2020. Munro Kerr's Operative Obstetrics. 13 edition. Amsterdam, Nizozemsko: Elsevier. ISBN 978-0-7020-7635-0.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGIST, 2006. Induction of labor for vaginal birth after cesarean delivery. *ACOG Committee Opinion*. No.342 (2), Committee on obstetric practice.

LANDON, Mark B., HAUTH, John C., LEVENO, Kenneth J. et al. Maternal and Perinatal Outcomes Associated with a Trial of Labor after Prior Cesarean Delivery. *The New England Journal of Medicine*. 2004; **351**(25), 2581-2589. doi:[10.1056/NEJMoa040405](https://doi.org/10.1056/NEJMoa040405)

MERVE, Anne-Marie, John M.D. THOMPSON a Alec J. EKEROMA, 2013. Factors affecting vaginal birth after caesarean section at Middlemore Hospital, Auckland, New Zealand. *The New Zealand Medical Journal* [online]. New Zealand Medical Association, 27.9.2013, **126** (1383), 49-57. Dostupné z: <http://journal.nzma.org.nz/journal/126-1383/5848/>

LANDON, Mark B. Implications of the rising frequency of uterine rupture. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* [online]. 2016, **123**(5), 676-677 [cit. 2022-05-17]. ISSN 14700328. Dostupné z: doi:[10.1111/1471-0528.13482](https://doi.org/10.1111/1471-0528.13482)

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

ZÁBRANSKÝ, F. Jizva po císařském řezu a následný porod. - 2. Kritéria pro následný vaginální porod; rizikové faktory děložní ruptury. *Česká gynekologie*. 1994, **59**(6), 321-323. ISSN 1210-7832.

ANDONOVOVA, V., HRUBAN, L., GERYCHOVÁ, R., JANKŮ, P. a VENTRUBA, P. Ruptura dělohy v těhotenství a při porodu: rizikové faktory, příznaky a perinatální výsledky-retrospektivní analýza. 2019. *Česká gynekologie*. **84** (2), 121-128.

VECCHIOLI, E., CORDIER, A. G., CHANTRY, A., BENACHI, A., a MONIER, I. (2020). Mateřské a novorozenecké výsledky spojené s indukcí porodu po jednom předchozím porodu císařským řezem: Francouzská retrospektivní studie. *PloS one*, **15**(8). Dostupné z: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237132>

8 Seznam tabulek

Tabulka 1 - Věk respondentek.....	30
Tabulka 2 - Nejvyšší dosažené vzdělání.....	31
Tabulka 3 - Parita respondentek	32
Tabulka 4 - Termín císařského řezu	33
Tabulka 5 - Termín vaginálního porodu.....	33
Tabulka 6 - Preference typu porodu	34
Tabulka 7 - Nátlak ze strany okolí.....	35
Tabulka 8 - Výhoda vaginálního porodu.....	36
Tabulka 9 - Obavy z porodu	37
Tabulka 10 - Informovanost	38
Tabulka 11 - Očekávání od porodu	39
Tabulka 12 - Ovlivnění průběhu porodu	40
Tabulka 13 - Hodnocení bolesti	41
Tabulka 14 - Bolest v oblasti jizvy	42
Tabulka 15 - Pocit spokojenosti	43
Tabulka 16 - Ovlivněné sebevědomí	44
Tabulka 17 - Poporodní bolest	45
Tabulka 18 - Hodnocení porodu.....	46
Tabulka 19 - Typ císařského řezu.....	47
Tabulka 20 - Pocit podcenění	48
Tabulka 21 - Pooperační bolest	49
Tabulka 22 - Odloučení od novorozence.....	50
Tabulka 23 - Kontakt s novorozencem.....	51
Tabulka 24 - Začátek kojení	52
Tabulka 25 - Hodnocení císařského řezu	53
Tabulka 26 - Délka rekonvalescence.....	54
Tabulka 27 - Rychlost rekonvalescence	55
Tabulka 28 - Míra bolesti při porodu.....	56
Tabulka 29 - Míra bolesti po porodu	57
Tabulka 30 - Rychlost zahájení kojení	57
Tabulka 31 - Kontakt s novorozencem.....	58
Tabulka 32 - Péče o novorozence.....	59

Tabulka 33 - Spokojenost sama se sebou	60
Tabulka 34 - Naplnění ženské role	61
Tabulka 35 - Ovlivnění průběhu porodu	62
Tabulka 36 - Kontakt s partnerem	63
Tabulka 37 - Komplexní hodnocení	64
Tabulka 38 - Výsledek korelační analýzy hypotéza 3	66
Tabulka 39 - Četnosti otázky 6.....	67
Tabulka 40 - Výsledek korelační analýzy hypotéza 2.....	67
Tabulka 41 - Výsledek korelační analýzy hypotéza 4.....	68
Tabulka 42 - Výsledek korelační analýzy hypotéza 5.....	69
Tabulka 43 - Výsledek korelační analýzy hypotéza 6.....	69

9 Seznam grafů

Graf 1 - Věk respondentek.....	30
Graf 2 - Nejvyšší dosažené vzdělání	31
Graf 3 - Parita respondentek.....	32
Graf 4 - Termín císařského řezu.....	33
Graf 5 - Termín vaginálního porodu.....	34
Graf 6 - Preference typu porodu.....	35
Graf 7 - Nátlak ze strany okolí	36
Graf 8 - Výhoda vaginálního porodu.....	37
Graf 9 - Obavy z porodu.....	38
Graf 10 - Informovanost.....	39
Graf 11 - Očekávání od porodu	40
Graf 12 - Ovlivnění průběhu porodu	41
Graf 13 - Hodnocení bolesti	42
Graf 14 - Bolest v oblasti jizvy.....	43
Graf 15 - Pocit spokojenosti	44
Graf 16 - Ovlivněné sebevědomí.....	45
Graf 17 - Poporodní bolest	46
Graf 18 - Hodnocení porodu.....	47
Graf 19 - Typ císařského řezu	48
Graf 20 - Pocit podcenění.....	49
Graf 21 - Pooperační bolest.....	50
Graf 22 - Odloučení od novorozence	51
Graf 23 - Kontakt s novorozencem	52
Graf 24 - Začátek kojení.....	53
Graf 25 - Hodnocení císařského řezu	54
Graf 26 - Délka rekonvalescence.....	55
Graf 27 - Rychlost rekonvalescence.....	55
Graf 28 - Míra bolesti při porodu	56
Graf 29 - Míra bolesti po porodu.....	57
Graf 30 - Rychlost zahájení kojení	58
Graf 31 - Kontakt s novorozencem	59
Graf 32 - Péče o novorozence.....	60

Graf 33 - Spokojenost se sama sebou.....	61
Graf 34 - Naplnění ženské role.....	62
Graf 35 - Ovlivnění průběhu porodu.....	63
Graf 36 - Kontakt s partnerem.....	64
Graf 37 - Komplexní hodnocení.....	65




10 Seznam příloh

Příloha 1: Žádost o sběr dat ve FN Brno

Příloha 2: Dotazník

Příloha 3: Stanovisko etické komise UPOL

Příloha 1: Žádost o sběr dat ve FN Brno

	FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO		FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO Jihlavská 20, 602 00 Brno IČO 652 89 705		ODDĚLENÍ ORGANIZACE ŘÍZENÍ Tel: 532 232 667
---	--	---	--	---	--

ŽÁDOST O SBĚR DAT/POSKYTNUTÍ INFORMACE PRO STUDIJNÍ ÚČELY
v souvislosti se závěrečnou diplomovou (odbornou) prací studentů škol

Vyplňuje žadatel:

Jméno a příjmení žadatele: Bc. Eliška Krejčí

Datum narození: 16.4.1996.....Telefon: 607731661.....E-mail: eliska.kozmanova@gmail.com

Adresa trvalého bydliště: Poříčí 572/2a, Brno 60300

Přesný název školy/fakulty: Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd

Obor studia: Intenzivní péče v porodní asistenci

Vyplňte, prosím, zodpovědně a úplně všechny údaje a otázky. **Správnou odpověď zakřížkujte!**

Forma studia: prezenční kombinovaná

Téma závěrečné práce: Vaginální porod po císařském řezu

Účel žádosti:

sběr dat/zjišťování informací pro zpracování diplomové/bakalářské práce

sběr dat/zjišťování informací pro zpracování seminární/odborné práce

sběr dat/zjišťování informací pro jiný účel: (uveďte):

Vedoucí práce (jméno a příjmení vedoucího práce a název školy/instituce, ve které je zaměstnán)

doc.MUDr. Lukáš Hruban, Ph.D., MBA – GPK FN Brno.....

Žadatel je zaměstnancem/rodinným příslušníkem zaměstnance FN Brno:

ANO Pracoviště/Jméno zaměstnance FN Brno: Porodní sál Bohunice/ Bc. Eliška Krejčí (roz. Kozmanová) – (při rodičovské dovolené skončila smlouva). NE

(informace slouží k posouzení žádosti v případě dotazníkové akce – benefit pro zaměstnance FN Brno a rodinné příslušníky)

Požadavek na (zaškrtněte):

V případě, že žadatel potřebuje získat informaci o počtech vyšetření/ošetření a **předem má souhlas konkrétního pracoviště**, že tato data mu budou poskytnuta vedením tohoto pracoviště bez nutnosti jeho nahlížení do zdravotnické dokumentace pacientů, **vyplní oddíl „Ostatní – statistická data“**. Jinak vyplní oddíl „Nahlížení do zdr. dokumentace“.

Dotazníková akce pro pacienty FN Brno pro zaměstnance FN Brno

Počet respondentů, kteří budou vyplňovat dotazník: ...200.....

Termín, kdy proběhne vyplnění dotazníků: od: 17.1.2021.....do: 4.4.2021.....

Pracoviště, kde bude dotazníková akce probíhat: GPK – perinatologie B, porodní sál.....

K vyplněné žádosti je nutno doložit vzor vašeho dotazníku!

Nahlížení do zdravotnické dokumentace

Předpokládaný počet kusů zdravotnické dokumentace, do které bude žadatel nahlížet:

Termín, ve kterém bude žadatel nahlížet do zdravotnické dokumentace: od do

Pracoviště, ze kterého/kterých bude zdravotnická dokumentace pacientů:.....

Přesná specifikace, co bude žadatel vyhledávat ve zdravotnické dokumentaci:.....

.....

Ostatní

kazuistika – počet:

5-292/21/10

- vedení rozhovoru s pacientem FN Brno – počet pacientů: z kterého pracoviště:.....
- vedení rozhovoru se zaměstnancem FN Brno – počet zaměstnanců: povolání:
z kterého pracoviště:.....

K vyplněné žádosti je nutno doložit vzor rozhovoru (orientační okruh otázek)!

- statistická data – informace o počtech např. zdravotnických výkonů, vyšetření, určité agendy (např. porodnost), přístrojích
- jiné (specifikujte):

Za které období budou data zjišťována:.....

Kdy proběhne sběr dat žadatelem: od:.....do:.....

Pracoviště, kde bude sběr dat probíhat:.....

Přesná specifikace co bude žadatel zjišťovat:

Budete FN Brno uvádět jako „zdroj dat“ ve své práci?: ANO NE

Poučení: Žadatel bere na vědomí, získaná data mohou být použita pouze pro účel uvedený v této žádosti. Další nakládání s daty bez souhlasu FN Brno pro jiný účel je považováno za neoprávněné.

Žadatel souhlasí se zpracováním jeho osobních údajů dle zásad GDPR pro účely evidence této žádosti. Zavazuje se zachovat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat/informací. V případě, že žadatel uvádí FN Brno jako „zdroj informací“, je jeho povinností předložit zpracované výsledky ke schválení vedoucímu zaměstnanci v přímé podřízenosti příslušného zdravotnického náměstka FN Brno, který žádost o sběr dat/poskytnutí informace ve FN Brno povolil. Prezentace výsledků s uvedením jména Fakultní nemocnice Brno je možná pouze s jeho souhlasem.

Vyplněnou žádost odešlete do FN Brno:

a) **elektronicky** (bez vašeho podpisu, který je nahrazen tím, že odesíláte žádost ze své e-mailové adresy) na adresu: [Bastarova.Jana@fnbrno.cz](mailto: Bastarova.Jana@fnbrno.cz)

b) nebo **v listinné formě** (s vaším podpisem na žádosti) na adresu:
Fakultní nemocnice Brno
Oddělení organizace řízení – Jana Baštařová, Jihlavská 20, 625 00 Brno

Datum: 4.1.2021 Podpis:.....

Vyplňuje a potvrzuje FN Brno:

Oddělení organizace řízení:

Zaevidováno na OOR dne: 5 -01- 2022 pod číslem: 2022/436/FN Brno - 2152

Vydání vedoucího zaměstnance příslušného útvaru, kde bude probíhat sběr dat/informací:

souhlas/nesouhlas - útvar: GPK - PhDr. MARIE SYŘBOVÁ, MBA

Vedoucími zaměstnanci v přímé podřízenosti příslušného náměstka FN Brno postoupeno dne 5 -01- 2022

Žadatel je zaměstnancem FN Brno od: útvar: na pozici:

Žadatel je rodinným příslušníkem zaměstnance FN Brno: z útvaru:

V případě placené služby poplatky dle Ceníku EO viz [www.fnbrno.cz/Odborná veřejnost/Informace pro studijní účely](http://www.fnbrno.cz/Odborná_veřejnost/Informace_pro_studijní_účely).

souhlas žadatele s placenou službou

nesouhlas žadatele s placenou službou,
požadavek na storno žádosti ze strany žadatele

Způsob platby: na pokladně FN Brno

fakturou na účet FN Brno

Částka připsána na účet FN Brno dne:

V Brně dne 6 -01- 2022

Fakultní nemocnice Brno
Jihlavská 20, 625 00 Brno

referent/vedoucí OOR



5-292/21/10

Vaginální porod po císařském řezu

Vážená respondentko, chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto anonymního dotazníku.

Dotazník je součástí výzkumné části diplomové práce s názvem „Vaginální porod po císařském řezu z pohledu rodičky“. Výstup z výzkumného šetření bude přínosem a zpětnou vazbou pro zdokonalování péče o rodičky v těchto situacích. Vyplněním dotazníku souhlasíte s účastí na výzkumném šetření pro kvalifikační práci anonymním zacházením poskytnutých dat v tomto dotazníku. Předem Vám děkuji za Váš čas strávený u vyplňováním dotazníku.

Bc. Eliška Krejčí – studentka navazujícího magisterského studia Intenzivní péče v porodní asistenci, Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého

1.	Kolik Vám je let?	18-25 let	26-30 let	31-35 let	36-40 let	40 let a více
2.	Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?	základní	střední s vyučením	střední s maturitou	vyšší odborná škola	vysoká škola
3.	Kolikrát jste rodila?	dvakrát	třikrát	čtyřikrát	vícekrát	
4.	Váš porod císařským řezem proběhl:	před ukončením 36. týdne těhotenství		po ukončením 36. týdnu těhotenství		
5.	Vaginální porod v tomto těhotenství proběhl:	před ukončením 36. týdne těhotenství		po ukončením 36. týdnu těhotenství		

(zakřikujete celé okénko výběru)

<u>Ohodnotte prosím, do jaké míry tvrzení odpovídají Vaší zkušenosti s vaginálním porodem v tomto těhotenství:</u>						
6.	Vaginální porod jsem sama preferovala před porodem císařským řezem.	souhlasím	spíše souhlasím	nevím	spíše nesouhlasím	nesouhlasím
7.	Cítila jsem určitý tlak okolí, abych rodila vaginálně (např. ze strany rodiny, přátel, společnosti, lékařského personálu...).					
8.	Myslím si, že vaginální porod je lepší pro matku i dítě.					

p.	Po předchozím císařském řezu jsem pocítovala obavy z vaginálního porodu.					
10.	Cítila jsem se být dostatečně informována o přínosech a rizicích vaginálního vedení porodu po předchozím císařském řezu.					
11.	Porod probíhal dle mého očekávání.					
12.	Cítila jsem, že průběh porodu mohu ovlivňovat (např. zvolit si polohu, metodu tišení bolesti apod.)					
13.	Bolest během porodu považuji za přiměřenou.					
14.	Během porodu jsem pocítovala zvýšenou bolest v oblasti jizvy po císařském řezu.					
15.	Pocítuji uspokojení z toho, že jsem vaginální porod zvládla.					
16.	Zkušenost s vaginálním porodem příznivě ovlivnila mé sebevědomí.					
17.	Poporodní bolest po vaginálním porodu mě omezovala v péči o novorozence.					
18.	Celkově jsem s porodem, který byl veden vaginálně, spokojená.					

<u>Ohodnotte prosím, do jaké míry tvrzení odpovídají Vaší zkušenosti s císařským řezem:</u>						
		souhlasím	spíše souhlasím	nevím	spíše nesouhlasím	nesouhlasím
19.	Ukončení mého předchozího porodu císařským řezem bylo plánované.					
20.	Po porodu císařským řezem jsem se cítila podceňována ze strany okolí (např. rodiny, přátel, společnosti, lékařského personálu...)					
21.	Pooperační bolest po císařském řezu mě omezovala v péči o novorozence.					
22.	Odloučení od novorozence po císařském řezu považuji za přiměřené.					
23.	Kontakt s novorozencem v prvních 24hodinách po císařském řezu vnímám jako dostatečný.					
24.	Porod císařským řezem včetně následné rekonvalescence negativně ovlivnil začátek kojení.					

25.	Celkově jsem s porodem, který byl veden císařským řezem, spokojená.					
-----	---	--	--	--	--	--

Srovnajte oba typy porodu, Vyberte, který vám vyhovoval více po stránce:	vaginální porod	císařský řez	srovnatelně	žádný
Délky rekonvalescence				
Rychlosti rekonvalescence				
Míry bolesti při porodu				
Míry bolesti po porodu				
Rychlosti zahájení kojení				
Kontaktu s novorozencem bezprostředně po porodu				
Péče o novorozence v následujících dnech po porodu				
Spokojenosti sama se sebou jako ženy				
Pocitu naplnění ženské role				
Míry, do jaké mohu průběh porodu ovlivňovat				
Kontaktu s partnerem, byl-li u porodu přítomen				
Komplexně mi vyhovoval více porod				

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku.

S Vámi vyplněným dotazníkem bude nakládáno anonymně.

Příloha 3: Stanovisko etické komise UPOL



Fakulta
zdravotnických věd

Genius loci

UPOL - 27207/1070-2022

Vážená paní
Bc. Eliška Krejčí

2022-01-27

Vyjádření Etické komise FZV UP

Vážená paní bakalářko,

na základě Vaší Žádosti o stanovisko Etické komise FZV UP byla Vaše výzkumná část diplomové práce posouzena a po vyhodnocení všech zaslaných dokumentů Vám sdělujeme, že diplomové práci s názvem „**Vaginální porod po císařském řezu z pohledu rodičky**“, jehož jste hlavní řešitelkou, bylo uděleno

souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP .

S pozdravem,

Mgr. Lenka Mazalová, Ph.D.
předsedkyně
Etické komise FZV UP